



Vivre la réanimation

Le point de vue du patient



Guillaume Thiéry

Médecine Intensive Réanimation

CHU de Saint-Etienne

guillaume.thiery@chu-st-etienne.fr



RESHAPE
Research on Healthcare Performance

Déclaration de conflits d'intérêt

- Participation à un Advisory board pour Gilead Kite, dans le cadre du développement des CAR-T Cells (2018)
- Présentation pour Amgen sur les CAR-T Cells (2019)
- Enseignement postuniversitaire – MSD (non rémunéré) (2018)
- Membre du Conseil d'Administration de la Société de Réanimation de Langue Française (2019)
- Responsable du groupe SRLF – Patients Proches (2021)

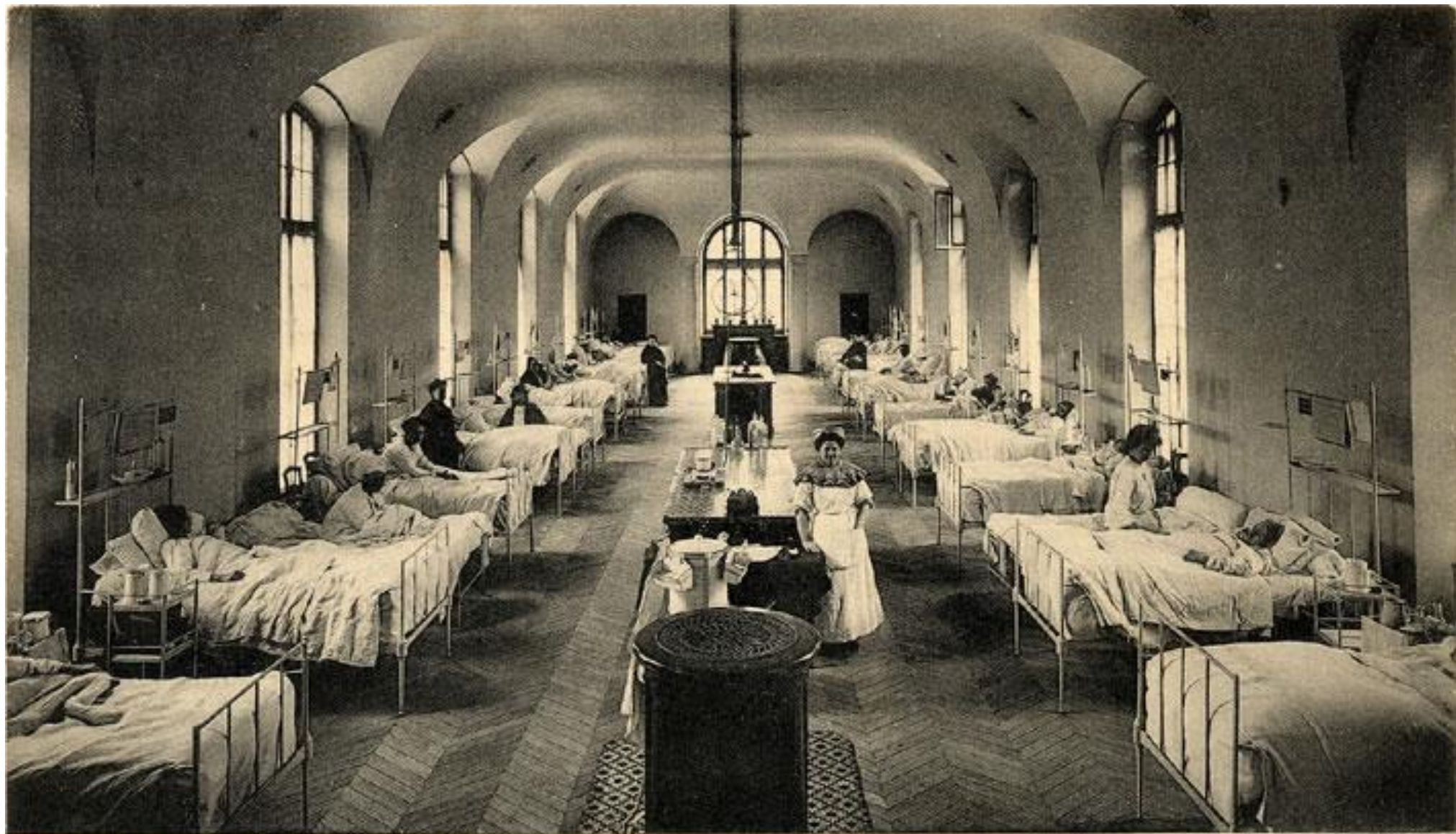
Vivre la réanimation du point de vue des patients

Ce qui est
difficile

Ce qu'il y a
de bien

Ce qu'on
peut faire
mieux

L'après-
réanimation



A. P.

15. HOTEL-DIEU — Salle Gueneau de Mussy - Médecine, femmes

E.D.



**THE ANAESTHETIC MANAGEMENT
OF PATIENTS WITH POLIOMYELITIS
AND RESPIRATORY PARALYSIS**

BY

ERIK WAINØ ANDERSEN, M.D.

Chief Anaesthetist, Copenhagen County Hospital

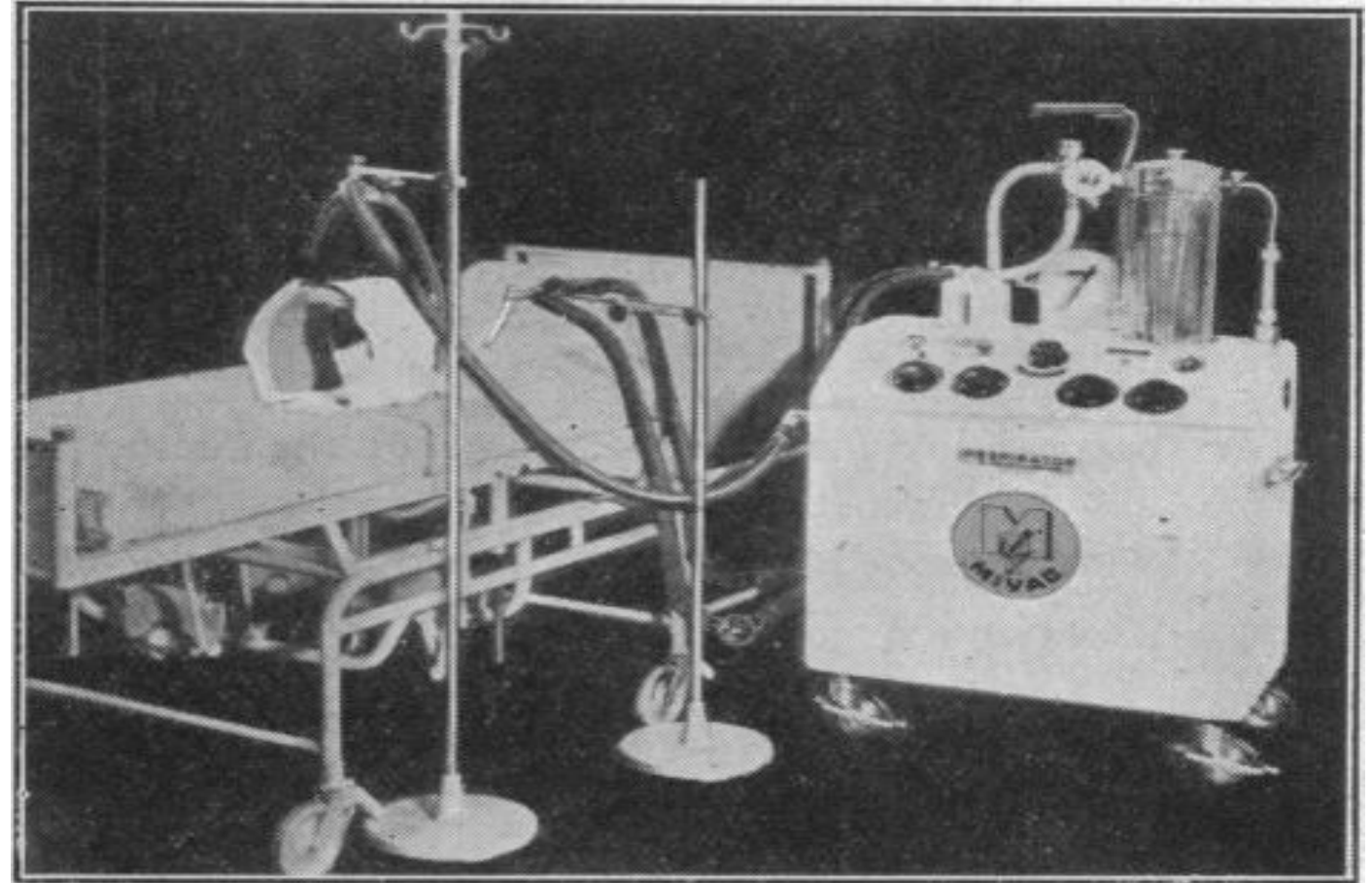
AND

BJØRN IBSEN, M.D.

