

Place des soins palliatifs aux soins intensifs. Exemple de méthodologie réalisée au CHRSM de Namur

*Place of palliative care in intensive care.
Example of methodology carried out at the CHRSM of Namur*

LEMAITRE F.¹, BIELMAIR C.², DENORME A.², DUMORT M.² et PIRE A.²

¹Service des Soins intensifs, Centre hospitalier régional Sambre et Meuse (CHRSM) - site Meuse

²Département infirmier, Service des Soins intensifs, CHRSM - site Meuse

RÉSUMÉ

Avoir une démarche palliative en soins intensifs permet de privilégier un travail en interdisciplinarité où le patient est mis au centre des soins en tenant compte de ses besoins au niveau physique, relationnel, psychologique, moral, social et spirituel. C'est aussi mettre du sens aux soins pour les soignants et éviter la détresse morale et le risque de burn-out lié à l'administration de traitements considérés comme inappropriés.

Nous proposons ici une méthodologie mise sur pied par l'équipe palliative des soins intensifs composée d'un médecin intensiviste et éthicienne et de trois infirmières spécialisées en soins intensifs et en soins palliatifs. Elle consiste en l'organisation hebdomadaire d'un tour palliatif interdisciplinaire avec l'équipe mobile de soins continus et l'équipe de soins intensifs. Une échelle palliative adaptée aux soins intensifs sert de base à la discussion d'une approche centrée sur le patient, ses besoins et sa qualité de vie. Le but est d'améliorer le climat éthique au sein du service en élaborant un projet thérapeutique adapté à chaque patient afin d'éviter la mise en route ou la poursuite de traitements non adaptés au souhait et/ou à l'état actuel du patient.

Rev Med Brux 2024; 45 : 149-156

Doi : 10.30637/2024.23-094

Mots-clés : soins intensifs, soins palliatifs, éthique, qualité de vie

ABSTRACT

Having a palliative approach in intensive care allows us to favor interdisciplinary work where the patient is placed at the center of care, considering their needs at the physical, relational, psychological, moral, social and spiritual level. It also brings meaning to care for caregivers and avoids moral distress and the risk of burnout linked to the administration of treatments considered inappropriate.

We propose here a methodology established by the palliative intensive care team composed of an intensivist and ethicist, and three nurses specialized in intensive care and palliative care. It consists of the weekly organization of an interdisciplinary palliative round with the mobile continuing care team and the intensive care team. A palliative scale adapted to intensive care serves as a basis for discussing an approach centered on the patient, their needs, and their quality of life. The aim is to improve the ethical climate within the department by developing a therapeutic plan adapted to each patient in order to avoid the initiation or continuation of treatments not adapted to the patient's wishes and/or current state.

Rev Med Brux 2024; 45: 149-156

Doi: 10.30637/2024.23-094

Key words: intensive care, palliative care, ethics, quality of life

INTRODUCTION

Avoir une démarche palliative en soins intensifs permet de privilégier un travail en interdisciplinarité où le patient, et non uniquement sa maladie, est mis au centre des soins en tenant compte de ses besoins sur le plan physique, relationnel, psychologique, moral, social et spirituel.

Mettre le patient au centre des intérêts, c'est aussi mettre du sens aux soins pour l'ensemble des

soignants. En effet, dans les études évaluant les facteurs favorisant le burn-out, la gestion de la fin de vie est un facteur de stress reconnu. La fin de vie fait partie du quotidien des soins intensifs où la plupart des patients décèdent après une décision médicale de désescalade thérapeutique. Ricou a montré que les infirmiers participant aux décisions de limitation thérapeutique ou aux soins mortuaires

