

Session orale (2)

Oral session (2)

© SRLF et Springer-Verlag France 2012

SOI008

Limitation et arrêt des thérapeutiques actives au SAU, regard de l'IDE et de l'AS

A. Baras¹, A.C. Chastres¹, J.B. Coulaud¹, F. Rue¹, J. de Saint Ours¹, C. Trapy¹, L. Chimot², G. Peyrot¹, P.H. Dessalles²

¹SAU, centre hospitalier de Périgueux, Périgueux, France

²Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Périgueux, Périgueux, France

Introduction : L'équipe médicale et paramédicale était fréquemment confrontée à des situations de fin de vie difficiles sans pour autant avoir de conduite à tenir claire. Malgré la difficulté de sa mise en place dans un service d'urgences avec les contraintes organisationnelles que nous lui connaissons, un protocole de Limitations et arrêts des thérapeutiques actives (LATA) a été instauré en janvier 2012. L'objectif de ce travail est d'analyser le ressenti IDE/AS lors des LATA suite à la mise en place d'un protocole spécifique dans notre service.

Patients et méthodes : Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse rétrospective pour définir les patients concernés par la mise en route d'une LATA sur une période donnée (du 1^{er} janvier au 30 juin 2012) à partir du protocole mis en place (protocole suivant les recommandations de la SRLF et de la SFMU). Dans un second temps, nous avons distribué des questionnaires aux paramédicaux ayant participé aux LATA étudiés afin d'analyser leurs ressentis face à ces situations, leur positionnement, leur utilité. Nous avons également distribué des questionnaires aux médecins concernés afin d'effectuer un retour sur leurs pratiques.

Résultats : Ce travail porte sur 19 cas de LATA aux urgences dont les fiches de protocoles ont été exploitées. La population rencontrée compte 63 % de femmes et 78 % de plus de 70 ans. Cinquante-sept pour cent viennent du domicile, 42 % sont partiellement autonomes et 42 % grabataires selon l'évaluation médicale. Les patients étant pour la plupart inaptes à la prise de décision (84 %), les familles ont été systématiquement consultées. Les taux de réponse aux questionnaires paramédicaux ont été bas (10 questionnaires sur 30 impliqués) limitant ainsi notre étude. Quarante-vingt-dix pour cent des IDE trouvent leur présence souhaitable lors de la prise de décision même s'ils ne s'attribuent qu'un rôle témoin pour 60 % d'entre eux. Ils trouvent le temps de se libérer afin d'être présents lors des entretiens dans 70 % des cas. Un débriefing est rarement fait (30 % des cas) même si 43 % des paramédicaux en ont ressenti le besoin. Il apparaît que tous considèrent la mise en place d'un protocole comme une aide dans la prise en charge des patients, afin d'harmoniser les pratiques et d'accompagner patients et familles. Cent pour cent des paramédicaux interrogés souhaitent une formation complémentaire, elle sera mise en place dans l'année en cours. Cent pour cent des questionnaires médicaux nous ont été retournés. Les prises de décision de LATA ont été faites de façon collégiale dans 87,5 % des cas : ils pensent qu'il est important qu'une telle décision résulte d'un consensus d'équipe.

Conclusion : Nous relevons plusieurs aspects positifs essentiels : une certaine collégialité semble vouloir se mettre en place au sein du service même si elle n'est pas encore systématique. Il semble y avoir une réelle volonté des paramédicaux à être impliqués malgré leur charge de travail. Le protocole sert de repère dans la décision, mais permet aussi un meilleur suivi de cette dernière. Il clarifie la situation.

SOI009

Expérience de l'informatisation du dossier patient dans un service de réanimation pédiatrique : enquête avant-après

C. Bogaert¹, A. Botte¹, C. Fayeulle¹, F. Hérault², A. Sadik¹, S. Leteurre¹, F. Leclerc¹

¹Service de réanimation pédiatrique, CHRU de Lille, hôpital Jeanne-de-Flandre, Lille, France

²Direction des systèmes d'information hospitalier (DSIH), CHRU de Lille, France

Introduction : Le contenu du dossier patient informatisé (DPI) est défini par la loi du 4 mars 2002. L'informatisation permet d'améliorer la gestion de l'information et sa disponibilité et d'exploiter les données collectives épidémiologiques. Le but de cette étude était de recueillir les attentes et les réponses des soignants concernant l'installation du DPI.

