

Éthique (2)

Ethics (2)

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP156

Satisfaction des infirmiers, qualité de la communication et des soins après une mesure de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques (LAT) : étude BOS-Réa III

E. Azoulay¹, F. Pochard¹, L. Papazian², M. Chaize¹, J.-F. Timsit³, N. Kentish⁴, A. Cariou⁵, B. Souweine⁶, B. Schlemmer¹, M.-C. Poncet¹

¹Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France,

²Service de réanimation médicale, CHU de Marseille, hôpital Sainte-Marguerite, Marseille, France

³Service de réanimation médicale, CHU de Grenoble, Grenoble, France

⁴Groupe Famiréa, Saint-Louis, Paris, France

⁵Service de réanimation médicale, CHU Cochin, Saint-Vincent-de-Paul, Site Cochin, Paris, France

⁶Service de réanimation polyvalente, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

Objectif : Peu d'études ont évalué la qualité des soins et de la communication dans la période qui suit la prise de décision de **limitation ou d'arrêt des thérapeutiques (LAT)**, avant le décès du patient. À cet effet, nous avons interrogé les infirmiers(ères) (IDE) de réanimation.

Matériels et méthodes : Un questionnaire a été envoyé aux IDE travaillant dans 186 services de réanimation en France. Cette étude, approuvée par le comité d'éthique de la SRLF, a exploré les caractéristiques des IDE, leur satisfaction, leur épuisement professionnel (*jobstrain score*), les conflits ressentis et les pratiques de soins auprès de patients déjà concernés par une LAT.

Résultats : Mille sept cent vingt et un IDE (140 services de réanimation) ont retourné un questionnaire évaluable. Il s'agissait de 1 459 femmes et de 262 (15,2 %) hommes, âgés de 30 ans (26–36), travaillant depuis 30 mois (12–72) en réanimation. Au jour de l'enquête, 40 % des IDE avaient un décès attendu, et 50 % avaient participé à une LAT. La moitié des IDE pensaient à quitter la réanimation. Sur une échelle de 0 (pas bon du tout) à 10 (parfait), les IDE évaluaient leur satisfaction au travail à 8 (6–8). La qualité des staffs d'équipe, le partage d'information avec les médecins ou la reconnaissance des IDE par les médecins ou les collègues IDE étaient notés 6/10. La participation des IDE aux décisions était notée 5 (4–7). Les répondants notaient leurs rapports avec les IDE, les cadres, les aides-soignants, les médecins patients et les familles. Les notes étaient toutes à 8, sauf celles des médecins qui étaient à 7 (6–8), $p < 0,0001$. En matière de soins prodigués aux patients en LAT, les IDE disaient donner la priorité aux patients sans LAT pour le nursing (25,5 %), les soins de réanimation (28,8 %) ou la surveillance (38,7 %). Ils annonçaient aussi qu'il leur arrivait de ne pas arrêter des traitements interrompus sur la prescription (amines : 4,8 %, sédation : 4,3 % ou antibiotiques : 0,8 %), ou d'interrompre des traitements encore prescrits (sédation : 30,1 %, antibiotiques : 4 % ou amines : 1,5 %). Les IDE ayant des pratiques de soin divergentes par rapport aux prescriptions notaient moins bien leur satisfaction au travail (7 [6–8] vs 8 [7–9], $p < 0,0001$), leur

reconnaissance ou leurs rapports avec les membres de l'équipe, la qualité de la communication, des staffs et du processus décisionnel. Ils avaient aussi une contrainte professionnelle (*jobstrain*) accrue, en particulier par augmentation du domaine *demand* et une baisse du *social support*. En analyse multivariée, cinq facteurs étaient associés aux pratiques divergentes : 1) les services de réanimation admettant plus de 500 patients par an ; 2) le sentiment de solitude dans les soins de fin de vie ; 3) le fait d'avoir un patient en LAT le jour de l'enquête ; 4) le fait d'être tabagique ; 5) et une plus grande ancienneté en réanimation. Six facteurs protégeaient des pratiques divergentes : 1) de travailler dans une réanimation traumatologique ; 2) d'avoir un psychologue attaché au service de réanimation ; 3) d'avoir des IDE de sexe féminin ; 4) d'avoir plus de patients en charge ; 5) d'avoir de bons rapports avec ses cadres paramédicaux ; 6) et de trouver que les staffs d'équipe sont un bon mode pour diffuser l'information.