sont plus sujets au burn-out¹. De même, l'incertitude pronostique, la lourdeur des situations rencontrées et l'impression de futilité du travail fourni entament le moral des soignants qui ont besoin de trouver un sens à leur travail. Ainsi, jusqu'à 30% des soignants des soins intensifs rapportent une situation où ils trouvent que les soins qu'ils prodiguent sont inappropriés et dans plus de 90% de ces situations, les soins sont jugés trop importants ou exagérés par rapport aux résultats escomptés². Van den Bulcke a par ailleurs montré dans une étude multicentrique, une relation statistiquement significative entre la qualité du climat éthique aux soins intensifs et l'intention des soignants de démissionner de leur fonction³. Plusieurs facteurs permettraient de réduire cette hémorragie de soignants : l'amélioration du respect mutuel entre les différentes catégories de soignants (Odds Ratio [OR] 0,77; Intervalle de Confiance [IC] 95% 0,66–0,90), l'existence d'une réflexion interdisciplinaire (OR 0,73; IC 95% 0,62–0,86) et le fait de ne pas fuir ses responsabilités en évitant la mise en route d'un projet de fin de vie (OR 0,87; IC 95% 0,77–0,98). D'autres paramètres favorisent le burn-out comme les heures irrégulières avec l'alternance de travail de jour, de nuits et de week-ends; l'environnement bruyant et parfois chaotique est aussi cité. L'auteur souligne que l'évolution des soins intensifs et les innovations techniques repoussant la mort naturelle des patients peuvent générer des situations de détresse morale. Les admissions inappropriées mais aussi le fait de postposer ou de ne pas prendre de décisions de fin de vie créent des tensions au sein des équipes et provoquent des non-dits et des situations de détresse morale qui s'expriment sous la forme de frustration, de culpabilité, de comportements inadaptés et finalement de démission.

Intégrer précocement les soins palliatifs aux soins intensifs peut donc permettre aux soignants de retrouver du sens et d'améliorer le bien être au travail.

SUR QUOI PEUT-ON S'APPUYER POUR INTÉGRER LES SOINS PALLIATIFS AUX SOINS INTENSIFS ?

La législation belge

La Belgique s'est dotée en 2002 de trois lois importantes en droit médical : la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie⁴, la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs⁵ et la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient⁶.

La loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs stipule que tout patient doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement de sa fin de vie. Le but est d'offrir au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie possible et une autonomie maximale grâce à une approche pluridisciplinaire qui englobe les aspects physique, psychique, social et moral. La loi a été modifiée le 21 juillet 2016 pour élargir la définition (ajout du soutien spirituel) et préciser que tout patient a droit à des soins palliatifs lorsqu'il se trouve à un stade avancé ou terminal d'une maladie grave, évolutive

et mettant en péril le pronostic vital, et ce quelle que soit son espérance de vie. Les soins palliatifs peuvent dès lors aussi être entamés chez le patient identifié comme palliatif alors que des traitements à visée curative sont encore en cours. Une offre de soins palliatifs suffisamment large et les critères de remboursement de ces soins par la sécurité sociale garantissent l'égalité d'accès aux soins palliatifs de tous les patients, dans l'ensemble de l'offre de soins. Et donc, y compris aux soins intensifs.

L'Arrêté royal du 21 octobre 2018⁸ fixe les critères pour identifier un patient palliatif en se basant sur le PICT (*Palliative Care Indicators Tool*)⁹. Cette échelle (annexe 1), simple d'utilisation, permet d'identifier un patient palliatif sur base de critères de vulnérabilité, de fragilité et d'incurabilité. Le but est de pouvoir offrir des soins palliatifs, de manière précoce, progressive et adaptés aux besoins des patients. Il est par ailleurs à noter que l'Arrêté royal du 4 septembre 2022¹⁰ insère dans la nomenclature des prestations de santé une codification qui atteste de la rédaction et du suivi des patients qui ont été identifiés palliatifs suivant l'échelle PICT.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient

