

Année 2024/2025

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Baptiste BOISSIÈRE

Né le 31 octobre 1997 à Chambray-Lès-Tours (37)

Délibération éthique en réanimation : impact de la mise en place de réunions éthiques formalisées, une étude pilote

Présentée et soutenue publiquement le **mercredi 28 mai 2025** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Fabien ESPITALIER, Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Éric LÉVESQUE, Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Servane BARRAULT, Psychologie clinique et psychopathologie, MC, Département de Psychologie, Faculté d'Arts et Sciences Humaines – Tours

Directeur de thèse : Docteur Romain MIGUEL MONTANES, Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, PH, CHRU – Tours

**DÉLIBÉRATION ÉTHIQUE EN RÉANIMATION : IMPACT
DE LA MISE EN PLACE DE RÉUNIONS ÉTHIQUES
FORMALISÉES, UNE ÉTUDE PILOTE**

Introduction : La majorité des décès en réanimation est précédée d'une décision de LATA. Ces décisions sont particulièrement difficiles et lourdes de conséquences. Pour ces raisons, la loi prévoit qu'elles soient précédées d'une procédure collégiale. Beaucoup de services ont mis en place de telles procédures, sous différentes formes. Malgré cela, des études suggèrent que les infirmières et les aides-soignantes se sentent peu impliquées dans ces décisions. Le but de notre étude était d'évaluer les effets d'une amélioration des pratiques de délibération éthique collective sur le vécu des infirmières (IDE) et des aides-soignantes (AS) de notre unité de réanimation.

Patients et méthodes : Nous avons réalisé une étude pilote prospective monocentrique de type avant/après au sein de notre unité de réanimation chirurgicale de mars 2023 à mai 2024. Tous les patients admis au cours de cette période ont été inclus. Toutes les IDE et les AS du service, présentes depuis au moins 2 mois au moment du changement de phase, ont été invitées à participer à l'étude. Lors de la phase « avant », les décisions de LATA étaient prises selon la pratique habituelle (collégialité informelle). Lors de la phase « après », des réunions éthiques formalisées, favorisant la prise de parole des IDE et des AS (« staffs éthiques ») ont été mises en place et devaient précéder toute décision de LATA. Le critère de jugement principal était les réponses au questionnaire « Climat de prise des décisions éthiques en réanimation (EDMC-ICU) ». Ce questionnaire a été rempli par les IDE et les AS une fois lors de la phase « avant » et une fois lors de la phase « après ». Les critères de jugement secondaires étaient les réponses aux questionnaires « Indice de bien-être psychologique au travail (IPWBW) » et « Échelle de frustration des besoins psychologiques au travail (EFBPT) », les réponses aux sous-dimensions de ces questionnaires et la durée de séjour (DDS) en réanimation des patients ultimement décédés (dit « soins dans bénéfice »).

Résultats : 495 patients ont été inclus dans notre étude (période avant : 213, après : 282). Une décision de LATA a été prise chez 51 patients (10,3%) dont 27 (12,7%) durant la période « avant » et 24 (8,5%) durant la période « après ». Les décisions de LATA étaient précédées d'un staff éthique dans 87,5% des cas lors de la période « après » contre 40,7% des cas lors de la période « avant » ($p=0,001$). Le score EDMC-ICU total (moyenne [SD]) n'était pas différent entre les 2 phases (66,2 [8,9] versus 64,5 [9,2], $p=0,372$). Concernant les 2 dimensions de ce score explorant spécifiquement le caractère multidisciplinaire des décisions de LATA, on retrouvait des différences dans le sens d'une amélioration lors de la phase « après » (F5 : avant 5,1 [2,2], après 4,2 [1,2], $p=0,018$) ; F2 : avant 14,7 [3,8], après 13,2 [3,5], $p=0,053$). La DDS en réanimation médiane des patients ultimement décédés était plus courte lors de la période après, de manière non statistiquement significative (2 jours [1 ; 10] versus 4 [1 ; 14], $p=0,403$).

Conclusion : Nos résultats suggèrent que l'intervention évaluée a entraîné une amélioration du vécu des décisions de LATA par les IDE et les AS et une tendance à la réduction des soins sans bénéfice. Ce travail ouvre la voie à des études multicentriques randomisées pour évaluer ce type d'intervention avec une puissance adéquate.

Mots-clés : LATA, Éthique, Infirmière, Aide-soignante.

**ETHICAL DELIBERATION IN INTENSIVE CARE: IMPACT
OF IMPLEMENTING FORMALIZED ETHICAL MEETINGS,
A PILOT STUDY**

Introduction: Most deaths in intensive care units (ICUs) are preceded by decisions to withhold or withdraw life-sustaining therapies (WWLST). These decisions are particularly complex and carry significant emotional and ethical weight. Consequently, legislation requires that they be preceded by a collegial deliberation process. Many ICUs have implemented such processes in various forms. However, studies suggest that nurses and nursing assistants often feel insufficiently involved in these decisions. The objective of this study was to assess the impact of enhancing collective ethical deliberation practices on the experiences of nurses and nursing assistants in our ICU.

Methods: We conducted a prospective, single-center, before-after pilot study in our surgical ICU between March 2023 and May 2024. All patients admitted during this period were included. Nurses and nursing assistants who had been working in the unit for at least two months at the time of phase transition were invited to participate. During the "before" phase, WWLST decisions followed usual practice involving informal collegial discussions. In the "after" phase, formal ethical meetings designed to encourage participation from nurses and nursing assistants ("ethical staff meetings") were implemented and became mandatory before any WWLST decision. The primary outcome was the answers to the "Ethical Decision-Making Climate in the ICU (EDMC-ICU)" questionnaire, completed once during each phase. Secondary outcomes included responses to the "Index of Psychological Well-Being at Work (IPWBW)" and the "Échelle de frustration des besoins psychologiques au travail (EFBPT)" questionnaires, their respective sub-dimensions, and the ICU length of stay (LOS) for ultimately deceased patients ("non-beneficial care").

Results: A total of 495 patients were included (before: 213; after: 282). LATA decisions were made for 51 patients (10.3%), with 27 (12.7%) in the "before" period and 24 (8.5%) in the "after" period. Ethical staff meetings preceded WWLST decisions in 87.5% of cases during the "after" phase, compared to 40.7% during the "before" phase ($p=0.001$). The overall EDMC-ICU score (mean [SD]) did not differ significantly between the two phases (66.2 [8.9] vs. 64.5 [9.2], $p=0.372$). However, dimensions specifically related to the multidisciplinary nature of decision-making showed improvements during the "after" phase (F5: before 5.1 [2.2] vs. after 4.2 [1.2], $p=0.018$; F2: before 14.7 [3.8] vs. after 13.2 [3.5], $p=0.053$). The median ICU LOS for ultimately deceased patients was shorter during the "after" phase, although not statistically significant (2 days [1,10] vs. 4 days [1,14], $p=0.403$).

Conclusion: Our findings suggest that the implementation of structured ethical deliberation meetings improved the experience of WWLST decision-making among nurses and nursing assistants and was associated with a trend toward reduced non-beneficial care. These results support the need for multicenter randomized studies with sufficient statistical power to further evaluate the impact of such interventions.

Keywords: WWLST, Ethics, Nurse, Nursing assistant.

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor Anatomie || MALLET Donatien | Soins palliatifs |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVAREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
 CLOUTOUR Nathalie Orthophoniste || CORBINEAU Mathilde | Orthophoniste |
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Professeur ESPITALIER, pour me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et de juger ce travail. Merci pour ta sympathie et ta bienveillance qui sont chez toi constantes. Merci pour m'avoir aiguillé dans le choix de cette spécialité.

Au Professeur Éric LÉVESQUE, pour me faire l'honneur de bien vouloir juger mon travail. Merci pour les connaissances que vous m'avez apportées et pour les bons souvenirs des gardes en réa chir.

Au Docteur Servane BARRAULT, merci pour votre aide précieuse et de grande qualité dans ce travail, ainsi que d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Au Docteur Romain MIGUEL MONTANES, pour m'avoir accordé ta confiance afin de réaliser ce travail. Merci pour ton engagement et ta disponibilité durant ces deux années. Merci pour tous ces conseils qui m'ont été indispensables.

Aux Professeurs Francis REMÉRAND et Marc LAFFON, pour votre dévotion aux internes et à l'hôpital. Merci de nous transmettre votre savoir et de faire en sorte que notre formation soit la meilleure possible.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES	15
INTRODUCTION	16
BUT DE L'ÉTUDE	18
PATIENTS ET MÉTHODES	19
1. Design de l'étude	19
2. Intervention et mise en œuvre	19
a. Période « avant »	19
b. Période « d'élaboration et de formation »	19
c. Période « après »	20
3. Sujets de l'étude	21
a. Patients	21
b. Personnel soignant.....	21
4. Données recueillies	21
a. Données médicales liées aux patients	21
b. Données relatives aux décisions de LATA	22
c. Données liées aux soignants (infirmières et aides-soignantes)	22
5. Définitions	23
6. Critères de jugement	23
a. Critères de jugement principaux.....	23
b. Critères de jugement secondaires	24
7. Aspects éthiques et légaux	24
8. Analyse statistique	25
RÉSULTATS	27
1. Résultats liés aux patients.....	27
2. Résultats liés aux soignants	28
DISCUSSION	30
CONCLUSION.....	35
TABLEAUX ET FIGURES.....	36
ANNEXES	48
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	56

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
ECMO	Oxygénation par membrane extra corporelle
EDMC-ICU	Climat de prise des décisions éthiques en réanimation
EER	Épuration extra-rénale
EFBPT	Échelle de frustration des besoins psychologiques au travail
IPWBW	Indice de bien-être psychologique au travail
IQR	Intervalle interquartile
LATA	Limitation ou arrêt des traitements actifs
ONHD	Oxygénothérapie nasale à haut débit
RGPD	Règlement général de protection des données
SP	Soins palliatifs
URTC	Unité de réanimation traumatologique et chirurgicale
VNI	Ventilation non invasive

INTRODUCTION

La réanimation implique des soins de maintien en vie à l'aide de traitements suppléants les fonctions vitales. Lorsque les équipes en charge des patients estiment qu'il n'y a pas de bénéfice à en attendre, elles peuvent prendre la décision de les arrêter ou de ne pas les introduire. Environ un patient sur six admis en réanimation finit par y décéder (1). Dans la littérature, 52 à 89% de ces décès surviennent après une telle décision dite de « limitation ou arrêt des traitements actifs (LATA) » (1,2). Une décision de ce type est le plus souvent suivie du décès du patient (2). Ainsi, pour un patient donné, une décision erronée est lourde de conséquence. Si une telle décision est prise, alors qu'il ne faudrait pas, le patient peut décéder indûment. Si une telle décision n'est pas prise, alors qu'il le faudrait, la poursuite de soins sans bénéfice escompté fait endurer au patient des souffrances inutiles, donne de faux espoirs aux proches et représente une mauvaise utilisation des ressources disponibles (3).

