



UNIVERSITE DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Limitation et arrêt des thérapeutiques en unité de surveillance continue :  
perception des thérapeutiques jugées inappropriées parmi les soignants  
médicaux et paramédicaux**

Présentée et soutenue publiquement le 25 septembre 2018 à 16 h  
au Pôle Formation

**Par My-Lien NGUYEN TAN**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Benoît TAVERNIER**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Gilles LEBUFFE**

**Monsieur le Professeur Éric KIPNIS**

**Madame le Docteur Erika PARMENTIER - DECRUCQ**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Nicolas VAN GRUNDERBEECK**

---

## **AVERTISSEMENT**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :  
celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Table des matières

Liste des abréviations : .....	4
Liste des figures et tableaux .....	5
Résumé .....	6
Introduction générale .....	7
Objectif de l'étude .....	11
Objectif principal .....	11
Matériels et méthodes.....	11
Caractéristiques de l'étude.....	11
Population étudiée .....	11
Recueil de données .....	12
Variables étudiées .....	13
Analyses statistiques .....	14
Résultats.....	16
Taux de réponse de l'enquête.....	16
Comparaison entre soignants médicaux et paramédicaux .....	18
Relations entre burn-out, thérapeutiques inappropriées et intention de partir.....	20
Discussion .....	25
Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out .....	26
Relations entre médecins et infirmiers .....	27
Collaboration avec les autres services et directives anticipées.....	30
Organisation des Unités de Surveillance Continues .....	32
Rapports avec les familles de patients en LAT .....	33
Rapports avec la société.....	34
Forces et limites de l'étude .....	35
Conclusion .....	37
Références bibliographiques .....	38
Annexe : Questionnaire de l'enquête .....	42

## Liste des abréviations :

**AS** : Aide-Soignant

**CCA** : Chef de Clinique Assistant

**CH** : Centre Hospitalier

**CHRU** : Centre Hospitalier Régional Universitaire

**IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat

**LAT** : Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques

**PH** : Praticien Hospitalier

**SRLF** : Société de Réanimation de Langue Française

**USC** : Unité de Surveillance Continue

## Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Diagramme de flux

Tableau 1 : Comparaison entre médecins et paramédicaux

Tableau 2 : Comparaison entre catégories de soignants

Tableau 3 : Interrelation avec le burn-out

Tableau 4 : Interrelation avec les thérapeutiques jugées non bénéfiques

Tableau 5 : Interrelation avec l'intention de changer de service

## Résumé

**Contexte :** En réanimation, il a déjà été montré que des traitements perçus comme inappropriés pouvaient avoir des conséquences négatives pour les soignants, se révélant notamment par un épuisement professionnel (burn-out). L'objectif de ce travail était d'évaluer en Unité de Surveillance Continue (USC) les relations entre perception de thérapeutiques inappropriées chez les patients en Limitations ou Arrêts des Thérapeutiques (LAT), le burn-out et l'intention de changer de service chez les soignants médicaux et paramédicaux.

**Méthode :** Il s'agissait d'une enquête observationnelle rétrospective multicentrique, réalisée dans les Unités de Surveillance Continue de sept centres hospitaliers du Nord et du Pas-de-Calais de décembre 2017 à avril 2018. Un questionnaire anonyme sur 28 items étudiait distinctement l'environnement de travail, le burn-out, la perception des thérapeutiques inappropriées ainsi que l'intention de partir chez les Praticiens Hospitaliers (PH), les Chefs de Clinique Assistant ou internes (CCA/int), les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) et les Aides-Soignants (AS) travaillant en USC. Après analyses univariées comparant les différents statuts de soignant, une régression logistique était réalisée pour effectuer une analyse multivariée.

**Résultats :** 197 questionnaires ont été analysés (taux de participation de 41.6%). Après analyse multivariée, la perception du caractère non bénéfique des thérapeutiques des patients en LAT était associée à : la mauvaise collaboration avec les autres services avec un OR à 1.29 IC95% [1.10 - 1.52] ; et un état de burn-out avec un OR à 1.40 avec IC95% [1.22 et 1.60]. Des relations médecin/IDE favorables étaient associées à une moindre perception de disproportion des soins avec un OR à 0.86 avec un IC95% [0.75 - 0.98]. Les PH étaient plus satisfaits de leur relation avec les IDE et percevaient moins de thérapeutiques inappropriées.

**Conclusion :** La perception des thérapeutiques inappropriées chez les patients en LAT est liée au burn-out et à la mauvaise collaboration entre les services mais semble moindre si les relations médecins/infirmiers sont bonnes. Une meilleure collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire quant aux conditions des LAT en USC semble essentielle afin d'améliorer les pratiques.

## Introduction générale

*« La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile. Il faut non seulement faire soi-même ce qui convient ; mais encore être secondé par le malade, par ceux qui l'assistent et par les choses extérieures »*

Hippocrate – Aphorismes

Les Unités de Surveillance Continue (USC) ont été créées vers la fin des années 1980 aux Etats-Unis. Elles sont destinées à prendre en charge les patients dont l'état et le traitement font craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales nécessitant d'être monitorées ou dont l'état, au sortir d'une ou plusieurs défaillances vitales, est trop sévère ou instable pour permettre un retour dans une unité d'hospitalisation classique (1). L'activité des USC redéfinie par de nouvelles recommandations en 2018 est peu étudiée (2). La proportion de patients en LAT dans ces unités pourrait y être sous-estimée (3).

Les décisions de limitation ou arrêt des thérapeutiques (LAT) sont courantes en médecine intensive. Elles sont susceptibles d'augmenter de manière concomitante avec le vieillissement de la population générale, tant à l'échelle nationale qu'internationale (4). En France, afin d'encadrer la mise en œuvre de ces pratiques et d'éliminer le caractère arbitraire concernant ces décisions d'admission ou non en réanimation, des recommandations ont été publiées en 2002 par la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) (5).

La reconnaissance par la loi Léonetti du 22 avril 2005 du refus de « l'obstination déraisonnable » a permis une actualisation de ces recommandations en 2009. Celles-ci insistent sur le caractère collégial des décisions de LAT et reconnaissent trois situations de limitations ou arrêts des thérapeutiques (6):

- le patient en situation d'échec thérapeutique, malgré une stratégie bien conduite et une prise en charge optimale, pour lequel la décision d'une limitation ou d'un arrêt des traitements a pour but de ne pas prolonger l'agonie par la poursuite de traitements de suppléance d'organe.
- le patient dont l'évolution est très défavorable en termes de survie et/ou de qualité de vie et pour lequel la poursuite ou l'intensification de traitements de suppléance d'organe serait déraisonnable, disproportionnée au regard de l'objectif thérapeutique et de la situation réelle.
- le patient témoignant directement ou indirectement de son refus d'introduction ou d'intensification des traitements de suppléance des défaillances d'organes, ce qui conduit à une stratégie de limitation ou d'arrêt des traitements.

Depuis une vingtaine d'années, il existe cependant une tendance à l'utilisation de traitements avancés de support d'organes chez des patients avec une espérance de vie limitée, consécutive à des défaillances d'organes chroniques, d'autres comorbidités et/ou à une autonomie limitée (7). Cette situation engendre une mobilisation de moyens humains, logistiques et financiers posant la question éthique du caractère inapproprié des thérapeutiques de suppléance chez ce type de patient (8).

Ces situations peuvent malheureusement aboutir à des situations d'obstination déraisonnable définie selon la SRLF comme « l'instauration ou la poursuite de traitements curatifs et non justifiés au regard du pronostic de survie ou de qualité de vie » (9). Celles-ci sont proscrites par la loi Leonetti révisée en 2016 (10) et contraires à l'article 37 du code de déontologie médicale (article R4127-37 du code de santé publique). En dépit de l'amélioration du cadre législatif sur le refus de l'obstination déraisonnable, il n'existe aucun moyen de déceler avec



certitude les situations dans lesquelles des soins peuvent être jugés disproportionnés.

En réanimation, il a été montré dans de multiples études que des thérapeutiques perçues comme inappropriées, ou non bénéfiques, peuvent avoir des conséquences négatives pour les patients, leurs familles mais aussi pour les soignants : épuisement professionnel (aussi appelé « burn-out »), conflits inter-soignants, conduite d'évitement entraînant un isolement des soignants et des familles (11–13).

