

## Soignants et familles

### Healthcare staff and families

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

#### SO079

#### Relations avec les proches et décisions éthiques dans 66 unités de réanimation du Sud de la France : audit des pratiques un jour donné

C. Roger<sup>1</sup>, N. Molinari<sup>2</sup>, M. Leone<sup>3</sup>, S. Alonso<sup>2</sup>, S. Jaber<sup>4</sup>, J.-M. Constantin<sup>5</sup>, B. Allaouchiche<sup>6</sup>, J.-Y. Lefrant<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Division anesthésie réanimation douleur urgences, CHU Caremeau, Nîmes, France

<sup>2</sup>Service de biostatistiques et d'information médicale, CHU Caremeau, Nîmes, France

<sup>3</sup>Service d'anesthésie et de réanimation, CHU de Marseille, hôpital Nord, Marseille, France

<sup>4</sup>Département d'anesthésie et réanimation, CHU Saint-Éloi, Montpellier, France

<sup>5</sup>Service de réanimation adultes & Amp, Usc, CHU Estaing, Clermont-Ferrand, France

<sup>6</sup>Service d'anesthésie et réanimation, CHU, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

**Introduction :** Depuis la loi Léonetti et la formalisation de recommandations sur les limitations et arrêt de traitements (LAT), peu de données ont été rapportées concernant les pratiques actuelles sur les décisions de fin de vie. Le but de notre étude était d'évaluer l'application réelle de ces recommandations un jour donné en réanimation.

**Matériels et méthodes :** Étude prospective, observationnelle provenant de l'audit Azurée, réalisé entre janvier et mai 2009 dans 66 unités de réanimation du sud de la France. Les résultats sont exprimés en valeur médiane avec interquartiles ou en valeur absolue avec leur pourcentage.

**Résultats :** Six cent vingt-cinq patients ont été audités (âge médian : 63 ans [52–76], IGS 2 médian : 46 [34–58]). Une personne référente était identifiée pour 81 % des patients contre 15 % pour la personne de confiance. Le médecin traitant était identifié pour 63 % des patients et des directives anticipées étaient rapportées pour 18 patients (4 %). Une discussion éthique était abordée pour 34 % des patients, cette discussion était pluridisciplinaire chez 47 % et retranscrite dans le dossier de soins dans 60 % des cas. Les familles en étaient informées dans 58 % des cas essentiellement si une LAT était prise (87 %). Les LAT consistaient en une limitation simple des traitements pour 94 % des patients et 6 % d'arrêt. Les amines vasopressives et l'épuration extra-rénale sont les deux supports les plus fréquemment arrêtés. Quatre facteurs de risque ont été associés à une décision de LAT.

FDR indépendamment associés à une LAT en analyse multivariée			
Variable	Odds ratio	Intervalle de confiance à 95 %	p
Perte d'autonomie préalable	8,112	3,162–20,815	< 0,0001
Directives anticipées	5,128	1,483–17,732	0,010
Âge	1,030	1,008–1,053	0,008
IGS 2	1,024	1,006–1,043	0,009

**Conclusion :** Le résultat majeur de notre étude est l'écart entre les recommandations publiées et leur application dans la pratique quotidienne. Les services et les médecins impliqués en amont de la réanimation ne prennent pas en compte la loi Léonetti. Les informations sur les décisions de fin de vie sont plus souvent partagées avec les proches de patients mais insuffisamment retranscrites dans le dossier médical. Les pratiques de LAT notamment concernant les arrêts de traitements ont peu évolué malgré l'existence de ces recommandations. Une réticence persiste à arrêter les traitements et en particulier le support ventilatoire.

