

# Évaluation

## Evaluation

### SRLF 2015

© SRLF et Lavoisier SAS 2014

#### FC063

### Peut-on prédire le pronostic des patients présentant des critères de sepsis dès l'appel à la régulation du SAMU ?

R Jouffroy<sup>1</sup>, B Vivien<sup>2</sup>, P Philippe<sup>1</sup>, A Rozenberg<sup>2</sup>, P Carli<sup>2</sup>  
1. Réanimation adulte, Hôpital Necker - Enfants Malades, Paris  
2. Réanimation adulte - samu, Hôpital Necker - Enfants Malades, Paris

**Introduction :** Préciser si l'existence de critères de sepsis dès l'appel à la régulation du SAMU permet de prédire l'admission en réanimation et/ou la survenue du décès.

**Matériels et Méthodes :** Nous avons mené une étude observationnelle rétrospective de registre entre le 1er avril et le 31 mai 2011 inclus concernant tous les appels reçus à la régulation du centre 15 de Paris. Tous les patients présentant des critères de sepsis selon la définition de la conférence commune de consensus SFAR-SRLF de 2005 ont été inclus dans l'analyse. Le critère de jugement principal était l'admission en réanimation et/ou la survenue du décès au cours des 28 jours suivants.

**Résultats :** 163 appels remplissant les critères ont été retenus parmi les 30642 appels reçus au centre 15 sur la période d'observation. 12 patients sont décédés (7%) et 15 (9%) ont été admis en réanimation dont 3 (20%) sont décédés à J28.

Pour les patients admis en réanimation, en analyse univariée, les critères de sepsis à l'appel au centre 15 significativement associés à l'admission en réanimation étaient : pression artérielle systolique (PAS) ( $p=0,00042$ ), pression artérielle moyenne (PAM) ( $p=0,0041$ ) et saturation pulsée en oxygène (SpO<sub>2</sub>) ( $p=0,0099$ ). Les valeurs seuils correspondantes déterminées à partir de la courbe ROC étaient respectivement : PAS inférieure 103mmHg, PAM inférieure à 73mmHg et SpO<sub>2</sub> inférieure à 92%. L'existence d'un ou plusieurs de ces critères prédit l'admission en réanimation avec une sensibilité de 59% et une spécificité de 66%.

Pour les patients décédés, en analyse univariée, les critères de sepsis à l'appel au centre 15 significativement associés à la survenue du décès étaient : pression artérielle systolique (PAS) ( $p=0,0039$ ), pression artérielle diastolique (PAD) ( $p=0,0052$ ), pression artérielle moyenne (PAM) ( $p=0,0017$ ), fréquence respiratoire (FR) ( $p=0,02$ ) et saturation pulsée en oxygène (SpO<sub>2</sub>) ( $p=0,00049$ ). Les valeurs seuils correspondantes déterminées à partir de la courbe ROC étaient respectivement :

PAS inférieure 101mmHg, PAD inférieure à 66mmHg, PAM inférieure à 76 mmHg, FR supérieure 26/min et SpO<sub>2</sub> inférieure à 82%. L'existence d'un ou plusieurs de ces critères prédit la survenue de décès avec une sensibilité de 58% et une spécificité de 98%.

**Conclusion :** Certains critères de sepsis de la conférence de la conférence de consensus commune SFAR-SRLF de 2005 sont utilisables dès l'appel au centre 15 pour identifier les syndromes septiques allant évoluer vers l'admission en réanimation et/ou le décès. L'utilisation de ces critères permettrait d'améliorer la prise en charge des états septiques graves par l'identification précoce des patients présentant un état septique grave et par leur orientation vers une structure de prise en charge adaptée dès la phase préhospitalière.

#### Référence

Conférence de consensus prise en charge hémodynamique du sepsis grave (nouveau-né exclus) - 2005

#### FC064

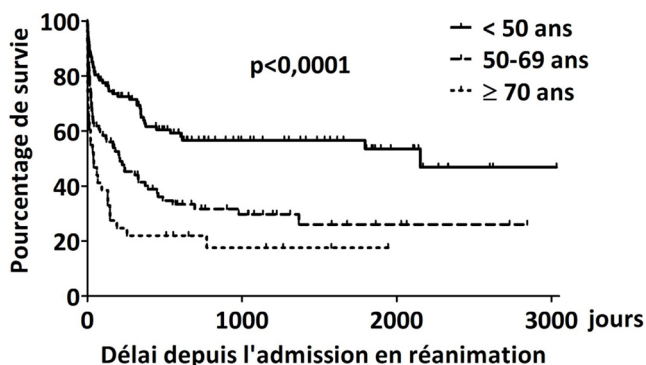
### Faut-il proposer la réanimation aux patients âgés avec une hémopathie maligne inaugurale ?

