

Session orale IDE 1

Nurses oral session 1

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

SOI001

Pratiques des infirmier(e)s au cours de la ventilation mécanique : une enquête nationale

A. Constan¹, J. Roeseler², V. Gardaz³, J.C.M. Richard³, G. Carteaux¹
¹Service de réanimation médicale, CHU Henri-Mondor, Créteil, France

²Soins intensifs adultes, cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique

³Soins intensifs, hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

Introduction : En France, le décret de compétences des infirmier(e)s (IDE) autorise la surveillance d'un patient sous ventilation mécanique (VM) mais considère que le réglage du respirateur requiert une prescription médicale. Cependant, l'implication des IDE dans la pratique est probablement différente. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'implication réelle des IDE dans le management de la ventilation mécanique.

Matériels et méthodes : Un questionnaire portant sur les réglages du respirateur par les IDE au cours de la ventilation mécanique invasive et non invasive a été adressé aux IDE de 51 services de réanimation Français, Belges (32) et Suisses (3). La fréquence et la nature des modifications de réglages du ventilateur, ainsi que les facteurs perçus comme les favorisant ou les limitant ont été recueillis. Sont rapportés les résultats relatifs à la ventilation invasive des 33 premiers services répondants en France. L'ensemble des résultats de l'étude sera disponible lors du congrès de la SRLF. Les variables continues sont exprimées en médiane (25^e ; 75^e percentile).

Résultats : Au total, 610 IDE (33 services Français) ont répondu au questionnaire. Le taux médian de réponse par service était de 46,4 % (38,8 ; 60,1). *Mode ventilatoire :* 52,8 % des IDE déclaraient changer de mode ventilatoire sans ordre médical et en dehors d'une procédure de service, d'une façon quotidienne pour 6,8 % d'entre eux, hebdomadaire pour 21,9 % et mensuel le pour 40,7 %. Le passage de la ventilation assistée contrôlée (VAC) vers la ventilation spontanée avec aide inspiratoire (VSAI) était le changement le plus fréquent (73,2 % des IDE déclarant changer de mode), alors que l'inverse (VSAI vers VAC) n'était

rapporté que par 65,6 % d'entre eux. Par ailleurs, 8,4 % des IDE déclaraient disposer d'une procédure de service leur permettant de modifier certains réglages du respirateur. Enfin 38,8 % des IDE déclaraient ne jamais changer de mode ventilatoire sans prescription. *Paramètres ventilatoires :* Le tableau ci-dessous rapporte la proportion d'IDE (en %) déclarant modifier chacun des paramètres ventilatoire étudiés.

La majorité des IDE (81,3 %) déclaraient aviser systématiquement le médecin des modifications qu'ils effectuaient hors prescription. *Facteurs influençant les modifications :* L'indisponibilité du médecin, la période de nuit et la prise en charge par l'IDE d'un patient pendant plusieurs jours étaient déclarés comme favorisant la modification des réglages du respirateur sans consulter le médecin (chez 66,8 %, 62,1 % et 44,3 % des IDE respectivement). Des IDE déclaraient éprouver plus d'aisance pour modifier les réglages du respirateur au cours de certaines situations cliniques, parmi lesquelles : la période de sevrage ventilatoire (58,9 % des IDE), la sédation légère (42,3 %) et la trachéotomie (25,6 %). A l'inverse, les situations cliniques suivantes étaient fréquemment rapportées comme des obstacles à la modification des réglages du ventilateur sans prescription : circulation extracorporelle (67,1 % des IDE), curarisation (51,3 %), sédation lourde (30 %), utilisation de catécholamines (28 %).

Conclusion : Les IDE déclarent modifier fréquemment certains réglages (en particulier la FiO₂ et l'aide inspiratoire) sans prescription médicale. Il existe cependant une grande hétérogénéité des pratiques. Ce constat appelle à l'évaluation de protocoles de soins standardisés impliquant les IDE dans la gestion de la ventilation mécanique.

