

Session orale IDE 3

Nurses oral session 3

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

SOI015

Stratégie d'évaluation de l'impact du toucher-relationnel chez des patients conscients en réanimation

E. Darielle, L. Lacote, I. Canu, S. Leguillou, P.J. Mahe, D. Flattres, E. Cartron, A. Pinel, M.J. Mallet, K. Asehnoune
Réanimation chirurgicale, CHU de Nantes, Hôtel-Dieu, Nantes, France

Introduction : La période d'éveil chez un patient de réanimation est une phase anxiogène. Elle peut être majorée lorsque les patients sont encore intubés ou trachéotomisés et ne peuvent donc plus communiquer verbalement. Selon le référentiel d'activité de la profession infirmière datant du 31 juillet 2009, les soins infirmiers intègrent le soutien psychologique ainsi que le soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes. Ils peuvent dans ce cas faire appel au « toucher à visée de bien être ». Différent des techniques de mobilisations mécaniques propres à la profession de masseur-kinésithérapeute, il s'agit d'une intention bienveillante qui permet tout aussi bien de détendre le patient que de communiquer avec lui. Aucune donnée ne permet d'évaluer l'impact de ce soin en réanimation, nous avons donc souhaité mener une étude observationnelle dans notre service. L'objectif étant de déterminer l'intérêt que pourrait avoir le toucher - relationnel sur certains paramètres reflétant l'état d'anxiété du patient.

Patients et méthodes : 32 patients ont été inclus dans l'étude entre mai et septembre 2013. Après leur consentement, ils bénéficiaient d'une ou plusieurs séances de toucher-relationnel de 5 à 10 minutes réalisées par un infirmier ou un aide-soignant sur une zone du corps accessible, en tenant compte de la pathologie (mains, avant-bras, pieds, jambes, nuque, tête ou dos). Une grille d'évaluation comprenant la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, la tension artérielle, ainsi que l'endormissement était remplie avant le soin puis une heure après. Les échelles habituellement utilisées pour ajuster la sédation et l'analgésie dans notre service étaient aussi mesurées : le BPS (*Behaviour Pain Scale*) et le RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*).

Résultats : 43 séances de toucher relationnel ont été réalisées. Les patients étaient hospitalisés principalement pour choc septique, détresse respiratoire, choc hémorragique, polytraumatisme. Les raisons ayant motivé le soignant à proposer une séance de toucher - relationnel au patient sont l'inconfort, l'anxiété, un sevrage respiratoire difficile, la douleur, l'exacerbation du tonus musculaire. Parmi ces patients, 18 étaient intubés/ventilés, 9 étaient extubés et 4 trachéotomisés. Il s'agissait de 19 hommes et 13 femmes d'une moyenne d'âge respectivement de 55 et 57 ans. Dans 64 % des cas, la fréquence cardiaque a diminué en moyenne de 10 battements par minute une heure après le soin. Dans 66 % des cas, la fréquence respiratoire a diminué en moyenne de 5 mouvements respiratoires par minute. Chez 44 % des patients, nous avons observé un endormissement à l'issue du soin. Concernant les échelles de sédation, on observe une heure après la séance une diminution du BPS et plus particulièrement du BPS visage dans 47,5 % des cas. Quant au RASS, pour 24 % des patients, la séance

de toucher - relationnel a permis de diminuer ce score une heure après le soin. Tout comme le BPS, il n'a jamais été constaté une augmentation du score. On note également une baisse de la PAS dans 54 % des cas.

Conclusion : Au vu de ces résultats, des différents témoignages des soignants et de certains patients, le toucher - relationnel semble donc apporter une détente et un apaisement pour les patients de réanimation. Il en résulte un endormissement dans 44 % des cas. L'accueil favorable de l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle laisse penser que ce soin relevant du rôle propre infirmier pourrait intégrer la pratique courante des soins en réanimation. Une étude de plus grande ampleur serait nécessaire pour valider ces résultats.

SOI016

Évaluation de la pratique de soins systématiques infirmiers en réanimation

H. Hermel¹, H. Baudet¹, L. Ducroquet¹, N. Alvy², L. Chimot¹
¹*Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Périgueux, Périgueux, France*
²*Direction des soins infirmiers, centre hospitalier de Périgueux, Périgueux, France*

Introduction : Le service de réanimation est une unité de soins où le stress est omniprésent.