Conclusion : Cette étude souligne la non-satisfaction des IDE en matière de communication et de processus décisionnel pour les patients en LAT. Elle incite aussi à améliorer la communication et la coopération entre médecins et IDE, mais aussi à clarifier les projets palliatifs afin d'éviter les pratiques divergentes.

SP157

Fréquence et modalités de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives chez les patients décédés dans un service des urgences marocain

N. Damghi¹, B. Aggoug¹, J. Belayachi¹, T. Dendane², K. Abidi², N. Madani², A. Zekraoui¹, A. Benchekroun¹, A.A. Zeggwagh², R. Abouqa¹

¹Service des urgences médicales hospitalières, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

²Service de réanimation médicale, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

Introduction : Le décès est un phénomène non négligeable aux urgences. Les médecins urgentistes sont amenés à prendre en charge les décès d'une population très hétérogène, allant du sujet jeune sans antécédent au vieillard polypathologique. Peu de travaux se sont intéressés à l'étude de décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) aux urgences. Aucune étude n'a été réalisée dans les pays en voie de développement, et aucune donnée n'existe au Maroc. L'objectif de cette étude était d'évaluer la fréquence et les modalités de LATA dans un service des urgences marocain.

Patients et méthodes : Étude prospective observationnelle (novembre 2009–mars 2010) incluant tous les patients décédés dans un service des urgences polyvalentes. Plusieurs variables ont été recueillies : âge, sexe, APACHE II, index de comorbidités de Charlson, durée de séjour, diagnostic d'admission, causes de décès, durée

entre l'admission aux urgences et la décision de LATA, initiation et participation de fin de vie (médecin, équipe soignante, famille), modalités de LATA, ainsi que documentation de la prise de la décision dans le dossier médical.

Résultats : Cent soixante-dix-sept patients (100 hommes/77 femmes) âgés de 47 ± 17 ans ont été inclus. L'APACHE II était de $17 \pm 7,5$ et la durée de séjour (médiane [IQR]) de 24 heures (0,5–196). 24,3 % des patients avaient un index de Charlson supérieur ou égal à 2. La décision de LATA a été prise chez 54 patients (30,5 %) : 43 (24,3 %) limitations et 11 (6,2 %) arrêts des thérapeutiques actives. La durée entre l'admission aux urgences et la décision de LATA était de 7,5 heures (0–96). La durée entre la décision de LATA et le décès était de 12 heures (0–162), et la durée entre l'admission aux urgences et le décès était de 24 heures (0–196). La décision de LATA a été initiée par le médecin dans 67,3 % des cas, par l'équipe soignante dans 11,5 % des cas, par la famille dans 17,3 % des cas et par le malade dans 5,8 % des cas. L'implication de la famille dans la décision a été observée dans 65,4 % cas. Les deux principales raisons de LATA étaient la pathologie neurologique 23 (44,2 %) et la défaillance multiviscérale 22 (42,3 %). La principale modalité de LATA était le non-recours à la ventilation mécanique dans 28 cas (53,8 %). La décision de LATA a été prise entre 08 et 14 heures dans 23 cas (24,2 %), entre 14 et 20 heures dans 13 cas (25 %) et durant la nuit et les week-ends dans 16 cas (30,8 %). La documentation de la prise de la décision dans le dossier médical a été notée chez 19 patients (10,7 %). En analyse multivariée, les variables associées à une décision de LATA étaient un âge élevé (odds ratio [OR] = 1,05 ; intervalle de confiance [IC] 95 % : [1,01–1,02] ; $p = 0,008$), un index de Charlson supérieur ou égal à 2 (OR = 6,3 ; IC 95 % : [1,61–24,26] ; $p = 0,008$) et une pathologie neurologique à l'admission (OR = 2,59 ; IC 95 % : [1,01–13,55] ; $p = 0,03$).

