

AVIS DE L'EXPERT-E / EXPERT OPINION

Place et rôle du médecin réanimateur dans le processus de réflexion relatif aux directives anticipées

The role of the intensive care physician in the process of reflection on advance directives

Jean-Pierre Quenot^{1-4*} • Chaouki Mezher⁵ • Olivier Lesieur⁶ • Thierry Van Der Linden⁷ • Alicia Taha¹ • Marie Labruyère¹
Pascal Andreu¹ • Marine Jacquier^{1,2} • Jean-Philippe Rigaud^{8,9}

Reçu le 15 décembre 2023 ; accepté le 29 avril 2024.

© SRLF 2024.

Résumé

Les directives anticipées (DA) qui faisaient partie du dispositif législatif français depuis le 22 avril 2005 s'imposent au médecin depuis la loi du 02 février 2016. Elles sont désormais l'expression de la volonté du patient et non plus celles de son souhait. Il est raisonnable d'imaginer dès lors que les DA puissent être réfléchies et rédigées à tout moment du parcours de soin du patient, mais également qu'elles puissent aborder toutes les potentialités évolutives de la maladie et, en particulier, l'éventualité d'une admission en réanimation. Dans cet article, les auteurs discutent de la place du médecin réanimateur comme interlocuteur privilégié dans le parcours de soin du patient et de son rôle potentiel dans l'élaboration anticipée d'objectifs thérapeutiques pouvant inclure la rédaction de DA. Il est abordé la question des outils et les stratégies utiles pour répondre à ces objectifs, y compris la question de la pertinence d'une admission en réanimation. Des pistes de réflexion sont également discutées, comme l'amélioration de la communication et l'anticipation des discussions qui pourraient être tracées dans l'espace internet développé par l'Assurance Maladie : « Mon Espace Santé », rubrique « Entourage et Volontés ».

Mots-clés : directives anticipées, planification anticipée des soins, consultation post-réanimation, fin de vie, réanimation

Abstract

Advance directives (AD), which have been part of French legislation since 22 April 2005, have been binding on doctors since the law of 02 February 2016. They are now an expression of the patient's wishes, rather than their own. It is therefore reasonable to imagine that ADs can be considered and drafted at any point in the patient's care, and that they can also address all the potential developments in the disease and, in particular, the possibility of admission to intensive care. In this article, the authors discuss the role of the intensive care physician as a privileged interlocutor in the patient's care pathway and his or her potential role in the early development of therapeutic objectives, which may include the drafting of ADs. The question of useful tools and strategies for meeting these objectives is addressed, including the question of the appropriateness of admission to intensive care. Ideas were also discussed, such as improving communication and anticipating discussions, which could be traced in the internet space developed by the Assurance Maladie: "Mon Espace Santé", section "Entourage et Volontés".

Keywords: advance directives, advance care planning, post-ICU consultation, end-of-life, critical care

Introduction

Les directives anticipées (DA) font partie du dispositif législatif français depuis le 22 avril 2005 [1] relatif aux

droits des malades et à la fin de vie. Elles permettent la traduction écrite des souhaits d'une personne majeure (malade ou non) quant aux conditions de sa fin de vie et à la nature des traitements qui pourraient lui être

*Jean-Pierre Quenot, MD, PhD

Service de Médecine Intensive-Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire Dijon Bourgogne

✉ jean-pierre.quenot@chu-dijon.fr

La liste complète des affiliations des auteurs est disponible à la fin de l'article.



proposés à ce moment alors même qu'elle ne serait plus en mesure d'y consentir ou de les refuser. La loi du 02 février 2016, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie [2] a renforcé ce dispositif en affirmant le caractère désormais opposable au médecin des DA alors même qu'elles n'étaient que « consultables » en 2005. Elles deviennent ainsi l'expression de la volonté du patient et non plus celles de son souhait [3]. Il faut cependant rappeler que ce caractère contraignant ne s'impose pas aux médecins dans les situations d'urgences ou lorsque les DA sont jugées inappropriées à la situation clinique actuelle du patient. Malgré des campagnes de sensibilisation, le taux de rédaction des DA en France est de moins de 8 % selon un sondage réalisé en 2022 à la demande du Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie (CNSPFV) [4]. Ce taux s'élève cependant à 18 % parmi les personnes qui connaissent ou qui ont entendu parler des DA. Cet outil, selon l'expression du Conseil d'État, est encore peu utilisé en raison d'une méconnaissance du dispositif, de la difficulté ou du refus de se confronter à la question de la fin de vie ou encore de l'absence d'interlocuteurs susceptibles d'aider à l'expression des choix portant sur des sujets techniques ou en capacité d'aider à l'expression des émotions qui peuvent émerger lors de la réflexion relatives aux DA. En 2016, la Haute Autorité de Santé (HAS) [5] a proposé un formulaire spécifique pour la rédaction des DA, destiné aux personnes en bonne santé et aux personnes atteintes d'une maladie grave ou en fin de vie. Dans cette dernière situation, elles peuvent rédiger des DA concernant notamment le maintien artificiel en vie, le recours à des traitements médicaux ou chirurgicaux susceptibles de prolonger artificiellement la vie (ventilation artificielle, hémodialyse, assistance cardiaque...) ou encore la demande d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès [2, 6]. Il apparaît ainsi que, pour permettre au patient d'établir de telles directives, il est indispensable qu'il ait une bonne connaissance de sa maladie, de son pronostic, de son projet de soin, mais également de ses droits et prérogatives en matière de fin de vie [7]. Ainsi, il est raisonnable d'imaginer que les DA puissent être réfléchies et rédigées à tout moment du parcours de soin du patient, mais également qu'elles puissent aborder toutes les potentialités évolutives de la maladie et, en particulier, l'éventualité d'une admission en réanimation en cas de nécessité. Sur ce dernier aspect très précis, il serait alors légitime de recourir à l'expertise du médecin-réanimateur. En effet, les questions de l'admission (ou de la non-admission) [8] comme celles de la réadmission (ou de la non-réadmission) [9, 10] ainsi que leurs conséquences nécessitent impérativement des discussions et des réflexions anticipées entre les médecins référents (spécialistes et généralistes) du

patient, le patient lui-même et ses proches, et, avec une place sans doute particulière, pour le médecin réanimateur dans un rôle de « consultant extérieur ». L'idée est d'initier une réflexion pouvant conduire à la rédaction de DA qui traduiraient un choix le plus éclairé possible quant aux objectifs de soin [11, 12]. C'est dans le contexte très précis de la place de la réanimation et des réanimateurs dans le parcours de soins des patients (notamment ceux atteints de pathologies chroniques), que la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) a proposé en 2018 un guide destiné à aider les patients pour rédiger des directives anticipées, en lien avec leurs proches et leurs médecins référents [13].

Les auteurs de cet article se proposent d'affirmer la place du médecin réanimateur dans le parcours de soin du patient et d'argumenter en faveur de son rôle dans l'aide à l'élaboration anticipée d'objectifs thérapeutiques pouvant comprendre la rédaction de DA. Les outils et les stratégies utiles pour répondre à ces objectifs, qui peuvent intégrer la question de la pertinence d'une admission en réanimation, seront également abordés.

Le médecin réanimateur : un interlocuteur « privilégié » pour initier et accompagner une réflexion relative aux DA ?

Le médecin réanimateur est souvent sollicité hors de son service pour son expertise dans le domaine des soins critiques [8, 14], pour discuter et décider d'admettre ou non un patient en réanimation [8]. En effet, il est le plus à même d'apprécier la sévérité et le pronostic en présence de défaillances d'organes [15], d'expliquer les traitements de suppléance qui peuvent être proposés au patient, ainsi que les conséquences de la réanimation pour lui et sa famille [16–20]. Dans la plupart des situations, des critères reconnus permettent au médecin réanimateur de prendre cette décision d'admission : mono ou pluri défaillances d'organes, âge, terrain, comorbidités, possibilités thérapeutiques, pronostic... [21]. L'admission est alors validée avec un engagement thérapeutique maximal pour un projet curatif dont l'objectif (au-delà de la survie) est de garantir une qualité de vie acceptable après la réanimation et/ou une proportionnalité des soins en accord avec le projet thérapeutique et les souhaits du patient et de ses proches [22–24]. Les DA trouvent alors toute leur importance car elles peuvent contrebalancer les critères médicaux usuels qui permettent de juger de l'intérêt ou non d'une admission en réanimation. Cependant, une prise en charge en réanimation peut parfois s'inscrire dans une démarche palliative [25–27]. Dans cette circonstance particulière, peu fréquente, il est primordial que le projet de soin soit préalablement défini et convenu avec le patient (qualité de fin de vie), ses proches (prévention du syndrome de

