

AVIS DE L'EXPERT-E / EXPERT OPINION

Le réanimateur en dehors de la réanimation : quelle place ? quels enjeux éthiques ?

Intensivist outside ICU: why? ethic impact?

Virginie Lemiale^{1*} • Baptiste Biancarelli² • Robin Cremer³ • Nicolas De Prost⁴ • Julien Duvivier⁵ • Cyril Goulenok⁶ • Marc Grassin⁷ • Caroline Hauw-Berlemont⁸ • Mercé Jourdain⁹ • Antoine Lafarge¹ • Emmanuelle Mercier¹⁰ • Odile Noizet-Yverneau¹¹ • Anne-Laure Poujol¹² • Jean-Philippe Rigaud¹³ • Benjamin Zuber¹⁴ • Bénédicte Gaillard-Le Roux¹⁵

Reçu le 14 février 2024 ; accepté le 16 avril 2024.

Pour la Commission d'Éthique de la SRLF.

© SRLF 2024.

Résumé

Les réanimateurs sont régulièrement amenés à donner des avis en dehors de leur service pour deux circonstances distinctes. Dans le premier cas il s'agit d'évaluer l'état clinique d'un patient qui présente une défaillance d'organe ou qui est à risque de dégradation de sa situation clinique. C'est une expertise technique qui est alors demandée, comme pour tout autre spécialiste d'organe. Dans la deuxième circonstance, il s'agit d'une demande de discussion en vue d'une limitation et/ou d'un arrêt de traitement. Cette activité en dehors du service, si elle est indispensable, peut s'avérer chronophage et source de conflit éthique. Particulièrement lors des périodes de garde pendant lesquelles elle peut être répétée, cette mission peut apparaître comme ingrate et être source de *burn-out*. Afin d'éviter ces difficultés, différentes solutions sont possibles : une discussion des projets de soins en amont de l'urgence avec implication du patient et la rédaction de directives anticipées, une gestion plus explicite des appels afin de distinguer au mieux ce qui relève de l'avis ou de l'aide à la décision de limitation ; des formations sur l'intensité des soins de réanimation auprès des plus jeunes médecins.

Mots-clés : éthique, limitation des traitements, loi

Abstract

Intensivists are often called upon in wards or emergency departments for advice. These requests typically occur in two distinct circumstances, each presenting different ethical considerations. The first scenario involves assessing the clinical condition of a patient with organ failure. In such cases, expertise in life sustaining therapies is necessary, like any other organ specialist. The second circumstance concerns requests to withhold or withdraw treatment. Beyond legal requirements for collegiality, intensivists may be called upon to make decisions regarding treatment limitations. While essential, this underestimated activity can lead to ethical conflicts and contribute to burnout, especially during on-call periods when such requests are frequent. To mitigate these challenges, several solutions are proposed: anticipating goals of care definition, patient involvement with advance directives, clearly distinguishing between requests for advice and treatment limitations, and providing training in intensive care management for junior doctors.

Keywords: ethic, law, treatment limitation

Introduction

Les services de soins critiques accueillent des patients qui présentent ou sont susceptibles de développer une ou plusieurs défaillances aiguës d'organes mettant

directement en jeu leurs pronostics vitaux ou fonctionnels et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance [1]. En dehors des admissions urgentes pour pathologie aiguë ou pour aggravation d'un patient hospitalisé, les réanimateurs sont sollicités,

*Virginie Lemiale

CHU Saint Louis, Service de Médecine Intensive et réanimation, Paris

✉ virginie.lemiale@aphp.fr

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



notamment la nuit et les week-ends, par des praticiens de garde dans les services d'urgences ou d'hospitalisation conventionnelle qui ne connaissent pas forcément les patients. Il s'agit alors, le plus souvent, de donner un avis en urgence sur la stratégie thérapeutique globale et le niveau d'intensité des soins à apporter. Les sollicitations des réanimateurs concernent ainsi parfois des patients qui relèveraient plutôt d'une prise en charge palliative que de soins critiques, du fait de la présence de comorbidités multiples, de leur âge physiologique et de la sévérité de leur présentation clinique. Pour ces patients, une limitation des traitements anticipée aurait été souhaitable. Ces sollicitations peuvent alors être mal perçues par le réanimateur, dans la mesure où elles peuvent lui apparaître comme relevant de la responsabilité des cliniciens référents habituels et qu'elles augmentent sa charge de travail, possiblement aux dépens des patients déjà présents dans son service. En dehors des recommandations portant sur les critères d'admission d'un patient en réanimation [2], il n'existe à notre connaissance aucune recommandation officielle ou de société savante encadrant l'activité du réanimateur en dehors du service de réanimation/unité de soins continus.

L'objectif de cet article est, à partir des différents motifs d'appel du réanimateur, d'apporter des repères éthiques et des pistes de réflexion qui peuvent lui être utiles dans le cadre de ces interventions hors de la réanimation.

