

## Place des proches

### Proxies in the ICU

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

#### FC118

#### Ouverture et transparence des soins en réanimation : enquête de pratiques et d'opinions sur le CHU de Nancy

E. Grein<sup>1</sup>, P. Perez<sup>1</sup>, C. Latache<sup>2</sup>, N. Ducrocq<sup>1</sup>, A. Kimmoun<sup>1</sup>,  
C. Thivilier<sup>1</sup>, V. Blime<sup>1</sup>, S. Lemoine<sup>1</sup>, C. Bridey<sup>1</sup>, A.C. Katuszynski<sup>1</sup>,  
A. Gerard<sup>1</sup>, B. Levy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation médicale, CHU de Nancy,  
hôpital Brabois-Adultes, Vandœuvre-lès-Nancy, France

<sup>2</sup>Service d'épidémiologie et d'évaluation clinique, CHU de Nancy,  
Vandœuvre, France

**Introduction :** Pour améliorer le vécu du patient et des proches, la littérature scientifique récente est en faveur d'une plus large ouverture des services de réanimation. Certaines thématiques sont bien développées dans la pratique courante (ouverture 24 h/24 h des services de réanimation et visite de l'enfant en réanimation), d'autres le sont moins (présence et participation des proches pendant les soins), enfin la visite du chien en réanimation n'est pas une pratique des services français, comme cela peut l'être aux États-Unis. Autour de ces thématiques d'ouverture des réanimations, il existe une controverse entre les partisans de l'humanisation des soins et les opposants évoquant les risques septiques, médico légaux... Nous avons mené une enquête de pratique et d'opinions sur les services de réanimation du CHU de Nancy sur ces thématiques : horaires d'ouverture des services de réanimation, présence et participation des proches pendant les soins, visite de l'enfant et du chien en réanimation.

**Patients et méthodes :** Enquête par questionnaire papier anonyme donné à tous les professionnels de santé exerçant en réanimation au CHU de Nancy (n = 514). Questionnaire réalisé avec service d'épidémiologie (vérification de la pertinence et de la validité des questions, questionnaire testé sur échantillon pilote). Analyse réalisée grâce au logiciel SAS version 9.3. Risque  $\alpha$  de première espèce fixé à 5 %.

**Résultats :** Taux de participation globale : 58,6 % des professionnels de réanimation du CHU de Nancy (301 répondants sur 514 professionnels). Les répondants avaient un âge moyen de  $36,4 \pm 9,7$  ans et une expérience professionnelle moyenne en réanimation de  $8,8 \pm 8,2$  ans. Le sex-ratio H/F était de 0,22. 44 % des répondants travaillent dans un service ouvert 24 h/24. 60,2 % des répondants étaient favorables à l'ouverture des services 24 h/24. Globalement l'ouverture des services de réanimation 24 h/24 semblait représenter une gêne à l'organisation des soins pour l'ensemble du personnel, avec une plus grosse charge de travail pour le personnel paramédical, sans cependant perturber le passage de la visite des médecins. 53,9 % de l'ensemble des soignants reconnaissaient que cette ouverture 24 h/24 risquait d'augmenter leur stress au travail. La communication avec les familles semblait facilitée. Le personnel n'avait pas l'impression que l'ouverture 24 h/24 majorait les conflits avec les familles. Les soignants étaient en majorité favorables à la présence des familles lors des soins bénins, et au contraire

opposés à la présence des proches lors de procédures invasives. 90,2 % des répondants sont opposés à la présence des proches pendant la réanimation cardio-pulmonaire. Le personnel avait le sentiment qu'assister à la réanimation risquait d'être traumatisant pour les proches et ne permettait pas de les aider dans leur travail de deuil en cas de décès. De plus, la présence des proches semblait représenter une source de problème médico-légal pour 52,5 % de l'ensemble du personnel. La présence des proches semblait générer un stress supplémentaire pour la majorité des soignants. Concernant la participation aux soins, les proches ne participent qu'aux soins esthétiques ou de confort. La majorité des répondants estimait que la participation des proches aux soins posait des problèmes d'intimité (80,3 %) et des problèmes d'hygiène (risque de transmission d'infection aux patients) [55,9 %], et risquait de désorganiser le fonctionnement des équipes (63,6 %) et de gêner la formation des stagiaires (52,9 %). 57 % des soignants répondaient que la visite des enfants était autorisée dans leur service avec un âge limite de 15 ans. Globalement la présence des enfants en réanimation ne semblait pas représenter une gêne à l'organisation des soins pour l'ensemble des soignants (66,8 %) ou générer des problèmes de nuisance (68,8 %). La majorité des répondants n'avait pas l'impression que cette visite entraînait un risque accru d'accident pour le patient (66,8 %) ou un risque infectieux (54 %) pour le patient. Le stress de l'enfant risquait d'être augmenté. Bien que la majorité des soignants estimait qu'il n'existait pas de risque accru d'accident pour l'enfant (69,8 %), 63,5 % des répondants pensaient que le risque infectieux pour l'enfant était important. 61,6 % des soignants étaient défavorables à la présence du chien en réanimation, cela pourrait perturber le fonctionnement des soins (70,1 %) et générer des problèmes de nuisance (81,5 %), bien que cela pourrait être une source de réconfort (67 %) et d'anxiolyse (57,2 %) pour les patients.

