



HAL
open science

Non-réadmissions en réanimation : enquête de pratiques

Mikhael Giabicani

► **To cite this version:**

Mikhael Giabicani. Non-réadmissions en réanimation : enquête de pratiques. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01381311

HAL Id: dumas-01381311

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01381311>

Submitted on 14 Oct 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE : 2016

N°

**THÈSE POUR LE DOCTORAT EN
MÉDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

Mikhael GIABICANI

Né le 13 mai 1987 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2016

**Non-réadmissions en réanimation :
enquête de pratiques**

Président du jury : Monsieur le Professeur Bertrand DUREUIL
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Philippe RIGAUD
Membres du jury : Madame le Professeur Catherine PAUGAM-BURTZ
Madame le Professeur Fabienne TAMION
Monsieur le Professeur Benoit VEBER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE : 2016

N°

**THÈSE POUR LE DOCTORAT EN
MÉDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

Mikhael GIABICANI

Né le 13 mai 1987 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2016

**Non-réadmissions en réanimation :
enquête de pratiques**

Président du jury : Monsieur le Professeur Bertrand DUREUIL
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Philippe RIGAUD
Membres du jury : Madame le Professeur Catherine PAUGAM-BURTZ
Madame le Professeur Fabienne TAMION
Monsieur le Professeur Benoit VEBER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre jusque 01/11/15</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
<i>(surnombre)</i>		
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie

Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion

Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Souleymane ABDOUL-AZIZ	Biochimie
Mme Maïté NIEPCERON	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

Glossaire

LAT : Limitation et Arrêt des Thérapeutiques

PAS : Pression Artérielle Systolique

PAM : Pressions Artérielle Moyenne

PAD : Pression Artérielle Diastolique

TP : Taux de Prothrombine

PaO₂ : Pression partielle du sang artériel en oxygène

FiO₂ : Fraction inspirée en oxygène

SpO₂ : Saturation pulsée en oxygène

SOFA : Sepsis-related Organ Failure Assessment

CCNE : Comité Consultatif National d’Ethique

INED : Institut National d’Etudes Démographiques

SFAR : Société Française d’Anesthésie et de Réanimation

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

CREUF : Collège de Réanimation et médecine d’urgence des hôpitaux Extra-Universitaires de France

MG : Mikhael Giabicani

JPR : Docteur Jean-Philippe Rigaud, Centre Hospitalier de Dieppe

JPQ : Docteur Jean-Pierre Quenot, Centre Hospitalo-Universitaire de Dijon

NMB : Nicolas Meunier-Beillard, Centre Hospitalo-Universitaire de Dijon, Université de Bourgogne–Franche-Comté

Sommaire

Remerciements	12
---------------------	----

Glossaire	16
-----------------	----

Introduction.....	19
-------------------	----

1. Introduction sur les limitation et arrêt des traitements en réanimation	19
1.1. Définitions	19
1.2. Pourquoi prendre des décisions de LAT en réanimation ? De l'éthique au législatif	20
2. Admission en réanimation : quelles indications pour quels patients ?	21
3. Notion de « non-admission » des patients en réanimation.....	22
4. Réadmission en réanimation : épidémiologie et pronostic.....	23
5. Pourquoi ne pas réadmettre certains patients en réanimation ?	24
6. Problématique éthique soulevée par la question de non-réadmission	25
6.1. Qui est concerné par cette question ?	25
6.2. S'agit-il de décisions de LAT ?.....	25
6.2.1. Quel cadre légal ?	26
6.2.2. Quel processus décisionnel ?	27
6.2.3. Avis et information du patient ?	28
6.2.4. Des directives anticipées prépondérantes : quelle place dans les décisions de non-réadmission ?	30
6.3. Après la décision de LAT : quel devenir pour les patients ?	32
6.3.1. Pronostic après une décision de LAT.....	32
6.3.2. Quelle prise en charge après la décision ?	33
6.4. Durée de validité de la décision ?	34
6.5. Traçabilité de la décision ?	34

Objectif de l'étude.....	35
--------------------------	----

Matériel et Méthodes	36
----------------------------	----

1. Type d'étude	36
2. Population de l'étude.....	36
3. Analyse des données	37
4. Statistiques	38

Résultats.....	39
----------------	----

1. Médecins répondeurs	39
2. Résultats principaux.....	40
3. Analyses en sous-groupes.....	44

Discussion	46
1. Synthèse des résultats.....	46
2. Une pratique plus fréquente qu'on ne le pense ?.....	46
3. Analyse du processus décisionnel.....	47
3.1. Un cadre légal insuffisamment respecté	47
3.2. Quand prendre la décision ?.....	48
3.3. Faut-il inscrire la décision dans le dossier du patient ?	49
3.4. Quelle collégialité ?.....	51
3.5. Les patients doivent-ils participer et être informés des décisions de non-réadmission ?	53
4. Quels critères pour décider d'une non-réadmission ?	55
5. Après la décision.....	56
5.1. Comment mettre en application la décision ?	56
5.2. Place des soins palliatifs	57
6. Comment résoudre la problématique : proposer un projet de soins ?	58
7. Qualités et limites de l'étude.....	60
7.1. Méthodologie	60
7.2. De l'importance d'évaluer nos pratiques	60
Conclusions.....	62
Annexes	63
Bibliographie	96

Introduction

L'objectif de ce travail est de mener une réflexion autour de la question de la non-réadmission des patients en réanimation. Cette réflexion sera nourrie d'aspects éthiques, législatifs et médicaux. Nous verrons pourquoi et dans quelles circonstances cette question peut se poser en réanimation et quelles sont les problématiques qui en découlent. Tout au long de la réflexion, différents concepts vont s'articuler autour de cette question. Les aspects éthiques et législatifs des décisions de limitation et d'arrêt des traitements, le principe de respect de l'autonomie du patient, les notions de directives anticipées et d'information du patient, et celle du libre-arbitre du médecin vont être évoqués de manière récurrente. En préambule, il apparaît donc indispensable de préciser ces notions avant de traiter la question de la non-réadmission en réanimation en elle-même.

1. Introduction sur les limitation et arrêt des traitements en réanimation

En France, les décisions de limitation et arrêt des thérapeutiques (LAT) qui maintiennent la vie interviendraient dans environ la moitié des décès survenant en réanimation (1). Depuis 2005, suite au vote de la « loi relative aux droits des malades et à la fin de vie » dite loi Leonetti (2), les modalités de ces prises de décisions sont définies.

1.1. Définitions

La notion de « traitement », qui se réfère à une thérapeutique à visée curative ou à une technique de suppléance d'une défaillance d'organe (« to cure » : guérir une affection ou s'efforcer de le faire), est à différencier de la notion de « soins », tels que les « soins de confort » ou « soins de support », qui associent la prise en charge de la douleur, de la souffrance et les soins d'hygiène (« to care » : prendre soin) (3). Parmi ceux-ci, les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale, dont l'objectif est de soulager ses douleurs physiques, et de prendre en charge sa souffrance psychologique, sociale et spirituelle. En réanimation, les notions de traitements et de soins coexistent constamment et sont étroitement liées dans la prise en charge des patients. Et s'il est possible d'interrompre un traitement, les soins, quant à eux, doivent toujours être poursuivis.

L'obstination déraisonnable, « ex acharnement thérapeutique », renvoie à la démarche d'instauration ou de poursuite d'une stratégie à visée curative inutile, disproportionnée et non justifiée au regard du pronostic du patient en termes de survie et de qualité de vie (3).

La limitation des traitements regroupe la non-optimisation d'un ou de plusieurs traitements dont des techniques de suppléance d'organe assurant un maintien artificiel en vie et la prévision d'une non-optimisation ou d'une non-instauration d'un ou de plusieurs traitement(s) en cas de nouvelle défaillance d'organe, même au cas où le maintien artificiel en vie pourrait en dépendre (3).

L'arrêt des traitements est défini par l'interruption d'un ou de plusieurs traitements (comme les techniques de suppléance d'organe) assurant un maintien artificiel de la vie. L'intention conduisant à l'arrêt des traitements est primordiale car elle permet de distinguer le « laisser mourir » d'un malade en fin de vie du « faire mourir » équivalent à un homicide et donc condamnable (3).

Depuis peu, il a été défini un troisième type de décision de LAT qui se situe à la phase toute initiale du processus de LAT au sens large : la « non escalade thérapeutique » (« no escalation of care », « no escalation of treatment » ou encore « no escalation of therapy ») (4–6). Elle est définie comme la décision de ne pas introduire un traitement susceptible de devenir indispensable à une prise en charge thérapeutique optimale, mais qui ne l'est pas encore au moment de la prise de décision (7), à la différence de la « limitation » qui fait référence à un traitement ou à l'amplification d'un traitement nécessaire de manière imminente au moment de la décision.

1.2. Pourquoi prendre des décisions de LAT en réanimation ? De l'éthique au législatif

Depuis de nombreuses années, la question de la fin de vie est débattue au sein de la société française. Ce débat, nourri non seulement par des problématiques médicales, mais également par des considérations philosophiques, religieuses et éthiques, a nécessité une longue réflexion sur la fin de vie et le droit des malades aboutissant à 3 textes de loi : la loi « relative aux droits des malades » du 4 mars 2002 dite loi Kouchner (8), la loi « relative aux droits des malades et à la fin de vie » du 22 avril 2005 dite loi Leonetti (2) et enfin la loi créant « de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie » du 2 février 2016, dite loi Claeys-Leonetti (9). Si elles ont apporté le cadre légal attendu par les citoyens et la communauté médicale, ces textes ont permis, en particulier, de répondre à la question des

conditions de la fin de vie en réanimation soulevée par Ferrand *et al.* en 2001 au sein du groupe LATAREA (1).

Un des principaux éléments du débat est le souhait des malades de bénéficier de leur vie jusqu'à son ultime moment tout en bénéficiant d'une mort apaisée, dans la dignité. Malgré la difficulté à légiférer sur un sujet aussi sensible, la notion d'obstination déraisonnable semble faire consensus au sein de la société dans le sens où elle est assimilée à une mauvaise pratique de la médecine, voire même à une maltraitance. C'est la raison pour laquelle la loi du 22 avril 2005 et les décrets d'application du 6 février 2006 ont rendu cette attitude condamnable : « *En toutes circonstances, le médecin doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique* » (2,10). Cette notion d'obstination déraisonnable constitue ainsi le fondement éthique, et désormais légal, de la justification des décisions de LAT en réanimation : s'il n'y a plus d'espoir, il faut cesser toute pratique dont l'objectif est autre que le respect de la dignité du patient. Dans le but de permettre aux médecins de s'écarter de ce type de pratique, il est apparu plus évident de devoir proposer un cadre légal aux limitations et arrêts des traitements. Alors que ces pratiques étaient réelles mais non réglementées (1), la loi du 22 avril 2005 (2) autorise ainsi pour la première fois les médecins à prendre des décisions de LAT : « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement (...). Il peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie* » (10).

2. Admission en réanimation : quelles indications pour quels patients ?

La réanimation se définit comme la prise en charge de patients présentant ou susceptibles de présenter des défaillances viscérales aiguës mettant en jeu le pronostic vital et nécessitant à la fois l'utilisation de techniques spécifiques, de matériels coûteux et la permanence 24/24 heures d'un personnel médical et paramédical, spécifique, compétent et entraîné (11). La défaillance viscérale peut concerner la fonction circulatoire (PAS<90 mmHg ou baisse de 40 mmHg par rapport au chiffre de base ou PAM<65 mmHg ou PAD<40 mmHg ou hyperlactatémie artérielle>2 mmol/l), la fonction respiratoire (PaO₂<60 mmHg ou SpO₂<90% en air ambiant, ou PaO₂/FiO₂<300), les fonctions supérieures (présence d'une encéphalopathie, d'un syndrome confusionnel ou d'un coma), la fonction rénale (oligurie<0,5ml/kg/h, créatinine>177 µmol/l ou élévation de plus de 50% par rapport au chiffre

de base), la fonction de coagulation (thrombopénie $<100000/\text{mm}^3$ ou TP $<50\%$ ou chute de plus de 30% du taux de plaquettes ou du TP) ou encore la fonction hépatique (hyperbilirubinémie $>34 \mu\text{mol/l}$).

De manière générale, plusieurs facteurs doivent être pris en compte pour décider de l'admission d'un patient en réanimation : le motif de la (des) défaillance(s) aiguë(s), la probabilité de succès du traitement, l'espérance de vie du patient en rapport avec sa maladie initiale, ses comorbidités et son âge, la qualité de vie (actuelle et espérée) et les souhaits du patient. Les souhaits et la qualité de vie du patient sont des notions pour lesquelles il n'existe pas de « standard ». Elles relèvent et doivent rester du domaine de l'individuel (12). De même, la probabilité de succès d'une prise en charge en réanimation et l'espérance de vie du patient sont également difficiles à évaluer : les indices de gravité lors de l'arrivée d'un patient aux urgences sont peu fiables, l'ensemble des scores de gravité validés en réanimation n'ayant une bonne valeur pronostique qu'après 24, voire 72 heures de prise en charge (tel que le score SOFA par exemple) (12). Ainsi, s'il est difficile d'établir des critères stricts visant à définir les patients éligibles à une prise en charge en réanimation, la société américaine de réanimation fait état de la nécessité d'une politique écrite d'admission, de sortie et de « tri » des patients au sein de chaque service de réanimation et recommande d'admettre en réanimation les patients présentant « une chance raisonnable » de récupération substantielle (12,13).

3. Notion de « non-admission » des patients en réanimation

Le domaine de la réanimation ayant connu des progrès considérables ces dernières années, les motifs d'admission que nous venons de citer précédemment sont de plus en plus larges et permettent d'admettre des patients d'autant plus graves et âgés dans les services de réanimation (14,15). Néanmoins, ces progrès « techniques » nécessitent des soins lourds et coûteux sur les plans humain et économique. L'admission d'un patient dans un service de réanimation est donc à mettre en balance avec le bénéfice qui en est potentiellement attendu. Ainsi, certains patients considérés comme « trop graves », « trop fragiles » ou avec de nombreuses comorbidités, ne sont pas admis dans les services de réanimation alors même que leur état clinique pourrait le justifier (16), en argumentant d'un risque de décès élevé ou d'une qualité de vie devenue inacceptable au décours de l'hospitalisation le cas échéant, rendant cette dernière « futile » (17–19).

C'est pourquoi, depuis de nombreuses années, une problématique éthique a émergé au sein des services de réanimation : celle visant à devoir « choisir » les patients susceptibles de

bénéficier des soins de réanimation. Plusieurs études ont tenté d'établir des critères de non-admission en réanimation mais ceux-ci sont difficiles à généraliser car chaque situation médicale est unique. Il semble, néanmoins, que la gravité, insuffisante ou excessive, de la situation du patient, son degré d'autonomie, l'existence de comorbidités sévères et notamment de troubles cognitifs, et l'évolution récente dans le service demandeur soient des éléments déterminants de la décision d'admission ou de non-admission en réanimation (20,21). Il est important de préciser que les décisions de non-admission en réanimation constituent alors de réelles décisions de LAT. En effet, la question de l'hospitalisation en réanimation concerne des patients dont la vie est en danger de manière imminente. Décider de ne pas admettre un tel patient en réanimation consiste en une limitation de moyens et donc correspond à une décision de LAT. Si la littérature semble unanime sur ce point, il est cependant démontré que le processus décisionnel n'est pas toujours respecté de manière optimale, le plus régulièrement faute de temps en raison de l'urgence de la prise de décision (20,21).

4. Réadmission en réanimation : épidémiologie et pronostic

Au terme d'une évolution considérée comme favorable en réanimation, il n'existe pas de critères formels permettant d'établir précisément le moment optimal où le patient peut sortir d'un service de réanimation. La décision de transférer un patient d'un service de réanimation vers un service de soins conventionnels est une problématique quotidienne pour les médecins réanimateurs. Cette décision est parfois motivée par des considérations organisationnelles telles que la nécessité de libérer un lit de réanimation pour accueillir en urgence un nouveau patient (22,23) mais elle est, le plus souvent, laissée à l'appréciation des médecins réanimateurs (24). Elle tient compte de plusieurs problématiques qui s'opposent : d'une part, réduire la durée d'hospitalisation en réanimation afin de limiter les coûts et le risque de complications iatrogènes ou nosocomiales notamment ; d'autre part, éviter une sortie de réanimation trop précoce (22,23,25–27) pouvant être à l'origine d'une réadmission du patient en réanimation voire conduire au décès de celui-ci (22,25).

Le taux de réadmission des patients en réanimation varie entre 1,3% et 13,7% selon les publications (23,28–30). Parmi ces réadmissions, plus d'un tiers (38,5%) ont lieu dans les 48 heures suivant la sortie de réanimation (22,30) et peuvent probablement être considérées comme une erreur dans la décision médicale de sortie de réanimation. Ainsi, 13 à 86% des réadmissions en réanimation seraient évitables (22). Des études se sont intéressées à établir des facteurs de risque et des scores pronostic de réadmission en réanimation (23–25,31,32). Ceux-

ci sont nombreux et peu spécifiques comme l'âge, le nombre de comorbidités et les scores pronostiques habituels de réanimation (23). Cependant, comme le rapporte une littérature abondante, les taux de réadmission en réanimation n'ont pas diminué ces dernières années (23,33,34).

Les principales causes de réadmission en réanimation rapportées par les études sont une défaillance respiratoire, une défaillance cardio-vasculaire ou un sepsis (23,30), secondaire à la pathologie initiale dans 19 à 65% des cas et à une nouvelle pathologie dans 30 à 40% des cas (23,34). Les réadmissions en réanimation ont un réel impact sur la morbi-mortalité des patients avec notamment une augmentation de leur durée de séjour hospitalier et une surmortalité en réanimation de 10% à plus de 50% alors même que la mortalité de base des services est de 1 à 18% (32)(23,29,30,33,35–37).

5. Pourquoi ne pas réadmettre certains patients en réanimation ?

La décision d'admettre ou non un patient en réanimation se prend après analyse de ses antécédents, de son histoire clinique, de la sévérité de la pathologie actuelle et de son potentiel d'aggravation et d'amélioration, du bénéfice escompté d'un séjour en réanimation, de sa situation sociale, de son entourage familial, de l'existence de directives anticipées etc...(20). Comme nous l'avons vu, il arrive donc qu'une décision de non-admission d'un patient en réanimation soit prise, auquel cas, celle-ci relève des conditions d'une décision de LAT, comme définie précédemment.

Compte tenu du pronostic péjoratif lié à une réadmission en réanimation évoqué plus haut, certains patients dont le parcours en réanimation a été particulièrement difficile pour eux-mêmes, pour leurs proches et pour le corps médical et paramédical (en raison d'une pathologie particulièrement lourde, d'antécédents nombreux, d'une autonomie antérieure limitée ou d'une évolution chaotique en réanimation) font l'objet d'une décision de « non-réadmission » en réanimation si l'indication devait à nouveau se poser.

Nous définissons alors une décision de « non-réadmission » en réanimation toute décision prise au cours ou au terme d'un séjour en réanimation concernant un patient pour lequel il est décidé, *a priori*, de ne pas le réadmettre en réanimation si la question venait à nouveau à se poser.

6. Problématique éthique soulevée par la question de non-réadmission

A notre connaissance, aucun travail publié jusqu'alors n'a étudié les directives de non-réadmission en réanimation. La difficulté de notre réflexion réside ainsi, en partie, dans l'étendue des champs pouvant être explorés sur le thème de la non-réadmission : fréquence, démographie des patients concernés, aspects éthiques, législatifs, philosophiques, rationnels médical et socio-économique, conséquences sur le devenir des patients à long terme, etc. Nous tentons, ici, de synthétiser les questionnements suscités et d'en dégager un axe de travail.

6.1. Qui est concerné par cette question ?

Avant de rentrer dans l'analyse du processus décisionnel en lui-même, il nous paraît important de se questionner sur la fréquence et sur le profil des patients concernés par les décisions de non-réadmission en réanimation. Cette question est le point de départ de la réflexion : s'agit-il d'une question quotidienne en réanimation ou d'un phénomène marginal et quels sont les critères pouvant conduire à une décision de non-réadmission ?

Ces décisions concernent-elles plus fréquemment certaines catégories de patients ? Par exemple : ceux ayant fait l'objet d'une décision de LAT au cours du séjour en réanimation, ceux dont le handicap est considéré comme trop lourd à la sortie de réanimation (neuro-traumatisés par exemple), ceux pour lesquels aucun retour à domicile n'est envisageable, ceux pour qui le projet thérapeutique curatif ne semble pas réalisable à court ou moyen terme (patients d'onco-hématologie par exemple) etc. Ou, au contraire, s'agit-il de décisions prises, en fonction du parcours du patient en réanimation ou du « ressenti » des médecins réanimateurs ? Rappelons également ici que les décisions de non-réadmission peuvent parfois être prises sans que le patient n'ait fait l'objet d'une décision de LAT au cours de son séjour en réanimation.

6.2. S'agit-il de décisions de LAT ?

Si l'on considère qu'il s'agit effectivement d'une réelle problématique en réanimation, dans quel cadre doit-on faire rentrer ces décisions ? Le cœur de la problématique des décisions de non-réadmission en réanimation est de déterminer s'il s'agit ou non de décisions de LAT telles que définies précédemment (4–7). La première possibilité serait de considérer ces décisions comme un simple avis rendu par les médecins réanimateurs pour la suite d'un séjour en réanimation. La seconde serait de les considérer comme des décisions de LAT proprement dites au sens de « non escalade thérapeutique ». La première possibilité ne pose pas réellement

de problème éthique : il ne s'agit pas d'une décision définitive concernant l'avenir du patient mais d'une « proposition » issue d'un ou plusieurs médecins réanimateurs à la sortie du service n'engageant pas la prise en charge ultérieure à la condition que cet avis soit considéré comme tel par les correspondants médicaux. En revanche, la seconde possibilité conduit à se questionner sur la mise en œuvre éthique et sur la conduite pratique du processus d'une décision de non-réadmission : comment fait-on actuellement ? Comment doit-on faire pour respecter les « bonnes pratiques » en termes de décision de LAT ?

6.2.1. Quel cadre légal ?

Après avoir inscrit dans la loi en 2002 que « toute personne a le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées » (8), c'est en 2005 que la loi Leonetti introduit la notion de LAT : « ... ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris » (2). La loi de 2016 précise à la suite : dans ce cas, « le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant des soins palliatifs » (9).

Une certaine ambiguïté réside cependant dans la question des décisions de non-réadmission : avons-nous le droit de prendre des décisions de LAT *a priori* concernant une situation médicale potentielle (nouvelle défaillance vitale) qui pourrait conduire le patient vers une situation à risque d'obstination déraisonnable s'il est admis en réanimation, alors même que nous ne sommes pas certains que celle-ci va survenir ? L'obstination déraisonnable est définie par la loi dans un cadre de fin de vie où peuvent s'opposer le maintien artificiel de la vie notamment par des techniques de suppléance d'organe d'une part, et la prise en charge de la souffrance physique et morale de la personne malade ainsi que le respect de sa dignité d'autre part. A ce titre, les décisions de non-réadmission en réanimation pourraient se justifier en considérant que le traitement « réanimation » ne semblerait pas raisonnable pour l'avenir du patient. Cependant, à l'heure actuelle et selon la loi, la seule personne ayant le droit d'établir des directives de « non acharnement thérapeutique », à propos d'une situation médicale « hypothétique » le concernant, est le patient lui-même sous la forme de directives anticipées.

6.2.2. *Quel processus décisionnel ?*

Il découle des questions précédentes celle du processus décisionnel relatif à la prise de décision de non-réadmission. Si nous sommes effectivement dans un cadre de LAT à proprement parler, comment la loi et les sociétés savantes prévoient-elles un processus décisionnel garantissant une démarche éthique adaptée ?

Plusieurs études ont montré l'intérêt d'utiliser une procédure écrite d'aide à la réflexion et à la prise de décision de LAT (1). Celle-ci améliore l'exhaustivité et la traçabilité de la prise de décision. Dans l'idéal, elle doit être rédigée par les acteurs du service de réanimation dans lequel elle sera utilisée.

La procédure de décision de LAT peut être initiée par toute personne impliquée dans la prise en charge du patient : la personne de confiance, un proche, la famille ou un membre de l'équipe médicale ou paramédicale. Le médecin en charge du patient a l'obligation de respecter une procédure collégiale (10). Pour cela, il est indispensable de consulter l'infirmière, l'aide-soignante, le médecin en formation en charge du patient, voire d'autres membres de l'équipe médicale et paramédicale (kinésithérapeute, assistante sociale, psychologue...). La loi du 22 avril 2005 oblige également expressément à prendre l'avis d'un médecin extérieur, appelé à titre de consultant, qui doit être sans lien hiérarchique avec les acteurs du service. Il peut s'agir du médecin traitant, du médecin spécialiste référent du patient ou de n'importe quel autre médecin, en activité ou retraité.

A l'issue de la procédure collégiale, la décision finale est prise par le médecin en charge du patient. Celle-ci doit prendre en compte l'avis du personnel médical et paramédical, l'avis du patient s'il est apte à consentir ou les souhaits qu'il aurait antérieurement exprimés, en particulier dans le cadre de directives anticipées si elles existent. La personne de confiance qu'il aurait désignée, la famille et les proches doivent être consultés. Néanmoins, bien que leur avis soit primordial, ces derniers n'ont aucun rôle décisionnel. En effet, la loi laisse la possibilité au médecin en charge du malade de prendre une décision qui ne soit pas partagée avec la personne de confiance, les proches ou les membres de l'équipe paramédicale. Il est probable que le législateur ait souhaité ne pas faire porter à des proches le poids de la responsabilité d'une décision lourde de conséquences, fussent-ils les dépositaires des souhaits du patient. Cet aspect permet également au médecin de s'affranchir de l'avis de membres de la famille ou de proches dont les intentions ne seraient pas bienveillantes envers le patient. En cas de doute lors du processus décisionnel, la réflexion doit cependant être poursuivie et renouvelée car une décision

de LAT peut toujours être reconsidérée voire annulée en cas de nouveaux éléments susceptibles d'en modifier la finalité.

L'ensemble des éléments pris en compte au cours des différentes étapes du processus décisionnel doivent être notés dans le dossier médical. La décision de limiter ou d'arrêter un ou plusieurs traitement(s) d'une part, et les modalités d'application d'autre part, doivent être notifiées.

Une fois la décision prise, le médecin en charge du patient est garant de l'application de la décision mais il est surtout responsable de la continuité des soins et de la mise en œuvre des soins palliatifs visant au respect et à la dignité du patient (3).

Concernant les décisions de non-réadmission en réanimation, il nous semble, de prime abord, que celles-ci sont prises, actuellement, de manière beaucoup plus informelle que les décisions de LAT « classiques », et le plus souvent, essentiellement par les médecins réanimateurs seuls. Dans quelle mesure les directives énoncées ci-dessus sont-elles ou doivent-elles être respectées ? Notamment, dans un souci de collégialité, faut-il faire intervenir un consultant extérieur, le médecin généraliste, le spécialiste traitant, les médecins qui prendront en charge le patient à la sortie de réanimation, les équipes soignantes ? Les médecins réanimateurs sont-ils aptes à prendre ces décisions qui sont le plus souvent motivées par une hospitalisation longue et/ou éprouvante pour le patient mais également pour les proches, le personnel médical et paramédical ?