La loi française impose depuis 2005 que les décisions de LATA soient précédées d'une procédure collégiale, c'est-à-dire qu'elle fasse suite à une délibération collective (4). Il semble que de nombreuses unités de réanimation ont adopté une forme ou une autre de délibération collective. Toutefois, il n'existe aucune donnée précise sur ce point et on ne sait ni combien exactement, ni comment elles procèdent. De plus, les études sur ce point montrent des résultats décevants. Selon l'étude de Benbenishty, les infirmières¹ de réanimation participent aux décisions de LATA dans seulement 3 à 44% des cas selon les régions du monde et initient la discussion dans 0 à 7% des cas seulement (5). La fréquence de discussion de ces décisions avec les infirmières aurait même diminué entre 1999 et 2015. De plus, il existe une discordance

¹ Dans un souci de lisibilité, et compte tenu de la nette prédominance féminine dans la profession, le terme « infirmières » et « aides-soignantes » est employé dans ce travail. Il désigne l'ensemble des professionnels exerçant cette fonction, indépendamment de leur genre.

entre le taux de *discussion* des décisions de LATA avec les infirmières et le taux d'*implication* dans ces mêmes décisions. Dans cette dernière étude, les décisions de LATA ont été discutées avec les infirmières dans 64% des cas, qui cependant affirment avoir été impliquées dans la décision dans seulement 39% des cas. Ces résultats semblent confirmer l'idée, connue en sciences humaines, qu'il ne suffit pas de faire discuter des personnes ensemble pour qu'une délibération de bonne qualité ait lieu, particulièrement lorsqu'il existe des rapports de hiérarchie entre ces personnes (6).

La littérature suggère que quand des infirmières ou des aides-soignantes mettent en œuvre une décision de LATA sans avoir pris part à la délibération, cela peut entraîner chez elles une détresse psychologique qui a été nommée « détresse morale » (7). Les soignants qui l'expérimentent sont plus souvent susceptibles de quitter leur emploi, de souffrir d'insatisfaction au travail, d'épuisement émotionnel et de burn-out (7–15). Cela peut également avoir des effets néfastes sur le vécu des infirmières concernant la qualité des soins (16). Le manque de participation des infirmières dans les décisions importantes est ressenti par les proches des patients qui estiment qu'elles devraient être plus impliquées dans le processus de décision de fin de vie (17). Ainsi, plusieurs auteurs défendent une meilleure implication de ces professionnels dans les délibérations (5,15,18,19).

Des auteurs ont élaboré des modalités de discussions collectives fondées sur les principes suivants : discussion structurée, participation de tous les soignants concernés, égalité de tous les participants à la discussion (abolition des distinctions hiérarchiques entre professionnels), discussion rationnelle, c'est-à-dire fondée sur l'argumentation, écoute de tous les participants sans censure (20,21). L'effet de la mise en place de ces modalités de discussion collective, en vue des décisions éthiques, sur le vécu de ces situations par les soignants et sur le type de décision prise n'a jamais été étudié auparavant.

BUT DE L'ÉTUDE

A l'occasion d'une modification des modalités de discussion éthique collective dans notre service, visant à introduire les éléments cités plus haut, nous avons conduit une étude pilote afin d'évaluer l'effet de cette modification sur le vécu des infirmières et des aides-soignantes concernant les décisions de LATA et sur la quantité de soins sans bénéfice pour les patients.

PATIENTS ET MÉTHODES

1. Design de l'étude

Il s'agissait d'une étude pilote, prospective monocentrique de type avant/après, réalisée au sein de l'Unité de Réanimation Traumatologique et Chirurgicale (URTC) - Réanimation des brûlés du Centre hospitalier régional et universitaire (CHRU) de Tours. La mise en place de nouvelles modalités de délibération éthique collective était prévue dans le cadre d'un projet organisationnel de service. L'étude a été réalisée à l'occasion de ce changement. Aucun autre élément de prise en charge n'a été modifié par l'étude. Nous avons obtenu l'accord du Comité d'éthique de la recherche du CHRU de Tours (projet n° 2022-062, **Annexe 1**).

2. Intervention et mise en œuvre

a. Période « avant »

Les décisions de limitation ou arrêt de traitement vital ont été prises selon les habitudes en cours du service, sans changement. Il n'y avait pas, dans notre service, de réunion systématique dédiée à ces décisions ni de procédure formalisée. Nous avons respecté un certain niveau de collégialité, c'est-à-dire que les décisions de LATA ont été discutées systématiquement entre médecins et de façon informelle et non systématique avec les infirmières et les aides-soignantes. Cette période a duré 6 mois, de mars 2023 à août 2023.

b. Période « d'élaboration et de formation »

Des médecins, des infirmières et des aides-soignantes ont participé à l'élaboration d'une méthode de délibération éthique spécifique pour notre service (**Annexe 2**). Cette méthode de délibération éthique reposait sur la réalisation systématique de réunions formalisées dits « staffs éthiques ». Ces staffs éthiques étaient déclenchés à chaque fois qu'un

soignant, quelle que soit sa profession, en faisait la demande et devaient précéder toutes les décisions de LATA. Ils devaient rassembler au minimum deux médecins, 2 infirmières et 2 aides-soignantes dont ceux (celles) du patient. Dans la mesure du possible, les autres professions du service étaient également représentées : cadres de santé, kinésithérapeutes, psychologues. Une personne était désignée pour animer la discussion. On procédait en premier lieu à un résumé de la situation médicale, sociale et familiale du patient, puis à un tour de table destiné à recueillir les avis des présents (tous les membres présents étaient invités à prendre la parole). La discussion était caractérisée par une liberté totale d'expression, l'interdiction de l'accaparement de la parole, des reproches et de l'invective. La délibération prenait fin lors de l'obtention d'un consensus sur une décision, c'est-à-dire un accord sans opposition catégorique, avec lequel chacun peut vivre. En l'absence de consensus, aucune LATA n'était décidée et une nouvelle discussion était organisée après quelques jours si le besoin était toujours présent. Le consultant extérieur requis par la loi pouvait être présent lors des staffs éthiques ou bien être contacté après. Un compte rendu des staffs éthiques était inscrit dans le dossier médical du patient. Les situations cliniques nécessitant une telle réunion se présentant la nuit ou le week-end pouvaient faire l'objet d'une réunion éthique formalisée dans la mesure du possible, si les conditions le permettaient sur le moment (disponibilité du temps et des personnes). Cette méthode a été présentée aux soignants du service et tous y ont été formés. Cette période a duré 3 mois (septembre à novembre 2023).

c. Période « après »

La nouvelle méthode de délibération éthique a été implémentée. L'équipe a été fortement encouragée à prendre toutes les décisions de LATA en suivant cette nouvelle procédure. Une durée de 6 mois a été décidée pour cette seconde période, considérant qu'il

s'agissait d'une durée suffisante pour que des effets se fassent sentir. Elle a eu lieu de décembre 2023 à mai 2024.

3. Sujets de l'étude

a. Patients

Les patients inclus étaient tous les patients admis dans l'unité de mars 2023 à août 2023 pour la période « avant » et de décembre 2023 à mai 2024 pour la période « après ». Aucun patient n'a été exclu de l'étude.

b. Personnel soignant

Toutes les infirmières et les aides-soignantes du service, travaillant de jour ou de nuit, ont été invitées à participer à l'étude. Elles pouvaient si elles le souhaitaient ne pas y participer. Étaient exclues celles d'entre elles présentes dans le service depuis moins de deux mois lors du changement de phase. Elles participaient aux réunions éthiques de toute façon, mais aucune information n'était recueillie à leur sujet. Les médecins du service ont participé à l'étude (définition et mise en œuvre de l'intervention), mais aucune donnée n'a été recueillie, leur faible nombre ne pouvant garantir l'anonymat.

4. Données recueillies

a. Données médicales liées aux patients

- Age, genre
- Comorbidités
- Motif d'admission
- Recours et durée de recours à la ventilation artificielle invasive, à la ventilation non invasive (VNI), à l'oxygénothérapie nasale à haut débit (ONHD), aux amines

vasopressives, à l'épuration extra-rénale (EER), à un capteur de pression intracrânienne, à une oxygénation par membrane extra corporelle (ECMO).

- Réalisation d'une gastrostomie, d'une trachéotomie
- Mortalité en réanimation et hospitalière
- Durée de séjour en réanimation et à l'hôpital
- Survie à 90 jours

b. Données relatives aux décisions de LATA

- Réalisation ou non d'une réunion éthique
- Mise en œuvre des réunions éthiques : réunion spécifique, date et durée, nombre et profession des personnes présentes, prise de parole effective des personnes présentes à cette réunion
- Prise d'un avis extérieur et mention dans le dossier médical du patient
- Décision de LATA :
 - Prise d'une telle décision, date
 - Contenu de la décision
 - Mise en œuvre effective ou non de la décision, date de la mise en œuvre

c. Données liées aux soignants (infirmières et aides-soignantes)

Ancienneté dans le service, ancienneté dans la profession, horaire (jour ou nuit), service d'affectation (URTC ou réanimation des brûlés), genre, profession (infirmière ou aide-soignante).

5. Définitions

Limitation des thérapeutiques actives : non instauration et non augmentation d'un traitement de maintien en vie.

Arrêt des thérapeutiques actives : arrêt d'un traitement de maintien en vie.

Extubation hors critères : extubation d'un patient qui ne présente pas les critères habituels d'extubation, sans nouvelle intubation au décours.

Trachéotomie : concerne uniquement les patients ayant eu une trachéotomie de sevrage ventilatoire. Les trachéotomies réalisées dans le cadre d'une intervention chirurgicale (exemple : chirurgie maxillo-faciale) n'ont pas été prises en compte.