La réflexion concernant ce travail a impliqué l'ensemble de la commission éthique de la SRLF (réanimateur adulte et pédiatrique, infirmier, éthicien, philosophe,) qui ont apporté leurs connaissances de la littérature et leur expérience sur le sujet afin d'élaborer une réflexion pluridisciplinaire.

Les circonstances de l'appel du réanimateur

Tout comme le réanimateur sollicite ses collègues pour obtenir un avis spécialisé, il peut être lui-même impliqué pour évaluer l'état clinique d'un patient ou une stratégie de prise en charge. Très peu d'études ont évalué la fréquence des appels aux réanimateurs. On devrait d'ailleurs différencier les appels nécessitant un déplacement auprès du patient avec réalisation d'un examen clinique de ceux provenant d'un autre hôpital ou d'un SAMU pour lesquels l'examen clinique du patient est impossible, mais la littérature est très pauvre sur le sujet. Une seule étude monocentrique réalisée dans un CHU parisien [3], ne comportant que des avis donnés aux urgences, montrait que le réanimateur était appelé en moyenne une fois par jour et passait en 49 minutes sur place par patient.

Points clés

- L'appel du réanimateur relève de deux circonstances : l'avis pour défaillance d'organe et l'avis pour décider de LAT.
- Bien qu'elles soient discutées collégialement, les décisions de LAT sont souvent principalement portées par le réanimateur.
- Ces sollicitations fréquentes peuvent être source de charge mentale excessive et de désorganisation du travail en réanimation.
- Pour réduire la charge mentale de ces décisions, une acculturation de la réanimation par les médecins, une formation en éthique pour les réanimateurs et une anticipation des situations potentielles voire des outils issus de l'intelligence artificielle pourraient permettre une meilleure organisation de ces avis.

La majorité des appels en urgence du réanimateur s'intègrent dans deux situations distinctes sur le plan médical :

1. Évaluer l'état clinique des patients avec une défaillance d'organe ou à risque de dégradation rapide pour juger de la pertinence d'une prise en charge en soins intensifs.
2. Discuter de limitation et/ou d'arrêt de traitements (LAT) [4, 5].

Appels pour évaluer l'état clinique d'un patient

Le médecin réanimateur est un spécialiste des défaillances d'organes et de leurs conséquences vitales immédiates. Au même titre que d'autres spécialistes, ce sont ses capacités à détecter une défaillance d'organe, à évaluer les possibilités de suppléance et leurs limites, à estimer la réversibilité de la pathologie aiguë et les potentielles complications à venir, qui sont sollicitées par le médecin demandeur. Sur le plan déontologique, ce dernier a le devoir d'y avoir recours au titre de l'article 60 du code de déontologie médicale (article R.4127-60 du code de la santé publique) [6] qui stipule que « Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent », c'est-à-dire dès qu'il estime qu'il n'a pas la compétence requise. Le réanimateur répond ici à une demande d'expertise technique qui fait appel à un savoir qu'il met à la disposition du demandeur.

À ce titre, plusieurs articles ont montré le bénéfice en termes de morbi-mortalité d'une équipe mobile d'avis de réanimation (*Rapid Response Team*) [7]. Ces études suggèrent un impact positif de ces avis sur la mortalité à J30. À titre d'exemple, une étude suédoise a évalué l'intérêt d'une équipe d'évaluation composée d'un médecin réanimateur (senior en journée et junior la

nuits) et d'un infirmier de réanimation sur une population de 2601 patients hospitalisés entre 2010 et 2015. L'avis était suivi d'une admission en réanimation dans 42 % des cas. La mortalité globale à J30 était de 29 % [2]. Cette étude souligne en premier lieu la fréquence des sollicitations pour un avis et l'importante proportion de non-admissions en réanimation au décours. Cependant, comme dans beaucoup d'études, les raisons de non-admission et les décisions de soins palliatifs exclusifs en salle n'étaient pas rapportées.

En onco-hématologie, la décision est souvent beaucoup plus délicate en raison des progrès thérapeutiques constants qui modifient parfois drastiquement le pronostic du patient et rendent la discussion du projet de soins encore plus complexe. Quelques études détaillant plus précisément les raisons de non-admission mettent en lumière la difficulté de ces avis. Dans une étude monocentrique décrivant les décisions d'admission en réanimation des patients d'onco-hématologie [8], près de la moitié (49 %) des patients évalués n'étaient finalement pas admis en réanimation, car jugés sans défaillance d'organe. Parmi ces patients initialement non transférés car jugés trop stables lors de la première évaluation, le taux d'admission secondaire en réanimation était de 28 %, avec une mortalité plus importante que celle des patients admis directement (61 % vs. 45 %). Une étude multicentrique plus récente portant sur 1 376 patients d'onco-hématologie montrait un taux de non-admission de 25 %, parmi lesquels 12,7 % étaient jugés trop stables mais avait finalement une mortalité hospitalière de 11,4 % [9].