Il est intéressant de noter que l'absence d'utilité de thérapeutiques prodiguées à un patient est souvent détectée par les infirmiers, permettant ainsi d'alerter le clinicien et d'amorcer des discussions de LAT (14,15). Le manque de communication et/ou de collaboration inter-soignants quant aux discussions de LAT sont à l'origine de conflits internes appauvrissant la qualité de la prise en charge des patients en situation de fin de vie (16). D'autant plus que le corps paramédical est largement sollicité lors de la mise en place effective des LAT.

Dans une étude multicentrique dans 19 unités de réanimation allemandes réalisée en 2016, Schwarzkopf *et al* montrent une interrelation entre la perception de thérapeutiques non-bénéfiques, le burn-out et l'intention de partir chez les soignants de réanimation. Ils montrent en particulier une différence de perception entre infirmiers, médecins juniors et médecins seniors déjà évoquée par Piers *et al* dans l'étude APPROPRIUS (17). Il était aussi retrouvé une moins bonne perception de la communication inter-soignants et une impression de disproportion des soins plus marquées chez les infirmiers et les médecins juniors (18).

L'épuisement des soignants et la perception du caractère inapproprié des thérapeutiques sont des sujets qui n'ont jamais été traités dans les USC. Cependant, ces services représentent une part conséquente des effectifs de soins critiques au sein des hôpitaux (19). Le peu de données disponibles dans la littérature suggère aussi qu'une partie significative de l'activité des USC pourrait comporter des prises en charge de fin de vie de patients multi-défaillants ayant des LAT (20).

Le but de notre étude était donc de retrouver cette interrelation entre la perception de la disproportion des thérapeutiques, particulièrement chez les patients en LAT, le burn-out et l'intention de quitter le service chez les soignants travaillant dans les USC.

## **Objectif de l'étude**

### **Objectif principal**

L'objectif principal de l'étude était de comparer la perception du caractère inapproprié des traitements prodigués aux patients en LAT, le burn-out et l'intention de changer de service entre les infirmiers (IDE), les aides-soignants (AS), les médecins « seniors » (PH), et les médecins « juniors » (CCA, interne).

## **Matériels et méthodes**

### **Caractéristiques de l'étude**

Il s'agissait d'une enquête observationnelle rétrospective multicentrique, réalisée dans les USC de 7 centres hospitaliers du Nord et du Pas-de-Calais de décembre 2017 à avril 2018.

### **Population étudiée**

#### **Centres participants**

L'enquête était réalisée dans les USC de 7 centres hospitaliers :

- Du Nord : pôle de réanimation médicale du CHRU Lille, CH de Tourcoing, CH de Roubaix, CH de Valenciennes et CH de Dunkerque.
- Du Pas-de-Calais : CH de Lens, CH d'Arras.

### **Critères d'inclusion**

Les soignants travaillant en USC pouvaient participer à cette étude, soit :

- Les médecins : praticiens hospitaliers (PH), chefs de clinique assistant (CCA), et internes,
- Les infirmiers (IDE),
- Les aides-soignants (AS).

L'activité conjointe de réanimation et de surveillance continue des équipes médicales et paramédicales était prise en compte.

Seule l'USC du CHRU de Lille possède une équipe médicale conjointe d'USC et de réanimation avec une équipe paramédicale exclusivement dédiée à l'USC. Cette différence a été prise en compte dans l'enquête. Le nombre de médecins juniors et seniors comptabilisé pour cette équipe comprenait alors ceux présents lors de la période de diffusion du questionnaire (soit 2 mois).

### **Critères d'exclusion**

- Les étudiants paramédicaux,
- Les étudiants en deuxième cycle des études médicales,
- Les soignants en arrêt maladie/maternité ou en congés annuels durant la diffusion du questionnaire.
- Les questionnaires avec réponses incomplètes.

### **Recueil de données**

Les données de l'enquête étaient recueillies par un questionnaire sur papier comprenant 28 questions utilisant une échelle de Likert sur 5 points. Le questionnaire de l'enquête est disponible en annexe.

Les intitulés et les items des questions ont été repris, avec accord de l'auteur, du questionnaire original de l'étude de Schwarzkopf et al (14). Celui-ci a été modifié après traduction en français du questionnaire original en allemand, et uniformisé pour se concentrer sur les patients en LAT.

Après accord des chefs de service et cadres paramédicaux de chaque USC, les questionnaires ont été diffusés sur une période de deux mois dans chaque service participant de décembre 2017 à mai 2018.

Les questionnaires étaient remplis sur la base du volontariat et de manière anonyme.

Les caractéristiques des effectifs de chaque USC étaient par ailleurs recueillies.

### **Variables étudiées**

- **Environnement de travail**

L'environnement de travail était évalué sur 3 aspects :

- La charge de travail : sur 3 items
- La collaboration entre équipe médicale et infirmière lors de la mise en place de LAT : sur 7 items
- La collaboration avec les autres services : sur 4 items

Une échelle de Likert à 5 points allant de 1 « pas du tout d'accord », à 5 « tout à fait d'accord » était utilisée.

Les questions de cette partie ont été élaborées à partir des questionnaires du Nursing Work Index (21), du Collaboration about Care Decisions Scale (22), et du ICU Nurse-Physician Questionnaire (23).

- **Perception des thérapeutiques inappropriées, burn-out et intention de quitter le service**

La perception du caractère inapproprié des soins prodigués aux patients en LAT était évaluée sur 5 items.

Le burn-out était évalué sur 6 items repris de la sous-partie « épuisement émotionnel » du Maslach Burnout Inventory General Survey (24).

L'intention de changer de service était évalué sur 3 items.

Pour ces parties, une échelle de Likert sur 5 points représentant une fréquence d'événement allant de 1 « très rarement » à 5 « très souvent » était utilisée.

### **Analyses statistiques**

Les données quantitatives étaient représentées par leurs moyennes  $\pm$  écarts types. Après vérification des conditions d'applications, les moyennes étaient comparées par un test T de Student ou par un ANOVA. Les variables qualitatives étaient représentées sous forme de valeur absolue et pourcentage.

Les analyses univariées et multivariées ont été réalisées selon un modèle de régression linéaire généralisé. Toutes les variables significatives avec  $p < 0.01$  en analyse univariée ont été intégrées au modèle final. La sélection des variables significatives était réalisée par une méthode de régression pas-à-pas (« stepwise backward model »). Les résultats étaient présentés conformément au modèle sous forme d'Odds Ratio (OR) et Intervalle de confiance à 95% (IC95%).

Une valeur de  $p < 0.05$  était considérée comme significative.

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel R (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2015).

## Résultats

### Taux de réponse de l'enquête

Sur 10 services invités à participer à l'étude, 3 services n'ont pas répondu à notre sollicitation. Parmi les 7 services inclus : 3 sont des services d'USC avec une équipe dédiée (soit 42.8%), 4 ont une équipe travaillant en USC et en réanimation de manière indifférenciée (soit 57.2%).

473 soignants étaient disponibles pour l'enquête à la période de diffusion des questionnaires dans les centres.

197 questionnaires ont été rendus complets. 7 ont été exclus : 3 sur un défaut d'identification du statut du soignant, 4 pour des réponses incomplètes. Le taux de participation globale était de 41.6% (n=197/473)

Les taux de participation globale et par catégorie de soignant sont présentés dans la Figure 1.