*Senior Anaesthetist, Municipal Hospital, Copenhagen
(From the Department for Communicable Diseases,
Blegdams Hospital, Copenhagen)*



Bjørn (Aage) Ibsen (1915-).



« Mieux vivre la Réanimation »

6^{ème} Conférence de consensus SRLF-SFAR

Paris, 19 novembre 2009

Promoteurs

Conférence organisée conjointement par
la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
la Société de Réanimation de Langue Française

Copromoteurs

avec la participation du Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques
(GFRUP),
et de l'Association des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française
(ADARPEF)

Comité d'Organisation

Président du Comité d'organisation : C. MARTIN (Marseille)

SFAR :

J.-Y. LEFRANT (Nîmes)

M. LEONE (Marseille)

C. PAUGAM (Clichy)

O. PAUT (Marseille)

SRLF :

G. CAPELLIER (Besançon)

A. CRAVOISY (Nancy)

L. DUPIC (Paris)

I. VERHEYDE (Roubaix)

I. VINATIER (La Roche-sur-Yon)

Jury du Consensus

Président du Jury : F. FOURRIER (Lille)

E. BELLE (Besançon)

P. BLANCHET (Cormebarieu)

J. CHARPENTIER (Paris)

V. DAS (Montreuil-sous-Bois)

O. FOURCADE (Toulouse)

I. GRANIER (Toulon)

G. LEBUFFE (Lille)

C. MILESI (Montpellier)

L. MULLER (Nîmes)

J. PINGAT (Dijon)

C. SCHWEBEL (Grenoble)

R. VIALET (Marseille)

Conseillers scientifiques

SFAR :

S. BELOUCIF (Bobigny)

SRLF :

E. AZOULAY (Paris)

Chargés de bibliographie

SFAR :

F. MICHEL (Marseille)

SRLF :

I. COQUET (Suresnes)

A. LAUTRETTE (Clermont-Ferrand)

Conférence de Consensus organisée selon la méthodologie de la HAS

Préambule:

La réanimation est un lieu de vie...

... mais c'est aussi une agression (patients, proches,
soignants)

Question 1: quelles sont les barrières au mieux vivre?

Question 2: Comment améliorer l'environnement?

Question 3: Quels soins permettent le « mieux vivre »?

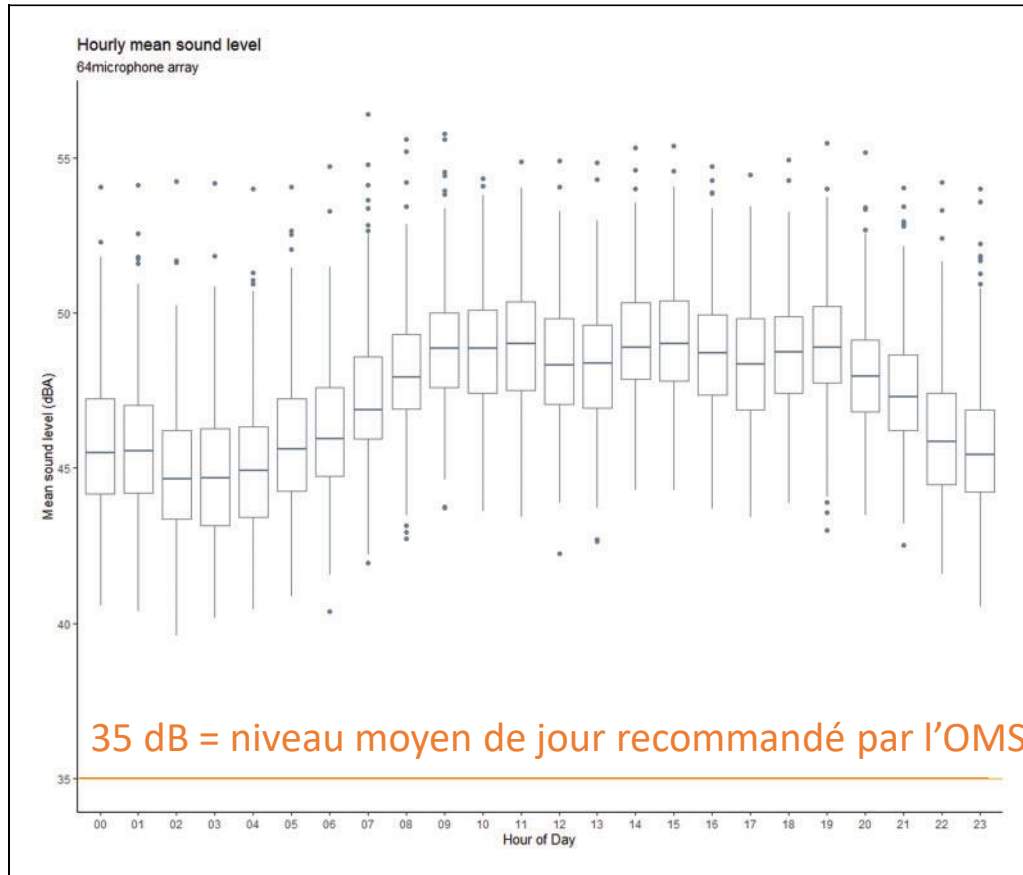
Première barrière: les inconforts ressentis par les patients

Les principaux inconforts ressentis par les patients

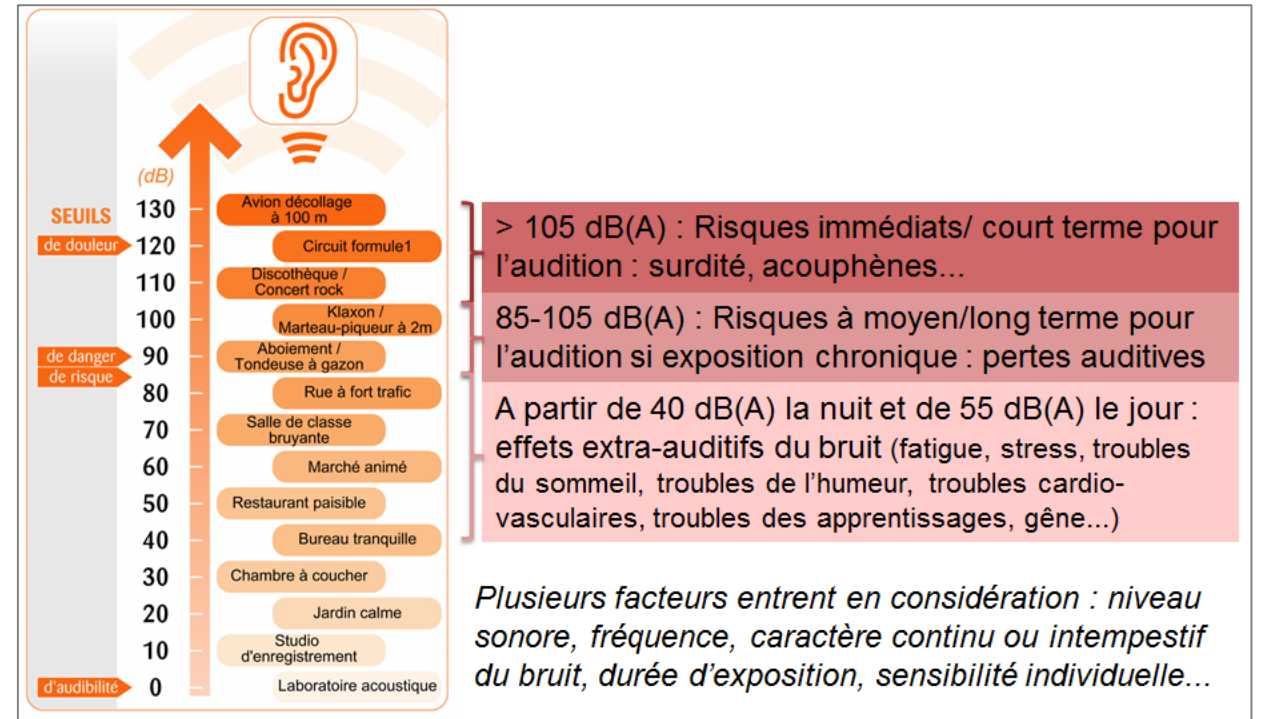
- Le bruit
- La lumière
- Les tuyaux
- Le sommeil
- La soif
- L'angoisse
- La douleur
- L'organisation des soins

Le bruit en réanimation

276 enregistrements de 24h entre octobre 2016 et mai 2018



Niveau sonore moyen (dB)