**Conclusion :** Dans notre établissement hospitalo-universitaire, les acteurs de soins sont favorables à l'ouverture 24 h/24 des services de réanimation, à la présence des proches lors des procédures non invasives de réanimation ainsi qu'à la libéralisation de la visite des enfants. Cependant la majorité des soignants est opposée à la présence des proches lors de gestes de réanimation invasive, à la participation des proches aux soins et à la visite du chien en réanimation. Des différences d'opinions significatives existent entre les médecins et le personnel paramédical, ainsi que suivant l'orientation des services de réanimation. La littérature récente est plutôt en faveur d'une ouverture et d'une transparence des soins en réanimation. Cependant ceci nécessite une réflexion collective au sein de chaque service, une formation et la mise au point de protocoles.

#### Bibliographie

1. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, et al (2008) Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med* 1:30-5
2. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, et al (2013) Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med* 11:1008-18

## FC119

**Enquête sur l'accueil des familles en réanimation**A. Mou Ghabghab<sup>1</sup>, S. Gemayel<sup>2</sup>, N. Azar<sup>2</sup>, R. Bousaba<sup>2</sup>, A. Barakat<sup>2</sup><sup>1</sup>Département d'anesthésie et réanimation, hôpital libano-canadien, Beyrouth, Liban<sup>2</sup>Service de réanimation polyvalente, hôpital libano-canadien, Beyrouth, Liban

**Introduction :** Les visites dans les services de réanimation sont en général, limitées à 2 heures par jour et réparties sur la journée. Un changement international s'opère depuis quelques années, permettant aux familles de rendre visite à leurs proches toute la journée et de participer aux soins quotidiens. Dans notre service, après plusieurs réunions entre le personnel médical et infirmier, les familles ont été autorisées à visiter leurs proches sans discontinuité et sans limite.

**Patients et méthodes :** De janvier à avril 2012, 200 formulaires ont été remplis par les familles. Chaque formulaire comprend 13 questions permettant d'avoir une vision globale du service ainsi que de la qualité d'accueil par le personnel soignant et médical. Un espace a été réservé aux familles leur permettant de s'exprimer librement et de donner des suggestions concernant l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge globale. Une secrétaire médicale est responsable de l'accueil des familles et de leur accompagnement jusqu'à la chambre des malades, de même pour la sortie.

**Résultats :** 200 patients ont été inclus dans l'étude, l'âge moyen des patients est de 68,35 ans, la durée moyenne du séjour est de 5,2 jours. La majorité des familles (85 %) souhaite être présente aux repas de leurs patients, de même, ces familles étaient satisfaites du contact avec le personnel infirmier et médical. La présence des familles auprès de leur malade, a été ressentie comme un soutien psychologique. Certaines familles se sont plaintes du nombre de visiteurs autorisés par visite (1 personne) (15 %) ainsi que du manque d'informations disponibles à l'accueil en réanimation (12 %).

**Conclusion :** La majorité des familles était satisfaite de la nouvelle politique du service en matière d'accueil et de visite. Les patients se sentaient mieux sur le plan psychologique, plus coopérants, moins agités avec possibilité de rencontrer régulièrement dans la journée les personnes les plus proches. Par rapport aux visites limitées effectuées dans le service de réanimation pendant plusieurs années auparavant, toute l'équipe soignante a ressenti un meilleur contact avec les familles, une meilleure approche et une prise en charge globale plus soutenue. Une nouvelle enquête est en cours sur l'accueil des visites dans notre service afin d'améliorer les points faibles rencontrés dans cette enquête.