stress post-traumatique, facilitation du processus de deuil) et les soignants (qualité de vie au travail, prévention du *burn-out*), et qu'il soit consigné dans le dossier médical [28, 29]. Ainsi, selon l'aptitude du patient, il faudra s'entretenir avec lui quant à sa situation et ses souhaits, rechercher ses DA et identifier une personne de confiance ou une personne référente, le cas échéant [30–32]. Ceci permettra d'élaborer, dans le cadre d'une délibération collégiale, avec interdisciplinarité et interprofessionnalité, une décision concernant les traitements et/ou les examens complémentaires qui seront poursuivis, limités ou arrêtés [27, 33, 34]. Dans tous les cas, les soins et l'accompagnement du patient et de ses proches doivent être réalisés dans un environnement le plus adapté possible [35]. De même, en situation d'incertitude, une réanimation « d'attente » (*Timed Limited Trial*), lorsqu'elle est possible, permet de rechercher les souhaits que le patient aurait pu exprimer antérieurement (DA écrites ou exprimées oralement auprès de ses proches), de vérifier les antécédents et les comorbidités qui n'auraient pas pu être identifiés à l'admission et d'apprécier l'évolution sous traitement maximal après un délai raisonnable de prise en charge [36, 37]. Il est important de rappeler que, dans le système français, les DA peuvent être contestées par l'équipe médicale « *lorsque celles-ci apparaissent manifestement inappropriées ou non conforme à la situation médicale* » selon la décision n°2022-1022 QPC du 10 novembre 2022 du conseil constitutionnel. Dans ce cas, un médecin peut ne pas tenir compte des DA qui mentionneraient un souhait de bénéficier de traitements lourds en réanimation s'il juge que ces souhaits ne sont pas appropriés à la situation clinique. Et il peut également ne pas suivre des DA en faveur d'une « non-réanimation » alors même que le patient relèverait d'une prise en charge sans caractère déraisonnable. Il faut toujours garder à l'esprit que des DA ont pu être rédigées sans accompagnement ou sans éclairage quant à leur signification ou à leur portée. Cet aspect est de nature à enrichir la réflexion relative à la place du médecin réanimateur dans ces situations [38].

Au quotidien, le médecin réanimateur est plus souvent confronté à une situation clinique aiguë, non envisagée, non anticipée et, de fait non discutée. De plus, cette situation oblige à prendre dans l'urgence une décision empreinte d'incertitude ou de subjectivité et parfois lourde de conséquences car prise de façon isolée et sans disposer des interlocuteurs adaptés ou d'une documentation actualisée [39]. Dans ces circonstances, la crainte du médecin réanimateur est de générer soit une perte de chance pour le patient s'il refuse l'admission en réanimation soit, au contraire, d'engager des soins inappropriés ou non bénéfiques, voire non désirés ou futiles et qui s'avèreraient *a posteriori* disproportionnés et relevant d'une obstination déraisonnable [40–42].

Cette dernière attitude pourrait conduire à une admission en réanimation qualifiée *a posteriori* de non-justifiée, pouvant concerner jusqu'à 14,4 % des patients admis en réanimation dans une étude française récente. Plus précisément, dans ce même travail, les volontés des patients, en l'occurrence, un refus préalable d'une prise en charge en réanimation, n'avaient pas été respectées pour 3 % des admissions [43]. Ces résultats sont cependant inférieurs à ceux observés dans une étude rétrospective nord-américaine où 31 % des patients décédés à l'hôpital, ayant exprimé par écrit leur volonté de bénéficier uniquement de soins de confort, avaient été admis en réanimation, 14 % d'entre-eux ayant même été soumis à un ou plusieurs traitements de suppléance d'organe [44]. Il peut exister, dans ces circonstances, une responsabilité morale pour les médecins vis-à-vis de la dispensation de soins souvent très lourds, et ainsi parfois maltraitants, difficiles à vivre pour le patient, ses proches et les soignants, soins dont il ne faut pas non plus occulter le coût en termes de ressources humaines, matérielles et financières dans un système de santé contraint [45]. Outre, les situations d'urgence qui n'ont pas été anticipées dans le parcours de soin du patient, les médecins réanimateurs peuvent se retrouver en difficulté pour d'autres raisons [11, 15] : détresse physique et/ou morale du patient et des proches, pression exercée par les membres de la famille, détresse des équipes soignantes, inadéquation du service d'hospitalisation, absence des interlocuteurs médicaux habituels, méconnaissance des parcours de soin et des dossiers, ignorance des choix des patients et des souhaits des proches, isolement des intervenants mais également impossibilité d'une délibération collégiale en contexte d'urgence. Ces difficultés se rapprochent de celles de nos collègues urgentistes en pré hospitalier ou aux urgences où il est également très difficile en contexte d'urgence de prendre des décisions de limitation et d'arrêt de traitements de suppléance vitale [46]. À cela s'ajoutent des problèmes de communication entre les services liés à l'absence de notifications dans le dossier médical des objectifs de soins et des préférences du patient [47–50]. Ces situations complexes peuvent être vécues comme un véritable « fardeau » pour le médecin réanimateur et être associées à une détresse morale, des troubles du sommeil et des troubles anxio-dépressifs pouvant aboutir à un *burn-out* [51–53]. Elles n'épargnent pas non plus les proches qui peuvent présenter une souffrance psychique à type d'anxiété et de dépression [54] tout comme les soignants qui prennent soin de ces patients [55]. Bien que ces situations complexes soient la plupart du temps imprévisibles, on peut parfaitement imaginer que la légitimité de l'admission en réanimation puisse être discutée en amont d'une situation clinique aiguë, par anticipation, notamment chez les patients atteints

d'une pathologie chronique qui représentent la majorité des patients admis en réanimation et dont la mortalité est largement supérieure à celle des patients indemnes de pathologies chroniques [56–61].

Les données de la littérature médicale montrent que cette question de l'anticipation chez ces patients est complexe à aborder en amont de la réanimation pour plusieurs raisons :

1. les difficultés pour les médecins spécialistes à se prononcer quant au pronostic de leurs patients [62–64] ;
2. le recul parfois insuffisant quant à l'état clinique du patient, à ses antécédents, à sa qualité de vie antérieure et à sa trajectoire de soin [24, 65–68] ;
3. les difficultés à informer les patients et les proches d'une situation aiguë potentielle, marquant souvent une évolution défavorable de la pathologie chronique [69] ;
4. le manque de connaissance des soins spécifiques pouvant être réalisés en réanimation [22] ;
5. et le fait que les patients, comme les médecins parfois, ne sont pas prêts à aborder la question de la fin de vie [48, 70, 71].

Plus récemment, cette question de l'anticipation d'une admission en réanimation a fait l'objet de plusieurs recherches qualitatives par entretiens semi-dirigés auprès de médecins spécialistes référents (internistes et médecins spécialistes d'organes) pour évaluer le rôle respectifs des différents spécialistes mais également les freins et les leviers sur cette question de l'anticipation [72–75]. Il est montré, d'une part, des rôles identitaires bien distincts en termes de spécialité avec, pour les internistes, un rôle de leader et de partenaire dans la reconnaissance des signes de gravité mais également pour appeler au bon moment le réanimateur, qui lui aura comme rôle de prendre des décisions rapides, gérer l'accès à la réanimation ou décider de limiter ou d'arrêter les traitements [74] et d'autre part, des « freins » à anticiper l'admission en réanimation, comme le manque de temps et de culture médicale pour discuter du projet thérapeutique du patient notamment dans les champs des soins palliatifs et des questions éthiques concernant la fin de vie [73]. Les médecins spécialistes référents qualifient également « d'inquiétante » la réanimation du fait de sa proximité avec la mort et soulignent le fait que les DA ne semblent pas être d'un apport efficace pour décider d'une admission ou non en réanimation car trop imprécises pour éclairer une décision [73]. Par contre, il est souligné de potentiels leviers pour éviter les idées fausses sur les rôles de chacun (médecins réanimateurs et médecins spécialistes référents), de l'insécurité, des tensions et des conflits au sein des équipes [69, 76] comme l'amélioration de la connaissance de la réanimation, la diffusion de la culture de la réanimation [77], la stimulation des échanges en amont des potentielles situations aiguës [25, 72, 78] et le déve-

loppement d'une culture de l'anticipation dans le cadre d'un processus décisionnel collaboratif et interdisciplinaire [73, 74]. Cette démarche est sans doute une des possibilités pour les médecins réanimateurs d'être sollicités en amont ou en aval d'une admission en réanimation (en cas de discussion d'une réadmission ou non) afin d'aider à l'initiation d'une réflexion dans le cadre d'une démarche anticipée pouvant aller jusqu'à l'écriture des DA pour les patients qui le souhaiteraient. L'âge des patients, la présence de comorbidités, la qualité de vie et les préférences des patients et des familles sont des facteurs identifiés par les médecins spécialistes et les médecins réanimateurs comme susceptibles d'influencer de manière significative la décision d'admission même s'il existe une faible concordance entre les médecins en termes d'importance de ces facteurs pris en compte de manière individuelle [75]. Tandis que l'acronyme NTBR (« *Not To Be Resuscitated* ») souvent retrouvé dans les dossiers médicaux est un facteur majeur et concordant en termes d'importance entre les médecins internistes et les médecins spécialistes pour prendre une décision [75]. Cet acronyme est lourd de sens car il sous-entend qu'il ne faut pas engager de mesures de réanimation chez les patients si jamais la question venait à se poser. *A contrario*, cela pourrait signifier que ceux qui ne sont pas « identifiés » comme tels devraient bénéficier de mesures de réanimation sans qu'aucun questionnement préalable n'ait eu lieu ! Ainsi, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande la culture de la pertinence et du résultat en passant d'une logique de moyens à une logique de résultats. Dans le champ de la réanimation, cela se traduit par une évaluation de la part des médecins réanimateurs de l'admission, du maintien mais également de la sortie du patient en fonction de soins requis¹.