6.2.3. *Avis et information du patient ?*

Un point critique du processus décisionnel énoncé ci-dessus est celui de la place à attribuer à l'information du patient puis au recueil de son avis, ou de celui de sa personne de confiance et de ses proches le cas échéant. Depuis 2002, la loi est très claire sur ce point : *« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. (...) Cette information incombe à tout professionnel de santé. (...) Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. (...) Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment »* (8). Cela nécessite que le patient soit « apte à consentir », c'est à dire que celui-ci soit en mesure d'exprimer sa volonté et de prendre des décisions éclairées concernant sa santé après une information claire, compréhensible et loyale de la part du médecin. Une évaluation doit obligatoirement être menée par l'équipe médicale visant à s'assurer que le patient a conservé ses capacités à s'exprimer, ses facultés de compréhension de l'information et de jugement, et

qu'il ne présente pas de trouble psychologique majeur pouvant altérer sa perception de la situation (3).

Dans cette continuité, la loi du 22 avril 2005 prévoit la possibilité de décisions de LAT sur la demande du malade, en particulier en réanimation lorsque celui-ci est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable et qu'il ne souhaite plus le maintien de techniques de suppléance vitale. Ce choix doit être respecté à condition de s'assurer que le patient soit parfaitement informé des conséquences de la décision ; que le médecin lui ait fourni une information loyale, claire et appropriée sur son état de santé et les soins proposés ; et que la demande du patient soit répétée (8,38,39) : « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix* » (2). A l'inverse, le patient apte à consentir conserve également le droit de ne pas participer à son projet thérapeutique ou palliatif, auquel cas sa volonté doit également être respectée : « *la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée* » (8).

Enfin, un dernier cas de figure nous intéresse particulièrement : celui où le patient s'oppose à toute limitation ou arrêt de traitements. Il n'y a pas de cadre légal prévoyant spécifiquement cette situation. Elle doit néanmoins être abordée avec une démarche similaire à celle du refus de soins, associant la rigueur de la réflexion et l'intérêt du patient, conduisant éventuellement à réévaluer le projet de limitation ou d'arrêt des traitements en évitant tout risque d'aggravation de l'inconfort ou de la détresse du patient par des thérapeutiques inutiles en termes de survie. Le recours à un nouvel interlocuteur médical voire à un médecin psychiatre peut alors être utile (3).

A l'inverse des services de soins conventionnels ou spécialisés, tels que les services d'onco-hématologie, et en raison des pathologies rencontrées nécessitant fréquemment une sédation, les décisions de LAT concernant des patients conscients et aptes à donner leur avis sont rares en réanimation. Bien que tous les efforts soient déployés pour recueillir les souhaits du patient concernant sa fin de vie (directives anticipées, discussion avec les proches etc.), les médecins réanimateurs sont rarement en situation de demander directement son avis au patient lors d'un processus de LAT. Cette problématique oppose, classiquement, l'autonomie du patient à la liberté d'action et à l'intégrité du médecin. Même si cette situation est rare, le risque serait de prendre une décision de LAT à laquelle le patient aurait été opposé. C'est en ce sens

que les textes de lois et la littérature européenne et nord-américaine incitent fortement, dès que cela est possible, à recueillir l'avis du patient lors d'une discussion de LAT (3,40,41).

Les décisions de non-réadmission concernent des patients sortant de réanimation et donc conscients et théoriquement aptes à consentir. Si elles peuvent être assimilées à des décisions de LAT, ces décisions revêtent dans tous les cas un caractère particulier. Ainsi, la question de consulter le patient lui-même lors d'une prise de décision de non-réadmission est posée.

6.2.4. Des directives anticipées prépondérantes : quelle place dans les décisions de non-réadmission ?

La notion de directives anticipées apparaît dans les textes de lois pour la première fois en 2005 avec la loi Leonetti. Le but des directives anticipées est de renforcer le principe d'autonomie du patient et de le rendre acteur de sa santé. Celles-ci sont définies ainsi : « *Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant* » (2).

Telles qu'elles ont été définies en 2005 (2), les directives anticipées n'avaient pas de caractère contraignant pour le médecin. Elles devaient être prises en compte et prévalaient sur tout autre avis des proches ou de la personne de confiance mais n'étaient alors considérées, malgré leur nom, que comme l'expression des souhaits du patient, les décisions étant prises par les médecins.

En 2014, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) a établi le rapport d'un débat public mené pendant plus de 2 ans en France concernant la fin de vie. La conclusion la plus marquante de ce débat est l'expression forte et unanimement partagée par les personnes, d'une volonté d'être entendues, respectées, et de voir leur autonomie reconnue (42). Alors que la loi Leonetti de 2005 définissait davantage les devoirs des soignants que réellement les droits des personnes malades, le CCNE remet au cœur du débat le principe d'autonomie en tant que principe fondamental et non modifiable. L'autonomie redevient ainsi l'expression d'une libre appréciation de la volonté du malade et de son appréciation de la valeur de la vie, loin du simple concept de consentement libre et éclairé défini en 2002 qui doit alors être remplacé par celui de liberté de choix (42).

Une des difficultés soulevées par ce débat est la question de l'équilibre entre le principe d'autonomie des personnes malades et celui de la liberté de jugement des médecins. Depuis une quinzaine d'années, cet équilibre a été profondément modifié conduisant à limiter le libre-arbitre du médecin au profit d'un renforcement de l'autonomie du patient, considéré alors comme réel acteur de sa santé et décisionnaire des conditions de sa fin de vie.

C'est en ce sens que la loi Claeys-Leonetti a redéfini en 2016 les directives anticipées et leur rôle prépondérant dans la prise en charge des patients en leur donnant un caractère contraignant pour le médecin : *« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux. À tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches »* (9).

Une étude sur les décisions médicales en fin de vie en France publiée en 2012 par l'Institut national d'études démographiques (INED) fait état que seuls 2,5% des patients décédés suite à une décision de LAT avaient rédigé des directives anticipées (43). Lorsque celles-ci existaient, les médecins déclaraient qu'elles avaient été un élément important pour 72% des décisions médicales en fin de vie. Le CCNE constate également une large méconnaissance des directives anticipées par le grand public et l'associe à l'absence, jusqu'alors, de caractère contraignant et à un manque profond de communication de la part de la communauté médicale sur ce sujet. Sur ce point également, la loi Claeys-Leonetti apporte une réponse en obligeant, désormais, le médecin traitant à aborder la question des directives anticipées avec tout patient songeant à sa fin de vie, qu'il soit malade ou non : *« Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées »* (9). Les conditions de recueil doivent comprendre un accompagnement médical

afin que les directives anticipées soient aussi pertinentes que possible au regard de la pathologie du patient afin qu'elles puissent réellement être prises en compte.

Cette tendance actuelle au niveau législatif, en réponse à une demande sociétale, vise à garantir de plus en plus d'autonomie au patient et à le rendre ainsi, peu à peu, décisionnaire à part entière de sa santé. En ce sens, cela doit-il inciter les médecins réanimateurs à proposer aux patients la rédaction de directives anticipées relatives à leur souhait quant à une éventuelle réadmission en réanimation ? A ce titre, la question de l'information donnée, et de la place à attribuer à l'avis du patient sous la forme de directives anticipées concernant les décisions d'admission, de non-admission, de réadmission et de non-réadmission en réanimation nous semble importante à évaluer.

6.3. Après la décision de LAT : quel devenir pour les patients ?

6.3.1. Pronostic après une décision de LAT

Environ la moitié des patients qui décèdent en réanimation ont fait l'objet d'une décision de LAT au cours de leur hospitalisation (1,3,7). Néanmoins, les données sur l'évolution des malades après une décision de LAT en réanimation sont rares. La survie à la sortie de réanimation de ces patients varie entre 22 et 45% selon les études, ce qui représente 5 à 10% des patients sortant de réanimation (1,7,44,45).

Alors qu'au début des années 2000, la survie hospitalière des patients ayant fait l'objet d'une décision de LAT était estimée à 12% (44), une étude française a montré en 2015 que seuls trois quarts des patients faisant l'objet d'une LAT en réanimation décèdent à l'hôpital, en réanimation pour environ 90% d'entre eux, ou après transfert dans un service conventionnel pour les 10% restants (7). Ainsi, actuellement, jusqu'à un quart des patients faisant l'objet d'une LAT en réanimation sortiraient de l'hôpital. Parmi eux, la LAT prend la forme de « non escalade thérapeutique » dans 66% des cas (7). Dans ce même travail, si l'on considère le devenir des patients ayant fait l'objet d'une décision de « non escalade thérapeutique », seuls 44% décèdent à l'hôpital (dont 2/3 en réanimation et 1/3 après le transfert en service conventionnel), et 56% sortent de l'hôpital (7). Parmi ceux qui sortent de réanimation, 80% rentreront à domicile. Enfin, il est également mis en évidence dans cette étude qu'une décision de « non escalade thérapeutique » n'est pas prédictive de mortalité à 30 jours, alors que les décisions de « limitation » et « arrêt » des traitements le sont (7).

Une décision de LAT n'est donc pas toujours une décision de fin de vie. Cette notion est primordiale à prendre en compte dans notre réflexion. Par ailleurs, définir le cadre des décisions de non-réadmission (décision de LAT ? si oui sous quelle forme ?) peut paraître important d'un point de vue terminologique au regard de ces quelques données pronostiques (7).

6.3.2. *Quelle prise en charge après la décision ?*

Il n'y a pas, à notre connaissance, en réanimation adulte, d'étude s'intéressant à la manière dont les décisions de LAT sont prises en compte par les médecins prenant en charge les patients dans les services d'aval après la sortie de réanimation. C'est pourquoi, il nous paraît important d'évaluer l'impact des décisions de non-réadmission en réanimation sur le devenir des patients : ces décisions sont-elles respectées de manière scrupuleuse dans les services de transfert auquel cas elles pourraient s'apparenter à une décision de « vie ou de mort » du malade *a priori* ? Une nouvelle discussion peut-elle avoir lieu entre les praticiens du service voire avec les réanimateurs si la question d'une nouvelle prise en charge en réanimation se pose ? Pendant combien de temps la décision de non-réadmission doit-elle être appliquée ?

Par ailleurs, après une décision de LAT, il est primordial de proposer au patient, à sa famille, et aux professionnels de santé qui les prendront en charge, une nouvelle orientation des soins quant à la pathologie du patient. Il est alors fréquent d'entrer dans une logique de soins palliatifs. Le recours à ceux-ci a d'ailleurs été réaffirmé. En effet, suite au constat par le CCNE d'un manque de formation des professionnels de santé aux soins palliatifs (42), la loi Claeys-Leonetti rappelle l'obligation 1) d'une « formation initiale et continue » aux soins palliatifs pour les professionnels de santé et 2) d'une organisation des soins palliatifs suite à une décision de LAT. L'objectif est de réduire ainsi le clivage trop fréquent entre les soins curatifs, les soins de support et les soins palliatifs en développant une articulation optimale entre le « soin » et le « prendre soin ». Cependant, les décisions de non-réadmission pourraient engendrer une certaine ambiguïté quant au projet proposé à ces patients (5) : entre-t-on dans un projet de soins palliatifs du point de vue du réanimateur, alors même que certains de ces patients ont par ailleurs un projet curatif d'une maladie aiguë ou chronique ?

Il est probable que les décisions de non-réadmission en réanimation soient difficiles à appréhender et à intégrer dans un projet de soins par les équipes prenant en charge les patients au décours, justifiant ainsi d'évaluer cette question dans notre travail.

6.4. Durée de validité de la décision ?

Au cours du séjour en réanimation, Lautrette *et al.* ont mis en évidence que les décisions de LAT sont fréquemment réévaluées lorsque l'évolution est favorable : par exemple, près d'un tiers des patients faisant l'objet d'une décision de « non escalade thérapeutique » voient cette décision annulée en raison d'une amélioration clinique (7). Certaines études pédiatriques ont, de plus, mis en évidence une amélioration du niveau de handicap après le transfert dans un service d'aval d'enfants ayant fait l'objet d'une LAT en réanimation (46). Ces données semblent concordantes avec le pronostic des patients sortant de réanimation adulte après avoir fait l'objet d'une décision LAT au cours de l'hospitalisation évoqué précédemment (7). C'est pourquoi il semble important de discuter la « durée de validité » de la décision de non-réadmission. Est-elle définitive ? Limitée à l'hospitalisation actuelle ? Conditionnée à un certain degré de récupération fonctionnelle ?

6.5. Traçabilité de la décision ?

Une fois la décision prise, plusieurs modes de transmission de l'information peuvent être envisagés. Compte tenu des recommandations sur les décisions de LAT, il semble important que la décision soit consignée et justifiée dans le dossier du patient, mais celle-ci peut également être inscrite dans le compte-rendu ou le courrier de sortie de réanimation, dans un registre du service de réanimation où sont consignés les patients concernés par les décisions de non-réadmission, ou encore être transmise oralement aux médecins qui prendront en charge le patient à la sortie de réanimation. Quelques données en pédiatrie montrent que l'information relative à une décision de LAT à la sortie de réanimation n'est pas transmise (absence de notification dans le dossier, dans le compte-rendu d'hospitalisation ou courrier de sortie) dans la majorité des cas aux services où sont transférés les enfants, et justifient ainsi que nous nous y intéressons dans ce travail (46,47).

Objectif de l'étude

Nous avons vu à quel point les décisions de non-réadmission en réanimation peuvent revêtir un caractère bien particulier et soulever des problématiques nombreuses. Faute de publications sur le sujet, et à défaut de disposer de recommandations, il est probable que les pratiques soient très diverses selon les services de réanimation.

L'objectif de notre étude est de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles relatives aux décisions de non-réadmission au sein des services de réanimation français dans le but d'identifier précisément et en pratique les éléments de débat.

Matériel et Méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude nationale de type « Evaluation des Pratiques Professionnelles ». Celle-ci a été menée de manière prospective entre le 1^{er} décembre 2015 et le 31 janvier 2016 à l'aide d'un questionnaire accessible en ligne.

2. Population de l'étude

Des médecins réanimateurs (assistants, chefs de clinique, praticiens hospitaliers (PH), et médecins universitaires MCUPH et PUPH) référencés au sein d'une liste utilisée précédemment pour d'autres études du même type (48–50) ont été sollicités par voie électronique pour répondre au questionnaire. Cette liste contenait les adresses électroniques professionnelles de médecins affiliés au Collège de Réanimation et d'Urgence des Hôpitaux Extra-Universitaires de France (CREUF), à la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) ou à la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). Il s'agissait de médecins travaillant dans des services de réanimation médicale, chirurgicale ou polyvalente. Ainsi, la population répondant au questionnaire comprenait des médecins anesthésistes réanimateurs et des réanimateurs « médicaux ». Les hôpitaux concernés étaient des hôpitaux publics, centres hospitaliers universitaires (CHU) ou centres hospitaliers généraux (CHG), des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) et des hôpitaux privés. Les points de vue pouvant varier d'un médecin à l'autre, plusieurs médecins d'un même service de réanimation pouvaient répondre au questionnaire. Les médecins en formation (internes) n'ont pas été contactés de manière individuelle mais ils pouvaient répondre au questionnaire lorsque celui-ci était diffusé au sein d'un service par un des membres de l'équipe médicale. Une seule réponse au questionnaire par médecin était acceptée. Au total, 653 médecins ont été contactés directement par voie électronique mais il est probable que ce chiffre ait été plus important compte tenu de la possibilité de diffusion du questionnaire au sein d'un même service.

Les médecins recevaient par voie électronique un courrier les sollicitant pour répondre au questionnaire (Annexe 1). Le courrier présentait, de manière synthétique, la problématique et l'objectif de l'étude. Les destinataires du courrier étaient incités à suivre un lien électronique vers le questionnaire en ligne. Ils étaient informés que les réponses au questionnaire étaient intégrées dans un travail de thèse et une éventuelle publication.

Un questionnaire a été élaboré par un interne (MG), deux médecins réanimateurs médicaux (JPR & JPQ) et un sociologue (NMB). Ce questionnaire comportait 27 questions (Annexe 2). L'acquisition des données empiriques à l'origine des items du questionnaire a été permise par la réalisation préalable d'une étude qualitative menée auprès de 18 médecins réanimateurs (juniors et seniors) exerçant au sein de 3 services. Cette phase exploratoire a permis de déterminer, à travers une série d'observations *in situ* et d'entretiens semi-directifs, les éléments potentiellement importants pour les médecins d'une décision de non-réadmission en réanimation. Une non-réadmission a été définie ainsi : patient hospitalisé en réanimation et pour lequel une décision de non réadmission a été prise au cours du même séjour hospitalier. Les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation, c'est à dire que ceux-ci ont été arrêtés lorsque les derniers entretiens n'apportaient plus de nouvelles informations par rapport aux données empiriques déjà acquises. A l'issue des entretiens, les items générés ont été formulés de façon à être compréhensibles par le plus grand nombre (test de lisibilité de Flesch, niveau de qualité de Flesch-Kincaid). La méthode dite du panel d'experts a ensuite été retenue pour la réduction du nombre d'items présents dans le questionnaire final (51). Cette méthodologie a été développée et publiée par ailleurs (48,49).

Chacun des éléments du questionnaire final a été évalué par les professionnels interrogés en fonction de son importance dans le processus de décision de non-réadmission en réanimation. Quatorze questions donnaient lieu à des réponses qui comportaient une échelle de fréquence d'action : *oui, systématiquement ; oui, dans la plupart des cas ; dans quelques cas ; exceptionnellement ; jamais*. Cinq questions donnaient lieu à des réponses en *oui/non* avec la possibilité de laisser un commentaire pour quatre d'entre elles. Deux questions (nombre d'admissions par mois et nombre de non-réadmissions par mois) permettaient de calculer un pourcentage. Enfin, 6 questions portaient sur le praticien répondant (âge, sexe, nombre d'années d'expérience en réanimation, fonction, type de service, lieu d'exercice). Tous les questionnaires ont été anonymisés.

3. Analyse des données

L'analyse principale des données visait à évaluer les pratiques professionnelles relatives aux décisions de non-réadmission.

Des analyses en sous-groupes ont été réalisées visant à rechercher des associations entre les résultats obtenus et les caractéristiques des médecins répondant au questionnaire (âge, sexe, fonction, années d'expérience, type de service et lieu d'exercice).

4. Statistiques

Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentages et ont été comparées en utilisant le test du Chi-2 ou le test exact de Fischer. Tous les tests étaient bilatéraux et considérés comme significatifs pour un $p < 0,05$. Les tests statistiques ont été réalisés avec le logiciel SAS version 9.1 (© SAS Institute Inc., Cary, NS, USA).

Résultats

1. Médecins répondants

Cent soixante-cinq médecins ont répondu au questionnaire (annexe 3). Leurs caractéristiques sont résumées dans le tableau 1. Il s'agit majoritairement d'hommes (sexe ratio 3:1), âgés entre 35 et 50 ans. Pour la plupart, ce sont des médecins expérimentés (PH ou PUPH), en milieu de carrière et avec plusieurs années d'expérience de la réanimation. Les services où exercent les médecins sont essentiellement des services de réanimation médicale ou polyvalente. Enfin, seuls 7 médecins ayant participé à l'étude exercent dans des établissements privés ou établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH).

Tableau 1 Caractéristiques des médecins ayant répondu au questionnaire

Sexe	Nombre (%)
Femmes	39 (24)
Hommes	126 (76)
Âge	
<35 ans	32 (19)
35-50 ans	75 (46)
>50 ans	58 (35)
Statut	
Interne	3 (2)
Chef de clinique/Assistant	12 (7)
Praticien hospitalier	122 (74)
Professeur des universités Praticien Hospitalier	28 (17)
Lieu d'exercice	
Centre hospitalier général	66 (40)
Centre hospitalier universitaire	92 (56)
Établissement privé	1 (1)
Établissements privés participant au service public hospitalier	6 (4)
Ancienneté en réanimation	
<5 ans	28 (17)
5-20 ans	79 (48)
>20 ans	58 (35)
Lieu d'exercice	
Réanimation chirurgicale	20 (12)
Réanimation médicale	59 (36)
Réanimation polyvalente	86 (52)

2. Résultats principaux

Les résultats des réponses au questionnaire sont présentés sur la figure 1. Les commentaires aux questions *oui/non* sont présentés en annexe 4.

Pour les questions avec des réponses classées en 5 items correspondant à une fréquence d'action, il a été regroupé les réponses « *oui, systématiquement* » et « *oui, dans la plupart des cas* ». Concernant le processus décisionnel, l'étude montre que dans 87% des cas les décisions de non-réadmission sont prises en fin de séjour en réanimation suite à une discussion collégiale (89% des cas). Au sein de cette procédure collégiale, les patients, les proches (et/ou famille), un médecin consultant extérieur ou le généraliste (et/ou spécialiste en charge du patient habituellement) sont impliqués dans la prise de décision de non-réadmission à hauteur respectivement de 10%, 34%, 14% et 29%. Le service qui prend en charge le patient après la réanimation ne participe à cette prise de décision que dans 30% des situations.

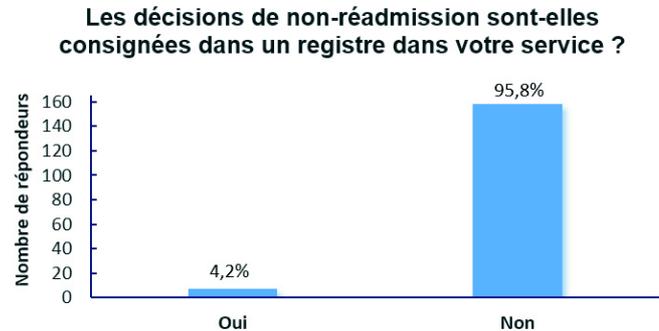
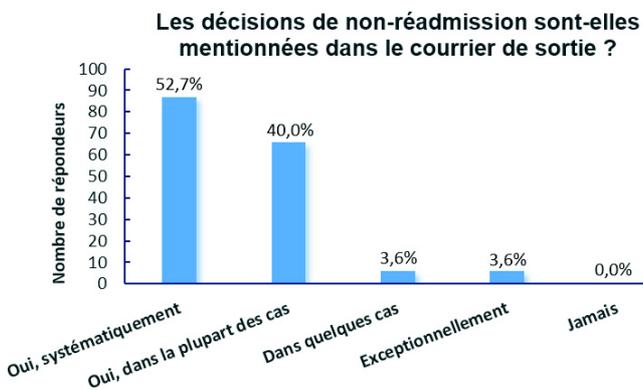
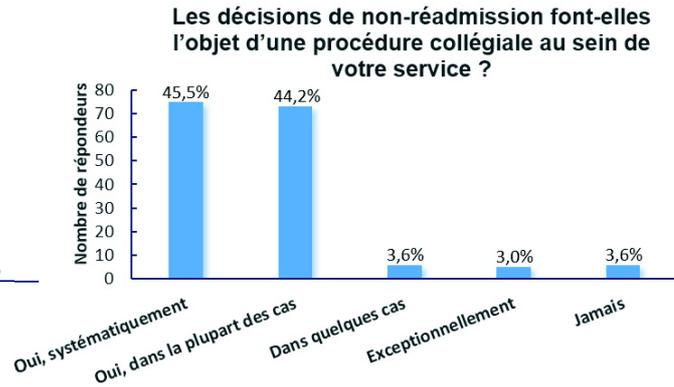
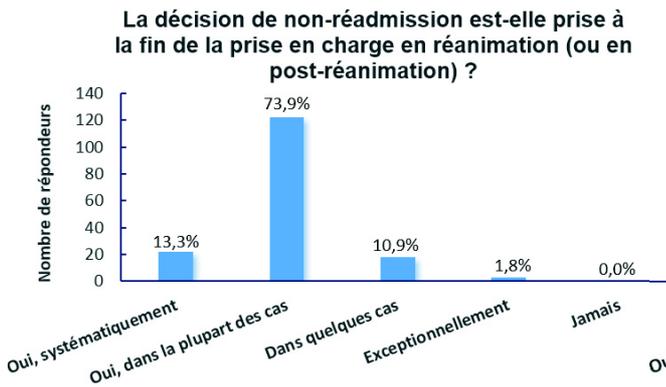
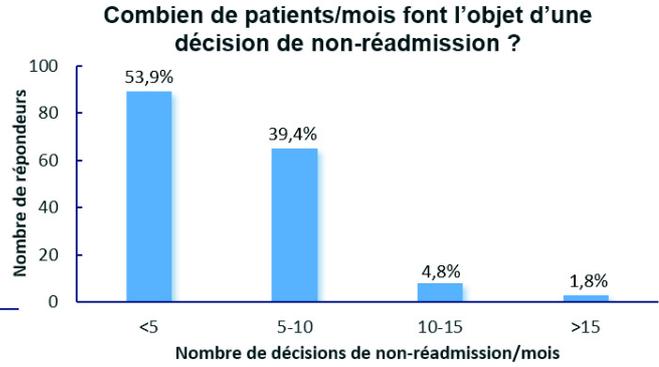
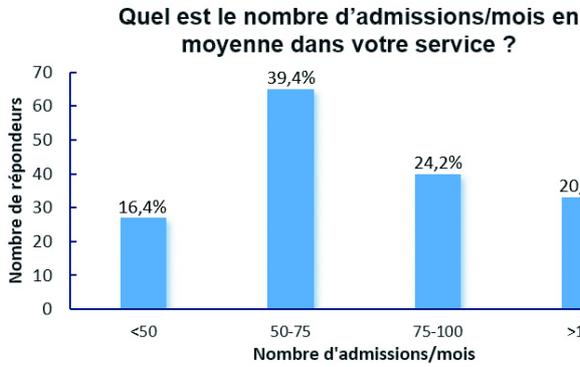
Alors que 73% des proches sont informés de la décision de non-réadmission en réanimation, seulement 29% des patients ont reçu cette information. Celle-ci est transmise au service où est transféré le patient dans 83% des cas et aux médecins (généraliste ou spécialiste) habituellement en charge du patient dans 65% des cas.

Concernant la traçabilité de l'information, la décision de non-réadmission est notifiée dans le dossier du patient dans 93% des cas. Les critères amenant à cette décision sont mentionnés dans 91% des cas dans le dossier du patient. Seuls 4% des médecins attestent qu'un registre existe au sein de leur service permettant de consigner les patients ayant fait l'objet d'une telle décision.