Conclusion : La fréquence de LATA en particulier celle d'arrêt des thérapeutiques actives est basse dans un service des urgences marocain. L'implication de la famille est faible. La décision de LATA est associée avec l'âge élevé, un index de Charlson supérieur ou égal à 2 et l'admission pour une pathologie neurologique.

SP158

Admission et non-admission en réanimation : collégialité, entre mythe et réalité

M. Borel¹, B. Veber¹, C. Hervé², B. Dureuil¹

¹Pôle réanimations–anesthésie–Samu, CHU Charles-Nicolle, Rouen, France

²Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale, université Paris-Descartes, Paris, France

Introduction : Entre réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (décret février 2005) et prise de décision et fin de vie après instruction collégiale des dossiers selon les normes de la loi du 22 avril 2005 (loi « Léonetti »), le modèle de prise de décision médicale semble évoluer vers un mode plus collectif, sous l'impulsion de la contrainte légale. Nous avons voulu tester la réalité ou non de la collégialité dans la prise de décision menant ou non à l'admission d'un patient en réanimation.

Matériels et méthodes : Analyse prospective déclarative des modalités de prise de décision dans le cadre de patients admis ou refusés dans une unité de réanimation. Recueil sur une fiche spécifique : nombre et qualité des intervenants, durée de la prise de décision, caractère collégial ou non selon le décideur principal, difficulté de cette décision (0 = facile, 10 = difficile). Test de Fisher exact ($p < 0,05$ significatif). Données exprimées en moyenne et écart-type ou en nombre et pourcentage.

Résultats : Les résultats sont présentés dans le Tableau 1.

Tableau 1

Décisions analysées $n = 298$	Refusés $n = 149$	Admis $n = 149$	p
Instruction collégiale de la décision	117 (78,5 %)	122 (81,9 %)	0,61
Nombre de participants moyen	$2,8 \pm 1,5$	$2,4 \pm 1,3$	0,01
Nombre de seniors	$1,9 \pm 0,8$	$1,9 \pm 0,8$	0,9
Nombre de juniors	$0,7 \pm 0,8$	$0,4 \pm 0,6$	<0,01
Nombre de paramédicaux	$0,1 \pm 0,4$	$0,06 \pm 0,3$	0,06
Nombre de patients et proches	$0,1 \pm 0,4$	$0,05 \pm 0,2$	0,06
Difficulté de la décision	$2,4 \pm 2,7$	$1,2 \pm 2,1$	<0,0001
Prise de décision < 30 minutes	90 (60,4 %)	118 (79,2 %)	1

Discussion : Le recours à une instruction collégiale des dossiers est très fréquent. La décision fait intervenir plusieurs intervenants mais ne répond pas réellement à la notion de collégialité. Elle devrait être établie par un groupe de représentants ayant les mêmes responsabilités et les mêmes prérogatives, or, le nombre de seniors participants moyen est inférieur à deux. La participation des patients et proches, comme celle des personnels paramédicaux, est rare. Plus de 50 % des décisions, quel que soit le groupe, se prennent en moins de 30 minutes, ce qui ne paraît pas plus correspondre à la notion de temps impliquée par la concertation nécessaire à l'instruction collégiale d'un dossier.

Conclusion : L'instruction collégiale des dossiers lors d'une décision d'admission ou de refus ne semble pas un modèle applicable de façon systématique, mais pourrait être par contre réservée lors de décisions particulièrement complexes.