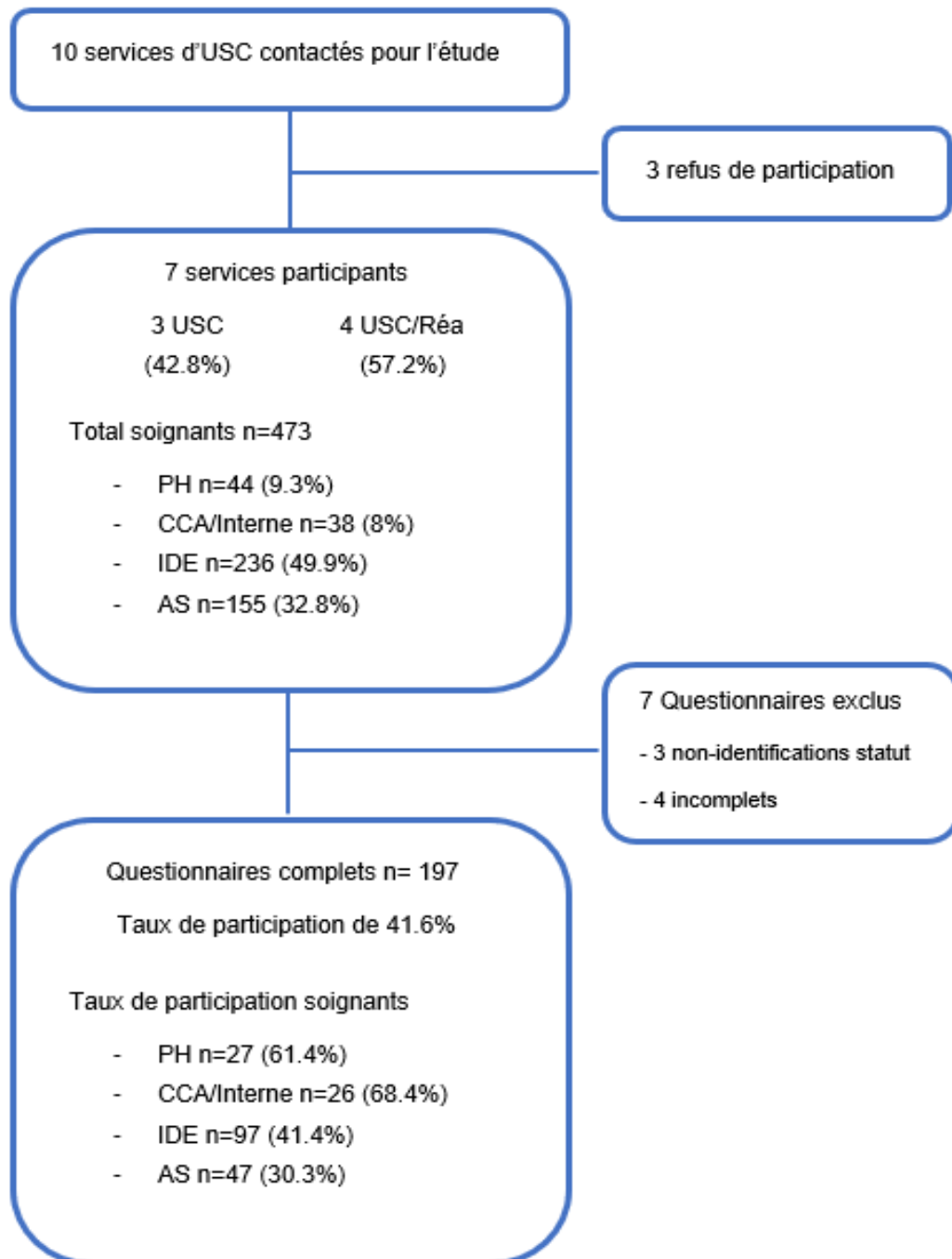


Figure 1 – Diagramme de flux

## Comparaison entre soignants médicaux et paramédicaux

Le Tableau 1 présente la comparaison entre les médecins (n=53) et les soignants paramédicaux (n=114) pour chaque thématique de questions de l'enquête. Il existait une perception de la charge de travail plus négative chez les soignants paramédicaux avec une moyenne de réponse sur l'échelle de Likert à 3.65 ( $\pm 0.82$ ) contre 3.06 ( $\pm 0.94$ ) pour les soignants médicaux ( $p < 0.001$ ). On retrouvait aussi une perception des thérapeutiques inappropriées plus accrue chez les soignants paramédicaux que médicaux avec respectivement une moyenne de réponse de 3.15 ( $\pm 0.77$ ) et de 2.89 ( $\pm 0.95$ ) ; ( $p = 0.045$ ).

Il n'existait pas de différence entre les deux groupes pour les thématiques « relations médecins/IDE », « collaboration avec les autres services », « burn-out » et « intention de partir ».

Questionnaires	Médecins (n=53)	Paramédicaux (n=144)	P value
<b>Charge de travail</b>	<b>3.06 (<math>\pm 0.94</math>)</b>	<b>3.65 (<math>\pm 0.82</math>)</b>	<b>p&lt;0.001</b>
<b>Relation médecins/IDE</b>	3.59 ( $\pm 0.72$ )	3.38 ( $\pm 0.78$ )	0.087
<b>Collaboration autres services</b>	3.06 ( $\pm 0.75$ )	3.21 ( $\pm 0.64$ )	0.164
<b>Burn-Out</b>	2.54 ( $\pm 0.77$ )	2.71 ( $\pm 0.76$ )	0.159
<b>Thérap. Inappropriées</b>	<b>2.89 (<math>\pm 0.95</math>)</b>	<b>3.15 (<math>\pm 0.77</math>)</b>	<b>0.045</b>
<b>Intention de partir</b>	2.08 ( $\pm 1.06$ )	1.79 ( $\pm 1.12$ )	0.102

*Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne ( $\pm$  écart type). Seuil de significativité pour  $p < 0.05$*

Tableau 1 – Comparaison entre médecins et paramédicaux

Le Tableau 2 présente le comparatif entre chaque type de soignant entre eux.

- Pour la thématique « charge de travail », les CCA/internes percevaient de manière moins négative leur charge de travail comparés aux IDE et AS avec respectivement une moyenne ( $\pm$  écart-type) de réponse à 2.87 ( $\pm 0.77$ ), 3.63 ( $\pm 0.81$ ) et 3.67 ( $\pm 0.84$ ) ( $p < 0.05$  pour le comparatif CCA/Interne versus IDE, et CCA/Interne versus AS ;  $p$  de l'ANOVA  $< 0.001$ ).
- Pour la thématique « relation médecins/IDE », les PH avaient une meilleure perception des relations médecins/IDE lors de la mise en place de LAT que les CCA/Internes et les IDE avec respectivement une moyenne de réponse à 3.85 ( $\pm 0.66$ ), 3.32 ( $\pm 0.70$ ) et 3.35 ( $\pm 0.80$ ) ( $p < 0.05$  pour le comparatif PH versus CCA/Internes, et PH versus IDE ;  $p$  de l'ANOVA = 0.011).
- Pour la thématique « thérapeutiques inappropriées », les PH percevaient moins de thérapeutiques jugées inappropriées que tous les autres soignants. La moyenne de réponse était de 2.61 ( $\pm 1.00$ ) pour les PH, 3.18 ( $\pm 0.83$ ) pour les CCA/Internes, 3.16 ( $\pm 0.80$ ) pour les IDE et 3.15 ( $\pm 0.72$ ) pour les AS ( $p < 0.05$  pour le comparatif PH versus CCA/Internes, PH versus IDE et PH versus AS ;  $p$  de l'ANOVA = 0.073).
- Pour la thématique « intention de partir », les CCA/Internes envisageaient plus de changer de service que les AS avec respectivement une moyenne de réponse à 2.36 ( $\pm 1.00$ ) et 1.65 ( $\pm 0.92$ ) ( $p < 0.05$  pour le comparatif CCA/Internes versus AS,  $p$  de l'ANOVA = 0.038).

Questionnaires	PH (n=27)	CCA/ Interne (n=26)	IDE (n=97)	AS (n=47)	p value ANOVA
<b>Charge de travail</b>					
	3.23 ( $\pm$ 1.05)	2.87 ( $\pm$ 0.77) <b>(a,b)</b>	3.63 ( $\pm$ 0.81) <b>(a)</b>	3.67 ( $\pm$ 0.84) <b>(b)</b>	<b>p&lt;0.001</b>
<b>Relation médecins/IDE</b>					
	3.85 ( $\pm$ 0.66) <b>(a,b)</b>	3.32 ( $\pm$ 0.70) <b>(a)</b>	3.35 ( $\pm$ 0.80) <b>(b)</b>	3.42 ( $\pm$ 0.74)	<b>0.011</b>
<b>Collaboration autres services</b>					
	2.98 ( $\pm$ 0.84)	3.14 ( $\pm$ 0.64)	3.21 ( $\pm$ 0.64)	3.21 ( $\pm$ 0.64)	0.597
<b>Burn-Out</b>					
	2.42 ( $\pm$ 0.89)	2.66 ( $\pm$ 0.61)	2.69 ( $\pm$ 0.78)	2.74 ( $\pm$ 0.70)	0.456
<b>Thérap. inappropriées</b>					
	2.61 ( $\pm$ 1.00) <b>(a,b,c)</b>	3.18 ( $\pm$ 0.83) <b>(a)</b>	3.16 ( $\pm$ 0.80) <b>(b)</b>	3.15 ( $\pm$ 0.72) <b>(c)</b>	<b>0.073*</b>
<b>Intention de partir</b>					
	1.81 ( $\pm$ 1.06)	2.36 ( $\pm$ 1.00) <b>(a)</b>	1.86 ( $\pm$ 1.21)	1.65 ( $\pm$ 0.92) <b>(a)</b>	<b>0.038</b>

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne ( $\pm$  écart type). Les lettres (a), (b), et (c) correspondent à une différence significative avec  $p < 0.05$  entre les groupes comportant la même lettre. Seuil de significativité de l'ANOVA pour  $p < 0.05$  pour la détection de différences entre les groupes.