Quels outils et/ou quelles stratégies pour anticiper une réflexion relative aux objectifs thérapeutiques et à la pertinence d'une admission en réanimation ?

Sur le plan éthique, la catégorisation arbitraire liée à la présence ou non dans le dossier du patient de la mention NTBR doit disparaître au profit d'une réflexion collective et pluridisciplinaire portant notamment sur le niveau d'engagement thérapeutique (NET), anticipée et partagée avec le patient et/ou ses proches, en cohérence avec son projet de soin et ses souhaits. Les NET sont souvent évoqués par les médecins spécialistes [73] et représentent sans doute une évolution de l'implication des médecins réanimateurs en amont d'une admission potentielle en réanimation [24] comme ce fut le cas au moment de la pandémie à SARS-CoV-2 [79]. Ainsi, le

¹<https://www.has.fr>

médecin réanimateur, en quittant sa sphère habituelle d'évolution, en endossant le rôle de consultant *a priori* [8, 11] et en s'impliquant dans la mise en place des NET dans les unités de soin hors réanimation, apparaît désormais comme un acteur incontournable de l'organisation des parcours de soin et des projets thérapeutiques [8, 24]. En effet, l'existence de NET aurait peut-être pu éviter lors de la pandémie à SARS-CoV2 l'apparition d'algorithmes de priorisation (parfois maladroitement qualifiée de « tri ») non discutés au préalable et non évalués, faisant assumer par les médecins une décision « contrainte » et « forcée » alors même que le système de santé était en difficulté face à un afflux brutal, important et continu de malades [80, 81]. Il est légitime de penser qu'une démarche anticipée en matière d'admission en réanimation puisse, à terme, contribuer à réduire les problématiques liées à la question du « tri » de patients à l'origine de dilemmes éthiques douloureux [82]. En réanimation, la mise en place de NET a permis une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients en fin de vie [33, 83] et une diminution de la souffrance des soignants [33].

Ces NET peuvent se décliner sous différentes formes dans les pays Anglo-Saxons comme le formulaire POLST (*Provider Orders for Life-Sustaining Treatment*), « ordonnance » émanant d'un médecin qui donne aux personnes atteintes de maladies graves, un contrôle accru de leur fin de vie en spécifiant les soins et les traitements qu'elles souhaiteraient ou non recevoir dans une telle circonstance. Même si leur efficacité reste cependant très relative [84], les POLST pourraient aider à établir le niveau d'engagement thérapeutique en situation d'urgence et ainsi contribuer à prévenir les admissions en réanimation non souhaitées ou sans bénéfices pour le patient, en particulier lorsqu'elles sont mises en œuvre dans un Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante [85–87]. Il est légitime de penser que ce type de document pourrait également contribuer en amont à la réflexion relative à l'écriture de DA.

D'autres types de formulaires existent comme l'UFTO (*Universal Form of Treatment Options*) qui détermine la décision de Réanimation Cardio-Pulmonaire (RCP) selon des objectifs thérapeutiques prédéfinis (traitement « actif » *versus* traitement de « soutien ») ou le ReSPECT (*Recommended Summary Plan for Emergency Care and Treatment*) qui détermine les préférences du patient et les mesures de RCP à réaliser en fonction de ses priorités (prolongement de la vie *versus* confort [88, 89]).

De manière complémentaire à la rédaction des DA, certains pays anglo-saxons (Royaume-Uni, USA, Australie) utilisent d'un outil de « planification anticipée des soins » ou *Advance Care Planning* (ACP) [90, 91], mis en place en amont d'une hospitalisation ou d'un séjour hospitalier. Il s'agit d'un processus dynamique et continu, élaboré en concertation entre le patient, ses proches

et le/les médecins référent(s), qui définit une orientation anticipée et commune des soins et des traitements à mettre en œuvre ou non pour un objectif de soin reposant sur les valeurs et les priorités du patient et censé faciliter les prises de décision dans les situations d'urgence ou lorsque le patient n'est plus en état d'exprimer ses volontés [76, 92, 93]. Cette démarche peut parfaitement intégrer les DA et les NET si tel est le souhait du patient mais aussi nourrir la réflexion du médecin réanimateur, le cas échéant. D'autres avantages ont été attribués à l'ACP parmi des patients suivis pour des pathologies chroniques [94–96] comme l'augmentation de la rédaction des DA (et donc de la réflexion en amont de leur élaboration), une meilleure adéquation entre les soins dispensés et les souhaits du patient et une amélioration de la communication entre les patients, les proches et les professionnels de santé [97]. Cependant, la question de la temporalité de l'élaboration de l'ACP par rapport à l'évolution de la maladie, la formation des médecins, les difficultés à confronter son patient à la mort et à la fin de sa vie ainsi qu'un manque de connaissance des patients sur l'évolutivité de leur pathologie chronique constituent les limites de la démarche [94, 98]. Dans une revue de la littérature, Khandelwal et coll. [99] ont montré que l'élaboration d'ACP qui favoriseraient alors l'intervention précoce des soins palliatifs et/ou de consultations en éthique, entraînaient une diminution des admissions en réanimation avec une réduction des traitements qualifiés de « disproportionnés » en réanimation [100–102] ainsi qu'une admission plus fréquente en service de soins palliatifs [103, 104]. Ces résultats sont retrouvés essentiellement parmi les patients présentant des troubles cognitifs et/ou vivants en institution et chez ceux atteints d'une pathologie chronique (insuffisance rénale terminale, insuffisance cardiaque) [105–108]. Bien que les DA écrites dans le cadre préhospitalier pourraient prévenir les admissions non-souhaitées ou non-bénéfiques en réanimation [109], l'existence de DA n'influence pas l'intensité des traitements en réanimation, y compris dans les services n'admettant que des patients souffrant d'un cancer [110–113]. Enfin, toujours dans un souci d'anticipation, une consultation en soins palliatifs initiée dès le service d'urgence améliorerait la qualité de vie des patients [114], réduirait la durée de séjour à l'hôpital et augmenterait l'admission directe en service de soins palliatifs depuis les urgences [103, 104].

En situation d'urgence, la mise en place d'une équipe d'intervention rapide (*Rapid Response Team*) pourrait permettre de répondre à la demande de patients hospitalisés, hors d'un service de réanimation, et qui présenteraient des signes cliniques en faveur d'une dégradation de leur état de santé. Des études observationnelles suggèrent que les RRT pourraient jouer un rôle dans la prise de décision de maintien en vie, qu'elles

pourraient modifier le statut du patient (indication ou non de manœuvres de réanimation) ou permettre de mentionner dans le dossier du patient qu'il ne relève pas d'une indication d'admission en réanimation [115–117]. Mais ces dispositifs n'apparaissent pas très différents des pratiques habituelles des équipes de réanimation en France.

Le séjour en réanimation : une opportunité pour parler des DA ?