Ces études illustrent à la fois la fréquence des sollicitations en dehors de la réanimation, la complexité des décisions et l'impact d'un éventuel retard d'admission. Lorsque le patient n'est pas transféré en réanimation, le réanimateur peut néanmoins apporter son aide pour ajuster la prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique et participer à l'élaboration du projet de soin personnalisé.

Appels pour discuter de limitation et/ou d'arrêt de traitements (LAT).

Dans cette situation particulièrement fréquente en période de garde, l'avis du réanimateur est demandé, explicitement ou non, dans le cadre d'une délibération au sujet d'une éventuelle LAT (laquelle comprendrait mécaniquement une décision de non-admission en réanimation) [5]. Au-delà d'une expertise en termes de moyens de suppléance et de chances de survie, le réanimateur est ici sollicité pour son expérience des discussions concernant la fin de vie [10], de la prise de décision pour les patients hors d'état d'exprimer leur volonté, et du maniement des sédatifs et des antalgiques

(que ce soit pour une sédation titrée ou pour une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès).

Sur le plan déontologique, cette situation relève moins de l'article 60 du code de déontologie médicale déjà cité que de son article 37 (article R.4127-37 du code de la santé publique) [11] qui dispose que « [Le médecin] doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie » et qui impose pour les malades incapables de s'exprimer une délibération collégiale comprenant au minimum la consultation de l'équipe soignante si elle existe et le recours à un médecin consultant étranger à l'équipe en charge du patient. Les sociétés savantes de réanimation ont élaboré des recommandations de bonnes pratiques extrapolables en dehors de la réanimation [12, 13] et la Société de Médecine d'Urgence (SFMU) a publié les siennes conçues pour les situations d'urgence [4]. Toutes établissent, qu'en urgence il convient de se rapprocher autant que possible de la délibération collégiale légale en fonction des moyens disponibles sur place.

Qu'il soit officiellement investi ou non du rôle de consultant au sens de la loi Léonetti, le réanimateur apportera sa culture du questionnement au sujet de l'obstination déraisonnable en raison de la gravité des patients qu'il traite en routine et de l'agressivité des traitements qu'il utilise [14]. L'avis du réanimateur est alors demandé en renfort de l'avis de l'urgentiste ou du spécialiste. En effet, pendant les périodes de permanence de soins, les médecins de garde peuvent être confrontés à un manque d'information concernant le pronostic exact de l'affection sous-jacente, du projet de soins antérieurement défini pour le patient. Il existe également parfois dans les équipes de garde, une méconnaissance de l'agressivité des soins de réanimation ou des procédures de limitations et d'arrêt de traitement, et notamment de la possibilité de mettre en place une sédation profonde et continue. Outre son rôle de consultant, le réanimateur a dès lors un rôle d'apprentissage auprès de ses pairs moins expérimentés. Le réanimateur est probablement le mieux placé pour expliquer aux patients, mais aussi aux proches ainsi qu'au médecin à l'origine de la sollicitation, les implications d'un éventuel transfert (suppléances d'organe, sédation, cathéters, monitoring...) afin d'éclairer leur décision [15].

Cette activité transversale du réanimateur, indispensable, en tant que consultant extérieur, qu'elle ait lieu ou non dans le cadre de l'application de la loi, est rendue délicate en raison des informations manquantes concernant le projet thérapeutique et du degré d'urgence. En principe, le réanimateur est entraîné au conflit de valeurs issu de la double injonction contradictoire : d'un côté, le risque d'admettre des patients qui relèveraient

d'une prise en charge palliative et d'entreprendre à tort des soins inutiles qui constitueraient une obstination déraisonnable ; d'un autre côté le risque de faire perdre des chances au patient. Les décisions de LAT prises par des médecins inconnus des familles peuvent aussi être vécues comme un abandon de la part des proches mais aussi être source de stress et de *burn-out* pour le réanimateur [16]. S'il existe différents algorithmes pour aider à la décision de l'admission ou non d'un patient en réanimation [4, 17], cette décision reste singulière et adaptée pour chaque situation.

La communication avec les proches peut à ce titre, être aussi une source de charge mentale voire de *burn-out*. En effet, la communication avec les proches, en dehors du service de soins intensifs, peut s'avérer complexe pour un réanimateur. Si, dans la grande majorité des cas, une décision d'admission ou de non-admission en réanimation, est comprise et acceptée par les proches, certains conflits peuvent apparaître notamment en période de garde lorsque le médecin référent n'est pas présent. La polémique au sujet du tri des patients qui a pris corps au début de la pandémie de Covid [18] a pu donner à l'opinion publique l'impression qu'il existait un « droit à la réanimation » et les articles parus dans la presse ont pu laisser croire aux proches qu'ils avaient une bonne connaissance des techniques de soins critiques disponibles [19].