\*Tendance à la significativité pour le p-value de l'ANOVA de « thérapeutiques inappropriées » entraînant une analyse univariée au cas par cas pour cet item.

Tableau 2 – Comparaison entre catégories de soignant

### Relations entre burn-out, thérapeutiques inappropriées et intention de partir

Les Tableaux 3, 4 et 5 présentent respectivement les interrelations entre le burn-out, la perception des thérapeutiques inappropriées et l'intention de changer de service.

Questionnaire	Burn - Out					
	Univariée			Multivariée		
	OR	IC95%	p-value	OR	IC95%	p-value
<b>Professions</b> (référence : AS)						
CCA/Interne	0.92	(0.64-1.33)	0.665			
IDE	0.92	(0.64-1.33)	0.738			
PH	0.72	(0.50-1.04)	0.083			
<b>Equipe</b> (référence : mixte)						
USC	1.21	(0.97-1.52)	0.089			
<b>Questionnaires</b>						
Charge de travail	1.48	(1.33-1.65)	p<0.001			
Relation médecins/IDE	0.85	(0.74-0.97)	0.0200			
Collaboration	1.38	(1.18-1.61)	p<0.001			
Burn-out	--	--	--	--	--	--
Thérap. inappropriées	1.46	(1.30-1.65)	p<0.001	<b>1.31</b>	<b>(1.17-1.48)</b>	<b>p&lt;0.001</b>
Intention de partir	1.36	(1.24-1.48)	p<0.001	<b>1.29</b>	<b>(1.18-1.40)</b>	<b>p&lt;0.001</b>

Les Odds ratios (OR) sont exprimés avec leur intervalle de confiance à 95%. Le seuil de significativité est fixé pour  $p<0.05$ .

Tableau 3 - Interrelation avec le burn-out

Le burn-out était associé, après analyse multivariée :

- à une perception accrue des thérapeutiques inappropriées avec un Odds Ratio à 1.31 avec intervalle de confiance à 95% entre 1.17 et 1.48 ( $p<0.001$ ) ;
- et à l'intention de changer de service avec un Odds Ratio à 1.29 avec intervalle de confiance à 95% entre 1.18 et 1.40 ( $p<0.001$ ).

Questionnaire	Thérapeutiques inappropriées					
	Univariée			Multivariée		
	OR	IC95%	p-value	OR	IC95%	p-value
<b>Professions</b> (référence : AS)						
CCA/Interne	1.02	(0.69-1.52)	0.888			
IDE	1.01	(0.76-1.34)	0.957			
PH	0.58	(0.39-0.86)	0.006			
<b>Equipe</b> (référence : mixte)						
USC	1.79	(1.42-2.25)	p<0.001	<b>1.43</b>	<b>(1.15-1.77)</b>	<b>0.001</b>
<b>Questionnaires</b>						
Charge de travail	1.09	(0.95-1.23)	0.221			
Relation médecins/IDE	0.74	(0.64-0.86)	p<0.001	<b>0.86</b>	<b>(0.75-0.98)</b>	<b>0.020</b>
Collaboration	1.61	(1.37-1.89)	p<0.001	<b>1.29</b>	<b>(1.10-1.52)</b>	<b>0.002</b>
Burn-out	1.57	(1.37-1.81)	p<0.001	<b>1.40</b>	<b>(1.22-1.60)</b>	<b>p&lt;0.001</b>
Thérap. inappropriées	--	--	--	--	--	--
Intention de partir	1.16	(1.05-1.29)	0.004			

Les Odds ratios (OR) sont exprimés avec leur intervalle de confiance à 95%. Le seuil de significativité est fixé pour  $p < 0.05$  pour l'analyse univariée et pour l'analyse multivariée par régression logistique.

Tableau 4- Interrelation avec les thérapeutiques jugées non bénéfiques

Après analyse multivariée, la perception du caractère non bénéfique des thérapeutiques des patients en LAT était associée :

- au fait de travailler dans une équipe d'USC sans activité conjointe de réanimation avec un Odds Ratio de 1.43 avec intervalle de confiance à 95% entre 1.15 et 1.77 ( $p=0.001$ ) ;
- à la mauvaise collaboration avec les autres services avec un Odds Ratio à 1.29 avec un intervalle de confiance à 95% entre 1.10 et 1.52 ( $p=0.002$ ),

- à un état de burn-out avec un Odds Ratio à 1.40 avec intervalle de confiance à 95% entre 1.22 et 1.60 ( $p < 0.001$ ).
- des relations médecins/IDE favorables étaient associées à une moindre perception des thérapeutiques non bénéfiques avec un Odds Ratio à 0.86 avec un intervalle de confiance à 95% entre 0.75 et 0.98 ( $p = 0.020$ ).

Questionnaire	Intention de Partir					
	Univariée			Multivariée		
	OR	IC95%	p-value	OR	IC95%	p-value
<b>Professions</b> (référence : AS)						
CCA/Interne	2.04	(1.20-3.47)	0.009	<b>2.24</b>	<b>(1.39-3.58)</b>	<b>0.001</b>
IDE	1.24	(0.84-1.82)	0.276			
PH	1.18	(0.70-2.00)	0.524	<b>1.63</b>	<b>(1.02-2.60)</b>	<b>0.040</b>
<b>Equipe</b> (référence : mixte)						
USC	1.39	(1.01-1.93)	0.048			
<b>Questionnaires</b>						
Charge de travail	1.18	(0.99-1.40)	0.065			
Relation médecins/IDE	0.72	(0.59-0.87)	0.001	<b>0.80</b>	<b>(0.67-0.97)</b>	<b>0.021</b>
Collaboration	1.28	(1.02-1.62)	0.034			
Burn-out	1.91	(1.59-2.30)	$p < 0.001$	<b>1.85</b>	<b>(1.54-2.21)</b>	<b><math>p &lt; 0.001</math></b>
Thérap.inappropriées	1.31	(1.09-1.58)	0.004			
Intention de partir	--	--	--	--	--	--

Les Odds ratios (OR) sont exprimés avec leur intervalle de confiance à 95%. Le seuil de significativité est fixé pour  $p < 0.05$  pour l'analyse univariée et pour l'analyse multivariée par régression logistique.

Tableau 5 - Interrelation avec l'intention de changer de service

Après analyse multivariée, l'intention de changer de service était associée :

- au burn-out avec un Odds Ratio à 1.85 avec un intervalle de confiance à 95% (1.54-2.21) et  $p < 0.001$ ,

- au statut de PH et au statut de CCA/Interne avec respectivement un Odds Ratio à 1.63 avec un intervalle de confiance à 95% (1.02-2.6),  $p = 0.040$  ; et 2.24 avec un intervalle de confiance à 95% (1.39-3.58),  $p = 0.001$ ,

L'intention de changer de service était moins importante s'il existait de bonnes relations médecins/IDE avec un Odds Ratio à 0.80 avec un intervalle de confiance à 95% (0.67-0.97) et  $p = 0.021$ .



## Discussion

Les principaux résultats de notre enquête relevaient que :

- La perception de thérapeutiques non bénéfiques chez les patients en LAT était significativement associée au burn-out des soignants, à la mauvaise collaboration avec les autres services de l'hôpital ainsi qu'au fait de travailler dans une équipe d'USC n'ayant pas une activité conjointe de réanimation.
- L'épuisement professionnel (burn-out) était significativement associé à la perception des thérapeutiques non bénéfiques chez les patients en LAT ainsi qu'à l'intention de changer de service des soignants.
- De bonnes relations médecins/IDE concernant la prise en charge des patients en LAT semblaient influencer favorablement la perception du caractère non bénéfique de traitements prodigués à ces mêmes patients ainsi qu'à l'intention des soignants de changer de service.
- Les PH avaient un meilleur ressenti de leur relation avec les IDE quant aux mises en place de LAT, et percevaient moins de thérapeutiques non bénéfiques chez ces patients par rapport aux autres soignants.
- Les équipes paramédicales ressentaient une charge de travail plus lourde que les équipes médicales et percevaient de manière plus accrue le caractère non bénéfique des soins des patients en LAT que les équipes médicales.