La peur de ne pas surveiller correctement notre patient nous amène à certains automatismes dans notre pratique. Nous avons pu remarquer dans notre service cet état de fait ; que le patient soit en phase aiguë ou sortant, la fréquence des surveillances peut rester inchangée. Par ailleurs, nos actes peuvent engendrer une diminution voire une perte d'autonomie pour le patient, ainsi qu'une gêne ou des lésions cutanées, notamment avec le brassard à tension artérielle lorsqu'il est maintenu en place et/ou lorsque les prises sont trop rapprochées. La surveillance glycémique est tout aussi problématique de par la perte de sensibilité digitale pouvant survenir lorsque les prélèvements sont effectués à des intervalles courts. L'objectif de notre étude est de connaître le bien-fondé de ces soins systématiques et de leur nécessité.

Patients et méthodes : Dans un premier temps, nous avons contacté par téléphone divers services de réanimation français, puis avons envoyé par mail des questionnaires concernant la fréquence des surveillances hémodynamiques (tensions artérielles, fréquences cardiaque, méthodes de mesure) ainsi que la surveillance glycémique, et ce, sur différent temps de l'hospitalisation du patient : phase aiguë avec patient instable, phase de poursuite avec patient stable, phase de fin avec patient en attente de sortie. Chaque questionnaire était individuel et anonyme.

Résultats : Nous avons interrogé 8 centres et obtenu 46 réponses. Nous constatons que chez les patients en phase aiguë, que ce soit le jour ou la nuit, 100 % sont surveillés hémodynamiquement toutes les 2 heures, voire sur des tranches plus rapprochées. Parmi ces patients, 20 % ont une surveillance sur la tranche de toutes les 2 heures. De la

même façon, les 2 jours précédents la sortie, 56 % des patients restent surveillés sur des tranches de toutes les 2 heures ou plus large dont 46 % pour la tranche de toutes les 2 heures. Seuls 44 % voient une surveillance allégée au-delà de toutes les 4 heures. Il n'y a pas de différence notable entre le jour et la nuit pour les patients sortants : 41 % sont surveillés au-delà de toutes les 4 heures. Par ailleurs, 40 % des infirmiers prennent une tension artérielle au brassard chez les patients ayant déjà un monitoring invasif de la pression. Enfin, 100 % des patients en phase d'amélioration, hébergés en soins continus, sont scopés en continu. Concernant la prise de glycémies capillaires diurne, 70 % des patients ayant une glycémie correcte, c'est-à-dire pas d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie, en phase aiguë sont surveillés toutes les 2 heures. Il en est de même lorsque le patient est sortant. Pour 51 % des professionnels de santé, la glycémie capillaire est prise chez les patients ne présentant pas de problème glycémique. La nuit, 22 % des patients en phase aiguë et ayant une glycémie normale sont prélevés toutes les 2 heures. Dans les 2 jours précédents la sortie, 37 % sont surveillés toutes les 2 heures et 43 % le sont toutes les 4 heures.

Conclusion : Les résultats du questionnaire nous permettent de constater qu'effectivement notre pratique concernant la surveillance reste systématique la journée comme la nuit, que le patient soit en phase aiguë ou sortant. Malgré un allègement concernant les patients sortants la moitié reste surveillée de façon rapprochée. Ces gestes semblent donc automatiques. Nous pensons que les surveillances itératives ne sont pas forcément justifiées et que cela peut nuire à la reprise d'autonomie du patient, et à son intégrité cutanée. Notre étude permettrait de déboucher sur la réflexion de protocole de surveillance voire une prescription individualisée plus adaptée aux besoins de chacun.

SOI017

Enfants victimes de maltraitance en réanimation pédiatrique : vécu des soignants et impact sur la prise en charge

C. Sokolowski, M. Sainte-Marie, C. Dubois, J. Rousseaux, C. Le Reun, A. Matthews, S. Leteurtre
Service de réanimation pédiatrique, EA2694, UDSL, université Lille-Nord-de-France, université de Lille-II, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, Lille, France

Introduction : Le service de réanimation pédiatrique accueille des enfants de 1 mois à 18 ans pour la prise en charge d'affections médico-chirurgicales diverses. Les enfants victimes de maltraitance dont le pronostic vital est engagé y sont accueillis. Une enquête de l'observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) recensait 13 500 enfants maltraités soit 40 enfants par jour, dont 1 à 2 enfants décédés par jour. Dans une étude pilote au sein du service en 2011 et 2012, 31 cas de maltraitances graves étaient admis avec un taux de mortalité de 29 %, un taux de séquelles de 90 %. Dans 23 % des cas, l'auteur de la maltraitance était connu dès l'entrée. L'objectif de cette étude était, sur cette population de patients victimes de maltraitance, d'exposer le vécu des soignants et son impact sur la prise en charge de l'enfant et de sa famille.

Patients et méthodes : L'étude était monocentrique, réalisée dans un service de réanimation pédiatrique de CHU. Un questionnaire rédigé par trois membres de l'équipe était distribué à l'ensemble des soignants médicaux et paramédicaux du service de mars à avril 2013.

