



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
 www.em-consulte.com



Sessions Posters Infirmier

SP01

Évolution de la démarche éthique dans un service de réanimation

F. Partenet, A. Martin, M. Gomis, F. Serrat, C. Boutheymy, J.-M. Coudray, M. Thyrault

Service de réanimation polyvalente, CHG de Longjumeau, Longjumeau

Introduction.— Le groupe éthique de notre service de réanimation a travaillé sur un référentiel visant à améliorer l'accueil des patients et des proches ainsi qu'à formaliser la démarche éthique en créant un outil permettant la prise de décision, le suivi et la transmission des limitations ou arrêt des thérapeutiques actives (LATA). Le but de notre travail est d'évaluer ce nouvel outil dans notre pratique quotidienne.

Matériels et méthodes.— Une fiche de justification et de suivi des LATA est initiée et réévaluée, de façon hebdomadaire ou lors d'un staff exceptionnel par l'ensemble des soignants, pour les patients dont un des membres de l'équipe ou de l'entourage familial s'interroge sur la légitimité de la poursuite de la réanimation. Chaque fiche comprend des renseignements médicaux, de qualité de vie, sociaux, psychologiques et les mesures de LATA s'il y a lieu. Nous avons analysé l'ensemble des fiches de recueil établies sur une période de 10 mois entre septembre 2008 et juin 2009.

Résultats.— Pendant la période étudiée, 32 fiches ont été initiées : 13 femmes et 19 hommes dont la moyenne d'âge était de 78 ans et 73 ans respectivement. La fiche est débutée en moyenne au 15^e jour d'hospitalisation (1^{er} au 40^e jour). L'initiateur est un médecin dans 59 % des cas, une IDE dans 22 %, l'entourage familiale dans 12 % et l'ensemble de l'équipe soignante dans 7 % des cas. Soixante-six pour cent des fiches sont débutées au staff hebdomadaire et 34 % lors d'un staff exceptionnel dédié au patient. Une décision d'arrêt thérapeutique a été prise dans 16 % des cas, une limitation dans 65 % des cas (pour 100 % de ces cas, pas de manœuvre de ressuscitation, pour 42 % pas de catécholamines et pour 55 % pas d'épuration extrarénale), et pas de décision de LATA pour les 19 % restants. La qualité de vie estimée par les soignants au décours de la réanimation était jugée très mauvaise dans 69 % des cas. Seulement 12,5 % des patients étaient compétents pour recevoir une information claire et donner leur sentiment. Pour 66 % des familles, une information sur les mesures de LATA entreprises a été délivrée. Le suivi des feuilles a été effectué en moyenne sur 10 jours. Cinquante-sept pour cent des patients en limitation sont décédés dans le service versus 33 % des patients sans limitation. Le délai moyen entre l'initiation d'une

fiche et le décès était de 12 jours (1 à 64 j) pour les patients en limitation thérapeutique.

Discussion.— Outre ces résultats bruts, la mise en place de ce processus décisionnel et de suivi des LATA a grandement favorisé la communication au sein de l'équipe soignante et permis une amélioration de la prise en charge des patients en fin de vie et de leur entourage. Elle a aussi contribué à impliquer davantage le personnel paramédical dans la démarche éthique. Après un an d'existence, ce processus nous semble de plus en plus indispensable. Il peut encore être amélioré en particulier grâce à l'expérience acquise au cours de son utilisation, celle-ci nous rendant plus vigilant concernant la problématique du sens donné aux soins dans les situations extrêmes.

Conclusion.— Notre travail s'inscrit dans la nécessité de traçabilité et de collégialité des décisions de LATA tout en favorisant une information claire vis-à-vis des patients et de leurs proches. Nous souhaitons dans l'avenir élargir l'utilisation de cet outil à d'autres services de l'établissement afin de ne pas laisser reposer sur les seuls services de réanimations les décisions cruciales concernant la légitimité de poursuivre ou non les thérapeutiques actives.