6. Critères de jugement

Nous avons évalué des critères de jugement reliés aux soignants et des critères reliés aux patients.

a. Critères de jugement principaux

Le critère de jugement principal relié aux soignants était les réponses au questionnaire « Climat de prise des décisions éthiques en réanimation (EDMC-ICU) »(22). Il s'agit d'un questionnaire utilisant une échelle de Likert, auto-administré, de 32 questions explorant 7 dimensions de la prise de décision de LATA en réanimation (**Figure 1** et **Annexe 3**). Les questionnaires ont été distribués aux infirmières et aux aides-soignantes à 2 reprises : une fois au cours de la phase « avant » de l'étude et une fois 6 mois après la mise en place de la phase « après », c'est-à-dire des staffs éthiques systématiques formalisés. Les questionnaires étaient remplis de manière anonyme (un code figurant sur le questionnaire rendu était créé par

chaque soignant, et connu de lui seul pour l'appariement des questionnaires : 3 premières lettres de la rue de son domicile et 3 derniers chiffres de son numéro de téléphone).

Le critère de jugement principal relié aux patients était la durée de séjour en réanimation des patients ultimement décédés (également appelé « soins sans bénéfice »)(23).

b. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires reliés aux soignants étaient les réponses aux questionnaires « Indice de bien-être psychologique au travail (IPWBW) (24) » et « Échelle de frustration des besoins psychologiques au travail (EFBPT) (25) ». Le questionnaire IPWBW est un questionnaire utilisant une échelle de Likert, autoadministré, de 25 questions, explorant 5 dimensions du bien-être psychologique au travail (**Annexe 4**). Le questionnaire EFBPT est un questionnaire utilisant une échelle de Likert, autoadministré, de 9 questions, explorant 3 dimensions de la frustration des besoins psychologiques au travail (**Annexe 5**). Enfin, le dernier critère de jugement secondaire relié aux soignants était la réponse à la question « Envisagez-vous actuellement de quitter votre poste dans l'unité ? », à laquelle les réponses possibles étaient « oui » et « non ».

Les critères de jugement secondaires reliés aux patients étaient : nombre de décisions de LATA, nature des décisions prises, réalisation ou non de staffs éthiques, nombre de participants, profession des participants, prise de parole ou non de chaque participant, utilisation de techniques invasives (catécholamines, ventilation mécanique invasive, épuration extra-rénale, trachéotomie de sevrage [les trachéotomies pour motif chirurgical n'ont pas été prises en compte]), gastrostomie).

7. Aspects éthiques et légaux

Il s'agissait d'une recherche n'impliquant pas la personne humaine. Une lettre d'information a été fournie aux patients, ou à leurs proches en cas de décès, mentionnant leur droit de s'opposer à l'utilisation de leurs données médicales. Les données ont été traitées de façon anonyme.

L'étude a été conduite conformément au Règlement général de protection des données (RGPD). Une déclaration à la CNIL a été effectuée.

8. Analyse statistique

Les données ont été exprimées en moyennes (écart-type) ou médianes (IQR) pour les variables quantitatives et en nombres et pourcentages pour les variables qualitatives. Les patients du groupe « avant » ont été comparés à ceux du groupe « après ». Pour les statistiques descriptives des populations des patients des 2 phases, les tests utilisés ont été les tests t de Student ou de Mann-Whitney pour les variables quantitatives continues et les tests du Chi-2 ou de Fisher pour les variables qualitatives, comme approprié. Concernant l'analyse des questionnaires remplis par les soignants, l'homogénéité des variances a été testée avec le test de Levene et le test de Brown-Forsythe. La distribution était normale pour toutes les variables, hormis le facteur 5 de l'EDMC-ICU. Des statistiques descriptives ont été réalisées afin de décrire l'échantillon (moyennes, écarts-type et fréquences). Pour comparer les moyennes des scores selon les phases, des tests t de Student pour groupes appariés ont été réalisés. Les moyennes ont été comparées dans tout l'échantillon, puis en distinguant plusieurs critères : la profession des soignants, l'horaire de travail et le service dans lequel le soignant exerçait (URTC ou réanimation des brûlés). Une valeur de $p < 0.05$ était considérée comme significative. Les

analyses statistiques ont été effectuées à l'aide des logiciels R (version 4.4.1), RStudio (version 2024.09.0+375) et Statistica.

RÉSULTATS

1. Résultats liés aux patients

Du 1^{er} mars au 31 août 2023 (période « avant ») puis du 1^{er} décembre 2023 au 31 mai 2024 (période après), 495 patients ont été hospitalisés dans le service d'URTC-Réanimation des brûlés (période avant : 213 patients, période après : 282 patients). L'ensemble des patients admis a été inclus dans notre étude.

Le **tableau 1** présente les caractéristiques de base de notre population. L'âge moyen (écart-type) de la population générale était de 55 (19) ans. Trois cent cinquante-quatre (71,5%) patients étaient de genre masculin. Le motif d'admission le plus fréquent était les traumatismes graves (182 patients [36,8%]), parmi lesquels 92 patients (18,6%) avaient subi un traumatisme crânien. Le 2^{ème} motif d'admission le plus fréquent était un sepsis/choc septique, qui concernait 87 (17,6%) patients. Enfin, les patients admis pour brûlures étaient au nombre de 69 (13,9%). Le score IGS II moyen à l'admission était de 37 (21,2). Cent dix-neuf (24%) étaient atteints d'une cardiopathie chronique, 81 (16,4%) étaient suivis pour un cancer évolutif et 75 (15,2%) souffraient d'insuffisance respiratoire chronique. Les caractéristiques des 2 populations « avant » et « après » étaient comparables.

Le **tableau 2** présente le devenir des patients. La durée de séjour en réanimation des patients ultimement décédés à l'hôpital (soins sans bénéfice) était plus courte lors de la phase après, sans atteindre la significativité statistique (2 [IQR 1 ; 9,5] versus 4 [IQR 1 ; 14], $p=0,403$). La même tendance était observée pour la durée de ventilation (2 [IQR 1 ; 13] versus 3,5 [IQR 1 ; 14,7], $p=0,611$) des patients décédés à l'hôpital. Pour ces deux paramètres, nous n'avons pas montré de différence significative entre les deux périodes de l'étude mais ces durées paraissent néanmoins plus courtes lors de la période « après ».

Le **tableau 3** présente les différentes techniques utilisées chez les patients. Le recours à la ventilation invasive concernait 297 patients (60%). Deux cent soixante-dix-huit patients (56,2%) ont reçu de la noradrénaline. Un capteur de pression intracrânienne a été utilisé chez 40 patients (8,1%). On ne retrouvait pas de différence pertinente entre les 2 groupes.

Le **tableau 4** présente les résultats liés aux décisions de LATA. Une décision de LATA a été prise chez 51 patients (10,3%) dont 27 (12,7%) durant la période « avant » et 24 (8,5%) durant la période « après ». Le nombre médian [IQR] de LATA par patient était de 1 [1 ; 1]. La décision la plus fréquemment prise était de ne pas initier une épuration extrarénale (23 [45.1%]), suivie par la non-réanimation d'un arrêt cardiocirculatoire (18 [35.3%]). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux périodes de l'étude concernant le nombre de décisions de LATA. Une décision de LATA était précédée d'un staff éthique dans 87,5% des cas lors de la période « après » contre 40,7% des cas lors de la période « avant » ($p=0.001$). Le nombre médian (IQR) de participants aux staffs éthiques était plus important lors de la période « après » (10 [9 ; 12] versus 8 [4,5 ; 9,5], $p=0,024$). Ce surcroît de participants était avant tout attribuable au nombre de médecins (3 [2 ; 4] versus 1 [1 ; 2], $p=0,012$). Le nombre de participants ayant pris la parole était plus élevé lors de la période « après » (9 [8 ; 10] versus 5 [4.2 ; 5], $p=0,001$). A nouveau, cette augmentation était due avant tout aux médecins (3 [2 ; 4] versus 1.5 [1 ; 2], $p=0,032$).

2. Résultats liés aux soignants

Quarante-quatre infirmières et aides-soignantes ont répondu à 2 reprises aux questionnaires (**Figure 2**). Deux questionnaires ont été exclus en raison du nombre trop élevé de données manquantes. Nous avons retenu 42 soignants participants pour l'analyse. Leurs

caractéristiques sont présentées dans le **tableau 5**. Cinq soignants (11,9%) souhaitaient initialement quitter le service.

La moyenne (écart-type) du score EDMC-ICU était de 66,2 (8,9) lors de la période « avant » et de 64,5 (9,2) lors de la période « après » ($p=0,372$) (**Tableau 6**). Deux dimensions explorent plus spécifiquement le caractère multidisciplinaire des décisions de LATA (F5 : active involvement of nurses in end of life care and decision-making, F2 : practice and culture of open interdisciplinary reflection). Les moyennes de la dimension F5 du questionnaire étaient de 5,1 (2,2) lors de la phase « avant » et de 4,2 (1,2) lors de la phase « après » ($p=0,018$). Les moyennes de la dimension F2 du questionnaire étaient de 14,7 (3,8) lors de la phase « avant » et de 13,2 (3,5) lors de la phase « après » ($p=0,053$). Les **tableaux 7, 8 et 9** présentent les effets de l'intervention sur le score EDMC-ICU en fonction de l'horaire de travail (jours/nuit), de l'unité d'affectation (URTC/réanimation des brûlés), et de la profession (infirmière/aide-soignante).

Il n'y avait pas de différence significative dans le désir de quitter leur poste dans le service entre les 2 phases (11,9% versus 16,6%, $p=0,760$). Nous n'avons pas observé de différence significative pour les scores EFBPT et IPWBW ou pour leurs différentes dimensions (**Tableau 10**).

DISCUSSION

Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude évaluant les effets d'une intervention visant à améliorer la délibération collective en réanimation en augmentant, en particulier, la place des infirmières et des aides-soignantes dans ces discussions. Nos résultats suggèrent que l'intervention a été capable d'augmenter considérablement le nombre de décisions de LATA précédées d'un staff éthique et d'améliorer les deux dimensions du score EDMC-ICU qui portent sur le caractère collégial des discussions de fin de vie. De plus, nous avons observé une tendance, certes non significative, à une réduction de la durée de séjour des patients qui ultimement décèdent (soins sans bénéfice).