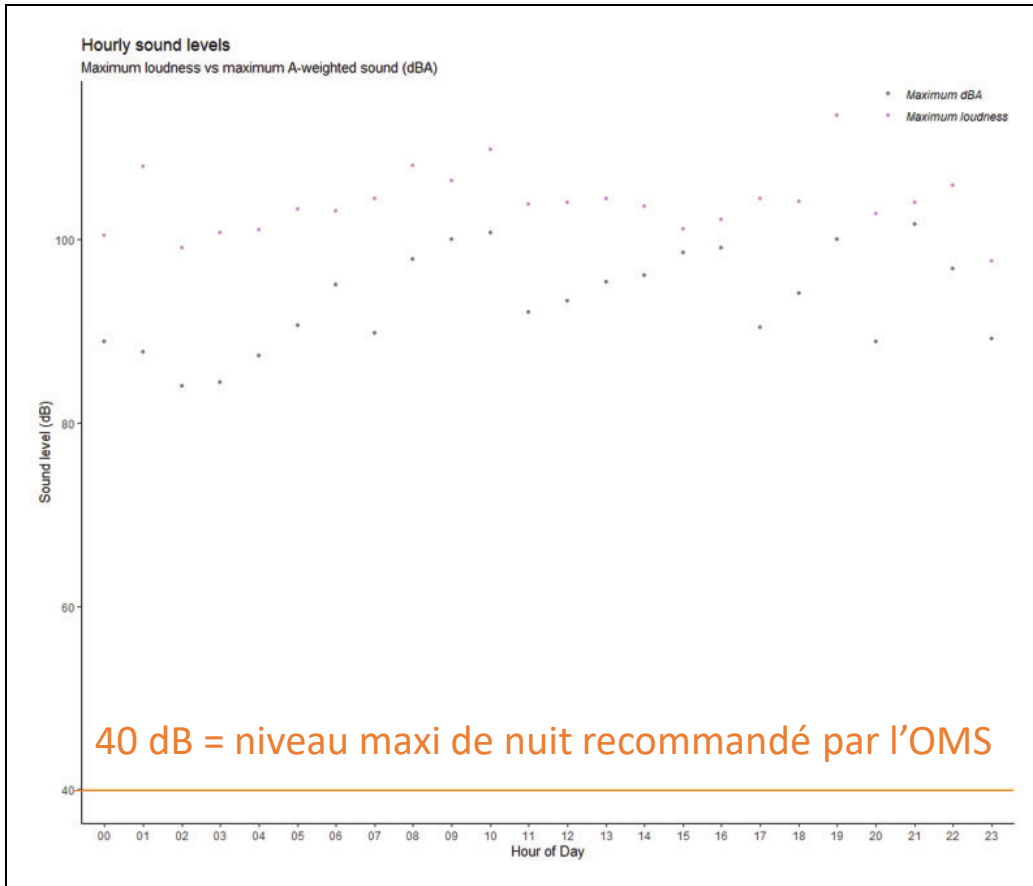


Pour dormir : < 30 dB

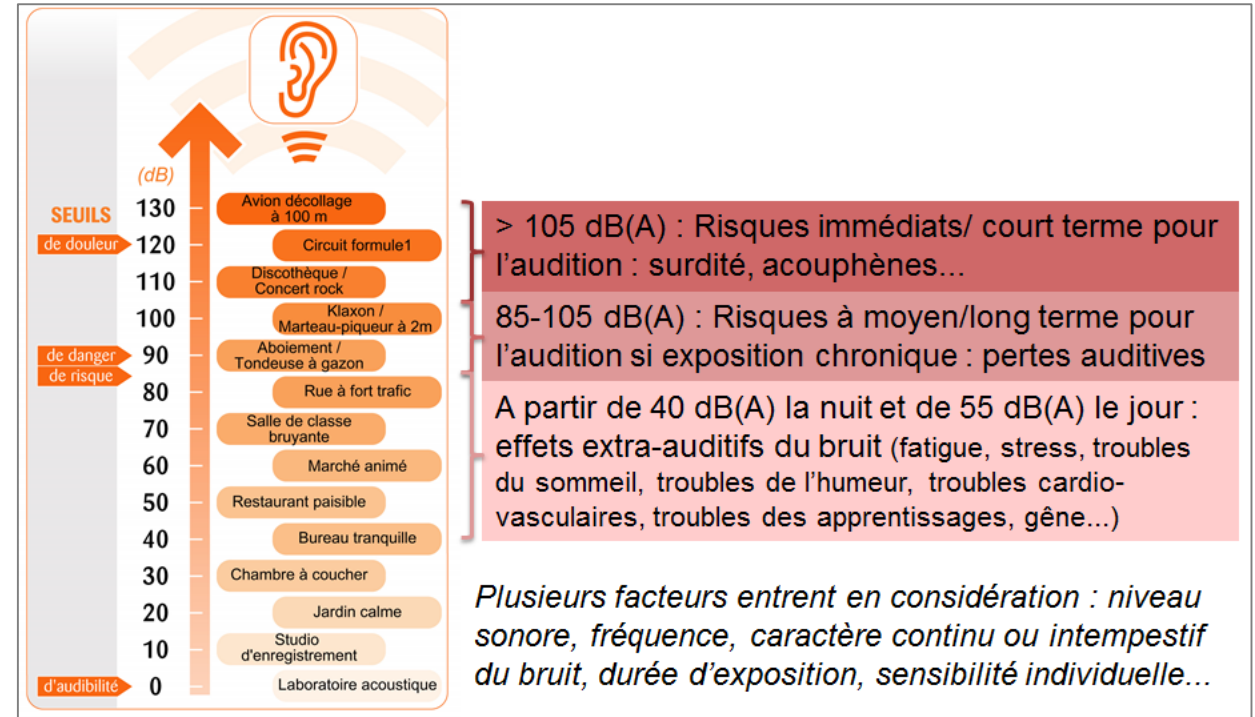
Bruit qui réveille: >45 dB

Le bruit en réanimation

276 enregistrements de 24h entre octobre 2016 et mai 2018



Niveau sonore aux pics (dB)



Pour dormir : < 30 dB

Bruit qui réveille: >45 dB

Les alarmes

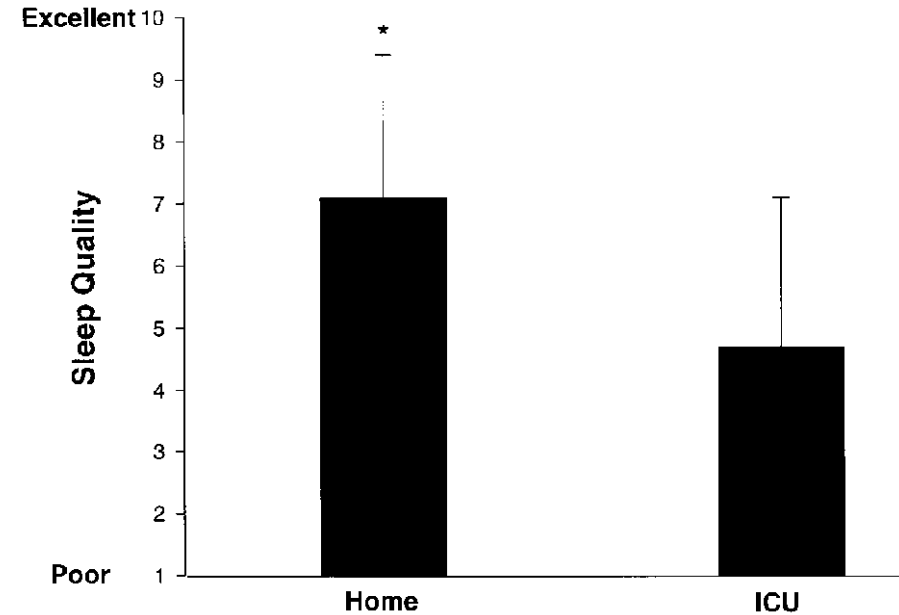


187 alarmes audibles / patient / jour

5-20% réellement utiles

Les altérations du sommeil

- ↘ de la durée
- ↘ de la qualité
- ↘ de la perception de bien dormir
- ↘ de l'aptitude au sevrage ventilatoire
- ↗ délirium??