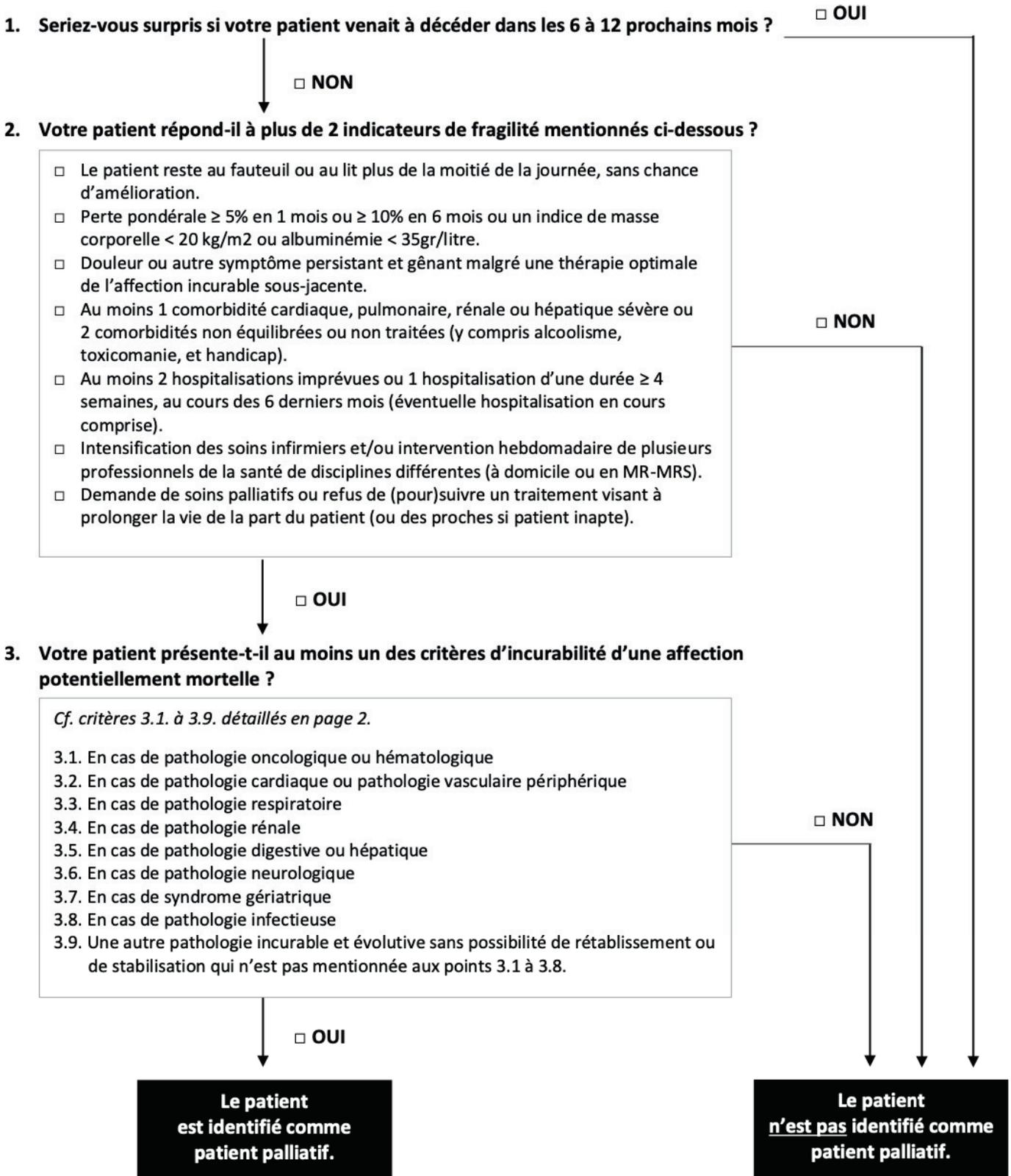
impose le respect de la volonté du patient et son droit à la maîtrise de son corps et de son intégrité physique mais aussi le droit à des prestations de qualité répondant à ses besoins, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite. Ceci implique qu'aucune intervention en matière de santé ne peut être effectuée sur une personne sans son consentement libre et éclairé, consentement qui peut être retiré à tout moment sans devoir être justifié. Le patient a aussi le droit de refuser un traitement, y compris de manière anticipée, sans devoir motiver ce refus.

La bioéthique

Van Rensselaer Potter a été le premier, en 1971, à utiliser le mot bioéthique : « *La bioéthique telle que je l'envisage, s'efforcerait d'engendrer une sagesse, un savoir relatif à la manière d'utiliser le savoir en vue du bien social, sur la base d'une connaissance réaliste de la nature biologique de l'homme et du monde biologique* »¹¹.