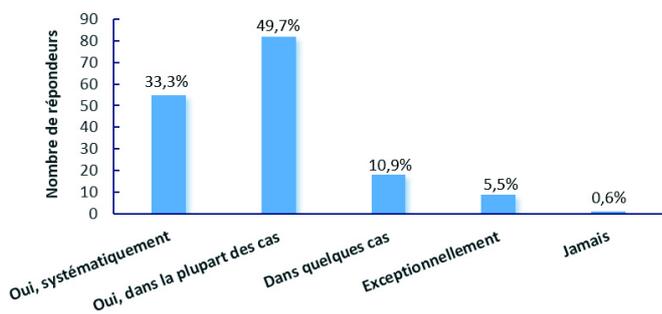
Les médecins considèrent pour 61% d'entre eux que les critères de non-réadmission sont habituellement identiques aux critères de décision de non-admission en réanimation. Pour 92% des répondants, il existe clairement une différence entre une demande de réadmission en réanimation pour un épisode aigu intercurrent et une demande de réadmission pour une aggravation de la pathologie chronique. Une fois la décision prise, 96% des répondants considèrent avoir la possibilité de revenir en arrière sur une décision de non-réadmission et de ne pas la prendre en compte le cas échéant. Enfin, une prise en charge palliative est décidée de manière conjointe à la décision de non-réadmission dans seulement 41% des cas.

Concernant la loi du 22 avril 2005 (dite loi Leonetti), 91% des répondants considèrent que la décision de non-réadmission fait partie intégrante de cette loi.

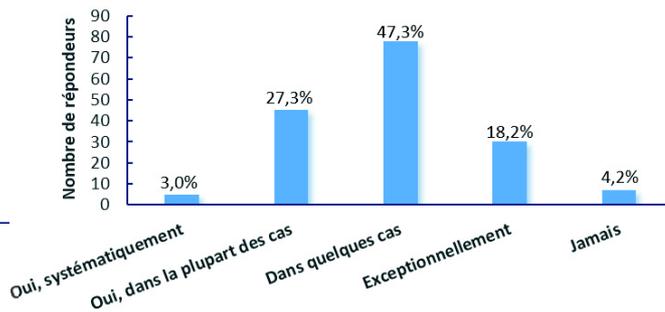
Figure 1 Réponses au questionnaire



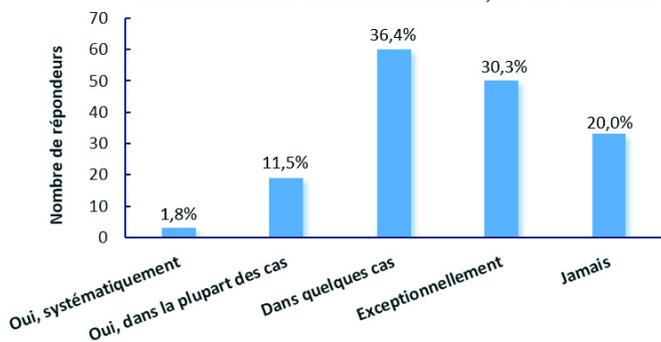
Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il simplement informé (sans y participer) de la décision de non-réadmission ?



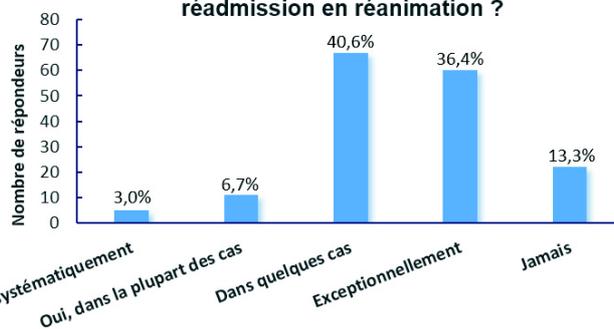
Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il impliqué dans la décision de non-réadmission ?



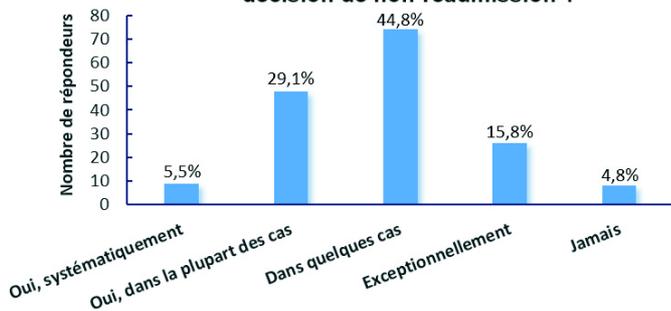
Un consultant extérieur indépendant participe-t-il à la décision de non-réadmission, le cas échéant ?



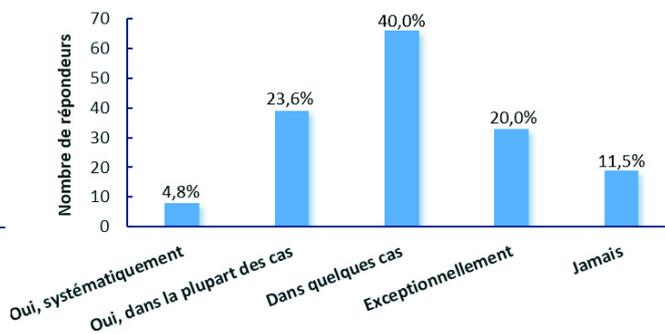
Les patients participent-ils à la discussion amenant à la prise de décision de non-réadmission en réanimation ?



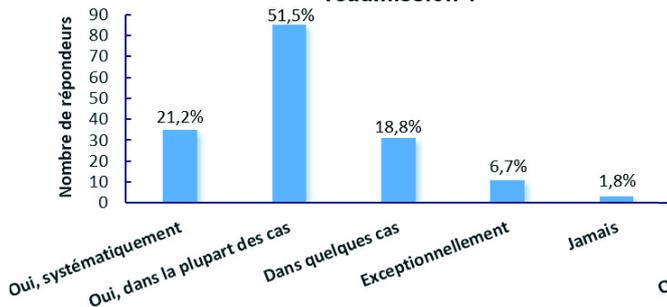
Les proches et/ou la personne de confiance participent-ils à la discussion amenant à une décision de non-réadmission ?



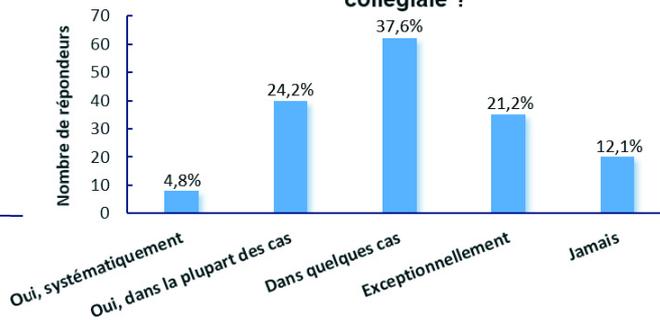
Les patients sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?



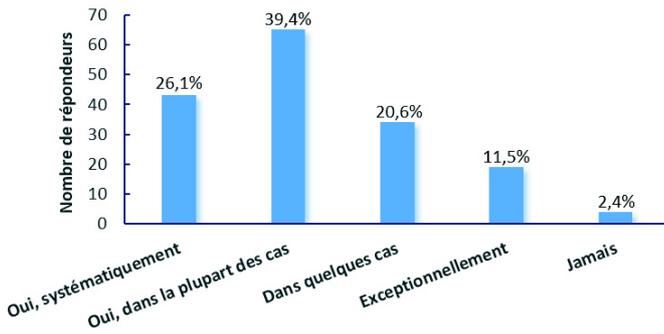
Les proches et/ou la personne de confiance sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?



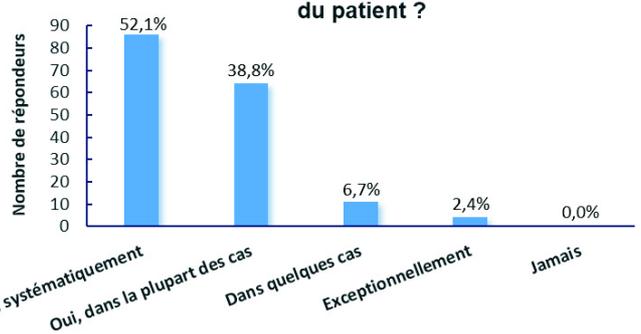
Le généraliste ou le spécialiste traitant est-il/est-ils associé(s) à la procédure de réflexion collégiale ?



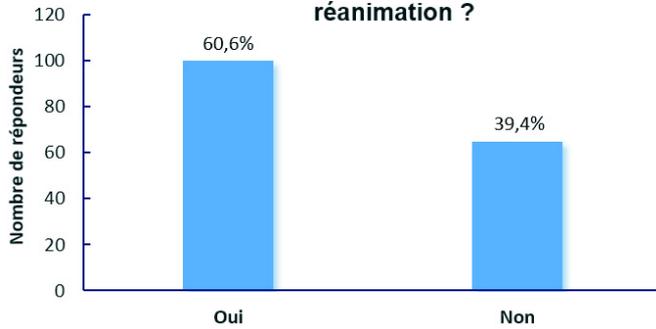
Est-il (sont-ils) informé(s) de la décision de non-réadmission ?



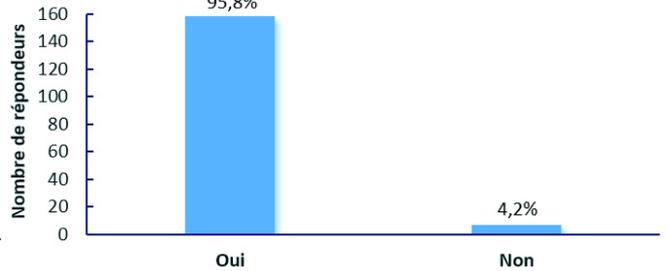
Les critères amenant à une décision de non-réadmission sont-ils mentionnés dans le dossier du patient ?



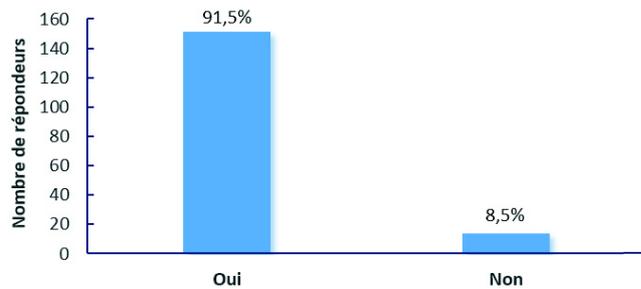
Les critères retenus pour une décision de non-réadmission en réanimation sont-ils les mêmes que ceux retenus pour une non-admission en réanimation ?



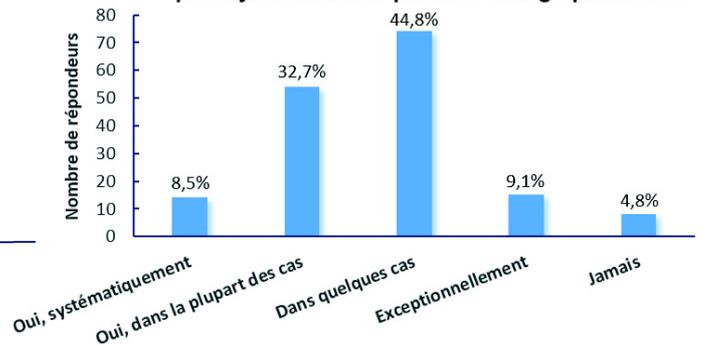
En cas de procédure collégiale ayant conduit à la décision de non-réadmission en réanimation, avez-vous la possibilité de ne pas respecter ses préconisations ?



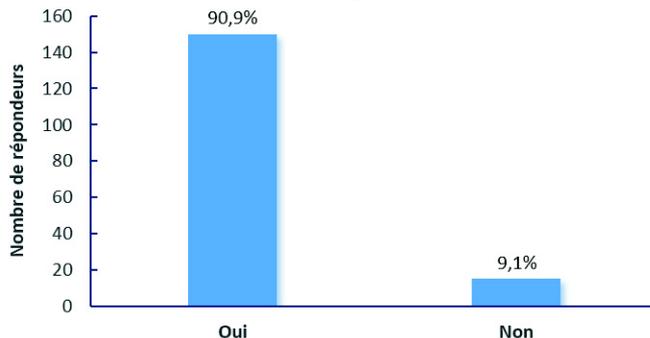
Faites-vous une distinction entre une demande de réadmission pour un épisode aigu intercurrent et une demande de réadmission pour une aggravation de la pathologie de fond ?



En cas de décision de non-réadmission, prévoyez-vous une prise en charge palliative ?



A votre avis, la non-réadmission en réanimation entre-t-elle dans le champ de la loi Leonetti de 2005 ?



3. Analyses en sous-groupes

Les réponses au questionnaire ont été analysées en fonction des caractéristiques des médecins répondants. Ces résultats sont synthétisés dans le tableau 2 (données complètes présentées en annexe 5). En analyse univariée, très peu de différences significatives sont observées entre les réponses aux questions en fonction des caractéristiques des médecins répondants (âge, années d'expérience, sexe, lieu d'exercice, type de service et statut). Cependant, les médecins les moins expérimentés (âge < 35 ans, ancienneté < 5 ans, CCA/Assistants) semblent mentionner plus fréquemment la décision et les critères amenant à la décision dans le dossier du patient. Ces mêmes médecins informent plus fréquemment les patients de la décision et considèrent pour une plus grande majorité que les décisions de non-réadmission relèvent de la loi Leonetti.

Tableau 2 Seuils de significativité (p) des différences de réponses au questionnaire en fonction des caractéristiques des médecins : âge (<35 ; 35-50 ; >50 ans), ancienneté en réanimation (<5 ; 5-20 ; >20 ans), sexe, lieu d'exercice (CHU ; autres), type de service de réanimation (médicale ; chirurgicale ; polyvalente), statut du médecin (CCA/Assistant ; PH/PHC ; PUPH)

Questions	Caractéristiques des médecins					
	Âge	Ancienneté	Sexe	Lieu d'exercice	Service	Statut
La décision de non-réadmission est-elle prise à la fin de la prise en charge en réanimation (ou en post-réanimation) ?	0,59	0,43	0,69	0,25	0,51	0,70
Les décisions de non-réadmission font-elles l'objet d'une procédure collégiale au sein de votre service ?	0,90	0,75	0,78	0,87	0,43	0,86
Les décisions de non-réadmission sont-elles mentionnées dans le courrier de sortie ?	0,01	0,03	0,08	0,18	0,17	0,08
Les décisions de non-réadmission sont-elles consignées dans un registre dans votre service ?	0,46	0,11	0,22	0,48	0,88	0,45
Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il simplement informé (sans y participer) de la décision de non-réadmission ?	0,65	0,41	0,79	0,19	0,93	0,53
Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il impliqué dans la décision de non-réadmission ?	0,79	0,42	0,88	0,91	0,60	0,54

Un consultant extérieur indépendant participe-t-il à la décision de non-réadmission, le cas échéant ?	0,41	0,33	0,06	0,77	0,89	0,43
Les patients participent-ils à la discussion amenant à la prise de décision de non-réadmission en réanimation ?	0,25	0,12	0,62	0,23	0,08	0,20
Les proches et/ou la personne de confiance participent-ils à la discussion amenant à une décision de non-réadmission ?	0,35	0,41	0,93	0,49	0,82	0,87
Les patients sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?	0,11	0,04	0,93	0,85	0,58	0,26
Les proches et/ou la personne de confiance sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?	0,24	0,35	0,32	0,69	0,01	0,83
Le généraliste ou le spécialiste traitant est-il/sont-ils associé(s) à la procédure de réflexion collégiale ?	0,46	0,49	0,61	0,63	0,86	0,42
Est-il (sont-ils) informé(s) de la décision de non-réadmission ?	0,45	0,05	0,83	0,07	0,17	0,75
Les critères amenant à une décision de non-réadmission sont-ils mentionnés dans le dossier du patient ?	0,09	0,07	0,27	0,37	0,38	0,05
Les critères retenus pour une décision de non-réadmission en réanimation sont-ils les mêmes que ceux retenus pour une non-admission en réanimation ?	0,52	0,81	0,54	0,03	0,09	0,61
En cas de procédure collégiale ayant conduit à la décision de non-réadmission en réanimation, avez-vous la possibilité de ne pas respecter ses préconisations ?	0,28	0,34	0,55	0,94	0,48	0,66
Faites-vous une distinction entre une demande de réadmission pour un épisode aigu intercurrent et une demande de réadmission pour une aggravation de la pathologie de fond ?	0,87	0,82	0,84	0,91	0,96	0,15
En cas de décision de non-réadmission, prévoyez-vous une prise en charge palliative ?	0,30	0,37	0,36	0,20	0,35	0,52
A votre avis, la non-réadmission en réanimation entre-t-elle dans le champ de la loi Leonetti de 2005 ?	0,58	0,25	0,36	0,37	0,62	0,04

Discussion

1. Synthèse des résultats

Il apparaît dans notre étude que même si les décisions de non-réadmission en réanimation sont relativement peu fréquentes, il existe une réelle problématique à ce sujet. S'il s'agit bien de décisions de LAT pour la plupart des médecins, le processus décisionnel tel qu'il a été défini par la loi du 22 avril 2005 n'est pas respecté dans nombre de cas. A l'heure actuelle, ces décisions sont prises en fin de séjour en réanimation, sont mentionnées dans le courrier de sortie et font suite à une procédure collégiale. Cependant, cette dernière ne fait pas intervenir de consultant d'extérieur, le service d'aval où sera transféré le patient, les médecins habituellement en charge du patient, le patient lui-même, ni les proches ou la personne de confiance. En revanche, l'information semble être bien relayée à ces différents interlocuteurs. Après la décision, les médecins estiment avoir le droit de ne pas suivre la décision collégiale. Par ailleurs, une prise en charge palliative n'est que rarement proposée.

Les analyses en sous-groupes montrent que les résultats sont globalement homogènes. Ils mettent cependant en évidence que les médecins les moins expérimentés estiment plus fréquemment que les décisions de non-réadmission en réanimation entrent dans le cadre de la loi du 22 avril 2005. C'est probablement la raison pour laquelle ces mêmes médecins renseignent plus fréquemment la décision et les critères amenant à la décision dans le dossier du patient et qu'ils informent plus fréquemment les patients de la décision prise.

Enfin les commentaires libres laissés par les médecins participant à notre étude ont été assez riches, témoignant de la réalité de la problématique relative aux décisions de non-réadmission en réanimation.

2. Une pratique plus fréquente qu'on ne le pense ?

Les médecins ayant participé à notre étude rapportent dans plus de la moitié des cas que moins de 5 décisions de non-réadmission sont prises chaque mois et pour 40%, entre 5 et 10 décisions par mois. Ces données semblent être en accord avec notre expérience personnelle des décisions de non-réadmission en réanimation. A notre connaissance, aucune donnée épidémiologique spécifiquement sur ce thème n'existe dans la littérature. Néanmoins, un travail récemment réalisé en France dans un service de réanimation polyvalente a montré que pour 79% des patients ayant fait l'objet d'une décision de LAT, le compte-rendu d'hospitalisation comprenait la mention « non-réadmission en réanimation » (52). Ce chiffre apparaît plus

important que ce qui est déclaré dans nos résultats mais est toutefois à relativiser car les motifs de LAT étaient multiples dans la majorité des cas de cette étude, la non-réadmission n'étant qu'un des éléments de la décision de LAT parmi d'autres. Par ailleurs, les indications de prise en charge en réanimation étant de plus en plus larges (14), le nombre de patients admis en réanimation est en augmentation ces dernières années, notamment en ce qui concerne les patients âgés de plus de 80 ans : ils comptaient pour 15% des admissions en réanimation en 2010 et ce chiffre pourrait atteindre 30% dans les années à venir (15). Face à ce vieillissement des patients de réanimation et à l'augmentation du nombre de patients éligibles à la réanimation, il est probable que les décisions de LAT, et en particulier les décisions de non-réadmission en réanimation, seront amenées à croître de manière significative à l'avenir.

3. Analyse du processus décisionnel

3.1. Un cadre légal insuffisamment respecté

Pour une large majorité des médecins que nous avons interrogés (>90%), les décisions de non-réadmission en réanimation entrent dans le champ de la loi du 22 avril 2005 au titre de décisions de LAT. Cependant, l'analyse de nos résultats montre que ce cadre légal n'est pas respecté à plusieurs niveaux : absence globale de recours à un consultant extérieur, non prise en compte fréquente de l'avis du patient, de sa famille ou des proches et absence d'information du patient dans la majorité des cas. Une étude publiée en 2014 par la Commission Ethique de la SRLF a montré que 87% des médecins réanimateurs attestent avoir une bonne connaissance de la loi Leonetti de 2005 (53). En revanche, celle-ci ne serait appliquée de manière systématique lors des décisions de LAT que pour 28% des médecins interrogés dans cette étude. En ce qui concerne les décisions de non-réadmission en réanimation, plusieurs explications peuvent être évoquées. D'une part, il est possible que les médecins n'attachent pas une importance majeure au respect de la loi du 22 avril 2005 pour les décisions de non-réadmission dans la mesure où celles-ci n'ont pas toujours une conséquence directe, immédiate, entraînant le décès du patient de manière imminente par exemple. La loi du 22 avril 2005 ne concerne pas uniquement les situations de fin de vie imminente et apporte des directives sur le respect des droits et de la dignité des malades de manière générale. Néanmoins, il est probable que de nombreux médecins réanimateurs fassent un lien, à tort, entre décision de LAT, loi Leonetti et décès du patient. D'autre part, un manque de formation des médecins à l'application de cette loi pourrait également expliquer nos résultats. La formation des médecins et des soignants au contenu et aux modalités d'application de la loi du 22 avril 2005 au moyen d'un

guide d'aide au processus de réflexion et de décision de LAT a prouvé son efficacité dans l'amélioration des pratiques professionnelles dans un service de réanimation chirurgicale (54). La généralisation de ce type de formation et la communication auprès des médecins sur les modalités d'application de la loi du 22 avril 2005 pourrait être un axe de réflexion pour améliorer les pratiques relatives aux décisions de non-réadmission.

3.2. Quand prendre la décision ?

Un travail réalisé en 2009 évaluant le poids respectif de différents éléments conduisant à une décision de non-admission en réanimation avait montré que l'évolution clinique du patient depuis son arrivée à l'hôpital et après l'introduction éventuelle de certaines thérapeutiques était un critère important pour statuer sur l'éventuelle admission du patient en réanimation (20). Bien qu'il ne s'agisse pas d'un critère formellement évalué dans notre étude, il semble que l'évolution du patient depuis la sortie de réanimation soit également un critère fort pour décider ou non de la réadmission d'un patient en réanimation (cf. « commentaires » en Annexe 4). La décision de non-réadmission en réanimation pourrait donc nécessiter une réévaluation clinique au moment où l'indication d'une prise en charge en réanimation est effective. Cela pourrait justifier de ne pas prendre la décision de non-réadmission trop précocement (lors de la sortie de réanimation) et de laisser la possibilité d'une réévaluation ultérieure.

Au-delà de la question de la réévaluation clinique, prendre la décision de manière probabiliste exclut la possibilité de considérer l'ensemble des éléments concourant à décider ou non d'une réadmission en réanimation. Lors d'une décision de LAT, Cremer *et al.* distinguent quatre éléments objectifs à prendre en compte simultanément : le degré de certitude scientifique concernant les chances de succès du traitement, le degré d'urgence à décider, le degré d'irréversibilité des conséquences de la décision et leur temporalité prévisible (55). Il n'est pas possible de modéliser tous les situations cliniques éventuelles et dans chaque situation clinique le poids de chacun de ces facteurs peut varier (55). Prendre une décision de non-réadmission en réanimation peut ainsi paraître impossible lorsque le patient sort de réanimation tant ces situations cliniques peuvent être diverses et imprévisibles. Cependant, l'aspiration à éviter de se retrouver dans une situation d'urgence, où la décision devrait être prise rapidement et où le processus collégial ne pourrait être respecté, peut être un argument pour prendre les décisions de non-réadmission de manière précoce, ou du moins pour engager le processus de réflexion avant que la question ne se pose de manière effective.

Il faudrait alors trouver un juste équilibre entre une décision anticipée garantissant une réflexion sereine et la nécessité d'une réévaluation clinique permettant la prise en compte de

tous les éléments susceptibles de nourrir la réflexion. Si cet équilibre peut être difficile à trouver, il nous semble, néanmoins, que l'attitude la plus rigoureuse serait de s'efforcer de prendre la décision de non-réadmission lorsque l'indication à une ré-hospitalisation en réanimation se pose de manière imminente. Il s'agirait alors, le cas échéant, d'une réelle décision de LAT au sens de « limitation » face à un patient ayant besoin de manière imminente d'un traitement ou d'une suppléance d'organe. Dans ce cas, on se retrouve dans un processus décisionnel plus commun pour les médecins réanimateurs : celui du refus d'admission en réanimation, évoqué en introduction, concernant un patient avec un antécédent d'hospitalisation plus ou moins récente en réanimation. Cet antécédent « séjour en réanimation » et l'évolution du patient depuis la sortie de réanimation seraient alors intégrés à la réflexion au même titre que les autres antécédents du patient, son autonomie antérieure, ses comorbidités, le motif d'hospitalisation en réanimation, etc.

3.3. Faut-il inscrire la décision dans le dossier du patient ?

En parallèle de ce qui est proposé précédemment, la possibilité d'une trace écrite relatant les difficultés éventuelles rencontrées au cours du séjour en réanimation visant à émettre des réserves quant à l'intérêt d'une ré-hospitalisation ultérieure en réanimation pourrait tout de même se justifier. Quelle forme doit prendre cette traçabilité ?

Dans notre étude, les médecins attestent dans plus de 90% des cas que la décision de non-réadmission en réanimation est inscrite dans le courrier de sortie du patient et que les motifs ayant concouru à prendre cette décision y sont également renseignés. Les différents textes de lois et recommandations des sociétés savantes relatives aux décisions de LAT insistent tous sur l'importance d'une traçabilité de la décision dans le dossier du patient, seule garantie d'un processus décisionnel qui respecte les recommandations et la législation (2,3,9). La SRLF recommande en 2009 dans son « Actualisation sur les LAT en réanimation adulte » que « *les éléments pris en compte lors de la décision de limitation ou d'arrêt des traitements, ses conclusions ainsi que la pertinence à une nouvelle réadmission en réanimation doivent figurer dans le compte-rendu d'hospitalisation* » (3). Il s'agit, à notre connaissance, du seul texte de recommandation faisant allusion aux décisions de non-réadmission en réanimation. En ce sens, nos résultats sur ce point sont rassurants et sont en accord avec les « bonnes pratiques ». Ces données peuvent, néanmoins, paraître surprenantes au regard d'éléments moins optimistes dans la littérature : notamment, dans une étude publiée en 2009 évaluant les modalités de décisions de LAT en réanimation, Spronk *et al.* rapportent une absence de traçabilité de la décision dans un tiers des cas (52,56). De plus, dans une étude française citée précédemment, lorsque la non-

réadmission en réanimation était le seul motif de LAT (15% des LAT dans cette étude), la décision n'était argumentée et détaillée que dans 12,5% des cas (52). Dans notre étude, nous n'avons pas évalué la qualité de la traçabilité de la décision. Néanmoins, ces données laissent à penser que dans une proportion importante de situations, seule la mention d'une opposition à une réadmission en réanimation est inscrite dans le courrier de sortie sans préciser les intervenants ayant participé à la discussion, les conditions d'application voire la durée de validité de la décision et les modalités de la suite de la prise en charge. La seule mention d'une décision de non-réadmission ne semble pas suffisante et celle-ci doit s'intégrer dans une proposition plus globale quant à la prise en charge du patient.