## **Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out**

Décrit dans la littérature depuis la fin des années 1970, le syndrome d'épuisement professionnel, ou burn-out, est un état de détresse morale induit par des facteurs de stress d'origine professionnelle. Celui-ci est caractérisé par trois composantes : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation (ou cynisme) et le défaut d'accomplissement personnel. Ils peuvent être mesurés par l'échelle d'épuisement de Maslach qui a été utilisé en partie dans notre enquête (25). Les autres expositions psychosociales participant au développement du burn-out relèvent de six dimensions décrites par Leiter et Maslach en 1999, plus connues sous le terme de « *Areas of Worklife Theory* » : charge quantitative et qualitative de travail, manque de ressources (faible soutien social de la hiérarchie et des collègues), faible contrôle, faibles récompenses, manque d'équité et conflits de valeurs (26).

Les conséquences du burn-out sont multiples et ont un impact personnel et collectif certain sur le fonctionnement même d'un service ou d'un établissement de santé : arrêts maladies, changement de service voire de carrière professionnelle, désintérêt pour un engagement d'amélioration des conditions de pratiques cliniques et d'organisation de service (27,28).

Dans une étude française en réanimation, Embriaco *et al* montrent que près de la moitié des médecins et un tiers des infirmiers présentaient un épuisement professionnel. Il est intéressant de noter que les déterminants du burn-out différaient dans les deux groupes. Pour les médecins, la charge de travail, notamment en volume horaire, était déterminante. Pour les infirmiers, les contraintes organisationnelles du service ainsi que les politiques de mise en

place de LAT en étaient les facteurs principaux. Les conflits inter-soignants étaient en revanche des facteurs indépendants de burn-out dans les deux groupes (29).

Dans notre travail, la charge de travail n'a pas été retrouvée comme facteur associé au burn-out dans l'analyse multivariée. En revanche, elle était associée de manière significative au burn-out en analyse univariée. L'étude de Schwarzkopf *et al* retrouvaient la charge de travail comme un facteur prédictif de burn-out, de perception de thérapeutiques inappropriées et d'intention de partir.

Notre enquête montrait que l'épuisement émotionnel était associé à une perception accrue des thérapeutiques non bénéfiques et inversement. Le fait d'être contraint de prodiguer des traitements que l'on considère non appropriés engendre de manière certaine une détresse morale chez les soignants (30). La perception des thérapeutiques inappropriées pourrait être le reflet d'une inadéquation de valeurs entre individus et le marqueur d'un environnement de travail défavorable (31).

### **Relations entre médecins et infirmiers**

L'étude APPROPRIATUS réalisée en 2011 par Piers *et al* dans 82 réanimations européennes et israéliennes avait pour but de mettre en évidence les différents facteurs influençant la perception du caractère inapproprié des thérapeutiques chez les médecins et infirmiers (17). Dans les deux groupes, la perception de la disproportion des thérapeutiques était inversement associée à un bon degré de

collaboration entre médecins et infirmiers concernant la prise de décision sur le projet de soin des patients. Dans cette étude, le caractère inapproprié des thérapeutiques était d'autant plus ressenti que la prise de décision était réalisée de manière unilatérale par le médecin en charge du patient. Ce sentiment d'impuissance, lié au manque de collaboration dans la prise de décision sur le projet de soin, est un déterminant majeur de la détresse morale des équipes paramédicales. Ceci est d'autant plus tangible que leur temps passé auprès des patients et des familles est sensiblement plus important que les médecins et qu'il s'agisse de patients en LAT (32).

Les résultats de notre enquête vont dans le même sens que ces différentes données de la littérature. En effet, de bonnes relations médecins/IDE quant aux mises en place de LAT ont un impact favorable sur le degré de perception des thérapeutiques non bénéfiques comme sur l'intention de partir en analyse multivariée, et sur le burn-out en analyse univariée seulement.

L'étude RESSENTI réalisée en 2001 dans 133 réanimations françaises évaluait la perception des soignants quant à la mise en place de LAT (33). Le processus décisionnel aboutissant à la mise en place de LAT était considéré comme satisfaisant par seulement un tiers des infirmiers contre 73% des médecins. Le manque de collaboration entre médecins et infirmiers était mis en avant par plus des trois-quarts des infirmiers. Celui-ci était entre autres expliqué par la crainte des médecins de conflits internes et de litiges médico-légaux (à noter que cette étude était réalisée avant la mise en place de la loi Leonetti de 2005 relative aux droits des malades et de la fin de vie). Les recommandations européennes d'experts ont depuis 2003 mis en exergue la nécessité d'une mise en place

interdisciplinaire des LAT et ce, indépendamment du cadre législatif propre à chaque pays (34).

Dans notre étude ce décalage entre ressenti médical et paramédical quant à la collaboration médecin/IDE et la perception du caractère inapproprié des thérapeutiques est aussi retrouvé. En effet, il apparaît que les PH avaient une meilleure satisfaction de leur collaboration avec les IDE et percevaient moins le caractère inapproprié des traitements que tous les autres soignants. L'impact de cette différence de ressenti s'explique d'autant plus aisément que la prise de décision est unilatérale.

L'intégration des points de vue des différents acteurs de la prise en charge des patients en LAT semble déterminante, non seulement pour la réduction des conflits internes, mais aussi pour l'amélioration de la qualité de prise en charge de ces patients et de leur famille (35). L'évaluation de la « concordance avec le projet du patient » (*Goal-concordant care*) de chaque thérapeutique entreprise chez des patients en LAT doit être mise en œuvre. (36).

### **Collaboration avec les autres services et directives anticipées**

Notre étude met en évidence un lien entre mauvaise collaboration entre les services et la perception des thérapeutiques inappropriées. Ce point pourrait avoir un impact plus conséquent en USC, où les patients issus de la réanimation ou des urgences sont hospitalisés avant leur transfert dans un service d'hospitalisation conventionnelle.

Une mauvaise collaboration entre médecins de soins critiques et ceux des services d'hospitalisation conventionnelle peut être à l'origine de conflits impactant la mise en place de LAT. Cette mésentente peut être due en partie à une mauvaise compréhension de la problématique des patients poly-défaillants de manière chronique dans un contexte de décompensation aiguë (37). La requête de poursuivre des traitements par les spécialistes référents est un facteur de perception de disproportion des soins par les équipes de soins critiques (38). Par ailleurs, la lourdeur des soins inhérente à la prise en charge d'un patient en LAT et de sa famille peut être un frein pour le maintien d'un patient dans un service conventionnel où le ratio d'infirmiers par patient est plus faible que dans les secteurs de soins critiques.

Le recueil et la prise en compte des directives anticipées en amont de l'admission en soins critiques pour établir le projet thérapeutique des patients, tel que préconisé par Hillman *et al*, pourraient ainsi améliorer le ressenti des équipes de soins critiques, et notamment d'USC, pour les patients présentant des états de fragilité majeurs et/ou des défaillances viscérales chroniques (39).

*« C'est l'histoire d'un homme qui tombe d'un immeuble de cinquante étages. Au fur et à mesure de sa chute, il se répète sans cesse pour se rassurer : jusqu'ici tout va bien, jusqu'ici tout va bien, jusqu'ici tout va bien. Mais l'important n'est pas la chute, c'est l'atterrissage. »* Extrait de La Haine de M.Kassovitz (1995).

De manière assez originale, Elia *et al* utilisent cette métaphore de la chute pour illustrer le parcours d'un patient avec une défaillance d'organe chronique sévère, devenant progressivement terminale, et décédant des suites des soins d'une réanimation invasive (40). Ils mettent en lumière la nécessité et le devoir en tant

que médecin d'anticiper cet « atterrissage » dont la brutalité comprend l'administration de thérapeutiques non bénéfiques.