#### Bibliographie

1. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal officiel de la République française
2. (2002) Recommandations des experts de la Société de réanimation en langue française. Réanimation 11:442–9

#### SO080

#### Information des proches et démarche diagnostique en réanimation

J.-P. Rigaud<sup>1</sup>, J.-P. Quenot<sup>2</sup>, C. Quesnel<sup>1</sup>, J.-P. Eraldi<sup>1</sup>, F. Bougerol<sup>1</sup>, J.-C. Chakarian<sup>1</sup>, N. Devos<sup>1</sup>, A. Pavon<sup>2</sup>, G. Moutel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Dieppe, Dieppe, France

<sup>2</sup>Service de réanimation médicale, CHU de Dijon, complexe du Bocage, Dijon, France

<sup>3</sup>Laboratoire d'éthique médicale, faculté de médecine Paris-Descartes, Paris, France

**Introduction :** Il est admis que le contenu de l'information dispensée aux proches d'un patient hospitalisé en réanimation, sédaté ou inconscient, et incapable d'être informé doit porter essentiellement sur le diagnostic de la maladie, son évolution prévisible et sur les principes du traitement [1]. Il existe un domaine qui n'a pas été exploré à notre connaissance, c'est celui de l'information relative à la démarche diagnostique conduite au cours du séjour en réanimation.

**Matériels et méthodes :** Un questionnaire comportant 6 questions relatives aux modalités de l'information des proches en matière de démarche diagnostique en réanimation lorsque le patient est incapable d'être informé, a été envoyé avec un courrier d'accompagnement aux médecins membres en 2010 de la Société de réanimation de langue française (SRLF). Le questionnaire abordait la problématique de l'information des proches en fonction de différents aspects (lois, nature des examens diagnostiques, conditions de dispensation de l'information, qualité des proches). Le questionnaire comportait également des questions relatives à l'âge, l'expérience en réanimation et les fonctions des médecins répondants. Enfin, chaque réponse pouvait faire l'objet de commentaires de la part du médecin répondant.

**Résultats :** Cent trente-neuf médecins issus de 98 services de réanimation en France et de 7 services étrangers (Belgique et Suisse) ont

répondu. Trente sept (27 %) des questionnaires ont été accompagnés de commentaires. De façon générale, les médecins, sans rechercher un consentement à l'examen, informent les proches en tenant compte, le cas échéant, des souhaits du patient, qu'ils aient été exprimés ou qu'ils soient rapportés par son entourage. Les examens diagnostiques invasifs, à risque, nécessitant une prise en charge au bloc opératoire ou une anesthésie générale font l'objet d'une information plus fréquente que des examens « routiniers » (radiographies, bilans sanguins, voire endoscopies) ou dénués de risques (échographies, tomodensitométrie). Les praticiens informent de façon importante mais non systématique pour les examens relatifs à une démarche diagnostique post-mortem (autopsies (95 %), biopsies tissulaires (85 %) et imagerie (77 %)). Les praticiens ne limitent pas l'information à la seule personne de confiance (PC) mais, lorsqu'elle est désignée, elle reste l'interlocuteur privilégié pour 67 % des médecins. La démarche d'information s'affranchit du secret médical pour 37 % des médecins. Ce sont les médecins les plus âgés et/ou les plus expérimentés qui limitent le moins l'information des proches et cette tendance est observée quelles que soient les contraintes (PC ne faisant pas partie des proches, secret médical, disponibilité médicale, urgence, etc.).

**Discussion :** Il existe, en matière de démarche diagnostique en réanimation, une réelle application des médecins à informer les proches, sans attachement à la recherche d'un consentement à l'examen, mais avec un vrai souci de transparence et de bienfaisance envers leurs interlocuteurs. Cette volonté d'information est souvent rendue difficile en raison de l'urgence, de proches absents ou injoignables, du manque de disponibilité des médecins, du principe de respect du secret médical et de la volonté du patient, et fréquemment de l'absence de l'interlocuteur légal.

**Conclusion :** Au terme de ce travail d'évaluation de nos pratiques en matière d'information, il apparaît que le cadre d'évolution légal actuel (PC, respect du secret médical) se révèle à l'usage en réanimation trop étroit pour satisfaire au besoin de savoir des proches privés d'une relation avec leur parent hospitalisé ainsi qu'à la manifestation d'une empathie à leur égard. Dans la situation d'un patient sédaté ou inconscient, il pourrait être proposé, sans renier la place de la PC, que les modalités et le contenu de l'information soient élargis le temps du séjour en réanimation. On s'écarterait certes du principe du respect de l'autonomie du patient mais de façon temporaire et avec un souci de bienfaisance envers les proches.