N Bigé, A Rodrigues, AS Moreau, C Algrin, M Venot, S Valade, G Dumas, D Reuter, V Lemiale, E Canet, E Azoulay  
1. Réanimation Médicale, Hôpital Saint-Louis, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Paris

**Introduction :** Le vieillissement de la population s'accompagne d'une incidence accrue de certains cancers chez les personnes âgées. Aussi, ces patients plus fragiles utilisent plus de ressources de réanimation. Le pronostic des hémopathies malignes s'est nettement amélioré au cours de ces dernières années. Cependant, l'âge et les comorbidités qui lui sont associées restent des facteurs de mauvais pronostic au cours des hémopathies malignes, questionnant sur le bénéfice de la réanimation chez les patients âgés présentant une hémopathie maligne.

**Patients et Méthodes :** étude monocentrique rétrospective incluant toutes les patients admis en réanimation médicale à l'hôpital Saint-Louis (Paris) de janvier 2002 à décembre 2012 pour une complication inaugurale (chimiothérapie débutée moins de 10 jours avant l'admission en réanimation ou non encore débutée) d'une hémopathie maligne de haut grade (leucémies aiguës myéloblastiques (LAM) et lymphomes non hodgkiniens (LNH) agressifs). Les patients ont été divisés en trois groupes selon leur âge à l'admission en réanimation : moins de 50 ans, 50 à 69 ans, 70 ans et plus. Les variables qualitatives et quantitatives ont été comparées entre les trois groupes par les tests de Chi 2 et Kruskal-Wallis, respectivement. La survie dans les trois groupes a été comparée selon le test du Log-Rank.

**Résultats :** Deux cent soixante patients (58% hommes) âgés de 52 [38;65] ans ont été inclus. Cent seize (45%) patients étaient âgés de moins de 50 ans, 102 (39%) de 50 à 69 ans et 42 (16%) d'au moins 70 ans. Cent quarante (54%) présentaient un LNH et 120 (46%) une LAM. La proportion de LNH tendait à être plus importante chez les patients âgés de plus de 70 ans (69% vs 54% et 47% chez les moins de 50 ans et les 50-69 ans, respectivement,  $p=0,055$ ). Cent quatorze (46%) patients présentaient une altération importante de l'état général (*performans status*  $\geq 2$ ) sans différence significative entre les trois groupes d'âge ( $p=0,25$ ). La proportion de patients présentant une hypertension artérielle, une cardiopathie ou un diabète était de 57% des patients âgés de 70 ans et plus contre 35% des patients de 50 à 69 ans et 4% des moins de 50 ans ( $p<0,0001$ ). Le score SOFA à l'admission était de 4 [2;6] chez les moins de 50 ans, 5 [4;9] chez les 50 à 69 ans et 5 [2;8] chez les 70 ans et plus ( $p=0,0022$ ). Leur durée de séjour en réanimation était, respectivement, de 7 [4;14], 6 [3;11] et 4 [3;6] jours ( $p=0,0053$ ). Trente (12%) patients ont nécessité une ventilation non invasive et 110 (42%) une ventilation invasive sans différence significative entre les groupes ( $p=0,98$  et  $p=0,61$ , respectivement). Trente (26%) patients de moins de 50 ans, 41 (40%) des 50 à 69 ans et 13 (31%) des 70 ans et plus ont reçu des catécholamines ( $p=0,077$ ). Trente-trois (28%) patients âgés de moins de 50 ans, 53 (52%) des 50 à 69 ans et 14 (33%) des 70 ans et plus ont nécessité une épuration extra-rénale ( $p=0,0013$ ). Des décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques ont été prises chez 7 (6%) patients âgés de moins de 50 ans, 14 (14%) patients de 50 à 69 ans et 17 (40%) patients de 70 ans et plus ( $p<0,0001$ ). La mortalité en réanimation était de 26%, 32% et 36% ( $p=0,0073$ ), à l'hôpital de 21%, 46% et 51% ( $<0,0001$ ), à 3 mois de 22%, 44% et 59% ( $<0,0001$ ) et à 1 an de 39%, 64% et 78% ( $p<0,0001$ ) chez les patients de moins de 50 ans, 50 à 69 ans, et 70 ans et plus, respectivement. Le suivi médian à partir de l'admission en réanimation était de 456 [100;1090] jours chez les patients moins de 50 ans, 166 [14;561] jours chez les patients de 50 à 69 ans et de 37 [3;180] jours chez les patients de plus de 70 ans. Leurs médianes de survie respectives étaient de 2152 jours, 212 jours et 40 jours ( $p<0,0001$ ) (Fig. 1).