Dans le domaine biomédical, Beauchamp et Childress ont proposé quatre grands principes bioéthiques pour guider nos réflexions¹²: le principe du respect de l'autonomie, le principe de bienfaisance, le principe de non-malfaisance et le principe de justice. Pour les auteurs, ces principes sont les points de départ fondamentaux dans l'éthique du soin médical. Pour eux, « *l'un des avantages du principlisme, c'est de refuser l'idée qu'il n'y aurait qu'un seul principe suprême en éthique ou quelques règles qui seraient soit absolues soit classées selon un ordre de priorité. Le principlisme se présente comme une méthode qui vise à aider les soignants confrontés à des situations éthiques difficiles à en comprendre les enjeux éthiques et à prendre une décision la plus éclairée possible* »¹³.

« *Le principe de bienfaisance exprime une obligation d'aider les autres à défendre leurs intérêts essentiels et légitimes par la prévention et la suppression des préju-*



Critères d'incurabilité d'une affection potentiellement mortelle.

3.1. En cas de pathologie oncologique ou hématologique :

- Déclin fonctionnel lié à l'évolution tumorale ou à une complication médicale ou chirurgicale
- Refus ou contre-indication à poursuivre un traitement oncologique, ou poursuite du traitement à visée purement symptomatique
- Syndrome myélodysplasique à haut risque de transformation leucémique avec contre-indication à la greffe médullaire ou syndrome myélodysplasique compliqué d'une neutropénie ou d'une thrombopénie sévère et persistante.

3.2. En cas de pathologie cardiaque ou pathologie vasculaire périphérique :

- Insuffisance cardiaque NYHA IV ou maladie des coronaires étendue et non traitable, accompagnée de symptômes présents au repos et aggravés au moindre effort
- Maladie vasculaire périphérique sévère et inopérable.

3.3. En cas de pathologie respiratoire :

- Maladie respiratoire chronique sévère et accompagnée d'une dyspnée au repos ou au moindre effort entre les périodes d'exacerbation
- Besoin d'une oxygénothérapie au long cours, ou d'une ventilation (invasive ou non invasive), ou contre-indication à ces traitements.

3.4. En cas de pathologie rénale :

- Maladie rénale chronique de stade 4 ou 5 (ou FG < 30ml/min), traitée ou non par dialyse et accompagnée d'une détérioration de l'état de santé
- Contre-indication, arrêt ou refus de dialyse
- Insuffisance rénale aiguë compliquant une maladie incurable ou un traitement chez un malade dont le pronostic de vie est limité.

3.5. En cas de pathologie digestive ou hépatique :

- Cirrhose grave décompensée avec échec du traitement médical et contre-indication à la transplantation hépatique
- Hémorragie, occlusion ou perforation du tube digestif d'origine non néoplasique avec échec ou contre-indication à un traitement médical et/ou chirurgical.

3.6. En cas de pathologie neurologique :

- Altération irréversible et sévère des capacités fonctionnelles et / ou cognitives et / ou de l'état de conscience, malgré une thérapie optimale
- Dysarthrie progressive rendant la parole difficile à comprendre, ou dysphagie irréversible et responsable de pneumonies d'aspiration récurrentes.

3.7. En cas de syndrome gériatrique :

- Incapacité de se déplacer, de s'habiller, de se laver et de manger sans l'assistance d'un tiers associé avec au moins un des six critères suivants :
 - Incontinence urinaire et fécale
 - Refus alimentaire et/ou refus de soins persistant
 - Perte définitive de l'appétit, ou perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois, ou indice de masse corporelle < 18, ou albuminémie < 30gr/litre
 - Incapacité à parler, à communiquer et à reconnaître ses proches
 - Antécédents de chutes répétées ou d'une chute compliquée
 - Dysphagie irréversible et pneumonies d'aspiration récidivantes.

3.8. En cas de pathologie infectieuse :

- une infection ne répond pas aux traitements.