Il apparaît ainsi une réelle opportunité à s'appuyer sur le séjour en réanimation pour aborder la question des DA avec les patients. En effet, le vécu d'un séjour en réanimation constitue pour le patient et ses proches une expérience marquante en cas de pathologie aiguë ou lors de l'évolution d'une maladie chronique [118]. La fragilité et l'incertitude des situations cliniques, la notion de défaillances vitales ou d'un pronostic réservé suscitent inmanquablement, parmi certains patients survivants et/ou leurs proches, des questions et des réflexions relatives à leur maladie, leur évolution et leur(s) future(s) prise(s) en charge. Ainsi, il est connu qu'une prise en charge adaptée en réanimation (décompensation de BPCO, insuffisance cardiaque, etc.) peut permettre au patient de retrouver un élan vital suffisant pour (re)parler de projet de soins, voire de projet de vie, en raison d'une amélioration de sa qualité de vie, physique et/ou psychique [119]. Bien souvent, ces patients envisagent l'avenir de façon négative, avec parfois un refus de soins, tant cette situation de fragilité et de dégradation clinique empêche toute projection positive vers l'avenir. Le patient pourrait alors réfléchir à la rédaction de DA établies autour de ses valeurs et de ses souhaits à la lumière de son expérience en réanimation et qui auraient une valeur supérieure à celles rédigées sans l'éclairage spécifique de cette situation et sans l'aide des professionnels de réanimation. Le moment pour initier cette réflexion relative aux DA et à leur rédaction va dépendre nécessairement de la situation du patient au cours du séjour en réanimation et à l'hôpital. Il faut probablement intégrer désormais la possibilité d'aborder la question lors d'une consultation post-réanimation en orientant la réflexion vers les objectifs de soins et les DA [120, 121]. Ainsi, à distance de l'hospitalisation en réanimation, il serait possible d'envisager qu'avec l'aide des acteurs de soin et de leurs proches le cas échéant, les patients puissent exprimer leurs souhaits quant à une nouvelle admission ou non en réanimation, mais également vis à vis d'une potentielle situation de fin de vie et ainsi pouvoir en consigner les contours lors d'une véritable discussion anticipée, qu'il y ait ou non rédaction de DA à terme. Dans le cas d'une décision de non-réadmission en réanimation prise par anticipation,

le Conseil d'État (décision n°424135) du 28 novembre 2018 précise que sa validité ne doit pas excéder 3 mois et qu'elle doit être subordonnée, à une nouvelle réévaluation clinique en cas de survenue d'une défaillance vitale et à la constatation de l'absence d'évolution favorable de la situation qui avait conduit à la décision de non-réadmission. De même, un séjour en réanimation peut avoir des conséquences d'ordres physique, psychologique/psychiatrique et cognitif regroupés sous le terme de Syndrome post-réanimation ou « *Post Intensive Care Syndrome* » (PICS) [122, 123] et de PICS-F lorsque ces manifestations concernent les proches du patient (F pour *Family*) [18]. Le concept de PICS et de PICS-F permet de mettre en lumière l'importance de chacune de ces dimensions physiques, psychologiques et cognitives dans les principales sphères de la vie quotidienne des patients et de leurs proches après la réanimation : vies familiale et sociale, activité professionnelle et privée, ressources économiques [124]. Aux manifestations du PICS, il faut donc rajouter l'impact que peut avoir le statut socio-économique (SE) sur l'amont et l'aval d'un séjour en réanimation [16, 56, 125, 126]. Comme cela a été montré lors de la pandémie à SARS-CoV-2, les Inégalités Sociales de Santé (ISS) ainsi que le PICS [127] constituent probablement des facteurs susceptibles de s'additionner et/ou de se potentialiser et d'influencer de manière significative le devenir des patients à la sortie et à distance de la réanimation. Ainsi, s'enquérir de ce qui se passe après la réanimation est important pour évaluer la qualité globale de la prise en charge et ainsi améliorer le « mieux vivre en réanimation » notamment pour de futurs patients et permettre également d'évaluer le devenir du patient, le contrôle de la pathologie ayant conduit à sa prise en charge en réanimation et l'évolution de sa pathologie chronique le cas échéant, etc. [128]. Cette consultation post-réanimation peut également être le lieu d'une réflexion éthique concernant la réadmission ou non du patient en réanimation qui, selon 22 médecins réanimateurs interviewés dans le cadre d'une étude de recherche qualitative ne semble pas assez anticipée médicalement avec notamment un manque d'implication des soignants [9]. Dans un travail réalisé par Andreu et coll. [12], 94 patients et 64 proches ont été interviewés 3 mois après un séjour en réanimation pour en évaluer l'impact sur la question des DA. Parmi les patients interrogés, 83,5 % d'entre-eux ne connaissaient pas le terme de DA, comme 76,5 % des proches. Seulement, 2 % des patients avaient rédigé des DA avant leur séjour en réanimation et 7 % des patients exprimaient le souhait de faire des DA après leur séjour en réanimation. Les freins à l'écriture des DA étaient le manque d'information (83 %) la temporalité (19,6 %), la futilité (14,3 %) et le transfert de responsabilité (10,3 %) – la prise de décision devant être médicale selon les patients. Le caractère

définitif de ces DA et la suspicion d'euthanasie déguisée est retrouvée chez 4,1 % des patients. À propos de la question de la rédaction de leurs propres DA, 85 patients (88 %) ont accepté de dire ce qu'ils souhaitaient y inscrire : l'arrêt des traitements de suppléances s'ils se trouvaient en état végétatif ou pauci relationnel (23,5 %), s'il n'y avait plus d'espoir sur le plan thérapeutique (21,1 %) ou devant des douleurs incontrôlables (6 %). Les patients ne souhaitaient pas d'obstination déraisonnable en cas de survenue de troubles cognitifs (15,3 %) et de risque de dépendance nécessitant un haut niveau de soins (9,4 %) ou en cas de perte très importante de leur qualité de vie (3,5 %) telle qu'une paralysie. Par contre, la majorité des patients (87 %) souhaitaient que la décision de limitation ou d'arrêt des traitements de suppléance soit prise de manière collégiale avec l'équipe de soins, la personne de confiance et les proches. Dans la littérature médicale, on retrouve des facteurs influençant la rédaction des DA [38, 129–131] comme un âge avancé, le phénotype caucasien, la présence d'une maladie chronique, le handicap de la maladie, un haut statut socio-économique et un haut niveau d'éducation.

Perspectives

Dans un monde idéal, on pourrait imaginer que les patients s'auto-déterminent en amont d'une situation aiguë par l'intermédiaire de l'écriture de leurs DA et qu'en l'absence de celles-ci, les proches s'expriment en leur nom à propos de leurs objectifs de soin et de leurs préférences. Dans la « vraie vie », il est très difficile de parler de sa propre fin de vie (et d'écrire à propos de celle-ci) comme un « sujet isolé » notamment lorsque celle-ci n'est pas envisagée à très court terme. Par contre, une approche émergente consistant à initier une discussion anticipée relative aux souhaits du patient, à l'expression de ses valeurs, à sa perception de sa maladie et à sa vision du futur permettrait de mieux anticiper les décisions à prendre lors d'une dégradation de son état de santé [88], comme cela se fait dans le domaine des soins d'accompagnement. Cela passe nécessairement par une communication améliorée et anticipée entre les médecins et les patients (et leurs proches) mais également entre les médecins eux-mêmes lorsqu'il est établi des objectifs de soins [109, 132]. Par contre, il faut sans doute mieux former les médecins à la communication et à la relation qui ne reposent pas uniquement sur la seule expérience clinique. Des lignes directrices sont proposées dans la littérature médicale comme le fait d'établir une relation de confiance avec le patient, savoir adapter sa discussion avec lui et/ou ses proches, choisir le bon moment pour discuter des objectifs thérapeutiques, du pronostic de sa pathologie, de l'opportunité et des conséquences d'une prise en charge dans un service

de réanimation [133]. Le médecin réanimateur pourrait ainsi trouver sa place selon des modalités adaptées et le moment le plus opportun dans le parcours de soins du patient pour éclairer ses choix et/ou ses décisions. Ainsi, au delà des consultations spécifiques post réanimation, il se met en place de façon croissante au sein des hôpitaux des consultations « d'aide à la rédaction des DA » destinées à toute personne souffrant ou non d'une affection chronique et auxquelles les médecins réanimateurs pourraient contribuer, le cas échéant. Ces informations très précieuses concernant les souhaits du patient peuvent maintenant figurer dans l'espace internet développé par l'Assurance Maladie intitulé « Mon Espace Santé », rubrique « Entourage et Volontés » ce qui permettrait de les partager avec l'ensemble des professionnels de santé, après accord du patient.

Conclusion

Le médecin réanimateur devrait sans doute s'impliquer davantage dans le parcours de soins du patient, y compris en dehors de toute hospitalisation en soins critiques, pour contribuer à une réflexion relative aux objectifs de soins et à la pertinence de soins lourds de réanimation. Ces réflexions pourraient s'inscrire dans le cadre d'une démarche et de discussions anticipées dont la rédaction des DA serait l'expression finale. Les dispositifs et les stratégies disponibles ou à mettre en place au sein des unités de soin peuvent représenter une opportunité d'expression des souhaits des patients et de leurs proches. Ceux-ci devront être colligés dans leur dossier médical et être transmis aux différents intervenants médicaux. Cela doit nécessairement passer par une meilleure communication entre les médecins et leurs patients (et leurs proches) et entre les médecins référents du patient (généralistes et spécialistes) et les médecins réanimateurs le cas échéant, notamment lorsqu'il s'agit de réfléchir aux enjeux éthiques dans les situations aiguës de défaillances d'organes, les décisions d'admission ou non en réanimation intégrant nécessairement les questions du maintien de la vie et de la fin de vie.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts.