La justification et les modalités mêmes de la traçabilité de la décision de non-réadmission peuvent également se discuter. D'une part, la mention d'une décision de non-réadmission dans un compte-rendu d'hospitalisation peut revêtir un caractère futile. En effet, alors que la moitié des admissions en réanimation ont lieu sur les horaires de gardes (57–59), où le médecin réanimateur est seul face à un patient en détresse, il est souvent difficile de réunir tous les éléments nécessaires à prendre en compte dans la décision de (ré)admission en réanimation : renseignements quant aux souhaits du patient sur la fin de vie, directives anticipées éventuelles, compte-rendu d'hospitalisations antérieures dont le compte-rendu d'un précédent séjour en réanimation etc., alors même que ces informations peuvent exister dans le dossier du patient (60). L'urgence de la situation peut ainsi conduire le médecin réanimateur à prendre une décision en désaccord avec ce qui aurait été inscrit dans un courrier de sortie ou un compte rendu d'hospitalisation rendant ainsi inutile la mention d'une décision de non-réadmission sur ce type de support.

A l'inverse, nous pouvons supposer que la notification d'une décision de non-réadmission dans un courrier de sortie pourrait être « dangereuse » dans le sens où elle pourrait occulter la nécessité d'une réévaluation clinique et d'une nouvelle discussion entre professionnels telle que nous l'avons évoquée précédemment. Il est probable que, dans une proportion importante de cas, le réanimateur ne serait pas sollicité par le médecin alors en charge du patient lorsque l'indication à une éventuelle réadmission se pose et qu'une décision de non-réadmission figure dans un compte-rendu d'hospitalisation, la décision pouvant être considérée comme « ferme et définitive ». Cette hypothèse mériterait d'être vérifiée dans un travail ultérieur, mais si cela se confirmait, l'inscription d'une décision de non-réadmission dans le courrier de sortie pourrait être inadaptée.

Enfin, la question de la traçabilité de la décision implique également de discuter la durée de validité de cette décision. Une fois inscrite dans le dossier du patient, la décision risquerait, en effet, d'être perçue comme « ferme et définitive » par tout médecin prenant en charge le patient au cours de ses différentes hospitalisations le cas échéant. Plusieurs médecins interrogés dans notre étude proposent de limiter les décisions de non-réadmission à l'hospitalisation actuelle, ou d'associer à la décision une clause de révision périodique et/ou conjoncturelle. Quelle qu'en soit la forme, l'idée d'une décision irrévocable dans le temps semble générer un certain malaise pour nombre de réanimateurs. D'autres médecins estiment au contraire que la traçabilité dans le courrier de sortie doit laisser une part de réinterprétation par les médecins du service d'aval avec la possibilité de recontacter les réanimateurs s'ils le jugent utile. Afin d'éviter toute ambiguïté qui pourrait être nuisible à une prise en charge médicale et éthique adaptée, il s'agit là encore, à notre sens, d'un nouvel argument pour ne pas inscrire les décisions de non-réadmission dans le compte-rendu d'hospitalisation du patient.

Si une traçabilité doit exister, il nous semble que la seule possibilité acceptable serait de restreindre cette traçabilité à un registre interne à chaque service de réanimation, n'engageant ainsi aucune contrainte sur la suite de la prise en charge des patients, mais permettant d'attirer l'attention des médecins réanimateurs sur le bénéfice potentiel, en « connaissance de cause », d'une réadmission en réanimation si l'indication se posait. A l'heure actuelle, il semble que des registres de ce type n'existent que dans très peu de services de réanimation (4%). Il pourrait s'agir d'un axe de réflexion visant à améliorer nos pratiques sur ce point.

3.4. Quelle collégialité ?

La procédure collégiale pour décider de limiter ou d'arrêter des traitements a été rendue obligatoire par la loi du 22 avril 2005. Celle-ci impose au minimum une discussion entre les médecins du service, l'équipe soignante et un « consultant extérieur ». Dans notre étude, près de 90% des médecins revendiquent respecter une procédure collégiale. Nous n'avons pas évalué précisément quels étaient les participants, membres de l'équipe médicale et paramédicale, qui ont participé à cette procédure collégiale ni recherché quels étaient les sentiments des équipes paramédicales vis à vis des non-réadmissions. Une étude publiée en 2003 rapportait une différence de perception de la collégialité interne aux services de réanimation en interrogeant les médecins ou les membres de l'équipe paramédicale : 75% des médecins considéraient que la collégialité était respectée contre seulement 43% du point de vue des équipes paramédicales (61). Bien que cette étude ait été publiée avant la promulgation de

la loi Leonetti, il est possible que nos résultats surestiment la collégialité telle qu'elle est respectée en pratique lors des décisions de non-réadmission.

Un élément essentiel de cette collégialité est le « consultant extérieur ». Alors que son recours a été rendu obligatoire depuis 2005 puis rappelé lors du débat autour de la loi Claeys-Leonetti de 2016, la notion de consultant extérieur et l'obligation déontologique d'y recourir existaient déjà dans le code de déontologie médicale : « *le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent* » (62). Le rôle de ce consultant extérieur est de nature à diminuer le risque d'erreur collective (55,63) et de favoriser la naissance d'une vraie discussion sur les enjeux éthiques de la décision à prendre en centrant la réflexion sur l'intérêt du malade (55,64). Il appartient aux équipes de réanimation, selon leur fonctionnement propre et leur facilité à communiquer au sein même de l'équipe et avec des médecins extérieurs, d'évaluer dans quelles situations le recours à un consultant extérieur est nécessaire au cours de la prise en charge des patients. Plus de 50% des médecins reconnaissent n'avoir jamais recours à un consultant extérieur dans notre étude. Nos résultats sont largement inférieurs aux données publiées en France qui rapportent l'intervention d'un consultant extérieur dans 50 à 60% des cas pour les décisions de LAT en réanimation (65) et jusqu'à 90% pour les décisions de non-admission en réanimation en particulier (50,66).

Le consultant extérieur est une notion assez vague. Lors d'une réunion de discussion de LAT, deux logiques de choix du consultant peuvent être identifiées : celle où la procédure est adaptée au patient lui-même, auquel cas le médecin généraliste ou le spécialiste traitant seraient des consultants pertinents ; et celle où la situation clinique du moment est mise en avant, auquel cas les médecins de soins palliatifs ou ceux amenés à prendre en charge le patient après la sortie de réanimation apparaissent comme des interlocuteurs primordiaux (55). Les décisions de non-réadmission en réanimation se situent probablement au confluent de ces deux situations. Cependant, nous mettons en évidence que le médecin généraliste, le médecin spécialiste traitant ou les médecins qui prendront en charge le patient après son séjour en réanimation ne sont impliqués dans la discussion que dans 30% des cas environ. Ces résultats sont en accord avec des données antérieures concernant les décisions de LAT en réanimation faisant état que les médecins généralistes ne sont sollicités que dans 10% à 30% des cas alors que ceux-ci expriment une forte demande d'y participer (67–69). Cependant, nos résultats nous apparaissent insuffisants pour garantir une décision collégiale de qualité et pour écarter tout doute quant à une procédure éthique qui ne serait pas suffisamment respectée. En ce sens, il

s'agit d'un aspect qui nécessite une réflexion propre visant à apporter des éléments de correction adaptés aux décisions de non-réadmission.

La position que nous défendons, consistant à ne pas prendre la décision de non-réadmission de manière probabiliste mais au moment où la question se pose et si possible après la rédaction de directives anticipées, permet d'adopter un autre point de vue concernant le consultant extérieur. En effet, après la sortie de réanimation, le médecin réanimateur n'est plus impliqué de manière directe dans la prise en charge médicale du patient et peut alors être convié à une discussion en tant que consultant extérieur à part entière. Son rôle serait, au sein d'une discussion collégiale autour du projet de soins du patient, d'apporter un éclairage spécifique visant à exposer tous les aspects (bénéfices et contraintes) de la mise en place ou non d'une ou de plusieurs suppléance(s) d'organe(s) si elles venaient à être nécessaires (60). Le niveau d'engagement thérapeutique, la pertinence des traitements de suppléance et la légitimité à les répéter seraient alors définis (60,70) avec le médecin réanimateur.

3.5. Les patients doivent-ils participer et être informés des décisions de non-réadmission ?

Il est assez facile d'imaginer que cette question est extrêmement complexe tant elle contraint les médecins à devoir se positionner entre un paternalisme médical culturel et la prise en compte du respect de l'autonomie des patients. Depuis de nombreuses années, la relation médecin-malade, qui était fondée sur une théorie purement paternaliste d'un médecin qui décide de ce qui est le mieux pour son patient, tend à évoluer vers une relation d'égal à égal, où le médecin informe le patient sur les différentes options médicales dans le but d'aboutir à une décision consensuelle quant au choix de la meilleure stratégie à adopter en tenant compte des valeurs et des aspirations du patient (71–73).

Dans la littérature, les études font état d'un manque profond d'importance accordée à l'avis et l'information du patient lui-même quant aux discussions de LAT le concernant. En 2001, Pochard *et al.* rapportaient qu'une attention particulière aux souhaits du patient, à ses valeurs religieuses, et à sa perception d'une qualité de vie acceptable n'était portée que dans moins de 10% des discussions de LAT, au profit de l'avis de l'équipe médicale qui avait un rôle primordial dans ces décisions (74). De manière étonnante, alors que la loi Leonetti était promulguée depuis une dizaine d'années, l'étude EPILAT montre en 2015 que lors de décisions de LAT, l'avis du patient n'est connu que dans 23% des cas, exprimé par le patient lui-même dans moins de 10% des cas, sous forme de directives anticipées dans 1,3% des cas et exprimé par une personne de confiance ou par la famille dans respectivement 1,3 et 14% des cas (50).

Dans notre travail, les résultats relatifs à l'implication du patient lui-même ou de sa personne de confiance et de ses proches dans la discussion de non-réadmission (impliqués de manière systématique dans 10% et 35% des cas respectivement), bien que très faibles, sont finalement au-delà de ce qui est rapporté dans la littérature. Néanmoins, les études publiées sur ce sujet traitent de décisions de LAT chez des patients pour lesquels le recueil d'un avis direct auprès du patient est souvent difficile voire impossible. Les patients concernés par notre étude sont, à l'inverse, souvent en mesure de s'exprimer et le recueil de leur avis, sous forme de directives anticipées ou sous toute autre forme, devrait être une condition *sine qua non* à l'ouverture d'une telle discussion.

Contrairement aux pays Nord-Américains où les directives anticipées sont largement répandues (75), celles-ci sont insuffisamment rédigées par les patients en France (43,50). L'expérience d'une hospitalisation en réanimation pourrait être l'occasion pour le patient, lors de la sortie de réanimation ou dans les jours qui lui succèdent, de faire connaître sa position quant à une éventuelle hospitalisation ultérieure en réanimation. Sans contraindre les médecins dans la prise en charge du patient, il s'agit, néanmoins, d'éléments importants à prendre en compte pour l'avenir médical du patient. Ces éléments sont d'autant plus primordiaux qu'il est difficile d'évaluer la vision du patient relative à sa propre hospitalisation en réanimation. En 2010, Montuclard *et al.* ont évalué le devenir de patients âgés (>70 ans) hospitalisés de manière prolongée en réanimation (>30 jours). Alors que ces patients étaient hospitalisés en moyenne 52 jours et présentaient de nombreuses défaillances d'organes, évoquant une hospitalisation « difficile » pour le patient, 77% d'entre eux avaient un degré d'autonomie élevée un an après la sortie de réanimation, et 83% étaient prêts à être ré-hospitalisés en réanimation si leur état le nécessitait (76). Au vu de ces données, le recueil de l'avis du patient voire la rédaction systématique de directives anticipées à la sortie de réanimation pourraient être d'une aide majeure pour l'équipe médicale tout en permettant au patient l'exercice de son autonomie lors d'une discussion de non-réadmission en réanimation.

Cependant, en ce qui concerne l'information du patient sur une éventuelle décision de non-réadmission, cet aspect légal est à mettre en balance avec des considérations éthiques : est-il nécessaire d'informer un patient qu'il ne sera pas réadmis s'il venait à se dégrader, avec toutes les conséquences psychologiques que cela pourrait engendrer ? En ce sens, il est important de rappeler que le code de déontologie médicale prévoit que « *dans l'intérêt du malade, et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans*

l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves. (...) Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus » (77).

4. Quels critères pour décider d'une non-réadmission ?

L'objectif de notre étude n'était pas d'analyser les éléments conduisant à une décision de non-réadmission en réanimation. Néanmoins, quelques éléments de réflexion peuvent être dégagés de nos résultats. Dans 40% des cas, les médecins interrogés répondent que les critères amenant à décider d'une non-réadmission sont différents de ceux relatifs à une décision de non-admission. En effet, nous avons cité précédemment l'évolution du patient au décours de l'hospitalisation en réanimation comme un critère potentiellement important dans la discussion d'une éventuelle réadmission. D'autres critères semblent également se dégager : lors d'une discussion de non-réadmission, le précédent séjour en réanimation pourrait permettre une meilleure connaissance du patient, de ses antécédents, de son mode de vie, de son autonomie antérieure et de sa tolérance aux différents traitements mis en œuvre en réanimation contrairement aux discussions de non-admission où le médecin réanimateur ne connaît pas le patient et où une décision doit être prise rapidement. Tous ces éléments permettent ainsi de mieux appréhender la situation et de prendre une décision en connaissance de cause.

Le caractère aigu ou chronique du motif de réadmission semble également être un élément important dans la discussion. Plus de 90% des médecins distinguent une demande de réadmission pour un évènement aigu intercurrent d'une demande pour aggravation de la pathologie de fond. Il semble, en effet, important de distinguer ces deux situations dans la mesure où la littérature rapporte qu'environ 30 à 40% des demandes de réadmission en réanimation sont motivées par une pathologie indépendante de la pathologie de fond (23).

Enfin, un argument fréquemment retrouvé dans les justifications des décisions de non-réadmission est le risque élevé de mortalité et de perte d'autonomie, rendant ainsi « déraisonnable » une réadmission en réanimation. Cette appréciation de la morbi-mortalité est très souvent subjective et laissée à l'appréciation de l'équipe de réanimation. Il a, d'ailleurs, été démontré que la prédiction de décès par les réanimateurs était très fréquemment surestimée (19,78), rendant cette évaluation souvent futile et inadaptée. Il serait alors intéressant d'évaluer les critères décisionnels conduisant aux discussions de non-réadmission et leur pertinence en pratique clinique.

5. Après la décision

5.1. Comment mettre en application la décision ?

Que faire de cette décision dans l'hypothèse où celle-ci serait inscrite dans le dossier du patient ? Plusieurs visions s'opposent et les réponses à notre questionnaire traduisent un certain malaise quant à cette problématique. Tel qu'évoqué précédemment, environ la moitié des admissions en réanimation ont lieu sur les horaires de garde (57–59) et celles-ci représentent autant d'admissions où le médecin réanimateur est seul à devoir décider de (ré)admettre ou non le patient en réanimation. Bien que la collégialité soit un élément primordial pour les médecins que nous avons interrogés, plus de 95% d'entre eux considèrent avoir la possibilité de ne pas respecter la décision de non-réadmission si la question se pose au titre d'une certaine liberté de jugement. Cependant, d'autres médecins voient dans la procédure collégiale un gage de qualité de la décision qui serait supérieure à l'évaluation que le médecin réanimateur pourrait mener seul face au patient. La collégialité est-elle une réponse suffisante pour garantir que toutes les situations ont été imaginées et que tout doute est écarté quant au bénéfice éventuel d'une réadmission du patient en réanimation rendant futile une réévaluation par un médecin réanimateur le jour J ? La SRLF rappelle en 2010 que « *le consensus ne peut être considéré comme une garantie éthique en soi. Ce qu'il importe d'atteindre, c'est l'absence d'opposition nette ou de doute sérieux émis par un ou plusieurs participants. En cas de doute, la réflexion doit être poursuivie et doit être renouvelée en tenant compte de toutes les réticences exprimées* » (3).

Quelques rares données sont disponibles en réanimation pédiatrique. Une étude de cohorte française publiée en 2008 montre que 35% des enfants ayant fait l'objet d'une discussion éthique au cours du séjour en réanimation survivent à l'hospitalisation en réanimation (46). Lorsque les médecins des services de transfert sont interrogés, de manière hypothétique, sur la prise en charge de ces enfants s'ils venaient à présenter une nouvelle défaillance nécessitant une hospitalisation en réanimation, les médecins proposent un transfert en réanimation dans 64% des cas (46), à l'encontre de la décision de LAT prise en réanimation, suggérant que les décisions de LAT ne sont pas pérennes après la sortie de réanimation. L'amélioration du niveau de handicap et de dépendance après la sortie de réanimation, une possible réticence à identifier définitivement le malade comme ne devant plus être jamais réanimé, et un manque de communication entre les médecins des services conventionnels et les médecins réanimateurs pourraient, en partie, expliquer l'absence de prise en compte fréquente des décisions de LAT après la sortie de réanimation pédiatrique (46,47). Cela rejoint finalement

l'idée qu'il faut recentrer la discussion sur un patient donné dans une situation clinique donnée et ne pas statuer de manière trop hâtive sur une situation potentielle.

5.2. Place des soins palliatifs

Longtemps considérés en opposition totale avec la logique de la réanimation, l'intégration des soins palliatifs dans la prise en charge des patients de réanimation est devenue depuis une dizaine une réelle problématique. Bien que la démarche médicale puisse paraître différente de prime abord, les soins intensifs et les soins palliatifs se rejoignent sur de nombreux points. Dans les deux cas, il s'agit de patients graves, dont le pronostic vital est engagé à court ou moyen terme, pour lesquels l'objectif est de prolonger la vie autant que possible tout en assurant une prise en charge de la douleur et un confort optimaux et pour lesquels il faut garantir un environnement serein et à l'écoute pour le patient lui-même et ses proches (79,80). Si la priorité initiale d'une prise en charge en réanimation est de « sauver la vie », les soins palliatifs ont pour objectif d'« accompagner la vie » ; mais dans tous les cas, le confort, la qualité de vie du patient et le respect de sa dignité sont les valeurs qui guident la prise en charge médicale et paramédicale. Les soins de réanimation et les soins palliatifs se retrouvent alors dans une logique compatible voire complémentaire (79).

Après une décision de non-réadmission, une prise en charge palliative ne semble être proposée par l'équipe de réanimation que dans 40% des cas. Il s'agit là d'un réel écueil de la prise en charge médicale de ces patients. Si ceux-ci ne sont pas nécessairement en fin de vie imminente, la décision de non-réadmission modifie, au minimum, leur projet thérapeutique. Le risque de ces décisions est alors d'engendrer un abandon du patient, risque redouté par plusieurs médecins dans notre travail. La loi Claeys-Leonetti et la SRLF insistent sur l'importance d'une démarche palliative lors de discussion de LAT (3,9), et sur la formation des médecins à ce type de prise en charge. C'est la raison pour laquelle la garantie de l'instauration d'une prise en charge palliative doit être inhérente aux discussions de non-réadmission et est, en partie, de la responsabilité de l'équipe de réanimation.

6. Comment résoudre la problématique : proposer un projet de soins ?

Tous les éléments de discussion que nous avons évoqués vont dans le sens de ce qui a été proposé précédemment : si une discussion autour de l'avenir du patient, incluant éventuellement des directives anticipées, peut être initiée à tout moment, notamment lors de la sortie de réanimation, seule une réévaluation clinique adaptée assortie d'une réflexion face à une situation donnée permet de garantir la qualité d'une décision de non-réadmission. Cela nécessite donc de tout faire pour éviter que la décision soit prise de manière probabiliste (lors de la sortie de réanimation) et mise en application de manière isolée et systématique par un médecin (réanimateur ou non) seul face à une directive de non-réadmission. L'ambiguïté engendrée par ce type de décisions prises de manière trop précoce, souvent trop rapide, sans en mesurer les conséquences potentielles, est à l'origine d'un certain malaise pour les médecins réanimateurs. Ceux-ci redoutent, en effet, de se retrouver dans une situation « d'impasse » où la crainte de générer une perte de chance pour le patient est mise en balance avec celle d'engager des soins disproportionnés. Par ailleurs, seule une discussion avec le patient et ses proches permet de connaître les aspirations du patient quant à son projet de vie, le niveau de soins qu'il trouve acceptable et le seuil où commence « l'acharnement thérapeutique » le concernant (60). Là encore, recueillir ces éléments à la sortie de réanimation, alors que l'hospitalisation a été longue et potentiellement difficile, apparaît inadaptée et peut être à l'origine d'une analyse erronée de la situation pouvant conduire à une pratique médicale critiquable. Ces éléments suggèrent que l'anticipation et la connaissance des choix du patient sont primordiaux (60). Comment concilier alors cette nécessité d'anticipation, celle d'une réflexion médicale à distance de l'hospitalisation en réanimation associée à une réévaluation clinique du patient, et celle de recueillir l'avis du patient et de ses proches ?

La position que nous défendons vise ainsi à profiter de la sortie de réanimation pour établir un « projet de soins » pour le patient. Ce projet thérapeutique serait établi au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire où seraient conviés les différents médecins participant à la prise en charge du patient et aurait pour but de proposer une attitude thérapeutique quant à la pathologie de fond, à distance de toute hospitalisation en réanimation. Au sein de cette discussion, un moment serait dédié à l'aspect « défaillance aiguë » où interviendrait le médecin réanimateur en tant que consultant extérieur tel qu'évoqué précédemment (60). Ce projet pourrait s'enrichir au fil du parcours du patient de ses perceptions, de ses ressentis, de ses expériences et de ses souhaits. Pour cela, il est indispensable

que le patient, sa personne de confiance et/ou ses proches puissent échanger avec le médecin réanimateur pour que celui-ci leur explique ce qui peut être proposé dans le cadre d'une potentielle nouvelle défaillance vitale, mais aussi pour que leurs souhaits soient connus, en dehors de tout contexte d'hospitalisation en réanimation (60,70). Expliquer au patient et à ses proches permet de pointer ce qui peut être fait mais également ce qui ne sera pas fait et pourquoi certaines choses ne seront pas proposées. Ces explications devront intégrer également un volet relatif à une prise en charge palliative le cas échéant, l'objectif étant de garantir la continuité de la prise en charge du patient et d'éviter que celui-ci et ses proches aient le moindre sentiment d'abandon de la part des soignants, sentiment également redouté par les soignants eux-mêmes dans notre travail (60). Ainsi, le projet de soins intégrerait la question de la réadmission en réanimation en permettant au patient de participer au choix de ce qui pourra lui être proposé. L'objectif est alors clairement d'aboutir à la rédaction de « directives anticipées éclairées », l'éclairage permettant bien au patient de se positionner quant aux conditions de sa fin de vie après que les médecins aient défini le cadre de la prise en charge en cas de survenue de défaillances d'organes (60).

Ce projet thérapeutique ayant permis de clarifier un niveau de soins acceptable pour les soignants et pour le patient, si l'indication d'une réadmission en réanimation se posait, le rôle du médecin réanimateur sollicité serait « simplement » de mettre en application ce qui a été décidé dans ce projet de soins après une réévaluation rigoureuse : c'est à dire analyser si la situation pour laquelle il est sollicité relève ou non d'une prise en charge en réanimation en accord avec ce qui a été décidé de manière collégiale et avec le patient, en prenant également en compte les éventuels éléments d'évolution depuis la dernière évaluation. La décision de non-réadmission en réanimation devient alors une décision plus « simple » pour le médecin réanimateur où il n'est sollicité que pour évaluer la situation actuelle et initier la mise en œuvre d'une prise en charge palliative le cas échéant. Ce procédé répondrait ainsi aux interrogations que nous avons soulevées : prendre l'avis du patient et de ses proches en l'incitant à la rédaction de directives anticipées « éclairées », s'assurer d'une discussion collégiale faisant intervenir un consultant extérieur, permettre une réévaluation du patient dans sa globalité et face à une ou plusieurs défaillances aiguës, intégrer la question de non-réadmission au sein d'un réel projet thérapeutique pour le patient et promouvoir une éventuelle démarche palliative au sein de ce projet de soins.

7. Qualités et limites de l'étude

7.1. Méthodologie

Notre étude avait pour but de mener une évaluation des pratiques professionnelles au niveau national sur la question des décisions de non-réadmission en réanimation. Pour cela, nous avons choisi de réaliser une enquête auprès des médecins exerçant en réanimation en utilisant un questionnaire accessible en ligne. Les praticiens étaient sollicités par messagerie électronique et leur participation à notre étude était libre.

Cette méthodologie présente plusieurs limites. D'une part, nous ne pouvons garantir que nos résultats soient le réel reflet des pratiques concernant les décisions de non-réadmission en France. En effet, la participation des médecins étant libre, il est possible que seuls les médecins les plus sensibilisés à cette problématique aient répondu au questionnaire. Cependant, bien que probablement sous-estimé, notre taux de réponses est relativement élevé (>25%) et la variété des participants (internes, assistants, chefs de clinique, praticiens hospitaliers, médecins universitaires) ainsi que la diversité des services concernés permettent de relativiser ce biais de sélection.

Par ailleurs, bien que les médecins ayant participé à notre étude s'engagent à retranscrire avec bonne foi leur pratique clinique concernant les décisions de non-réadmission, il s'agit de réponses déclaratives assorties des biais de mémorisation et de déclaration qui y sont inhérents. Pour s'affranchir des biais liés à cette méthodologie, il faudrait réaliser un audit externe prospectif. Cependant, notre étude étant la première sur le sujet, notre méthodologie était adaptée afin d'obtenir les premières données sur ce sujet.

Enfin, notre questionnaire comportait un nombre restreint de questions dans le but d'encourager la participation à l'étude. Le questionnaire a été élaboré à l'aide d'un sociologue. Pour cela, une méthodologie validée et utilisée dans d'autres études du même type a été retenue (48,49,51) et permettait ainsi d'assurer une qualité optimale des réponses que nous avons obtenues. Cependant, il était difficile d'explorer de manière exhaustive tous les aspects de la problématique des décisions de non-réadmission tant la question est vaste et, pour l'instant, insuffisamment étudiée.

7.2. De l'importance d'évaluer nos pratiques

L'évaluation des pratiques professionnelles est un élément majeur de l'amélioration de la médecine actuelle. De plus en plus de protocoles et recommandations des sociétés savantes régissent la prise en charge des malades et il est parfois difficile pour les praticiens de les

respecter au mieux. La mise en place d'un outil d'évaluation permet de mettre en exergue les éléments devant être améliorés au sein d'une équipe, d'un service voire d'un hôpital. Cela doit alors aboutir à la mise en place de mesures correctrices puis à une réévaluation quelques temps après. La Commission Ethique et le Collège de Bonnes Pratiques en Réanimation de la SRLF avaient proposé en 2010 un outil d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles concernant les limitation et arrêt des thérapeutiques en réanimation. Notre travail s'intègre dans ce type de démarche et vise ainsi à apporter des pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge des patients sujets aux décisions de non-réadmission en réanimation. A terme, une nouvelle évaluation devra être menée afin de contrôler l'impact des mesures qui pourraient être mises en place à la suite de notre étude.