3.9. Une autre pathologie incurable et évolutive sans possibilité de rétablissement ou de stabilisation qui n'est pas mentionnée aux points 3.1 à 3.8.

dices mais aussi de peser et d'équilibrer les bénéfices potentiels avec les maux potentiels entraînés par une action. Il demande potentiellement plus que le principe de non-malfaisance, qui commande de « primum non nocere », parce qu'il requiert une démarche positive pour aider les autres et non simplement l'omission des actes causant des préjudices¹⁴ ». Ces deux principes étaient, jusqu'à la fin du vingtième siècle, les valeurs les plus importantes dans la relation de soin. Depuis, l'importance prise par la liberté individuelle dans nos sociétés occidentales a permis l'émergence du droit des patients et du concept d'autonomie, modifiant la relation soignant-soigné¹⁵. Ce concept met en avant le droit d'une personne à avoir des opinions, à faire des choix réfléchis et à entreprendre des actions sur la base de ses propres valeurs et croyances personnelles sans subir aucune pression extérieure. En respectant l'autonomie d'un patient, on s'abstient de faire obstacle à ses volontés à moins que de façon évidente, elles ne causent un préjudice aux autres. Le principe de justice distributive désigne les règles justes d'attribution des ressources en santé dans une perspective collective.

L'objectif de l'éthique clinique au chevet du patient est « d'aider et d'accompagner une décision difficile dans le cadre d'une situation concrète concernant un patient donné dans un contexte de soins précis¹⁶ ». Comme le recommande Canguilhem, c'est donc de l'expérience personnelle de la maladie que doit toujours partir le soignant. Ainsi « un traitement sérieux doit être fondé sur une perception authentique de l'expérience de la maladie de cette personne et ainsi être adapté à cette demande singulière; le soignant doit respecter sa conception de la santé, son système de valeurs, le type et la qualité de vie qui, pour elle, en valent la peine¹⁷ ».

En partant de l'expérience personnelle du patient, la bioéthique et la législation se rejoignent pour concevoir le soin comme un partenariat soignant-soigné où l'intégration des soins palliatifs aux soins intensifs trouve toute sa place.

Alors pourquoi cela fait-il si peur ?

LES BARRIÈRES À L'IMPLÉMENTATION DES SOINS PALLIATIFS AUX SOINS INTENSIFS

Ito a tenté de préciser quelles étaient les barrières à l'implémentation des soins palliatifs aux soins intensifs¹⁸. Il en note ainsi plusieurs : un manque d'intérêt et d'implication des intensivistes envers les soins palliatifs, un manque de prise de conscience des besoins en soins palliatifs des patients, un dépistage déficient des patients nécessitant des soins palliatifs et aussi une difficulté de communiquer adéquatement et au bon moment avec les familles. Le manque de formation des médecins induit une mauvaise compréhension de ce que sont les soins palliatifs qui se répercute sur les patients, les familles et les autres soignants. L'indisponibilité de pouvoir avoir accès à une équipe palliative, le manque de temps et le coût pour former les soignants aux soins palliatifs sont également des freins soulignés. Enfin il pointe la crainte d'augmenter le stress post traumatique des familles lorsqu'on parle du pronostic des patients.

Ito conclut que compte-tenu des faibles risques et du faible coût, les organisations médicales devraient implémenter les services de soins intensifs en intégrant les soins palliatifs dans la prise en charge des patients.

LES DIFFÉRENTES APPROCHES POUR INTÉGRER LES SOINS PALLIATIFS AUX SOINS INTENSIFS

L'intégration des soins palliatifs aux soins intensifs peut se faire selon trois approches¹⁹. La première est celle où ce sont les médecins intensivistes qui prodiguent les soins palliatifs. Cette approche prédomine en Europe. La seconde est celle où les médecins spécialistes en soins palliatifs fournissent les soins palliatifs aux soins intensifs. La troisième approche est mixte et est celle qui est la plus fréquemment rencontrée dans les pays anglo-saxons. Les deux équipes travaillent en collaboration : les intensivistes gèrent les soins palliatifs mais font appel à l'équipe palliative pour les situations plus complexes, en appui. Cette approche implique la détection des patients pouvant bénéficier de soins palliatifs et une communication efficace entre les deux équipes.

RECOMMANDATIONS POUR INTÉGRER LES SOINS PALLIATIFS AUX SOINS INTENSIFS

Ito¹⁸ souligne avant tout la nécessité pour les médecins des services de réanimation de comprendre ce que sont les soins palliatifs pour permettre une collaboration en temps réel entre les deux équipes. Il insiste également sur l'importance de la formation pour améliorer la capacité des cliniciens en soins intensifs à fournir des soins palliatifs mais aussi sur la formation en communication pour permettre une discussion sereine sur les objectifs de soins. Intégrer aux échanges les infirmiers, les kinésithérapeutes peut permettre par ailleurs d'améliorer le bien-être de l'ensemble des soignants.