SP159

Devenir du sujet âgé hospitalisé en réanimation chirurgicale : intérêt d'utiliser des indicateurs de fragilité

M. Borel¹, B. Veber¹, P. Chassagne², B. Dureuil¹

¹Pôle réanimations–anesthésie–Samu, CHU Charles-Nicolle, Rouen, France

²Service de gériatrie, CHU Charles-Nicolle, Rouen, France

Introduction : L'espérance des sujets les plus âgés augmente ainsi que, naturellement, leur recours aux soins de réanimation. Nous avons voulu par une approche du concept de fragilité proposer une réflexion permettant de mieux évaluer le bénéfice possible de ces soins. Le concept de fragilité est couramment utilisé dans la littérature gériatrique pour différencier les sujets âgés en bonne santé de ceux présentant une santé précaire. La fragilité est un état d'installation progressive dans le temps qui implique la détérioration de multiples systèmes biologiques et qui revêt donc des manifestations cliniques diverses. L'identification de la fragilité d'un patient permettrait son orientation vers une filière gériatrique spécialisée à l'issue du séjour en réanimation afin de mettre en œuvre une réhabilitation adaptée.

Patients et méthodes : Étude de cohorte non interventionnelle, prospective. Inclusion pendant un an de tous les patients âgés de plus de 70 ans admis dans une réanimation chirurgicale. Ont été recueillis à l'entrée : âge, sexe, motif d'admission, score de Mc Cabe, score

d'autonomie (ADL, IADL), lieu de vie. Des éléments cliniques (IMC < 22, AVC, insuffisance rénale chronique, diabète, cardiopathie ischémique, insuffisance cardiaque, arythmie, infections itératives, troubles cognitifs, antécédent dépressif, hospitalisation récente) et biologiques de fragilité (lymphopénie, hypoalbuminémie, hypercholestérolémie), des syndromes gériatriques (ex. : chute, incontinence urinaire quotidienne, baisse acuité visuelle...) ont été recherchés. Pendant le séjour recueil : score oméga, IGS2, durée de suppléance respiratoire ou rénale, soutien inotrope. Paramètre d'analyse principal : fragilité et autonomie. Analyse de la mortalité, de l'ADL de l'IADL et du lieu de vie à trois mois, à six mois, à un an. Constitution de deux groupes pour l'analyse : patients survivants à un an ou patients décédés à un an. Comparaison des deux groupes par test de Fisher ou de Mann-Whitney en fonction des variables. Méthode de Kaplan Meyer et test du log-rank pour analyse de la cohorte des survivants. Une valeur de p inférieure à 0,05 a été considérée comme significative.

Résultats : Cent patients ont été inclus, dont 50 sont survivants à un an. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour l'âge, le sexe, les scores de Mc Cabe et l'IGS, le mode de vie préadmission, le motif d'entrée en réanimation, le score oméga, le niveau de suppléance. Les scores IADL, ADL étaient significativement supérieurs chez les survivants. Le nombre de facteurs de fragilité était inférieur chez les survivants. La mortalité (de l'ensemble) était : en réanimation de 31 %, à trois mois de 42 %, à six mois de 47 %. Les scores IADL et ADL des survivants à un an tendent à se rapprocher du statut fonctionnel antérieur. Les patients du groupe survivants à un an étaient pour la plupart retournés dans leur lieu de vie habituel. Dans cette population, le nombre de facteurs de fragilité préadmission (> 3 , $p < 0,05$) et le score ADL (< 4 , $p < 0,05$) apparaissent comme des critères prédictifs d'évolution défavorable.

Conclusion : Le concept de fragilité et le score ADL sont couramment utilisés en gériatrie. Nous montrons leur intérêt supérieur aux scores classiques de réanimation dans l'évaluation pronostique de ces patients. La prise en charge des patients les plus âgés en réanimation peut être guidée et évaluée au-delà de l'âge chronologique par la notion de leur particulière fragilité.