Résultats : Le nombre de questionnaires analysés était de 46 (taux de réponse de 64 %). Le nombre des soignants déclarant avoir bénéficié d'une information sur la maltraitance au cours de leur formation initiale était 76 % et 80 % pensaient que les réunions de projet de soins organisées dans le service étaient un bon moyen de s'exprimer. Seul 22 %

des soignants paramédicaux pouvaient assister aux entretiens d'accueil des parents et 80 % des soignants éprouvaient de la tristesse lors de la prise en charge de ces enfants, 30 % des soignants avaient des difficultés à soigner ces enfants. Des inquiétudes sur le retour à domicile des enfants étaient exprimées par 71 % des soignants et 50 % de l'équipe se montrait désireuse de connaître le devenir de l'enfant. Lorsque l'auteur était connu, 25 % l'équipe ne pouvait s'empêcher d'avoir le sentiment de suspicion et de manquer d'empathie. Enfin 80 % des soignants souhaitaient participer de manière systématique aux entretiens, 59 % souhaitaient avoir une formation spécifique sur la maltraitance.

Conclusion : Alors que la formation initiale des soignants les invite à prendre du recul et à faire preuve d'empathie, les résultats de l'étude mettaient en évidence un vécu souvent difficile pouvant potentiellement influencer sur la prise en charge. Des suggestions émergeaient afin d'améliorer la situation : par exemple, avoir des informations sur le devenir des enfants après la réanimation, proposer une participation des infirmières à tous les entretiens, une amélioration de la communication entre les équipes médicales et paramédicales et une formation spécifique sur la maltraitance.

SOI018

Épuration extrarénale continue : étude de la charge en soins CiCa versus héparine

M. Houllé-Veyssière, A. Courtin, N. Zeroual, P. Colson
Département anesthésie et réanimation D, CHU Arnaud-de-Villeneuve, Montpellier, France

Introduction : L'épuration extrarénale (EER) continue est une technique fréquemment utilisée en réanimation et constitue une charge en soins non négligeable pour l'infirmier. L'avènement des circuits anti-coagulés au citrate semble garantir une bonne continuité de l'épuration [1,2], mais elle induit des changements dans la prise en charge infirmière (gestion de l'anticoagulation au citrate). Il nous a paru intéressant d'évaluer l'impact de ces changements sur la charge en soins (CeS) en comparant épuration extra rénale continue en CVVHDF anti-coagulée à l'héparine (HDF) et CVVHD anti-coagulée au citrate (CiCa).

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle réalisée en service de réanimation chirurgicale cardiovasculaire et thoracique. Toutes les séances d'EER continue consécutives ont été colligées de juin 2012 à février 2013. Deux techniques ont été utilisées, à la discrétion du médecin prescripteur, soit en CiCa, soit en HDF (Multifiltrate, Fresenius). Les circuits sont programmés pour une durée de 72 heures. En préalable à l'étude, tous les événements et interventions liés à la prise en charge de l'EER ont été chronométrés (3 à 5 échantillons). Chaque événement ou intervention, du montage au débranchement du circuit, a été comptabilisé dans le dossier de soins de chaque séance d'EER. La CeS est la somme des temps de l'ensemble de ces actes. Une comparaison entre HDF et CiCa a été faite en utilisant des tests statistiques non paramétriques (Mann-Whitney, significatif si $p < 0,05$). Les valeurs sont exprimées en médiane et pourcentage [25-75 %].

Résultats : En 9 mois, 202 séances ont été analysées dont 167 séances en CiCa (56 patients) et 35 séances en HDF (16 patients). Les séances en CiCa durent plus longtemps qu'en HDF avec une CeS plus importante, mais rapportée à l'heure d'EER, la CeS est comparable entre les 2 techniques (Tableau). La distribution des événements et interventions au cours de la prise en charge est différente entre les 2 techniques (Tableau) : 1) En CiCa, le pourcentage de temps consacré à la gestion de l'anticoagulation (bilans sanguins pour contrôler l'équilibre du calcium et du citrate) est significativement plus élevé (7,12 % [5,8-8,3] versus 2,6 % [1,23-3,9] pour l'HDF, $p < 0,001$) dont 46,0 % [41,0-51,6] de ce

temps consacré à la préparation des poches de calcium. 2) En HDF, le temps consacré à la préparation (montage-branchement-débranchement) représente une part bien plus importante de CeS qu'en CiCa (Tableau).