Pour détecter les besoins palliatifs du patient, il faut l'écouter et l'observer. Le partenariat avec la famille prend ici bien sûr tout son sens.

Pour l'auteur, initier une évaluation systématique précoce du pronostic fonctionnel des patients peut permettre de mieux identifier quand limiter les soins et quand faire une désescalade thérapeutique. Il faut aussi, pour la continuité des soins, intégrer un document de transmission des informations dans tous les dossiers médicaux, incluant un statut limitant ou non les soins, pour permettre une meilleure orientation des patients, une meilleure allocation des ressources et contribuer à prévenir le burn-out des équipes lié à la perte de sens des soins délivrés.

EXEMPLE DE MÉTHODOLOGIE MISE EN PLACE AU CHRSM SITE MEUSE

Nous avons opté pour une quatrième approche, basée sur l'approche mixte mais avec une intégration précoce de l'équipe palliative dans le suivi des patients, tout patient ayant un séjour de plus de trois

jours aux soins intensifs faisant l'objet d'une discussion pluridisciplinaire.

Nous avons mis sur pied une équipe palliative propre aux soins intensifs composée d'un médecin intensiviste titulaire d'un master en éthique et de trois infirmières ayant une double compétence en soins intensifs et en soins palliatifs. Cette équipe est à l'origine de la création du tour palliatif pluridisciplinaire hebdomadaire. Sont présents à cette réunion, l'ensemble des médecins du service, une des trois infirmières ayant la double compétence soins intensifs/ soins palliatifs, l'équipe EMASC (Equipe mobile d'Accompagnement et de Soins continus) composée d'un médecin, d'une infirmière et d'une psychologue et l'assistante sociale.

Pour tous les patients hospitalisés depuis plus de trois jours, nous avons commencé en faisant une évaluation en utilisant l'échelle PICT. Au fil des semaines, nous avons cependant constaté que l'échelle PICT était insuffisante pour évaluer les situations aiguës rencontrées aux soins intensifs. Les critères de vulnérabilité étaient adaptés mais pas les critères de fragilité et d'incurabilité. Nous avons dès

lors proposé l'utilisation d'une échelle PICT adaptée aux soins intensifs (annexe 2) inspirée par le guide d'aide à la réflexion collégiale concernant le niveau d'engagement thérapeutique²⁰. Cette échelle PICT modifiée nous permet de tenir compte des critères de fragilité et d'incurabilité liés aux pathologies chroniques mais aussi aiguës que présente le patient.

Chaque patient a sa propre histoire, ses propres valeurs, ses objectifs de vie et des préférences en matière de soins actuels et futurs. Cette échelle sert ainsi de base pour permettre d'élaborer avec le patient une planification anticipée des soins²¹ qui, comme le note l'INAMI, va mettre à l'avant-plan sa qualité de vie : « *L'objectif est avant tout de respecter le souhait du patient quant aux choix thérapeutiques, que les soins soient curatifs ou palliatifs. Cette planification reste dynamique dans le temps et le patient peut bien entendu remettre en question et adapter ses choix, par exemple en fonction de l'évolution de la maladie, de ses souhaits ou des informations à sa disposition* ».

Il s'agit donc de définir avec le malade un projet thérapeutique basé sur ses attentes et ses souhaits quant aux soins futurs et s'il n'est plus capable de s'ex-

Annexe 2

Échelle PICT adaptée aux soins intensifs.

Point 1 : critère de vulnérabilité.

Seriez-vous surpris si votre patient venait à décéder dans les 6 à 12 mois prochains ?

Point 2 : critères de fragilité.

Votre patient répond-il à plus de 2 critères de fragilité chronique? cf. échelle initiale

Ajout point 2b pour les pathologies aiguës : Votre patient répond-il à plus de 2 critères de fragilité USI présents depuis > 7 jours mentionnés ci-dessous ?