SOI002

Formation d'adaptation à l'emploi des infirmiers en réanimation : évaluation des pratiques

J. Garcia

Réanimation, centre hospitalier de Polynésie française, Papeete, Polynésie française, France

Introduction : Il est reconnu que la formation initiale en réanimation des infirmiers en France est insuffisante et qu'une formation d'adaptation à

| | Quotidiennement | < 1/jour et ≥ 1/semaine | < 1/semaine ≥ 1/mois | < 1/mois | Jamais |
|----------------------------------|-----------------|-------------------------|----------------------|----------|--------|
| Augmentation de FiO ₂ | 16,6 | 28,5 | 26,7 | 14,8 | 13,4 |
| Diminution de FiO ₂ | 15,8 | 25,3 | 20,9 | 13,8 | 24,2 |
| Aide inspiratoire | 5,6 | 14,4 | 16,4 | 21,0 | 42,6 |
| Fréquence respiratoire | 1,4 | 3,1 | 5,5 | 6,7 | 83,2 |
| Volume courant | 1,0 | 2,8 | 2,8 | 7,3 | 86,1 |
| PEP | 0,6 | 1,1 | 2,0 | 7,9 | 88,4 |
| Trigger inspiratoire | 0,5 | 1,9 | 2,1 | 5,3 | 90,2 |
| I/E | 0,2 | 0,7 | 0,5 | 4,0 | 94,6 |
| Trigger expiratoire | 0,3 | 0,5 | 0,9 | 3,7 | 94,6 |

l'emploi doit être mise en place. Cette dernière reste, dans les faits, d'une grande disparité. Nous avons mis en place en 2011 différents outils de formation d'adaptation à l'emploi. Dans le cadre d'une démarche qualité nous les avons évalués en 2012 puis réajustés en 2013.

Matériels et méthodes : Les infirmiers ont été amenés, par le biais d'un questionnaire anonyme, à évaluer chacun des outils de la formation d'adaptation mis en place. Ce questionnaire comprenait les items suivant : descriptif de la population interrogée, faisabilité d'une évaluation des connaissances en réanimation, organisation de la formation d'adaptation à l'emploi, encadrement du nouveau personnel infirmier, livret d'adaptation à l'emploi, protocoles de service, staffs médico-paramédicaux. Ce questionnaire a été diffusé à l'ensemble des infirmiers tuteurs puis à chaque nouvel infirmier en fin de formation d'adaptation à l'emploi.

Résultats : Les infirmiers interrogés ont en moyenne 7,5 années de pratique professionnelle. 60 % n'ont pas d'expérience préalable en réanimation à leur arrivée dans le service et 40 % ont une expérience moyenne de 4,4 années. 48 % des infirmiers interrogés sont titulaires du diplôme universitaire de réanimation. 65 % des infirmiers sont favorables à l'utilisation d'un questionnaire permettant d'évaluer les connaissances des infirmiers à l'embauche, 73 % le sont pour l'évaluation en milieu de formation, et 88 % en fin de formation d'adaptation à l'emploi. Les 204 heures de formation dispensées dans notre service sont suffisantes pour 72 % des infirmiers. L'encadrement d'un nouvel infirmier représente pour 97 % des infirmiers un surcroît d'activité, il est plaisant pour 71 %. La connaissance des protocoles de service est insuffisante pour 24 % des infirmiers, bonnes pour 57 %, très bonnes pour 14 % et excellentes pour 5 %. Les protocoles de service sont simples d'utilisation pour 92 % des infirmiers. 97 % accordent une importance aux staffs médico-paramédicaux biquotidiens. Ils permettent à 92 % des infirmiers de progresser dans leur formation d'adaptation à l'emploi. Le livret d'adaptation à l'emploi est utile pour 100 % des nouveaux infirmiers. Il est simple d'utilisation pour 89 % des infirmiers et clairement formulés pour 82 %. La quantification des actes réalisés n'est pas un critère pertinent d'évaluation des compétences pour 67 % des infirmiers « tuteurs », alors que 80 % des nouveaux infirmiers pensent le contraire.