Une activité complexe et mal reconnue

Dans la réalité, les « demandes d'avis » au réanimateur ne sont jamais aussi clairement énoncées. Derrière ce qui semble être un appel de routine pour « simplement informer » le réanimateur de la présence d'un malade dont l'état est précaire peut souvent se cacher une demande d'aide. En effet, des situations qui ne relèvent manifestement pas de l'admission en réanimation (en raison des pathologies sous-jacentes ou de l'état général du patient) du point de vue du réanimateur peuvent être difficiles à gérer pour les médecins notamment ceux qui sont moins expérimentés. L'avis peut alors être assimilé à une aide confraternelle particulièrement en période de garde.

De même, certaines demandes peuvent être assimilées à un processus de validation par le réanimateur d'une décision implicitement déjà prise par les demandeurs. Ces situations peuvent favoriser une forme d'instrumentalisation de la décision du réanimateur. En effet, si la collégialité existe déjà au sein du service d'urgence pour ne pas retenir d'indication à l'admission en réanimation, l'appel du réanimateur peut être perçu comme excessif, ce d'autant que la décision est souvent portée par le réanimateur qui refuse l'admission. La non-admission en réanimation pourrait alors être lue

comme le principal argument pour la LAT alors qu'en réalité, la décision avait été en amont déjà prise par l'équipe demandeuse, en tenant compte de paramètres beaucoup plus riches et divers. L'avis demandé relève alors plus d'une discussion avec une équipe de soins palliatifs qui serait plus légitime pour discuter du projet de soins. En période de garde, en cas d'impossibilité à solliciter les équipes de soins palliatifs, ce type d'appel est plus fréquent. En l'absence d'urgence vitale immédiate, il convient donc que le réanimateur fasse préciser au demandeur le sens de sa demande et expliciter ce qu'il attend de lui. Il convient également qu'il accepte de jouer éventuellement et successivement d'abord un rôle d'expert, puis un rôle de facilitateur de la réflexion éthique et ceci qu'il soit officiellement investi du rôle de consultant au sens de la loi Léonetti ou non.

Deux écueils à éviter : la bunkerisation des soins intensifs et l'interventionnisme systématique.

Éviter la « bunkerisation » des soins intensifs

Depuis la fin des années 1990, les services de soins intensifs ont considérablement humanisé la prise en charge des patients en intégrant progressivement une culture palliative dans leur pratique. La promulgation de la loi Léonetti en 2005 a contribué à l'ouverture de ces services en imposant la présence d'un consultant étranger à l'équipe pour les décisions de LAT. Réciproquement, des réanimateurs sont appelés en tant que consultants dans d'autres services, ce qui favorise une acculturation mutuelle. Il n'est maintenant pas rare que des patients soient admis en soins intensifs avec des objectifs limités en termes de durée et/ou de moyens, en accord avec ses soignants habituels et sa famille. Aujourd'hui, l'admission en réanimation ne peut plus être considérée comme une décision binaire et doit impérativement s'intégrer dans un projet de soins personnalisés, cohérent avec le pronostic et en accord avec les valeurs du patient. Cette évolution implique un dialogue en amont avec les médecins des autres spécialités et les patients eux-mêmes. Ce dialogue, s'il est constructif, permet bien souvent de limiter les désaccords et conflits entre réanimateur et autre spécialiste. En effet si refuser d'assister un confrère en garde serait manquer à un devoir déontologique, exiger que la pertinence du transfert en soins intensifs soit d'abord formellement établie et motivée par le demandeur avant de le demander au réanimateur serait aussi une régression. Ce serait réactiver l'aphorisme qu'on entendait encore parfois il y a vingt ans : « *En réanimation les patients sont là pour être réanimés ; si vous ne voulez pas qu'on les réanime, gardez les dans votre service.* » En 2024, le réanimateur ne peut donc certainement plus s'enfermer

dans son unité comme dans une tour d'ivoire et réduire son intervention à une réponse binaire à la question « peut-on ou non réanimer ? ».

Éviter l'interventionnisme systématique

Les « avis extérieurs » constituent une des missions fondamentales du réanimateur de garde mais des sollicitations excessives peuvent avoir des conséquences délétères, notamment pour les autres patients hospitalisés en réanimation. Lorsque ces avis concernent des patients hospitalisés dans un autre service du même hôpital, le réanimateur est obligé de quitter son service pour évaluer cliniquement les malades. Les sollicitations itératives ou prolongées risquent alors d'induire un allègement de la surveillance médicale et un retard de prise en charge des patients instables déjà hospitalisés en réanimation. Cette activité peut également avoir des conséquences sur les réanimateurs eux-mêmes. Les avis répétés, le plus souvent en urgence, provoquent des interruptions de tâches, facteur bien connu de *burn-out* chez tous les soignants [20]. Même si les réanimateurs y sont habitués, ces interruptions itératives au cours des périodes de garde peuvent favoriser des erreurs médicales et sont la cause de frustrations importantes chez les médecins. Souvent sous-estimée, cette charge mentale peut être particulièrement importante en cas de faible disponibilité des lits de réanimation. Les sollicitations répétées et la proportion importante de non-admission en réanimation ont ainsi été avancées pour expliquer les taux élevés de *burn-out* lors de la pandémie à COVID-19 [20].