L'importance du caractère collectif de la délibération en réanimation repose sur deux types d'arguments. L'argument de la justesse (la décision a de meilleures chances d'être juste si plusieurs personnes y ont participé) et l'argument de la justice (il est juste que tous les soignants impliqués, et qui auront à mettre en œuvre la décision, puissent y prendre part). C'est ce second argument que nous avons exploré à travers les questionnaires EDMC-ICU, IPWBW et EFBPT. Les infirmières prennent une part active à la mise en œuvre des décisions de LATA. Ce sont elles qui effectuent le geste d'arrêt des médicaments vitaux, du respirateur artificiel ou qui extubent les patients. De plus, les infirmières et les aides-soignantes effectuent les soins du corps après le décès du patient. Le fait de devoir mettre en œuvre des décisions de LATA sans avoir été suffisamment impliquées dans la prise de ces décisions, est à l'origine d'une souffrance qui a été appelée « détresse morale » (7).

Peu d'études ont, à ce jour, évalué les effets d'interventions directes sur le processus des décisions de LATA, sur le vécu des soignants. Elles ont évalué des interventions de 2 types principalement : la consultation d'un éthicien et celle d'une équipe de soins palliatifs (SP). Une

étude de Schneiderman, parue en 2000 et menée dans le service de réanimation d'un hôpital universitaire de la ville de San Diego en Californie a évalué les effets de l'ajout, dans le processus de décision de fin de vie, de la consultation d'un éthicien (26). La satisfaction des soignants médecins et non médecins était évaluée par un questionnaire dédié. Dans cette étude, les soignants déclaraient à 98% que la consultation de l'éthicien les avait aidés à identifier le questionnement éthique, à l'analyser et à le résoudre. Un essai randomisé multicentrique paru en 2003, mené par les mêmes auteurs, dans les services de réanimation de 7 hôpitaux aux Etats-Unis a évalué la même intervention (23). La consultation d'éthique consistait en l'intervention d'un éthicien qui rencontrait l'équipe soignante, le patient et ses proches et aidait l'équipe à parvenir à un consensus au cours d'une ou plusieurs réunions. Les patients du groupe contrôle étaient pris en charge selon la pratique habituelle des services, sans consultation d'éthique. Celle-ci était perçue comme positive, aidante et éducative par la majorité des soignants, mais cette évaluation par les soignants était particulièrement succincte.

Il n'existe pas d'essai randomisé ayant évalué la consultation par l'équipe de réanimation d'une équipe de soins palliatifs. Une étude de type avant/après parue en 2016 et menée dans un hôpital universitaire aux Etats-Unis, a évalué l'effet d'une telle consultation (27). L'intervention de l'équipe de SP se limitait à une invitation, au cours de la visite du matin, à organiser un entretien avec les proches et à prendre en considération les besoins du patient en soins palliatifs. L'équipe de SP ne rencontrait pas le patient ou ses proches et le vécu des soignants n'était pas évalué.

Ces études ont plusieurs limites. En premier lieu, elles ne portent qu'indirectement sur le caractère collégial de la décision. De plus, le métier d'éthicien est spécifique à l'Amérique du Nord et n'existe pas en France. Les comités d'éthique existant en France peuvent assurer ce

type de fonction, mais en réanimation, les discussions en vue d'une éventuelle décision de LATA sont tellement fréquentes, qu'il est illusoire d'imaginer que ces comités peuvent se rendre disponibles autrement qu'occasionnellement. Il semble plus pertinent d'amener les équipes de réanimation à améliorer leur propre compétence délibérative, ce qui, selon nos résultats semble possible. Il est important de noter que l'intervention évaluée dans notre étude a eu des effets inhomogènes sur l'effectivité de la collégialité des décisions de LATA. Le nombre de participants aux staffs éthiques a augmenté, mais principalement du fait de la présence d'un plus grand nombre de médecins. Le nombre d'infirmières était un peu supérieur lors de la phase « après », mais le nombre d'aides-soignantes, lui, n'a pas changé. Les mêmes tendances ont été observées au sujet des prises de paroles lors des staffs éthiques. Ainsi, notre intervention n'a que partiellement fonctionné, toutefois suffisamment pour qu'un effet sur le climat des décisions éthiques soit décelable.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence dans le souhait de quitter le service. Les services de réanimation souffrent d'un turn-over important parmi les infirmières et les aides-soignantes ainsi que de difficultés de recrutement (28). Des manières de travailler plus collaboratives entre les différents métiers présents en réanimation et une meilleure reconnaissance des infirmières ont été mises en avant comme susceptibles de retenir les soignants non-médecins (28). Mais d'autres facteurs en mesure de les inciter à rester à leur poste ont également été proposés, comme un meilleur équilibre travail-vie personnelle, de meilleures possibilités de se former et d'enseigner, un meilleur leadership par l'encadrement, un soutien psychologique et une humanisation des soins (28). Ainsi, une plus grande participation des soignants non-médecins au processus décisionnel dans les situations de fin de vie est sans doute nécessaire mais n'est qu'un facteur parmi d'autres pouvant les conduire à souhaiter rester à leur poste. Enfin, nos résultats suggèrent que notre intervention n'a pas

eu d'effet sur les réponses aux questionnaires IPWBW et EFBPT. Ces 2 questionnaires n'ont pas été conçus spécifiquement pour le milieu professionnel médical et ils n'explorent qu'indirectement la question de la délibération collective, ou plutôt, ils en explorent les éventuelles conséquences. L'un des buts de cette étude pilote était de faire émerger les meilleurs critères de jugement en vue d'une étude multicentrique. Il semble que le questionnaire EDMC-ICU soit le plus approprié des 3 questionnaires.

Le premier des 2 arguments mentionnés plus haut (l'argument de la justesse des décisions de LATA) est extrêmement difficile à explorer en recherche clinique quantitative. Déterminer, avec certitude, si une décision de LATA était la bonne décision à prendre chez un patient donné, est rarement possible. La plupart des patients pour lesquels une telle décision est prise décèdent rapidement après et il est impossible de savoir si certains d'entre eux n'auraient pas finalement connu une évolution favorable. Une telle connaissance n'est possible que pour les patients pour lesquels une décision de LATA n'a pas été prise et pour ceux pour lesquels une telle décision a été prise, mais qui ont survécu (puisque l'on connaît l'évolution des patients de ces 2 catégories). Pour ces raisons, la question de la justesse de la décision a été abordée de manière indirecte dans la littérature au moyen de la variable « soins sans bénéfice », c'est-à-dire de la durée de séjour en réanimation des patients qui ont fini par décéder à l'hôpital (3,23,26). Elle peut être comprise comme une quantification indirecte de l'obstination déraisonnable. Dans le présent travail, l'intervention était associée à une réduction, certes non statistiquement significative, de 2 jours de cette variable. Ces résultats suggèrent que les décisions de LATA pourraient avoir été prises et mises en œuvre plus rapidement, limitant ainsi la survenue et la durée des épisodes d'obstination. Nos données montrent effectivement une mise en œuvre des décisions de LATA plus rapide, mais non statistiquement significativement différente, pendant la phase « après ». Il est difficile de

déterminer si ces différences sont réelles ou si elles reflètent une simple variation d'échantillonnage. Il faut donc être prudent dans leur interprétation.

Notre étude a de nombreuses limites. Tout d'abord, il s'agit d'une étude monocentrique. Les effets de l'intervention évaluée ont été affectés par nos habitudes de travail et notre culture de service vis-à-vis des décisions de LATA. Il n'est pas certain que la même intervention dans un autre service aurait produit les mêmes effets. De plus, notre étude n'était pas randomisée. Dans une étude de type avant/après, les effets observés peuvent être dus en partie à des changements organisationnels, non liés à l'étude mais au fait que du temps s'est écoulé. Toutefois, une randomisation des patients individuellement n'était pas appropriée pour ce travail. En effet, l'intervention consistait en un changement de culture de service qui impliquait des changements organisationnels significatifs. Changer cette organisation au gré des inclusions n'aurait pas été réaliste et nous aurait exposé, de plus, au risque de contamination du groupe contrôle par le groupe expérimental. Ainsi, un design, avant/après était le seul envisageable. Par ailleurs, notre étude a probablement manqué de puissance. Les résultats du présent travail semblent indiquer un effet de l'intervention sur les « soins sans bénéfice », sur le délai de mise en œuvre des décisions de LATA et sur la dimension F2 du score EDMC-ICU, mais sans atteindre la significativité statistique. Or, celle-ci dépend dans une large mesure de la taille de la population étudiée. Notre étude étant la première de ce type, il n'était pas possible de réaliser un calcul d'effectif qui aurait assuré une puissance statistique suffisante. C'était justement l'un des buts de cette étude, servir d'étude pilote permettant de calculer un effectif lors d'une étude ultérieure de plus grande échelle. Enfin nous avons fait remplir les questionnaires aux seules infirmières et aides-soignantes qui étaient présentes lors des 2 phases de l'étude. Les soignants qui avaient quitté le service entre les 2 phases de l'étude auraient peut-être répondu différemment.

CONCLUSION

Notre étude pilote suggère que la mise en place de délibérations éthiques formalisées avant toute décision de LATA en réanimation est susceptible d'améliorer le climat de prise des décisions éthiques et de réduire la durée des soins sans bénéfice. Ce travail ouvre la voie à des études multicentriques randomisées pour évaluer ce type d'intervention avec une puissance adéquate.

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1. Caractéristiques de base des patients

	Population totale (n = 495)	Période « avant » (n = 213)	Période « après » (n = 282)	p
Âge , années, moy (écart-type)	55 (19)	54 (19)	57 (19)	0,169
Genre , n (%)				0,214
Masculin	354 (71,5)	159 (74,6)	195 (69,1)	
Féminin	141 (28,5)	54 (25,4)	87 (30,9)	
Motif d'admission , n (%)				0,591
Traumatisme (hors TC)	90 (18,2)	40 (18,8)	50 (17,7)	
Traumatisme crânien	92 (18,6)	34 (16,0)	58 (20,6)	
Brûlure	69 (13,9)	33 (15,5)	36 (12,8)	
Sepsis/choc septique	87 (17,6)	38 (17,8)	49 (17,4)	
Choc hémorragique	18 (3,6)	6 (2,8)	12 (4,3)	
Hémorragie digestive	13 (2,6)	4 (1,9)	9 (3,2)	
Insuffisance rénale aiguë	8 (1,6)	3 (1,4)	5 (1,8)	
Insuffisance respiratoire aiguë	33 (6,7)	13 (6,1)	20 (7,1)	
Chirurgie programmée	50 (10,1)	28 (13,1)	22 (7,8)	
Autres*	35 (7,1)	14 (6,6)	21 (7,4)	
Cardiopathie chronique , n (%)	119 (24,0)	50 (23,5)	69 (24,5)	0,881
Insuffisance respiratoire chronique , n (%)	75 (15,2)	32 (15,0)	43 (15,2)	1,000
Insuffisance rénale chronique , n (%)	35 (7,1)	19 (8,9)	16 (5,7)	0,223
Hépatopathie chronique , n (%)	25 (5,1)	12 (5,6)	13 (4,6)	0,758
Cancer évolutif , n (%)	81 (16,4)	41 (19,2)	40 (14,2)	0,166
Cancer en rémission , n (%)	32 (6,5)	9 (4,2)	23 (8,2)	0,115
IGS II , moy (écart-type)	37 (21,2)	37,4 (22,7)	36,8 (20,1)	0,761

TC : traumatisme crânien ; IGS : indice de gravité simplifié II, moy : moyenne.