**Bibliographie**

1. Berwick DM, Kotagal M (2004) Restricted visiting hours in ICUs: time to change. *JAMA* 292:736-7
2. Torbey M (2011) L'intégration de la famille aux soins intensifs. 87 p

## FC120

**Journal de bord en réanimation :****expérience des familles pendant le séjour**M. Garrouste-Orgeas<sup>1</sup>, A. Périer<sup>2</sup>, P. Mouricou<sup>3</sup>, C. Grégoire<sup>1</sup>, C. Bruel<sup>1</sup>, A. Max<sup>1</sup>, F. Philippart<sup>1</sup>, A. Jacquemod<sup>1</sup>, M. Tran<sup>1</sup>, A. Chabrol<sup>1</sup>, C. Dauthier<sup>1</sup>, N. Cousin<sup>4</sup>, M. Cloix<sup>4</sup>, J. Cartier<sup>4</sup>, N. Almonte<sup>4</sup>, S. Brochon<sup>1</sup>, V. Gabé<sup>4</sup>, B. Misset<sup>1</sup><sup>1</sup>Service de réanimation polyvalente, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, Paris, France<sup>2</sup>Service de pathologie de l'adolescent, Maison des Adolescents, hôpital Cochin, Paris, France<sup>3</sup>Innovation et développement, France Business School, Tours, France<sup>4</sup>Réanimation polyvalente, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, Paris, France

**Introduction :** Avoir un proche hospitalisé en réanimation est décrit par les familles comme une expérience éprouvante et angoissante. La peur et la perte de contact avec le proche, l'incompréhension de l'information médicale participent à ce vécu difficile. Depuis plusieurs années, plusieurs services expérimentent le journal de bord en réanimation. Le journal de bord est le seul document partagé par les soignants, les familles et le patient. Peu d'études sont disponibles sur l'utilisation et le vécu des familles lors de l'élaboration des journaux pendant le séjour. La question de recherche est de connaître le ressenti des familles durant le séjour en réanimation à travers deux expériences : lire et écrire dans le journal de bord.

**Patients et méthodes :** La méthodologie est de nature qualitative et s'inscrit dans le cadre d'une démarche exploratoire de théorisation enracinée [1] Les données ont été collectées au travers d'une série de 25 entretiens semi-directifs des proches de patients hospitalisés au sein du service ayant participé à l'élaboration du journal de bord. Chaque entretien a été conduit par un membre de l'équipe soignante (psychologue ou réanimateur). L'analyse a été conduite par MGO, AP et PM. Une approche insider/outsider [2] a été privilégiée : le premier analyste est un membre de l'équipe soignante, les deux autres sont totalement extérieurs à l'aire substantive étudiée. Le processus d'analyse reprend les phases classiques de la théorie enracinée : codage ouvert, codage axial, codage sélectif. La première phase (codage ouvert) a permis de faire émerger 46 catégories et d'identifier les extraits les plus illustratifs. Les catégories issues du codage axial ont permis de construire une grille d'analyse comprenant trois catégories principales et onze propriétés de premier ordre et a permis la systématisation du codage sur l'ensemble du corpus. Les catégories ont enfin été mises en relation les unes avec les autres au travers d'un codage sélectif pour aboutir au modèle final.

**Résultats :** L'usage du carnet induit chez les familles trois catégories d'expériences. **1. Une expérience concrète de communication et d'assimilation d'information.** L'information médicale écrite dans le journal est complémentaire de l'information orale, plus complète et accessible à tous moments, ce qui facilite son assimilation « *Parce que c'est écrit on peut le relire autant qu'on veut moi j'avais besoin de le relire à chaque fois tandis que, quand on a un rendez-vous comme ça, oui on a compris, on a dialogué ensemble tout ça, mais avec le cahier on voit vraiment voilà les évolutions, ce qui s'est passé* ». **2. Une expérience de mobilisation émotionnelle et de construction de lien.** Il permet aux familles de dire leur présence et d'en laisser une trace, de recréer le lien et de poursuivre la construction de l'histoire personnelle avec le proche. Il offre le moyen d'exprimer des émotions souvent intenses, envahissantes et de les mettre en mots. Enfin il autorise et libère un espoir par le renforcement d'un lien de confiance avec les soignants. « *Je pense qu'un médecin qui marque « voyez aujourd'hui vous avez fait telle chose c'est bien mieux qu'hier » je pense que c'est beaucoup plus fort que le fait de le dire. Je pense qu'il a réfléchi à ce qu'il a écrit ( ) Donc pour moi ça m'a beaucoup aidé* ». **3. Une expérience d'humanisation dans laquelle apparaît, par leurs écrits, l'humanisation du proche par les soignants, un sentiment d'humanisation des soignants aux yeux des familles, ainsi qu'un sentiment d'humanisation du patient chez les familles.** La participation à l'écriture de l'histoire du patient valide notre engagement, notre disponibilité et notre empathie « *vous êtes médecin, vous vous êtes occupée d'elle aussi, mais vous avez pris le temps aussi de marquer vos inquiétudes, vos joies, on va dire, vos encouragements et on oubliera jamais tout ça, grâce aussi à ce cahier, même si on s'en rappelle dans la tête mais,*

avec ce cahier c'est une preuve écrite et je le garderai et je le relirai autant de fois que je voudrais ». Le patient est un malade qu'on traite, mais aussi une personne dont on prend soin avec toute l'attention et l'humanité requise.