Toutes les situations où la question de l'obstination déraisonnable se pose ne nécessitent pas l'avis d'un réanimateur. Si une part de collégialité est indispensable, même en période de garde, l'appel du réanimateur est inutile lorsque plusieurs médecins sont en accord sur une situation de fin de vie évidente, parfois même déjà anticipée par les proches ou l'équipe référente. L'avis collégial est souvent déjà possible au sein du service dans lequel le patient est hospitalisé et parfois conforme aux valeurs exprimées par le patient qui priment sur l'avis médical. Dans ce cas, la sollicitation du réanimateur pour acter la non-admission en soins intensifs peut apparaître comme parfaitement superflue [21]. De plus, il convient de rappeler qu'il n'est en aucun cas justifié d'entreprendre ou de maintenir des soins inutiles pour le patient dans un but exclusivement procédural et médicolegal, notamment lorsque le pronostic à court terme est évident en raison de l'âge et des comorbidités et de la pathologie du patient [4]. En d'autres termes, le réanimateur ne peut pas être dépositaire de toutes les décisions de LAT prises en période de garde dans son établissement. Sa participation à la collégialité doit être réservée aux situations de doute pronostique avéré

ou de méconnaissance de l'indication des techniques de suppléances et de leurs risques. Une sollicitation systématique à visée procédurale constituerait une instrumentalisation et pourrait conduire à une prolongation inutile de traitements, qualifiables d'obstination déraisonnable, dans l'attente de son intervention.

Propositions

Le chemin entre ces deux écueils est une crête étroite d'autant plus difficile à emprunter que l'urgence à décider est avérée. Elle ne se prête à aucune standardisation, puisqu'outre l'état du patient, elle dépend aussi de la charge de travail de chacun des intervenants, de la disponibilité des lits de soins intensifs, et de l'écart d'expérience entre les interlocuteurs.

Gestion des appels

Même si la distinction entre les deux types d'appels exposée plus haut est en réalité assez théorique, le fait de tenter de faire préciser à chaque fois les cadres déontologique et éthique de la demande peut être éclairant pour le demandeur lui-même. Une meilleure connaissance des principes des lois Léonetti et Claeys-Léonetti sur les droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie pourrait contribuer à diminuer les avis extérieurs systématiques et réserver les appels du réanimateur pour les situations complexes.

On pourrait également plaider en faveur d'une formation des médecins qui prennent des gardes en soins critiques non seulement aux critères d'admission dans l'unité, mais aussi à la gestion des appels à l'aide de collègues moins expérimentés ou plus inquiets. Il pourrait s'agir d'une formation en termes de communication, afin d'aider l'appelant à reformuler une demande pour distinguer ce qui relève de l'avis de réanimation de ce qui relève d'une aide à la décision de limitation. De plus une formation éthique au cours du cursus de réanimation ou lors de la formation continue permettrait au réanimateur d'apporter une réelle compétence à argumenter ses décisions : savoir repérer les conflits de valeurs en question et identifier les principes éthiques à prioriser dans une situation clinique complexe.

Investissement des réanimateurs dans la conception des projets de soins des patients, en amont des soins intensifs

L'anticipation des situations potentielles est primordiale pour diminuer les sollicitations des médecins réanimateurs [10, 22–24]. En effet, les discussions en amont permettent dans les cas les plus complexes de dessiner un projet de soins qui facilite la prise de décisions en

urgence. Cette stratégie concerne peu de patients mais bien souvent les plus complexes. La mise en place de telles discussions dépend essentiellement des médecins spécialistes en charge des patients, de leur connaissance de la réanimation, et des soins palliatifs. Elles sont aussi l'occasion d'aborder avec le patient les directives anticipées (voir plus loin). Enfin elles permettent l'instauration d'un dialogue inter-équipe au moment où le patient concerné n'est pas dans un état dans lequel l'urgence précipite la décision.

De telles discussions sous forme de RCP de cas complexes ne peuvent être généralisées. En effet le type de patients concerné n'est pas simple à définir et dépend de chaque spécialité. De même, le mode d'intervention du réanimateur auprès des spécialistes et du patient peuvent être difficile à appréhender pour des patients n'ayant aucune indication de réanimation au moment de la discussion. Néanmoins, ces discussions impliquant le réanimateur (qui interviendrait en tant que spécialiste des défaillances d'organes) peuvent être à la fois bénéfique pour le patient (expliquer les enjeux de la réanimation, les techniques invasives, discuter le projet de soins et les valeurs), pour les proches (prise de conscience du pronostic du patient, implication en amont de la décision pour désamorcer les conflits potentiels), et pour les équipes (discussions sereines en l'absence d'urgence, décisions collégiales, diminution du risque de soins inappropriés, enseignement sur les soins de confort).

