



6^e Conférence de Consensus commune de la SFAR et de la SRLF

- Des entretiens structurés avec le médecin en présence de l'infirmier(e) doivent être organisés le plus précocement possible et régulièrement dans un lieu d'accueil dédié (RC).
- L'entretien doit avoir une durée suffisante (RC).
- Lors du premier entretien, **il faut** remettre à la famille un livret d'accueil.
- **Il faut** que l'information soit apportée par une équipe identifiée et structurée.
- L'information donnée et son ressenti doivent être transcrits (RC).
- **Il est important** d'avertir les proches lors d'événements inhabituels (RC).
- L'annonce d'une mauvaise nouvelle doit faire l'objet d'un entretien structuré (RC).
- Lorsqu'il existe un déni de réalité, un avis spécialisé est souhaitable (RC).
- **Il est important** de tenir compte des croyances du patient (RC).
- Le dossier de soins est l'outil de communication des informations entre les soignants.
- **Il est possible** d'établir une fiche patient de liaison journalière.
- **Il faut** repérer le syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants.
- **Il peut être** utile de mettre en place des groupes de parole (RC).
- **Il faut** organiser des réunions de service.
- Une aide à la communication avec le patient doit être proposée aux familles (RC).
- Chez le nourrisson, le « peu à peu » améliore le lien et la qualité de l'allaitement.
- **Il est possible** de proposer aux proches de participer aux soins du patient après formation (RC).

Question 5:

Comment personnaliser un processus décisionnel ?

- Les différentes phases du séjour du patient entraînent une succession de processus décisionnels. Le caractère singulier de chaque processus décisionnel est lié à sa composante pluridimensionnelle. Dans tous les cas, les décisions sont prises dans l'intérêt du patient et prennent en compte sa volonté.
- Une stratégie de communication, d'information et d'écoute conditionne le processus décisionnel (RC).
- La compétence du patient est fréquemment altérée ; elle est susceptible de varier et doit être appréciée régulièrement (RC).
- Chez l'enfant, l'autorité parentale n'exclut pas une information, une écoute et une participation de l'enfant à la prise de décision.
- La personne référente sera identifiée parmi les proches pour le patient incompétent en l'absence de personne de confiance désignée.
- La qualité et l'aptitude du proche à représenter le patient doivent être vérifiées (RC)
- La « compétence » des proches doit être appréciée (RC).
- **Il faut** accompagner les proches pour faciliter leur participation.
- La remise d'un support d'information facilite leur compréhension.
- **Il faut** respecter aussi un éventuel désir des proches de ne pas participer aux décisions.
- Le processus décisionnel implique toute l'équipe médicale et soignante dans une démarche collégiale.

- La participation du médecin traitant au processus décisionnel peut être nécessaire.
- Les spécialistes consultants ou d'autres partenaires peuvent être sollicités.
- Le modèle paternaliste où le praticien est décideur et n'a qu'un seul devoir d'information s'est effacé au profit d'un processus partagé entre l'équipe soignante et le patient ou ses représentants. Ce processus doit aboutir à une décision consensuelle sous la responsabilité du médecin.

En pratique (RC) :

- La compétence du patient doit être appréciée et ses préférences recherchées
- Le patient compétent doit être informé. Sa décision libre volontaire et éclairée doit être respectée.
- Si le patient est incompétent, une procédure de concertation doit être engagée en tenant compte des éventuelles directives anticipées. L'avis des proches a une valeur consultative.
- Si le patient est mineur, la procédure de concertation doit être engagée avec l'autorité parentale.
- La participation d'un proche à un processus décisionnel augmente le risque d'ESPT.
- L'incompétence du patient peut être partielle et sa participation peut être conservée dans certains domaines.

Président du jury

F. FOURRIER (*Lille*)

Jury du consensus

E. BELLE (*Besançon*)
 P. BLANCHET (*Cornebarieu*)
 J. CHARPENTIER (*Paris*)
 V. DAS (*Montreuil-sous-Bois*)
 O. FOURCADE (*Toulouse*)
 I. GRANIER (*Toulon*)
 G. LEBUFFE (*Lille*)
 C. MILESI (*Montpellier*)
 L. MULLER (*Nîmes*)
 J. PINGAT (*Dijon*)
 C. SCHWEBEL (*Grenoble*)
 R. VIALET (*Marseille*)

Conseillers scientifiques

SFAR : S. BELOUCIF (*Bobigny*)
 SRLF : E. AZOULAY (*Paris*)