Conclusions

Notre étude est, à notre connaissance, la première dédiée spécifiquement à la question des décisions de non-réadmission en réanimation. Ce travail a permis de mettre en lumière la complexité des éléments, souvent ambigus et intriqués, intervenant dans ces décisions. Malgré ses limites méthodologiques, il permet d'apporter des pistes de réflexion pour une meilleure prise en charge des patients pour lesquels l'avenir médical est incertain à la sortie d'un service de réanimation. Il a ainsi conduit à la proposition d'une procédure de discussion de non-réadmission intégrant celle-ci dans un réel projet de soins pour le patient. Ce travail nécessitera d'être poursuivi et complété, et pourrait aboutir, à terme, à d'éventuelles recommandations de bonnes pratiques.

La médecine du XXI^{ème} siècle a évolué vers une médecine préventive, où la capacité de prévoir voire de prédire les maladies, les diagnostics, les souffrances, les traitements, est devenue une réelle nécessité. Cette pratique de la médecine implique de réduire autant que possible les incertitudes dans les décisions que nous prenons pour l'avenir des patients. Ces décisions doivent néanmoins être prises « avec » nos patients et non plus « pour » nos patients, ceux-ci étant désormais acteurs et au cœur des discussions médicales les concernant. Le processus que nous proposons a pour objectif de minimiser ces incertitudes dans l'esprit des médecins et celui du patient en promouvant une discussion entre médecins et patient d'une part, une ou plusieurs réévaluations cliniques d'autre part et enfin l'écoulement d'un certain temps, maillons nécessaires et inébranlables pour aboutir à une réelle décision qui sera la plus acceptable d'un point de vue médical et éthique. Ces décisions, dont la finalité n'est autre que le respect de la dignité du patient, reposent alors sur un processus de délibération tel que le définissait Aristote : « *Délibérer implique des choses qui se produisent le plus souvent mais dont on ne voit pas comment on va arriver à leur résultat, c'est-à-dire des choses qui comportent de l'indéterminé. Si nous prenons des conseillers à nos côtés pour les grandes affaires, c'est parce que nous nous défions de notre propre capacité à nous prononcer sur elles de façon satisfaisante. Nous ne délibérons pas des fins, mais des moyens pour y parvenir. Un médecin qui délibère ne se demande pas s'il doit apporter la guérison, ni un orateur s'il doit se montrer convaincant, ni un politique s'il doit produire une bonne législation, et personne d'autre ne s'interroge sur la fin. Au contraire, une fois qu'on a posé la fin, on regarde la question de savoir comment et par quels moyens on peut l'atteindre et si plusieurs moyens paraissent en mesure de l'atteindre, on examine quel est le plus facile et le plus beau* » (81).

Annexes

Annexe 1

Courrier adressé aux médecins

Chèr(e)s ami(e)s, chèr(e)s collègues,

Nous nous permettons de vous solliciter pour une participation à un travail portant sur les décisions de « non-réadmission » en réanimation. Ce travail est destiné à l'élaboration de la thèse de l'un de nos jeunes collègues, par ailleurs en cours de DESC de Réanimation Médicale. Si vous acceptez de participer, votre contribution se fera sous la forme d'un questionnaire dont le remplissage ne devrait pas vous prendre plus de quelques minutes.

Il vous suffit de cliquer sur le lien suivant ou de le copier dans votre navigateur :
https://docs.google.com/forms/d/1Je6ZzAiy49SmoFeo8zfxjJGuxxDVoNY-C3AVk9QbFLE/viewform?usp=send_form

Nous ne manquerons pas de vous informer de l'évolution de ce travail et de vous y associer lors des communications relatives à celui-ci. A ce titre, **merci de ne pas omettre de renseigner votre adresse mail professionnelle dans le questionnaire.**

N'hésitez pas à faire suivre ce message à vos collègues d'autres services de réanimation ou d'autres établissements.

Avec tous nos sincères remerciements pour votre aide. Et plus particulièrement à Olivier Lesieur pour nous avoir proposé sa liste de participants à l'étude Epilat.

Bien amicalement.

Dr Jean-Philippe Rigaud, Mikhael Giabicani
Réanimation Polyvalente, CH Dieppe

Les décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques (LAT) en réanimation concernent habituellement des patients dont la pathologie est au-delà de toute ressource thérapeutique curative ou pour lesquels la poursuite des traitements apparaît déraisonnable au regard de l'état actuel du patient et/ou de l'évolution potentielle de la pathologie en cause. Dans ces situations, une décision de LAT est prise à la suite d'une procédure collégiale. Celle-ci doit tenir compte des souhaits du patient, si ceux-ci sont connus ou ont pu être recueillis, et les proches, dont la personne de confiance si celle-ci a été désignée, doivent avoir été consultés et informés. Après la prise de la décision, les traitements de suppléance d'organe sont limités ou arrêtés.

Cependant, certains patients, en raison d'une pathologie sévère, d'antécédents lourds, de comorbidités nombreuses, d'une autonomie future prévisiblement altérée ou encore d'une évolution difficile en réanimation font l'objet, au moment de leur sortie de réanimation, d'une décision de « non-réadmission en réanimation » si la question devait à nouveau se poser.

A l'heure actuelle, les décisions de "non-réadmission" ne font pas, dans la plupart des cas, l'objet d'une procédure collégiale de LAT "habituelle" alors même qu'il peut s'agir d'une véritable limitation de l'accès à des ressources thérapeutiques. Ces décisions sont importantes car elles peuvent parfois revêtir un caractère irrévocable alors même que la situation du patient peut avoir évolué favorablement après la sortie de réanimation. Alors que les protocoles de LAT au sein des services de réanimation et les décisions de non-admission en réanimation ont fait l'objet de nombreux travaux ces dernières années, aucun n'a, à notre connaissance, porté sur les décisions de "non-réadmission" en réanimation. L'objectif de ce projet est de faire l'état des lieux de cette pratique au sein de nos services.

Annexe 2

Questionnaire concernant les décisions de non-réadmission

1. Nombre d'admissions/mois en moyenne dans votre service ?

- < 50 50-75 75-100 > 100

2. Combien de patients/mois font l'objet d'une décision de non-réadmission ?

- < 5 5-10 10-15 > 15

3. La décision de non-réadmission est-elle prise à la fin de la prise en charge en réanimation (ou en post-réanimation) ?

- 1 Oui, systématiquement 2 Oui, dans la plupart des cas 3 Dans quelques cas
4 Exceptionnellement 5 Jamais

4. Les décisions de non-réadmission font-elles l'objet d'une procédure collégiale au sein de votre service ?

- 1 Oui, systématiquement 2 Oui, dans la plupart des cas 3 Dans quelques cas
4 Exceptionnellement 5 Jamais

5. Les décisions de non-réadmission sont-elles mentionnées dans le courrier de sortie ?

- 1 Oui, systématiquement 2 Oui, dans la plupart des cas 3 Dans quelques cas
4 Exceptionnellement 5 Jamais

6. Les décisions de non-réadmission sont-elles consignées dans un registre dans votre service ?

- OUI NON

7. Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il simplement informé (sans y participer) de la décision de non-réadmission ?

- 1 Oui, systématiquement 2 Oui, dans la plupart des cas 3 Dans quelques cas
4 Exceptionnellement 5 Jamais

8. Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il impliqué dans la décision de non-réadmission ?

- Oui, systématiquement 2 Oui, dans la plupart des cas 3 Dans quelques cas
4 Exceptionnellement 5 Jamais

9. Un consultant extérieur indépendant participe t il à la décision de non-réadmission, le cas échéant ?

- Oui, systématiquement 2 Oui, dans la plupart des cas 3 Dans quelques cas
4 Exceptionnellement 5 Jamais

10. Les patients ont-ils participé à la discussion ayant amené à la prise de décision de non-réadmission en réanimation ?

- 1 Oui, systématiquement 2 Oui, dans la plupart des cas 3 Dans quelques cas
4 Exceptionnellement 5 Jamais

11. Les proches et/ou la personne de confiance ont-ils participé à la discussion amenant à une décision de non-réadmission ?

- 1 Oui, systématiquement 2 Oui, dans la plupart des cas 3 Dans quelques cas
4 Exceptionnellement 5 Jamais

12. Les patients sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?

- 1 Oui, systématiquement 2 Oui, dans la plupart des cas 3 Dans quelques cas
4 Exceptionnellement 5 Jamais

13. Les proches et/ou la personne de confiance sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?

- 1 Oui, systématiquement 2 Oui, dans la plupart des cas 3 Dans quelques cas
4 Exceptionnellement 5 Jamais

14. Le généraliste ou le spécialiste traitant est-il/sont-ils associé(s) à la procédure de réflexion collégiale ?

- 1 Oui, systématiquement 2 Oui, dans la plupart des cas 3 Dans quelques cas
4 Exceptionnellement 5 Jamais

15. Est-il (sont-ils) informé(s) de la décision de non admission ?

- 1 Oui, systématiquement 2 Oui, dans la plupart des cas 3 Dans quelques cas
4 Exceptionnellement 5 Jamais

16. Les critères amenant à une décision de non-réadmission sont-ils mentionnés dans le dossier du patient ?

- 1 Oui, systématiquement 2 Oui, dans la plupart des cas 3 Dans quelques cas
4 Exceptionnellement 5 Jamais

17. Les critères retenus pour une décision de non-réadmission en réanimation sont-ils les mêmes que ceux retenus pour une non-admission en réanimation ?

- OUI NON

Si non, pourquoi ?

18. En cas de procédure collégiale ayant conduit à la décision de non réadmission en réanimation, avez vous la possibilité de ne pas respecter ses préconisations ?

OUI NON

Commentaires :

19. Faites-vous une distinction entre une demande de réadmission pour un épisode aigu intercurrent et une demande de réadmission pour une aggravation de la pathologie de fond ?

OUI NON

Commentaires :

20. En cas de décision de non réadmission, prévoyez vous une prise en charge palliative ?

1 Oui, systématiquement 2 Oui, dans la plupart des cas 3 Dans quelques cas 4 Exceptionnellement 5 Jamais

21. A votre avis, la non-réadmission en réanimation entre-t-elle dans le champ de la loi Léonetti de 2005 ?

OUI NON

Si non, pourquoi ?

Questionnaire médecin :

Lieu d'exercice : CHU – CHG – Clinique – PSPH

Type de service de réanimation : médicale – chirurgicale - polyvalente

Quel est votre statut : PUPH – PH – CCA – Interne

Homme - Femme

Quel est votre âge : < 35 ans, 35 – 50 ans, > 50 ans

Quelle est votre ancienneté en réanimation : < 5 ans, 5 à 20 ans, > 20 ans

Annexe 3

Liste des médecins répondeurs

Docteur ABBACK Paër-Selim, CHU Beaujon Clichy

Docteur ADRIE Christophe, CH Saint-Denis

Docteur AMDJAR Noura, CH Pontoise

Professeur ANNANE Djillali, CHU Raymond-Poincaré Garches

Docteur ARNAL Jean-Michel, CH Toulon

Professeur ASFAR Pierre, CHU Angers

Docteur ATTIAS Arié, CHU Mondor Créteil

Docteur AUGARDE Roch, CH Nevers

Docteur AUSSEUR Antoine, CH Cholet

Docteur BARBAR Sader, CHU Nîmes

Docteur BARRAUD Damien, CHU Nancy

Professeur BASTIE Jean-Noël, CHU Dijon

Docteur BEDUNEAU Gaëtan, CHU Charles Nicolle Rouen

Docteur BENREZKALLAH Malika, CH Valenciennes

Docteur BERGER Philippe, CH Châlons-en-Champagne

Docteur BERTRAND Pierre-Marie, CH Cannes

Docteur BEURET Pascal, CH Roanne

Docteur BLAYAU Clarisse, CHU Tenon Clichy

Docteur BLOT François, CH Gustave Roussy Villejuif

Docteur BODET-CONTENTIN Laetitia, CHU Tours

Professeur BOLLAERT Pierre-Edouard, CHU Nancy

Docteur BOUGEROL François, CH Dieppe

Docteur BOUT Hélène, CHU Beaujon Clichy

Docteur BRAUD Hélène, CHU Charles Nicolle Rouen

Docteur BRETONNIERE Cédric, CHU Nantes

Docteur BRUNEEL Fabrice, CH André Mignot Versailles

Docteur CABASSON Séverin, CH La Rochelle

Professeur CARIOU Alain, CHU Cochin Paris

Docteur CARPENTIER Dorothée, CHU Rouen

Docteur CHAMPIN Philippe, CHU Nantes

Professeur CHARLES Pierre-Emmanuel, CHU Dijon

Docteur CHARPENTIER Julien, CHU Cochin Paris

Docteur CHERGUI Abdelkader-Karim, CH Sud Francilien Corbeil-Essonnes

Docteur CHEVALIER Stéphanie, CH Saint-Malo

Docteur CLAUD Bernard, CH Le Puy-en-Velay

Docteur CLERGUE Céline, CH Sud Francilien Corbeil-Essonnes

Docteur COLAS Gabriel, CH Le Havre

Docteur COURANT Pierre, CH Henri Duffaut Avignon

Docteur COUSSON Joël, CHU Reims

Docteur CRONIER Pierrick, CH Sud Francilien Corbeil-Essonnes

Docteur DANIN Pierre-Éric, CHU Nice

Docteur DAOUDAL Pierre, CH Vesoul

Docteur DAS Vincent, CH André Grégoire Montreuil

Docteur DAUBIN Cédric, CHU Caen

Docteur DECLERQ Pierre-Louis, CH Dieppe

Docteur DELABRANCHE Xavier, CHU Strasbourg

Docteur DELASTRE Olivier, CH Elbeuf

Docteur DELEFOSSE Didier, CHU Beaujon Clichy

Docteur DELLAMONICA Jean, CHU Nice

Professeur DEQUIN Pierre-François, CHU Tours

Professeur DIEHL Jean-Luc, CHU Georges Pompidou Paris

Docteur DJIBRE Michel, CHU Tenon Paris
Docteur DUBOST Jean-Louis, CH Pontoise
Docteur DUMONT Romain, CHU Nantes
Professeur DUPONT Hervé, CHU Amiens
Docteur EHRMANN Stéphane, CHU Tours
Docteur EON Béatrice, CHU La Timone Marseille
Docteur ERALDI Jean-Pierre, CH Dieppe
Professeur FARTOUKH Muriel, CHU Tenon Paris
Docteur FEISSEL Marc, CH Nord Franche-Comté Belfort
Docteur FOSSE Jean-Philippe, CH Les Sources Nice
Docteur FRIEDMAN Diane, CHU Raymond Poincaré Garches
Docteur GAILLARD Sandrine, CH Bourg-en-Bresse
Docteur GARRET Charlotte, CHU Nantes
Docteur GELINOTTE Stéphanie, CH Dieppe
Professeur GIBOT Sébastien, CHU Nancy
Docteur GIRAULT Christophe, CHU Charles Nicolle Rouen
Docteur GONTIER Olivier, CH Chartres
Docteur GONZALEZ Frédéric, CHU Avicenne Bobigny
Docteur GOUIN Philippe, CHU Charles Nicolle Rouen
Docteur GRANDJEAN Benoît, CHU Nancy
Docteur GRANGE Steven, CHU Charles Nicolle Rouen
Docteur GRECH Ludovic, CH Antibes
Docteur GROUILLE Julien, CH Blois
Docteur GUILLOT Max, CHU Strasbourg
Docteur GUIOT Philippe, CH Mulhouse
Docteur HAMADA Sophie, CHU Bicêtre Le Kremlin-Bicêtre
Docteur HAMZAOUI Olfa, CHU Antoine Bécclère Clamart

Docteur HEANO-BRASSEUR Juliana, CH André Mignot Versailles
Docteur HERBLAND Alexandre, CH La Rochelle
Docteur HERBRECHT Jean-Etienne, CHU Strasbourg
Docteur HOURS Sandrine, CH Sud Francilien Corbeil-Essonnes
Docteur IONESCU Carmen, CH Mulhouse
Docteur ISERENTANT Jukes, CHU Beaujon Clichy
Docteur JACOBS Frédéric, CHU Antoine Bécclère Clamart
Docteur JACQUIER Sophie
Docteur KAROUBI Philippe, CHU Avicenne Bobigny
Docteur KEMPF Jean, CH Haguenau
Docteur KIMMOUN Antoine, CHU Nancy
Docteur KUTEIFAN Khaldoun, CH Emile Muller Mulhouse
Docteur LAKHAL Karim, CHU Nantes
Docteur LARGE Audrey, CHU Dijon
Docteur LASCARROU Jean-Baptiste, CH Vendée La Roche-sur-Yon
Professeur LAUTRETTE Alexandre, CHU Gabriel-Montpied Clermont-Ferrand
Docteur LEDEIN Marie, CH Institut Catholique Lille
Docteur LEGRIEL Stéphane, CH André Mignot Versailles
Professeur LEON Alain, CHU Reims
Docteur LESIEUR Olivier, CH La Rochelle
Docteur LEVRAT Quentin, CH La Rochelle
Professeur LEVY Bruno, CHU Nancy
Docteur LORBER Julien, CHU Nantes
Docteur MAAMAR Adel, CHU Rennes
Professeur MAIZEL Julien, CHU Amiens
Docteur MARCHALOT Antoine, CH Dieppe
Docteur MARINTHE Bruno, CH Saint-Dizier

Docteur MARTIN-LEFEVRE Laurent, CH Vendée
La Roche-sur-Yon

Docteur MARTINO Frédéric, CHU Angers

Docteur MATEU Philippe, CH Charleville-
Mézières

Docteur MATTEI Mathieu, CHU Nancy

Professeur MEGARBANE Bruno, CHU
Lariboisière Paris

Docteur MENTEC Hervé, CH Argenteuil

Professeur MERCAT Alain, CHU Angers

Docteur MICHEL Philippe, CH Pontoise

Professeur MIRA Jean-Paul, CHU Cochin Paris

Professeur MISSET Benoit, CHU Charles Nicolle
Rouen

Docteur MONCHI Mehran, CH Marc Jacquet Melun

Professeur MONNET Xavier, CHU Bicêtre Le
Kremlin-Bicêtre

Docteur NAY Mai-Anh, CH Orléans

Docteur NYUNGA MAKENGA Martine, CH
Roubaix

Docteur PEASE Sébastien, CHU Beaujon Clichy

Docteur PEIGNE Vincent, CH Chambéry

Docteur PEREZ Pierre, CHU Nancy

Docteur PHAM Tai, CHU Tenon Paris

Docteur PINIER Cédric, CHU Tours

Docteur PINSARD Michel, CHU Poitiers

Docteur PLOUVIER Fabienne, CH Agen

Docteur PRIN Sébastien, CHU Dijon

Docteur QUENOT Jean-Pierre, CHU Dijon

Docteur REIGNIER Jean, CHU Nantes

Docteur RENAULT Anne, CHU Brest

Docteur RENNUIT Isabelle, CHU Beaujon Clichy

Docteur REUTER Danielle, CHU Pitié-Salpêtrière
Paris

Docteur RIGAUD Jean-Philippe, CH Dieppe

Professeur ROBERT René, CHU Poitiers

Docteur ROUCHE Jonathan, CHU Dijon

Docteur ROUDAUT Jean-Baptiste, CHU Dijon

Professeur ROZEC Bertrand, CHU Nantes

Professeur SAULNIER Fabienne, CHU Lille

Docteur SONNEVILLE Romain, CHU Bichat Paris

Docteur SOUDAY Vincent, CHU Angers

Docteur SOUFIR Lilia, CH Saint-Joseph Paris

Professeur TAMION Fabienne, CHU Charles
Nicolle Rouen

Docteur TCHENIO Xavier, CH Bourg-en-Bresse

Docteur THIAGARAJAH Abirami, CH Beaumont-
sur-Oise

Docteur THIERY Guillaume, CHU Guadeloupe

Docteur THIRION Marina, CH Argenteuil

Docteur THUONG Marie, CH Pontoise

Docteur TROCHE Gilles, CH André Mignot
Versailles

Professeur VAN DER LINDEN Thierry, CHU Lille

Docteur VINCENT François, CH Montfermeil

Docteur VINCLAIR Marc, CHU Grenoble

Docteur VIQUESNEL Gérald, CHU Caen

Docteur ZAMBON Olivier, CHU Nantes

Docteur ZUBER Benjamin, CH André Mignot
Versailles

Annexe 4

Commentaires libres aux questions *OUI/NON*

Les critères retenus pour une décision de non-réadmission en réanimation sont-ils les mêmes que ceux retenus pour une non-admission en réanimation ? Si non, pourquoi ?

« La trajectoire du patient et les conséquences liées à la pathologie responsable de l'admission du patient en réanimation et/ou la découverte d'une maladie (cancer par exemple...) peut amener à modifier nos critères. La connaissance de l'histoire du patient et des proches peuvent également influencer nos critères. »

« Non, parce que le parcours en réanimation est en lui-même un élément de la décision. »

« Prise en compte de l'évolution pendant le séjour en réanimation Plus grand rôle de l'entourage. »

« Dans le cas d'une non réadmission, prise en compte du cours évolutif de la maladie et de l'état général à la sortie, des difficultés de prise en charge en cours de séjour, de l'autonomie observée et de la qualité de vie escomptée, d'une meilleure connaissance de l'avis des proches ou du patient au décours du séjour en réanimation. »

« Le séjour en réanimation peut changer la situation et donc d'autres raisons qui nous poussent à ne plus réadmettre le patient. »

« Plus de temps et de recul pour prendre la décision collégiale en cas de non réadmission. »

« Le séjour prolongé en réanimation peut influencer sur les décisions de non-réadmission. »

« Certains critères sont communs, mais un des critères supplémentaires est celui de l'hospitalisation en réanimation avec un certain nombre d'éléments qui lui sont associés : -le recul sur l'évolution du patient en réanimation - la perte d'autonomie - les possibilités thérapeutiques concernant la pathologie de fond ... »

« On dispose du recul du séjour en réanimation ou en USC on dispose d'informations supplémentaires concernant le projet (ou l'absence de projet) thérapeutique. »

« La décision est prise avec une bonne connaissance du dossier, ce qui peut manquer à la première admission - la décision est prise avec davantage de recul sur la pathologie actuelle et/ou les pathologies chroniques, notamment sur les capacités de récupération du premier épisode - la décision de réadmission implique souvent une prolongation importante de l'hospitalisation, déjà prolongée généralement au stade où on prend cette décision (sinon, la réadmission ne se discute pas). C'est une différence importante entre une admission et une ré-admission. »

« Selon l'évolution dans le service et les renseignements médicaux et familiaux recueillis pdt le séjour en réa. »

« Prise en charge de l'hospitalisation récente en réanimation, connaissance plus complète du dossier; informations supplémentaires obtenus sur l'état de santé ant et sur l'autonomie du patient; découverte de nouvelles pathologies ou extension de la néoplasie... »

« Parce que l'état clinique du patient évolue le patient exprime des directives anticipées après son passage en réanimation si la pathologie est inaugurale (ex cancer..), on essaie une réanimation d'attente. »

« La plupart du temps, les conditions et séquelles du premier séjour participent de la décision de non-réadmission. »

« Avec en plus des critères liés au séjour actuel en réanimation (séquelles, volontés du patient...). »

« Dépend de l'évolution du patient dans le service. Peut avoir de nouvelles comorbidités inexistantes ou non connues à son admission. »

« Les patients pour lesquels une non réadmission est décidée sont bien connus du service et ont fait l'objet d'une discussion collégiale dans la plupart des cas. Pour les non admission en réanimation, une méconnaissance du dossier nous pousse sauf exception à admettre ces patients. »

« Tendance à une admission assez large puis une limitation des réadmissions. »

« Cela dépend de l'état du patient à sa sortie, de la difficulté de la prise en charge pendant la réanimation. »

« Prise en compte de la réponse aux traitements et place des proches qui ont vécu une (première) expérience en réanimation. »

« Le séjour en Réanimation permet d'évaluer le bénéfice des techniques de suppléances vitales pour le patient à un moment donné de sa maladie. La consigne de non réadmission ne vaut que pour l'hospitalisation en cours. Si le patient quitte l'hôpital, la consigne périmée. Il s'agit d'un avis personnel. »

« Complications acquises en réanimation - recul sur l'évolution du patient - perspectives thérapeutiques affinées - discussion collégiale contrairement à la garde - discussion sans la pression de l'urgence de l'admission pour défaillance d'organe. »

« Recul d'une hospitalisation en réanimation. »

« Évolutivité d'une pathologie. »

« Dans la non-réadmission intervient souvent la notion d'un sevrage ventilatoire difficile. »

« Pas sur les critères d'absence de gravité uniquement des critères de trop grande gravité et de terrain débilite. »

« Parce que dans le cas de non-réadmission on connaît le patient (il est en réanimation) et on mesure objectivement (avec un peu de recul) son niveau exact d'autonomie, de potentialité d'évolution, etc. De plus on a le temps de prendre cette décision Dans l'autre cas il s'agit souvent d'un patient qu'on ne connaît pas et qu'on doit évaluer rapidement sur un interrogatoire un examen clinique et des informations venant d'autres sources (quand elles sont disponibles) avec une décision à prendre dans l'urgence. »

« Le vécu, la durée, l'histoire et l'issue du séjour en réanimation en plus. Une meilleure connaissance des souhaits du patient et de l'acceptation de son entourage. »

« Les critères de non réadmission en réanimation peuvent apparaître après une longue hospitalisation en réanimation, traitement inefficace, découverte au cours de l'hospitalisation de nouvelle pathologie grave ou diagnostic de la pathologie pour laquelle le patient a été hospitalisé de pronostic défavorable. »

« C'est la trajectoire du patient et notamment son statut en réanimation et à la sortie de réanimation qui conditionne la discussion puis la prise de décision de non-réadmission en réanimation. »

« Lors d'une décision de non-réadmission, les réserves physiologiques du patient sont mieux connues que lors d'une non-admission, et l'argument fréquemment utilisé par les spécialistes "mais c'est sa première décompensation" ne peut plus être utilisé. »

« Non, une admission en réanimation est plus ouverte, notamment en l'absence de connaissance des ATD et des souhaits du patient incapable de les exprimer. En cas de comorbidités graves, une décision de limiter l'intensification de la réanimation à 48-72h peut être décidée puis un processus de LATA mis en place. La non-réadmission est prise de façon consensuelle et après connaissance parfaite du dossier médicale du patient, souvent en accord avec les médecins traitants. »

« La non réadmission peut être liée aux complications du séjour en réanimation qui ne feront pas réadmettre le patient à l'issue de sa sortie du service. »

« Plusieurs séjours en réa en peu de temps sans retour à un état satisfaisant entre eux peuvent être un critère spécifique à la non réadmission, les autres étant les mêmes. »

« Les critères de non-réadmission comportent les critères de non-admission+ des critères éventuellement apparus pendant le séjour en réa : dg d'une pathologie avec pronostic engagé à très court terme, séjour très prolongé avec séquelles fonctionnelles importantes, AEG sévère... »