Discussion : La formation d'adaptation à l'emploi est indispensable selon les sociétés savantes de réanimation et les infirmiers interrogés. Le référentiel de compétences rédigé par ces dernières peut être considéré comme la base de la formation d'adaptation à l'emploi en réanimation. Nous avons pu mesurer l'intérêt de construire, en plus de cette base, des outils variés (pour ce qui nous concerne : tutorat, livret d'adaptation à l'emploi, staffs médico-paramédicaux, protocoles de service), entrant dans le cadre d'une politique générale de service pour assurer la formation d'adaptation à l'emploi des nouveaux infirmiers. Notre enquête a également débouché sur la création d'un outil permettant l'évaluation des connaissances en réanimation ainsi qu'une formation personnalisée pour chaque nouvel infirmier.

Conclusion : Notre formation d'adaptation à l'emploi répond aux recommandations des sociétés savantes et aux attentes de chaque utilisateur. L'évaluation de nos pratiques a conduit à des ajustements permettant d'optimiser l'évaluation des compétences et la personnalisation de la formation d'adaptation à l'emploi en réanimation.

Bibliographie

1. Soury-Levergne A, Reignier J, Blanchet P, et al (2011) Recommandations pour une formation spécifique et une reconnaissance du métier d'infirmier de réanimation. Réanimation SRLF et Springer-Verlag, France
2. SRLF, CREUF, GFRUP, SFAR. Livret d'adaptation à l'emploi. Infirmier(ère)s de réanimation. SRLF et Springer-Verlag, France 2011

SOI003

Charge en soins des patients en SDRA : influence de l'ECMO

S. Valera, M. Cano-Chervel, A.S. Ferrandi, S. Ferudja, V. Larose, S. Lefloch, J. Malardier, P. Sylla, R. El Khamali
Réanimation médicale, CHU de Marseille, hôpital Nord, Marseille, France

Introduction : L'ECMO est une option thérapeutique pour les patients présentant les Syndromes de Détresse Respiratoire Aiguë (SDRA) les plus sévères. Dans les centres de référence comme le notre, plusieurs patients peuvent être simultanément traités par *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), ce qui pose le problème d'une augmentation probable de la charge en soins. Le but de notre travail est d'évaluer quantitativement et précisément la surcharge en soins induite par l'ECMO.

Patients et méthodes : Nous avons comparé les charges en soins sur 14 jours de 20 patients consécutifs traités par ECMO pour SDRA et de 20 patients consécutifs en SDRA n'ayant pas nécessité d'ECMO. Nous avons recueilli prospectivement tous les soins paramédicaux généraux et spécifiques à la prise en charge des patients en SDRA : score OMEGA, pansements, nombre de seringues électriques et perfusions posées, nombre de gazométries et de bilans prélevés, nombre de poches de produits sanguins transfusés, et nombre de séances de décubitus ventral (DV).

Résultats : Le score oméga total était plus élevé chez les patients sous ECMO (967 ± 423 vs 640 ± 641 , $p < 0,01$). Le nombre de pansements par patient sur 14 j était de 33 ± 10 dans le groupe ECMO et de $16,5 \pm 6$ dans le groupe sans ECMO ($p < 0,01$). Le nombre de seringues électriques posées en 14 j par patient était de 176 ± 30 dans le groupe ECMO et de 135 ± 20 dans le groupe sans ECMO ($p < 0,03$). Le nombre de perfusions posées n'était pas significativement différent entre les groupes (138 ± 21 dans le groupe ECMO et 179 ± 20 dans le groupe sans ECMO). Le nombre de gazométries était plus important dans le groupe ECMO (70 ± 15 vs 57 ± 8 , $p < 0,05$) de même que le nombre de bilans sanguins prélevés (75 ± 15 vs 44 ± 8 , $p < 0,01$). Le nombre de poches de produits sanguins transfusées était plus important dans le groupe ECMO (28 ± 12 vs 6 ± 6 , $p < 0,01$). Enfin le nombre de séances de DV était plus important mais non significativement dans le groupe sans ECMO (médiane 1,5 (0-2) vs 0 (0-1) dans le groupe ECMO, $p = \text{NS}$).