Formation aux enjeux de la réanimation.

Pour certaines spécialités médicales, il existe une formation obligatoire au cours de l'internat qui permet d'appréhender l'intensité des soins. Généraliser une formation au parcours des patients, enseigner les principales étapes et leurs enjeux, et intégrer des enseignements sur l'éthique et les soins palliatifs pourrait permettre à tous les médecins de se sentir légitimes dans la prise de décisions d'intensité thérapeutique. La communication avec le patient et ses proches pourrait en être plus éclairée. Une culture de la réanimation chez tous les médecins pourrait permettre d'améliorer la communication entre équipes. En effet, une meilleure connaissance de l'agressivité des soins de réanimation et des risques liés à un séjour en réanimation, permettrait d'évaluer plus objectivement les demandes de transfert en réanimation. Les enjeux de la réanimation peuvent aussi être appréhendés au quotidien par la rencontre régulière entre le médecin spécialiste, l'équipe de réanimation et le patient à l'occasion du séjour en réanimation. Ces visites du patient transféré en réanimation permettent à la fois de redéfinir en équipe le projet de soin en fonction de l'évolution, d'avoir un dialogue permanent entre

spécialistes et de ce fait de faciliter la communication entre équipe.

Promouvoir les directives anticipées et la personne de confiance

Les décisions au sujet du niveau d'engagement thérapeutique reviennent en tout premier lieu au patient. La rédaction de directives anticipées expliquées par l'équipe en charge du patient, permettraient probablement d'éviter le recours au réanimateur en urgence, dans un certain nombre de cas. De même, la désignation d'une personne de confiance qui permet de relater les valeurs du patient dans le cas où celui-ci n'est plus en mesure de le faire, permettrait de faciliter les décisions. Même si elles ne peuvent dispenser d'une discussion avec les proches et d'une démarche d'actualisation en situation d'urgence, ces discussions en amont (qu'elles soient écrites ou relatées par la personne de confiance) permettent bien souvent de connaître l'état d'esprit du patient vis-à-vis de sa pathologie chronique et éventuellement des soins invasifs. Elles peuvent améliorer la réflexion sur l'engagement thérapeutique dans des situations au cours desquelles le patient n'est pas en état de décider. Or les directives anticipées (DA) qui pourraient aider à la prise de décision sont trop peu souvent rédigées (2,5 à 12 %) [25] ou disponibles en urgence. Plusieurs facteurs entraînent l'absence de rédaction des DA : leur méconnaissance par les patients, la réticence à rédiger un tel document associé au manque de temps de discussion avec le médecin, et l'absence de formation médicale à la discussion sur les DA [26]. Un premier pas vers la généralisation des DA serait d'inviter tout patient sortant de nos services à les rédiger ou au moins à en discuter et à les colliger.

Intelligence artificielle

Le développement d'algorithmes pourrait permettre d'évaluer avec une plus grande précision les probabilités de survie, en tenant compte des données anamnestiques mais aussi de l'évolution des constantes vitales. Dans un futur proche, ces technologies pourront constituer une aide supplémentaire à la prise de décisions mais elles ne permettront pas de s'affranchir de la communication avec le patient et/ou ses proches. En réponse aux problématiques soulevées dans cet article sur les sollicitations hors des murs, il est possible d'imaginer un positionnement de l'IA : une maîtrise de l'outil par les praticiens non-réanimateurs leur permettant d'avoir, en amont de la sollicitation, une meilleure estimation du bénéfice à une prise en charge en réanimation (diminuant alors la fréquence des appels) mais aussi une aide, pour le réanimateur, avec cette même estimation, afin

de statuer au mieux sur le niveau d'engagement thérapeutique. Comme évoqué précédemment, la sollicitation du réanimateur intervient souvent dans un processus, où le fardeau de la décision nécessite un partage entre médecins [27]. L'émergence de l'IA permettrait d'avoir un intervenant supplémentaire, virtuel cette fois-ci, pouvant potentiellement soulager les praticiens dans la démarche de prise de décision. Néanmoins, elle ne permettra probablement pas de s'affranchir de la discussion avec le patient sur ses valeurs. La place centrale du réanimateur dans ces décisions n'est pas incompatible avec une utilisation prudente de l'IA, en tenant compte du risque de prophétie auto-réalisatrice. En effet, le bénéfice d'une admission ne peut se chiffrer uniquement en termes de pourcentage de survie. D'autres paramètres humains peuvent être impliqués. De plus, même si l'évaluation par l'IA semble plus efficiente que l'avis clinique dans bien des domaines, l'utilisation répétée de telles techniques pourraient entraîner à moyen terme, un manque d'expérience clinique dans l'évaluation et la discussion avec les patients.