**Conclusion :** Le journal de bord permet aux familles de mieux assimiler l'histoire médicale du patient, de garder le lien et de continuer l'histoire familiale en réanimation. Il participe à un soin élargi intégrant les familles, en construisant et en matérialisant une histoire à trois (patient-famille-soignants) dans laquelle patient comme familles font l'objet d'une indispensable considération due aux être humains dans leur particularités et leur état de vulnérabilité. Il s'inscrit dans le patient et family-centered care et doit être testé dans de futures recherches comme un outil d'amélioration du vécu des familles en réanimation.

#### Références

1. Strauss AL, Corbin J (2004) Les fondements de la recherche qualitative : techniques et procédures de développement de la théorie enracinée. Academic Press Fribourg
2. Bartunek JM, Louis MR (1996) Insider/outsider Team Research. SAGE Publications Ltd

### FC121

#### Évaluation de la visite des enfants en réanimation adulte

J. Declercq<sup>1</sup>, C. Baudras<sup>1</sup>, M. Rocas<sup>1</sup>, M. Preau<sup>1</sup>, O. Pajot<sup>1</sup>, G. Plantefève<sup>2</sup>, H. Mentec<sup>2</sup>, M. Thirion<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation polyvalente, CH Victor-Dupouy, Argenteuil, France

<sup>2</sup>Service de réanimation polyvalente, CH d'Argenteuil, Argenteuil, France

**Introduction :** L'ouverture des visites aux enfants dans les réanimations adultes en France est de pratique rare à ce jour mais peut exister à titre exceptionnel [1]. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'effet sur les enfants, les parents et les soignants de l'ouverture de la visite d'une réanimation adulte aux enfants à l'aide d'une procédure comportant un album illustré.

**Patients et méthodes :** Dans un service de réanimation polyvalente de 12 lits avec une politique d'ouverture aux familles 24 h/24, nous avons instauré une procédure d'accueil des enfants visiteurs à l'aide d'un livret illustré. Des questionnaires étaient remis aux parents et aux enfants le jour de la 1<sup>ère</sup> visite et leur accord leur était demandé pour une évaluation à 1 mois par un questionnaire par internet. Un questionnaire était rempli par les soignants afin d'évaluer la procédure d'accueil. Pour les enfants, une échelle visuelle analogique permettait une évaluation quantitative sur une échelle de 5 points (visages) allant de 0 = « pas bien » à +5 = « très bien ».

**Résultats :** 34 enfants ont pu être accueillis avec leur(s) parent(s) à l'aide de la procédure. Ils étaient d'âge médian 9 ans [6,75 ; 11,25], 62,5 % de garçons. Les patients étaient intubés dans 58 % des cas et sédatisés dans 33 %. Les questionnaires d'évaluation de la visite ont été remplis et rendus pour 25 enfants (73,5 %). Nombre d'enfants sont entrés dans la réanimation sans que la procédure ait pu être appliquée et évaluée (famille faisant entrer les enfants sans demander aux soignants). Les explications étaient jugées faciles à comprendre pour 81 % des enfants, trop détaillées pour 21 %, étaient jugées « très bien » dans 82 % des cas. L'album était jugé « très bien » dans 75 % des cas. Les enfants se considéraient « forcés » à venir en réanimation dans 9 % des cas. Les parents avaient envisagé la visite dans 82 % des cas, étaient « satisfaits » ou « très satisfaits » de la visite dans respectivement 57 et 43 % des cas, jugeaient l'album illustré « bien » ou « très

bien » dans 43 % et 57 % des cas respectivement. Ils remarquaient une anxiété chez l'enfant dans 20 % des cas, une douleur dans 32 %, un soulagement dans 56 %. Ils jugeaient qu'il s'agissait d'une épreuve émotionnelle dans 44 % des cas, d'un moment de partage dans 52 %. Les soignants jugeaient la procédure facile à très facile dans 57 et 22 % des cas respectivement et se sentaient « à l'aise » ou « très à l'aise » dans 61 % et 30 % des cas respectivement. Seule 3 familles (6 enfants) ont répondu au questionnaire à 1 mois malgré une modification de la procédure avec un appel téléphonique préalable à l'envoi du mail et un rappel à 2 semaines. Elles rapportaient une satisfaction élevée sans influence sur le comportement de l'enfant, voire une diminution de l'anxiété (3/6 enfants) malgré le décès d'un patient (2 enfants).