#### Référence

1. Azoulay E, Outin H, Pochard F (2000) Information à la famille du patient en réanimation. In: Saulnier F, Bion J. Management en réanimation : évaluation, organisation et éthique. Elsevier, Paris, 422–9

#### SO081

##### Expérience des proches des patients admis en réanimation depuis moins de 48 heures : une étude qualitative

M. Paries, N. Kentish-Barnes, M. Chaize, E. Azoulay  
Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

**Introduction :** Depuis une vingtaine d'années les proches des patients de réanimation ne sont plus considérés comme de simples visiteurs. Des mesures sont mises en place en vue d'améliorer leur compréhension et leur satisfaction (brochure d'accueil, entretiens formalisés). Afin de comprendre leur expérience et ressenti, leur tolérance de l'attente (dès l'admission), leurs attentes de l'entretien avec l'équipe soignante, nous avons mené une étude qualitative précoce auprès de proches de patients admis en réanimation dans les 48 premières heures.

**Patients et méthodes :** Nous avons mené des entretiens semi-directifs auprès des proches de patients admis en réanimation depuis moins de 48 heures. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits, et analysés de manière thématique. Cette étude a été approuvée par le CEERB de Bichat.

**Résultats :** Quinze entretiens ont été menés avec 11 femmes et 4 hommes. Dix des 15 proches étaient des conjoints, deux mères, un père, une fille, et un fils. Par ailleurs, il y a eu deux refus de proches de participer à l'étude. L'analyse qualitative des entretiens a permis d'identifier différents domaines relatant l'expérience des proches : l'impatience dans les salles d'attente, le besoin de voir le patient est d'être auprès de lui, le désir de recevoir une information complète et honnête, la nécessité de comprendre le diagnostic et la prise en charge thérapeutique, le soulagement de voir le patient pris en charge en réanimation (par rapport à avant la réanimation) compte tenu de la gravité de la maladie. Enfin, un thème récurrent était celui du sentiment d'être inutile dans l'environnement de réanimation.

**Conclusion :** Cette analyse thématique d'entretiens transcrits avec les familles des patients de réanimation permet de souligner les points pour lesquels l'information initiale doit être améliorée et complétée. En particulier, les différents domaines identifiés doivent être renseignés dans le livret d'accueil remis aux proches dès l'arrivée du patient en réanimation.

#### SO082

##### Documentation of communication with relatives in intensive care

A. Mackay, K. Flatman

Intensive Care Unit, Victoria Infirmary, Glasgow, Grande-Bretagne

**Introduction:** Communication is vital with relatives during admission and throughout the stay of a patient within the Intensive Care Unit (ICU). Often these patients are critically ill and liaising with relatives can be advantageous to give and receive information as well as to counsel relatives about likely prognosis. Documentation of these discussions is extremely useful to permit assessment of the level of information a relative has received and proceed appropriately with further updates. The aim of this study was to review the frequency of documentation of communication with relatives throughout a patient's ICU stay as recorded by doctors and nurses.

**Patients and method:** A random selection of case notes for 20 patients admitted to a five bedded teaching hospital intensive care unit during June and July 2011 were reviewed. Duration of stay and unit outcome was recorded. Evidence of communication at the time of initial assessment by a trainee or consultant from intensive care was sought. Further daily evidence of communication by medical staff was sought both from medical and nursing notes over the next 4 days.

**Results:** The average length of stay in Intensive Care was 2.93 days (range: 0.4–15.9), with a survival rate to discharge of 60%. At the time of ICU admission details of communication with relatives in the Emergency Department, Wards or ICU was documented by doctors for 40% of patients. On the first day in ICU communication was recorded in 45% of nursing notes and 35% of medical notes. On day 2 of ICU stay this falls to 27 and 9% in nursing and medical notes respectively. By day 3 nursing notes document 45% and medical 29%, and by day 4 17% recorded by both doctors and nurses.

**Conclusion:** Liaising with relatives during admission is common due to daily visiting however documentation of these encounters is poor. Despite a specific daily communication section within nursing and medical notes requiring the date of the most recent communication

between relatives and health professionals, rates of documentation remain low. Both doctors and nurses need to be encouraged to record both formal and informal discussions with relatives more frequently, with relatives presence during the ward round having previously been suggested as a mechanism to address this issue.