Matériels et méthodes : Site pilote dans notre hôpital, nous avons construit et mené ce projet, fruit d'une réflexion depuis 2009 dans le service de réanimation pédiatrique du CHRU de Lille. Le logiciel ICIP (Philips®) était spécifique, intégrable au système d'information hospitalier et au dossier médical commun, interfaçable, paramétrable et évolutif. Le travail en amont et en aval (configuration, adaptation du logiciel, formation des soignants) associait la collaboration des IDE, médecins, informaticiens et commerciaux. Vingt-quatre postes informatiques, dont un dédié à la solution dégradée de secours, étaient installés pour les 16 lits du service. Il s'agissait de passer au « zéro papier ». Une équipe de neuf référents (configureurs/formateurs) était constituée. Deux IDE étaient nommées en renfort pendant six mois. En mars 2011, un questionnaire anonyme était distribué aux 62 membres de l'équipe. Il comportait des questions à réponses fermées (oui/non) et d'autres à choix multiples (tout à fait d'accord, plutôt d'accord, pas vraiment d'accord, pas du tout d'accord). Un second questionnaire similaire était distribué six mois après le *go live*. Plusieurs relances étaient nécessaires. Des comparaisons entre les deux questionnaires étaient effectuées. Les résultats étaient transmis à l'équipe.

Résultats : Le taux de réponse aux deux questionnaires était respectivement de 74 % ($n = 46$), puis de 61 % ($n = 35$). Le premier questionnaire mettait en évidence des craintes concernant un éventuel problème technique : 78 % appréhendaient une coupure de courant, 80 % un plantage du système et 70 % une perte de données. Après six mois d'utilisation, l'équipe semblait plus rassurée. Seuls 34 % craignaient encore une coupure de courant, 43 % un plantage du système

et 28 % une perte des données. Pour les six items relatifs à la tenue du dossier, sa mise à disposition et sa traçabilité, les attentes d'une amélioration étaient grandes (78 à 93 %). Après six mois d'utilisation, les espérances se sont révélées à la hauteur des attentes (77 à 91 %). Quarante-vingt-quatorze pour cent craignaient initialement l'augmentation du nombre d'informations à traiter contre 77 % secondairement. Concernant la prise en charge globale du patient (huit items détaillés), la plupart des répondants espéraient gagner du temps. Seules les situations d'urgence (61 %) et les transmissions orales (44 %) laissaient à penser à une absence de gain de temps. Au final, 46 % disaient ne pas gagner de temps dans les situations d'urgence et 20 % lors des transmissions orales. L'adaptation au système s'était bien passée : 54 % redoutaient des difficultés au démarrage et 57 % le changement d'organisation. Avec le recul, seuls respectivement 43 et 40 % ont vécu de réelles difficultés. La pénibilité du travail sur ordinateur était mise en évidence par 46 % alors que seuls 28 % l'envisageaient. Nombre de membres soulignaient que l'informatisation ne dispensait pas de la communication orale entre les médecins et l'équipe paramédicale.

Discussion : Tous les résultats montraient un apport bénéfique de l'informatisation : les craintes liées à l'informatisation diminuaient et le gain de temps était noté le plus souvent. L'équipe s'est révélée ouverte au changement d'organisation, mais la communication orale doit rester un vecteur essentiel au sein de l'équipe. L'outil informatique devrait permettre de réinvestir du temps dans les soins. Après seulement six mois de recul, le DPI laisse présager un gain de temps qui ne semblait pas réinvesti directement dans les soins auprès du patient. Cependant, la saisie dactylographiée des informations était pour certains plus fastidieuse que l'écriture manuscrite. Au final, il existait une valorisation du travail par la mention des observations et des actes infirmiers dans le DPI. Toutefois, le DPI mis à disposition par le fournisseur nécessitait une adaptation aux besoins du service. La validation des paramètres rapatriés automatiquement des moniteurs de surveillance (logiciels et dispositifs médicaux interfacés avec ICIP) était nécessaire. L'ergonomie de l'installation dans les chambres apparaissait adaptée et permettait de rester à proximité du patient lors des soins et des saisies informatiques. Le temps nécessaire à l'implémentation et à la configuration du système doit être bien évalué avant le démarrage du projet afin de cibler les besoins spécifiques de chaque unité et d'y répondre au mieux. Ce temps, indispensable pour la réussite du projet, était supérieur aux ressources allouées (deux IDE pendant six mois, soit 1 728 heures).