*Autres : anévrisme de l'aorte abdominale pré-fissuraire (3), dissection aortique (2), ischémie aiguë de membre (4), acute on chronic liver failure (2), choc anaphylactique (2), coma non traumatique (9), surveillance post opératoire de chirurgie urgente (5), arrêt cardiorespiratoire post syndrome coronarien aigu (1), choc cardiogénique (2), suspicion d'hyperthermie maligne (1), syndrome occlusif (1), ingestion de verre (1), érythrodermie (1), accès palustre grave (1).

Tableau 2. Soins sans bénéfice et devenir des patients

	Population totale (n = 495)	Période « avant » (n = 213)	Période « après » (n = 282)	p
Durée de séjour en réanimation des patients décédés à l'hôpital, jours, méd [IQR]	3 [1 ; 12,2]	4 [1 ; 14]	2 [1 ; 9,5]	0,403
Durée de ventilation des patients décédés à l'hôpital, jours, méd [IQR]	3 [1 ; 14]	3,50 [1 ; 14,7]	2 [1 ; 13]	0,611
Décès en réanimation, n (%)	79 (16,0)	31 (14,6)	48 (17,0)	0,536
Décès à l'hôpital, n (%)	100 (20,2)	41 (19,2)	59 (20,9)	0,729
Vivant à 90 jours, n (%)	370 (76,9)	163 (78,0)	207 (76,1)	0,706
Durée de séjour en réanimation, jours, méd [IQR]	3 [2 ; 9]	4 [2 ; 10]	3 [2 ; 9]	0,471
Durée de séjour à l'hôpital, jours, méd [IQR]	15 [7 ; 28]	15 [7 ; 27]	16 [7 ; 29]	0,961

IQR : intervalle interquartile ; méd : médiane.

Tableau 3. Techniques utilisées en réanimation

	Population totale (n = 495)	Période « avant » (n = 213)	Période « après » (n = 282)	p
Ventilation mécanique invasive, n (%)	297 (60,0)	137 (64,3)	160 (56,7)	0,107
Durée de ventilation, jours, méd [IQR]	2 [1 ; 9]	2 [1 ; 10]	2 [1 ; 9]	0,999
VNI, n (%)	49 (9,9)	15 (7,0)	34 (12,1)	0,090
ONHD, n (%)	98 (19,8)	41 (19,2)	57 (20,2)	0,879
Épuration extra-rénale, n (%)	22 (4,4)	8 (3,8)	14 (5,0)	0,670
Noradrénaline, n (%)	278 (56,2)	122 (57,3)	156 (55,3)	0,731
Capteur de pression intracrânienne, n (%)	40 (8,1)	20 (9,4)	20 (7,1)	0,446
ECMO, n (%)	3 (0,6)	2 (0,9)	1 (0,4)	0,807
Trachéotomie de sevrage ventilatoire, n (%)	8 (1,6)	3 (1,4)	5 (1,8)	1,000
Gastrostomie, n (%)	2 (0,4)	0 (0,0)	2 (0,9)	0,360

IQR : intervalle interquartile ; méd : médiane.

VNI : ventilation non invasive ; ONHD : oxygénothérapie nasale à haut débit ; ECMO : oxygénation par membrane extra corporelle.

Tableau 4. Décisions de LATA et staffs éthiques

	Population totale (n = 495)	Période « avant » (n = 213)	Période « après » (n = 282)	p
LATA, n (%)	51 (10,3)	27 (12,7)	24 (8,5)	0,138
Nombre de LATA par patient, méd [IQR]	1 [1 ; 1]	1 [1 ; 1]	1 [1 ; 1]	0,029
Type de LATA, n (%)				
ATA	24 (47,1)	15 (55,6)	9 (37,5)	0,264
Extubation hors critères	14 (27,5)	9 (33,3)	5 (20,8)	0,363
Arrêt de la VNI	1 (2,0)	1 (3,7)	0 (0,0)	1,000
Arrêt de l'ONHD	1 (2,0)	1 (3,7)	0 (0,0)	1,000
Mise en FiO ₂ 21%	2 (3,9)	1 (3,7)	1 (4,2)	1,000
Arrêt des amines	8 (15,7)	6 (22,2)	2 (8,3)	0,255
Arrêt de l'EER	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (4,2)	0,471
LTA	27 (52,9)	12 (44,4)	15 (62,5)	0,264
Pas d'IOT	12 (23,5)	6 (22,2)	6 (25,0)	1,000
Pas d'augmentation de la FiO ₂	8 (15,7)	3 (11,1)	5 (20,8)	0,451
Pas d'introduction des amines	9 (17,6)	6 (22,2)	3 (12,5)	0,473
Pas d'augmentation des amines	11 (21,6)	3 (11,1)	8 (33,3)	0,088
Pas d'introduction de l'EER	23 (45,1)	12 (44,4)	11 (45,8)	1,000
Pas de réanimation d'un ACR	18 (35,3)	7 (25,9)	11 (45,8)	0,156
Mise en œuvre de la LATA, n (%)	49 (96,1)	26 (96,3)	23 (95,8)	1,00
Sédation pour la mise en œuvre de la LATA, n (%)	29 (56,9)	18 (66,7)	11 (45,8)	0,164
Réalisation d'un staff éthique dédié, n (%)	32 (62,7)	11 (40,7)	21 (87,5)	0,001
Nombre de staff éthiques par patient, méd [IQR]	1 [1 ; 1]	1 [1 ; 1]	1 [1 ; 2]	0,054
Nombre de participants, méd [IQR]	9 [7,7 ; 11,2]	8 [4,5 ; 9,5]	10 [9 ; 12]	0,024
Professions de participants, méd [IQR]				
Nombre d'IDE	3 [2, 4]	3 [1, 4]	3 [2, 4]	0,430
Nombre d'AS	2 [1, 2]	1,5 [1, 2]	2 [1, 2,5]	0,594
Nombre de médecins	2 [1, 4]	1 [1, 2]	3 [2, 4]	0,012
Nombre d'internes	1 [1, 2]	1 [1, 1,7]	2 [1, 2]	0,146
Nombre d'externes	1 [1, 2]	1 [1, 1]	2 [1, 2]	0,033
Prise de parole des participants, méd [IQR]	8 [5 ; 10]	5 [4,2 ; 5]	9 [8 ; 10]	0,001
Détail prise de parole des participants, méd [IQR]				
Prise de parole IDE	2 [2 ; 3]	2 [1,2 ; 2,7]	3 [2 ; 3]	0,183
Prise de parole AS	1 [1 ; 2]	1 [1 ; 2]	1,5 [1 ; 2]	0,479
Prise de parole médecins	2 [1 ; 4]	1,5 [1 ; 2]	3 [2 ; 4]	0,032
Prise de parole internes	1 [1 ; 2]	1 [1 ; 1]	1 [1 ; 2]	0,018
Prise de parole externes	1 [1 ; 1]	0 [0 ; 0]	1 [1 ; 1]	0,083
Préférences du patient connues, n (%)	19 (59,4)	7 (63,6)	12 (57,1)	1,000
Durée du staff, méd [IQR]	20 [15 ; 21,2]	15 [11,2 ; 18,7]	20 [16,2 ; 25]	0,009
Prise d'un avis extérieur, n (%)	17 (53,1)	6 (54,5)	11 (52,4)	1,000
Mention au dossier, n (%)	30 (93,8)	11 (100,0)	19 (90,5)	1,000

IQR : intervalle interquartile ; méd : médiane.

LATA : limitation ou arrêt des thérapeutiques actives ; ATA : arrêt des thérapeutiques actives (concerne les patients ayant eu un ATA seul ou un ATA et une LTA) ; LTA : limitation des thérapeutiques actives (concerne les patients ayant eu une LTA seule) ; VNI : ventilation non invasive ; ONHD : oxygénothérapie nasale à haut débit ; IOT : intubation orotrachéale ; FiO₂ : fraction inspirée en oxygène ; EER : épuration extra-rénale ; ACR : arrêt cardio-respiratoire ; IDE : infirmière diplômée d'état ; AS : aide-soignante.

Tableau 5. Caractéristiques de base du personnel paramédical

	Population totale (n = 42)
Genre, n (%)	
Homme	4 (9,5)
Femme	38 (90,5)
Profession, n (%)	
Infirmière	27 (64,3)
Aides-soignante	15 (35,7)
Horaire de travail, n (%)	
Jour	32 (76,2)
Nuit	10 (23,8)
Unité, n (%)	
URTC	26 (61,9)
Réanimation des brûlés	16 (38,1)
Envie de quitter le service, n (%)	
Oui	5 (11,9)
Non	35 (83,3)
Sans réponse	2 (4,8)

URTC : unité de réanimation traumatologique et chirurgicale.

Tableau 6. Score EDMC-ICU

	Période « avant » (n = 42)	Période « après » (n = 42)	p
F1 , moy (écart-type)	15,3 (3,4)	15,3 (3,1)	0,987
F2 , moy (écart-type)	14,7 (3,8)	13,2 (3,5)	0,053
F3 , moy (écart-type)	10,9 (2,3)	11,4 (2,0)	0,301
F4 , moy (écart-type)	5,1 (1,6)	5,1 (1,5)	0,832
F5 , moy (écart-type)	5,1 (2,2)	4,2 (1,2)	0,018
F6 , moy (écart-type)	8,0 (1,3)	8,3 (1,2)	0,378
F7 , moy (écart-type)	7,2 (2,1)	7,0 (2,1)	0,797
Total , moy (écart-type)	66,2 (8,9)	64,5 (9,2)	0,372

F1: Self-reflective and empowering leadership by physicians

F2: Practice and culture of open interdisciplinary reflection

F3: Culture of not avoiding end of life (EOL) decisions

F4: Culture of mutual respect within the interdisciplinary team

F5: Active involvement of nurses in EOL care and decision-making (DM)

F6: Active decision-making by physicians

F7: Practice and culture of ethical awareness

EDMC-ICU: ethical decision-making climate in the intensive care unit.