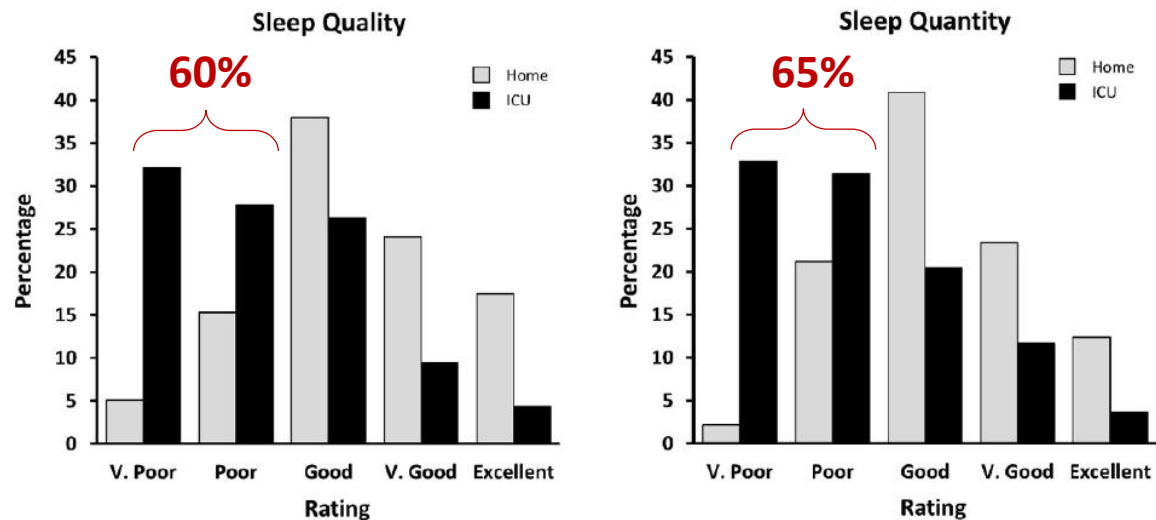
Freedman N, AJRCCM 1999
Thille A, ERJ 2018

Article

ICU Patients' Perception of Sleep and Modifiable versus Non-Modifiable Factors That Affect It: A Prospective Observational Study

F. Eduardo Martínez ^{1,2}, Amber-Louise Poulter ¹, Charuni Seneviratne ¹, Abbey Chrimes ¹, Kenneth Havill ¹, Zsolt J. Balogh ^{2,3,*} and Gemma M. Paech ^{2,4}

141 patients interrogés entre leur sortie de réanimation et leur sortie de l'hôpital



10 facteurs principaux (30 à 50% des patients)

1. Bruit
2. Lumière
3. Soif
4. Douleur
5. Tuyaux
6. Conversations
7. Désorientation temporelle
8. Position
9. Anxiété
10. Soins

vert: modifiables orange: potentiellement modifiables noir: non modifiables

3 facteurs peu fréquents (<10% des patients)

- Toilette
- Contentions
- Respirateur

Peut-on améliorer le sommeil?

- **Mélatonine**

- **Méta-analyse Cochrane 2018**

- 4 essais inclus, critères de jugements hétérogènes (patient, infirmière, EEG, BIS...)
 - ➔ Pas d'évidence d'amélioration de la qualité ou quantité de sommeil

- **Essai Pro-MEDIC**

- RCT double aveugle, 847 patients
 - Pas d'effet sur le délirium
 - Pas d'effet sur le sommeil (quantité et qualité)

*Lewis SR, Cochrane 2018
Wibrov B, ICM 2022*

Peut-on améliorer le sommeil?

Masque et bouchons d'oreille

Demoule *et al. Critical Care* (2017) 21:284
DOI 10.1186/s13054-017-1865-0


Critical Care

RESEARCH

Open Access

Impact of earplugs and eye mask on sleep in critically ill patients: a prospective randomized study



Alexandre Demoule^{1,2*} , Serge Carreira^{1,2}, Sophie Lavault^{3,4}, Olivier Pallanca^{3,4}, Elise Morawiec^{1,2}, Julien Mayaux², Isabelle Arnulf^{3,4} and Thomas Similowski^{1,2}

→ pas de bénéfice

- **Qualité et quantité de sommeil**
- **Anxiété, dépression, PTSD**

Questionnaire IPREA

- 1 Avez-vous souffert du **bruit** ?
- 2 Avez-vous souffert de la **lumière** ?
- 3 Avez-vous souffert du **lit** ?
- 4 Avez-vous souffert du manque de **sommeil** par rapport à d'habitude ?
- 5 Avez-vous souffert de la **soif** ?
- 6 Avez-vous souffert de la **faim** ?
- 7 Avez-vous souffert du **froid** ?
- 8 Avez-vous souffert de la **chaleur** ?
- 9 Avez-vous eu des **douleurs**,?
- 10 Avez-vous souffert d'être entouré de **tuyaux** ?
- 11 Avez-vous été gêné par le fait que votre **intimité** ne soit pas suffisamment respectée ?
- 12 Avez-vous souffert **d'angoisse**?
- 13 Avez-vous souffert **d'isolement** ?
- 14 Avez-vous été gêné par la **limitation des visites**?
- 15 Avez-vous été gêné de ne pas avoir de **téléphone** dans la chambre?
- 16 Avez-vous été gêné de n'être **pas assez informé**?

SEVEN-DAY PROFILE PUBLICATION



A tailored multicomponent program to reduce discomfort in critically ill patients: a cluster-randomized controlled trial

Pierre Kalfon^{1*}, Karine Baumstarck², Philippe Estagnasie³, Marie-Agnès Geantot⁴, Audrey Berric⁵, Georges Simon⁶, Bernard Floccard⁷, Thomas Signouret⁸, Mohamed Boucekine², Mélanie Fromentin⁹, Martine Nyunga¹⁰, Achille Sossou¹¹, Marion Venot¹², René Robert¹³, Arnaud Follin¹⁴, Juliette Audibert¹, Anne Renault¹⁵, Maïté Garrouste-Orgeas¹⁶, Olivier Collange¹⁷, Quentin Levrat¹⁸, Isabelle Villard¹⁹, Didier Thevenin²⁰, Julien Pottecher²¹, René-Gilles Patrigeon²², Nathalie Revel²³, Coralie Vigne²⁴, Elie Azoulay¹², Olivier Mimoz²⁵, Pascal Auquier² and on behalf of the IPREA Study group

- Etude dans 34 réanimation françaises
- Programme personnalisé de réduction des inconforts
 - Attention particulière portée aux inconforts
 - Membres de l'équipe dédiés à cette thématique

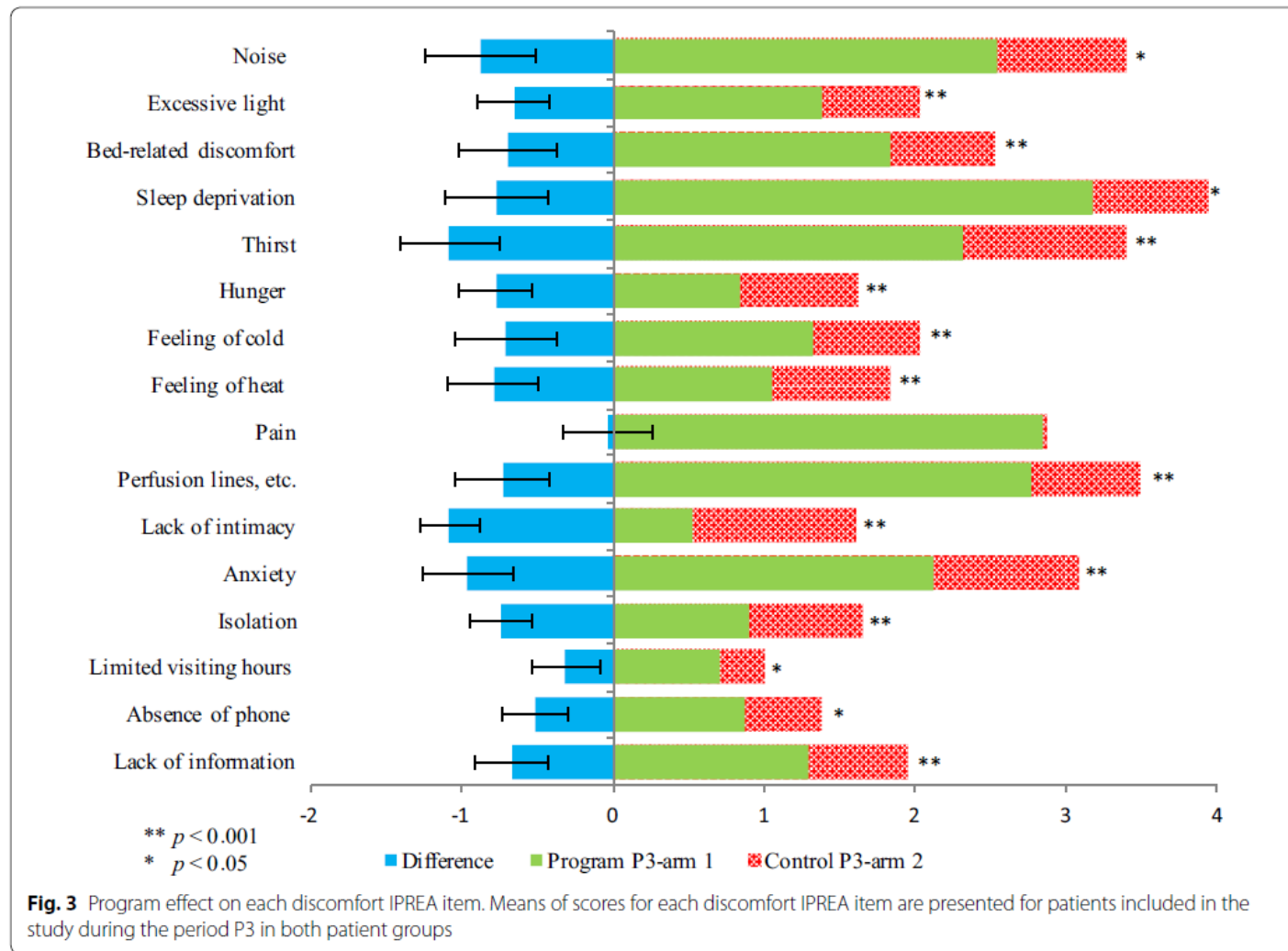


Fig. 3 Program effect on each discomfort IPREA item. Means of scores for each discomfort IPREA item are presented for patients included in the study during the period P3 in both patient groups