Conclusion : L'informatisation a été bien acceptée par les personnels soignants malgré quelques réticences initiales. L'utilisation d'un DPI a permis de rassembler toutes les données du patient dans un seul dossier commun à tous les membres de l'équipe. Il a amélioré la fiabilité des informations consignées, ce qui laisse supposer une meilleure sécurité et qualité des soins grâce à un investissement et une cohésion des membres du groupe projet avant et après, pour que le logiciel puisse continuer à évoluer au fil du temps.

SOI010

Aspirations endotrachéales chez le patient traité par ventilation mécanique invasive : un geste dangereux en cas de FiO_2 élevée ? Étude ASPIREA

Commission d'épidémiologie et de recherche clinique
Société de réanimation de langue française (SRLF), France

Introduction : L'aspiration endotrachéale (AET) est un geste fréquent en réanimation chez les patients traités par ventilation mécanique invasive (VMI), qui peut avoir des conséquences délétères. L'AET fait l'objet de recommandations internationales [1]. L'un des événements

le plus souvent observés semble être la désaturation. Nous avons évalué la fréquence et les facteurs de risque de désaturation lors des AET chez des patients traités par VMI avec une FiO_2 élevée.

Patients et méthodes : Étude prospective observationnelle multicentrique (11 réanimations d'adultes) effectuée sur une durée d'un mois (mi-mai à mi-juin 2012). Les critères d'inclusion étaient : patients traités par VMI, trachéotomisés ou non, avec une FiO_2 supérieure ou égale à 60 % précédant l'inclusion. Les critères de non-inclusion étaient : signal de SpO_2 non fiable, oxygénation extracorporelle, décision de limitation des thérapeutiques. L'objectif principal était d'évaluer la fréquence et l'importance des désaturations (diminution de la $\text{SpO}_2 \geq 5$ % ou > 3 % si SpO_2 de base < 90 %) survenant pendant et dans la minute suivant l'AET. Les objectifs secondaires étaient : adéquation entre la réalisation des AET et les recommandations publiées, identification des facteurs de risque de survenue des désaturations, des troubles du rythme et d'hémorragies. La période d'observation par patient était de 24 heures après inclusion. Les valeurs ont été exprimées en nombre (pourcentage) ou médiane [interquartiles 25–75 %] et comparées à l'aide d'un test de Chi². Une valeur de p inférieur à 0,05 était considérée comme significative.

Résultats : L'analyse a été réalisée sur 479 AET réalisées chez 74 patients (homme : 75 % ; âge : 64 ans [52–75] ; IGS II : 55 [44–70] ; décès en réanimation : 28 % ; diagnostic d'admission : infection respiratoire : 38 %, défaillance cardiaque/œdème pulmonaire : 22 %, coma : 12 %, infection abdominale : 7 %, exacerbation d'insuffisance respiratoire chronique : 5 %, infection d'autres sites : 5 % ; trachéotomie : 7 % ; ventilation assistée contrôlée : 80 % ; FiO_2 et SpO_2 à l'inclusion : 70 % [60–80] et 97 % [94–99] respectivement ; durées de VMI et de séjour en réanimation : 8 jours [5–14] et 13 jours [8–13] respectivement). Alors que 44 % des aspirations étaient considérées, par l'infirmière en charge du patient, comme pouvant entraîner une désaturation, seules 8 % étaient précédées d'une préoxygénation. Les AET étaient réalisées avec un système clos dans 47 % des cas, de manière systématique dans 47 %. La durée d'AET était de 10 secondes [5–15] avec un nombre d'introduction/AET supérieur à 1 dans 7 % des cas et une introduction jusqu'à la garde dans 61 % des cas. Six pour cent des AET entraînaient une désaturation (aucune dans le groupe SpO_2 préaspiration < 90 %), mais survenaient chez 25 % des patients. Seul le nombre d'introduction/AET était statistiquement lié à la survenue d'une désaturation (odds ratio : 6,3 ; intervalles de confiance 95 % : [1,7–22,6] ; $p = 0,005$). Les recommandations semblaient peu suivies sur cet échantillon. Les troubles du rythme étaient de 4 % et les hémorragies (minimes) de 14 %.

Conclusion : Chez les patients traités par VMI et ayant nécessité une FiO_2 supérieure ou égale à 60 %, les désaturations ne concernent que 6 % des AET mais 25 % des patients. Les recommandations sont peu suivies. Leur impact sur la durée de VMI et la mortalité nécessitent la réalisation d'autres études.