Malgré l'existence d'une défaillance d'organe terminale, il arrive souvent qu'aucune directive anticipée n'ait été abordée avec le patient ou sa famille. Dans une étude rétrospective concernant les LAT dans 43 réanimations françaises, seuls 1.3% des patients avaient rédigé des directives anticipées (41).

Les discussions de mise en place de LAT sont difficiles, surtout dans un contexte aigu où le temps peut faire défaut à une prise de décision sereine en collaboration avec les médecins référents du patient. En effet, la crainte de générer une perte de chance pour le patient est équivalente à celle d'engager des soins disproportionnés. En contexte aigu, et d'autant plus que le nombre de lits en soins critiques est limité, il semble important de privilégier une prise de décision de mise en place de LAT collégiale avec assistance des équipes de soins critiques auprès des services conventionnels et des médecins spécialistes référents, moins habitués à ce type de prise en charge (42,43). Ceci pourrait rentrer dans le cadre de procédures utilisant des équipes de « réponse rapide » comme suggérées dans certaines études australiennes et néo-zélandaises (44,45). Cependant, ce type de procédures n'a pas encore montré son efficacité sur le nombre d'admission en soins critiques.

Une discussion honnête et ouverte avec les patients et leurs proches en amont de ces situations critiques permettrait sans doute de remettre le patient au centre d'une prise de décision en toute connaissance des différentes alternatives à sa portée. L'intervention d'un médecin réanimateur comme

consultant sollicité par le médecin référent pourrait être envisagée afin d'éclairer les choix du patient lors de la formalisation ou de l'écriture de ses directives anticipées (46).

### **Organisation des Unités de Surveillance Continues**

Dans notre étude, la perception des thérapeutiques non bénéfiques était plus accrue parmi les équipes soignantes n'ayant pas une activité conjointe de réanimation. Le manque de données dans la littérature concernant les unités de surveillance continue ne nous permet pas de pouvoir expliquer ce résultat. Tout au plus pouvons nous évoquer le recrutement des patients pouvant différer d'une USC à une autre. En effet, une USC attenante à une réanimation aura certainement tendance à tirer une partie, voire la majorité, de son recrutement chez les patients sortant de réanimation. La filière de soins pourrait être différente avec une USC non gérée au sein d'une réanimation, avec un recrutement issu majoritairement par des patients venant des Services d'Accueil des Urgences. Le manque de données sur l'activité des USC ne permet pas d'étayer ces hypothèses. Un recueil de la typologie et des parcours de soins des patients admis en USC de manière multicentrique pourrait le permettre.

Il est cependant intéressant de noter que les « *Recommandations pour le fonctionnement des unités de surveillance continue* » parues en 2018 préconisent que les équipes paramédicales des USC soient communes à la réanimation. Ce type d'organisation permettrait une meilleur expertise pour la prise en charge des patients (2). En outre, elles établissent avec un accord fort



que « les USC ne doivent pas recevoir des patients pour engager des processus de fin de vie ».

Dans la littérature scientifique, il existe d'autres facteurs influençant la perception des thérapeutiques inappropriées, l'épuisement émotionnel ainsi que l'intention de partir : les relations avec les proches des patients, les relations avec les attentes de la société, mais aussi la formation des soignants aux questions liées à la fin de vie. Ceux-ci n'ont pas été traités directement dans notre travail mais leur existence influe probablement sur les thématiques traitées par notre enquête.

### **Rapports avec les familles de patients en LAT**

Les difficultés de communication avec les familles en souffrance dans des contextes d'hospitalisation en soins critiques et particulièrement lors de fins de vie, peuvent être source d'opposition, d'incompréhension voire même de conflits. Ces divergences relationnelles peuvent être parfois d'origine culturelle ou religieuse (13,47,48). Des modèles de stratégies de communication empathique ont déjà été proposés dans la littérature avec un bénéfice certain sur la satisfaction des médecins les utilisant (49,50). Une généralisation de ces formations semble souhaitable non seulement pour les soignants de soins critiques mais également pour tout médecin, et particulièrement pour les étudiants en médecine (51). La formation à la communication, fondamentale dans le cadre d'un travail en équipe, pourrait également être bénéfique aux difficultés de compréhension entre soignants à l'hôpital.

## Rapports avec la société

*« Mourir plus tôt ou plus tard est indifférent ; bien ou mal mourir ne l'est pas. »*

Sénèque – Lettres à Lucilius

La mort a souvent lieu de nos jours à l'hôpital. L'étude Mort-à-l'Hôpital (MAHO), réalisée par Ferrand *et al* en 2008 dans 600 hôpitaux français, identifie certaines circonstances non optimales lors de la survenue d'un décès à l'hôpital. En effet, l'étude montrait que dans presque trois quarts des cas il existait un échec de mise en place d'une approche palliative et un défaut d'entourage familial malgré l'anticipation du décès. Un haut niveau d'insatisfaction des infirmiers était aussi mis en évidence (52).

En plus d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients en LAT, il semble licite de mieux informer la population sur la problématique de la fin de vie, et notamment au recours, ou non, à des soins de support d'organes en cas de défaillance aigüe (39,42,53). Par ailleurs, la formation des soignants quant aux modalités légales et pratiques des soins palliatifs se doit d'être beaucoup plus accessible et ce, dès les études de médecine ou d'infirmier (54). La loi du 2 février 2016, dite «Claeys-Leonetti », insiste spécifiquement sur la nécessité d'un développement des structures de soins palliatifs, mais aussi sur la formation pratique des étudiants en médecine de deuxième et troisième cycle dans ce type de structure (55).

## Forces et limites de l'étude

Notre travail est à ce jour la seule étude réalisée en USC traitant du burn-out et du ressenti des soignants par rapport aux problématiques des patients en LAT. Le caractère multicentrique, la différenciation entre les statuts des soignants médicaux et paramédicaux, et la validation à partir des données de la littérature des items du questionnaire renforcent la validité interne et externe de notre étude.

Elle comporte également certaines limites. L'étude a été seulement réalisée dans certaines USC du Nord et du Pas-de-Calais. Par conséquent, l'extrapolation des résultats à d'autres établissements de soins, et à l'échelle nationale ou internationale semble difficile. Notre échantillon n'est également pas assez important pour y détecter un éventuel « effet centre ». Notre taux de réponse est plus faible comparé aux autres enquêtes multicentriques réalisées en réanimation (17,29), mais équivalent à la moyenne de taux de réponse des enquêtes en recherche organisationnelle (56).

Le fait que le questionnaire était rempli sur la base du volontariat peut éventuellement sélectionner les soignants les plus affectés par les thématiques traitées dans l'enquête, créant ainsi un biais. Comme pour l'étude de Schwarzkopf *et al*, nous n'avons inclus que les items de la partie « épuisement émotionnel » du questionnaire d'évaluation du burn-out de Maslach qui comporte trois sous-parties (24). Ce choix était justifié par l'importance de l'épuisement émotionnel comme symptôme central dans le burn-out. C'est aussi un des seuls indicateurs utilisés par Meltzer *et al* dans l'évaluation du burn-out chez les infirmiers de réanimation (30).

L'organisation des USC diffère dans chaque centre, et notamment sur la politique de mise en place des LAT. Une nouvelle étude évaluant la qualité des conditions de mise en place de LAT en USC, la provenance des patients ainsi que leurs caractéristiques, mais aussi le degré de collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle, semble souhaitable. D'autre part, ce type de travail, malgré la complexité d'interprétation des données rétrospectives, pourrait permettre de mettre en évidence les situations de conflits ou de confusion.

## Conclusion

Dans sept unités de surveillance continue du Nord et du Pas-de-Calais, la perception des thérapeutiques jugées inappropriées par les soignants médicaux et paramédicaux était associée au burn-out, à la mauvaise collaboration entre les services et au fait de travailler au sein d'une équipe d'USC n'ayant pas une activité conjointe de réanimation. De bonnes relations entre médecins et infirmiers avaient un impact favorable sur la perception des thérapeutiques chez les patients en LAT.

Une stratégie de collaboration ouverte et systématique entre tous les intervenants de la prise en charge d'un patient semble être un prérequis essentiel lors de la mise en place de LAT en unité de surveillance continue.

Les progrès sur la prise en charge des patients en fin de vie passent par une meilleure connaissance de l'éthique médicale, du cadre législatif régissant la fin de vie ainsi que l'éducation des soignants médicaux et paramédicaux, qu'ils soient destinés à travailler en soins critiques ou non.