Discussion : En réanimation, quelque soit le type d'anticoagulation, l'EER représente une charge de travail conséquente pour l'infirmier : en moyenne 13 % de son temps par patient dialysé. Les séances de CiCa sont plus longues, parce que plus stables, mais la charge en soins liée aux bilans est plus importante. Inversement, les séances HDF en héparine sont plus courtes, plus instables, exposant à la nécessité de branchements-débranchements itératifs. Ainsi, si les durées médianes par heure de séance sont assez proches (7,4 min [5,6-11,3] en HDF, pour 8,1 min [7,0-10,2] en CiCa), la répartition du temps consacré à l'EER est très opposée entre les 2 techniques. Pour le CiCa, la CeS dépend de la répétition de bilans programmés, d'une durée médiane de 18,7 min. En HDF, la CeS dépend des séquences montage-branchement-débranchement du circuit, fréquentes souvent imprévisibles, qui demandent une disponibilité infirmière médiane de 99 minutes. Outre la majoration du risque infectieux, ces manipulations itératives provoquent une discontinuité des traitements, pour la dialyse mais aussi pour les autres soins, potentiellement préjudiciable pour le patient.

Conclusion : Les deux techniques d'EER continue, HDF ou CiCa sont équivalentes en termes de durée de CeS, mais elles sont très différentes dans la répartition des actes de soins qu'elles induisent.

Références

1. Oudemans-van Straaten HM, Bosman RJ, Koopmans M, et al (2009) Citrate anticoagulation for continuous venovenous hemofiltration. *Crit Care Med* 37:545-52
2. Hetzel GR., Schmitz M, Wissing H, et al (2011) Regional citrate versus systemic heparin for anticoagulation in critically ill patients on continuous venovenous haemofiltration, *Nephrol Dial Transplant* 26:232-9

SOI019

Évaluation par l'équipe soignante des conditions techniques d'une USC récemment ouverte face à une urgence vitale simulée sur mannequin. Intérêt de la simulation médicale comme outil d'EPP et pour développer la culture de sécurité de l'équipe

A. Edelson¹, O. Manessiez¹, O. Krid¹, C. Huet¹, K. Hellal¹, L. Bessout², S. Mons¹, V. Lassalle²

¹Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de la Polynésie française, Papeete, Polynésie française, France

²Département d'anesthésie et réanimation, centre hospitalier de la Polynésie française, Papeete, Polynésie française, France

Introduction : Les recommandations formulées par la SRLF à propos de l'équipement nécessaire à une USC complètent les textes réglementaires mais restent succinctes [1]. Des adaptations techniques sont

habituellement nécessaires après l'ouverture d'une nouvelle unité et notamment après la survenue d'événement indésirable. Nous présentons les bénéfices d'exercices de simulation médicale en équipe pour l'évaluation et l'optimisation des conditions techniques (CT) pour la gestion d'une urgence vitale (UV) dans une USC récemment ouverte.

Patients et méthodes : Quatre mois après l'ouverture de l'USC dépendante du service de réanimation, les équipes médicales et paramédicales ont été invitées à participer volontairement à une séance de simulation d'urgence vitale absolue (détresse respiratoire aiguë rapidement compliquée d'un arrêt cardio-respiratoire) sur mannequin haute fidélité au sein même de cette USC et dans des conditions techniques réelles et habituelles. L'étude durait une semaine. Chaque groupe était composé de 2 médecins, 3 infirmières (IDE), 2 aides soignantes (AS) du service. Les caractéristiques et l'expérience des professionnels étaient colligées. Les CT de l'USC pour la gestion d'une urgence vitale étaient évalués par les professionnels de santé participants à la simulation au moyen d'un questionnaire avant et après simulation (Sim 1). Celui-ci comprenait un score d'évaluation globale des CT de l'USC (noté de 0 à 10), ainsi qu'une évaluation détaillée de 21 items concernant la disponibilité et la fonctionnalité du matériel, des médicaments nécessaires au scénario et des procédures « d'appel à l'aide » du service (évalué de 0 à 10). Les items jugés insuffisants étaient modifiés puis réévalués à 6 mois selon la même méthodologie. Les démarches qualité et les EPP secondairement issues de cette étude étaient colligées.

Résultats : Respectivement lors de SIM 1 et SIM 2, 76 % (40) et 98 % (n = 52) de l'équipe de jour participait volontairement à l'étude. Plus de 60 % des participants avaient une expérience des soins intensifs supérieurs à 5 ans. Un tiers des items (9 sur 21) étaient jugés insuffisants par l'équipe après SIM 1 et étaient corrigés. La seconde évaluation à SIM 2 validait ces modifications.