Affiliations

¹Service de Médecine Intensive-Réanimation
CHU Dijon-Bourgogne, France

²Équipe Lipness, centre de recherche INSERM UMR1231
et LabEx LipSTIC, Université de Bourgogne-Franche Comté
Dijon, France

³INSERM, CIC 1432, Module Épidémiologie Clinique
Université de Bourgogne-Franche Comté, Dijon, France

⁴Espace de Réflexion Éthique Bourgogne Franche-Comté (EREBFC)
Dijon, France

⁵Service de Réanimation Polyvalente
Hôpital Nord Franche Comté, France

⁶Service de Réanimation
Hôpital Saint Louis, La Rochelle, France

⁷Service de Réanimation
Institut Catholique, Lille, France

⁸Service de Médecine Intensive Réanimation
Centre Hospitalier de Dieppe, France

⁹Espace de Réflexion Éthique de Normandie
Hôpital Universitaire de Caen, France

Références

- (2005) LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1)
- (2016) LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1)
- Boyer A, Eon B, Quentin B, et al (2016) Que change la Loi Claeys-Leonetti pour les réanimateurs ? *Réanimation* 25:419–425. DOI : 10.1007/s13546-016-1202-7
- Carretier J, Gonçalves T, Altea A, et al (2023) Les Français et la fin de vie : état des lieux des connaissances et représentations des citoyens. *Médecine Palliat* 22:329–348. DOI : 10.1016/j.medpal.2023.04.003
- Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie. In: Haute Aut. Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2619437/fr/les-directives-anticipees-concernant-les-situations-de-fin-de-vie. Accessed 12 Dec 2023
- Srlf C de la, Rigaud J-P, Reignier J, et al (2021) Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès en réanimation : mise au point de la Commission d'Éthique de la SRLF. *Médecine Intensive Réanimation* 30:271–276. DOI : 10.37051/mir-00079
- Etchegaray C, Bourdaire-Mignot C, Gründler T, Lesieur O (2021) Accéder à la volonté des personnes âgées en fin de vie. *Droit Santé Société J Médecine Légale Droit Méd Vict Dommage Corpor Sér E* 1:66
- Rigaud J-P, Giabicani M, Beuzelin M, et al (2017) Ethical aspects of admission or non-admission to the intensive care unit. *Ann Transl Med* 5:S38. DOI : 10.21037/atm.2017.06.53
- Jacquier M, Meunier-Beillard N, Ecarnot F, et al (2021) Non-readmission decisions in the intensive care unit: A qualitative study of physicians' experience in a multicentre French study. *PLOS ONE* 16:e0244919. DOI : 10.1371/journal.pone.0244919
- Quenot J-P, Jacquier M, Fournel I, et al (2023) Non-beneficial admission to the intensive care unit: A nationwide survey of practices. *PLOS ONE* 18:e0279939. DOI : 10.1371/journal.pone.0279939
- Rigaud J-P, Meunier-Beillard N, Aubry R, et al (2016) Le médecin réanimateur : un consultant extérieur pour un choix éclairé du patient et de ses proches ? *Médecine Intensive Réanimation* 25:367–371. DOI : 10.1007/s13546-016-1189-4
- Andreu P, Dargent A, Large A, et al (2018) Impact of a stay in the intensive care unit on the preparation of Advance Directives: Descriptive, exploratory, qualitative study. *Anaesth Crit Care Pain Med* 37:113–119. DOI : 10.1016/j.jccpm.2017.05.007
- Directives anticipées. In: SRLF. <https://www.srlf.org/article/directives-anticipees>. Accessed 12 Dec 2023
- Merdji H, Clere-Jehl R, Dargent A, et al (2018) Out of the ICU shifting as a significant workload. *Intensive Care Med* 44:1582–1583. DOI : 10.1007/s00134-018-5240-7
- Hilton AK, Jones D, Bellomo R (2013) Clinical review: the role of the intensivist and the rapid response team in nosocomial end-of-life care. *Crit Care Lond Engl* 17:224. DOI : 10.1186/cc11856
- Bastian K, Hollinger A, Mebazaa A, et al (2018) Association of social deprivation with 1-year outcome of ICU survivors: results from the FROG-ICU study. *Intensive Care Med* 44:2025–2037. DOI : 10.1007/s00134-018-5412-5
- Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al (2012) Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 40:502–509. DOI : 10.1097/CCM.0b013e318232da75
- Azoulay E, Resche-Rigon M, Megarbane B, et al (2022) Association of COVID-19 Acute Respiratory Distress Syndrome With Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Family Members After ICU Discharge. *JAMA* 327:1042–1050. DOI : 10.1001/jama.2022.2017
- Griffiths J, Hatch RA, Bishop J, et al (2013) An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: a 12-month follow-up study. *Crit Care Lond Engl* 17:R100. DOI : 10.1186/cc12745
- Hashem MD, Nallagangula A, Nalamalapu S, et al (2016) Patient outcomes after critical illness: a systematic review of qualitative studies following hospital discharge. *Crit Care* 20:345. DOI : 10.1186/s13054-016-1516-x
- Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, et al (2016) ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Crit Care Med* 44:1553–1602. DOI : 10.1097/CCM.0000000000001856
- Amin P, Fox-Robichaud A, Divatia JV, et al (2016) The Intensive care unit specialist: Report from the Task Force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care* 35:223–228. DOI : 10.1016/j.jcrc.2016.06.001
- Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JAC, van der Heide A (2014) The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med* 28:1000–1025. DOI : 10.1177/0269216314526272
- Quenot J-P, Ecarnot F, Meunier-Beillard N, et al (2017) What are the ethical aspects surrounding the collegial decisional process in limiting and withdrawing treatment in intensive care? *Ann Transl Med* 5:S43. DOI : 10.21037/atm.2017.04.15
- Escher M, Nendaz M, Scherer F, et al (2021) Physicians' predictions of long-term survival and functional outcomes do not influence the decision to admit patients with advanced disease to intensive care: A prospective study. *Palliat Med* 35:161–168. DOI : 10.1177/0269216320963931
- Aslakson R, Cheng J, Vollenweider D, et al (2014) Evidence-based palliative care in the intensive care unit: a systematic review of interventions. *J Palliat Med* 17:219–235. DOI : 10.1089/jpm.2013.0409
- Noizet-Yverneau O, Bordet F, Pillot J, et al (2019) Intégration de la démarche palliative à la médecine intensive-réanimation : de la théorie à la pratique. *Médecine Intensive Réanimation* 28:398–407. DOI : 10.3166/rea-2019-0124

28. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al (2001) Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med* 163:135–139. DOI : [10.1164/ajrccm.163.1.2005117](https://doi.org/10.1164/ajrccm.163.1.2005117)
29. Kentish-Barnes N, Chaize M, Seegers V, et al (2015) Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *Eur Respir J* 45:1341–1352. DOI : [10.1183/09031936.00160014](https://doi.org/10.1183/09031936.00160014)
30. Rigaud J-P, Hardy J-B, Meunier-Beillard N, et al (2016) The concept of a surrogate is ill adapted to intensive care: Criteria for recognizing a reference person. *J Crit Care* 32:89–92. DOI : [10.1016/j.jcrc.2015.12.011](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.12.011)
31. Quenot J-P, Meunier-Beillard N, Ksiazek E, et al (2020) Criteria deemed important by the relatives for designating a reference person for patients hospitalized in ICU. *J Crit Care* 57:191–196. DOI : [10.1016/j.jcrc.2020.02.017](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.02.017)
32. Quenot J-P, Meunier-Beillard N, Ksiazek E, et al (2022) Criteria deemed important by ICU patients when designating a reference person. *J Intensive Med* 2:268–273. DOI : [10.1016/j.jointm.2022.04.005](https://doi.org/10.1016/j.jointm.2022.04.005)
33. Quenot JP, Rigaud JP, Prin S, et al (2012) Impact of an intensive communication strategy on end-of-life practices in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 38:145–152. DOI : [10.1007/s00134-011-2405-z](https://doi.org/10.1007/s00134-011-2405-z)
34. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, et al (2008) Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 36:953–963. DOI : [10.1097/CCM.0B013E3181659096](https://doi.org/10.1097/CCM.0B013E3181659096)
35. Joynt G, Gomersall C, Tan P, et al (2001) Prospective evaluation of patients refused admission to an intensive care unit: triage, futility and outcome. *Intensive Care Med* 27:1459–1465. DOI : [10.1007/s001340101041](https://doi.org/10.1007/s001340101041)
36. Vink EE, Azoulay E, Caplan A, et al (2018) Time-limited trial of intensive care treatment: an overview of current literature. *Intensive Care Med* 44:1369–1377. DOI : [10.1007/s00134-018-5339-x](https://doi.org/10.1007/s00134-018-5339-x)
37. Aziz S, Arabi YM, Alhazzani W, et al (2020) Managing ICU surge during the COVID-19 crisis: rapid guidelines. *Intensive Care Med* 46:1303–1325. DOI : [10.1007/s00134-020-06092-5](https://doi.org/10.1007/s00134-020-06092-5)
38. Teno JM, Gruneir A, Schwartz Z, et al (2007) Association between advance directives and quality of end-of-life care: a national study. *J Am Geriatr Soc* 55:189–194. DOI : [10.1111/j.1532-5415.2007.01045.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01045.x)
39. Courvoisier DS, Agoritsas T, Perneger TV, et al (2011) Regrets Associated with Providing Healthcare: Qualitative Study of Experiences of Hospital-Based Physicians and Nurses. *PLOS ONE* 6:e23138. DOI : [10.1371/journal.pone.0023138](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0023138)
40. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, et al (2011) Perceptions of Appropriateness of Care Among European and Israeli Intensive Care Unit Nurses and Physicians. *JAMA* 306:2694–2703. DOI : [10.1001/jama.2011.1888](https://doi.org/10.1001/jama.2011.1888)
41. Benoit DD, Jensen HI, Malmgren J, et al (2018) Outcome in patients perceived as receiving excessive care across different ethical climates: a prospective study in 68 intensive care units in Europe and the USA. *Intensive Care Med* 44:1039–1049. DOI : [10.1007/s00134-018-5231-8](https://doi.org/10.1007/s00134-018-5231-8)
42. Huynh TN, Kleerup EC, Wiley JF, et al (2013) The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. *JAMA Intern Med* 173:1887–1894. DOI : [10.1001/jamainternmed.2013.10261](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.10261)
43. Quenot J-P, Large A, Meunier-Beillard N, et al (2019) What are the characteristics that lead physicians to perceive an ICU stay as non-beneficial for the patient? *PLOS ONE* 14:e0222039. DOI : [10.1371/journal.pone.0222039](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222039)
44. Lee RY, Brumback LC, Sathitratanchewin S, et al (2020) Association of Physician Orders for Life-Sustaining Treatment With ICU Admission Among Patients Hospitalized Near the End of Life. *JAMA* 323:950–960. DOI : [10.1001/jama.2019.22523](https://doi.org/10.1001/jama.2019.22523)
45. Wallace SK, Rathi NK, Waller DK, et al (2016) Two Decades of ICU Utilization and Hospital Outcomes in a Comprehensive Cancer Center. *Crit Care Med* 44:926–933. DOI : [10.1097/CCM.0000000000001568](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001568)
46. Feral-Pierssens A-L, Boulain T, Carpentier F, et al (2018) Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. *Médecine Intensive Réanimation* 27:384–390. DOI : [10.3166/rea-2018-0047](https://doi.org/10.3166/rea-2018-0047)
47. Connors AF Jr, Dawson NV, Desbiens NA, et al (1995) A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients: The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). *JAMA* 274:1591–1598. DOI : [10.1001/jama.1995.03530200027032](https://doi.org/10.1001/jama.1995.03530200027032)
48. Anderson WG, Chase R, Pantilat SZ, et al (2011) Code status discussions between attending hospitalist physicians and medical patients at hospital admission. *J Gen Intern Med* 26:359–366. DOI : [10.1007/s11606-010-1568-6](https://doi.org/10.1007/s11606-010-1568-6)
49. Heyland DK, Barwich D, Pichora D, et al (2013) Failure to engage hospitalized elderly patients and their families in advance care planning. *JAMA Intern Med* 173:778–787. DOI : [10.1001/jamainternmed.2013.180](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.180)
50. Cohen RI, Eichorn A, Motschwiller C, et al (2015) Medical intensive care unit consults occurring within 48 hours of admission: A prospective study. *J Crit Care* 30:363–368. DOI : [10.1016/j.jcrc.2014.11.001](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.11.001)
51. Dzeng E, Colaianni A, Roland M, et al (2016) Moral Distress Amongst American Physician Trainees Regarding Futile Treatments at the End of Life: A Qualitative Study. *J Gen Intern Med* 31:93–99. DOI : [10.1007/s11606-015-3505-1](https://doi.org/10.1007/s11606-015-3505-1)
52. Prentice T, Janvier A, Gillam L, Davis PG (2016) Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. *Arch Dis Child* 101:701–708. DOI : [10.1136/archdischild-2015-309410](https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309410)
53. Embriaco N, Hraiech S, Azoulay E, et al (2012) Symptoms of depression in ICU physicians. *Ann Intensive Care* 2:34. DOI : [10.1186/2110-5820-2-34](https://doi.org/10.1186/2110-5820-2-34)
54. Wright AA, Zhang B, Ray A, et al (2008) Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA* 300:1665–1673. DOI : [10.1001/jama.300.14.1665](https://doi.org/10.1001/jama.300.14.1665)
55. Papazian L, Hraiech S, Loundou A, et al (2023) High-level burnout in physicians and nurses working in adult ICUs: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med* 49:387–400. DOI : [10.1007/s00134-023-07025-8](https://doi.org/10.1007/s00134-023-07025-8)
56. Quenot J-P, Helms J, Labro G, et al (2020) Influence of deprivation on initial severity and prognosis of patients admitted to the ICU: the prospective, multicentre, observational IVOIRE cohort study. *Ann Intensive Care* 10:20. DOI : [10.1186/s13613-020-0637-1](https://doi.org/10.1186/s13613-020-0637-1)
57. Azoulay É, Soares M, Lengliné É (2021) Preempting critical care services for patients with hematological malignancies. *Intensive Care Med* 47:1140–1143. DOI : [10.1007/s00134-021-06521-z](https://doi.org/10.1007/s00134-021-06521-z)
58. Bos MMEM, Verburg IWM, Dumajij I, et al (2015) Intensive care admission of cancer patients: a comparative analysis. *Cancer Med*