**Fig. 1** Survie à l'admission en réanimation en fonction de l'âge

**Conclusion :** Les patients de plus de 70 ans ont plus de comorbidités. Leur mortalité à court et à moyen terme est significativement plus élevée que celle des patients plus jeunes. Ces résultats suggèrent la nécessité d'une évaluation gériatrique globale et multidisciplinaire, incluant les soins palliatifs, pour approcher les objectifs du traitement dès la prise en charge initiale de ces patients. Aussi, des critères standardisés de passage en réanimation doivent être proposés. Un modèle multivarié stratifié sur le type d'hémodopathie et ajusté sur la sévérité initiale est en cours.

## FC065

### Épidémiologie descriptive et devenir des patients drépanocytaires admis en réanimation: étude rétrospective KARA-DREPA I

N Mouëza<sup>1</sup>, B Pons<sup>1</sup>, M Etienne-Julland<sup>2</sup>, F Martino<sup>1</sup>, F Ardisson<sup>1</sup>, T Bernos<sup>1</sup>, E Elain<sup>1</sup>, K Elkoun<sup>1</sup>, B Madeux<sup>1</sup>, P Piednoir<sup>1</sup>, G Thierry<sup>1</sup>

1. Réanimation - Grands Brûlés, CHU Pointe à Pitre - Abymes, Pointe à Pitre

2. Centre de drépanocytose, CHU Pointe à Pitre - Abymes, Pointe à Pitre

**Introduction :** Les dernières années ont été marquées par des avancées thérapeutiques majeures à l'origine d'une augmentation de la durée de vie des patients drépanocytaires [1]. Les données actuelles concernant le pronostic de ces patients en réanimation restent cependant limitées. Les objectifs de cette étude étaient de décrire les caractéristiques des patients drépanocytaires admis dans le service et d'identifier d'éventuels facteurs prédictifs d'évolution défavorable.

**Patients et Méthodes :** étude monocentrique, observationnelle, rétrospective sur les patients drépanocytaires admis dans le service entre janvier 2012 et août 2014. L'étude a été déclarée auprès de la CNIL et reçu un avis favorable du Comité d'éthique de la SRLF (CE-SRLF 14-23). En référence avec les données de la littérature récente [2], deux groupes de patients ont été définis, compliqué (CO) et non compliqué (NCO), selon la présence ou non d'une défaillance d'organe imposant un support artificiel (ventilation mécanique, amines vasopressives et/ou épuration extra-rénale). Les résultats sont exprimés en médiane [quartiles] pour les données quantitatives et en nombre (n) et pourcentage (%) pour les données qualitatives.

**Résultats :** Au cours de la période d'inclusion de 32 mois, 66 admissions de 50 patients drépanocytaires ont été réalisées. Sur les 24 dossiers actuellement colligés, 96% des patients sont drépanocytaires homozygotes, la moitié étant de sexe masculin avec un âge médian de 24 ans [22-25]. Les valeurs basales entre les 2 groupes sont équivalentes le taux d'hémoglobine (6.5 [6-6.7] et 9 [6.9-9] dans les groupes CO et NCO respectivement ;  $p = 0.01$ ) et la fonction rénale. L'admission à l'hôpital était motivée dans 79% des cas par une complication spécifique de la drépanocytose, incluant crises vaso-occlusives (67 %) et syndromes thoraciques aigus (17 %). La durée des symptômes avant la 1ère consultation médicale, l'admission à l'hôpital et en réanimation étaient équivalentes dans les 2 groupes. Cependant, des variables clinico-biologiques avant et après admission étaient statistiquement différentes entre les 2 groupes (tableau). Le recours à la ventilation mécanique, aux amines vasopressives et à la dialyse a été nécessaire pour 6 (25%), 3 (12%) et 4 (17%) patients. Sur les 6 patients (25%) du groupe CO, 4 sont décédés. La durée médiane de séjour était de 4,5 jours [2,5-6,5] dans le groupe CO, et de 2 jours [2-4,8] dans le bras NCO ( $p = 0.36$ ).