**Conclusion :** Cette enquête de satisfaction montre que la visite des enfants à l'aide d'une procédure et d'un album illustré est largement plébiscitée par les parents, acceptée par les soignants et semble répondre aux attentes des enfants. L'application d'une procédure permet d'autre part aux enfants de pouvoir refuser d'entrer lorsqu'ils y sont contraints par leurs proches. La faible participation à l'évaluation à un mois ne permet pas de conclure sur les effets à distance mais semblerait diminuer l'anxiété de certains enfants.

#### Référence

1. Baillot ML (2012) SRLF

### FC122

#### Enquête sur le sentiment des soignants concernant l'accueil des enfants en réanimation chirurgicale adulte

L. Soufir<sup>1</sup>, M.C. Liefoghe<sup>2</sup>, F. Ethuin<sup>3</sup>, I. Rouquette<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Département d'anesthésie et réanimation, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, Paris, France

<sup>2</sup>Université Paris-VIII, Master 2 de psychologie clinique, Paris, France

<sup>3</sup>Réanimation chirurgicale, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, Paris, France

**Introduction :** Accueillir un enfant en réanimation adulte est un événement peu fréquent mais qui fait débat dans notre service de réanimation chirurgicale. Ce sujet donne lieu à publications et à des recommandations récentes. Nous avons décidé d'interroger les soignants sur ce thème, afin d'organiser une prise en charge consensuelle et formalisée des enfants « visiteurs » dans notre service.

**Patients et méthodes :** Une stagiaire en master 2 de psychologie (MCL) a conduit des entretiens semi directifs avec le personnel soignant du service de réanimation chirurgicale de l'hôpital Saint Joseph. Ce service accueille en 2012 582 patients, pour une durée moyenne de séjour de 4,8 jours (ET : 8,1), avec un SAPS 2 de 38,7 (ET : 18), et une mortalité 7,5 %. Le questionnaire semi-directif comportait 5 questions sur l'opinion des soignants à l'égard des visites d'enfants dans le service, les bénéfices et les risques qu'elles représentaient selon eux, leur expérience propre et leurs suggestions éventuelles pour faciliter ces visites.

**Résultats :** 24 soignants ont été interrogés, 3 médecins, 17 infirmières, et 4 aides-soignantes. La durée moyenne de l'entretien était de 33 (±12) minutes. Globalement, le personnel soignant était favorable à l'ouverture du service aux enfants (cf. Schéma), même s'il existait certaines réticences. Les risques et les bénéfices de l'ouverture de la réanimation aux enfants ont été évoqués et discutés : pour l'enfant, pour le patient, et pour les soignants. Les suggestions pour améliorer ces visites ont été proposées. Des partages d'expérience avec les soignants des réanimations de l'IGR et de l'HEGP ont été réalisés, afin de connaître leur pratique professionnelle.

**Conclusion :** La présence d'enfant est acceptée par les soignants dans les services de réanimation adultes sous condition d'une procédure formalisée, avec l'implication d'un psychologue et après évaluation de l'enfant. Elle est en cours d'écriture pour notre service.

#### Bibliographie

- 6<sup>e</sup> Conférence de consensus Sfar SRLF « Mieux vivre la réanimation » 2009
- Knutsson SE, Otterberg CL, Bergbom IL (2004) Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations. *Intensive Crit Care Nurs* 20:264-74

#### FC123

##### État des lieux de la recherche d'informations médicales sur Internet par les familles de patients hospitalisés en réanimation et impact sur la relation médecin-famille

P. Bouju<sup>1</sup>, A. Gacouin<sup>1</sup>, N. Barbarot<sup>2</sup>, B. Derivaux<sup>3</sup>, P. Fillatre<sup>1</sup>, J. Lethuille<sup>1</sup>, E. Sauvadet<sup>1</sup>, F. Uhel<sup>1</sup>, J.M. Tadié<sup>1</sup>, Y. Le Tulzo<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Service de réanimation médicale et infectieuse, CHU de Rennes, hôpital Pontchaillou, Rennes, France

<sup>2</sup>Service de réanimation polyvalente, CH de Saint-Brieuc, Saint-Brieuc, France

<sup>3</sup>Département anesthésie et réanimation, CHU de Rennes, hôpital Pontchaillou, Rennes, France