- 4:966–976. DOI : [10.1002/cam.4.430](https://doi.org/10.1002/cam.4.430)
59. Silveira F da, Soares PHR, Marchesan LQ, et al (2021) Assessing the prognosis of cirrhotic patients in the intensive care unit: What we know and what we need to know better. *World J Hepatol* 13:1341–1350. DOI : [10.4254/wjh.v13.i10.1341](https://doi.org/10.4254/wjh.v13.i10.1341)
 60. Lain W-L, Chang S-C, Chen W-C (2020) Outcome and prognostic factors of interstitial lung disease patients with acute respiratory failure in the intensive care unit. *Ther Adv Respir Dis* 14:1753466620926956. DOI : [10.1177/1753466620926956](https://doi.org/10.1177/1753466620926956)
 61. Frengley JD, Sansone GR, Kaner RJ (2020) Chronic Comorbid Illnesses Predict the Clinical Course of 866 Patients Requiring Prolonged Mechanical Ventilation in a Long-Term, Acute-Care Hospital. *J Intensive Care Med* 35:745–754. DOI : [10.1177/0885066618783175](https://doi.org/10.1177/0885066618783175)
 62. Gibbins J, McCoubrie R, Alexander N, et al (2009) Diagnosing dying in the acute hospital setting--are we too late? *Clin Med Lond Engl* 9:116–119. DOI : [10.7861/clinmedicine.9-2-116](https://doi.org/10.7861/clinmedicine.9-2-116)
 63. Glare P, Virik K, Jones M, et al (2003) A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ* 327:195. DOI : [10.1136/bmj.327.7408.195](https://doi.org/10.1136/bmj.327.7408.195)
 64. Finucane TE (1999) How gravely ill becomes dying: a key to end-of-life care. *JAMA* 282:1670–1672. DOI : [10.1001/jama.282.17.1670](https://doi.org/10.1001/jama.282.17.1670)
 65. Le Maguet P, Roquilly A, Lasocki S, et al (2014) Prevalence and impact of frailty on mortality in elderly ICU patients: a prospective, multicenter, observational study. *Intensive Care Med* 40:674–682. DOI : [10.1007/s00134-014-3253-4](https://doi.org/10.1007/s00134-014-3253-4)
 66. Bagshaw M, Majumdar SR, Rolfson DB, et al (2016) A prospective multicenter cohort study of frailty in younger critically ill patients. *Crit Care Lond Engl* 20:175. DOI : [10.1186/s13054-016-1338-x](https://doi.org/10.1186/s13054-016-1338-x)
 67. Guidet B, Leblanc G, Simon T, et al (2017) Effect of Systematic Intensive Care Unit Triage on Long-term Mortality Among Critically Ill Elderly Patients in France: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 318:1450–1459. DOI : [10.1001/jama.2017.13889](https://doi.org/10.1001/jama.2017.13889)
 68. Ferrante LE, Pisani MA, Murphy TE, et al (2015) Functional trajectories among older persons before and after critical illness. *JAMA Intern Med* 175:523–529. DOI : [10.1001/jamainternmed.2014.7889](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7889)
 69. Oerlemans AJM, van Sluisveld N, van Leeuwen ESJ, et al (2015) Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. *BMC Med Ethics* 16:9. DOI : [10.1186/s12910-015-0001-4](https://doi.org/10.1186/s12910-015-0001-4)
 70. Heyland DK, Frank C, Groll D, et al (2006) Understanding cardiopulmonary resuscitation decision making: perspectives of seriously ill hospitalized patients and family members. *Chest* 130:419–428. DOI : [10.1378/chest.130.2.419](https://doi.org/10.1378/chest.130.2.419)
 71. Downar J, Luk T, Sibbald RW, et al (2011) Why do patients agree to a "Do not resuscitate" or "Full code" order? Perspectives of medical inpatients. *J Gen Intern Med* 26:582–587. DOI : [10.1007/s11606-010-1616-2](https://doi.org/10.1007/s11606-010-1616-2)
 72. Escher M, Cullati S, Hudelson P, et al (2019) Admission to intensive care: A qualitative study of triage and its determinants. *Health Serv Res* 54:474–483. DOI : [10.1111/1475-6773.13076](https://doi.org/10.1111/1475-6773.13076)
 73. Taha A, Jacquier M, Meunier-Beillard N, et al (2022) Anticipating need for intensive care in the healthcare trajectory of patients with chronic disease: A qualitative study among specialists. *PLOS ONE* 17:e0274936. DOI : [10.1371/journal.pone.0274936](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274936)
 74. Cullati S, Hudelson P, Ricou B, et al (2018) Internists' and intensivists' roles in intensive care admission decisions: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 18:620. DOI : [10.1186/s12913-018-3438-6](https://doi.org/10.1186/s12913-018-3438-6)
 75. Cullati S, Perneger TV, Scherer F, et al (2021) Physicians' Views and Agreement about Patient- and Context-Related Factors Influencing ICU Admission Decisions: A Prospective Study. *J Clin Med* 10:3068. DOI : [10.3390/jcm10143068](https://doi.org/10.3390/jcm10143068)
 76. Fassier T, Valour E, Colin C, Danet F (2016) Who Am I to Decide Whether This Person Is to Die Today? Physicians' Life-or-Death Decisions for Elderly Critically Ill Patients at the Emergency Department-ICU Interface: A Qualitative Study. *Ann Emerg Med* 68:28–39.e3. DOI : [10.1016/j.annemergmed.2015.09.030](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.09.030)
 77. Fassier T, Azoulay E (2010) Conflicts and communication gaps in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 16:654–665. DOI : [10.1097/MCC.0b013e32834044f0](https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e32834044f0)
 78. Escher M, Ricou B, Nendaz M, et al (2018) ICU physicians' and internists' survival predictions for patients evaluated for admission to the intensive care unit. *Ann Intensive Care* 8:108. DOI : [10.1186/s13613-018-0456-9](https://doi.org/10.1186/s13613-018-0456-9)
 79. Lesieur O, Quenot JP, Cohen-Solal Z, et al (2021) Admission criteria and management of critical care patients in a pandemic context: position of the Ethics Commission of the French Intensive Care Society, update of April 2021. *Ann Intensive Care* 11:66. DOI : [10.1186/s13613-021-00855-z](https://doi.org/10.1186/s13613-021-00855-z)
 80. Hirsch E (2020) *Pandémie 2020 : Ethique, société, politique*. Les Editions du Cerf, Paris
 81. Lesieur O, Quenot J-P, Rigaud J-P (2022) Les vieux, le tri et le réanimateur. *Médecine Palliat* 21:304–311. DOI : [10.1016/j.medpal.2022.06.011](https://doi.org/10.1016/j.medpal.2022.06.011)
 82. Robert R, Kentish-Barnes N, Boyer A, et al (2020) Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Ann Intensive Care* 10:84. DOI : [10.1186/s13613-020-00702-7](https://doi.org/10.1186/s13613-020-00702-7)
 83. A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU | NEJM. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa063446>. Accessed 12 Dec 2023
 84. Lo B (2023) Deciding for Patients Who Have Lost Decision-Making Capacity — Finding Common Ground in Medical Ethics. *N Engl J Med* 389:2309–2312. DOI : [10.1056/NEJMp2308484](https://doi.org/10.1056/NEJMp2308484)
 85. National POLST Map. In: POLST. <https://polst.org/programs-in-your-state/>. Accessed 12 Dec 2023
 86. Hammes BJ, Rooney BL, Gundrum JD, et al (2012) The POLST Program: A Retrospective Review of the Demographics of Use and Outcomes in One Community Where Advance Directives Are Prevalent. *J Palliat Med* 15:77–85. DOI : [10.1089/jpm.2011.0178](https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0178)
 87. Lee MA, Brummel-Smith K, Meyer J, et al (2000) Physician orders for life-sustaining treatment (POLST): outcomes in a PACE program. Program of All-Inclusive Care for the Elderly. *J Am Geriatr Soc* 48:1219–1225. DOI : [10.1111/j.1532-5415.2000.tb02594.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb02594.x)
 88. Fritz Z, Slowther A-M, Perkins GD (2017) Resuscitation policy should focus on the patient, not the decision. *BMJ* 356:j813. DOI : [10.1136/bmj.j813](https://doi.org/10.1136/bmj.j813)
 89. Richtering SS, Darbellay Farhoumand P, Escher M (2018) Voulez-vous être réanimé si votre cœur s'arrête ? : Discussions de réanimation cardiopulmonaire. *Rev Médicale Suisse* 14:1854–1858. DOI : [10.53738/REVME.2018.14.623.1854](https://doi.org/10.53738/REVME.2018.14.623.1854)