Tableau 7. Score EDMC-ICU Jour / Nuit

	Jour			Nuit		
	Période « avant » (n = 32)	Période « après » (n = 32)	p	Période « avant » (n = 10)	Période « après » (n = 10)	p
F1 , moy (écart-type)	15,2 (3,3)	14,8 (3,1)	0,654	15,5 (4,0)	16,7 (2,9)	0,449
F2 , moy (écart-type)	14,7 (3,9)	12,7 (3,3)	0,035	14,9 (3,8)	14,6 (3,6)	0,858
F3 , moy (écart-type)	11,0 (2,5)	11,9 (2,0)	0,140	10,3 (1,6)	9,7 (1,3)	0,381
F4 , moy (écart-type)	5,1 (1,7)	5,0 (1,4)	0,875	5,0 (0,9)	5,5 (1,8)	0,443
F5 , moy (écart-type)	4,6 (1,7)	3,9 (1,1)	0,059	6,8 (2,8)	5,1 (1,1)	0,089
F6 , moy (écart-type)	8,0 (1,4)	8,3 (1,3)	0,485	8,0 (1,1)	8,3 (1,2)	0,584
F7 , moy (écart-type)	7,0 (2,2)	6,8 (2,2)	0,774	7,7 (1,7)	7,7 (2,1)	1,000
Total , moy (écart-type)	65,6 (8,0)	63,5 (9,1)	0,347	68,2 (9,0)	67,6 (9,1)	0,884

EDMC-ICU: ethical decision-making climate in the intensive care unit.

Tableau 8. Score EDMC-ICU URTC / Brûlés

	URTC			Brûlés		
	Période « avant » (n = 26)	Période « après » (n = 26)	p	Période « avant » (n = 16)	Période « après » (n = 16)	p
F1 , moy (écart-type)	15,2 (3,7)	15,7 (3,0)	0,609	15,3 (3,0)	14,6 (3,2)	0,503
F2 , moy (écart-type)	15,2 (3,8)	13,0 (2,8)	0,021	13,9 (3,8)	13,4 (4,4)	0,734
F3 , moy (écart-type)	11,0 (2,2)	11,3 (1,9)	0,543	10,6 (2,6)	11,4 (2,4)	0,403
F4 , moy (écart-type)	5,0 (1,7)	5,0 (1,3)	0,927	5,2 (1,5)	5,3 (1,8)	0,830
F5 , moy (écart-type)	5,3 (2,5)	4,4 (1,2)	0,083	4,7 (1,5)	3,9 (1,2)	0,082
F6 , moy (écart-type)	7,9 (1,1)	8,3 (1,3)	0,197	8,3 (1,6)	8,2 (1,2)	0,902
F7 , moy (écart-type)	7,1 (1,9)	7,6 (2,0)	0,367	7,3 (2,4)	6,2 (2,1)	0,165
Total , moy (écart-type)	66,7 (8,2)	65,4 (8,3)	0,554	65,4 (10,1)	63,0 (10,6)	0,512

EDMC-ICU: ethical decision-making climate in the intensive care unit.

Tableau 9. Score EDMC-ICU Infirmières / Aides-soignantes

	Infirmières			Aides-soignantes		
	Période « avant » (n = 27)	Période « après » (n = 27)	p	Période « avant » (n = 15)	Période « après » (n = 15)	p
F1 , moy (écart-type)	15,6 (3,6)	16,0 (2,8)	0,677	14,7 (3,1)	14,1 (3,3)	0,591
F2 , moy (écart-type)	14,6 (3,0)	13,6 (3,5)	0,257	14,9 (5,1)	12,4 (3,4)	0,119
F3 , moy (écart-type)	11,2 (2,4)	11,6 (1,9)	0,489	10,3 (2,2)	10,9 (2,3)	0,427
F4 , moy (écart-type)	4,8 (1,1)	5,4 (1,5)	0,102	5,6 (2,1)	4,7 (1,5)	0,207
F5 , moy (écart-type)	5,5 (2,4)	4,4 (1,2)	0,037	4,4 (1,5)	3,8 (1,1)	0,229
F6 , moy (écart-type)	8,1 (1,2)	8,5 (1,2)	0,195	8,0 (1,5)	7,9 (1,2)	0,842
F7 , moy (écart-type)	7,3 (1,8)	7,2 (1,8)	0,767	6,9 (2,5)	6,8 (2,7)	0,944
Total , moy (écart-type)	67,1 (8,3)	66,6 (8,3)	0,839	64,7 (9,9)	60,6 (9,8)	0,260

EDMC-ICU: ethical decision-making climate in the intensive care unit.

Tableau 10. Scores IPWBW et EFBPT

	Période « avant » (n = 42)	Période « après » (n = 42)	p
Score IPWBW			
Adéquation interpersonnelle	26,1 (3,3)	26,5 (3,3)	0,527
Épanouissement au travail	25,3 (4,3)	25,3 (3,5)	0,955
Sentiment de compétence	26,7 (3,2)	26,8 (3,4)	0,819
Reconnaissance perçue	21,5 (4,8)	22,2 (4,8)	0,479
Volonté d'engagement	25,5 (3,8)	25,17 (3,9)	0,675
Total	125,0 (13,2)	126,0 (14,8)	0,757
Score EFBPT			
Compétence	7,9 (3,4)	7,3 (3,5)	0,412
Autonomie	12,4 (4,5)	11,7 (4,3)	0,457
Affiliation	5,9 (2,8)	5,4 (3,1)	0,467
Total	26,2 (8,3)	24,4 (8,6)	0,330

Données exprimées en moyennes (écarts-types).

IPWBW : Index of Psychological Well-Being at Work.

EFBPT : Échelle de Frustration des Besoins Psychologiques au Travail.

Questions

F1: Self-reflective and empowering leadership by physicians	
L-5	Physicians in charge help team members settle their differences.
L-6	Physicians in charge trust the team members to exercise good judgement.
L-7	Physicians in charge permit the team members to use their own judgement in solving problems.
L-8	Physicians in charge encourage initiative in the team members.
L-9	Physicians in charge treat all team members as their equals.
L-11	Physicians in charge are well aware of their own emotions and attitudes.
L-13	Physicians in charge dare to show their vulnerability.
F2: Practice and culture of open interdisciplinary reflection	
I-1	There are regular opportunities for open informal dialogue between healthcare providers.
I-2	There is regular structured and formal dialogue between the various disciplines within the team to discuss patient care.
I-3	We regularly reflect on the quality of care provided from the various points of view of the staff.
I-4	The teams are well coordinated/managed.
I-5	There is an open and constructive culture in the department such that criticism can be easily expressed.
I-6	Discussions about patients lead to greater understanding and agreements.
I-11	The culture in my ICU makes it easy to learn from the errors of others.
F3: Culture of not avoiding EOL decisions	
E-8†	Death is not perceived as a treatment failure, so decisions to withdraw or withhold therapy are seldom postponed.
E-9†	EOL decisions are not frequently postponed.
E-10†	Patients with little chance of recovery are not frequently admitted.
E-11†	Patients with little chance of recovery do not frequently occupy an ICU bed which other patients would benefit more from.
F4: Culture of mutual respect within the interdisciplinary team	
I-7	I am always regarded and addressed by everyone in the team as a full-fledged team member.
I-8	Team members from another discipline respect my work.
I-9	I have confidence in the professional competence of my team members.
F5: Active involvement of nurses in EOL care and decision-making (DM)	
E-5	Nurses are present during the communication of end-of-life information to the family.
E-6	Nurses are involved in end-of-life decision-making.
E-7	Nurses and physicians collaborate well with one another during end-of-life situations.
F6: Active decision-making by physicians	
L-2	Physicians in charge make accurate and timely decisions.
L-3	Physicians in charge take full charge when emergencies arise.
L-4†	Physicians in charge are not hesitant about taking initiative in the group.
L-12	Physicians in charge are well aware of their role model function.
F7: Practice and culture of ethical awareness	
E-1	My colleagues understand my thoughts/feelings about difficult end-of-life decisions.
E-2	Different opinions and values concerning end of life are tolerated.
E-3	We talk about moral problems.
E-4	There is a structured, formal debriefing after difficult patient care situation.

† Items that are reverse scored.

EDMCQ: Ethical Decision-Making Climate Questionnaire; EOL: end of life; ICU: intensive care unit.

Figure 1. Score EDMC-ICU(22)