Président du Comité d'organisation

C. MARTIN (*Marseille*)

Comité d'organisation

SFAR : S. BELOUCIF (*Bobigny*)
 J.-Y. LEFRANT (*Nîmes*)
 M. LEONE (*Marseille*)
 C. PAUGAM (*Clichy*)
 O. PAUT (*Marseille*)
 SRLF : E. AZOULAY (*Paris*)
 G. CAPELLIER (*Besançon*)
 A. CRAVOISY (*Nancy*)
 L. DUPIC (*Paris*)
 F. FOURRIER (*Lille*)
 I. VERHEYDE (*Roubaix*)
 I. VINATIER (*La Roche sur Yon*)

Chargés de bibliographie

SFAR : F. MICHEL (*Marseille*)
 SRLF : I. COQUET (*Suresnes*)
 A. LAUTRETTE (*Clermont-Ferrand*)

6^e Conférence de Consensus commune

organisée conjointement par

la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)
 et la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF)

Mieux vivre la réanimation

avec la participation du Groupe Francophone de Réanimation
 et Urgences Pédiatriques (GFRUP),
 et de l'Association des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques
 d'Expression Française (ADARPEF)



19 novembre 2009

Espace Marceau, Paris

12 avenue Marceau
 75008 Paris



TEXTE COURT



6^e Conférence de Consensus commune de la SFAR et de la SRLF

Mieux vivre la Réanimation

La réanimation est un lieu de vie mais représente une agression pour les patients, pour les familles, les proches et pour les personnels soignants.

Les objectifs de cette 6^{ème} Conférence de Consensus sont de proposer des recommandations permettant aux patients, à leurs familles et aux personnels soignants de mieux vivre la réanimation. Ces recommandations répondent aux 5 questions posées au jury :

1. Quelles sont les barrières au « mieux vivre » en réanimation ?
2. Comment améliorer l'environnement en réanimation ?
3. Quels sont les soins qui permettent de « mieux vivre » la réanimation ?
4. Quelles stratégies de communication en réanimation ?
5. Comment personnaliser un processus décisionnel ?

La méthodologie d'élaboration des recommandations fait appel à la classification GRADE rédigées selon quatre formulations : « *Il faut* » ou « *Il ne faut pas* » « *Il faut probablement* » ou « *il ne faut probablement pas* ». Lorsqu'il s'agit de constats simples, le jury a rédigé son texte en utilisant la formulation « *Il est...* » ou « *Il est possible* ». Les items signalés dans le texte par le sigle RC, sont des recommandations consensuelles du jury. Les spécificités pédiatriques ne sont précisées que lorsqu'elles diffèrent des problématiques adultes.

Le jury du consensus incite fortement à la lecture du texte long qui développe les argumentaires et donne les références indispensables.

Le jury souhaite que ce consensus soit utilisé par la communauté des réanimateurs dans le cadre d'une campagne d'information, relayée par les deux sociétés savantes et explicitée aux différentes tutelles. Le jury croit possible de développer des comportements et des organisations soignantes qui permettent à chacun de mieux vivre la réanimation.

Question 1 :

Quelles sont les barrières au « mieux vivre » en réanimation ?

Mieux vivre la réanimation consiste, pendant le séjour et dans ses suites, à préserver la qualité de vie, à diminuer les sources d'inconfort et de stress et à favoriser la reconnaissance du patient en tant que personne.

Les barrières au mieux vivre peuvent être responsables de manifestations physiques ou psychologiques ou de séquelles, comprenant angoisse, dépression et état de stress post traumatique (ESPT) et altèrent la qualité de vie.

Pour le patient

- Les nuisances sonores sont une des premières sources d'inconfort.
- Les modalités d'éclairage et l'absence d'éclairage naturel ont un impact sur le patient et les soignants et les conditions de travail.
- Le manque de sommeil est un inconfort fréquent. Le manque de sommeil a des conséquences potentiellement graves.
- La moitié des patients de réanimation rapportent des douleurs.

- Les autres sources d'inconfort relatées par le patient sont nombreuses.
- L'inconfort est majoré par le manque d'explications.
- L'organisation des soins peut être un obstacle à la prise en compte des besoins du patient, notamment du respect de son intimité.
- Les patients ont le sentiment d'être isolés.
- Un *delirium* survient chez un tiers des patients et est associé à une augmentation de la durée de séjour et de la morbi-mortalité.
- La douleur favorise la survenue du *delirium* et de l'ESPT.
- La restriction de l'accès des proches est décrite comme un inconfort par le patient. C'est une source d'anxiété, de *delirium* et d'ESPT.