- Respiratoire : nécessité de ventilation mécanique.
- Cardiovasculaire : nécessité d'un support vasopresseur.
- Neurologique (anoxie/ischémie/hémorragie/...) nécessité de ventilation mécanique/présence de troubles de la déglutition et/ou d'un déficit neurologique sévère.
- Rénal : nécessité d'une épuration extra-rénale.
- Hépatique.
- Hématologique : nécessité de transfusions répétées.
- Etat général : Polyneuropathie/myopathie USI/Dénutrition sévère/escarres.
- Souffrance physique et/ou morale.

Point 3 : critères d'incurabilité.

Votre patient présente-t-il au moins un des critères d'incurabilité d'une affection potentiellement mortelle ?

Point 3.9 : une autre pathologie incurable et évolutive sans possibilité de rétablissement ou de stabilisation

- Il n'existe plus de stratégie curative possible.
- Le délai d'action est suffisant pour juger de l'inefficacité de la stratégie en cours.
- Aucun renseignement ou examen supplémentaire n'est indispensable à la réflexion.
- Le pronostic de la maladie de fond est objectivement désespéré à court terme.
- L'âge est particulièrement avancé.
- L'autonomie fonctionnelle future sera très limitée.
- La qualité de vie relationnelle future sera très limitée.
- Un refus de soins a été clairement exprimé par le patient.
- La souffrance physique du patient est incontrôlée.
- La souffrance morale du patient est majeure malgré une prise en charge spécifique.
- Les proches considèrent la prise en charge comme de l'acharnement thérapeutique.

USI : unité de soins intensifs

primer, de le faire en concertation avec les personnes qui le connaissent le mieux, la famille, le médecin traitant. Le but est de cheminer avec le patient afin qu'il préserve son autonomie le plus longtemps possible pour permettre une co-construction des décisions médicales. Si le patient majeur se retrouve en incapacité de fait, ses droits seront exercés par le mandataire qu'il a préalablement désigné pour se substituer à lui. A défaut, ou s'il n'intervient pas, les droits seront exercés selon la cascade suivante : l'administrateur de la personne désignée par le juge de paix, l'époux cohabitant, le partenaire cohabitant légal ou partenaire cohabitant de fait, un enfant majeur, un parent, un frère ou une sœur majeur.e. A défaut, ce rôle sera exercé par un professionnel de la santé dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire. Il en va de même en cas de conflit entre deux ou plusieurs personnes habilitées à représenter le patient²².

Lors du tour palliatif nous discutons pour chaque malade des différents aspects physique, relationnel,

psychologique, moral, social et spirituel. Nous définissons ensemble un projet de soins basé sur la planification anticipée des soins élaborée avec le patient, les perspectives thérapeutiques, la qualité de vie avant l'admission et celle attendue à la sortie d'hospitalisation. Ces échanges permettent de prendre les décisions de limitation thérapeutique et de désescalade thérapeutique de manière sereine pour tous. Les résultats des échanges sont consignés dans le dossier médical (icône « tour palliatif » dans le dossier unique informatisé des soins intensifs) et dans le dossier infirmier (papier). Il y a également un feed-back oral aux équipes et aux familles. De même, nous organisons des rencontres avec le patient, sa famille et les différents soignants ayant pris part au tour palliatif.

Les modalités actuelles du tour palliatif sont très positivement perçues par les différents intervenants. Elles permettent également à l'équipe palliative d'assurer la continuité des soins à la sortie des soins intensifs et ce jusqu'à la fin de l'hospitalisation des patients.

CONCLUSION

Le tour palliatif a permis d'élaborer une échelle PICT modifiée adaptée aux soins intensifs facile d'utilisation. Le tour palliatif permet une prise en charge globale des patients par un abord interdisciplinaire en élaborant un projet thérapeutique évitant la mise en route de traitements non adaptés au souhait et/ou à l'état actuel du patient. Il permet d'améliorer l'accompagnement des familles qui sont précocement impliquées, conscientisées et soutenues.

Une étude est en cours pour évaluer l'impact du tour palliatif sur le bien-être des équipes soignantes par le biais d'une meilleure communication et d'une diminution de la perte de sens. Le futur sera enfin d'évaluer la pertinence d'étendre ce projet à d'autres services de soins intensifs.