SP02

Auto-évaluation de l'identification et de la prise en charge des donneurs d'organes par le programme Donor Action dans un service de réanimation polyvalente d'un centre hospitalier général

S. Rolando, C. Guérineau, C. Nourry

Coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus, centre hospitalier Sud Francilien, Evry

Introduction.— Une des missions de l'infirmier coordinateur des prélèvements d'organes est le recensement des sujets de réanimation en mort encéphalique (ME) potentiellement donneurs d'organes. Dans le cadre d'une démarche qualité, l'optimisation de ce recensement est nécessaire. C'est le but du programme Donor Action, outil international d'assurance qualité et d'évaluation continue. Ce programme réalise une évaluation des pratiques professionnelles (EPP). L'objectif final étant d'augmenter le nombre de prélèvements multi-organes (PMO).

Patients et méthodes.— Les dossiers des patients décédés de janvier à décembre 2008 dans le service de réanimation polyvalente de 26 lits d'un centre hospitalier général (CHG) autorisé à prélever ont été analysés. Douze PMO ont été réalisés. Les 6 patients transférés

au CHG par les hôpitaux non préleveurs du réseau ont été exclus de l'analyse.

Résultats.— Mille soixante-quatorze patients ont été admis en réanimation en 2008. Les dossiers des 197 patients décédés (18 %) ont été analysés.

Parmi les patients ne présentant pas à l'admission de contre-indication absolue au prélèvement, 53 patients avaient une étiologie compatible avec un passage en mort encéphalique (25 arrêts cardiaques, 14 accidents vasculaires cérébraux hémorragiques [AVCH], 3 accidents vasculaires cérébraux ischémiques [AVCI], 5 traumatismes crâniens, 2 anoxies cérébrales et 4 autres). Le diagnostic de mort encéphalique a été porté dans 20 cas, soit 10 % des décès.

Les étiologies étaient : 11 AVCH, 3 arrêts cardiaques, 3 traumatismes crâniens, 1 AVCI, 1 anoxie sur intoxication médicamenteuse.

Dans 2 cas, il n'y a pas eu de signalement à l'infirmier de la coordination hospitalière, l'un pour cause d'échec rapide de réanimation, l'autre par autocensure du réanimateur (sujet jugé non prélevable médicalement : donneur limite).

Chez 6 de ces patients décédés en ME, la procédure de prélèvement a été interrompue avant le recueil du consentement auprès des proches, du fait de 4 échecs de la réanimation et de 2 découvertes de contre-indications médicales non connues à l'admission.

Pour les 12 sujets restants, un entretien a eu lieu avec le médecin réanimateur et l'infirmier coordinateur des prélèvements. Quatre oppositions ont été recueillies auprès des proches. Dans 8 cas, la procédure de prélèvement a pu être poursuivie avec le recueil de la non opposition. Mais pour 2 sujets, lors de l'évaluation des organes, la découverte de lésions évoquant un processus néoplasique arrêtera la démarche.

Au total, sur les 20 donneurs potentiels, seuls 6 prélèvements seront réalisés.

Discussion.— Cette analyse systématique a permis d'identifier un défaut de signalement, ce qui représente la perte d'un donneur potentiel. Ceci permettra, en termes d'action correctrice, de renforcer notre information aux équipes de réanimation sur la sélection des donneurs, en particulier pour les donneurs « limite ».

Conclusion.— Véritable EPP, le programme Donor Action, en signalant les dysfonctionnements dans l'identification et la prise en charge de donneurs potentiels d'organes en ME, permet de déterminer les actions nécessaires à l'amélioration continue de la qualité.

Pour en savoir plus

[1] Wight C, Cohen B, Roels L, Miranda B. Donor Action: a quality assurance program for intensive care units that increases organ donation. *J Intensive Care Med* 2000;15:104–14.

[2] Tuppin P, Maroudy D, Gachet C, Roels L. Boosting donation rates by implementing Donor Action in France. *Transplantation* 2006;82(1 Suppl. 2):633.