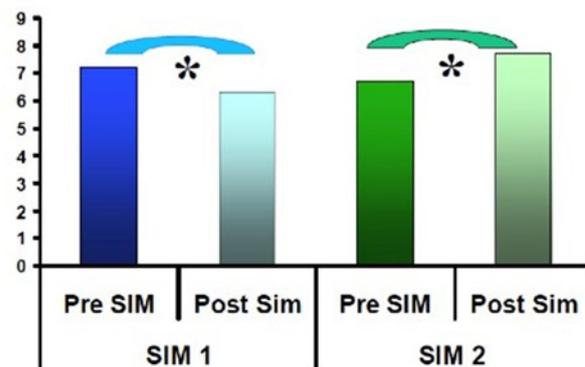


Fig. 1 : Scores moyens d'évaluation par l'équipe soignante des conditions techniques de l'USC pour une urgence vitale simulée initialement (SIM 1) puis à 6 mois après modifications (SIM 2). (*=p<0.03)

Fig.1 : Scores moyens d'évaluation par l'équipe soignante des conditions techniques de l'USC pour une urgence vitale simulée initialement (SIM 1) puis à 6 mois après modifications (SIM 2).

Tableau : Charge en soins (CeS) en CVVHDF (HDF) ou CVVHD au citrate (CiCa)			
	HDF	CiCa	P
Durée séance	2235,5 [1 515-3 281]	4 108 [2 581-4 428]	< 0,001
CeS totale (min)	304 [235-373]	497 [401-591]	< 0,001
CeS par séance (%)	12,3 [9,4-18,8]	13,4 [11,7-17,0]	0,06
Bilans/CeS (%)	14,7 [11,6-21,1]	35,9 [26,7-40,9]	< 0,001
Temps de préparation/CeS (%)	43,6 [33,8-61,8]	20,3 [17,5-26,9]	< 0,001

De même, le score global d'évaluation des CT de prise en charge des UV à l'USC diminuait significativement après SIM 1, et inversement à 6 mois après modifications des items insuffisants (Fig. 1). L'analyse des sous groupes de professionnels montre que les IDE étaient les plus discriminants envers les CT de l'USC devant les AS et les médecins. Ce travail a permis la constitution spontanée d'un groupe interdisciplinaire s'investissant dans l'amélioration des pratiques professionnelles, produisant des formations ciblées à l'équipe et des procédures avancées de gestion de l'urgence vitale.

	Avant simulation	Post simulation	p
Sim 1 (n = 40)	7,2	6,3	0,003
Sim 2 (n = 52)	6,7	7,7	0,003

Conclusion : La simulation médicale au sein de cette USC récente a permis à l'équipe d'identifier les faiblesses techniques de la structure et de les améliorer avant même qu'un événement indésirable ne survienne. Ces exercices ont été le point de part d'une réflexion spontanée interdisciplinaire sur l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins aboutissant à des actions pertinentes pour le bénéfice du patient et de l'équipe soignante. La simulation médicale nous apparaît être un outil intéressant de démarche qualité permettant l'étude des pratiques professionnelles dans le cadre de procédures spécifiques comme la prise en charge de l'urgence vitale. Un programme de simulation médicale en équipe est développé dans ce but dans notre service.

Référence

- (2005) Recommandation commune de la SFAR et de la SRLF portant sur la définition, l'organisation et le fonctionnement des unités de surveillance et soins continus

SOI020

Comment optimiser la prise en charge d'un enfant atteint de myocardite aiguë en réanimation pédiatrique ?

F. Lacalmontie, I. Wroblewski, A. Millet

Réanimation pédiatrique, CHU de Grenoble, Grenoble, France

Introduction : La myocardite aiguë de l'enfant est une urgence thérapeutique en raison de l'engagement du pronostic vital à très court terme nécessitant la mise en œuvre de soins précis et rapides. Cette affection reste relativement rare, 8 cas en 2012, soit 1,7 % des entrées du service de réanimation pédiatrique du CHU de Grenoble l'année passée. Cependant, de par sa gravité, elle nécessite une connaissance parfaite des gestes et techniques à mettre en œuvre. Cette prise en charge peut ainsi être source de stress pour le personnel soignant. En raison d'un turn-over important de soignants dans les services de réanimation pédiatrique et par conséquence du manque d'expérience de certaines équipes, il a paru nécessaire d'envisager la création d'une fiche technique précisant les modalités de prise en charge de cette pathologie et définissant les rôles de chacun. Cette dernière permettrait ainsi de protocoliser la prise en charge des malades afin d'améliorer l'efficacité et la confiance des soignants, et ainsi la prise en charge du patient. De cette façon l'organisation et l'anticipation deviennent naturelles et permettent d'appréhender au mieux l'arrivée de ces enfants. L'objectif principal de ce travail a été d'analyser le niveau d'anxiété ressenti par l'équipe en fonction du degré d'ancienneté des soignants. Nous avons également évalué la connaissance de l'équipe concernant les actions à mettre en place lors de l'arrivée des enfants. Nous avons donc mené une étude de type questionnaire anonyme afin de permettre ultérieurement la mise en place d'un protocole de soin grâce aux résultats de cet « état des lieux » du service.