## Références bibliographiques

1. Circulaire DHOS/SDO n°2003-413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.
2. Robert R, Beaussier M, Pateron D, Guidet B, Perrigault P-F, Misset B, et al. Recommandations pour le fonctionnement des unités de surveillance continue (USC) dans les établissements de santé, 2018. *Anesth Réanimation*. juill 2018;4(4):265-79.
3. Iapichino G, Corbella D, Minelli C, Mills GH, Artigas A, Edbooke DL, et al. Reasons for refusal of admission to intensive care and impact on mortality. *Intensive Care Med*. oct 2010;36(10):1772-9.
4. Economist Intelligence Unit. The quality of death : ranking end-of-life care across the world. 2010.
5. Ferrand E. Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. Recommandation de la société de réanimation de langue française. *Réanimation*. 2002;
6. Société de réanimation de langue française. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la société de réanimation de langue française. *Réanimation*. 2010;
7. Wunsch H, Linde-Zwirble WT, Harrison DA, Barnato AE, Rowan KM, Angus DC. Use of Intensive Care Services during Terminal Hospitalizations in England and the United States. *Am J Respir Crit Care Med*. nov 2009;180(9):875-80.
8. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med*. août 1999;27(8):1626-33.
9. Mieux vivre la réanimation - 6ème conférence de consensus. *Ann Fr D'Anesthésie Réanimation* 29 2010 321–330 *Réanimation* 2010 19 191—203.
10. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
11. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*. 8 oct 2008;300(14):1665-73.
12. Kross EK, Engelberg RA, Gries CJ, Nielsen EL, Zatzick D, Curtis JR. ICU care associated with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder among family members of patients who die in the ICU. *Chest*. avr 2011;139(4):795-801.

13. Kompanje EJO, Piers RD, Benoit DD. Causes and consequences of disproportionate care in intensive care medicine: *Curr Opin Crit Care*. nov 2013;1.
14. Bloomer MJ, Endacott R, Ranse K, Coombs MA. Navigating communication with families during withdrawal of life-sustaining treatment in intensive care: a qualitative descriptive study in Australia and New Zealand. *J Clin Nurs*. mars 2017;26(5-6):690-7.
15. McMillen RE. End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive Crit Care Nurs*. août 2008;24(4):251-9.
16. Flannery L, Ramjan LM, Peters K. End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) - Exploring the experiences of ICU nurses and doctors - A critical literature review. *Aust Crit Care Off J Confed Aust Crit Care Nurses*. mai 2016;29(2):97-103.
17. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, Ganz FD, Decruyenaere J, Max A, et al. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *Jama*. 2011;306(24):2694–2703.
18. Schwarzkopf D, Rüdell H, Thomas-Rüdell DO, Felfe J, Poidinger B, Matthäus-Krämer CT, et al. Perceived Nonbeneficial Treatment of Patients, Burnout, and Intention to Leave the Job Among ICU Nurses and Junior and Senior Physicians: *Crit Care Med*. mars 2017;45(3):e265-73.
19. Rhodes A, Ferdinande P, Flaatten H, Guidet B, Metnitz PG, Moreno RP. The variability of critical care bed numbers in Europe. *Intensive Care Med*. oct 2012;38(10):1647-53.
20. Nava S, Sturani C, Hartl S, Magni G, Ciontu M, Corrado A, et al. End-of-life decision-making in respiratory intermediate care units: a European survey. *Eur Respir J*. 14 mars 2007;30(1):156-64.
21. Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health*. juin 2002;25(3):176-88.
22. Baggs JG. Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *J Adv Nurs*. juill 1994;20(1):176-82.
23. Shortell SM, Rousseau DM, Gillies RR, Devers KJ, Simons TL. Organizational assessment in intensive care units (ICUs): construct development, reliability, and validity of the ICU nurse-physician questionnaire. *Med Care*. août 1991;29(8):709-26.
24. Maslach C. *Maslach burnout inventory manual* / Christina Maslach, Susan E. Jackson, Michael P. Leiter. Palo Alto Calif 577 Coll Ave Palo Alto 94306 Consult Psychol Press C1996. 1996;
25. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
26. Leiter MP, Maslach C. Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. *J Health Hum Serv Adm*. 1999;21(4):472-89.

27. Williams ES, Konrad TR, Scheckler WE, Pathman DE, Linzer M, McMurray JE, et al. Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. 2001. *Health Care Manage Rev.* juin 2010;35(2):105-15.
28. Gregory ST, Menser T. Burnout Among Primary Care Physicians: A Test of the Areas of Worklife Model. *J Healthc Manag Am Coll Healthc Exec.* avr 2015;60(2):133-48.
29. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med.* 1 avr 2007;175(7):686-92.
30. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care.* 2004;13(3):202-208.
31. Leiter MP, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. *J Nurs Manag.* avr 2009;17(3):331-9.
32. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate\*. *Crit Care Med.* févr 2007;35(2):422-9.
33. Ferrand E, Lemaire F, Regnier B, Kuteifan K, Badet M, Asfar P, et al. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *Am J Respir Crit Care Med.* 15 mai 2003;167(10):1310-5.
34. Thompson BT, Cox PN, Antonelli M, Carlet JM, Cassell J, Hill NS, et al. Challenges in end-of-life care in the ICU: statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003: executive summary. *Crit Care Med.* août 2004;32(8):1781-4.
35. 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.
36. Turnbull AE, Hartog CS. Goal-concordant care in the ICU: a conceptual framework for future research. *Intensive Care Med.* déc 2017;43(12):1847-9.
37. Jensen HI, Ammentorp J, Erlandsen M, Ørding H. Withholding or withdrawing therapy in intensive care units: an analysis of collaboration among healthcare professionals. *Intensive Care Med.* oct 2011;37(10):1696-705.
38. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, DeKeyser Ganz F, Max A, Michalsen A, et al. Inappropriate Care in European ICUs. *Chest.* août 2014;146(2):267-75.
39. Hillman KM, Cardona-Morrell M. The ten barriers to appropriate management of patients at the end of their life. *Intensive Care Med.* sept 2015;41(9):1700-2.
40. Elia F, Vergano M, Di Meglio L. The patient who fell off a skyscraper. *Intensive Care Med.* 24 févr 2018;



41. Lesieur O, Leloup M, Gonzalez F, Mamzer M-F, EPILAT study group. Withholding or withdrawal of treatment under French rules: a study performed in 43 intensive care units. *Ann Intensive Care*. déc 2015;5(1):56.
42. Siegel MD, Stapleton R, Wunsch H. The ethical and economic impact of defaults. *Semin Respir Crit Care Med*. août 2012;33(4):382-92.
43. Azoulay E, Timsit J-F, Sprung CL, Soares M, Rusinová K, Lafabrie A, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflictus study. *Am J Respir Crit Care Med*. 1 nov 2009;180(9):853-60.
44. Jones DA, DeVita MA, Bellomo R. Rapid-response teams. *N Engl J Med*. 14 juill 2011;365(2):139-46.
45. Hillman K, Chen J, Cretikos M, Bellomo R, Brown D, Doig G, et al. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 18 juin 2005;365(9477):2091-7.
46. Rigaud J-P, Meunier-Beillard N, Aubry R, Dion M, Ecartot F, Quenot J-P. Le médecin réanimateur : un consultant extérieur pour un choix éclairé du patient et de ses proches ? *Réanimation*. juill 2016;25(4):367-71.
47. Curtis JR, Ciechanowski PS, Downey L, Gold J, Nielsen EL, Shannon SE, et al. Development and evaluation of an interprofessional communication intervention to improve family outcomes in the ICU. *Contemp Clin Trials*. nov 2012;33(6):1245-54.
48. De Villers MJ, DeVon HA. Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. *Nurs Ethics*. août 2013;20(5):589-603.
49. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med*. 12 mars 2007;167(5):453-60.
50. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*. 2 mars 2005;293(9):1100-6.
51. Levy MM. End-of-life care in the intensive care unit: can we do better? *Crit Care Med*. févr 2001;29(2 Suppl):N56-61.
52. Ferrand E, Jabre P, Vincent-Genod C, Aubry R, Badet M, Badia P, et al. Circumstances of death in hospitalized patients and nurses' perceptions: French multicenter Mort-a-l'Hôpital survey. *Arch Intern Med*. 28 avr 2008;168(8):867-75.
53. Singer PA, Wolfson M. The best places to die. *BMJ*. 26 juill 2003;327(7408):173-4.
54. Soares M, Piva JP. Physicians just need to be better trained to provide the best care at the end-of-life. *Intensive Care Med*. mars 2012;38(3):342-4.
55. Boyer A, Eon B, Quentin B, Blondiaux I, Bordet F, et al. Que change la Loi Claeys-Leonetti pour les réanimateurs ? *Réanimation*. juill 2016;25(4):419-25.