SP03

Étude des pratiques d'évaluation de la douleur par les soignants en réanimation

C. Rachinel, K. Tessier, D. Mansour, A. Loison, D. Du Cheyron, C. Daubin, C. Roux, C. Millet, P. Charbonneau, N. Terzi
Service de réanimation médicale, CHU Côte-de-Nacre, Caen

Introduction.— La prise en charge de la douleur est une préoccupation majeure en réanimation. Cependant, son évaluation, étape clé de sa prise en charge, est rendue difficile en raison d'une communication avec les patients souvent limitée, voire absente. Dans ce contexte, il nous est apparu intéressant d'évaluer la manière dont les professionnels de santé réalisaient cette évaluation.

Matériels et méthodes.— Étude des pratiques d'évaluation de la douleur par les soignants dans le service de réanimation médicale du CHU de Caen comprenant 22 lits d'hospitalisation. Un questionnaire anonyme a été distribué sur une période de 15 jours à l'ensemble du personnel intervenant quotidiennement auprès des malades.

Celui-ci avait pour objectif d'identifier : (1) les outils utilisés pour l'évaluation de la douleur et (2) la définition retenue par chacun de la douleur en réanimation.

Résultats.— Quarante-deux questionnaires ont été distribués. Soixante et une personnes (76 %) y ont répondu : 61 % étaient des infirmières, 20 % des aides-soignants et 19 % des médecins et kinésithérapeutes. Il en ressort que l'évaluation de la douleur chez une personne capable de communiquer est aisément réalisée pour 89 % des soignants. Celle-ci est faite pluriquotidiennement principalement à l'aide d'une échelle de type unidimensionnelle et d'auto-évaluation (échelle visuelle analogique [EVA], échelle numérique [EN], échelle verbale simple [EVS]). En revanche, l'évaluation de la douleur chez les personnes intubées, ou dont l'état de conscience rend la communication difficile, n'est réalisée de manière quotidienne que par 29 % des soignants. Elle est le plus souvent basée sur des critères subjectifs (expression du visage, qualité de sommeil, comportements). L'absence d'évaluation « objective » quantitative est due à une méconnaissance des échelles existantes et/ou à l'impression d'une inadaptation de celles-ci. De plus, il existe une confusion entre douleur et inconfort et entre les échelles d'évaluation de la sédation et celles de la douleur. Enfin, il existe, au sein des équipes, un défaut de transmission et de traçabilité de l'évaluation de la douleur.

Conclusion.— Cette étude montre que l'évaluation de la douleur des patients « non communicants » reste difficile tant qualitativement que quantitativement dans notre service. Elle suggère un effort pédagogique pour clarifier les notions de douleur, inconfort et sédation. Enfin, elle plaide pour la mise en place d'une « stratégie » d'évaluation de la douleur pour les personnes « non communicantes », se basant sur une échelle unique et reproductible par tous les soignants.

SP04

Le bruit délétère au confort du patient ?

A.-S. Logodin, E. Normand, C. Leroy, A. Lecoq, P. Foulonneau, F. Le Galliard, I. Aoustin, Y. Blasco, P. Sourisseau, R. Devallière
Réanimation polyvalente adulte, CHG, Saint-Nazaire

Introduction.— Le bruit fait partie du quotidien, même à l'hôpital, mais est rarement étudié en réanimation [1]. En 2007, dans notre service, les évaluations de séjours par les patients montraient que 15 % d'entre eux se déclaraient être « assez », voire « très gênés » par le bruit. L'objectif de notre étude était de quantifier le bruit dans notre service et d'améliorer nos pratiques.

Matériels et méthodes.— Deux études par questionnaire ont été réalisées, l'une chez 30 patients à leur sortie, l'autre chez l'ensemble du personnel, environ 60 personnes. Parallèlement, 15 séries de mesures sonométriques continues (TURBOTECH TT8852) ont été réalisées dans différents points du service, entre avril et juillet 2009. Des enregistrements ponctuels d'alarmes et de bruits spécifiques (téléphone, tiroir pharmacie, poubelle...), ont également été faits. Le logiciel du décibel-mètre enregistreur permettait d'obtenir un graphique continu, des pics sonores et des moyennes sur plusieurs heures.