« Le passage en réanimation et l'état général en post-réanimation entre dans la discussion qui n'est pas formalisée chez nous. »

« Expérience du séjour en réanimation entrant dans la réflexion Aggravation du patient avec le temps. »

« Les critères de non admission reposent surtout sur l'âge, le niveau de dépendance et les comorbidités. Ceux de non réadmission reposent surtout sur les conséquences d'une réanimation prolongée. »

« Fonction de la connaissance du contexte (biopsychosocial) acquis pendant le séjour en réanimation et des conséquences éventuellement du séjour en réanimation. »

« Il est très souvent très difficile voire impossible lors d'une admission en réanimation d'obtenir toutes les informations nécessaires pour ne pas admettre un patient surtout lorsque la demande émane d'un hôpital extérieur. Par contre lorsque le patient sort de la réanimation nous connaissons parfaitement son dossier, avons vu la Famille et personne de confiance nous concluons notre courrier sans fermer la porte de façon formelle mais qu'une nouvelle hospitalisation en réa devait être murement réfléchi à condition qu'une pathologie intercurrente à la maladie et traitable rapidement soit diagnostiquée. »

« Il y a d'une part les mêmes critères et d'autre part les conséquences ou complications du séjour en réanimation, ou la progression dans les diagnostics au cours du séjour. »

« Certains de nos patients sont admis en réanimation avec des critères péjoratifs mais à qui nous "donnons une chance" quand c'est une première décompensation. Par contre, nous notifions la non-réadmission en cas de pathologies chroniques évoluées à décompensation itératives de plus en plus rapprochées. »

« A la primo-admission d'un patient en réanimation, plusieurs éléments importants peuvent manquer : - Le degré d'évolution d'une pathologie chronique, le statut fonctionnel du patient, son degré d'adhésion aux soins, le projet thérapeutique en cours après discussion avec les médecins habituels du patient - Ses directives quant à une éventuelle non admission en réanimation - Ses réactions et sa participation à "l'épreuve de réanimation" - La découverte en réanimation d'une pathologie grave jusque-là inconnue - La conviction de l'équipe de réanimation après un séjour long et des complications multiples ou un mauvais statut fonctionnel en fin de séjour, qu'une nouvelle admission serait futile. »

« Le traitement « réanimation » n'a pas pu être testé dans le 2ème cas. »

« Ils tiennent compte d'une meilleure connaissance du patient, du dossier, et du recul sur la prise en charge obtenu à l'issue du séjour en réanimation. »

« Souhait du patient a posteriori de ne pas revenir en réanimation - Evolution et modification du projet de soins au décours du premier séjour en réanimation. »

« Vécu du patient durant le séjour, état plus fragile à la sortie de réanimation, vécu des proches, évaluation plus précise du patient, participation de spécialistes à la décision, participation de l'équipe para médicale. »

« Un séjour prolongé en réanimation influence la décision. »

« Non-réadmission pour essentiellement des patients cérébro-lésés sévères non évolutifs. Il s'agit de notre activité de neuro-réanimation (activité prédominante) Non-admission pour les patients vu au SAU ou dans les étages. Il s'agit de notre activité de réanimation polyvalente (activité annexe). »

« L'évolution et la réponse aux thérapeutiques d'un premier séjour en réanimation entre en compte+ une meilleure connaissance du patient, du terrain, comorbidités et de l'entourage. »

« Le caractère non réversible des lésions malgré la réanimation est important. »

« La décision de non réadmission dépend du séjour en réanimation ; des diagnostics trouvés, de l'évolution du patient, de la réponse aux traitements et des conséquences du séjour en réanimation. »

« La non réadmission fait toujours suite à un séjour en réa ou l'ensemble des soins ont déjà été établi. Si le patient "échappe " à la mise en œuvre de ses soins, il ne paraît pas licite de revenir en réa. »

« Les arguments liés au séjour en réanimation sont essentiels dans la décision de non réadmission (durée de séjour, dénutrition, séquelles...) Cela diffère de la décision de non admission ou il n'y aura de fait pas de séjour en réa. »

« La prise en charge en réa et les bilans peuvent changer la "donne". »

« Enrichis de l'expérience du premier séjour... »

« Nous avons un recul que nous n'avons pas à l'admission. »

« Il y a en plus des critères de non admissions, l'échec d'une période de réanimation... »

« Le contexte est différent entre une non admission et non réadmission. »

« Par exemple pour un BPCO, IOT discutée avec le patient, si Ok : admission en réa ; si sevrage très compliqué, souvent décision de non réadmission parfois = volonté du patient d'être admis mais pas d'être réadmis. »

« Prise en compte des événements survenus pendant le séjour en réanimation influant sur le bénéfice d'un nouveau séjour en réanimation Découverte d'une véritable perte d'autonomie et/ou de troubles cognitifs majeurs, non connus à l'admission Discussion avec le patient sur ses souhaits. »

« Critères parfois liés à l'hospitalisation en cours en réa amenant à la limitation ultérieure. »

« L'évolution du patient et son degré d'autonomie sont des éléments déterminants pour la non réadmission lorsqu'une admission limite a été décidée. »

En cas de procédure collégiale ayant conduit à la décision de non-réadmission en réanimation, avez-vous la possibilité de ne pas respecter ses préconisations ? Commentaires ?

« Possibilité d'éléments nouveaux. Événement intercurrent rapidement réversible. »

« Toute décision même collégiale peut être réévaluée si la situation aigue est différente de ce qui avait été prévu ou que l'évolution en service a été meilleure que prévue. »

« Chaque praticien de garde est libre de ses actes et décisions ! »

« Parce que les choses peuvent changer et on peut avoir l'impression de s'être trompé ou de n'avoir pas disposé de tous les éléments. On prédit mal l'avenir... »

« Décision non définitive qui peut être modulée en fonction de l'évolution du patient depuis la sortie de réanimation. En cas de franche amélioration globale de l'état du patient, il est important que celui-ci puisse bénéficier de soins de réanimation en cas de nécessité. »

« La mention de "non réadmission" est généralement modulée dans le CRH de sortie de réa, comme "en cas d'aggravation, une ré-admission en réanimation ne semblerait pas raisonnable", ceci laissant la possibilité pour le collègue de nous recontacter pour rediscuter de l'admission en cas de doute, notamment s'il s'agit d'une pathologie facilement et rapidement réversible (ex : pneumothorax sur pose de KT...). »

« Délai entre la prise de décision et nouvelle proposition en réa. »

« Toujours possible que le réanimateur de garde ne connaisse pas la décision, ou en cas de iatrogénie réversible tq surdosage ou pneumothorax. »

« Une décision de non réadmission en réanimation peut dans notre pratique être rediscutée à tout moment au cours du séjour hospitalier du patient ou lors d'une ré hospitalisation afin de prendre en compte les éléments d'évolution au cours du temps. D'ailleurs la formulation la plus souvent consacrée en fin de courrier est : ...après discussion collégiale en staff éthique du service il ne nous semblerait pas raisonnable une réadmission en réanimation de Mr/Mme pour les raisons suivantes Nous restons cependant disponibles pour toute nouvelle discussion. »

« Non car la décision est collégiale et doit donc être respectée. De plus les décisions de non-réadmission, outre les paramètres purement "médicaux", dépendent aussi de composantes évolutives du patient et ces composantes sont détaillées et clairement fixées au moment de la discussion collégiale. Tous les éléments sont donc réunis pour que cette décision soit respectée. »

« L'admission du patient est de la responsabilité du réanimateur de garde au moment de l'appel qui est libre de suivre ou non les décisions établies. »

« Parfois de fait quand un patient est intubé à domicile ou par choix si un élément nouveau remet en question la décision. »

« Même s'il y a décision collégiale un PH du service étant de garde peut avoir la possibilité de modifier la décision de non admission en réanimation, sur des éléments nouveaux de nature médicale. »

« Selon l'évolution ultérieure du ou de la patiente qui peut être "surprenant" dans le bon sens ! »

« Liberté de chaque médecin de juger en son âme et conscience. »

« En fonction de l'évolution secondaire du patient dans le service d'aval. »

« Face à un patient, le praticien est responsable de ses choix : il doit pouvoir les justifier par un élément intercurrent. »

« La consigne doit être assortie d'une clause de révision, au moins périodique, sinon conjoncturelle. »

« Prise en compte d'une éventuelle évolution inattendue des motifs de la décision de non réadmission. »

« Évènements nouveaux post réanimation (progression inattendue, etc...). »

« La décision d'admission reste bien sûr une décision médicale prise "en situation" i.e. en fonction d'éléments (évolutifs p.ex.) qui n'étaient pas disponibles quand la décision de non réadmission avait été prise. »

« Patient intubé par smur »

« Nous ne formalisons que très peu de décision de non réadmission. Nous discutons plutôt de la réadmission quand celle-ci se présente, en fonction des médecins présents (jour ou garde). Nous avons constaté à plusieurs reprises que la décision de non réadmission en réanimation formalisée par écrit ou même oralement entraîne l'abandon du patient et son placement en soins palliatifs d'emblée. Je suis contre l'évocation de cette notion de non réadmission, dans notre établissement car elle gêne la prise en charge ultérieure du patient. »

« Ce qui explique que nous ne faisons presque plus, ce d'autant que l'évolution des patients nous est mal connue après la réanimation. Il est souvent légitime de revoir les indications de non-réadmission après qq semaines ou mois d'évolution. »

« Le praticien responsable de l'entrée peut estimer que la situation a changé et donc décider d'admettre le patient. »

« Chaque médecin reste le seul décideur en cas de changement de statut d'un patient, l'admission peut redevenir possible. »

« A mon sens, la décision d'admission en réanimation d'un patient pour lequel une décision préalable de non-réadmission reste à l'appréciation du médecin en charge du patient lorsque se pose la question d'une nouvelle admission en réanimation. Les critères qui ont conduit à une décision de non-réadmission peuvent évoluer (dans le bon sens) et ainsi modifier la décision de non-réadmission. »

« Si le motif de réadmission est un épisode aigu ne portant pas sur la pathologie de fond ayant motivé la procédure de non réadmission. »

« L'évolution du statut du patient peut entraîner une révision de notre jugement initial. Dans le courrier de sortie, la porte n'est jamais fermée pour une réadmission. »

« La décision du médecin en charge (notamment quand il est seul et la nuit) prime en toute circonstance, avec une décision en âme et conscience. Il est recommandé néanmoins de se conformer aux décisions collégiales de non-réadmission si clairement marquée dans le dossier. Mais si une décision inverse devait être prise, alors la possibilité existe et une discussion collégiale peut avoir lieu à nouveau en fonction de l'évolution initiale. »

« Le médecin en charge du service juge en fonction des éléments dont il dispose au moment de la demande de réadmission. »

« Amélioration nette de l'état clinique du patient après la sortie de réanimation. »

« Le médecin prenant en charge le patient reste le principal décideur de la suite à donner aux soins. »

« La décision de non-réadmission en réanimation reste une recommandation. On a le droit de ne pas le suivre si on n'est pas convaincu. Pareil pour les médecins des services ou on transfère. »

« Cela dépend bien entendu du contexte. La réflexion peut évoluer dans le temps, être variable. Rien n'est acquis définitivement. »

« La décision de non-réadmission n'est pas immuable et peut être revue notamment à distance de la prise de décision lors d'une hospitalisation ultérieure en cas d'amélioration de l'état du patient. »

« Les décisions restent de la responsabilité du médecin confronté à la situation. Le médecin peut en tenir compte mais cela ne s'impose pas à lui. »

« Une amélioration significative du statut fonctionnel près réhabilitation, la réponse à un nouveau traitement ou un changement dans les souhaits du patient peuvent remettre en cause une décision de non réadmission. »

« En cas d'évolution de la pathologie de fond, et/ou la proposition de nouvelles thérapeutiques, et/ou une amélioration significative de l'état général avec performance status en amélioration. »

« Toute situation peut évoluer dans le temps. »

« Les choses peuvent évoluer et les décisions modifiées. »

« On a toujours la possibilité de ne pas respecter ses préconisations. C'est toujours plus difficile la nuit et en garde de ne pas prendre des malades en détresse s'il existe une pression quelconque (infirmière, médecin de garde, famille...). Cependant, on essaie de se tenir à cette décision, d'autant que généralement tout est expliqué dans le compte rendu. »

« En cas de conflit familial important, un retour en réa sans soins de réa peut être décider pour apaiser un conflit potentiel. »

« Épiphénomène non pris en compte lors de la discussion collégiale. »

« Toute décision, aussi forte soit-elle, doit pouvoir être reconsidérée à l'aune d'éléments d'évolution qui n'auraient pas été prévus au moment de la sortie et de la décision de non réadmission. Cette décision est une recommandation forte, elle doit être respectée aussi souvent que possible, mais doit aussi pouvoir être modifiée. »

« Discussion avec le service d'aval qui n'est pas d'accord, il arrive qu'on réadmette le patient. »

« En cas d'élément nouveau non connu lors de la discussion collégiale. »

« Libre arbitre du médecin en garde... »

« Rediscussion possible si évolution du patient différente de celle attendue. »

« Parfois la situation clinique du patient change. »

« Possibilité de réadmission si motif d'hospitalisation aigu sans rapport avec la pathologie de fond avec une certitude de réponse au traitement instauré dans des délais quasi instantanés par rapport à la mise en route du traitement et donc séjour très court avec récupération rapide. Souvent une réadmission est acceptée chez les patients qui présente une nette amélioration de l'évolution par rapport à leur sortie de réanimation. »

« 1- ces mesures ne sont pas contraignantes et cela dépendant de la cause (BPCO pas de réadmission mais si opéré d'un hématome de paroi sous AVK nous le prendrions en post op ...) 2- dans le contexte d'urgence nous n'avons parfois pas les infos (pb transmissions de l'info de non réadmission au personnel infirmier) et donc intubons le patient alors qu'il n'aurait pas fallu. »

« C'est une décision qui se prend à l'unanimité, donc elle est suivie. Si un membre de l'équipe de réanimation veut le ré-hospitaliser en réanimation, la non-réadmission n'est pas validée. »

Faites-vous une distinction entre une demande de réadmission pour un épisode aigu intercurrent et une demande de réadmission pour une aggravation de la pathologie de fond ? Commentaires ?

« Le niveau d'engagement thérapeutique sera sans doute modifié. »

« Il peut s'agir d'un épisode aigu, différent d'un événement associé à la maladie de fond, ex. un syndrome hémorragique, pour lequel il existe une ou des possibilités de traitements curatifs. »

« Un événement bien caractérisé et rapidement réversible par des moyens simples peut faire l'objet d'une réadmission. C'est la raison pour laquelle dans la majorité des situations la formulation en fin de courrier laisse une part de réinterprétation par le service d'aval avec la possibilité de nous recontacter s'il le jugeait utile. »

« Comme précisé ci-dessus, l'évolution du patient en post réanimation, le délai entre la sortie et l'éventuelle demande de réadmission, la cause de la demande de réadmission, tous ces éléments sont précisés au moment de la décision. Ils permettent donc de "cadre" précisément le demande de réadmission pour répondre de manière adaptée à chaque situation. »

« La frontière entre un épisode intercurrent non liée au terrain et l'aggravation de la maladie de fond est quasi impossible à définir. »

« La décision de non-réadmission doit inclure cette discussion. »

« A condition que l'évolution prévisible de l'épisode aigu à terme n'aggrave pas la pathologie de fond ou que la durée de résolution de cet épisode ne soit pas trop longue par là même aggravant la pathologie de fond. »

« Selon l'épisode aigu et sa réversibilité... »

« Cela aura également été discuté pendant le processus collégial. »

« En cas de dégradation et en l'absence de perspective thérapeutique, la réadmission en réanimation est futile alors que certains épisodes intercurrents peuvent être (facilement) résolutif sans compromettre l'évolution de la pathologie de fond. »

« Le cas typique est le choc septique sur aplasie fébrile. On traite la complication de la chimio antimitotique, pas le cancer. »

« Oui mais cette distinction influence peu (ou pas) la décision, considérant qu'un nouvel épisode aigu est souvent un élément d'aggravation de plus d'une pathologie de fond. »

« Au cas par cas. »

« La décision peut être "proportionnée" la formulation de la question peut d'ailleurs être d'une formulation "type" de non réadmission pour un patient de réanimation ou on peut dire Ok pour réadmission en USC et pas en réa ou dire Ok pour réadmission en réa mais pas d'intubation etc. »

« Une réadmission en réanimation peut se faire en mettant d'emblée des limites d'engagement thérapeutique. »

« Cela peut éventuellement se poser. Notamment, une réadmission en réanimation peut alors être limitée avec décision de non-réalisation de tel ou tel acte invasif. »

« Souvent dans le cadre d'insuffisance de prise en charge en unité standard ou de complications iatrogènes non attendues. »

« Un épisode intercurrent rapidement réversible peut être pris en réanimation. »

« Ceci repose sur le fait, qu'une unité de réanimation peut être amenée à assurer des soins palliatifs qui peuvent être particuliers à sa compétence et qui ne peuvent être réalisés ailleurs, rien que pour assurer le confort du patient (quelquefois de sa famille). Ce qui n'a rien à voir avec des soins terminaux. »

« L'esprit est de donner sa chance au patient. Un épisode aigu traitable peut justifier une réadmission alors qu'une dégradation d'un état chronique ne laisse peu de place à une thérapeutique efficace. »

« Un évènement aigu peut par définition faire espérer un retour à l'état antérieur. Dans ce cas un "contrat de soins" peut être défini au départ et expliqué aux proches avec limitation thérapeutique par anticipation si non réponse au traitement. Une évolution naturelle de la pathologie de fond laisse présager de nouvelles dépendances et une dégradation fonctionnelle supplémentaire. »

« Typiquement un œdème aigu du poumon. »

« Si une cause facilement réversible est identifiée, la décision de non réadmission peut être tempérée. »

« Cette distinction est le plus souvent spécifiée dans le compte rendu de sortie. »

« Oui. Une non-réadmission en cas de détresse aiguë survenant en sortie immédiate du service peut être considérée comme le témoin d'une sortie trop précoce du service. »

« En cas d'épisode aigu facilement réversible, on peut effectivement rediscuter de la réadmission. »

« Parfois, en fonction des motifs et d'autant plus si c'est iatrogène... »

« Souvent pas de réadmission en réanimation si aggravation de la pathologie de fond, en revanche si la demande de réadmission est pour un épisode aigu alors une discussion a lieu avec les intervenants dans la prise en charge au cours de cet épisode avec mise au point du projet thérapeutique. Dans quelques cas ceci est clairement mentionné dans le courrier de sortie de réanimation. »

« Exemple : OAP, pathologie facilement réversible. »

A votre avis, la non-réadmission en réanimation entre-t-elle dans le champ de la loi Leonetti de 2005 ?

« Pas mentionnée au sens strict du terme. Mais conceptuellement, la non réadmission devrait être considéré dans le cadre d'une procédure de limitation collégiale. »

« Ne sais pas. »

« L'absence d'escalade thérapeutique ne rentre pas dans la loi Leonetti sinon, à chaque consultation d'anesthésie ou de chirurgie concluant au caractère inopérable du patient, il faudrait appliquer la loi Leonetti. »

« Et non, mettre en route une chimiothérapie "légère" plutôt que "très agressive" sur un terrain "fragile" entre elle aussi dans le champ de la loi Leonetti ? »

« La réanimation peut être assimilée à une "thérapeutique" et donc être déraisonnable. »

« A mon sens, il n'est pas fait mention dans la loi Leonetti de décision de non-réadmission. Pourtant, dans le cadre éthique de cette loi, les décisions de non-réadmission devraient en faire partie. »

« La non réadmission me semble concerner une nouvelle décompensation d'une pathologie chronique, mais ne classe pas systématiquement le patient comme une fin de vie. »

« La loi Leonetti n'aborde ni l'admission ni la réadmission en réanimation. On pourrait y rapprocher la notion d'obstination déraisonnable si les médecins, les patients et/ou les proches étaient en désaccord avec la réadmission d'un patient. Par contre, la collégialité est essentielle. »

« Elle n'est malheureusement pas bien formalisée chez nous. Merci pour cette étude qui va nous faire réfléchir. »

« Et pas seulement. La prise en charge du patient de réanimation ne s'arrête pas aux portes de celle-ci. »

« La loi Leonetti 2005 doit être encore améliorée. »

« En tous cas pas exactement. Le conseil de l'ordre nous a éclairés au travers de l'article R.4127 37 relatif aux soins déraisonnables. »

« Le patient ou à défaut la personne de confiance peut avoir un avis décisif dans la décision de non réadmission. Le choix de non réadmission est en soi une limitation thérapeutique et obéit aux mêmes règles décisionnelles. »

« Cette loi a l'avantage et l'inconvénient de faire appel à l'intelligence.... Et au libre arbitre médical. Toute l'hypocrisie qui réside dans certaines de ses phrases permet de penser que la non réanimation s'intègre dans un refus d'acharnement et cela peut être argumenté. »

Annexe 5

Analyses en sous-groupes : résultats complets

Age (nombre (%))

	<35 ans (n=32)	35-50 ans (n=75)	>50 ans (n=58)	p
La décision de non-réadmission est-elle prise à la fin de la prise en charge en réanimation (ou en post-réanimation) ?				0,59
Oui, systématiquement	0 (0)	9 (12)	13 (22)	
Oui, dans la plupart des cas	30 (94)	57 (76)	35 (60)	
Dans quelques cas	2 (6)	7 (9)	9 (16)	
Exceptionnellement	0 (0)	2 (3)	1 (2)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Les décisions de non-réadmission font-elles l'objet d'une procédure collégiale au sein de votre service ?				0,90
Oui, systématiquement	13 (41)	33 (44)	29 (50)	
Oui, dans la plupart des cas	16 (50)	37 (49)	20 (34)	
Dans quelques cas	1 (3)	1 (1)	4 (7)	
Exceptionnellement	1 (3)	2 (3)	2 (3)	
Jamais	1 (3)	2 (3)	3 (5)	
Les décisions de non-réadmission sont-elles mentionnées dans le courrier de sortie ?				0,01
Oui, systématiquement	24 (75)	36 (48)	27 (47)	
Oui, dans la plupart des cas	8 (25)	30 (40)	28 (48)	
Dans quelques cas	0 (0)	4 (5)	2 (3)	
Exceptionnellement	0 (0)	5 (7)	1 (2)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Les décisions de non-réadmission sont-elles consignées dans un registre dans votre service ?				0,46
Oui	1 (3)	2 (3)	4 (7)	
Non	31 (97)	73 (97)	54 (93)	
Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il simplement informé (sans y participer) de la décision de non-réadmission ?				0,65
Oui, systématiquement	10 (31)	23 (31)	22 (38)	
Oui, dans la plupart des cas	16 (50)	39 (52)	27 (47)	
Dans quelques cas	4 (13)	7 (9)	7 (12)	
Exceptionnellement	1 (3)	6 (8)	2 (3)	
Jamais	1 (3)	0 (0)	0 (0)	
Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il impliqué dans la décision de non-réadmission ?				0,79
Oui, systématiquement	1 (3)	3 (4)	1 (2)	
Oui, dans la plupart des cas	5 (16)	20 (27)	20 (34)	
Dans quelques cas	20 (63)	36 (48)	22 (38)	

Exceptionnellement	5 (16)	14 (19)	11 (19)	
Jamais	1 (3)	2 (3)	4 (7)	
Un consultant extérieur indépendant participe-t-il à la décision de non-réadmission, le cas échéant ?				0,41
Oui, systématiquement	0 (0)	2 (3)	1 (2)	
Oui, dans la plupart des cas	2 (6)	12 (16)	5 (9)	
Dans quelques cas	13 (41)	27 (36)	20 (34)	
Exceptionnellement	13 (41)	19 (25)	18 (31)	
Jamais	4 (13)	15 (20)	14 (24)	
Les patients participent-ils à la discussion amenant à la prise de décision de non-réadmission en réanimation ?				0,25
Oui, systématiquement	2 (6)	2 (3)	1 (2)	
Oui, dans la plupart des cas	5 (16)	2 (3)	4 (7)	
Dans quelques cas	13 (41)	34 (45)	20 (34)	
Exceptionnellement	7 (22)	24 (32)	29 (50)	
Jamais	5 (16)	13 (17)	4 (7)	
Les proches et/ou la personne de confiance participent-ils à la discussion amenant à une décision de non-réadmission ?				0,35
Oui, systématiquement	0 (0)	5 (7)	4 (7)	
Oui, dans la plupart des cas	11 (34)	23 (31)	14 (24)	
Dans quelques cas	12 (38)	36 (48)	26 (45)	
Exceptionnellement	5 (16)	9 (12)	12 (21)	
Jamais	4 (13)	2 (3)	2 (3)	
Les patients sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?				0,11
Oui, systématiquement	4 (13)	2 (3)	2 (3)	
Oui, dans la plupart des cas	10 (31)	16 (21)	13 (22)	
Dans quelques cas	11 (34)	31 (41)	24 (41)	
Exceptionnellement	4 (13)	17 (23)	12 (21)	
Jamais	3 (9)	9 (12)	7 (12)	
Les proches et/ou la personne de confiance sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?				0,24
Oui, systématiquement	9 (28)	19 (25)	7 (12)	
Oui, dans la plupart des cas	12 (38)	39 (52)	34 (59)	
Dans quelques cas	7 (22)	13 (17)	11 (19)	
Exceptionnellement	2 (6)	4 (5)	5 (9)	
Jamais	2 (6)	0 (0)	1 (2)	
Le généraliste ou le spécialiste traitant est-il/sont-ils associé(s) à la procédure de réflexion collégiale ?				0,46
Oui, systématiquement	1 (3)	4 (5)	3 (5)	
Oui, dans la plupart des cas	9 (28)	22 (29)	9 (16)	
Dans quelques cas	13 (41)	24 (32)	25 (43)	
Exceptionnellement	6 (19)	16 (21)	13 (22)	
Jamais	3 (9)	9 (12)	8 (14)	
Est-il (sont-ils) informé(s) de la décision de non-réadmission ?				0,45
Oui, systématiquement	7 (22)	19 (25)	17 (29)	
Oui, dans la plupart des cas	15 (47)	26 (35)	24 (41)	