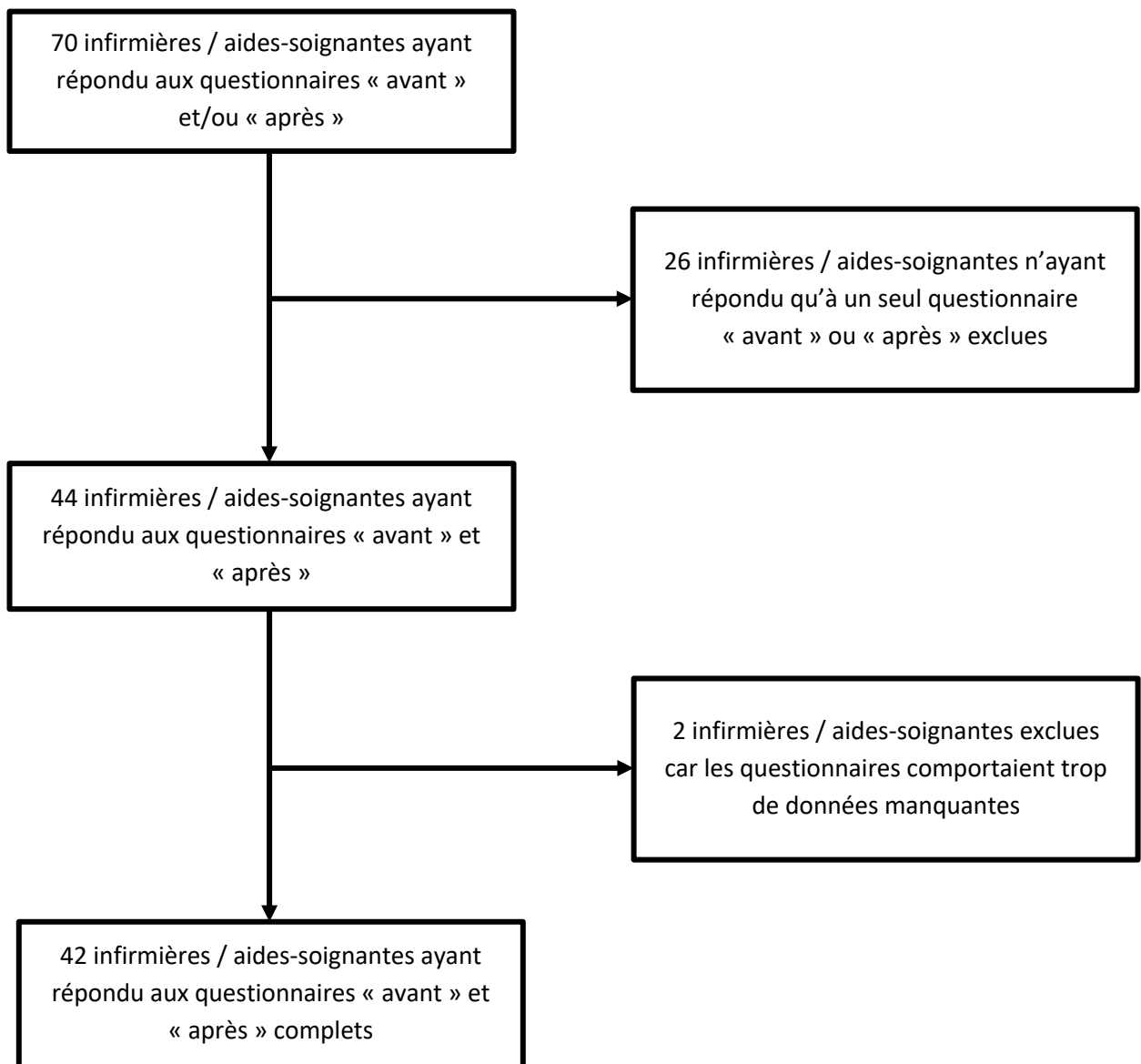


Figure 2. Diagramme de flux des soignants participants



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Dr Romain MIGUEL MONTANES

Titre du projet de recherche : Délibération éthique en réanimation : impact de la mise en place de réunions éthiques formalisées, une étude pilote

N° du projet : 2022 062

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

☒ **FAVORABLE**

☐ **DÉFAVORABLE**

☐ **SURSIS A STATUER**

☐ **DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE**

au projet de recherche n° 2022 062

A Tours, le 05/01/2023

**Dr Béatrice Birmelé
Présidente du Groupe Ethique Clinique**

Annexe 2. Déroulement des staffs éthiques en URTCB

Grands principes

- Discussion collective
- Le staff éthique a la « primeur » de la discussion
- Égalité des participants : la hiérarchie est temporairement abolie
- Liberté d'expression, chacun peut s'exprimer jusqu'au bout de ce qu'il a dire
- Les participants expriment les raisons sur lesquelles sont basées leurs opinions
- Ne pas faire : accaparer la parole, couper la parole, reproche, invective
- On peut revenir sur décision prise au cours d'un staff éthique

Déroulement

- Lieu : salle de pause
- Tout le monde peut demander un staff éthique
- Les préférences du patient ont été recherchées préalablement
- Participants :
 - Trio minimum : IDE, AS et médecin en charge du patient
 - Tous les autres soignants (IDE, AS, médecins, psychologue, cadre, kinésithérapeute...) présents ce jour-là peuvent participer
 - Une aide-soignante ou une infirmière de « l'autre côté » (brulés ou URTC) est invitée
 - Pas de spectateur : tous les participants s'expriment
- Une personne est désignée pour animer la discussion (médecin, infirmière ou aide-soignante)
- Résumé de la situation médicale, sociale et familiale (médecin, infirmière ou aide-soignante)
- Tour de table : chacun s'exprime
- Une personne est désignée pour être « l'avocat du diable ». Son rôle est
 - D'identifier un ou des scénarios de prise en charge minoritaire ou non exprimé
 - D'argumenter en faveur de ces scénarios
- Clôture de la discussion
 - Recherche du consensus : accord sans opposition catégorique, avec lequel chacun peut vivre
 - Unanimité : lorsqu'elle est présente, non obligatoire car souvent inatteignable
 - En l'absence de consensus : clore la discussion et refaire un staff éthique quelques jours plus tard s'il y en a toujours besoin
- Durée : environ 20 minutes
- Consultant extérieur : peut être invité au staff éthique ou appelé après celui-ci

Compte rendu

- Tous les staffs éthiques sont mentionnés dans le dossier
- Contenu : décision prise avec ses motivations, suite prévue, information délivrée ou non à la famille

Annexe 3. Questionnaire EDMC-ICU

CLIMAT DES DECISIONS ETHIQUES

Interdisciplinarité (I)

Dans quelle mesure vous retrouvez-vous dans ces affirmations ?	1. Accord fort	2. Accord partiel	3. Désaccord partiel	4. Désaccord fort
1. Dans mon unité, il y a régulièrement la possibilité d'avoir un dialogue ouvert et informel entre les soignants.				
2. Dans mon unité, il y a régulièrement des réunions organisées permettant de discuter du soin des patients entre les différents intervenants.				
3. Dans mon unité, nous discutons régulièrement de la qualité des soins apportés selon l'avis des différents intervenants.				
4. Dans mon unité, les différentes équipes travaillent ensemble de manière coordonnée avec un encadrement adapté.				
5. Dans mon unité, les rapports sont ouverts et constructifs, si bien qu'il est facile d'exprimer une opinion divergente.				
6. Dans mon unité, les discussions concernant les patients permettent une meilleure compréhension et un meilleur consensus.				
7. Dans mon unité, je suis perçu et reconnu comme un membre à part entière de l'équipe.				
8. Dans mon unité, les membres des autres corps de métier respectent mon travail.				
9. Dans mon unité, j'ai confiance en les compétences des autres membres de l'équipe.				
10. L'organisation et l'état d'esprit de l'unité dans laquelle je travaille fait qu'il m'est aisé d'apprendre des erreurs des autres.				

Compétences managériales du médecin en charge de l'unité (décisions) (L)

Dans quelle mesure vous retrouvez-vous dans ces affirmations ?	1. Accord fort	2. Accord partiel	3. Désaccord partiel	4. Désaccord fort
1. Dans mon unité, les décisions sont prises de manière rapide et précise par le médecin en charge.				
2. Dans mon unité, le médecin prend la responsabilité des décisions et de la direction l'équipe en cas d'urgence.				
3. Dans mon unité, le médecin hésite à prendre des initiatives.				
4. Dans mon unité, le médecin en charge participe à la résolution des conflits.				
5. Dans mon unité, le médecin fait confiance au jugement des membres de l'équipe.				
6. Dans mon unité, le médecin fait confiance aux membres de l'équipe afin de prendre des initiatives.				
7. Dans mon unité, le médecin encourage les membres de l'équipe à prendre des initiatives.				
8. Dans mon unité, le médecin parle aux autres membres d'égal à égal.				
9. Le médecin en charge est conscient de ce qu'il exprime au plan émotionnel.				
10. Le médecin en charge est conscient qu'il doit montrer l'exemple.				
11. Le médecin en charge est capable d'exprimer sa vulnérabilité.				

Fin de vie (E)

Dans quelle mesure vous retrouvez-vous dans ces affirmations ?	1. Accord fort	2. Accord partiel	3. Désaccord partiel	4. Désaccord fort
1. Mes collègues comprennent mes doutes ou incertitudes concernant les décisions de fin de vie.				
2. Dans mon unité, l'expression d'un désaccord sur les opinions ou les valeurs concernant la fin de vie est acceptée.				
3. Dans mon unité, nous avons l'opportunité de nous exprimer concernant les problèmes moraux.				
4. Dans mon unité, un débriefing formalisé est réalisé après une situation de soin ou de fin de vie difficile.				
5. Dans mon unité, les infirmiers sont présents lors des entretiens ayant trait à la fin de vie avec les proches du patient.				
6. Dans mon unité, les infirmiers sont impliqués dans les décisions ayant trait à la fin de vie.				
7. Dans mon unité, médecins et infirmiers travaillent de concert au cours de la prise en charge des patients en fin de vie.				
8. Dans mon unité, le décès est perçu comme un échec et les décisions de limitation ou arrêt des thérapeutiques actives, sont rares de ce fait.				
9. Dans mon unité, les décisions de fin de vie sont fréquemment reportées à plus tard.				
10. Dans mon unité, les patients qui ont des chances minimales de récupération sont admis fréquemment.				
11. Dans mon unité, les patients ayant des chances minimales de récupération occupent fréquemment un lit qui pourrait bénéficier à d'autres patients.				

Annexe 4. Questionnaire IPWBW

INDICE DE BIEN-ETRE PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL

A quel point êtes-vous en accord avec chaque énoncé	1. En Désaccord	2. Quelque peu en accord	3.	4. Modérément en accord	5.	6. Tout à fait en accord
1. J'apprécie les gens avec qui je travaille.						
2. Je trouve mon travail excitant.						
3. Je sais que je suis capable de faire mon travail.						
4. Je sens que mon travail est reconnu.						
5. J'ai envie de prendre des initiatives dans mon travail.						
6. Je trouve agréable de travailler avec les gens de mon travail.						
7. J'aime mon travail.						
8. J'ai confiance en moi au travail.						
9. Je sens que mes efforts au travail sont appréciés.						
10. Je me soucie du bon fonctionnement de mon organisation.						
11. Je m'entends bien avec les gens à mon travail.						
12. Je suis fier de l'emploi que j'occupe.						
13. Je me sens efficace et compétent dans mon travail.						
14. Je sais que les gens croient aux projets sur lesquels je travaille.						
15. J'aime relever des défis dans mon travail.						
16. J'ai une relation de confiance avec les gens de mon travail.						

	1. En Désaccord	2. Quelque peu en accord	3.	4. Modérément en accord	5.	6. Tout à fait en accord
17. Je trouve un sens à mon travail.						
18. J'ai le sentiment de savoir quoi faire dans mon travail.						
19. J'ai l'impression que les gens avec qui je travaille reconnaissent ma compétence.						
20. Je désire contribuer à l'atteinte des objectifs de mon organisation.						
21. Je me sens accepté comme je suis par les gens avec qui je travaille.						
22. J'ai un grand sentiment d'accomplissement au travail.						
23. Je connais ma valeur comme travailleur.						
24. Je sens que je suis un membre à part entière de mon organisation.						
25. J'ai envie de m'impliquer dans mon organisation au-delà de ma charge de travail.						