Les cauchemars et le délirium

Delirium : > 50% des patients, > 75% des patients ventilés

- Pour l'équipe: c'est un patient confus, agité
- Pour le patient: c'est un mélange de réalité et de cauchemars

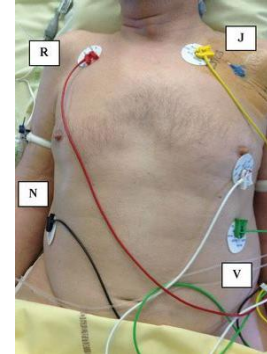
Réalité



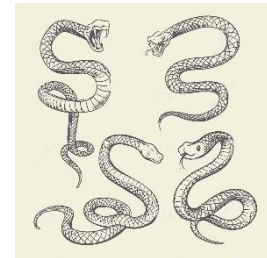
Ce qui est perçu
par le patient



Réalité



Ce qui est perçu
par le patient



Les souvenirs

Entre 20 et 65% des patients n'ont aucun souvenir

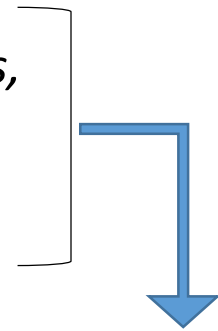
D'autant plus que patient âgé, séjour long, pathologie aigue sévère

*Samuelson K, ICM 2006
Rundshagen I, ICM 2002*

Certains ont des souvenirs altérés

→ **Emotional memories** (*panique, douleurs, être infonçortable, se sentir confus, anxieux, effrayé, déprimé*),

→ **Delusional memories** (*rêves, cauchemars, hallucinations, sensation de persecution...*)



Augmentation du risque de PTSD
(environ 40%)

Garrouste, JAMA 2019

Le journal de bord (Diary)

Jones et al. *Critical Care* 2010, **14**:R168
<http://ccforum.com/content/14/5/R168>



RESEARCH

Open Access

Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial

Christina Jones^{1,2}, Carl Bäckman³, Maurizia Capuzzo⁴, Ingrid Egerod⁵, Hans Flaatten⁶, Cristina Granja⁷, Christian Rylander⁸, Richard D Griffiths^{1,2*}, the RACHEL group

- 160 patients avec journal de bord vs 162 sans
- PTSD 5% (avec journal de bord) vs 13% (sans journal de bord)
- Tous sauf 1 l'ont lu
- 84% l'ont lu avec un proche
- La moitié considère que c'est ce qui les a le plus aidé

Effect of an ICU Diary on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Patients Receiving Mechanical Ventilation

A Randomized Clinical Trial

Maité Garrouste-Orgeas, MD^{1,2,3}; Cécile Flahault, PhD⁴; Isabelle Vinatier, MD⁵; [et al](#)

[» Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

JAMA. 2019;322(3):229-239. doi:10.1001/jama.2019.9058

 JAMA Network™

QUESTION What is the effect of an ICU diary, filled out by family members and ICU clinicians and shared with the patient, on posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms among patients receiving mechanical ventilation?

CONCLUSION This randomized clinical trial found that family members and clinicians keeping a diary during ICU stay did not reduce PTSD symptoms in patients following hospitalization.

POPULATION

213 Men
126 Women



Adult ICU patients who received mechanical ventilation within 48 hours of admission and for ≥2 days

Median age: 62 years

LOCATIONS

35
ICUs in France



INTERVENTION

657 Patients randomized
339 Patients analyzed



332
ICU diary
Usual ICU care plus diary kept by family members and clinicians, provided to patient after ICU discharge



325
No diary
Usual ICU care

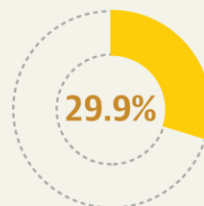
PRIMARY OUTCOME

Significant PTSD symptoms (Impact Event Scale-Revised score >22 [range, 0-88]) at discharge

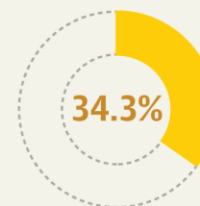
FINDINGS

Significant PTSD symptoms

ICU diary
49 of 164 patients



No diary
60 of 175 patients



Risk difference between groups:

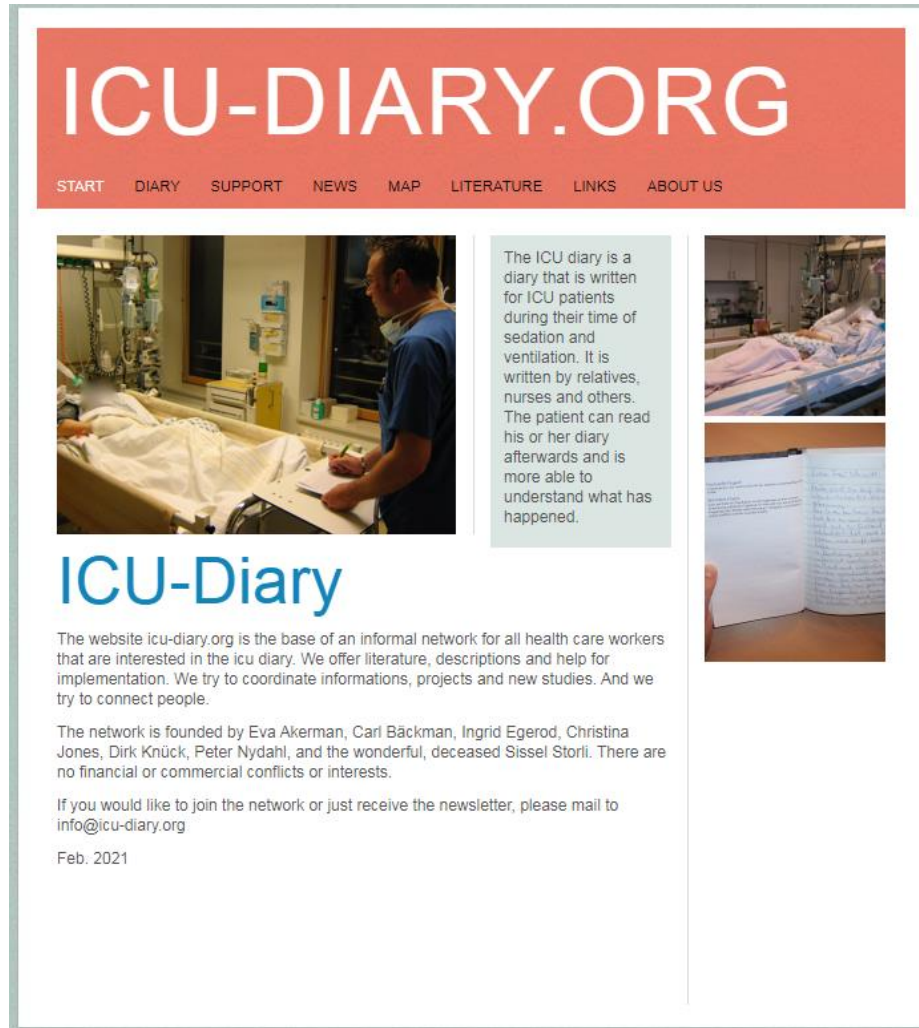
-4%
(95% CI, -15% to 6%)

© AMA

Pas de différence en termes de :

- Conséquences psychologiques patients et proches (PTSD, anxiété, dépression)
- Souvenirs

Le journal de bord (Diary)



The screenshot shows the homepage of ICU-DIARY.ORG. At the top, there is a red header with the website name in white. Below the header is a navigation menu with links for START, DIARY, SUPPORT, NEWS, MAP, LITERATURE, LINKS, and ABOUT US. The main content area features a large image of a nurse in a blue uniform attending to a patient in an ICU bed. To the right of this image is a text box explaining the ICU diary. Below the main image is the title 'ICU-Diary' in blue, followed by a paragraph describing the website's purpose. To the right of this text is another image showing an open diary with handwritten notes. At the bottom, there is a paragraph about the network's founders and contact information, and a date 'Feb. 2021'.