SP160

Satisfaction des familles des patients admis en soins intensifs

H. Ksibi¹, H. Kanoun¹, N. Abbes¹, C. Jammeli¹, L. Ben Amor¹, F. Rekik¹, M. Bouaziz², N. Rekik¹

¹Service des urgences et Samu 04, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

²Service de réanimation médicale, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction : La satisfaction des familles des patients hospitalisés en USI dépend des facteurs variés d'ordre architectural, organisationnel

et de la qualité de soins prodigués au profit du patient. Le but de cette étude est de savoir le degré de satisfaction des familles des patients admis aux soins intensifs.

Matériels et méthodes : Une enquête prospective de deux mois (février, mars 2009) a été conduite dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du service des urgences et Samu 04 du CHU Habib-Bourguiba de Sfax. Les données recueillies concernent les caractéristiques organisationnelles du service, celles des patients hospitalisés pendant la période d'étude, ainsi que celles des proches interrogés. Un questionnaire spécifique a été rempli par les visiteurs pour évaluer leur degré de satisfaction quant à la qualité de l'information reçue et celle de la prise en charge médicale et aussi les suggestions et les propositions afin de déduire les possibilités d'amélioration de la satisfaction des familles des patients hospitalisés dans notre service.

Résultats : Durant la période d'étude, on a interrogé 60 proches pour 30 patients. Concernant les patients, l'âge moyen des patients a été de $42 \pm 12,4$ ans, avec une médiane de $42,5 \pm [30 \text{ et } 50]$ ans avec une nette prédominance masculine (sex-ratio à 1,5). La plupart de nos patients (63,3 %) ont été admis en période de garde, et le motif d'admission a été surtout d'ordre respiratoire, retrouvé chez 13 patients (43,3 %). L'analyse des données relatives aux proches a montré que leur âge moyen a été de $39,9 \pm 12,5$ ans avec une médiane de $40 \pm [28,5 \text{ et } 49]$ ans avec une prédominance masculine (sex-ratio à 1,2). Par ailleurs, la majorité des proches ont été de niveau d'études primaires ou secondaires retrouvés dans 24 cas (40 %) et 23 cas (38,3 %) respectivement. En ce qui concerne la satisfaction, sur une échelle de 0 à 10, le degré de satisfaction des proches a été en moyenne de $6,3 \pm 2,1$ points avec une médiane de $6 \pm [5 \text{ et } 8]$ points. Les causes d'insatisfaction retrouvées dans cette étude ont été surtout d'ordre organisationnel et dominées par le manque de livret d'accueil, l'absence de salle d'attente propre à l'UHCD et le nombre limité de visiteurs exigé par le personnel, retrouvés respectivement dans 60 cas (100 %), 59 cas (98,3 %) et 54 cas (90 %). Cependant, le manque d'information a été mentionné uniquement par 49 proches (81,7 %). D'un autre côté, les causes d'insatisfaction centrées sur les soins les plus fréquemment retrouvés ont été l'absence de soutien psychologique et l'inadéquation de l'analgésie, retrouvées respectivement dans 50 cas (83,3 %) et 45 cas (75 %) respectivement. Les suggestions les plus fréquemment annoncées par les proches ont été surtout d'ordre organisationnel. Il s'agissait surtout de la proposition d'installation d'une salle d'attente, d'élargissement des horaires des visites et de l'élaboration d'un livret d'accueil. L'étude analytique a montré que l'âge n'est pas un facteur qui influe sur la satisfaction, d'une part, et que, d'autre part, les proches de niveau d'études supérieures montrent plus de satisfaction que ceux de niveau primaire ($7,57 \pm 1,13$ vs $5,54 \pm 2,50$; $p = 0,047$).

Conclusion : Le degré d'insatisfaction retrouvé dans cette étude pourrait être amélioré par des mesures organisationnelles simples. En effet, une stratégie plus globale d'accueil et d'information des familles devrait être instaurée.