Conclusion

Même si elles sont parfois jugées trop fréquentes et source de charge mentale importante, les sollicitations en dehors de la réanimation constituent l'une des missions fondamentales du réanimateur, que ce soit pour discuter l'admission d'un patient ou pour discuter d'éventuelles LAT. La gestion des défaillances d'organe, l'approche clinique transversale, et la communication avec les patients ou leurs proches font du réanimateur un acteur central pour définir un projet thérapeutique personnalisé particulièrement pendant les périodes de gardes pendant lesquelles les spécialistes et les équipes de soins palliatifs ne sont pas présents

Une meilleure connaissance concernant les droits des malades en fin de vie, un investissement systématisé des réanimateurs dans la conception des projets de soin des patients en amont de la réanimation, une formation généralisée au parcours des patients et des enjeux d'un séjour en réanimation, la promotion des directives anticipées, et (bientôt) l'intelligence artificielle sont autant d'outils qui peuvent contribuer à diminuer les avis extérieurs systématiques pour que le réanimateur se consacre aux situations les plus complexes.

Conflits d'intérêts

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

Affiliations

¹ CHU Saint Louis, Service de Médecine Intensive et réanimation

1 avenue claudé Vellefaux 75010 Paris

² CHU de Marseille - Hôpital de la Timone, Service de Réanimation

Chirurgicale Cardio-Vasculaire

264 Rue Saint-Pierre 13385 Marseille Cedex 05

³ CHRU de Lille - Hôpital Jeanne de Flandre

Service de Réanimation Pédiatrique

Avenue Eugène Avinée 59037 Lille

⁴ CHU Henri Mondor Service de Réanimation Médicale 51

Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 94010 Créteil

⁵ CH de la Dracénie Service de Réanimation Polyvalent

Route de Montferrat 83300 Draguignan

⁶ Hôpital Privé Jacques Cartier, Service de Médecine Intensive Réanimation

6, Avenue du Noyer Lambert 91300 Massy

⁷ Vaugirard - Humanités et Management

21 Rue d'Assas 75270 Paris

⁸ Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP)

Service de Médecine intensive réanimation

20 Rue Leblanc 75908 Paris

⁹ CHRU de Lille - Hôpital Roger Salengro

Service de Réanimation Polyvalente

Avenue Emile Laine 59037 Lille

¹⁰ CHRU de Tours - Hôpital Bretonneau

Service de Médecine Intensive - Réanimation

2 bis, Boulevard Tonnellé 37044 Tours

¹¹ CHU de Reims - Hôpital Maison Blanche

Réanimation pédiatrique/soins palliatifs

45, Rue Cognacq Jay 51092 Reims

¹² École de Psychologues Praticiens (EPP)

Service de Réanimation Chirurgicale Polyvalente

23 Rue du Montparnasse 75006 Paris

¹³ CH de Dieppe Service de Réanimation Polyvalente

Avenue Pasteur 76202 Dieppe

¹⁴ Hôpital Foch Service de Médecine Intensive Réanimation

40, Rue Worth 92151 Suresne

¹⁵ CHU de Nantes - Hôpital Femme-Enfant-Adolescent

Service de Réanimation Pédiatrique

38 Boulevard Jean-Monnet 44093 Nantes

Références

1. Journal Officiel de la République : code de la santé publique article R 33. Soins critiques [en ligne] consulté le 25/03/2024. legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045678194.
2. Adielsson A, Danielsson C, Forkman P, et al. (2022) Outcome prediction for patients assessed by the medical emergency team: a retrospective cohort study. *BMC Emerg Med.* 22(1):200. DOI : 10.1186/s12873-022-00739-w
3. E. Dupeyrat, E. Casalino, M. Wolff , et al. (2012) Les avis des réanimateurs aux urgences : Etat des lieux à l'hôpital Bichat-Claude-Bernard. *Réanimation.* (22):S162-165.
4. Reignier J, Feral-Pierssens AL, Boulain T, et al. (2019) Withholding and withdrawing life-support in adults in emergency care: joint position paper from the French Intensive Care Society and French Society of Emergency Medicine. *Ann Intensive Care.* 9(1):105. DOI : 10.1186/s13613-019-0579-7
5. Reignier J, Dumont R, Katsahian S, et al. (2008) Patient-related factors and circumstances surrounding decisions to forego life-sustaining