Conclusion : La charge en soins paramédicale est nettement plus importante chez les patients sous ECMO, à la fois à travers les scores de charge en soins, mais aussi à travers les soins les plus spécifiques du SDRA qui sont les plus consommateurs de temps infirmier et aide soignant. Nous sommes entrain de compléter ce travail par une étude plus détaillée de la charge en soins, incluant tous les soins (ventilation, nursing, nutrition, élimination, équipements, examens...).

SOI004

Intervention de l'association de bénévoles « les Clowns de l'Espoir » au sein d'un service de réanimation pédiatrique : étude du vécu des soignants, des familles et des enfants

C. Chaïbi, J. Thuillier, Les Clowns de l'Espoir, C. Dubois, C. Le Reun, J. Rousseaux, S. Leteurtre
Service de réanimation pédiatrique, Ea2694, UDSL, université Lille-Nord-de-France, université de Lille-II, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU Lille, Lille, France

Introduction : Les services de réanimation pédiatrique accueillent des enfants de 1 mois à 18 ans pour la prise en charge d'affections

médico-chirurgicales diverses. Ces hospitalisations ont un caractère anxigène fort pour l'enfant et la famille de part la gravité et la haute technicité utilisée. Différentes associations de bénévoles sont partenaires dans le projet de soins des services de pédiatrie des hôpitaux afin d'améliorer la prise en charge des enfants et des familles. L'objectif de ce travail était de décrire l'organisation permettant l'intégration de l'association de bénévoles « les Clowns de l'Espoir » dans un service de haute technicité et d'étudier le vécu des soignants, des familles et des enfants suite à ses interventions.

Matériels et méthodes : L'étude était monocentrique, réalisée dans un service de réanimation pédiatrique de CHU. Le nombre d'admission annuelle est de 600 enfants. Depuis 1996, l'association bénévole « Les clowns de l'espoir » intervient 6 heures/semaine (2 intervenants pendant 3 heures) et 49 semaines/52. L'étude a été menée auprès des soignants, des patients et des familles d'avril à mai 2013, en utilisant un questionnaire validé par l'association des Clowns de l'Espoir et l'équipe de pédopsychiatrie.

Résultats : Sur un an, 250 enfants ont bénéficié du savoir faire de 2 clowns/semaine, Sur la période de recueil de 2 mois, 70 questionnaires ont été distribués aux soignants et 50 ont été analysés (taux de réponse de 72 %) et 20 questionnaires ont été distribués pour les patients et leurs familles et 18 ont été analysés (taux de réponse de 80 %). Le nombre des soignants se disant enthousiasmés à la rencontre des clowns était de 70 % et 90 % des soignants déclaraient une évolution positive de leur ressenti face à ces interventions. Seul 6 % des soignants participaient aux interventions mais 80 % les observaient avec plaisir. L'ambiance du service après l'intervention était améliorée pour 90 % des soignants. Du côté des patients et des familles, 94 % des familles trouvaient que l'intervention des clowns était une bonne idée et 55 % des familles étaient enthousiasmées par l'intervention, 75 % se disaient plus détendus après l'intervention et 55 % amusées. L'intervention des clowns était jugée adaptée pour 85 % des familles malgré le contexte de l'hospitalisation en réanimation. Plus de 50 % des familles souhaitaient les voir intervenir deux fois par semaine et 90 % des enfants se disaient contents en présence des clowns. 100 % des parents se disaient satisfaits des interventions.

Conclusion : Les taux de réponse des soignants et des familles étaient bons. L'intervention des clowns sur le vécu des soignants, des familles et des enfants était bonne voire excellente. L'intervention de clowns est une réelle parenthèse dans l'hospitalisation malgré un contexte de réanimation hautement anxigène. Les résultats globalement positifs ont encouragés le service et l'association à renforcer leur collaboration par l'intervention des « marchands de sable ». En outre, l'étude auprès des familles sur l'intervention des clowns se poursuit.