Référence

1. AARC Clinical Practice Guidelines (2010) Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. *Respiratory Care* 55:758–64

SOI011

Évaluation du bénéfice apporté par la mise en place d'un protocole de sédation géré par les infirmiers

K. Andrieux, H. Ovlaque, L. Chimot, P. Delour
Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Périgueux, Périgueux, France

Introduction : La limitation de la sédation chez les malades en réanimation apporte un bénéfice en termes de morbidité, mais aussi de mortalité. En 2011, à l'initiative de l'équipe soignante et médicale, il a été

décidé de travailler sur l'élaboration d'un protocole de sédation géré et titré par l'équipe infirmière. L'objectif de cette étude était d'évaluer le bénéfice de cette stratégie sur le devenir des malades.

Patients et méthodes : Le protocole mis en place avait pour objectif : la réduction des durées de sédation et de ventilation, la réduction de l'altération de l'état cutané et musculaire due à l'immobilité, la réduction des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM). Par ailleurs, il devait permettre d'améliorer la sécurité et gérer l'anxiété des patients, notamment lors des périodes de sevrage ventilatoire. L'échelle de sédation retenue est le score RASS. Celui-ci a été choisi par vote de l'équipe après l'avoir testé sur des critères de pertinence, de précision et de facilité d'utilisation. Le midazolam et le sufentanil ont été choisis pour assurer la sédation. Le protocole comprend, outre le score de sédation, la posologie initiale (midazolam : 10 mg/h, sufentanyl : 20 µg/kg par minute), les modalités d'adaptation de posologie en fonction du score (évaluation toutes les deux heures et augmentation ou diminution par palier de 5 ml/h de chaque substance), d'éventuels bolus lors de soins courants ou jugés douloureux (0,5 ml de chaque substance). Ce protocole a été présenté à toute l'équipe soignante et mis en application en juin 2011. Nous avons réalisé une étude rétrospective, observationnelle de type avant/après entre une période de six mois avant le protocole (premier semestre 2011) et six mois après (premier semestre 2012). Seuls les malades hospitalisés de plus de 48 heures étaient retenus. L'évaluation portait sur : la durée de sédation, la durée de ventilation, la durée d'hospitalisation, la consommation de produits, l'incidence des PAVM.

Résultats : Le nombre de malades étudiés sur les périodes était de 188 pour l'avant, et 253 pour l'après. La différence obtenue étant expliquée par l'augmentation du nombre de lits. Sur la période avant, 71 % ($n = 133$) étaient intubés contre 54 % ($n = 137$) sur la période après. La durée moyenne de séjour sur l'ensemble des malades hospitalisés a reculé de 2,2 jours (10,5 vs 12,7 jours). Pour les malades sédatisés, la durée de l'intubation a diminué de 3 jours (8 vs 11 jours). La consommation de produits sédatifs a diminué de moitié (midazolam : 800 vs 1 700 ampoules ; sufentanil : 2 000 vs 4 000 ampoules). Le taux de PAVM est resté inchangé à 10 %. Celles-ci survenaient entre les 12^e et 13^e jours de ventilation.

Conclusion : La seule mise en place du protocole a permis de réduire la durée de sédation, de ventilation et de séjour. Certains objectifs restent à améliorer comme la diminution du nombre de PAVM. La dissociation de l'évaluation de la narcose avec l'antalgie grâce à des scores distincts pourrait permettre une amélioration supplémentaire de ces objectifs.

SOI012

Instauration d'une surveillance quotidienne de la dyspnée en réanimation

C. Baudot¹, A. Bouhaddou², Y. Lazzoun¹, M. Ballester¹, S. Ramos¹, C. Chevalier¹, C. Marty¹, E. Renaud¹, T. Similowski³, A. Duguet³, N. Nion¹, A. Demoule³, R. Persichini⁴

¹Pneumologie et réanimation médicale, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France

²Service de réanimation médicale, CHU la Pitié-Salpêtrière, Paris, France

³Service de pneumologie et réanimation, CHU la Pitié-Salpêtrière, Paris, France

⁴Service de réanimation médicale, CHU de Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France

Introduction : Au même titre que la douleur, la dyspnée est une source majeure de souffrance chez les patients. La douleur a fait l'objet de multiples études en réanimation, mais tel n'est pas le cas de la dyspnée.