Patients et méthodes : Nous avons établi un questionnaire anonyme qui a été distribué à l'ensemble des infirmiers, puéricultrices et auxiliaires de puériculture dans le but de connaître leur ressenti lors de prise en charge d'un enfant atteint de myocardite aiguë. Il leur a été demandé de coter leur stress sur une échelle d'autoévaluation quantitative de 0 à 10, plus de 6 correspondant à un stress significatif, et de définir les actions à mettre en place avant l'arrivée de l'enfant : les mots clefs attendus étant : équipement de l'enfant, soit 2 voies périphériques, voie veineuse centrale, cathéter artériel, préparation des amines et du matériel pour l'intubation. Ils devaient également renseigner leur ancienneté dans le service. Les questionnaires ont ensuite été analysés. Le critère de jugement principal était le niveau de stress quantitatif, les critères de jugement secondaire étaient le degré d'ancienneté dans le service et la connaissance des actions précoces à mettre en place. L'analyse statistique a établi des données descriptives exprimées en pourcentages.

Résultats : 32 puéricultrices/infirmières sur 37 et 12 auxiliaires de puériculture sur 14 ont répondu au questionnaire. Dans les puéricultrices qui ont moins de 5 ans d'expérience (soit 59 % de l'effectif de notre service) : 59 % cotent leur stress supérieur à 6, et 65 % ne connaissent pas les actions spécifiques à mettre en place. Dans les puéricultrices qui ont entre 5 et 15 ans d'ancienneté dans le service (soit 34 % de l'effectif) : 40 % cotent leur stress supérieur à 6, et 20 % ne connaissent pas les actions. Dans les puéricultrices qui ont plus de 15 ans d'ancienneté dans le service (soit 6 % de l'effectif) : 50 % ont un stress supérieur à 6 et tous ont su définir les actions à mettre en œuvre. 92 % des auxiliaires ont moins de 5 ans d'ancienneté dans le service, 50 % ont un stress supérieur à 6 et 75 % ne connaissent pas les actions spécifiques. Ce questionnaire montre que l'ancienneté aide à diminuer le facteur stress mais il reste toujours bien présent dans de telles situations. Les risques d'omissions dans la préparation de matériel ou de drogues sont eux aussi bien présents. Cette étude met en évidence le retentissement anxieux que présente cette pathologie sur le personnel paramédical. Ceci a justifié dans notre service la pertinence de la création d'une fiche technique concernant la prise en charge aiguë des enfants souffrant de myocardite aiguë à l'arrivée en réanimation. Cette fiche est actuellement en place dans le service depuis le mois de septembre. Elle est rédigée sous forme d'organigramme pour faciliter sa lecture. Elle fera l'objet d'une analyse de pratiques « avant-après » la prise en charge de la myocardite aiguë en réanimation pédiatrique à Grenoble.

Conclusion : La myocardite aiguë de l'enfant est une pathologie où l'évolution est rapide et potentiellement gravissime. La mise en route rapide des traitements adaptés conditionne l'évolution plus ou moins favorable de la maladie. La connaissance de la pathologie et du schéma global de prise en charge permet au personnel paramédical cité plus haut d'anticiper et de s'organiser sereinement, sans omission, dans la préparation de l'ensemble des dispositifs nécessaires à cette prise en charge spécifique. La présence de cette fiche technique disponible rapidement est un guide nécessaire à l'ensemble du personnel dans l'objectif d'être le plus compétent possible pour soigner l'enfant. Archives des maladies du cœur et des vaisseaux. Source : réunion de la filiale de cardiologie pédiatrique

SOI021

Le « Toucher-massage » en réanimation : le ressenti des soignants

C. Barteau, S. Grimaud, S. Liret, C. Robin, S. Martin,

I. Vinatier, J. Reignier

Service de réanimation polyvalente, CHD les Oudairies, La Roche-sur-Yon, France

Introduction : Dans le cadre du projet de service centré sur le Prendre soin, une attention particulière a été portée au toucher, élément essentiel du soin. Une formation sur « le Toucher dans l'acte de soin » spécifiquement adaptée à la réanimation a été suivie par

une partie de l'équipe soignante du service de réanimation. **Objectif :** Évaluer le ressenti des soignants quant au toucher dans l'acte de soin et l'impact de la formation. **Méthodes :** Questionnaire donné à tous les soignants du service de réanimation.