**Conclusion :** Ce recueil des données se poursuit actuellement avec une fin prévue en décembre 2014. Les résultats de ce travail permettront de mieux connaître la population de patients drépanocytaires admis en réanimation dans le département et de mettre en évidence certains facteurs prédictifs précoces d'évolution défavorable.

## Références

1. DREES: l'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011. Drépanocytose. 2011. Disponible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011,9985.html>. Consulté le 24/09/2014.
2. Cecchini J, Lionnet F, Djibré M, et al (2014) Outcomes of adult patients with sickle cell disease admitted to the ICU: a case series. Crit Care Med 42:1629-39.

**Tableau 1** Variables clinicobiologiques péjoratives durant les 48 heures avant et à l'admission en réanimation

	Avant admission		p	À l'admission		p
	CO (n=8)	NCO (n=16)		CO (n=8)	NCO (n=16)	
FC (bpm)	106 [93-120]	80 [70-90]	<b>0,02</b>	113 [100-118]	86 [65-113]	0,13
PAS (mmHg)	137 [118-159]	119 [111-124]	0,3	139 [134-148]	114 [106-127]	<b>0,01</b>
PAM (mmHg)	102 [84-125]	83 [80-90]	0,15	104 [101-108]	78 [75-85]	<b>0,01</b>
Hémoglobine (g/dL)	8,8 [8,8-8,9]	8,4 [7,7-9,2]	0,59	6,8 [6,4-7,1]	8,2 [6,9-8,9]	<b>0,01</b>
ASAT (UI/L)	67 [63-79]	32 [24-44]	<b>0,04</b>	37 [32-78]	38 [35-41]	1
TP (%)	65 [51-81]	77 [71-90]	0,26	50 [26-59]	73 [70-88]	<b>0,01</b>
Créatininémie (µmol/L)	122 [84-278]	48 [32-67]	<b>0,01</b>	258 [66-390]	45 [37-52]	<b>0,01</b>

**FC066****Platelet transfusions in cancer patients with central thrombocytopenia in the intensive care unit**

B Habr, J Charpentier, F Daviaud, B Champigneulle, P Royer, A Cariou, JD Chiche, JP Mira, F Pène  
*Réanimation médicale, Hôpital Cochin, Paris*

**Introduction :** Thrombocytopenia is a frequent finding in critically ill patients, for whom indications of platelet transfusions remain highly speculative. As a matter of fact, studies that assessed the risk of bleeding in this setting comprised a large majority of patients with peripheral thrombocytopenia, and none specifically addressed the transfusion management of central thrombocytopenia in the ICU. We herein aimed to address the impact of central thrombocytopenia in cancer patients on the risk of bleeding as well as current practices in platelet transfusion in a medical ICU.

**Patients et Méthodes :** We performed a retrospective monocenter study over a 7-year period (December 2006 to February 2014) in a 24-bed tertiary medical ICU. Adult patients with malignancies and presumed or proved central thrombocytopenia, and who received at least one platelet concentrate during the ICU stay were included. Patients with thrombocytopenia from exclusive peripheral origin were not included. Indications for platelets transfusions (prophylactic, securing an invasive procedure and therapeutic) and pre- and post-transfusion platelet counts were recorded. Bleeding events were graded according to the WHO classification, grade 3 and 4 meaning severe bleeding.