### SO083

#### Améliorer la qualité des entretiens familiaux en réanimation pédiatrique et néonatale : rôle d'une réflexion de groupe

F. Lesage, S. Séguret, L. Dupic, M. Oualha, L. de Saint Blanquat, P. Hubert

Service de réanimation pédiatrique, CHU Necker-Enfants-Malades, Paris, France

**Introduction :** Les entretiens d'annonce sont un moment essentiel de la prise en charge des parents d'enfants hospitalisés en réanimation. Leur déroulement peut influencer profondément sur le court et le long terme leur vécu du séjour en réanimation. C'est aussi un moment délicat et stressant pour les soignants qui réalisent ces entretiens. Pour ces raisons nous avons organisé une réflexion de groupe sur les possibilités d'améliorer la qualité des entretiens avec les familles.

**Patients et méthodes :** D'octobre 2007 à novembre 2008, nous avons réalisé une fois par semaine une « reprise » d'entretien familial avec l'ensemble des soignants présents à l'entretien et la psychologue de l'équipe, permettant la prise de parole de chacun, la verbalisation des émotions, l'analyse des situations (travail de type « Balint »). Cette reprise se déroulait dans une pièce calme, quelques jours après l'entretien familial ; son contenu était confidentiel. La participation aux reprises se faisait sur la base du volontariat. Les thèmes exprimés de manière récurrente par les soignants ont été analysés et discutés en équipe afin d'améliorer le déroulement des entretiens familiaux. Début 2009, un questionnaire composé de 5 questions fermées a été distribué aux soignants ayant participé à ces reprises afin d'évaluer le retentissement de ce travail sur leur manière d'aborder les entretiens.

**Résultats :** Quarante reprises d'entretien ont été effectuées, 10 médecins, 17 infirmiers ou puéricultrices et 4 aides-soignants y ont participé. Une constatation récurrente a été une meilleure capacité d'analyse du ressenti des parents par les paramédicaux comparativement aux médecins. En effet les paramédicaux côtoient les parents au quotidien. Ils sont également plus en empathie pendant l'annonce, le médecin restant concentré sur le contenu de l'annonce et étant de ce fait moins vigilant quant aux réactions parentales. Il a été décidé d'améliorer deux points qui semblaient insuffisamment pris en compte dans le déroulement des entretiens : 1) réserver une place de parole aux paramédicaux ; 2) réserver plus systématiquement un temps de parole aux parents. Sur les 31 soignants ayant participé aux reprises, 27 ont répondu au questionnaire (4 perdus de vue). Pour 93 % d'entre eux, ces reprises ont permis une meilleure participation des infirmiers, pour 33 % une meilleure participation des aides-soignants (mais 4/4 aides-soignants ont répondu positivement à cette question), pour 59 % une meilleure participation des parents, pour 96 % amélioré les relations entre professionnels, pour 74 % modifié leur pratique clinique.

**Conclusion :** Ce travail de réflexion sur les entretiens d'annonce a permis de mettre en évidence des points importants pour améliorer la qualité. Il a également permis aux soignants de modifier profondément leur manière de conduire les entretiens familiaux. Au delà de la perception des soignants, ce travail amène bien sûr à s'interroger sur le vécu des parents ; leur perception de ces changements de pratique demande à être évaluée.

### SO084

#### Peut-on prévenir l'épuisement professionnel chez les infirmiers de réanimation ?

M. Paries<sup>1</sup>, M. Chaize<sup>1</sup>, S. Chevret<sup>2</sup>, N. Kentish-Barnes<sup>1</sup>, Y. Freund<sup>3</sup>, L. Papazian<sup>4</sup>, A. Cariou<sup>5</sup>, J.-F. Timsit<sup>6</sup>, B. Souweine<sup>7</sup>, E. Azoulay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

<sup>2</sup>Service de biostatistique et d'informatique médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

<sup>3</sup>Service d'urgence, CHU la Pitié-Salpêtrière, Paris, France

<sup>4</sup>Service de réanimation médicale, CHU de Marseille, hôpital Nord, Marseille, France