**Introduction :** Internet procure aux familles un soutien et l'accès à d'autres informations que celles apportées par l'équipe soignante. A notre connaissance, la fréquence de ce recours, la nature des informations recherchées, la manière dont s'y prennent les familles et l'impact sur la relation médecin-famille n'ont jamais été évalué en réanimation.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective réalisée, après accord du comité d'éthique du CHU de Rennes, dans 3 services de réanimation entre mai 2012 et avril 2013. Des questionnaires étaient distribués entre le troisième et le cinquième jour d'hospitalisation aux familles et aux médecins prenant en charge le patient, après au moins un entretien médical. Le questionnaire pour la famille comportait : une partie relevant les caractéristiques sociodémographiques, une partie évaluant leur usage habituel d'Internet, une autre évaluant les informations recherchées et les sites consultés et une dernière déterminant l'impact d'Internet sur la relation médecin-famille. Le questionnaire médical évaluait la compréhension de la famille et la qualité de la communication. Le clinicien se gardait le droit de ne pas délivrer le questionnaire s'il considérait que ce n'était pas opportun. Les familles ne parlant pas français n'étaient pas incluses. Les variables continues sont exprimées en médiane et interquartiles, elles étaient comparées à l'aide du test de Mann-Whitney. Les variables catégorielles étaient comparées par le test du Chi-2.

**Résultats :** Il y a eu 243 questionnaires récupérés, parmi lesquels le recours à Internet durant l'hospitalisation était de 44 %. Comparées aux familles n'ayant pas consulté Internet, celles qui l'avaient fait étaient plus jeunes (47 ans [36-55] vs 56 ans [45-65] ;  $p < 0,001$ ), avec un niveau d'études plus élevé ( $p < 0,0001$ ). Les patients étaient plus jeunes (58 ans [44-65] vs 62 ans [52-72] ;  $p = 0,01$ ), avec un niveau d'études plus élevé ( $p = 0,01$ ), étaient plus souvent cirrhotiques (27 % vs 10 % ;  $p = 0,0005$ ) et plus souvent hospitalisés avant la réanimation (79 % vs 64 % ;  $p = 0,01$ ). La famille était plus souvent abonnée à Internet (100 % vs 68 % ;  $p < 0,0001$ ), et y avait déjà recherché des informations médicales (98 % vs 37 % ;  $p < 0,0001$ ). L'entretien médical était plus long (15 min [10-20] vs 10 min [10-15] ;  $p = 0,04$ ) en cas de recours à Internet. Les principaux motifs de consultation d'Internet étaient la vérification des informations données par le médecin (37 %) et la surveillance de questions après l'entretien (42 %). La recherche concernait surtout le diagnostic (74 %) et le pronostic (64 %) de la pathologie de leur

proche. Quatre-vingt-cinq pour cent des informations retrouvées étaient concordantes avec celles reçues en réanimation. Dans le cas contraire, seules 15 % des familles en avaient parlé au médecin mais 99 % leur faisaient davantage confiance. A peine la moitié estimait que les informations trouvées sur Internet étaient de bonne qualité. Néanmoins, la majorité rapportait que le recours à Internet avait été bénéfique sur leur compréhension de la situation et sur la relation avec l'équipe médicale, sans influence sur leur niveau d'anxiété. Seule la compréhension de la gravité de la situation était meilleure en cas de recours à Internet, mais pas la compréhension du diagnostic ou des traitements.

**Discussion :** A notre connaissance, nous rapportons la plus large évaluation concernant la consultation d'Internet par les familles de patients hospitalisés en réanimation. Celle-ci semble être considérée plutôt comme un complément aux renseignements donnés par l'équipe médicale. Son impact, bien qu'évalué de manière subjective, semble plutôt bénéfique d'après les familles.

**Conclusion :** Le recours à Internet a concerné à peine la moitié des familles entre le troisième et le cinquième jour. Ce résultat est inférieur à nos estimations, même si la difficulté de trouver les bonnes informations sur Internet peut rebuter. Nos résultats suggèrent que les médecins devraient jouer un rôle de guide sur Internet auprès des patients.

#### Bibliographie

- Peigne V, Chaize M, Falissard B, et al (2011) Important questions asked by family members of intensive care unit patients. *Crit Care Med* 39:1365-71
- Azoulay E, Chevret S, Leleu G, et al (2008) Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med* 28:3044-9

#### FC124

##### RéaNet : l'utilisation d'Internet comme source d'informations médicales chez les proches des patients hospitalisés en réanimation pour sepsis sévère ou choc septique

Y.L. Nguyen<sup>1</sup>, P. Asfar<sup>2</sup>, L. Argaud<sup>3</sup>, C. Guitton<sup>4</sup>, R. Porcher<sup>5</sup>, J.P. Mira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation médicale,