- treatment, including intensive care unit admission refusal. *Crit Care Med.* 36(7):2076-83. DOI : 10.1097/ccm.0b013e31817c0ea7
6. Journal Officiel de la République : code de la santé publique A 4127 60. Rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé [En ligne] consulté le 25/03/2024. Disponible sur: legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912928
 7. Hamlin SK, Fontenot NM, Hooker SJ, Chen HM (2023) Systems-Based Physical Assessments: Earlier Detection of Clinical Deterioration and Reduced Mortality. *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses.* 32(5):329-37. DOI : 10.4037/ajcc2023113
 8. Thiéry G, Azoulay E, Darmon M, et al. (2005) Outcome of cancer patients considered for intensive care unit admission: a hospital-wide prospective study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1 juill 2005;23(19):4406-13. DOI : 10.1200/jco.2005.01.487
 9. Azoulay E, Mokart D, Pène F, et al. (2023) Outcomes of critically ill patients with hematologic malignancies: prospective multicenter data from France and Belgium--a groupe de recherche respiratoire en réanimation onco-hématologique study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 31(22):2810-8 DOI : 10.1200/jco.2012.47.2365
 10. Quenot JP, Ecartot F, Meunier-Beillard N, et al. (2017) What are the ethical aspects surrounding the collegial decisional process in limiting and withdrawing treatment in intensive care? *Ann Transl Med.* 5(Suppl 4):S43. DOI : 10.21037/atm.2017.04.15
 11. Journal Officiel de la République : code de la santé publique A 4127 37. Devoirs envers les patients [En ligne]. consulté le 25/03/2024 Disponible sur: legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021773765/2010-10-31
 12. Ferrand E, Reignier J, Boles JM, Melot C (2010) Limitations et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation 2009. *MIR.* 706-17.
 13. Cremer R, de Saint Blanquat L, Birsan S, et al. (2021) Withholding and withdrawing treatment in pediatric intensive care. Update of the GFRUP recommendations. *Arch Pédiatrie.* 28(4):325-37. DOI : 10.1016/j.arcped.2021.03.004
 14. Cremer R, Graftieux J, Renault A, et al. (2012) Le consultant pour les limitations et les arrêts de traitement en réanimation. *Réanimation.* 231-5.
 15. Roch A, Persico N (2017) Le Réanimateur aux urgences : acteur ou consultant? *MIR.* 354-6.
 16. Rigaud JP, Meunier-Beillard N, Aubry R, et al (2016). Le médecin réanimateur : un consultant extérieur pour un choix éclairé du patient et de ses proches ? *Réanimation.* 25(4):367-71.
 17. Lesieur O, Quenot JP, Cohen-Solal Z, et al. Admission criteria and management of critical care patients in a pandemic context: position of the Ethics Commission of the French Intensive Care Society, update of April 2021. *Ann Intensive Care.* 26 avr 2021;11(1):66. DOI : 10.1186/s13613-021-00855-z
 18. Cremer R, Valette P (2021) Peut-on parler de tri et avec qui ? *Ethique et santé.* 18(1): 18-22. DOI : 10.1016/j.etiqe.2020.11.002
 19. Cremer R, Zygart S (2024) Quels sont les repères éthiques quand l'entourage d'un patient refuse la décision d'arrêt des traitements en réanimation ? *Med. Intens. Réa.* HS1. DOI : 10.37051/mir-00178
 20. Azoulay E, Pochard F, Reignier J, et al. (2021) Symptoms of Mental Health Disorders in Critical Care Physicians Facing the Second COVID-19 Wave: A Cross-Sectional Study. *Chest.* 60(3):944-55. DOI : 10.1016/j.chest.2021.05.023
 21. Douplat M, Jacquin L, Frugier S, et al (2020). Difficulty of the ethical decision-making process in withholding and withdrawing life-sustaining treatments in French EDs during COVID pandemic. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 28(1):78. DOI : 10.1186/s13049-020-00772-3
 22. Rigaud JP, Large A, Meunier-Beillard N, et al. (2017) What are the ethical aspects surrounding intensive care unit admission in patients with cancer? *Ann Transl Med.* 5(Suppl 4):S42. DOI : 10.21037/atm.2017.12.01
 23. Quenot JP, Ecartot F, Meunier-Beillard N, et al. (2017) What are the ethical questions raised by the integration of intensive care into advance care planning? *Ann Transl Med.* 5(Suppl 4):S46. DOI : 10.21037/atm.2017.08.08
 24. Quenot JP, Ecartot F, Rigaud JP (2017) Ethical issues in intensive care: more questions than answers. *Ann Transl Med.* 5(Suppl 4):S36. DOI : 10.21037/atm.2017.12.04
 25. Feldman C, Sprung CL, Mentzelopoulos SD, et al. (2022) Global Comparison of Communication of End-of-Life Decisions in the ICU. *Chest.* 162(5):1074-85. DOI : 10.1016/j.chest.2022.05.007
 26. Baron M (2019) Améliorer le taux de rédaction des directives anticipées : consensus d'experts sur un dispositif d'accompagnement du médecin traitant regroupant formation, information et valorisation financière. *Médecine humaine et pathologie.* 2019. (dumas-03129098). <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03129098>
 27. Goulenok C, Cohen-Solal Z, David R, et al (2022) La décision médicale en réanimation, un indispensable fardeau. *Médecine Intensive Réanimation,* 31(2):69-746. DOI : 10.37051/mir-00101