Pour les familles

- Les barrières identifiées sont la restriction des horaires de présence, un défaut de communication ou de collaboration entre les proches et les soignants, le défaut de compréhension.
- L'ESPT atteint un tiers des familles.

Pour les soignants

- L'épuisement professionnel (burn out) touche la moitié des médecins réanimateurs et un tiers des soignants et est associé à une moins bonne qualité des soins, à une augmentation de l'absentéisme et à des difficultés de communication avec les familles.
- Le travail en équipe est une source potentielle de conflits.

Question 2 :

Comment améliorer l'environnement ?

- **Il faut** réduire le niveau de bruit en appliquant une politique systématique.
- **Il est logique** de moduler l'intensité des alarmes (RC).
- **Il faut** favoriser l'alternance de lumière entre le jour et la nuit.
- Les chambres et les locaux de travail doivent bénéficier de la lumière naturelle.
- **Il faut** que le patient bénéficie d'une chambre particulière.
- **Il est possible** que l'affichage de photographies du patient ait une influence positive.
- L'heure et la date doivent être visibles par le patient (RC).
- **Il faut** organiser les soins pour diminuer les sources d'inconfort.
- Les causes d'un éventuel manque de sommeil, objectif ou ressenti par le patient, doivent être recherchées et analysées (RC).
- La contention physique doit être réévaluée quotidiennement et faire l'objet d'une prescription tracée.
- **Il faut** favoriser une informatisation des services.
- Sous réserve des nécessités de soins et de la volonté du patient, **il faut** que la présence des proches soit rendue possible sans restriction d'horaires.
- La présence des enfants du patient doit être facilitée et encadrée (RC).
- Un enfant hospitalisé **a le droit** d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit quels que soient son âge ou son état.
- Il n'y a pas d'argument scientifique qui justifie les protections vestimentaires systématiques des proches.

Question 3 :

Quels sont les soins qui permettent le « mieux vivre » en réanimation ?

- Le respect de l'intimité est un souhait majeur des patients et des familles.
- **Il faut** mettre en place et appliquer un programme de réhabilitation précoce.
- **Il est possible** d'utiliser les massages à visée anxiolytique et antalgique en réanimation.
- **Il est possible** de faire écouter de la musique aux patients afin de diminuer leur anxiété.
- Hors contre-indication absolue, **il faut probablement** dépister la soif et la traiter par l'administration de liquides clairs.
- L'anxiété et la dépression sont d'abord prévenues et améliorées par les mesures non pharmacologiques de bien-être.
- Lorsqu'un traitement médicamenteux de l'anxiété est nécessaire, **il est possible** d'utiliser de faibles doses de BZD.
- Tous les gestes douloureux, notamment invasifs, doivent faire l'objet d'une analgésie. Le choix du mode d'analgésie doit être laissé au patient si cela est possible (RC).
- **Il faut** dépister et traiter systématiquement la douleur.
- **Il faut probablement** dépister agitation et *delirium* et les traiter.
- L'utilisation conjointe de scores d'agitation, de douleur et de *delirium* est utile (RC).
- **Il faut probablement** appliquer une stratégie conduisant à ne pas pratiquer d'aspirations trachéales systématiques.
- **Il faut probablement** impliquer les familles dans certains soins.
- Une politique de service définissant le champ d'action des familles est utile afin de garantir la sécurité du patient et de limiter les risques de tension avec l'équipe soignante (RC).
- En pédiatrie :
 - le système NIDCAP intégrant les stratégies environnementales et comportementales centrées sur le patient et sa famille diminue la durée d'hospitalisation en réanimation et améliore la prise de poids.
 - les parents deviennent les partenaires de soins.
 - La mise en place d'un programme favorisant le soutien comportemental des parents permet de diminuer le niveau de stress des mères et réduit le risque de dépression ultérieure des enfants hospitalisés.

Question 4 :

Quelles stratégies de communication ?

- La communication avec le patient doit répondre aux exigences de la charte de la personne hospitalisée.
- Les moyens de communication doivent être adaptés en fonction de l'aptitude du patient (RC).
- L'équipe soignante doit garder en permanence un contact verbal avec le patient y compris sous sédation (RC).
- **Il faut** mettre des outils de communication adaptés à la disposition du patient.
- **Il est possible** de mettre en place un journal de bord.