<sup>5</sup>Service de réanimation médicale,

CHU Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, site Cochin, Paris, France

<sup>6</sup>Service de réanimation médicale, CHU de Grenoble, Grenoble, France

<sup>7</sup>Service de réanimation polyvalente, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

**Introduction :** La réanimation est un environnement stressant pour les soignants, du fait de la sévérité de l'état des patients, de la détresse des familles, des conflits au sein des équipes et de la gestion de la fin de vie. De fait, médecins et infirmiers (IDE) sont à risque de syndrome d'épuisement professionnel (SEP), mettant en jeu la qualité des soins, et la volonté des soignants de poursuivre en réanimation. Arrêt de travail et taux de renouvellement rapide des équipes sont des exemples de conséquences organisationnelles du SEP. Détresse morale, symptômes anxiodépressifs, troubles du sommeil ou du comportement alimentaire et dépression en sont d'autres exemples de conséquences dramatiques.

**Patients et méthodes :** Cette étude, initialement centrée sur le ressenti des IDE de la gestion de la fin de vie en réanimation, a été approuvée par le comité d'éthique de la SRLF. Un questionnaire a été envoyé aux IDE travaillant dans 186 services de réanimation en France. Il a exploré leur épuisement professionnel (score du job strain = Demande, Contrôle et support social). Aussi, les caractéristiques des IDE, leur satisfaction, et les conflits ressentis avec les collègues ont été colligés. Les déterminants du SEP ont été identifiés par un modèle hiérarchique mixte permettant d'analyser individuellement les facteurs de risque de SEP à l'échelle des services, des structures, et des individus.

**Résultats :** 1 721 IDE (140 services de réanimation) ont retourné un questionnaire évaluable. Il s'agissait de 83 % de femmes et 17 % d'hommes, âgés de 30 (26–36) ans, travaillant depuis 30 (12–72) mois en réanimation. 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). Les répondants notaient leurs rapports avec les IDE, cadres, aides-soignants, patients et familles à 8, et avec les médecins à 7 (6–8),  $p < 0,0001$ . Le score du « job strain » était évaluable pour 1 619 IDE et était en moyenne à 4 [3 ; 5]. La composante « support social » était en moyenne à 3 [1 ; 3], « demande psychologique » à 2 [1 ; 2] et « contrôle décisionnel » à 3 [3 ; 4]. Un quart des IDE avait un faible support social inférieur ou égal à 1, 55 % une demande psychologique élevée supérieure ou égale à 2 et 15 % un contrôle décisionnel faible inférieure ou égale à 2. En analyse univariée, l'âge et le nombre d'enfant des IDE étaient associés à un plus grand risque d'épuisement professionnel alors que la participation aux visites ou à des groupes de travail étaient associés à un moindre risque. En analyse multivariée, 6 facteurs ont été identifiés comme protecteurs de l'épuisement professionnel : le nombre de patients dans l'unité ( $p = 0,0144$ ), la participation des IDE aux visites ( $p = 0,0158$ ), la note donnée à la qualité de la relation avec les cadres ( $p = 0,0000$ ), les repos accordés selon les souhaits des IDE ( $p = 0,0000$ ), la note donnée à la qualité de la communication dans le service (0,037), et à la reconnaissance des IDE par leurs collègues ( $p = 0,0000$ ). Deux facteurs associés à l'épuisement professionnel ont été identifiés : le

nombre de patients décédés dans les 7 jours ( $p = 0,0002$ ) et la note accordée à un sentiment de solitude lors de l'accompagnement d'un patient en fin de vie ( $p = 0,017$ ).

**Conclusion :** Cette étude souligne l'importance de la prévention des conflits en réanimation pour prévenir le SEP. De façon intéressante,

elle souligne des facteurs organisationnels qui permettraient de réduire le SEP chez les IDE (participation aux visites, team building, organisation des plannings et valorisation professionnelle). Enfin, cette étude rappelle la nécessité d'améliorer notre prise en charge de la fin de vie, en particulier dans l'accompagnement des familles qui doit être faite de concert avec les IDE.