SOI005

Contrôle glycémique et insulinothérapie intraveineuse : quelle efficacité d'un protocole impliquant l'expérience de l'IDE ?

A. Courtin, R. M'Changama, F Barge, P. Colson
Département anesthésie et réanimation D,
CHU Arnaud-de-Villeneuve, Montpellier, France

Introduction : Le contrôle de la glycémie chez les patients en post opératoire de chirurgie cardiaque permet de diminuer le risque de comorbidités, mais, une étude récente met aussi en évidence les dangers des hypoglycémies, d'où l'importance de ne pas avoir des objectifs de glycémie trop serrés [1]. Après une première étude qui a montré une bonne concordance des résultats de la glycémie obtenue

avec un glucomètre et celle du laboratoire, nous avons modifié notre protocole d'insulinothérapie intraveineuse (Insu IV) en élargissant les cibles de glycémie attendues (1,1–1,6 g/L) conformément aux recommandations [2] tout en proposant un protocole qui privilégie la gestion directe et autonome par l'infirmier (IDE) en charge du patient.

Patients et méthodes : Étude observationnelle de tous les patients en post opératoire de chirurgie cardiovasculaire entre juin et septembre 2013. En dehors des bornes de glycémie, le protocole médical définit les conditions d'initiation de l'Insu IV, les limites thérapeutiques en cas d'hypoglycémie, et des posologies horaires élevées d'insuline, mais il laisse le soin à l'IDE d'ajuster la vitesse d'administration. Pour évaluer l'efficacité de cette démarche, les glycémies les plus hautes et les plus basses ont été recueillies chaque jour. Nous avons comptabilisé les incidents durant cette période (hypo et hyperglycémie) et également relevé les violations de protocole. Les données sont exprimées en médiane [25-75 %]. Des tests non paramétriques sont réalisés pour comparer les groupes avec ou sans violation de protocole.

Résultats : 200 fiches complétées à partir du recueil des données sur les feuilles de réanimation journalières ont été analysées. Les glycémies les plus basses (GBasse) se rapprochent de l'objectif attendu avec un écart médian minime (Tableau 1). On compte peu d'hypoglycémies sérieuses (< 0,8 g/L), observées dans 5 % des cas avec une médiane à 0,74 g/L [0,71-0,75]. La médiane des glycémies les plus hautes (GHaute) est plus élevée que la borne supérieure fixée avec un écart médian modeste (tableau 1), et des hyperglycémies importantes (> 3 g/L) peu fréquentes : 3,5 % des cas avec une médiane à 3,4 g/L [3,2-3,5]

Tableau 1 : Valeurs observées (médiane [25-75 %])

| | Glycémie g/L | Écart par rapport à l'objectif 1,1-1,6 |
|--------|-----------------|--|
| GHaute | 2,02 [1,82-2,3] | 0,43 [0,23-0,71] |
| GBasse | 1,15 [1,02-1,3] | 0,05 [-0,08-0,20] |

Une violation de protocole a été relevée dans 12 % des cas : pour l'essentiel, des démarrages de l'insuline sans deuxième contrôle glycémique comme préconisé, et l'absence de surveillance rapprochée d'une hypo- ou hyperglycémie. L'existence d'une violation de protocole n'induit pas de différence significative sur les valeurs GBasse ou GHaute ou sur l'écart par rapport à l'objectif thérapeutique.

Discussion : Le protocole est dans l'ensemble bien suivi par les IDE ; on note quelques écarts qui n'altèrent pas significativement les niveaux extrêmes de glycémie. Ceci tend à montrer que l'initiative IDE même en violation du protocole n'a pas eu d'effet délétère. Ainsi un protocole indiquant les objectifs de glycémie, les conditions de démarrage et les limites de l'insulinothérapie IV, mais laissant l'initiative aux IDE pour ajuster l'administration horaire d'insuline apparaît satisfaisant en termes de sécurité pour les patients. L'IDE de réanimation par expérience acquise sur la connaissance de chaque patient, de leur pathologie, de l'évolution de leur glycémie et leur réponse à l'insuline, avec d'éventuels traitements associés, est capable de maîtriser les objectifs thérapeutiques en dehors de cadres thérapeutiques excessivement contraignants (1).