ICU-DIARY.ORG

START DIARY SUPPORT NEWS MAP LITERATURE LINKS ABOUT US

The ICU diary is a diary that is written for ICU patients during their time of sedation and ventilation. It is written by relatives, nurses and others. The patient can read his or her diary afterwards and is more able to understand what has happened.

ICU-Diary

The website [icu-diary.org](http://www.icu-diary.org) is the base of an informal network for all health care workers that are interested in the ICU diary. We offer literature, descriptions and help for implementation. We try to coordinate informations, projects and new studies. And we try to connect people.

The network is founded by Eva Akerman, Carl Bäckman, Ingrid Egerod, Christina Jones, Dirk Knüick, Peter Nydahl, and the wonderful, deceased Sissel Storli. There are no financial or commercial conflicts or interests.

If you would like to join the network or just receive the newsletter, please mail to info@icu-diary.org

Feb. 2021

Bénéfices « subjectifs » décrits **par les patients à distance** (reconstruction du « trou » de mémoire)

Bénéfices ressentis **par les proches au cours de l'hospitalisation**: de passifs ils deviennent actifs

La sensation d'isolement

Commentary

Critical Care
Explorations

Crit Care Expl 2019:

OPEN

“Get to Know Me” Board

Ognjen Gajic, MD¹; Ben D. Anderson²

Get to know me
getting to know you at Mass CritCare

Name Beny Dean Anderson
I like to be called Ben

Favorite

Movie Oh! God!
TV Show News Junkie - MSNBC
Book IQ of 63, SD WHAT! by Ben D Anderson
Music Beattles
Sport drinking beer to ha not for a long time
Food _____
Pet _____

Activities/Hobbies Ben is CEO of Break Through Inc 40 years celebration. Speaker on Disabilities website: bendanderson.com

Achievements B.S. in Vocational Rehab U-W-Stout Wisconsin 1992
Commissional Minister of disability ^{menomonee} education advocacy United Church of Christ


Things that Stress Me Out
Going to the hospital ☹️

Things that Cheer Me Up
going home from the hospital 😊😊

Other Things I'd Like You to Know About Me
married to Dee wife March 26 2006 wife Dee cell phone

At Home I Use

Glasses/Contact Lenses Hearing Aid
 Dentures Other _____



La perte de repères dans l'espace et dans le temps

- Manque d'alternance jour nuit
- Impossible de se situer géographiquement
- Fausses sensations
- Chambre impersonnelle

Les visites



Maintien du lien

Repères

La vie à l'extérieur

Réassurance

Participation aux soins

Trio : patient – proche - soignant

La visite des proches fait partie du soin

Recommandations

- **Conférence de consensus 2009 – SRLF/SFAR**
 - Sous réserve de la nécessité des soins et de la volonté du patient, il faut que la présence des proches soit rendue possible **sans restriction d'horaires**
 - La **présence des enfants** doit être facilitée et encadrée
- **Guidelines US 2016**
 - Family members of critically ill patients be offered **open or flexible family presence at the bedside** that meets their needs while providing support for staff and positive reinforcement for staff to work in partnership with families to improve family satisfaction. (2D)
 - Family members of critically ill patients be offered the option of **participating in interdisciplinary team rounds** to improve satisfaction with communication and increase family engagement. (2C)
 - Family members of critically ill patients be offered the option of **being present during resuscitation efforts**, with a staff member assigned to support the family. (2C)

Visites sans restrictions d'horaires (= flexibles)

Bénéfice pour les proches

Plus grande satisfaction
Moins d'anxiété
Meilleure communication

Bénéfice pour les patients

Réassurance
Soutien
Sécurité
Maintien du lien
Moins de délirium?

Bénéfice pour les soignants

Meilleure communication
Meilleure connaissance
Climat de confiance

RESEARCH

Open Access



Reappraisal of visiting policies and procedures of patient's family information in 188 French ICUs: a report of the Outcomerea Research Group

Maité Garrouste-Orgeas^{1,2,8*}, Isabelle Vinatier³, Alexis Tabah^{4,5}, Benoit Misset⁶ and Jean-François Timsit^{1,2,7}

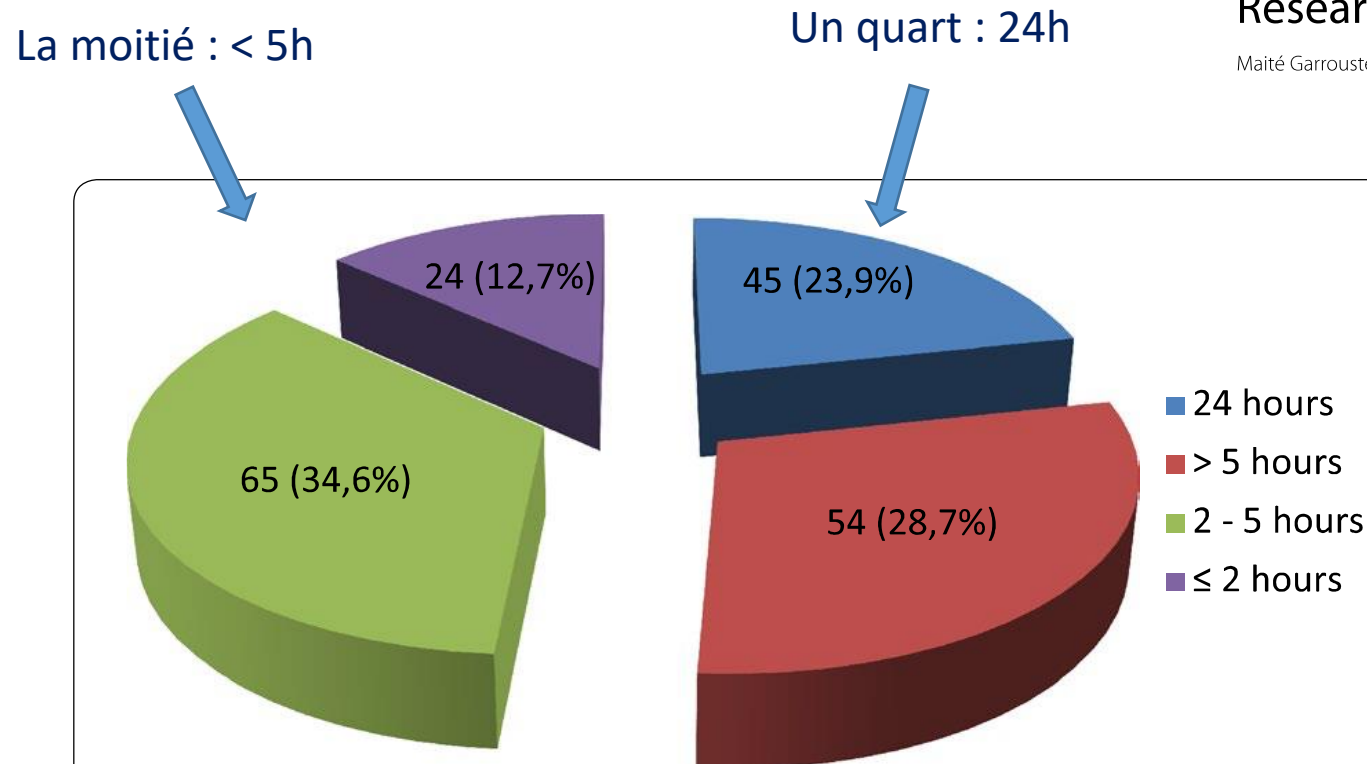


Fig. 2 Number of hours offered to presence of relatives in 188 French ICUs



Introduction of open visiting policy in intensive care units in Ukraine: policy analysis and the ethical perspective

**Igor A. Zupanets¹ · Viktoriia Ye. Dobrova¹ ·
Kseniia L. Ratushna¹  · Sergii O. Silchenko²**

Despite a lot of criticism, the Order that establishes OPV in all ICUs was signed in June 2016 by the Acting Minister of Health of Ukraine. The new policy introduced 24-h visiting of all ICUs without any time restrictions for one person regardless of family relationship.

Le COVID: le grand bon en arrière

CORONAVIRUS



**LES VISITES SONT INTERDITES
DANS TOUT L'ÉTABLISSEMENT**

Merci de votre compréhension



« Le retour des proches auprès des patients hospitalisés est aujourd'hui envisageable »

Alors que l'épidémie décroît, un collectif de praticiens hospitaliers estime, dans une tribune au « Monde », que supprimer toute visite d'un proche à un patient hospitalisé ne pourra pas rester la règle, tant pour son bien que pour celui des familles et des équipes soignantes.