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

<sup>2</sup>Service de réanimation médicale et de médecine hyperbare,

CHU d'Angers, Angers, France

<sup>3</sup>Service de réanimation médicale, CHU de Lyon,

hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

<sup>4</sup>Service de réanimation médicale polyvalente, CHU de Nantes,

Hôtel-Dieu, Nantes, France

<sup>5</sup>Santé publique, CHU Hôtel-Dieu, Paris, France

**Introduction :** Sept français sur dix déclarent utiliser internet pour rechercher des informations médicales de santé [1]. Bien que le sepsis soit la première cause de mortalité en réanimation, cette pathologie reste aujourd'hui méconnue du grand public [2]. A notre connaissance, il n'existe pas de données sur l'utilisation d'internet par les proches des patients hospitalisés en réanimation pour sepsis. L'objectif de notre étude est donc de déterminer la prévalence d'utilisation d'internet et ses caractéristiques, chez les proches des patients hospitalisés pour sepsis sévère ou choc septique communautaire, hors d'état de communiquer.

**Patients et méthodes :** Étude observationnelle prospective multicentrique. L'ensemble des personnes référentes des proches hospitalisés pour sepsis sévère hors d'état de communiquer ont été incluses. Un questionnaire anonyme recueillait des informations sur l'utilisation d'internet, sur la satisfaction et des données sociodémographiques. Deux autres questionnaires recueillaient des informations sur le patient

hospitalisé (sexe, âge, comorbidités, score de sévérité, suppléances d'organe) et sur l'organisation du centre (ratio médecin/patient, ratio IDE/patient, horaires de visites, distribution d'un livret d'accueil, existence d'un site internet du service, d'une salle d'attente, d'une salle d'informations aux familles).

**Résultats :** Dix-huit centres ont accepté de participer à cette étude. Il s'agissait majoritairement de centres universitaires avec une moyenne de 884 admissions annuelles dont 100 sepsis/an. 105 patients ont été inclus et 127 personnes référentes ont répondu au questionnaire. Les patients étaient âgés en moyenne de 64 (15) ans et étaient majoritairement des hommes (70 %) avec un SAPS2 moyen de 54 (18). 50 (48 %) des patients avaient un sepsis pulmonaire et 77 % avaient recours à la ventilation mécanique invasive. Le taux de décès en réanimation était de 36 %. Les proches interrogés étaient majoritairement des femmes de 52 (17) ans, ayant fait des études supérieures (54 %) et étaient très satisfaites de la prise en charge globale dans le service (65 %). 84 % des personnes interrogées n'avaient jamais entendu préalablement du mot sepsis. Près de 7 personnes sur 10 consultaient internet pour rechercher des informations médicales préalablement à l'hospitalisation. 57 (45 %) des proches avaient consulté internet au sujet du sepsis. Les principales motivations de consulter internet étaient « d'en savoir sur la maladie, les symptômes qui concernent le proche » et « d'être capable de poser des questions précises au médecin avant d'aller le voir ». Les proches le faisaient majoritairement par internet au domicile ou sur Smartphone. Les sites les plus fréquemment consultés étaient wikipedia.org, doctissimo.com et e-sante.fr. Les raisons invoquées de ne pas être allé rechercher des informations sur internet étaient « la satisfaction des informations obtenues » et « l'absence de confiance sur la qualité des informations présentes sur internet ».

**Conclusion :** Le sepsis demeure un terme peu connu du grand public. L'utilisation d'internet pour rechercher des informations médicales est fréquente chez les proches des patients hospitalisés pour sepsis sévère ou choc septique.

Remerciements à l'ensemble des participants de RéaNet.

## Références

1. Ipsos Public Affairs (2010) Les conséquences des usages d'internet sur les relations patients-médecins. The Social Research and Corporate Reputation Specialists avril 2010
2. Rubulotta FM, Ramsay G, Parker MM, et al (2009) An international survey: Public awareness and perception of sepsis. *Crit Care Med* 37:167–70

## FC125

### Évaluation du ressenti des patients et de leur famille après un séjour en réanimation médicale : analyse médicale et linguistique des correspondances

G. Lozachmeur<sup>1</sup>, J.M. Boles<sup>2</sup>, P.Y. Egretteau<sup>3</sup>, C. Jacob<sup>3</sup>, G. Prat<sup>3</sup>, J.M. Tonnelier<sup>3</sup>, A. Renault<sup>2</sup>

<sup>1</sup>EA 4249 HCTI, UFR Lettres et sciences humaines, université de Bretagne occidentale, Brest, France

<sup>2</sup>Service de réanimation médicale, CHU de la Cavale-Blanche, et université de Bretagne occidentale, EA 4686, EPS, Brest, France

<sup>3</sup>Service de réanimation médicale, CHU de la Cavale-Blanche, Brest, France