Résultats.— Les questionnaires révèlent que 55,5 % des patients sont gênés par le bruit, surtout la nuit. Ils sont le plus dérangés par les différentes alarmes du matériel dans la chambre (86,40 %) mais aussi par les autres bruits externes (sonnettes, téléphone...). Les infirmières et aides-soignantes sont pour 66 % dérangées par le bruit, surtout par les alarmes (70 %), majoritairement la nuit et plus particulièrement lorsqu'elles sont fatiguées. Les médecins et internes sont pour leur part tous dérangés par le bruit, d'avantage par les conversations du personnel et les interpellations (60 %), que par les alarmes (40 %).

La moyenne d'une chambre est de 43,51 dB, celle des PC est à 54,7 dB. Certains pics sonores de conversations atteignent 85 dB,

d'avantage qu'une alarme de respirateur 77 dB. Une poubelle fermée rapidement correspond à 78 dB plus qu'un restaurant bruyant 70 dB, les pousses seringues sont à 63 dB, la sonnerie du téléphone à 72 dB et le scope tonalité 120 est à 76 dB lors d'une alarme rouge.

Discussion.— La perception du bruit reste une notion subjective, et la tolérance de chacun est différente. Les mesures sonométriques ont été effectuées de façon ouverte, ce qui peut sous-estimer certains résultats. Les chiffres plus élevés dans le PC que dans les chambres peuvent s'expliquer par la présence des alarmes centralisées, du téléphone et de l'inévitable concentration du personnel soignant. Certains pics sonores atteignent cependant le niveau d'une radio pleine puissance.

Si les patients sont surtout dérangés par les alarmes, comme on pouvait s'y attendre, certains le sont aussi par le bruit émis par le personnel. Nos mesures montrent que le niveau moyen du bruit est plus élevé dans le PC que dans les chambres.

Conclusion.— Notre étude a permis une prise de conscience des nuisances sonores. L'ensemble des soignants réalise qu'une diminution du bruit est possible par une modification des comportements et un meilleur réglage des alarmes. Cette gestion du bruit paraît autant souhaitable pour le confort des patients que pour la qualité des soins en réanimation.

Référence

[1] Venhard JC, Orrillard M, Perrotin D, Souhet G. Étude du bruit dans un service de réanimation. *Rean Urg* 1997;6(5):613–9.

SP05

Maintien des dispositifs invasifs (DI) en réanimation : évaluation et stratégies infirmières

C. Fazilleau, M. Aujoulat, L. Cornillot, M. Dreux, C. Palin, E. Leroux, F. Bonnet, L. Jacob, B. Eurin

Réanimation chirurgicale, CHU Saint-Louis, Paris

Introduction.— L'ablation accidentelle de dispositifs invasifs (AADI) est un événement porteur de risque préoccupant en réanimation. Une étude (E1) des événements indésirables réalisée durant un an dans notre service a montré que l'AADI est l'événement indésirable grave le plus fréquent. Un tiers des patients sont concernés. L'analyse systémique a identifié l'agitation du patient à l'arrêt de la sédation comme le principal facteur latent favorisant.

L'étude suivante (E2) analyse la perception infirmière de l'AADI. Celle-ci a pour but de mieux comprendre les raisons de la fréquence de cet événement.

Matériels et méthodes.— Étude prospective monocentrique réalisée en réanimation chirurgicale et médicale. Un questionnaire a été distribué aux infirmiers diplômés d'état (IDE) par le groupe de travail composé de 5 IDE, d'un cadre de santé et d'un médecin. Il s'articule autour de 5 thèmes : le vécu ou non d'une AADI, l'impact présumé par les IDE de l'ablation des différents DI sur le pronostic vital, les facteurs favorisant l'AADI identifiés par les IDE, le point de vue des IDE sur la contention d'un patient et l'application ou non de protocoles de sédation et d'analgésie, et les mesures proposées pour éviter les AADI.