Conclusion : Le protocole qui autorise une libre gestion par l'IDE du suivi de la glycémie permet de maintenir la glycémie des patients en post opératoire de chirurgie cardiovasculaire dans des niveaux acceptables (entre 1,15 et 2,02 g/L). Les incidents (hypo et hyperG), sont peu fréquents notamment hypoglycémiques, ce qui répond à l'objectif prioritaire du protocole.

Références

1. The NICE-SUGAR Study Investigators (2012) Hypoglycemia and Risk of Death in Critically Ill Patient. *N Engl J Med* 367:1108-18
2. Jacobi J, Bircher N, Krinsley J, et al (2012) Guidelines for the use of an insulin infusion for the management of hyperglycemia in critically ill patients. *Crit Care Med* 40:3251-76

SOI006

Vécu et identification des situations à risque d'erreur chez les professionnels de santé en réanimation

A. Laurent¹, L. Aubert¹, K. Chahraoui², A. Bioy², M. Bonnet¹, D. Mellier¹, A. Mariage¹, D. Ansel¹, J.-P. Quenot³, G. Capellier⁴
¹Laboratoire de psychologie, université de Franche-Comté, Besançon, France

²Laboratoire de psychopathologie et psychologie médicale, université de Dijon, Dijon, France

³Service de réanimation médicale, CHU de Dijon, complexe du Bocage, Dijon, France

⁴Service de réanimation médicale, CHU, hôpital Jean-Minjoz, Besançon, France

Introduction : Les services de réanimation sont considérés comme des services à haut risque d'erreur. De plus en plus d'études mesurent l'incidence et l'impact des erreurs dans les services de réanimation, mais très peu se sont intéressées à l'impact du risque d'erreur pour les professionnels. Cette étude met en avant les facteurs de risque d'erreur identifiés par les professionnels en réanimation et se propose de comprendre le vécu de ces situations à risque par les professionnels de réanimation.

Patients et méthodes : 40 professionnels (20 médecins, 20 infirmiers) ont participé à un entretien clinique individuel sur le vécu du risque de l'erreur et ont répondu à un questionnaire sociodémographique. Les entretiens ont été retranscrits et ont fait l'objet d'une analyse thématique par trois experts.

Résultats : Les 40 professionnels ont identifié des facteurs de risque d'erreur liés à la pratique professionnelle (urgence, charge de travail, isolement dans la prise en charge, défaut de communication, manque de collaboration ou d'encadrement, manque de personnel, défaut de compliance du patient, pathologies complexes) et aux caractéristiques individuelles (fatigue, défaut de connaissance, excès de confiance, défaut de relation avec le patient, difficultés personnelles). Le risque d'erreur est ressenti par 75 % des professionnels comme permanent et l'erreur comme inéluctable. L'analyse thématique des entretiens cliniques a mis en évidence l'existence d'un vécu différencié du risque d'erreur entre les professionnels. Le niveau d'expérience et la coopération permettent aux médecins et aux infirmiers avec plus d'un an d'expérience d'avoir le sentiment de contrôler les situations à risque et de ne pas être parasités par un vécu du risque trop anxiogène. Au contraire, pour les infirmiers avec moins d'un an d'expérience, le risque d'erreur est associé à des manifestations anxieuses importantes.

Conclusion : L'identification des situations à risque spécifiques à l'erreur reste difficile et rend le risque d'erreur omniprésent dans les services de réanimation. La formation, l'expérience et la coopération participent à la création d'une culture collective qui permet de faire face à l'omniprésence du risque d'erreur. Mais l'émergence de cette culture collective nécessite du temps, il est donc important de réfléchir aux modalités d'accompagnement et de formation pour les professionnels arrivant dans les services de réanimation afin de mieux les préparer à faire face à l'omniprésence du risque d'erreur.