90. Gillick MR (2004) Advance Care Planning. *N Engl J Med* 350:7–8. DOI : 10.1056/NEJMp038202
91. Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al (2017) Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage* 53:821–832.e1. DOI : 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331
92. Argintaru N, Quinn KL, Chartier LB, et al (2019) Perceived barriers and facilitators to goals of care discussions in the emergency department: A descriptive analysis of the views of emergency medicine physicians and residents. *CJEM* 21:211–218. DOI : 10.1017/cem.2018.371
93. Cooper E, Hutchinson A, Sheikh Z, et al (2018) Palliative care in the emergency department: A systematic literature qualitative review and thematic synthesis. *Palliat Med* 32:1443–1454. DOI : 10.1177/0269216318783920
94. Jabbarian LJ, Zwakman M, van der Heide A, et al (2018) Advance care planning for patients with chronic respiratory diseases: a systematic review of preferences and practices. *Thorax* 73:222–230. DOI : 10.1136/thoraxjnl-2016-209806
95. Khandelwal N, Benkeser DC, Coe NB, Curtis JR (2016) Potential Influence of Advance Care Planning and Palliative Care Consultation on ICU Costs for Patients With Chronic and Serious Illness. *Crit Care Med* 44:1474–1481. DOI : 10.1097/CCM.0000000000001675
96. Luckett T, Spencer L, Morton RL, et al (2017) Advance care planning in chronic kidney disease: A survey of current practice in Australia. *Nephrology* 22:139–149. DOI : 10.1111/nep.12743
97. Quenot J-P, Ecartot F, Meunier-Beillard N, et al (2017) What are the ethical aspects surrounding the collegial decisional process in limiting and withdrawing treatment in intensive care? *Ann Transl Med* 5:S43. DOI : 10.21037/atm.2017.04.15
98. Sadini C, Biotto M, Crespi Bel'skij LM, et al (2022) Advance care planning and advance directives: an overview of the main critical issues. *Aging Clin Exp Res* 34:325–330. DOI : 10.1007/s40520-021-02001-y
99. Khandelwal N, Kross EK, Engelberg RA, et al (2015) Estimating the effect of palliative care interventions and advance care planning on ICU utilization: a systematic review. *Crit Care Med* 43:1102–1111. DOI : 10.1097/CCM.0000000000000852
100. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, et al (2003) Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 290:1166–1172. DOI : 10.1001/jama.290.9.1166
101. Molloy DW, Guyatt GH, Russo R, et al (2000) Systematic implementation of an advance directive program in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA* 283:1437–1444. DOI : 10.1001/jama.283.11.1437
102. Quill TE, Holloway R (2011) Time-limited trials near the end of life. *JAMA* 306:1483–1484. DOI : 10.1001/jama.2011.1413
103. Mahony SO, Blank A, Simpson J, et al (2008) Preliminary report of a palliative care and case management project in an emergency department for chronically ill elderly patients. *J Urban Health Bull N Y Acad Med* 85:443–451. DOI : 10.1007/s11524-008-9257-z
104. Wu FM, Newman JM, Lasher A, Brody AA (2013) Effects of initiating palliative care consultation in the emergency department on inpatient length of stay. *J Palliat Med* 16:1362–1367. DOI : 10.1089/jpm.2012.0352
105. Tschirhart EC, Du Q, Kelley AS (2014) Factors influencing the use of intensive procedures at the end of life. *J Am Geriatr Soc* 62:2088–2094. DOI : 10.1111/jgs.13104
106. Robinson L, Dickinson C, Rousseau N, et al (2012) A systematic review of the effectiveness of advance care planning interventions for people with cognitive impairment and dementia. *Age Ageing* 41:263–269. DOI : 10.1093/ageing/afr148
107. Kurella Tamura M, Desai M, Kappahhn KI, et al (2018) Dialysis versus Medical Management at Different Ages and Levels of Kidney Function in Veterans with Advanced CKD. *J Am Soc Nephrol JASN* 29:2169–2177. DOI : 10.1681/ASN.2017121273
108. Dunlay SM, Swetz KM, Mueller PS, Roger VL (2012) Advance Directives in Community Patients with Heart Failure. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 5:283–289. DOI : 10.1161/CIRCOUTCOMES.112.966036
109. Khandelwal N, Long AC, Lee RY, et al (2019) Improving critical care for Americans with terminal illness 2. *Lancet Respir Med* 7:613–625. DOI : 10.1016/S2213-2600(19)30170-5
110. Goodman MD, Tarnoff M, Slotman GJ (1998) Effect of advance directives on the management of elderly critically ill patients. *Crit Care Med* 26:701–704. DOI : 10.1097/00003246-199804000-00018
111. Hartog CS, Peschel I, Schwarzkopf D, et al (2014) Are written advance directives helpful to guide end-of-life therapy in the intensive care unit? A retrospective matched-cohort study. *J Crit Care* 29:128–133. DOI : 10.1016/j.jcrc.2013.08.024
112. Halpern NA, Pastores SM, Chou JF, et al (2011) Advance directives in an oncologic intensive care unit: a contemporary analysis of their frequency, type, and impact. *J Palliat Med* 14:483–489. DOI : 10.1089/jpm.2010.0397
113. Kish Wallace S, Martin CG, Shaw AD, Price KJ (2001) Influence of an advance directive on the initiation of life support technology in critically ill cancer patients. *Crit Care Med* 29:2294–2298. DOI : 10.1097/00003246-200112000-00010
114. Richardson PG, Greenslade J, Isoardi J, et al (2016) End-of-life issues: Withdrawal and withholding of life-sustaining healthcare in the emergency department: A comparison between emergency physicians and emergency registrars: A sub-study. *Emerg Med Australas* 28:684–690. DOI : 10.1111/1742-6723.12684
115. Jones DA, McIntyre T, Baldwin I, et al (2007) The medical emergency team and end-of-life care: a pilot study. *Crit Care Resusc J Australas Acad Crit Care Med* 9:151–156
116. Vazquez R, Gheorghe C, Grigoriyan A, et al (2009) Enhanced end-of-life care associated with deploying a rapid response team: a pilot study. *J Hosp Med* 4:449–452. DOI : 10.1002/jhm.451
117. Jones DA, Bagshaw SM, Barrett J, et al (2012) The role of the medical emergency team in end-of-life care: a multicenter, prospective, observational study. *Crit Care Med* 40:98–103. DOI : 10.1097/CCM.0b013e31822e9d50
118. Haines KJ, Denehy L, Skinner EH, et al (2015) Psychosocial outcomes in informal caregivers of the critically ill: a systematic review. *Crit Care Med* 43:1112–1120. DOI : 10.1097/ccm.0000000000000865
119. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W (2010) The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ* 340:c1345. DOI : 10.1136/bmj.c1345
120. Cinotti R, Le Courtois Du Manoir M, Asehounne K (2020) Consultation systématique après l'hospitalisation en soins intensifs pour le

- dépistage et la prise en charge du syndrome post-réanimation. *Anesth Réanimation* 6:377–382. DOI : [10.1016/j.anrea.2019.11.027](https://doi.org/10.1016/j.anrea.2019.11.027)
121. Rigaud J-P, Gélinotte S, Beuzelin M, et al (2022) Consultation post-réanimation : un outil désormais indispensable en 2022. *Med Intensive Réanimation* 31:79–86. DOI : [10.37051/mir-00112](https://doi.org/10.37051/mir-00112)
 122. Vrettou CS, Mantziou V, Vassiliou AG, et al (2022) Post-Intensive Care Syndrome in Survivors from Critical Illness including COVID-19 Patients: A Narrative Review. *Life Basel Switz* 12:107. DOI : [10.3390/life12010107](https://doi.org/10.3390/life12010107)
 123. Herridge MS, Azoulay É (2023) Outcomes after Critical Illness. *N Engl J Med* 388:913–924. DOI : [10.1056/NEJMra2104669](https://doi.org/10.1056/NEJMra2104669)
 124. Coopersmith CM, Wunsch H, Fink MP, et al (2012) A comparison of critical care research funding and the financial burden of critical illness in the United States. *Crit Care Med* 40:1072–1079. DOI : [10.1097/CCM.0b013e31823c8d03](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31823c8d03)
 125. Mullany DV, Pilcher DV, Dobson AJ (2021) Associations Between Socioeconomic Status, Patient Risk, and Short-Term Intensive Care Outcomes. *Crit Care Med* 49:e849–e859. DOI : [10.1097/CCM.0000000000000501](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000501)
 126. (2017) Overview | Rehabilitation after critical illness in adults | Quality standards | NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs158>. Accessed 13 Dec 2023
 127. Declercq P-L, Fournel I, Demeyere M, et al (2023) Influence of socio-economic status on functional recovery after ARDS caused by SARS-CoV-2: the multicentre, observational RECOVIDS study. *Intensive Care Med*. DOI : [10.1007/s00134-023-07180-y](https://doi.org/10.1007/s00134-023-07180-y)
 128. Rosa RG, Ferreira GE, Viola TW, et al (2019) Effects of post-ICU follow-up on subject outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Crit Care* 52:115–125. DOI : [10.1016/j.jcrc.2019.04.014](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.04.014)
 129. Bullock K (2011) The influence of culture on end-of-life decision making. *J Soc Work End--Life Palliat Care* 7:83–98. DOI : [10.1080/15524256.2011.548048](https://doi.org/10.1080/15524256.2011.548048)
 130. Evans N, Bausewein C, Meñaca A, et al (2012) A critical review of advance directives in Germany: attitudes, use and healthcare professionals' compliance. *Patient Educ Couns* 87:277–288. DOI : [10.1016/j.pec.2011.10.004](https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.10.004)
 131. Kwak J, Haley WE (2005) Current research findings on end-of-life decision making among racially or ethnically diverse groups. *The Gerontologist* 45:634–641. DOI : [10.1093/geront/45.5.634](https://doi.org/10.1093/geront/45.5.634)
 132. Curtis JR, Lee RY, Brumback LC, et al (2023) Intervention to Promote Communication About Goals of Care for Hospitalized Patients With Serious Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 329:2028–2037. DOI : [10.1001/jama.2023.8812](https://doi.org/10.1001/jama.2023.8812)
 133. Hurst SA, Becerra M, Perrier A, et al (2013) Including patients in resuscitation decisions in Switzerland: from doing more to doing better. *J Med Ethics* 39:158–165. DOI : [10.1136/medethics-2012-100699](https://doi.org/10.1136/medethics-2012-100699)

monnal™TEO

Décidez simplement,
Ventilez sereinement.



Simple
d'utilisation
et intuitif

Évaluer la mécanique
respiratoire au lit
du malade

Peso
Plung
RI Ratio
AOP
Capnographie

Conçu pour
la ventilation
protectrice

VTe/PBW
 ΔP
Pplat

Accompagner
le sevrage
ventilatoire

NIF
RSBI
PO1

Pour plus
d'information sur
Monnal™ TEO



Fabriqué en France



Monnal™ TEO est un dispositif médical de classe IIb à turbine autonome en air permettant le traitement des nourrissons (à partir de 3 kg), des enfants et des adultes, destiné au personnel hospitalier en réanimation, en service d'urgences, en salle de réveil post-opératoire - Les actes effectués avec Monnal™ TEO sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans certaines situations.

Fabricant : Air Liquide Medical Systems - Evaluation de la conformité : GMED 0459 - Code du commerce : R.C.S. Nanterre 348 921 735 - Lire attentivement le manuel d'utilisation.

 **Air Liquide**
HEALTHCARE