Dans quelques cas	6 (19)	16 (21)	12 (21)	
Exceptionnellement	4 (13)	12 (16)	3 (5)	
Jamais	0 (0)	2 (3)	2 (3)	
Les critères amenant à une décision de non-réadmission sont-ils mentionnés dans le dossier du patient ?				0,09
Oui, systématiquement	22 (69)	37 (49)	27 (47)	
Oui, dans la plupart des cas	9 (28)	30 (40)	25 (43)	
Dans quelques cas	1 (3)	5 (7)	5 (9)	
Exceptionnellement	0 (0)	3 (4)	1 (2)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Les critères retenus pour une décision de non-réadmission en réanimation sont-ils les mêmes que ceux retenus pour une non-admission en réanimation ?				0,52
Oui	20 (63)	42 (56)	38 (66)	
Non	12 (38)	33 (44)	20 (34)	
En cas de procédure collégiale ayant conduit à la décision de non-réadmission en réanimation, avez-vous la possibilité de ne pas respecter ses préconisations ?				0,28
Oui	32 (100)	70 (93)	56 (97)	
Non	0 (0)	5 (7)	2 (3)	
Faites-vous une distinction entre une demande de réadmission pour un épisode aigu intercurrent et une demande de réadmission pour une aggravation de la pathologie de fond ?				0,87
Oui	30 (94)	68 (91)	53 (91)	
Non	2 (6)	7 (9)	5 (9)	
En cas de décision de non-réadmission, prévoyez-vous une prise en charge palliative ?				0,30
Oui, systématiquement	7 (22)	3 (4)	4 (7)	
Oui, dans la plupart des cas	9 (28)	24 (32)	21 (36)	
Dans quelques cas	12 (38)	39 (52)	23 (40)	
Exceptionnellement	2 (6)	6 (8)	7 (12)	
Jamais	2 (6)	3 (4)	3 (5)	
A votre avis, la non-réadmission en réanimation entre-t-elle dans le champ de la loi Leonetti de 2005 ?				0,58
Oui	28 (88)	70 (93)	52 (90)	
Non	4 (13)	5 (7)	6 (10)	

Ancienneté (nombre (%))

	< 5 ans (n=28)	5-20 ans (n=79)	>20 ans (n=58)	p
La décision de non-réadmission est-elle prise à la fin de la prise en charge en réanimation (ou en post-réanimation) ?				0,43
Oui, systématiquement	0 (0)	8 (10)	14 (24)	
Oui, dans la plupart des cas	26 (93)	62 (78)	34 (59)	
Dans quelques cas	2 (7)	7 (9)	9 (16)	
Exceptionnellement	0 (0)	2 (3)	1 (2)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Les décisions de non-réadmission font-elles l'objet d'une procédure collégiale au sein de votre service ?				0,75
Oui, systématiquement	14 (50)	33 (42)	28 (48)	
Oui, dans la plupart des cas	12 (43)	39 (49)	22 (38)	
Dans quelques cas	1 (4)	2 (3)	3 (5)	
Exceptionnellement	1 (4)	2 (3)	2 (3)	
Jamais	0 (0)	3 (4)	3 (5)	
Les décisions de non-réadmission sont-elles mentionnées dans le courrier de sortie ?				0,03
Oui, systématiquement	21 (75)	39 (49)	27 (47)	
Oui, dans la plupart des cas	7 (25)	31 (39)	28 (48)	
Dans quelques cas	0 (0)	4 (5)	2 (3)	
Exceptionnellement	0 (0)	5 (6)	1 (2)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Les décisions de non-réadmission sont-elles consignées dans un registre dans votre service ?				0,11
Oui	1 (4)	1 (1)	5 (9)	
Non	27 (96)	78 (99)	53 (91)	
Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il simplement informé (sans y participer) de la décision de non-réadmission ?				0,41
Oui, systématiquement	10 (36)	22 (28)	23 (40)	
Oui, dans la plupart des cas	14 (50)	43 (54)	25 (43)	
Dans quelques cas	4 (14)	6 (8)	8 (14)	
Exceptionnellement	0 (0)	7 (9)	2 (3)	
Jamais	0 (0)	1 (1)	0 (0)	
Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il impliqué dans la décision de non-réadmission ?				0,42
Oui, systématiquement	0 (0)	4 (5)	1 (2)	
Oui, dans la plupart des cas	4 (14)	21 (27)	20 (34)	
Dans quelques cas	18 (64)	38 (48)	22 (38)	
Exceptionnellement	5 (18)	13 (16)	12 (21)	
Jamais	1 (4)	3 (4)	3 (5)	

Un consultant extérieur indépendant participe-t-il à la décision de non-réadmission, le cas échéant ?				0,33
Oui, systématiquement	0 (0)	2 (3)	1 (2)	
Oui, dans la plupart des cas	2 (7)	11 (14)	6 (10)	
Dans quelques cas	10 (36)	30 (38)	20 (34)	
Exceptionnellement	10 (36)	23 (29)	17 (29)	
Jamais	6 (21)	13 (16)	14 (24)	
Les patients participent-ils à la discussion amenant à la prise de décision de non-réadmission en réanimation ?				0,12
Oui, systématiquement	2 (7)	2 (3)	1 (2)	
Oui, dans la plupart des cas	4 (1)	3 (4)	4 (7)	
Dans quelques cas	13 (46)	33 (42)	21 (36)	
Exceptionnellement	5 (18)	28 (35)	27 (47)	
Jamais	4 (14)	13 (16)	5 (9)	
Les proches et/ou la personne de confiance participent-ils à la discussion amenant à une décision de non-réadmission ?				0,41
Oui, systématiquement	1 (4)	4 (5)	4 (7)	
Oui, dans la plupart des cas	8 (29)	25 (32)	15 (26)	
Dans quelques cas	11 (39)	38 (48)	25 (43)	
Exceptionnellement	4 (14)	11 (14)	11 (19)	
Jamais	4 (14)	1 (1)	3 (5)	
Les patients sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?				0,04
Oui, systématiquement	5 (18)	1 (1)	2 (3)	
Oui, dans la plupart des cas	8 (29)	19 (24)	12 (21)	
Dans quelques cas	10 (36)	32 (41)	24 (41)	
Exceptionnellement	2 (7)	19 (24)	12 (21)	
Jamais	3 (11)	8 (10)	8 (14)	
Les proches et/ou la personne de confiance sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?				0,35
Oui, systématiquement	9 (32)	18 (23)	8 (14)	
Oui, dans la plupart des cas	10 (36)	43 (54)	32 (55)	
Dans quelques cas	5 (18)	13 (16)	13 (22)	
Exceptionnellement	2 (7)	5 (6)	4 (7)	
Jamais	2 (7)	0 (0)	1 (2)	
Le généraliste ou le spécialiste traitant est-il/sont-ils associé(s) à la procédure de réflexion collégiale ?				0,49
Oui, systématiquement	1 (4)	4 (5)	3 (5)	
Oui, dans la plupart des cas	10 (36)	19 (24)	11 (19)	
Dans quelques cas	9 (32)	30 (38)	23 (40)	
Exceptionnellement	5 (18)	18 (23)	12 (21)	
Jamais	3 (11)	8 (10)	9 (16)	
Est-il (sont-ils) informé(s) de la décision de non-réadmission ?				0,05
Oui, systématiquement	8 (29)	16 (20)	19 (33)	
Oui, dans la plupart des cas	12 (43)	28 (35)	25 (43)	
Dans quelques cas	5 (18)	21 (27)	8 (14)	

Exceptionnellement	3 (11)	12 (15)	4 (7)	
Jamais	0 (0)	2 (3)	2 (3)	
Les critères amenant à une décision de non-réadmission sont-ils mentionnés dans le dossier du patient ?				0,07
Oui, systématiquement	20 (71)	37 (47)	29 (50)	
Oui, dans la plupart des cas	7 (25)	34 (43)	23 (40)	
Dans quelques cas	1 (4)	5 (6)	5 (9)	
Exceptionnellement	0 (0)	3 (4)	1 (2)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Les critères retenus pour une décision de non-réadmission en réanimation sont-ils les mêmes que ceux retenus pour une non-admission en réanimation ?				0,81
Oui	17 (61)	46 (58)	37 (64)	
Non	11 (39)	33 (42)	21 (36)	
En cas de procédure collégiale ayant conduit à la décision de non-réadmission en réanimation, avez-vous la possibilité de ne pas respecter ses préconisations ?				0,34
Oui	28 (100)	74 (94)	56 (97)	
Non	0 (0)	5 (6)	2 (3)	
Faites-vous une distinction entre une demande de réadmission pour un épisode aigu intercurrent et une demande de réadmission pour une aggravation de la pathologie de fond ?				0,82
Oui	26 (93)	73 (92)	52 (90)	
Non	2 (7)	6 (8)	6 (10)	
En cas de décision de non-réadmission, prévoyez-vous une prise en charge palliative ?				0,37
Oui, systématiquement	6 (21)	3 (4)	5 (9)	
Oui, dans la plupart des cas	8 (29)	25 (32)	21 (36)	
Dans quelques cas	10 (36)	42 (53)	22 (38)	
Exceptionnellement	2 (7)	6 (8)	7 (12)	
Jamais	2 (7)	3 (4)	3 (5)	
A votre avis, la non-réadmission en réanimation entre-t-elle dans le champ de la loi Leonetti de 2005 ?				0,25
Oui	27 (96)	73 (92)	50 (86)	
Non	1 (4)	6 (8)	8 (14)	

Sexe (nombre (%))

	Homme (n=126)	Femme (n=39)	<i>p</i>
La décision de non-réadmission est-elle prise à la fin de la prise en charge en réanimation (ou en post-réanimation) ?			0,69
Oui, systématiquement	17 (13)	5 (13)	
Oui, dans la plupart des cas	94 (75)	28 (72)	
Dans quelques cas	12 (10)	6 (15)	
Exceptionnellement	3 (2)	0 (0)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	
Les décisions de non-réadmission font-elles l'objet d'une procédure collégiale au sein de votre service ?			0,78
Oui, systématiquement	57 (45)	18 (46)	
Oui, dans la plupart des cas	55 (44)	18 (46)	
Dans quelques cas	5 (4)	1 (3)	
Exceptionnellement	4 (3)	1 (3)	
Jamais	5 (4)	1 (3)	
Les décisions de non-réadmission sont-elles mentionnées dans le courrier de sortie ?			0,08
Oui, systématiquement	62 (49)	25 (64)	
Oui, dans la plupart des cas	53 (42)	13 (33)	
Dans quelques cas	6 (5)	0 (0)	
Exceptionnellement	5 (4)	1 (3)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	
Les décisions de non-réadmission sont-elles consignées dans un registre dans votre service ?			0,22
Oui	4 (3)	3 (8)	
Non	122 (97)	36 (92)	
Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il simplement informé (sans y participer) de la décision de non-réadmission ?			0,79
Oui, systématiquement	42 (33)	13 (33)	
Oui, dans la plupart des cas	64 (51)	18 (46)	
Dans quelques cas	12 (10)	6 (15)	
Exceptionnellement	7 (6)	2 (5)	
Jamais	1 (1)	0 (0)	
Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il impliqué dans la décision de non-réadmission ?			0,88
Oui, systématiquement	3 (2)	2 (5)	
Oui, dans la plupart des cas	34 (27)	11 (28)	
Dans quelques cas	62 (49)	16 (41)	
Exceptionnellement	21 (17)	9 (23)	
Jamais	6 (5)	1 (3)	

Un consultant extérieur indépendant participe-t-il à la décision de non-réadmission, le cas échéant ?			0,06
Oui, systématiquement	3 (2)	0 (0)	
Oui, dans la plupart des cas	10 (8)	9 (23)	
Dans quelques cas	45 (36)	15 (38)	
Exceptionnellement	41 (33)	9 (23)	
Jamais	27 (21)	6 (15)	
Les patients participent-ils à la discussion amenant à la prise de décision de non-réadmission en réanimation ?			0,62
Oui, systématiquement	3 (2)	2 (5)	
Oui, dans la plupart des cas	8 (6)	3 (8)	
Dans quelques cas	54 (43)	13 (33)	
Exceptionnellement	46 (37)	14 (36)	
Jamais	15 (12)	7 (18)	
Les proches et/ou la personne de confiance participent-ils à la discussion amenant à une décision de non-réadmission ?			0,93
Oui, systématiquement	6 (5)	3 (8)	
Oui, dans la plupart des cas	37 (29)	11 (28)	
Dans quelques cas	57 (45)	17 (44)	
Exceptionnellement	22 (17)	4 (10)	
Jamais	4 (3)	4 (10)	
Les patients sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?			0,93
Oui, systématiquement	5 (4)	3 (8)	
Oui, dans la plupart des cas	28 (22)	11 (28)	
Dans quelques cas	56 (44)	10 (26)	
Exceptionnellement	25 (20)	8 (21)	
Jamais	12 (10)	7 (18)	
Les proches et/ou la personne de confiance sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?			0,32
Oui, systématiquement	22 (17)	13 (33)	
Oui, dans la plupart des cas	70 (56)	15 (38)	
Dans quelques cas	24 (19)	7 (18)	
Exceptionnellement	9 (7)	2 (5)	
Jamais	1 (1)	2 (5)	
Le généraliste ou le spécialiste traitant est-il/sont-ils associé(s) à la procédure de réflexion collégiale ?			0,61
Oui, systématiquement	5 (4)	3 (8)	
Oui, dans la plupart des cas	31 (25)	9 (23)	
Dans quelques cas	47 (37)	15 (38)	
Exceptionnellement	27 (21)	8 (21)	
Jamais	16 (13)	4 (10)	
Est-il (sont-ils) informé(s) de la décision de non-réadmission ?			0,83
Oui, systématiquement	30 (24)	13 (33)	
Oui, dans la plupart des cas	56 (44)	9 (23)	
Dans quelques cas	24 (19)	10 (26)	

Exceptionnellement	12 (10)	7 (18)	
Jamais	4 (3)	0 (0)	
Les critères amenant à une décision de non-réadmission sont-ils mentionnés dans le dossier du patient ?			0,27
Oui, systématiquement	63 (50)	23 (59)	
Oui, dans la plupart des cas	50 (40)	14 (36)	
Dans quelques cas	10 (8)	1 (3)	
Exceptionnellement	3 (2)	1 (3)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	
Les critères retenus pour une décision de non-réadmission en réanimation sont-ils les mêmes que ceux retenus pour une non-admission en réanimation ?			0,54
Oui	78 (62)	22 (56)	
Non	48 (38)	17 (44)	
En cas de procédure collégiale ayant conduit à la décision de non-réadmission en réanimation, avez-vous la possibilité de ne pas respecter ses préconisations ?			0,55
Oui	120 (95)	38 (97)	
Non	6 (5)	1 (3)	
Faites-vous une distinction entre une demande de réadmission pour un épisode aigu intercurrent et une demande de réadmission pour une aggravation de la pathologie de fond ?			0,84
Oui	115 (91)	36 (92)	
Non	11 (9)	3 (8)	
En cas de décision de non-réadmission, prévoyez-vous une prise en charge palliative ?			0,36
Oui, systématiquement	9 (7)	5 (13)	
Oui, dans la plupart des cas	42 (33)	12 (31)	
Dans quelques cas	55 (44)	19 (49)	
Exceptionnellement	14 (11)	1 (3)	
Jamais	6 (5)	2 (5)	
A votre avis, la non-réadmission en réanimation entre-t-elle dans le champ de la loi Leonetti de 2005 ?			0,36
Oui	116 (92)	34 (87)	
Non	10 (8)	5 (13)	

Lieu d'exercice (nombre (%))

	CHU (n=92)	Autre (n=73)	<i>p</i>
La décision de non-réadmission est-elle prise à la fin de la prise en charge en réanimation (ou en post-réanimation) ?			0.25
Oui, systématiquement	10 (11)	12 (16)	
Oui, dans la plupart des cas	69 (75)	53 (73)	
Dans quelques cas	10 (11)	8 (11)	
Exceptionnellement	3 (3)	0 (0)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	
Les décisions de non-réadmission font-elles l'objet d'une procédure collégiale au sein de votre service ?			0.87
Oui, systématiquement	42 (46)	33 (45)	
Oui, dans la plupart des cas	41 (45)	32 (44)	
Dans quelques cas	4 (4)	2 (3)	
Exceptionnellement	3 (3)	2 (3)	
Jamais	2 (2)	4 (5)	
Les décisions de non-réadmission sont-elles mentionnées dans le courrier de sortie ?			0.18
Oui, systématiquement	46 (50)	41 (56)	
Oui, dans la plupart des cas	35 (38)	31 (42)	
Dans quelques cas	5 (5)	1 (1)	
Exceptionnellement	6 (7)	0 (0)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	
Les décisions de non-réadmission sont-elles consignées dans un registre dans votre service ?			0.48
Oui	3 (3)	4 (5)	
Non	89 (97)	69 (95)	
Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il simplement informé (sans y participer) de la décision de non-réadmission ?			0.19
Oui, systématiquement	25 (27)	30 (41)	
Oui, dans la plupart des cas	51 (55)	31 (42)	
Dans quelques cas	13 (14)	5 (7)	
Exceptionnellement	3 (3)	6 (8)	
Jamais	0 (0)	1 (1)	
Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il impliqué dans la décision de non-réadmission ?			0.91
Oui, systématiquement	2 (2)	3 (4)	
Oui, dans la plupart des cas	25 (27)	20 (27)	
Dans quelques cas	46 (50)	32 (44)	
Exceptionnellement	16 (17)	14 (19)	
Jamais	3 (3)	4 (5)	

Un consultant extérieur indépendant participe-t-il à la décision de non-réadmission, le cas échéant ?			0.77
Oui, systématiquement	2 (2)	1 (1)	
Oui, dans la plupart des cas	10 (11)	9 (12)	
Dans quelques cas	35 (38)	25 (34)	
Exceptionnellement	23 (25)	27 (37)	
Jamais	22 (24)	11 (15)	
Les patients participent-ils à la discussion amenant à la prise de décision de non-réadmission en réanimation ?			0.23
Oui, systématiquement	2 (2)	3 (4)	
Oui, dans la plupart des cas	5 (5)	6 (8)	
Dans quelques cas	35 (38)	32 (44)	
Exceptionnellement	38 (41)	22 (30)	
Jamais	12 (13)	10 (14)	
Les proches et/ou la personne de confiance participent-ils à la discussion amenant à une décision de non-réadmission ?			0.49
Oui, systématiquement	5 (5)	4 (5)	
Oui, dans la plupart des cas	31 (34)	17 (23)	
Dans quelques cas	36 (39)	38 (52)	
Exceptionnellement	15 (16)	11 (15)	
Jamais	5 (5)	3 (4)	
Les patients sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?			0.85
Oui, systématiquement	5 (5)	3 (4)	
Oui, dans la plupart des cas	21 (23)	18 (25)	
Dans quelques cas	35 (38)	31 (42)	
Exceptionnellement	22 (24)	11 (15)	
Jamais	9 (10)	10 (14)	
Les proches et/ou la personne de confiance sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?			0.69
Oui, systématiquement	22 (24)	13 (18)	
Oui, dans la plupart des cas	45 (49)	40 (55)	
Dans quelques cas	15 (16)	16 (22)	
Exceptionnellement	9 (10)	2 (3)	
Jamais	1 (1)	2 (3)	
Le généraliste ou le spécialiste traitant est-il/sont-ils associé(s) à la procédure de réflexion collégiale ?			0.63
Oui, systématiquement	4 (4)	4 (5)	
Oui, dans la plupart des cas	25 (27)	15 (21)	
Dans quelques cas	33 (36)	29 (40)	
Exceptionnellement	19 (21)	16 (22)	
Jamais	11 (12)	9 (12)	
Est-il (sont-ils) informé(s) de la décision de non-réadmission ?			0.07
Oui, systématiquement	20 (22)	23 (32)	
Oui, dans la plupart des cas	37 (40)	28 (38)	
Dans quelques cas	17 (18)	17 (23)	

Exceptionnellement	14 (15)	5 (7)	
Jamais	4 (4)	0 (0)	
Les critères amenant à une décision de non-réadmission sont-ils mentionnés dans le dossier du patient ?			0.37
Oui, systématiquement	45 (49)	41 (56)	
Oui, dans la plupart des cas	38 (41)	26 (36)	
Dans quelques cas	7 (8)	4 (5)	
Exceptionnellement	2 (2)	2 (3)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	
Les critères retenus pour une décision de non-réadmission en réanimation sont-ils les mêmes que ceux retenus pour une non-admission en réanimation ?			0.03
Oui	49 (53)	51 (70)	
Non	43 (47)	22 (30)	
En cas de procédure collégiale ayant conduit à la décision de non-réadmission en réanimation, avez-vous la possibilité de ne pas respecter ses préconisations ?			0.94
Oui	88 (96)	70 (96)	
Non	4 (4)	3 (4)	
Faites-vous une distinction entre une demande de réadmission pour un épisode aigu intercurrent et une demande de réadmission pour une aggravation de la pathologie de fond ?			0.91
Oui	84 (91)	67 (92)	
Non	8 (9)	6 (8)	
En cas de décision de non-réadmission, prévoyez-vous une prise en charge palliative ?			0.20
Oui, systématiquement	10 (11)	4 (5)	
Oui, dans la plupart des cas	33 (36)	21 (29)	
Dans quelques cas	35 (38)	39 (53)	
Exceptionnellement	11 (12)	4 (5)	
Jamais	3 (3)	5 (7)	
A votre avis, la non-réadmission en réanimation entre-t-elle dans le champ de la loi Leonetti de 2005 ?			0.37
Oui	82 (89)	68 (93)	
Non	10 (11)	5 (7)	

Service de réanimation (nombre (%))

	Médicale (n=59)	Chirurgicale (n=20)	Polyvalente (n=86)	p
La décision de non-réadmission est-elle prise à la fin de la prise en charge en réanimation (ou en post-réanimation) ?				0.51
Oui, systématiquement	7 (12)	2 (10)	13 (15)	
Oui, dans la plupart des cas	45 (76)	14 (70)	63 (73)	
Dans quelques cas	6 (10)	2 (10)	10 (12)	
Exceptionnellement	1 (2)	2 (10)	0 (0)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Les décisions de non-réadmission font-elles l'objet d'une procédure collégiale au sein de votre service ?				0.43
Oui, systématiquement	31 (53)	7 (35)	37 (43)	
Oui, dans la plupart des cas	22 (37)	11 (55)	40 (47)	
Dans quelques cas	3 (5)	0 (0)	3 (3)	
Exceptionnellement	1 (2)	2 (10)	2 (2)	
Jamais	2 (3)	0 (0)	4 (5)	
Les décisions de non-réadmission sont-elles mentionnées dans le courrier de sortie ?				0.17
Oui, systématiquement	29 (49)	9 (45)	49 (57)	
Oui, dans la plupart des cas	25 (42)	6 (30)	35 (41)	
Dans quelques cas	3 (5)	1 (5)	2 (2)	
Exceptionnellement	2 (3)	4 (20)	0 (0)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Les décisions de non-réadmission sont-elles consignées dans un registre dans votre service ?				0.88
Oui	3 (5)	1 (5)	3 (3)	
Non	56 (95)	19 (95)	83 (97)	
Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il simplement informé (sans y participer) de la décision de non-réadmission ?				0.93
Oui, systématiquement	16 (27)	6 (30)	33 (38)	
Oui, dans la plupart des cas	37 (63)	10 (50)	35 (41)	
Dans quelques cas	4 (7)	4 (20)	10 (12)	
Exceptionnellement	2 (3)	0 (0)	7 (8)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	1 (1)	
Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il impliqué dans la décision de non-réadmission ?				0.60
Oui, systématiquement	2 (3)	0 (0)	3 (3)	
Oui, dans la plupart des cas	12 (20)	8 (40)	25 (29)	
Dans quelques cas	32 (54)	8 (40)	38 (44)	
Exceptionnellement	9 (15)	3 (15)	18 (21)	
Jamais	4 (7)	1 (5)	2 (2)	

Un consultant extérieur indépendant participe-t-il à la décision de non-réadmission, le cas échéant ?				0.89
Oui, systématiquement	2 (3)	0 (0)	1 (1)	
Oui, dans la plupart des cas	7 (12)	2 (10)	10 (12)	
Dans quelques cas	22 (37)	9 (45)	29 (34)	
Exceptionnellement	14 (24)	6 (30)	30 (35)	
Jamais	14 (24)	3 (15)	16 (19)	
Les patients participent-ils à la discussion amenant à la prise de décision de non-réadmission en réanimation ?				0.08
Oui, systématiquement	2 (3)	0 (0)	3 (3)	
Oui, dans la plupart des cas	3 (5)	0 (0)	8 (9)	
Dans quelques cas	19 (32)	8 (40)	40 (47)	
Exceptionnellement	28 (47)	8 (40)	24 (28)	
Jamais	7 (12)	4 (20)	11 (13)	
Les proches et/ou la personne de confiance participent-ils à la discussion amenant à une décision de non-réadmission ?				0.82
Oui, systématiquement	4 (7)	1 (5)	4 (5)	
Oui, dans la plupart des cas	18 (31)	8 (40)	22 (26)	
Dans quelques cas	22 (37)	7 (35)	45 (52)	
Exceptionnellement	13 (22)	2 (10)	11 (13)	
Jamais	2 (3)	2 (10)	4 (5)	
Les patients sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?				0.58
Oui, systématiquement	3 (5)	1 (5)	4 (5)	
Oui, dans la plupart des cas	12 (20)	4 (20)	23 (27)	
Dans quelques cas	22 (37)	9 (45)	35 (41)	
Exceptionnellement	14 (24)	6 (30)	13 (15)	
Jamais	8 (14)	0 (0)	11 (13)	
Les proches et/ou la personne de confiance sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?				0.01
Oui, systématiquement	12 (20)	9 (45)	14 (16)	
Oui, dans la plupart des cas	30 (51)	10 (50)	45 (52)	
Dans quelques cas	12 (20)	0 (0)	19 (22)	
Exceptionnellement	5 (8)	1 (5)	5 (6)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	3 (3)	
Le généraliste ou le spécialiste traitant est-il/sont-ils associé(s) à la procédure de réflexion collégiale ?				0.86
Oui, systématiquement	2 (3)	2 (10)	4 (5)	
Oui, dans la plupart des cas	13 (22)	4 (20)	23 (27)	
Dans quelques cas	25 (42)	7 (35)	30 (35)	
Exceptionnellement	10 (17)	4 (20)	21 (24)	
Jamais	9 (15)	3 (15)	8 (9)	
Est-il (sont-ils) informé(s) de la décision de non-réadmission ?				0.17
Oui, systématiquement	14 (24)	5 (25)	24 (28)	
Oui, dans la plupart des cas	27 (46)	3 (15)	35 (41)	
Dans quelques cas	10 (17)	6 (30)	18 (21)	

Exceptionnellement	6 (10)	5 (25)	8 (9)	
Jamais	2 (3)	1 (5)	1 (1)	
Les critères amenant à une décision de non-réadmission sont-ils mentionnés dans le dossier du patient ?				0.38
Oui, systématiquement	28 (47)	9 (45)	49 (57)	
Oui, dans la plupart des cas	24 (41)	9 (45)	31 (36)	
Dans quelques cas	6 (10)	1 (5)	4 (5)	
Exceptionnellement	1 (2)	1 (5)	2 (2)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Les critères retenus pour une décision de non-réadmission en réanimation sont-ils les mêmes que ceux retenus pour une non-admission en réanimation ?				0.09
Oui	40 (68)	8 (40)	52 (60)	
Non	19 (32)	12 (60)	34 (40)	
En cas de procédure collégiale ayant conduit à la décision de non-réadmission en réanimation, avez-vous la possibilité de ne pas respecter ses préconisations ?				0.48
Oui	58 (98)	19 (95)	81 (94)	
Non	1 (2)	1 (5)	5 (6)	
Faites-vous une distinction entre une demande de réadmission pour un épisode aigu intercurrent et une demande de réadmission pour une aggravation de la pathologie de fond ?				0.96
Oui	54 (92)	18 (90)	79 (92)	
Non	5 (8)	2 (10)	7 (8)	
En cas de décision de non-réadmission, prévoyez-vous une prise en charge palliative ?				0.35
Oui, systématiquement	4 (7)	2 (10)	8 (9)	
Oui, dans la plupart des cas	21 (36)	9 (45)	24 (28)	
Dans quelques cas	21 (36)	8 (40)	45 (52)	
Exceptionnellement	11 (19)	0 (0)	4 (5)	
Jamais	2 (3)	1 (5)	5 (6)	
A votre avis, la non-réadmission en réanimation entre-t-elle dans le champ de la loi Leonetti de 2005 ?				0.62
Oui	54 (92)	17 (85)	79 (92)	
Non	5 (8)	3 (15)	7 (8)	