**Introduction :** Le ressenti des patients et de leur famille à l'occasion d'un séjour en réanimation est une donnée qualitative importante qui peut être évaluée par différentes méthodes. Nous avons mis en place un accueil et un accompagnement systématiques des patients et des familles depuis 2001 (création de deux salons de réception, ouverture 24 h/24 depuis 2004, formation à la relation de personnels par ex.),

ainsi que les éléments de démarche palliative (présence d'accompagnants bénévoles depuis 2003, acquisition du DIU de soins palliatifs par 1 médecin et 1 IDE par ex). L'analyse des courriers de patients et/ou de leurs proches reçus après le séjour nous a semblé une approche évaluative d'autant plus pertinente qu'il s'agit toujours d'une démarche spontanée et non sollicitée. A cet effet, nous avons procédé à une double analyse linguistique et médicale des courriers recueillis afin de cerner au mieux l'état d'esprit des patients et de leur famille après un séjour dans le service.

**Matériels et méthodes :** *Contexte :* service de réanimation médicale de 12 lits puis 15 lits à partir de mai 2005. Recherche des courriers personnels émanant de patients hospitalisés dans le service et/ou de leurs proches, entre janvier 2002 et décembre 2012, soit une période de 11 ans. *Méthode :* les courriers ont été soumis à une analyse croisée linguistique et médicale.

**Résultats :** Pendant la période de l'étude, 6 286 patients ont été admis ; âge moyen : 56,3 ans ; l'IGS 2 moyen = 46,5 ; durée moyenne de séjour = 8,1 j ; taux de mortalité moyen = 23,6 %. Le nombre de courriers recueillis formant le corpus de l'étude est de 323, soit 5,14 % des admissions. Ils sont affichés plus ou moins longtemps dans la salle de pause du personnel à leur réception. Un certain nombre, non chiffrable, n'a pas été gardé (non rangement systématique, parfois récupération personnelle). Les courriers se présentent sous forme de lettre plus ou moins développée, de simple carte de format variable, y compris carte de visite, de carte postale, rarement de courriel. Origine des courriers : membre de la famille = 231 (71,5 %) ; patient lui-même = 92 (28,5 % des courriers et 1,46 % des admis). Les courriers sont toujours adressés au service. D'un point de vue linguistique, l'analyse des discours laisse apparaître plusieurs points majeurs : 1) la prise en charge énonciative par l'émetteur (comptage des pronoms personnels) ainsi que la place qu'il fait à son destinataire (« vous » ou « on » générique ou dénomination précise des membres de l'équipe) ; la modélisation énonciative du discours ; 2) les thématiques des lettres saisies grâce aux entrées lexicales : mots clé : le ressenti subjectif par rapport au séjour : angoisse, peur, espoir ; les moments difficiles : la mort, la souffrance de la séparation ; 3) le contenu est très variable, allant de la correspondance très conventionnelle, par exemple marques de civilité, à des lettres intimes : celles-ci font état de la vie des personnes, traduisant la relation de proximité qui s'est établie avec tel ou tel membre du personnel ; d'un besoin de témoigner de la façon dont le séjour a été vécu ; de remerciements à des individus, médecin, infirmière, aide-soignante et/ou à l'équipe dans son ensemble ; parfois des projets ou des photos de famille. On note un besoin très prégnant de se libérer par l'écrit de la part de certains, quels que soient l'auteur (patient ou proche) et l'issue du séjour. D'un point de vue médical, les éléments de langage nous confortent dans la stratégie mise en place et sa poursuite en renforçant notamment la formation à l'accueil et à la relation des personnels. De plus, la direction du CHU a reçu 5 plaintes concernant un séjour dans le service : 0,79 %.

**Discussion :** Le pourcentage de courriers par rapport au nombre d'admis est certes faible mais peut recevoir plusieurs explications : courriers égarés dans le temps (d'autant que le service a dû fermer 3 fois dans cette période) ; séjours courts ne justifiant pas un courrier à la suite ; appréhension du texte écrit ; pudeur à s'exprimer ; indifférence dans une relation de passage strictement contractuelle. Il est cependant intéressant de constater que persiste un genre de communication classique mais relevant aussi du récit de la maladie, expression de l'identité narrative développée par P. Ricoeur. Il y apparaît de façon constante que le séjour en réanimation génère une souffrance morale importante et qui atteint en profondeur.

**Conclusion :** Ce type d'étude croisée linguistique et médicale est rarement mené sur un tel matériau. L'analyse des résultats devrait permettre à l'ensemble des membres de l'équipe d'affiner encore l'accompagnement des patients et de leur famille lors d'un séjour en réanimation.