Résultats.— Les résultats de l'E2 ont été confrontés à ceux de l'E1. Ils confirment que l'AADI est fréquente : 71 % des IDE interrogés y ont été confrontés au moins une fois.

Les DI les plus importants pour les IDE sont : sonde d'intubation (SI) (17 %), drain pleural (16 %), cathéter central (KTC) (16 %). La SI représente 23 % des AADI, le drain pleural 14 % et le KTC 9 %. Donc, l'importance accordée par les IDE à chacun des DI ne semble pas protéger du risque d'ablation accidentelle.

Les facteurs favorisant sont : défaut de fixation (23 % selon les IDE – 18 % pour l'E1), défaut de protocole de sédation (28 % – 21 %), agitation du patient (15 % – 34 %), et défaut de contention (21 % – non évalué lors de l'E1).

Concernant le protocole de sédation, 92 % des IDE le connaissent, mais seulement 4 % d'entre eux constatent qu'il est prescrit. Soixante-dix-neuf pour cent pensent que sa meilleure utilisation pourrait éviter des AADI. Trente-sept pour cent des IDE connaissent l'existence du protocole d'analgésie. Trente-trois pour cent pensent qu'il éviterait un AADI.

Soixante-dix-sept pour cent des IDE pensent que l'AADI se produit autant le jour que la nuit, alors que dans l'E1, elle arrive généralement plus fréquemment de 6 h à 12 h. Les deux études montrent que l'AADI arrive principalement quand le patient est seul.

Les mesures proposées par les IDE sont : l'application de protocoles de sédation (54 %) et d'analgésie (17 %), et l'amélioration des systèmes de fixation (26 %).

Conclusion.— Les AADI sont fréquents et porteurs de risque majeur pour le patient. Ils génèrent du stress et entraînent une charge de travail supplémentaire. Il faudrait ajouter aux mesures proposées (protocole de sédation-analgésie adapté et amélioration des systèmes de fixation) la dimension humaine des IDE, souligner leur rôle dans le maintien des DI par leur présence auprès du patient et s'interroger sur la contention physique.

Les conclusions de cette étude nous ont entraînés vers un travail de recherche sur la contention mécanique en réanimation. Parallèlement, une mise à jour est en cours sur le protocole de sédation-analgésie.

SP06

Partage de l'information médicale : satisfaction des patients et de leurs proches

C. Dalbon^a, S. Thévenet^a, C. Bretonnière^a, C. Guitton^a, D. Hildgen^a, M. Agenet^a, L. Moret^b, D. Villers^a

^a Service de réanimation médicale polyvalente, Hôtel-Dieu, CHU de Nantes, Nantes ; ^b pôle d'information médicale et de santé publique, hôpital Saint-Jacques, Nantes

Introduction.— La qualité de l'information médicale que le patient a reçue conditionne l'adhésion au traitement et les capacités d'adaptation à la maladie. Elle repose en grande partie, à l'hôpital, sur l'amélioration de la communication entre professionnels de santé, médecins et autres personnels soignants, intervenant auprès du patient.

Des évaluations précédentes menées au CHU de Nantes en matière d'information médicale délivrée au patient ont permis d'identifier un axe majeur d'amélioration : la qualité du partage de l'information entre médecins et autres professionnels du soin.

À partir des données de la littérature, dans le cadre d'un protocole de recherche, un groupe de travail pluriprofessionnel a élaboré un questionnaire ayant pour but de réaliser un état des lieux des outils et des moyens de communication entre professionnels. Le premier temps de cette recherche essaiera de mettre en évidence un lien, s'il existe, entre la qualité de la communication entre les professionnels et la satisfaction du patient concernant l'information médicale. Nous présentons les résultats de l'évaluation de la satisfaction des patients et de leur famille.

Patients et méthodes.— Questionnaire parcourant 4 domaines :

- relation avec les soignants et fonctionnement du service (14 items) ;
- informations sur l'état de santé et les soins (11 items) ;
- informations sur la sortie (5 items) ;
- données démographiques et opinion générale (12 items).