ECHELLE DE FRUSTRATION DES BESOINS PSYCHOLOGIQUES AU TRAVAIL (EFBPT)

Dans quelle mesure vous retrouvez-vous dans ces affirmations ?	1. Fortement en désaccord	2. En désaccord	3. Un peu en désaccord	4. Neutre	5. Un peu en accord	6. En accord	7. Fortement en accord
1. Dans mon activité professionnelle, il existe des situations dans lesquelles tout est fait pour que je me sente incompetent(e).							
2. Dans mon activité professionnelle, je me sens forcé(e) de me comporter d'une certaine manière.							
3. Dans mon activité professionnelle, je sens que je suis obligé(e) de suivre des décisions prises pour moi.							
4. Dans mon activité professionnelle, je me sens obligé(e) d'être en accord avec l'organisation du travail qui m'est proposée.							
5. Dans mon activité professionnelle, je sens que mes collègues peuvent être méprisant(e)s envers moi.							
6. Dans mon activité professionnelle, tout est fait pour que je me sente inapte dans certaines situations.							
7. Dans mon activité professionnelle, je pense que les autres personnes me détestent.							
8. Dans mon activité professionnelle, il m'arrive d'entendre des choses qui me donnent l'impression d'être incompetent(e).							
9. Dans mon activité professionnelle, je pense que mes collègues sont jaloux (ses) quand je réussis.							

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Sprung CL, Ricou B, Hartog CS, Maia P, Mentzelopoulos SD, Weiss M, et al. Changes in End-of-Life Practices in European Intensive Care Units From 1999 to 2016. *JAMA*. 5 nov 2019;322(17):1692-704.
2. Lesieur O, Leloup M, Gonzalez F, Mamzer MF, 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.
3. Gilmer T, Schneiderman LJ, Teetzel H, Blustein J, Briggs K, Cohn F, et al. The costs of nonbeneficial treatment in the intensive care setting. *Health Aff Proj Hope*. août 2005;24(4):961-71.
4. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1). 2005-370 avr 22, 2005.
5. Benbenishty J, Ganz FD, Lautrette A, Jaschinski U, Aggarwal A, Søreide E, et al. Variations in reporting of nurse involvement in end-of-life practices in intensive care units worldwide (ETHICUS-2): A prospective observational study. *Int J Nurs Stud*. juill 2024;155:104764.
6. Young IM. La démocratie délibérative à l'épreuve du militantisme. *Raisons Polit*. 30 mai 2011;42(2):131-58.
7. McAndrew NS, Leske J, Schroeter K. Moral distress in critical care nursing: The state of the science. *Nurs Ethics*. août 2018;25(5):552-70.
8. Silverman H, Wilson T, Tisherman S, Kheirbek R, Mukherjee T, Tabatabai A, et al. Ethical decision-making climate, moral distress, and intention to leave among ICU professionals in a tertiary academic hospital center. *BMC Med Ethics*. 19 avr 2022;23(1):45.
9. Asgari S, Shafipour V, Taraghi Z, Yazdani-Charati J. Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. *Nurs Ethics*. mars 2019;26(2):346-56.
10. Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, de Fátima Nascimento A, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care*. déc 2017;7(1):71.
11. Johnson-Coyle L, Opgenorth D, Bellows M, Dhaliwal J, Richardson-Carr S, Bagshaw SM. Moral distress and burnout among cardiovascular surgery intensive care unit healthcare professionals: A prospective cross-sectional survey. *Can J Crit Care Nurs*. janv 2016;27(4):27-36.

12. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nurs Ethics*. févr 2015;22(1):64-76.
13. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses*. sept 2015;24(5):412-20.
14. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses*. mai 2004;13(3):202-8.
15. Van den Bulcke B, Metaxa V, Reyners AK, Rusinova K, Jensen HI, Malmgren J, et al. Ethical climate and intention to leave among critical care clinicians: an observational study in 68 intensive care units across Europe and the United States. *Intensive Care Med*. janv 2020;46(1):46-56.
16. DeKeyser Ganz F, Berkovitz K. Surgical nurses' perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care. *J Adv Nurs*. juill 2012;68(7):1516-25.
17. Lind R, Lorem GF, Nortvedt P, Hevrøy O. Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process--perspectives of relatives. *Nurs Ethics*. sept 2012;19(5):666-76.
18. Benbenishty J, Ganz FD, Anstey MH, Barbosa-Camacho FJ, Bocci MG, Çizmeci EA, et al. Changes in intensive care unit nurse involvement in end of life decision making between 1999 and 2016: Descriptive comparative study. *Intensive Crit Care Nurs*. févr 2022;68:103138.
19. Puntillo KA, McAdam JL. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med*. nov 2006;34(11 Suppl):S332-340.
20. Ethical Deliberation in Multiprofessional Health Care Teams - Les Presses de l'Université d'Ottawa [Internet]. University of Ottawa Press - FR. [cité 17 nov 2024]. Disponible sur: <https://press.uottawa.ca/fr/9780776605258/ethical-deliberation-in-multiprofessional-health-care-teams/>
21. Éthique clinique (L') [Internet]. [cité 17 nov 2024]. Disponible sur: <https://pum.umontreal.ca/catalogue/ethique-clinique-l>
22. Van den Bulcke B, Piers R, Jensen HI, Malmgren J, Metaxa V, Reyners AK, et al. Ethical decision-making climate in the ICU: theoretical framework and validation of a self-assessment tool. *BMJ Qual Saf*. oct 2018;27(10):781-9.

23. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R, et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 3 sept 2003;290(9):1166-72.
24. Dagenais-Desmarais V, Savoie A. What is psychological well-being, really? A grassroots approach from the organizational sciences. *J Happiness Stud*. 2012;13(4):659-84.
25. Gillet, Evelyne F, Lequeur, Bigot, Mokoukolo R. Validation d'une Échelle de Frustration des Besoins Psychologiques au Travail (EFBPT). *Psychol Trav Organ*. 31 déc 2012;18:328-44.
26. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD. Impact of ethics consultations in the intensive care setting: a randomized, controlled trial. *Crit Care Med*. déc 2000;28(12):3920-4.
27. Braus N, Campbell TC, Kwekkeboom KL, Ferguson S, Harvey C, Krupp AE, et al. Prospective study of a proactive palliative care rounding intervention in a medical ICU. *Intensive Care Med*. janv 2016;42(1):54-62.
28. Vincent JL, Boulanger C, van Mol MMC, Hawryluck L, Azoulay E. Ten areas for ICU clinicians to be aware of to help retain nurses in the ICU. *Crit Care Lond Engl*. 13 oct 2022;26(1):310.

Vu, le Directeur de Thèse

26/05/12, 17

Nghiem

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Baptiste BOISSIÈRE

61 pages – 10 tableaux – 2 figures – 5 annexes

Introduction : La majorité des décès en réanimation est précédée d'une décision de LATA. Ces décisions sont particulièrement difficiles et lourdes de conséquences. Pour ces raisons, la loi prévoit qu'elles soient précédées d'une procédure collégiale. Beaucoup de services ont mis en place de telles procédures, sous différentes formes. Malgré cela, des études suggèrent que les infirmières et les aides-soignantes se sentent peu impliquées dans ces décisions. Le but de notre étude était d'évaluer les effets d'une amélioration des pratiques de délibération éthique collective sur le vécu des infirmières (IDE) et des aides-soignantes (AS) de notre unité de réanimation.

Patients et méthodes : Nous avons réalisé une étude pilote prospective monocentrique de type avant/après au sein de notre unité de réanimation chirurgicale de mars 2023 à mai 2024. Tous les patients admis au cours de cette période ont été inclus. Toutes les IDE et les AS du service, présentes depuis au moins 2 mois au moment du changement de phase, ont été invitées à participer à l'étude. Lors de la phase « avant », les décisions de LATA étaient prises selon la pratique habituelle (collégialité informelle). Lors de la phase « après », des réunions éthiques formalisées, favorisant la prise de parole des IDE et des AS (« staffs éthiques ») ont été mises en place et devaient précéder toute décision de LATA. Le critère de jugement principal était les réponses au questionnaire « Climat de prise des décisions éthiques en réanimation (EDMC-ICU) ». Ce questionnaire a été rempli par les IDE et les AS une fois lors de la phase « avant » et une fois lors de la phase « après ». Les critères de jugement secondaires étaient les réponses aux questionnaires « Indice de bien-être psychologique au travail (IPWBW) » et « Échelle de frustration des besoins psychologiques au travail (EFBPT) », les réponses aux sous-dimensions de ces questionnaires et la durée de séjour (DDS) en réanimation des patients ultimement décédés (dit « soins dans bénéfice »).

Résultats : 495 patients ont été inclus dans notre étude (période avant : 213, après : 282). Une décision de LATA a été prise chez 51 patients (10,3%) dont 27 (12,7%) durant la période « avant » et 24 (8,5%) durant la période « après ». Les décisions de LATA étaient précédées d'un staff éthique dans 87,5% des cas lors de la période « après » contre 40,7% des cas lors de la période « avant » ($p=0,001$). Le score EDMC-ICU total (moyenne [SD]) n'était pas différent entre les 2 phases (66,2 [8,9] versus 64,5 [9,2], $p=0,372$). Concernant les 2 dimensions de ce score explorant spécifiquement le caractère multidisciplinaire des décisions de LATA, on retrouvait des différences dans le sens d'une amélioration lors de la phase « après » (F5 : avant 5,1 [2,2], après 4,2 [1,2], $p=0,018$) ; F2 : avant 14,7 [3,8], après 13,2 [3,5], $p=0,053$). La DDS en réanimation médiane des patients ultimement décédés était plus courte lors de la période après, de manière non statistiquement significative (2 jours [1 ; 9,5] versus 4 [1 ; 14], $p=0,403$).

Conclusion : Nos résultats suggèrent que l'intervention évaluée a entraîné une amélioration du vécu des décisions de LATA par les IDE et les AS et une tendance à la réduction des soins sans bénéfice. Ce travail ouvre la voie à des études multicentriques randomisées pour évaluer ce type d'intervention avec une puissance adéquate.

Mots-clés : LATA, Éthique, Infirmière, Aide-soignante.

Jury :

Président du Jury : Professeur Fabien ESPITALIER

Directeur de thèse : Docteur Romain MIGUEL MONTANES

Membres du Jury : Professeur Éric LÉVESQUE

Docteur Servane BARRAULT

Date de soutenance : mercredi 28 mai 2025