Résultats : *Caractéristiques des répondants :* 99 des 110 des soignants de réanimation ont répondu au questionnaire (11 soignants en arrêt ou en vacances) : infirmiers : 63,6 %, aides-soignants : 34,4 %, ratio femmes/hommes : 86/13, ancienneté en réanimation : médiane 6 ans (3,8), La formation a été suivie par 61 soignants. Parmi les 38 soignants n'ayant pas reçu de formation, 16 ne souhaitent pas la suivre ultérieurement. *Pratiques du toucher :* La formation a beaucoup ou complètement modifié la pratique du toucher pour 61 % des soignants l'ayant suivie. Parmi ceux qui n'ont pas suivi la formation, 78 % ont le sentiment d'avoir modifié leur pratique du toucher par sensibilisation de la part de leurs collègues. Des « massages minute » sont réalisés par 92 % des soignants (régulièrement par 56 %), des massages pendant la toilette par 91 % (régulièrement par 33 %), des massages pendant les gestes invasifs par 53 % (régulièrement par 10 %) et des séances de massage formalisées par 77 % (régulièrement par 13 %). Chez le patient inconscient, 82 % des soignants font des « massages minute » (35 % régulièrement) et 61 % des séances de massages (7 % régulièrement). La moitié des soignants réalisent indifféremment les massages le jour ou la nuit, 23 % plutôt la nuit et 10 % plutôt le jour. Peu (13 %) utilisent de la musique pour accompagner ce soin, 35 % modifient l'éclairage et 86 % utilisent des huiles de massage. Une participation des proches aux massages est proposée ponctuellement par 30 % des soignants (par 5 % régulièrement). *Ressenti des soignants :* 73 % des soignants accordent beaucoup d'importance au toucher dans le soin. Les freins à la réalisation de massages sont le manque de temps, la réticence personnelle, l'absence d'intérêt ressenti pour le patient, le manque de formation. Pour les gestes invasifs, se rajoutent le stress du geste en cours et le sentiment que le médecin n'en laisse pas la possibilité. Réaliser un massage chez un patient incapable de donner son accord pose un problème éthique à 44 % des soignants. Les soignants n'ont pas le sentiment d'être agressif par la façon dont ils touchent le patient. Par contre, 54 % éprouvent parfois ou souvent une gêne liée à une atteinte de l'intimité du patient et 13 % ressentent parfois ou souvent une gêne liée à une érotisation du toucher. Les bénéfices ressentis par les soignants sont l'amélioration du bien-être du patient pour 99 % d'entre eux, l'amélioration de la qualité de la relation avec le patient pour 90 %, la sensation de prendre son temps pour 90 %, le renforcement du lien entre soignants pour 37 % et le sentiment de disposer d'un outil supplémentaire pour répondre à des situations de détresse psychologique pour 82 %. La satisfaction professionnelle apportée par cette nouvelle pratique (84 réponses/99) est en moyenne de 7,4 sur une échelle de 0 à 10.

Conclusion : La formation sur le toucher a créé un réel dynamisme chez la grande majorité des soignants qu'ils aient suivi ou non la formation. Elle a apporté une satisfaction professionnelle évidente. L'impact de cette approche sur le ressenti du patient reste à évaluer.

SOI022

J'attache ou pas ? La contention mécanique chez le patient de réanimation ventilé analysée par les paramédicaux (étude SERAFIN)

Groupe de Travail Infirmier Serafin¹, Cerc²

¹75010, Cerc, Srlf, Paris

²Cerc, Srlf, Paris

Introduction : La contention mécanique (CM) est fréquemment utilisée en réanimation. Peu d'études se sont intéressées à l'avis des infirmiers de réanimation (IDE) concernant l'utilisation de ces CM. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'adhésion des IDE à l'application de CM, ou leur absence, chez le patient ventilé mécaniquement.

Patients et méthodes : étude observationnelle, non randomisée, prospective et multicentrique. L'étude s'est déroulée pendant 15 jours, entre juin et août 2013, dans 15 réanimations adultes françaises (85 % n'avaient pas de procédure de service concernant la CM et 54 % avaient une prescription médicale de CM). Les critères d'inclusion étaient : tout patient hospitalisé en réanimation et traité par ventilation mécanique invasive ou non invasive. Les critères de non inclusion étaient : patient non ventilé, déjà inclus dans l'étude, hospitalisé en surveillance continue ou grossesse en cours. Un recueil de données a été effectué 2 fois/24h (périodes de jour ou nuit), pendant 7 jours maximum après l'inclusion, par l'IDE en charge du patient inclus. Ont été recueillis : la présence ou l'absence de CM appliquée au patient, l'accord ou le désaccord de l'IDE concernant la présence ou l'absence de CM (objectif principal), les caractéristiques des contentions, le type de ventilation mécanique, les médicaments associés. Les valeurs quantitatives sont exprimées en médiane [interquartiles 25-75].