Enquête prospective durant le mois de juin 2009 (enquête externe).

Service de réanimation médicale polyvalente universitaire (20 lits). Analyse statistiques des données (test exact de Fischer, Mann-Withney, régression logistique linéaire) sous SPSS®12.0. Les données sont comparées pour les 2 groupes « satisfaits »/« non satisfaits ». Le seuil de significativité retenu est 5 %.

Résultats.— Trente-six réponses (patients et proches) : 20 hommes/16 femmes (âge moyen 51 ans). On montre globalement une satisfaction des patients vis-à-vis des informations délivrées et de la disponibilité des soignants. La prise en charge de la douleur, l'aide pour les gestes pratiques sont également jugés favorablement. Les axes d'amélioration dégagés sont les suivants : plus de vigilance quant aux discussions entre professionnels dans les chambres des patients, implication souhaitée par les patients pour les décisions concernant les soins, meilleure information à délivrer à la sortie. L'analyse entre les patients « satisfaits » et « non satisfaits » ne montre pas de différence significative entre les groupes. On note cependant que la politesse observée par les soignants semble associée à une plus grande satisfaction.

Conclusion.— Cette enquête prospective permet de dégager différents axes d'amélioration concernant la qualité de l'information médicale délivrée aux patients et aux proches. Elle devrait permettre de répondre quant à l'existence entre qualité du partage de l'information médicale et satisfaction des patients.

SP07

Partage de l'information médicale : enquête auprès des soignants

S. Thévenet^a, C. Dalbon^a, C. Bretonnière^a, D. Hildgen^a, M. Agenet^a, C. Guitton^a, L. Moret^b, D. Villers^a

^a Service de réanimation médicale polyvalente, Hôtel-Dieu, CHU de Nantes, Nantes; ^b pôle d'information médicale et de santé publique, hôpital Saint-Jacques, Nantes

Introduction.— La qualité de l'information médicale que le patient a reçue conditionne l'adhésion au traitement et les capacités d'adaptation à la maladie. Elle repose en grande partie, à l'hôpital, sur l'amélioration de la communication entre professionnels de santé, médecins et autres personnels soignants, intervenant auprès du patient.

Des évaluations précédentes menées au CHU de Nantes en matière d'information médicale délivrée au patient ont permis d'identifier un axe majeur d'amélioration : la qualité du partage de l'information entre médecins et autres professionnels du soin.

À partir des données de la littérature et dans le cadre d'un protocole de recherche, un groupe de travail pluriprofessionnel a élaboré un questionnaire dont le but est de réaliser un état des lieux des outils et des moyens de communication entre professionnels. Le premier temps de cette recherche essaiera de mettre en évidence un lien, s'il existe, entre la qualité de la communication entre les professionnels et la satisfaction du patient concernant l'information médicale.

Matériels et méthodes.— Enquête par questionnaire (courrier puis 3 relances par mail) courant juin 2009 à tous les soignants : IDE ($n=52$), cadres ($n=2$), AS ($n=32$), médecins dont internes ($n=15$). Quatre parties :

- « données démographiques » (9 items) ;
- partage de l'information médicale dans votre service (12 items) ;
- les outils de partage de l'information médicale (24 items) ;
- les relations et la communication au sein du service (23 items).

Résultats.— Quarante-cinq répondants.

Globalement, des appréciations qui ne diffèrent pas selon la catégorie professionnelle (bonne concordance). Les outils d'échange sont insuffisamment utilisés (notamment les supports écrits). Les relations entre soignants sont jugées satisfaisantes par la majorité des professionnels.

Une donnée nouvelle apparaît : le rôle des aide-soignants dans l'information aux patients et aux familles.

Conclusion.— Si elle permet de dégager des axes d'amélioration, cette enquête met surtout en évidence le rôle nouveau des aide-soignants de réanimation dans l'information auprès des familles (et le partage des informations). Elle devrait également permettre de mettre en évidence un lien, s'il existe, entre la qualité de la communication et la satisfaction du patient concernant cette information médicale.