Dans un souci de constante amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients, nous avons mené au sein d'une unité de réanimation médicale et de surveillance continue (16 lits) une étude visant à évaluer la fréquence et la sévérité de la dyspnée. L'objectif de notre étude est de décrire les pratiques infirmières relatives à l'instauration de cette surveillance, en insistant sur sa faisabilité ainsi que sur les difficultés rencontrées.

Matériels et méthodes : Pendant six mois consécutifs, les infirmiers du service ont évalué la dyspnée des patients une fois par jour entre huit et dix heures pendant les 48 premières heures (j1 et j2) de leur hospitalisation. La dyspnée était quantifiée au moyen de deux échelles de mesure : l'échelle visuelle analogique (EVA) et la RDOS (Respiratory Distress Observation Scale, une échelle d'hétéroévaluation de la dyspnée à partir d'éléments cliniques cotés de 0 à 2 — fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, agitation, muscles du cou, respiration paradoxale, ailes du nez, grognement expiratoire, expression du visage — mise au point en soins palliatifs). De plus, nous avons élaboré un questionnaire décrivant les pratiques infirmières relatives à l'évaluation de la dyspnée à l'aide de ces deux échelles.

Résultats : Au total, 156 patients ont été évalués à j1 et 81 patients à j2 (total : 237 évaluations). L'EVA n'a pas pu être réalisée dans 38 % des cas (sédation, 67 % ; absence de compréhension des consignes, 12 % ; état confusionnel, 13 %). Parmi les patients communicants (62 %), 56 % déclaraient être dyspnéiques avec une EVA médiane à 3,7 (IQ 25–75 % : 2,0–5,8). Pour les 237 patients évalués, la médiane de RDOS était de 2,0. Sur 26 infirmiers (IDE) interrogés sur leurs pratiques relatives à l'évaluation de la dyspnée, 73 % estimaient que l'évaluation de la dyspnée est « une donnée importante et nécessaire pour l'amélioration de la prise en charge du patient ». Soixante-deux pour cent ont trouvé l'utilisation de l'échelle RDOS plus simple que celle de l'EVA. Dix-neuf pour cent ont rencontré des difficultés d'interprétations et de compréhensions des différents signes cliniques consignés dans l'échelle RDOS. Pour l'échelle EVA, 73 % des patients évaluables n'ont pas été capables d'utiliser eux-mêmes la règlette, ce, principalement en raison d'une incompréhension des consignes (barrière de la langue, patient confus, difficultés motrices...). Soixante-dix-sept pour cent des IDE ont mobilisé la règlette à la demande du patient et 76 % des IDE ont détourné l'EVA au profit d'une échelle numérique, ce, principalement parce que les patients étaient incapables d'utiliser l'EVA ou par manque de temps. Concernant la tranche horaire choisie pour l'étude, 92 % des IDE trouvent qu'elle ne reflète pas la dyspnée du patient sur la journée et 65 % des IDE pensent qu'il faut répéter l'évaluation de la dyspnée plusieurs fois par jour et que son évaluation doit être réalisée à distance des soins.

Conclusion : Selon les infirmiers, surveiller la dyspnée est important et fait partie intégrante de leur fonction. L'échelle EVA présente de nombreuses contraintes chez les patients de réanimations (sédation, agitation, confusion...), ce qui a amené les IDE à détourner cette échelle en une échelle numérique. En comparaison, l'échelle RDOS, qui ne demande aucune participation active du patient et dont les items sont observables et mesurables de façon plus objective, semble plus adaptée à la population de réanimation.

SOI013

À la recherche du pansement idéal pour les voies veineuses centrales

A. Biedny¹, G. Desmaretz¹, A. Soury-Lavergne², C. Blazejewski¹, F. Fourrier²

¹Réanimation polyvalente, CHRU de Lille, hôpital Roger-Salengro, Lille, France

²Service de réanimation polyvalente, CHRU de Lille, hôpital Roger-Salengro, Lille, France

Introduction : Un audit réalisé en 2012 au sein de notre service a permis d'identifier les pansements de voies veineuses centrales comme problématique quotidienne de l'équipe infirmière. Nous avons donc évalué nos connaissances théoriques et notre pratique quotidienne des pansements de voies centrales.