SOI007

À qui profite la contention ? Résultats de l'enquête de pratique nationale sur la contention mécanique des patients de réanimation ventilés (étude SERAFIN)

Groupe de Travail Infirmier Serafin¹, CERC²

¹75010, CERC, SRLF, Paris, France

²CERC, SRLF, Paris, France

Introduction : En France, la contention mécanique (CM) relève légalement d'une prescription médicale, écrite et réévaluée au moins une fois par jour. Dans la pratique quotidienne de réanimation, elle est souvent instaurée et gérée par les paramédicaux, infirmier(e) (IDE) et aides-soignants(es) (AS). L'objectif de cette étude était d'évaluer l'opinion des paramédicaux sur l'usage, l'intérêt et les risques de cette pratique.

Matériels et méthodes : Enquête déclarative, prospective, observationnelle, multicentrique, conduite en juin et juillet 2013, auprès des paramédicaux de 15 réanimations adultes françaises (10 réanimations médico-chirurgicales et polyvalentes, 4 réanimations médicales, 1 réanimation chirurgicale). Un protocole écrit concernant les contentions existait dans 75 % des services. Distribution des questionnaires, en format papier à l'ensemble du personnel paramédical des services participants, et évaluant la fréquence, l'adéquation aux prescriptions médicales, les complications et objectifs de la CM chez le patient ventilé. Les résultats sont exprimés en pourcentage ou moyenne \pm déviation standard.

Résultats : Quatre cent quarante questionnaires ont été analysés (femmes : 81 % des répondants). Le taux de réponse a été de 57 % pour les IDE et de 37 % pour les AS. L'ancienneté moyenne en réanimation était de $6,0 \pm 6,4$ ans. Le nombre de patients pris en charge était de $2,8 \pm 0,7$ pour les IDE et de $4,2 \pm 0,9$ pour les AS. Quatre-vingt-quatorze pourcents des répondants déclaraient que la CM était utilisée (au moins une fois) souvent (50 à 75 %) ou très souvent (plus de 75 %) chez le patient ventilé. La CM était appliquée, sur prescription médicale écrite, souvent ou très souvent dans 45 % des cas. Elle était utilisée, souvent ou très souvent, pour 60 % des patients non curarisés et profondément sédatisés, pour 96 % des patients en phase de réveil, et pour 95 % des patients réveillés et agités. La CM était déclarée appliquée, souvent ou très souvent, chez le patient calme et répondant aux ordres simples par 51 % des répondants. Vingt-trois pourcents signalaient la CM comme étant souvent ou très souvent utilisée chez le patient curarisé, et 70 % souvent ou très souvent utilisée chez le patient post-opératoire et porteur de drains. Après « l'arrachage » d'un dispositif, le pourcentage de CM augmentait pour tous les patients, quel que soit leur niveau d'éveil. Elle ne serait jamais ou rarement (< 25 %) utilisée pour compenser une sédation trop légère (61 % des répondants). La CM serait souvent ou très souvent jugée utile pour éviter l'arrachement de cathéters (91 % des répondants). La CM était expliquée au patient souvent ou très souvent dans 82 % des réponses, ainsi qu'aux proches dans 90 %. Des complications locales ou régionales liées aux CM étaient déclarées dans 71 % des cas. Alors que l'objectif prioritaire déclaré de la CM était la prévention de l'auto-extubation pour 88 % des répondants, 87 % considéraient que la CM en elle-même pouvait entretenir l'agitation des patients.

Conclusion : Dans cette enquête déclarative, la CM paraît quasi systématiquement mise en place — au moins une fois — en cas de ventilation mécanique invasive, mais la prescription médicale écrite n'est déclarée exister que dans moins de la moitié des cas. La réalisation d'une étude prospective observationnelle concernant l'application et le ressenti des soignants sur les contentions mécaniques semble souhaitable.