56. Baruch Y, Holtom BC. Survey response rate levels and trends in organizational research. *Hum Relat.* 1 août 2008;61(8):1139-60.

## Annexe : Questionnaire de l'enquête

Nous souhaitons réaliser une étude dans le cadre d'une thèse afin d'évaluer les pratiques et le ressenti des soignants médicaux et paramédicaux quant à la mise en place et la réalisation de limitations et arrêts des thérapeutiques (LAT) dans différents services de surveillance continue du Nord et du Pas-de-Calais.

Dans ce but, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire. **Les données seront étudiées de manière anonyme** et uniquement dans le cadre de ce travail de thèse. **Merci de bien vouloir indiquer votre statut en haut du questionnaire : IDE, AS, PH, CCA ou interne.**

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord

Évaluez à l'aide de l'échelle de jugement ci-dessus les affirmations suivantes concernant :

Vos conditions de travail dans le service:	1	2	3	4	5
Je dois travailler très dur.	①	②	③	④	⑤
On me demande de réaliser un nombre excessif de tâches.	①	②	③	④	⑤
Je n'ai pas assez de temps pour réaliser toutes ces tâches.	①	②	③	④	⑤

Les relations entre équipes médicales et para-médicales, lors des mises en place de LAT:	1	2	3	4	5
Médecins et infirmier(e)s ont de bonnes relations de travail.	①	②	③	④	⑤
Il y a beaucoup de travail d'équipe entre médecins et infirmier(e)s	①	②	③	④	⑤
La communication concernant les discussions de LAT entre médecins et infirmier(e)s est ouverte et positive.	①	②	③	④	⑤
Lorsqu'il y a un désaccord au sein de l'équipe médicale et paramédicale, tous les points de vue seront pris en considération pour trouver le meilleur compromis/solution.	①	②	③	④	⑤
La collaboration entre équipe médicale et paramédicale en pratique pour la mise en place de LAT pour un patient, est bonne.	①	②	③	④	⑤
Il existe une bonne compréhension des rôles et responsabilités de chacun entre équipe médicale et paramédicale lors des mises en place de LAT.	①	②	③	④	⑤
Médecins et Infirmier(e)s décident ensemble à propos des soins à prodiguer aux patients	①	②	③	④	⑤

La collaboration entre les différents services, en particuliers d'amont et d'aval :	1	2	3	4	5
Notre service n'a pas des relations de travail constructives avec les autres services de l'hôpital.	①	②	③	④	⑤
Des relations de travail insuffisantes avec les autres services limitent notre efficacité de prise en charge concernant les patients en LAT.	①	②	③	④	⑤
Les patients admis avec des LAT représentent une part importante de l'activité de notre service.	①	②	③	④	⑤
Notre service ne reçoit pas la coopération qu'elle mérite de la part des autres services.	①	②	③	④	⑤

1	2	3	4	5
Très rarement	Rarement	Quelquefois	Plutôt souvent	Très souvent

A propos de votre travail, avec l'échelle ci-dessus, veuillez évaluer les affirmations suivantes:

	1	2	3	4	5
Je me sens émotionnellement vidé par mon travail.	①	②	③	④	⑤
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.	①	②	③	④	⑤
Travailler avec des patients toute la journée me demande beaucoup d'effort.	①	②	③	④	⑤
Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.	①	②	③	④	⑤
Travailler en contact direct avec les patients et/ou leur famille me stresse trop.	①	②	③	④	⑤
Je repense en rentrant chez moi à la prise en charge et/ou le décès d'un patient en LAT dans le service.	①	②	③	④	⑤

A propos de vos patients, et particulièrement ceux ayant des LAT, avec quelle fréquence avez-vous ressenti :

	1	2	3	4	5
...qu'un patient en fin de vie recevait des examens complémentaires inutiles?	①	②	③	④	⑤
...qu'un patient recevait trop de soins invasifs étant donné son pronostic?	①	②	③	④	⑤
...que des soins de support d'organes prolongeaient inutilement la souffrance d'un patient?	①	②	③	④	⑤
...que des soins de réanimation étaient prodigués à un patient pour seul résultat que de retarder son décès?	①	②	③	④	⑤
...que des décisions de mise en place de limitations thérapeutiques sont prises trop tardivement?	①	②	③	④	⑤

1	2	3	4	5
Pas du tout	Plutôt faux	Peut être	Assez vrai	Tout à fait vrai

A propos de votre travail, évaluez à l'aide de l'échelle ci-dessus les affirmations suivantes :

	1	2	3	4	5
Je souhaite changer de service/ travail dans l'année.	①	②	③	④	⑤
Je projette de rechercher activement un autre service / travail.	①	②	③	④	⑤
Je ne souhaite pas garder ce travail dans ce service.	①	②	③	④	⑤

**AUTEUR : Nom :** NGUYEN TAN

**Prénom :** My-Lien

**Date de Soutenance :** 25 septembre 2018

**Titre de la Thèse :** Limitation et arrêt des thérapeutiques en unité de surveillance continue : perception des thérapeutiques jugées inappropriées parmi les soignants médicaux et paramédicaux.

**Thèse - Médecine - Lille 2018**

**Cadre de classement :** Réanimation

**DES + spécialité :** Anesthésie-Réanimation

**Mots-clés :** USC, limitation et arrêt des thérapeutiques, thérapeutiques non-bénéfiques

**Contexte :** En réanimation, il a déjà été montré que des traitements perçus comme inappropriés pouvaient avoir des conséquences négatives pour les soignants, se révélant notamment par un épuisement professionnel (burn-out). L'objectif de ce travail était d'évaluer en Unité de Surveillance Continue (USC) les relations entre perception de thérapeutiques inappropriées chez les patients en Limitations ou Arrêts des Thérapeutiques (LAT), le burn-out et l'intention de changer de service chez les soignants médicaux et paramédicaux.

**Méthode :** Il s'agissait d'une enquête observationnelle rétrospective multicentrique, réalisée dans les Unités de Surveillance Continue de sept centres hospitaliers du Nord et du Pas-de-Calais de décembre 2017 à avril 2018. Un questionnaire anonyme sur 28 items étudiait distinctement l'environnement de travail, le burn-out, la perception des thérapeutiques inappropriées ainsi que l'intention de partir chez les Praticiens Hospitaliers (PH), les Chefs de Clinique Assistant ou internes (CCA/int), les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) et les Aides-Soignants (AS) travaillant en USC. Après analyses univariées comparant les différents statuts de soignant, une régression logistique était réalisée pour effectuer une analyse multivariée.

**Résultats :** 197 questionnaires ont été analysés (taux de participation de 41.6%). Après analyse multivariée, la perception du caractère non bénéfique des thérapeutiques des patients en LAT était associée à : la mauvaise collaboration avec les autres services avec un OR à 1.29 IC95% [1.10 - 1.52] ; et un état de burn-out avec un OR à 1.40 avec IC95% [1.22 et 1.60]. Des relations médecin/IDE favorables étaient associées à une moindre perception de disproportion des soins avec un OR à 0.86 avec un IC95% [0.75 - 0.98]. Les PH étaient plus satisfaits de leur relation avec les IDE et percevaient moins de thérapeutiques inappropriées.

**Conclusion :** La perception des thérapeutiques inappropriées chez les patients en LAT est liée au burn-out et à la mauvaise collaboration entre les services mais semble moindre si les relations médecins/infirmiers sont bonnes. Une meilleure collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire quant aux conditions des LAT en USC semble essentielle afin d'améliorer les pratiques.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Benoît TAVERNIER

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Gilles LEBUFFE, Monsieur le Professeur Éric KIPNIS, Madame le Docteur Erika PARMENTIER-DECRUCQ, Monsieur le Docteur Nicolas VAN GRUNDERBEECK