Matériels et méthodes : L'évaluation a comporté : un questionnaire anonyme concernant les connaissances théoriques et le vécu de la pratique quotidienne des pansements de voies veineuses centrales des 36 infirmiers du service ; un audit interne quotidien recensant, sur une durée d'un mois et pour l'intégralité des patients porteurs de voie centrale, la localisation de ce cathéter ainsi que les caractéristiques du pansement réalisé : type (Tegaderm® ; Tegaderm® associé à des compresses ou à un Cicaplaie® ; Visulin® ; Visulin® associé à des compresses ou à un Cicaplaie® ; Cicaplaie®), durée entre deux réfections et état (occlusif ? Souillé ?).

Résultats : La majorité (26/36, 72 %) des infirmiers disaient connaître le protocole hospitalier local concernant les pansements de voies veineuses centrales. De plus, 83 % (30/36) d'entre eux faisaient la corrélation entre la mauvaise adhérence des pansements et le risque d'infections liées aux cathéters. Cependant, 61 % (22/36) seulement connaissaient la durée maximale d'application d'un Tegaderm® et 39 % (14/36) celle d'un Visulin® associé à une compresse ou à un Cicaplaie®. Des difficultés étaient ressenties par 78 % (28/36) des infirmiers dans la réalisation des pansements de voies veineuses centrales. Elles étaient principalement dues à la localisation du cathéter en position jugulaire et à la difficulté d'application et la mauvaise adhérence du Visulin®. Nous avons réalisé 121 audits sur 20 cathéters portés par 17 patients. Les cathéters étaient localisés en jugulaire interne dans 45 % (9/20) des cas, en sous-clavier dans 40 % (8/20) et en fémoral dans les 15 % (3/20) restants. Le Tegaderm® était le matériel le plus fréquemment utilisé (seul dans 54 % des cas [33/61 pansements] ; associé à des compresses ou à un Cicaplaie® dans 34 % [21/61]). La durée d'application des différents types de pansements était, en moyenne, de 47 heures pour un Tegaderm®, de 50 heures pour un Tegaderm® associé à des compresses ou à un Cicaplaie®, de 50 heures pour un Visulin® et de 32 heures pour un Visulin® associé à des compresses ou à un Cicaplaie®. Les pansements évalués entre 48 et

72 heures suivant leur réfection étaient occlusifs dans seulement 42 % (5/12) des cas. De plus, malgré un bon suivi du protocole hospitalier, pour 22 % (17/76) des audits, les pansements restaient non occlusifs. Les pansements souillés étaient par ailleurs peu fréquents (< 25 %).

Discussion : Le questionnaire, qui a été complété par 100 % de nos infirmiers, met en évidence un défaut de connaissances de l'utilisation idoine du matériel disponible pour la réalisation des pansements de voie centrale. En pratique, la procédure d'utilisation du Tegaderm® est en effet méconnue, car il est souvent associé à des compresses ou à un Cicaplaie® contrairement aux recommandations. Cet usage du Tegaderm® largement préféré au Visulin® pourrait être expliqué par sa facilité d'application et sa meilleure adhérence, qualités largement soulignées par les infirmiers. Cependant, quand bien même ceux-ci reconnaissent majoritairement l'existence d'un lien entre mauvaise adhérence des pansements et infections liées aux cathéters, les pansements non occlusifs ne sont pas refaits systématiquement. Il en est de même des pansements ne permettant pas la visibilité du point de ponction. Enfin, dans les cas où le protocole du centre hospitalier est bien suivi, le nombre de pansements non occlusifs reste important.

Conclusion : Cette évaluation a mis en évidence les limites du matériel actuellement disponible dans notre service qui pourraient potentiellement être à l'origine d'arrachement des voies veineuses centrales et d'infections liées aux cathéters. Il nous manque donc le pansement idéal qui combine la visibilité du point de ponction, une bonne adhérence et une absorption efficace des éventuels suintements. Ces résultats nous conduisent à rechercher de nouveaux matériels plus satisfaisants, à mettre en place secondairement un protocole de pansements des voies veineuses centrales spécifique à notre service et à réviser notre politique de formation infirmière sur ce point.

Références

1. Timsit JF, Bouadma L, Ruckly S, et al (2012) Dressing disruption is a major risk factor for catheter-related infections. *Crit Care Med* 40:1707–14
2. Timsit JF, Dubois Y, Minet C, et al (2011) New materials and devices for preventing catheter-related infections. *Ann Intensive Care* 1:34