Conflits d'intérêt : néant

BIBLIOGRAPHIE

1. Ricou B, Merlani P. Burnout aux soins intensifs. *Rev Med Suisse*. 2012;8:2400-4.
2. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, Dekeyser Ganz F, Decruyenaere J, Max A *et al.*; APPROPRIATUS Study Group of the Ethics Section of the ESICM. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA*. 2011;306(24):2694-703.
3. Van den Bulcke B, Metaxa V, Reyners AK, Rusinova K, Jensen HI, Malmgren J *et al.*; DISPROPRICUS study group of the Ethics Section of the ESICM. 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*. 2020;46(1):46-56.
4. Loi du 28 Mai 2002 relative à l'euthanasie. MB, 22 juin 2002.
5. Loi du 14 Juin 2002 relative aux soins palliatifs. MB, 26 octobre 2002.
6. Loi du 22 Août 2002 relative aux droits du patient. MB, 26 septembre 2002.
7. Loi du 21 Juillet 2016 modifiant la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs en vue d'élargir la définition des soins palliatifs. MB, 29 août 2016.
8. Arrêté royal du 21 octobre 2018 fixant les critères pour identifier un patient palliatif. MB, 20 novembre 2018.
9. Desmedt M. Identification du patient palliatif & attribution d'un statut lié à la sévérité des besoins : de l'usage d'un nouvel outil, le PICT (consulté le 20 septembre 2022). <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/identification-du-patient-palliatif-attribution-dun-statut-lie-la-severite-des-besoins-de>.
10. Arrêté royal du 4 septembre 2022 modifiant l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, MB, 3 octobre 2022.
11. Hottois G. Qu'est-ce que la bioéthique. Paris:VRIN;2012:11.
12. Beauchamp TL, Childress JF. Les Principes de l'éthique biomédicale. Paris:Les Belles Lettres;1er édition;2008.
13. Beauchamp TL. « L'approche des quatre principes », dans Durant G, Dabouis G. Philosophie du soin. Santé, autonomie, devoirs. Paris:VRIN;2019:222.
14. Beauchamp TL. « L'approche des quatre principes », dans Durant G, Dabouis G. Philosophie du soin. Santé, autonomie, devoirs. Paris:VRIN;2019:224-5.
15. Beauchamp TL. « L'approche des quatre principes », dans Durant G, Dabouis G. Philosophie du soin. Santé, autonomie, devoirs. Paris:VRIN;2019:227.

16. Durant G, Dabouis G. « L'éthique du soin, présentation », dans Durant G, Dabouis G. Philosophie du soin. Santé, autonomie, devoirs. Paris:VRIN;2019:181.
17. Durant G, Dabouis G. « L'éthique du soin, présentation », dans Durant G, Dabouis G. Philosophie du soin. Santé, autonomie, devoirs. Paris:VRIN;2019:184.
18. Ito K, George N, Wilson J, Bowman J, Aaronson E, Ouchi K. Primary palliative care recommendations for critical care clinicians. J Intensive Care. 2022;10(1):20.
19. Curtis JR, Higginson IJ, White DW. Integrating palliative care into the ICU: a lasting and developing legacy, Intensive Care Med. 2022;48:939-42.
20. 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. 12/2015.
21. Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité. <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/soins-par-le-medecin/advance-care-planning-anticiper-et-ameliorer-la-qualite-des-soins-de-vos-patients-palliatifs#:~:text=Dans%20le%20cadre%20de%20cette%20planification%20anticipée%20des%20soins%20C%20la,la%20sévérité%20de%20ses%20besoins, consulté le 26 février 2024.>
22. Ordre des Médecins. (Consulté le 26 février 2024). [https://ordomedic.be/fr/faq/patient-majeur-incapable.](https://ordomedic.be/fr/faq/patient-majeur-incapable)

Travail reçu le 18 décembre 2023 ; accepté dans sa version définitive le 29 février 2024.

AUTEUR CORRESPONDANT :

F. LEMAITRE
CHRSM - Site Meuse
Avenue Albert I^{er}, 185 – 5000 Namur
E-mail : france.lemaitre@gmail.com