Résultats : ont été inclus 204 patients (âge : 66 ans [49-76] ; femmes 57 % ; IGS 2 : 47 [35-69] ; motifs d'admission : insuffisance respiratoire 42 %, choc 17 %, postopératoire et polytraumatisme 15 %, autres 40 % ; 25 % présentaient un antécédent psychiatrique, d'alcoolisme, et/ou de toxicomanie ; décès : 30 % ; ventilation invasive : 86 % et non invasive : 14 %, lors de la première période de recueil ; durée de ventilation 7 [3-15] jours). Sur la durée totale surveillée (8 patients non renseignés), 34 patients (17 %) avaient toujours une CM, 61 (31 %) jamais de CM et 101 patients (52 %) au moins une fois « une CM et pas de CM » colligé. Les IDE étaient toujours d'accord avec la présence ou l'absence de CM pour 111 patients (58 %), jamais d'accord pour deux patients (1 %) et au moins une fois « d'accord et pas d'accord » pour 80 patients (41 %), soit 99 % d'IDE ayant été au moins une fois d'accord avec la présence ou l'absence de CM chez leur patient. Sur les 1715 périodes colligées au total (8,1 périodes surveillées en moyenne / patient), le nombre de périodes où l'IDE était d'accord avec la présence ou l'absence de CM représentait 94 % des cas. Les principales raisons de désaccord étaient : les médicaments prescrits (36 %), une conviction personnelle (11 %), la présence de d'un protocole de service (3 %), la pathologie (10 %) et/ou d'autres raisons essentiellement en rapport avec l'état clinique du patient (32 %). Les contentions étaient principalement de type « lâches » et localisées aux « mains ». Quinze périodes (0,9 %) avec CM et curares utilisés simultanément ont été recensées. Trois quarts des 20 auto-extubations observées sont survenues pendant une période « avec CM » versus 20 % « sans contention » ; 75 % des 55 arrachements d'autres matériels recensés sont survenues pendant une période « avec CM » versus 25 % « sans CM ».

Conclusion : les IDE semblent majoritairement d'accord avec la présence ou l'absence de CM appliqués en réanimation chez les patients traités par ventilation mécanique invasive ou non invasive. Cependant, la CM fréquemment appliquée en cas de ventilation mécanique ne semble pas empêcher l'ablation accidentelle de dispositifs médicaux. D'autres études devront être réalisées pour démontrer un éventuel lien de causalité entre ces deux éléments.

SOI023

Comparaison d'une toilette aux lingettes imprégnées de chlorhexidine à une toilette traditionnelle à l'eau sur l'incidence des bactériémies en réanimation

M. Moussa, I. Jousset, S. Valera, M. Scardino, J. Malardier, E. Mercier, S. Le Floch, F. Genoud du Villaret, C. Van Kiersbilck, S. Breuils, N. Cassir, L. Papazian

Réanimation des détresses respiratoires et infections sévères, CHU de Marseille, hôpital Nord, Marseille

Introduction : lors d'une toilette « traditionnelle » à l'eau, plusieurs éléments peuvent constituer des facteurs de risque de contamination bactérienne. Nous avons comparé l'impact d'une toilette aux lingettes

imprégnées à la chlorhexidine à 0,5 % vs une toilette « traditionnelle » à l'eau sur l'incidence des bactériémies chez des patients admis en réanimation médicale.

Patients et méthodes : trois cent vingt-cinq patients admis en réanimation médicale ont été répartis sur deux périodes de six mois chacune : 175 patients ont eu une toilette « traditionnelle » à l'eau et 150 autres une toilette exclusivement aux lingettes imprégnées à la chlorhexidine à 0,5 %. Nous avons comparé l'incidence des bactériémies ainsi que la durée de séjour, la durée de cathétérisme, de sondage vésicale, le coût de l'antibiothérapie ainsi que le temps IDE entre les deux périodes.

Résultats : les résultats montrent une diminution significative du nombre d'hémocultures positives chez les patients ayant eu la toilette aux lingettes : 13 % vs 25 % pour la période toilette « traditionnelle »

($p = 0,003$), ainsi qu'une diminution de moitié de leur densité d'incidence ($p = 0,006$) durant la période de toilette aux lingettes. L'analyse des germes retrouvés montrent une répartition des germes pathogènes beaucoup plus concentrée sur la période toilette « traditionnelle », avec une disparition totale de certains BGN tels que *Morganella* sp, *Stenotrophomonas* ou *Achromobacter* sur la période « lingettes ». La comparaison de la durée de cathétérisme ne montre pas de différence significative alors que celle du sondage vésical tend vers une diminution en faveur du groupe « lingettes » ($p = 0,085$). Le chronométrage de la durée de la toilette a montré un gain de 5 minutes en faveur du groupe « lingettes ».

Conclusion : Cette étude suggère un intérêt potentiel à utiliser les lingettes à la chlorhexidine à 0,5 % pour la toilette des patients admis en réanimation.