Publié le 26 avril 2020 à 00h34 - Mis à jour le 26 avril 2020 à 07h02 | 🕒 Lecture 4 min.

Les signataires de cette tribune sont tous professeurs des universités et praticiens hospitaliers : Elie Azoulay (hôpital Saint-Louis, à Paris), Alexandre Boyer (CHU de Bordeaux), Didier Gruson (CHU de Bordeaux), Denis Malvy (CHU de Bordeaux), Jean Reignier (CHU de Nantes), René Robert (CHU de Poitiers) et Guillaume Thiery (CHU de Saint-Etienne).

SRLF - Société de Réanimation de Langue Française

www.srlf.org



RECOMMANDATIONS

Recommandations pour les visites des proches en réanimation

Ces recommandations ont été élaborées par la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), en collaboration avec l'association RéaProche¹ et l'Institut Français de l'Expérience Patient (IFEP)²
Texte validé par le Conseil d'Administration de la SRLF le 1 avril 2021*



Le quotidien des patients, ce sont aussi les soignants


Received: 31 May 2021 | Accepted: 31 May 2021

DOI: 10.1111/nicc.12673

GUEST EDITORIAL

BACN Nursing in Critical Care **WILEY**

Humanizing critical care

Nicki Credland RN, MMedSci, PGCE, PGCR, BSc(hons), Reader in
Critical Care Education, Chair^{1,2} 

Karin Gerber RN, MSc, BSc(hons), Advanced Nurse Practitioner
Critical Care Outreach, Conference Director²

¹Faculty of Health Sciences, University of Hull, Kingston upon Hull, UK

²BACCN, Newcastle Upon Tyne, UK

Therefore, as we look ahead, we need to remember what makes ICU nurses the special people that they are. It is the mix of the technical expertise combined with compassion; the ability to provide highly skilled care while dancing to ABBA because it is the patient's favourite music and is assisting them to feel positive. We absolutely must work toward resilient, supportive, and safe working environments. How-

... il faut se souvenir de ce que les infirmières de réanimation ont de particulier: un mélange de technicité et de compassion, un haut niveau d'expertise et la capacité à danser sur une musique d'ABBA si c'est la chanson préférée du patient...

... il nous faut travailler à rendre notre environnement résilient, sûr et encourageant....

RESEARCH ARTICLE

“A story with gaps”: An interpretative phenomenological analysis of ICU survivors’ experience

Cécile Flahault¹, Christel Vioulac¹, Léonor Fasse¹, Sébastien Bailly², Jean-François Timsit^{3,4,5}, Maité Garrouste-Orgeas^{3,6,7*}

- Etude qualitative
- 5 entretiens semi-dirigés
- 6 mois après la sortie de réanimation

4 thèmes

Le cauchemar de l’expérience en réa: de l’impression de flou à la dépossession

L’image positive des personnels de réanimation

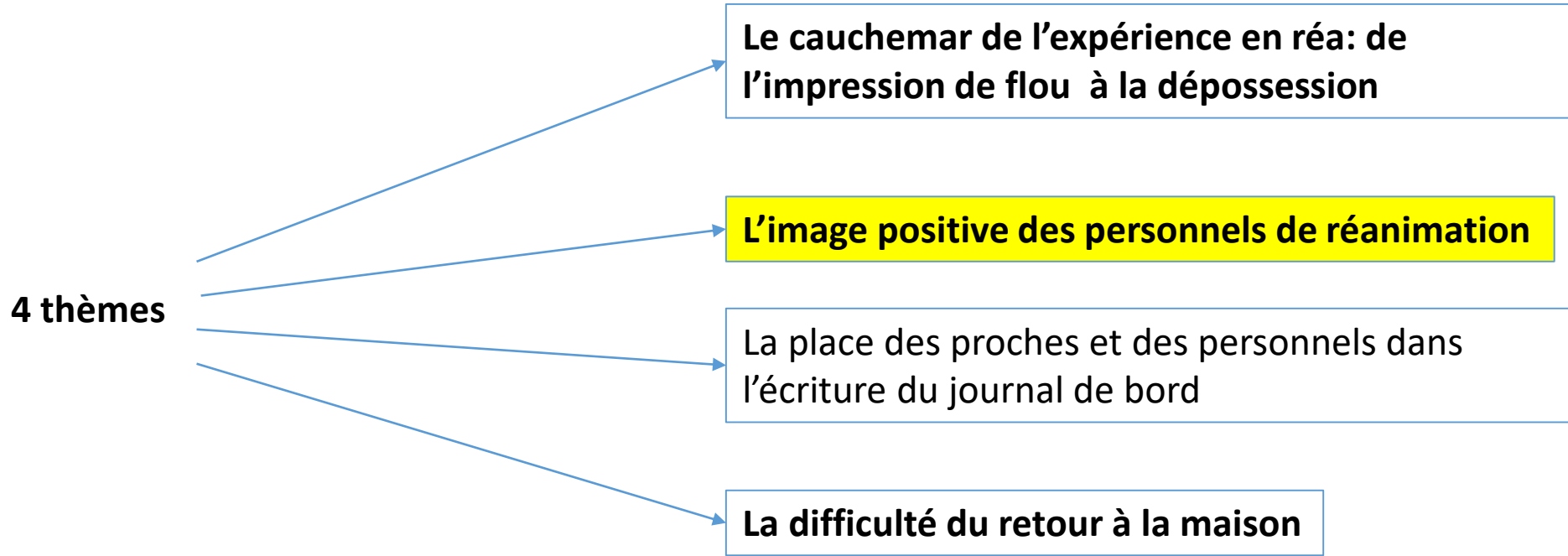
La place des proches et des personnels dans l’écriture du journal de bord

La difficulté du retour à la maison

“A story with gaps”: An interpretative phenomenological analysis of ICU survivors’ experience

Cécile Flahault¹, Christel Vioulac¹, Léonor Fasse¹, Sébastien Bailly², Jean-François Timsit^{3,4,5}, Maité Garrouste-Orgeas^{3,6,7*}

- Etude qualitative
- 5 entretiens semi-dirigés
- 6 mois après la sortie de réanimation



RESEARCH ARTICLE

“A story with gaps”: An interpretative phenomenological analysis of ICU survivors’ experience

Cécile Flahault¹, Christel Vioulac¹, Léonor Fasse¹, Sébastien Bailly², Jean-François Timsit^{3,4,5}, Maité Garrouste-Orgeas^{3,6,7*}

- Etude qualitative
- 5 entretiens semi-dirigés
- 6 mois après la sortie de réanimation