Statut (nombre (%))

	CCA/ Assistant (n=15)	PH/PHC (n=122)	MCUPH/ PUPH (n=28)	p
La décision de non-réadmission est-elle prise à la fin de la prise en charge en réanimation (ou en post-réanimation) ?				0.70
Oui, systématiquement	0 (0)	17 (14)	5 (18)	
Oui, dans la plupart des cas	14 (93)	91 (75)	17 (61)	
Dans quelques cas	1 (7)	13 (11)	4 (14)	
Exceptionnellement	0 (0)	1 (1)	2 (7)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Les décisions de non-réadmission font-elles l'objet d'une procédure collégiale au sein de votre service ?				0.86
Oui, systématiquement	6 (40)	57 (47)	12 (43)	
Oui, dans la plupart des cas	8 (53)	53 (43)	12 (43)	
Dans quelques cas	1 (7)	3 (2)	2 (7)	
Exceptionnellement	0 (0)	4 (3)	1 (4)	
Jamais	0 (0)	5 (4)	1 (4)	
Les décisions de non-réadmission sont-elles mentionnées dans le courrier de sortie ?				0.08
Oui, systématiquement	12 (80)	60 (49)	15 (54)	
Oui, dans la plupart des cas	3 (20)	54 (44)	9 (32)	
Dans quelques cas	0 (0)	4 (3)	2 (7)	
Exceptionnellement	0 (0)	4 (3)	2 (7)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Les décisions de non-réadmission sont-elles consignées dans un registre dans votre service ?				0.45
Oui	1 (7)	6 (5)	28 (100)	
Non	14 (93)	116 (95)	0 (0)	
Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il simplement informé (sans y participer) de la décision de non-réadmission ?				0.53
Oui, systématiquement	3 (20)	40 (33)	12 (43)	
Oui, dans la plupart des cas	9 (60)	62 (51)	11 (39)	
Dans quelques cas	3 (20)	12 (10)	3 (11)	
Exceptionnellement	0 (0)	7 (6)	2 (7)	
Jamais	0 (0)	1 (1)	0 (0)	
Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il impliqué dans la décision de non-réadmission ?				0.54
Oui, systématiquement	0 (0)	5 (4)	0 (0)	
Oui, dans la plupart des cas	2 (13)	33 (27)	10 (36)	
Dans quelques cas	10 (67)	54 (44)	14 (50)	
Exceptionnellement	3 (20)	25 (20)	2 (7)	
Jamais	0 (0)	5 (4)	2 (7)	

Un consultant extérieur indépendant participe-t-il à la décision de non-réadmission, le cas échéant ?				0.43
Oui, systématiquement	0 (0)	2 (2)	1 (4)	
Oui, dans la plupart des cas	0 (0)	14 (11)	5 (18)	
Dans quelques cas	5 (33)	48 (39)	7 (25)	
Exceptionnellement	8 (53)	37 (30)	5 (18)	
Jamais	2 (13)	21 (17)	10 (36)	
Les patients participent-ils à la discussion amenant à la prise de décision de non-réadmission en réanimation ?				0.20
Oui, systématiquement	2 (13)	2 (2)	1 (4)	
Oui, dans la plupart des cas	2 (13)	7 (6)	2 (7)	
Dans quelques cas	6 (40)	50 (41)	11 (39)	
Exceptionnellement	3 (20)	44 (36)	13 (46)	
Jamais	2 (13)	19 (16)	1 (4)	
Les proches et/ou la personne de confiance participent-ils à la discussion amenant à une décision de non-réadmission ?				0.87
Oui, systématiquement	1 (7)	6 (5)	2 (7)	
Oui, dans la plupart des cas	4 (27)	36 (30)	8 (29)	
Dans quelques cas	6 (40)	55 (45)	13 (46)	
Exceptionnellement	2 (13)	20 (16)	4 (14)	
Jamais	2 (13)	5 (4)	1 (4)	
Les patients sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?				0.26
Oui, systématiquement	3 (20)	3 (2)	2 (7)	
Oui, dans la plupart des cas	3 (20)	29 (24)	7 (25)	
Dans quelques cas	6 (40)	49 (40)	11 (39)	
Exceptionnellement	2 (13)	26 (21)	5 (18)	
Jamais	1 (7)	15 (12)	3 (11)	
Les proches et/ou la personne de confiance sont-ils informés d'une décision de non-réadmission ?				0.83
Oui, systématiquement	5 (33)	25 (20)	5 (18)	
Oui, dans la plupart des cas	5 (33)	66 (54)	14 (50)	
Dans quelques cas	3 (20)	21 (17)	7 (25)	
Exceptionnellement	2 (13)	7 (6)	2 (7)	
Jamais	0 (0)	3 (2)	0 (0)	
Le généraliste ou le spécialiste traitant est-il/sont-ils associé(s) à la procédure de réflexion collégiale ?				0.42
Oui, systématiquement	0 (0)	8 (7)	0 (0)	
Oui, dans la plupart des cas	5 (33)	27 (22)	8 (29)	
Dans quelques cas	5 (33)	50 (41)	7 (25)	
Exceptionnellement	4 (27)	24 (20)	7 (25)	
Jamais	1 (7)	13 (11)	6 (21)	
Est-il (sont-ils) informé(s) de la décision de non-réadmission ?				0.75
Oui, systématiquement	4 (27)	32 (26)	7 (25)	
Oui, dans la plupart des cas	7 (47)	44 (36)	14 (50)	
Dans quelques cas	2 (13)	28 (23)	4 (14)	

Exceptionnellement	2 (13)	16 (13)	1 (4)	
Jamais	0 (0)	2 (2)	2 (7)	
Les critères amenant à une décision de non-réadmission sont-ils mentionnés dans le dossier du patient ?				0.05
Oui, systématiquement	12 (80)	61 (50)	13 (46)	
Oui, dans la plupart des cas	3 (20)	51 (42)	10 (36)	
Dans quelques cas	0 (0)	8 (7)	3 (11)	
Exceptionnellement	0 (0)	2 (2)	2 (7)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Les critères retenus pour une décision de non-réadmission en réanimation sont-ils les mêmes que ceux retenus pour une non-admission en réanimation ?				0.61
Oui	8 (53)	73 (60)	19 (68)	
Non	7 (47)	49 (40)	9 (32)	
En cas de procédure collégiale ayant conduit à la décision de non-réadmission en réanimation, avez-vous la possibilité de ne pas respecter ses préconisations ?				0.66
Oui	15 (100)	116 (95)	27 (96)	
Non	0 (0)	6 (5)	1 (4)	
Faites-vous une distinction entre une demande de réadmission pour un épisode aigu intercurrent et une demande de réadmission pour une aggravation de la pathologie de fond ?				0.15
Oui	14 (93)	114 (93)	23 (82)	
Non	1 (7)	8 (7)	5 (18)	
En cas de décision de non-réadmission, prévoyez-vous une prise en charge palliative ?				0.52
Oui, systématiquement	3 (20)	9 (7)	2 (7)	
Oui, dans la plupart des cas	5 (33)	37 (30)	12 (43)	
Dans quelques cas	5 (33)	62 (51)	7 (25)	
Exceptionnellement	2 (13)	8 (7)	5 (18)	
Jamais	0 (0)	6 (5)	2 (7)	
A votre avis, la non-réadmission en réanimation entre-t-elle dans le champ de la loi Leonetti de 2005 ?				0.04
Oui	14 (93)	114 (93)	22 (79)	
Non	1 (7)	8 (7)	6 (21)	

Bibliographie

1. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F, French LATAREA Group. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. Lancet Lond Engl. 6 janv 2001;357(9249):9-14.
2. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie [Internet]. 2005-370 avril, 2005. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id>
3. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française. Réanimation. 2010;19(8):679-98 [Internet]. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: http://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/1012-Reanimation-Vol19-N8-p679_698.pdf
4. Morgan CK, Varas GM, Pedroza C, Almoosa KF. Defining the practice of « no escalation of care » in the ICU. Crit Care Med. févr 2014;42(2):357-61.
5. Curtis JR, Rubenfeld GD. « No escalation of treatment » as a routine strategy for decision-making in the ICU: con. Intensive Care Med. sept 2014;40(9):1374-6.
6. Thompson DR. « No escalation of treatment » as a routine strategy for decision-making in the ICU: pro. Intensive Care Med. sept 2014;40(9):1372-3.
7. Lautrette A, Garrouste-Orgeas M, Bertrand P-M, Goldgran-Toledano D, Jamali S, Laurent V, et al. Respective impact of no escalation of treatment, withholding and withdrawal of life-sustaining treatment on ICU patients' prognosis: a multicenter study of the Outcomerea Research Group. Intensive Care Med. oct 2015;41(10):1763-72.
8. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. 2002-303 mars 4, 2002. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
9. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie [Internet]. 2016-87 février, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id>
10. Décret n°2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [Internet]. 2006-119 février, 2006. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000456203>
11. Organisation De La Réanimation En France. Réanimation Urgences. 1 janv 1996;5(6):709-11.
12. Roupie E. Les décisions d'admission ou de non-admission en réanimation. Réanimation. oct 2001;10(7):679-84.

13. Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Crit Care Med.* août 2016;44(8):1553-602.
14. Needham DM, Bronskill SE, Calinawan JR, Sibbald WJ, Pronovost PJ, Laupacis A. Projected incidence of mechanical ventilation in Ontario to 2026: Preparing for the aging baby boomers. *Crit Care Med.* mars 2005;33(3):574-9.
15. Conti M, Merlani P, Ricou B. Prognosis and quality of life of elderly patients after intensive care. *Swiss Med Wkly.* 2012;142:w13671.
16. Zimmerman JE, Wagner DP, Knaus WA, Williams JF, Kolakowski D, Draper EA. The use of risk predictions to identify candidates for intermediate care units. Implications for intensive care utilization and cost. *Chest.* août 1995;108(2):490-9.
17. Consensus statement on the triage of critically ill patients. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *JAMA.* 20 avr 1994;271(15):1200-3.
18. Joynt GM, Gomersall CD, Tan P, Lee A, Cheng CA, Wong EL. Prospective evaluation of patients refused admission to an intensive care unit: triage, futility and outcome. *Intensive Care Med.* sept 2001;27(9):1459-65.
19. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit J-F, Misset B, Christias M, Carlet J. Triage patients to the ICU: a pilot study of factors influencing admission decisions and patient outcomes. *Intensive Care Med.* mai 2003;29(5):774-81.
20. Evaluation des éléments conduisant à une décision de non admission en réanimation. Etude prospective sur an. Mémoire pour l'obtention du DES d'Anesthésie-Réanimation. Rouen;2009. Caroline Marguerite.pdf.
21. Borel M, Veber B, Hervé C, Rigaud J-P, Moutel G, Rey N, et al. [Conditions of decision making of admission or non-admission in surgical intensive care unit]. *Ann Fr Anesthésie Réanimation.* mars 2012;31(3):203-7.
22. Metnitz PGH, Fieux F, Jordan B, Lang T, Moreno R, Le Gall J-R. Critically ill patients readmitted to intensive care units--lessons to learn? *Intensive Care Med.* févr 2003;29(2):241-8.
23. Elliott M, Worrall-Carter L, Page K. Intensive care readmission: a contemporary review of the literature. *Intensive Crit Care Nurs.* juin 2014;30(3):121-37.
24. Jo YS, Lee YJ, Park JS, Yoon HI, Lee JH, Lee C-T, et al. Readmission to medical intensive care units: risk factors and prediction. *Yonsei Med J.* mars 2015;56(2):543-9.
25. Rosa RG, Roehrig C, Oliveira RP de, Maccari JG, Antônio ACP, Castro P de S, et al. Comparison of Unplanned Intensive Care Unit Readmission Scores: A Prospective Cohort Study. *PloS One.* 2015;10(11):e0143127.
26. Capuzzo M, Moreno RP, Alvisi R. Admission and discharge of critically ill patients. *Curr Opin Crit Care.* oct 2010;16(5):499-504.
27. Bone RC, McElwee NE, Eubanks DH, Gluck EH. Analysis of indications for early discharge from the intensive care unit. Clinical efficacy assessment project: American College of Physicians. *Chest.* déc 1993;104(6):1812-7.

28. Ho KM, Dobb GJ, Lee KY, Towler SC, Webb SAR. C-reactive protein concentration as a predictor of intensive care unit readmission: a nested case-control study. *J Crit Care.* sept 2006;21(3):259-65.
29. Araujo TG de, Rieder M de M, Kutchak FM, Franco Filho JW. Readmissions and deaths following ICU discharge: a challenge for intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva.* mars 2013;25(1):32-8.
30. Chen LM, Martin CM, Keenan SP, Sibbald WJ. Patients readmitted to the intensive care unit during the same hospitalization: clinical features and outcomes. *Crit Care Med.* nov 1998;26(11):1834-41.
31. Badawi O, Breslow MJ. Readmissions and death after ICU discharge: development and validation of two predictive models. *PLoS One.* 2012;7(11):e48758.
32. Kareliusson F, De Geer L, Tibblin AO. Risk prediction of ICU readmission in a mixed surgical and medical population. *J Intensive Care.* 2015;3(1):30.
33. Wong EG, Parker AM, Leung DG, Brigham EP, Arbaje AI. Association of severity of illness and intensive care unit readmission: A systematic review. *Heart Lung J Crit Care.* févr 2016;45(1):3-9.e2.
34. Butler I, Rachoin J, Schorr C. Characteristics of patients readmitted to the ICU. *Crit Care Med.* 2009;37:A309.
35. Renton J, Pilcher DV, Santamaria JD, Stow P, Bailey M, Hart G, et al. Factors associated with increased risk of readmission to intensive care in Australia. *Intensive Care Med.* nov 2011;37(11):1800-8.
36. Utzolino S, Kaffarnik M, Keck T, Berlet M, Hopt UT. Unplanned discharges from a surgical intensive care unit: readmissions and mortality. *J Crit Care.* sept 2010;25(3):375-81.
37. Rosenberg AL, Watts C. Patients readmitted to ICUs* : a systematic review of risk factors and outcomes. *Chest.* août 2000;118(2):492-502.
38. Article 37 - Soulagement des souffrances - Limitation ou arrêt des traitements | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-37-soulagement-des-souffrances-limitation-ou-arret-des-traitements-261>
39. Code de la santé publique - Article R4127-37 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021773765&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
40. Gedge E, Giacomini M, Cook D. Withholding and withdrawing life support in critical care settings: ethical issues concerning consent. *J Med Ethics.* avr 2007;33(4):215-8.
41. Biegler P. Should patient consent be required to write a do not resuscitate order? *J Med Ethics.* déc 2003;29(6):359-63.
42. rapport_ccne_sur_le_debat_fin_de_vie_0.pdf [Internet]. [cité 25 mai 2016]. Disponible sur: http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/rapport_ccne_sur_le_debat_fin_de_vie_0.pdf
43. Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. Population Sociétés. 2012; Disponible sur: <http://www.journal-la-mee.fr/IMG/pdf/fin-de-vie.pdf>

44. Azoulay E, Pochard F, Garrouste-Orgeas M, Moreau D, Montesino L, Adrie C, et al. Decisions to forgo life-sustaining therapy in ICU patients independently predict hospital death. *Intensive Care Med.* nov 2003;29(11):1895-901.
45. Maamar A. Devenir à six mois de patients sortis d'un service de réanimation avec LAT. [Thèse pour le doctorat en médecine.]. Rennes; 2015.
46. Cremer R, Fourestié B, Binoche A, Botte A, Moutel G, Leclerc F. [What become the decisions of limitation of treatments after discharge from the paediatric intensive care unit?]. *Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie.* juill 2008;15(7):1174-82.
47. Cremer R, Binoche A, Moutel G, Fourestié B, Botte A, Le Grand-Séville C, et al. [Why teams in charge of children after a pediatric intensive care unit stay do not take into account the treatment limitation decisions previously made by intensivists]. *Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie.* sept 2009;16(9):1233-44.
48. Rigaud J-P, Moutel G, Quesnel C, Eraldi J-P, Bougerol F, Pavon A, et al. How patient families are provided with information during intensive care: A survey of practices. *Anaesth Crit Care Pain Med.* juin 2016;35(3):185-9.
49. Rigaud J-P, Hardy J-B, Meunier-Beillard N, Devilliers H, Ecarnot F, Quesnel C, et al. The concept of a surrogate is ill adapted to intensive care: Criteria for recognizing a reference person. *J Crit Care.* avr 2016;32:89-92.
50. Lesieur O, Leloup M, Gonzalez F, Mamzer M-F, EPILAT study group. Withholding or withdrawal of treatment under French rules: a study performed in 43 intensive care units. *Ann Intensive Care.* déc 2015;5(1):56.
51. Chahraoui K, Bénony H. Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique. In: Dunod. 2003. p. 141-50.
52. Gaugain S. Limitation et arrêt des thérapeutiques actives : évaluation des pratiques dans une réanimation polyvalente. Mémoire pour l'obtention du DES d'Anesthésie-Réanimation. Paris; 2014.
53. Robert R, Salomon L, Haddad L, Graftieaux J-P, Eon B, Dreyfuss D, et al. End of life in the intensive care unit: should French law be adapted? *Ann Intensive Care.* 2014;4(1):6.
54. Chastrusse M, Fulgencio J-P, Julien F, Naudin B, Argo V, Bonnet F, et al. Loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie : amélioration du processus de décision de limitation et d'arrêt des traitements au moyen d'un programme pédagogique. Étude monocentrique prospective et rétrospective pilote. *Presse Médicale.* oct 2012;41(10):e539-46.
55. Cremer R, Graftieaux J-P, Renault A, Gall GL, Haddad L, Dreyfuss D. Le consultant pour les limitations et les arrêts de traitement en réanimation. *Réanimation.* 21 janv 2012;21(2):231-5.
56. Spronk PE, Kuiper AV, Rommes JH, Korevaar JC, Schultz MJ. The practice of and documentation on withholding and withdrawing life support: a retrospective study in two Dutch intensive care units. *Anesth Analg.* sept 2009;109(3):841-6.
57. Nave G. Etude des patients décédés en réanimation au Centre Hospitalier d'Elbeuf sans limitations des thérapeutiques. [Thèse pour le doctorat en médecine.]. Rouen; 2015.

58. Abella A, Hermosa C, Enciso V, Torrejón I, Molina R, Díaz M, et al. Effect of the timing of admission upon patient prognosis in the Intensive Care Unit: On-hours versus off-hours. *Med Intensiva Soc Esp Med Intensiva Unidades Coronarias*. févr 2016;40(1):26-32.
59. Vest-Hansen B, Riis AH, Sørensen HT, Christiansen CF. Out-of-hours and weekend admissions to Danish medical departments: admission rates and 30-day mortality for 20 common medical conditions. *BMJ Open*. 2015;5(3):e006731.
60. Rigaud J-P, Meunier-Beillard N, Aubry R, Dion M, Ecarnot F, Quenot J-P. Le médecin réanimateur : un consultant extérieur pour un choix éclairé du patient et de ses proches ? *Réanimation*. 8 avr 2016;25(4):367-71.
61. Ferrand E, Lemaire F, Regnier B, Kuteifan K, Badet M, Asfar P, et al. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 mai 2003;167(10):1310-5.
62. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. - Article R. 4127-60 [Internet]. 2004-802 juillet, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id>
63. Léonetti J. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie [Internet]. Report No.: N° 1287 tome 1. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1287-t1.asp>
64. Haddad L. Fonctionnement de la collégialité. In: *Enjeux éthiques en réanimation*. Springer-Verlag. Paris: Puybasser L; 2010. p. 275-86.
65. Giabiconi M, Eraldi JP, Bougerol F, Quesnel C, Gelinotte S, Declercq P-L, et al. Limitation thérapeutique. Session E-Poster. EP 165. Analyse sur cinq ans d'un protocole de limitation et d'arrêt des traitements en réanimation. *Réanimation*. 21 nov 2013;23(1):298-301.
66. Reignier J, Dumont R, Katsahian S, Martin-Lefevre L, Renard B, Fiancette M, et al. Patient-related factors and circumstances surrounding decisions to forego life-sustaining treatment, including intensive care unit admission refusal. *Crit Care Med*. juill 2008;36(7):2076-83.
67. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Vinsonneau C, Garrouste M, Cohen Y, et al. Compliance with triage to intensive care recommendations. *Crit Care Med*. nov 2001;29(11):2132-6.
68. Ferrand E, Jabre P, Fernandez-Curiel S, Morin F, Vincent-Genod C, Duvaldestin P, et al. Participation of French general practitioners in end-of-life decisions for their hospitalised patients. *J Med Ethics*. déc 2006;32(12):683-7.
69. Malaquin AS, Vanbaelinghem C, Georges H, Mathieu D, Jourdain M. Limitation thérapeutique. Session E-Poster. EP 167. Décision de limitation et arrêt des thérapeutiques en réanimation (LAT) : implication du médecin généraliste ? *Réanimation*. 21 nov 2013;23(1):S300.
70. You JJ, Fowler RA, Heyland DK, Canadian Researchers at the End of Life Network (CARENET). Just ask: discussing goals of care with patients in hospital with serious illness. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 1 avr 2014;186(6):425-32.

71. Savulescu J. Rational non-interventional paternalism: why doctors ought to make judgments of what is best for their patients. *J Med Ethics*. déc 1995;21(6):327-31.
72. Madder H. Existential autonomy: why patients should make their own choices. *J Med Ethics*. août 1997;23(4):221-5.
73. Prayle D, Brazier M. Supply of medicines: paternalism, autonomy and reality. *J Med Ethics*. avr 1998;24(2):93-8.
74. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Vinsonneau C, Grassin M, Lemaire F, et al. French intensivists do not apply American recommendations regarding decisions to forgo life-sustaining therapy. *Crit Care Med*. oct 2001;29(10):1887-92.
75. Silveira MJ, Wiitala W, Piette J. Advance directive completion by elderly Americans: a decade of change. *J Am Geriatr Soc*. avr 2014;62(4):706-10.
76. Montuclard L, Garrouste-Orgeas M, Timsit JF, Misset B, De Jonghe B, Carlet J. Outcome, functional autonomy, and quality of life of elderly patients with a long-term intensive care unit stay. *Crit Care Med*. oct 2000;28(10):3389-95.
77. *codeont.pdf* [Internet]. [cité 16 juin 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codeont.pdf>
78. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ*. 19 févr 2000;320(7233):469-72.
79. Byock I. Improving palliative care in intensive care units: identifying strategies and interventions that work. *Crit Care Med*. nov 2006;34(11 Suppl):S302-305.
80. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 26 juin 2014;370(26):2506-14.
81. Aristote. Le consentement, la décision, la responsabilité. *Ethique à Nicomaque*. In: G.F. Flammarion. 1994. p. 144-50.

RESUME

Introduction : L'admission d'un patient en réanimation est à mettre en balance avec le bénéfice qui en est potentiellement attendu. Ainsi, certains patients ne sont pas admis en réanimation en argumentant d'un risque de décès élevé ou d'une qualité de vie devenue inacceptable au décours de l'hospitalisation le cas échéant, rendant cette dernière « futile ». Alors que les réadmissions en réanimation ont un réel impact sur la morbi-mortalité, certains patients dont le parcours en réanimation a été particulièrement difficile font l'objet d'une décision de « non-réadmission » en réanimation si l'indication devait à nouveau se poser. Les décisions de « non-admission » et de « non-réadmission » en réanimation sont des décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques (LAT), telles qu'elles ont été définies par la loi du 22 avril 2005 dite « loi Leonetti » car elles conduisent à une limitation de moyens face à un patient dont la vie est (potentiellement) en danger. A notre connaissance, aucun travail publié jusqu'alors n'a étudié les décisions de « non-réadmission » en réanimation. L'objectif de notre étude est de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles relatives aux décisions de non-réadmission en réanimation.

Matériel et Méthodes : Entre le 01 décembre 2015 et le 31 janvier 2016, des médecins réanimateurs ont été sollicités par voie électronique pour répondre à un questionnaire sur le thème de la non-réadmission. Le questionnaire, comportant 27 questions, a été élaboré à l'aide d'un sociologue selon une méthodologie validée dans la littérature. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentages et ont été comparées en utilisant le test du Chi-2 ou le test exact de Fischer.

Résultats : Cent soixante-cinq médecins ont répondu au questionnaire. Les décisions de non-réadmission sont prises majoritairement en fin de séjour en réanimation (87% des cas) suite à une discussion collégiale (89% des cas). Néanmoins, les patients, les proches (et/ou famille), un médecin consultant extérieur ou le généraliste ne sont impliqués dans la prise de décision que de manière marginale (à hauteur respectivement de 10%, 34%, 14% et 29%). Si 73% des proches sont informés de ce type de décision, moins d'un tiers des patients ont reçu cette information. Une fois la décision prise, celle-ci est notifiée dans le dossier du patient dans 93% des cas. Cependant, 96% des répondeurs considèrent avoir la possibilité de ne pas tenir compte de cette décision le cas échéant. De plus, pour 92% des médecins, il existe clairement une différence entre une demande de réadmission pour un épisode aigu intercurrent et pour une aggravation d'une pathologie chronique. Par ailleurs, une prise en charge palliative n'est décidée de manière conjointe à la décision de non-réadmission dans seulement 41% des cas. Enfin, 91% des répondeurs considèrent que les décisions de non-réadmission font partie intégrante de la loi du 22 avril 2005.

Discussion : Notre travail met en évidence un processus décisionnel insuffisamment rigoureux sur les plans légal et éthique, notamment sur l'implication des patients dans la prise de décision concernant leur santé, sur l'information des patients, sur l'intervention d'un consultant extérieur ou encore la mise en place d'une démarche palliative. Afin de répondre à ces impératifs et à la demande d'autonomisation des patients, notre travail aboutit à la proposition d'une procédure de discussion de non-réadmission en intégrant celle-ci dans un réel projet de soins pour le patient à la sortie de réanimation. Ce projet de soins permettrait de prendre l'avis du patient sous forme de directives anticipées « éclairées », de s'assurer d'une discussion collégiale faisant intervenir un consultant extérieur, de permettre une réévaluation du patient dans sa globalité et face à une ou plusieurs défaillances aiguës, et d'intégrer la question de non-réadmission au sein d'un réel projet thérapeutique pour le patient en promouvant une éventuelle démarche palliative le cas échéant.

Mots-clés : non-réadmission en réanimation ; autonomie du patient ; limitation et arrêt des thérapeutiques ; éthique.