4 thèmes

Le cauchemar de l’expérience en réa: de l’impression de flou à la dépossession

L’image positive des personnels de réanimation

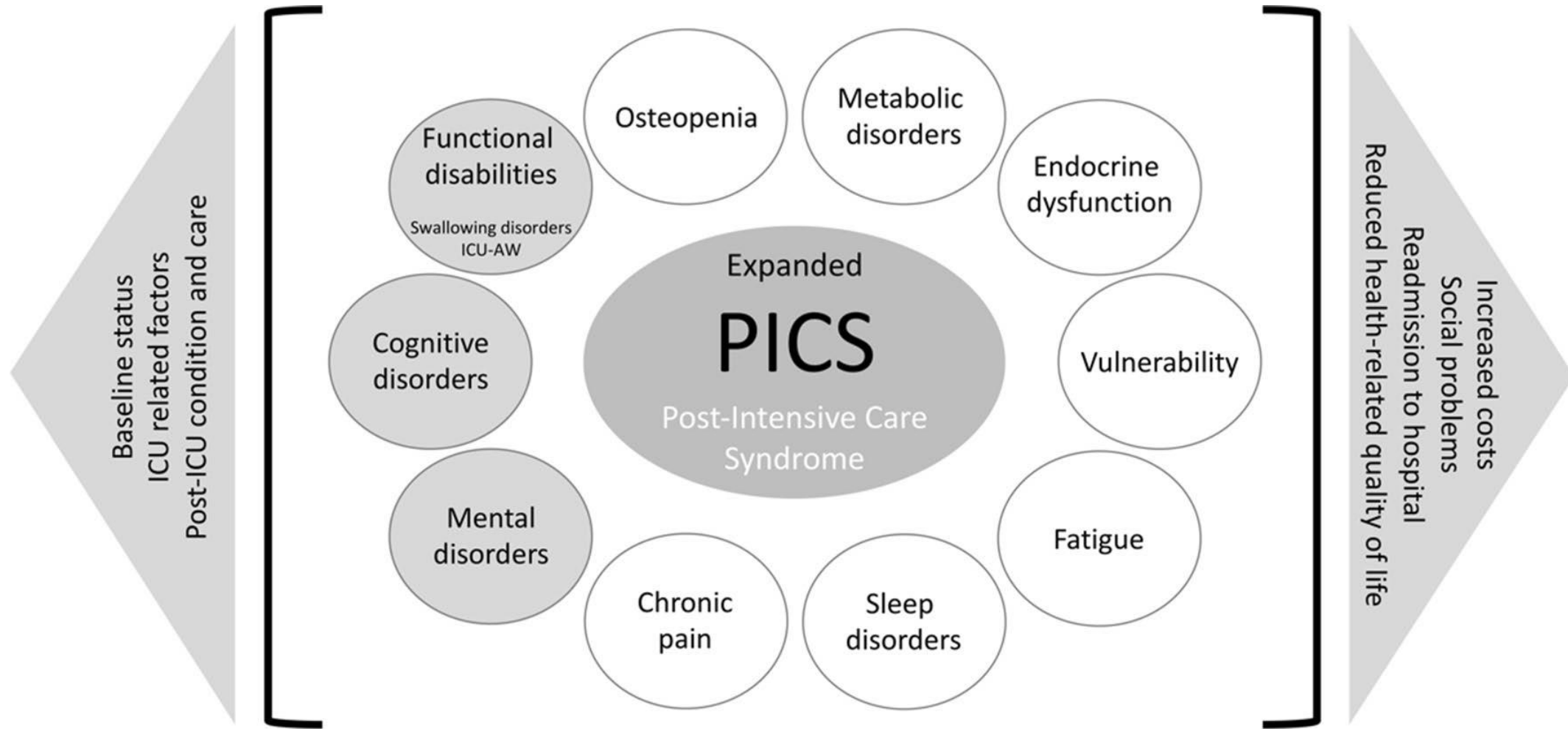
La place des proches et des personnels dans l’écriture du journal de bord

La difficulté du retour à la maison

La réanimation pour les patients, c'est aussi l'après-réanimation

- Faiblesse musculaire ~ 50%
- Fatigabilité
- Anxiété ~ 40%, dépression : 30%
- Stress post-traumatique (PTSD) – 20-30%
- Troubles du sommeil
- Altération cognitives: 20-40%
- Non retour à l'emploi : 35-50%
- Difficultés familiales, financières...

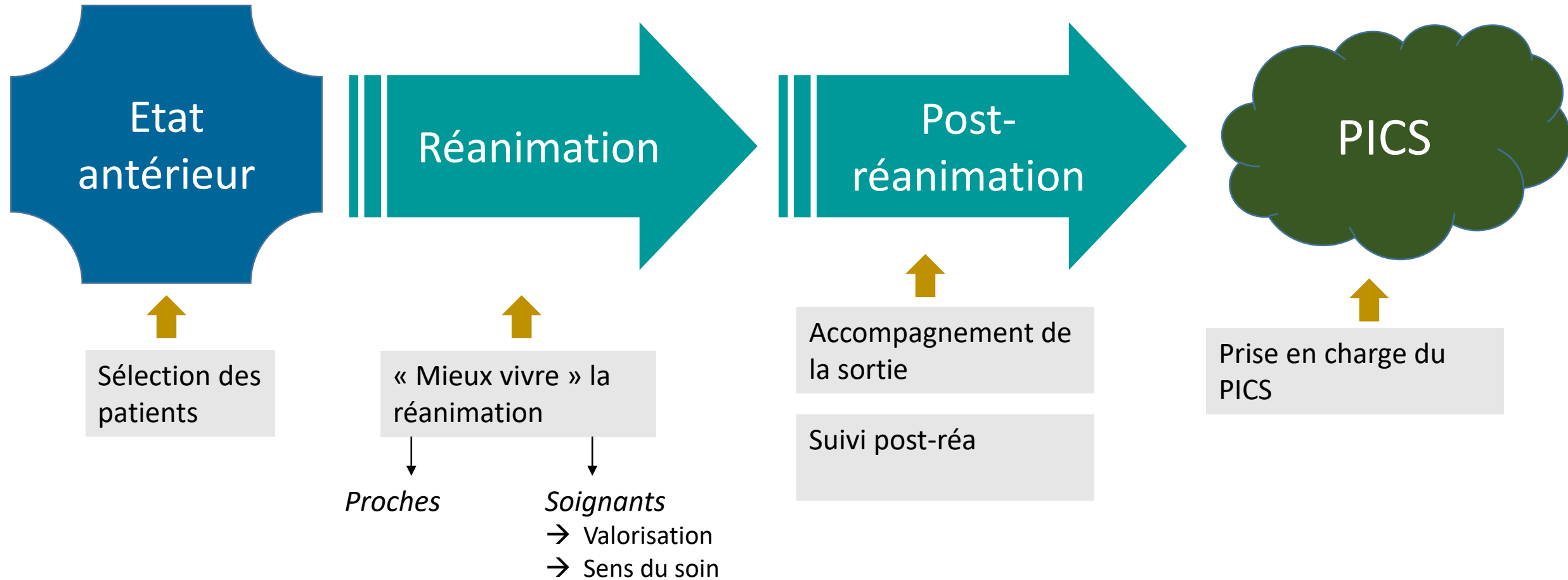
Le syndrome post-réanimation



Le parcours d'un patient



Le parcours d'un patient accompagné



The Hand

Ognjen Gajic¹

¹Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

“What’s it all about?” As a critical care physician and researcher, I thought I knew. I thought my knowledge gave me deep insight into the treatment and outcome of patients who suffer a life-threatening illness or injury. But that was before I had my own brush with death.

My nightmare began one sunny, summer Saturday morning, one of those rare occasions when I was neither working nor traveling. Instead, I was mowing a lawn with a brand new self-propelled mower, trying to cultivate a previously untouched “prairie” section of my home backyard when I mowed straight into a wasp’s nest. What ensued was a blitz of a hundred yellow jackets aiming at me with a clear focus on “killing the invader.” I rolled down the hill toward the back door of my house, trying to get them off. I entered the house feeling lightheaded, realizing that I would soon need medical help.

Realizing the prospect of an imminent emergency room visit in a hospital where I work, I took a 30-second shower, donned a nice T-shirt that my aunt had sent me from Europe, and asked my wife to drive me to the ED. She was worried, but I convinced her that there was no need to call 911 as I was not experiencing any problem breathing. I was trembling in the back seat during the short ride and, fortunately, with no traffic problems in Rochester, the ride was less than 10 minutes. In front of the ED, I was well enough to get out of the car, reassuring my wife that everything would be OK and that she should just find a parking spot and look for me in the ED. I barely remember an elderly woman volunteer standing with a wheelchair in front of the ED door before I collapsed on the ground, unconscious.

The next thing I recall is the rubber smell of an Ambu mask and somebody poking in my groin with a needle and hearing commands in the background: “Third liter in...” and “Do you have the Epi drip ready...” I fell asleep again, but woke up while being turned on my side, someone having placed defibrillator pads on my back and chest. I waited to hear the all too familiar “Everybody clear!” I think I had some nonsustained ventricular tachycardia episode from all the Epi, but they did not have to resort to cardioversion.

My memory is sketchy about the exact sequence of things happening in the ED, but any time my blood pressure was high enough I had a complete understanding of what was going on. As a critical care physician I do this every day I am on service. However, I questioned nothing about my care. I did not speculate about whether I was going to die. I only needed to feel safe, and I was. All through the nightmare I felt a physician’s hand holding my hand and I was not scared a bit. I felt safe and secure, I felt no pain, and I had full trust in the doctors and nurses trying to save my life. Any time things seemed to be going roughly, the ED physician squeezed my hand more firmly, and I felt safe and at peace.

After my condition stabilized, I was transferred to the ICU where I work, and spent a night there. I had some trouble breathing because of all the IV fluid received. The large doses of corticosteroids and epinephrine kept me awake through the night and, when I was feeling better, I asked the nurse for a laptop and started collecting data on my neighbor ICU patients for my research routine.

I was discharged in the morning and that same afternoon I walked around the lake with my wife and my dog—as if nothing had happened. I was back at work three days later, and, other than a couple of weeks of emotional turmoil, I had no sequelae after this dramatic event. I kept the remnants of my brand new European T-shirt, cut away with scissors in the ED that morning, as a reminder of my near-death experience. It was an experience that made me realize what a privilege it is to serve as an emergency and critical care physician. Now I routinely hold my patients’ hands during resuscitation and it makes me both proud and humble to understand how they put all their fate in our hands, only to feel safe.

Author Disclosure: The author has no financial relationship with a commercial entity that has an interest in the subject of this manuscript.

Acknowledgment: The author thanks Mrs. Yvonne J. Hubmayr for her help with editing this manuscript.