**Résultats :** Over the study period, 296 cancer patients with central thrombocytopenia received a total of 904 platelet transfusions for prophylactic indications in 300 (33.2%) episodes, for securing an invasive procedure in 257 (28.4%) episodes, and for treatment of minor to major bleeding manifestations in 347 (38.4%) episodes. Most prophylactic transfusions (80%) were performed when platelet counts were below 20 G/L. Platelet increments calculated by the difference between post- and pre-transfusion counts were generally poor in all three indications of transfusions, 10 (IQR 2-25), 11 (2-25) and 8 (0-21) G/L, respectively. Severe bleeding events occurred in a total of 57 patients, prompting ICU admission in 17 of them and being acquired in the ICU for the other 40 patients. Neither low admission platelet count nor low nadir platelet count were predictive of ICU-acquired severe bleeding. Indeed most severe bleeding episodes occurred in the setting of mild thrombocytopenia with platelet counts above 20 G/L. The overall in-ICU mortality rate was 37.8% and tended to be higher (50%) in patients with severe bleeding events.

**Discussion :** Our prophylactic transfusion practices are in accordance with the recent expert recommendations from the French Intensive

Care society that proposed platelet transfusion thresholds of 10 to 20 G/L in patients with central thrombocytopenia.

**Conclusion :** This study suggests that profound central thrombocytopenia can be safely managed by prophylactic platelet transfusion thresholds of 10 to 20 G/L. The risk of ICU-acquired severe bleeding appears hardly predictable with the depth of thrombocytopenia.

**Référence**

Van der Linden T, Souweine B, Dupic L, et al. Management of thrombocytopenia in the ICU (pregnancy excluded). *Annals of Intensive Care* 2012;2:42

**FC067****Une sédation lourde de réanimation ne protège pas de la douleur lors de la pose des cathéters centraux : illustration par l'ANI**

M Ferrandiere<sup>1</sup>, AC Tellier<sup>1</sup>, M Barbaz<sup>1</sup>, J Moënné-Loccoz<sup>1</sup>, S Watt<sup>2</sup>, M Laffon<sup>1</sup>, F Remerand<sup>1</sup>

1. *Réanimation chirurgicale, CHU de Tours, Tours*  
 2. *Pharmacie, CHU de Tours, Tours*

**Introduction :** La mise en place des cathéters centraux (KTC) se fait habituellement sous anesthésie locale par infiltration quand les patients sont éveillés et sans infiltration quand les patients sont sous sédation lourde de réanimation associant un sédatif et un morphinique. L'ANI (analgesia/nociception index) est indicateur non-invasif de la balance analgésie/nociception évaluée par le tonus parasympathique. Graduée de 0-100, l'ANI est calculé sur la variabilité respiratoire de la fréquence cardiaque. Lors d'un stress nociceptif, le chiffre d'ANI diminue de façon proportionnelle à l'inconfort ou à la douleur perçue. L'objectif de notre étude était d'observer les variations d'ANI lors de la pose de KTC chez des patients fortement sédatisés.

**Patients et Méthodes :** Tous les patients intubés, ventilés, sédatisés par l'association midazolam, sufentanil devant bénéficier de la pose d'un KTC étaient inclusibles. Le niveau de sédation requis pour valider l'inclusion était : Ramsay 6 (aucune réaction à la stimulation de la glabre), BPS 3, BIS 30-40. Après installation du moniteur d'ANI, les variations de ANI en instantané, de FC et de PAS étaient enregistrées aux temps suivants : avant champage (T0), repérage (doigt/sonde d'échographie) (T1), ponction (aucune infiltration d'anesthésique local, aucun bolus de sédation préalable) (T2), mise en place du dilateur (T3), mise en place du cathéter (T4), fixation (T5), 5 min après la fin du geste (T6).

**Résultats :** Vingt-cinq poses de KTC chez 25 patients ont été renseignées. Les sites de ponctions étaient : jugulaire (15 cas), sous clavier (8

cas) et fémoral (2 cas). Le niveau initial d'ANI avant toute stimulation était de  $97 \pm 2$ . Lors de la pose du KTC on enregistrait systématiquement une chute de l'ANI à tous les temps de mesure et un retour au chiffre de base en l'absence de stimulation douloureuse (Tableau 1). Les modifications d'ANI suivaient de 1-2 secondes le début de chaque stimulation. Les paramètres hémodynamiques étaient peu modifiés, le BIS était systématiquement augmenté dès la première stimulation sans revenir au chiffre de base lors des mesures suivantes. Moyennes  $\pm$  DS, \*  $p < 0,05$  vs T0.

**Tableau 1**

	ANI	BIS	PAS	FC
T0	97 $\pm$ 2	34 $\pm$ 4	122 $\pm$ 40	84 $\pm$ 33
T1	81 $\pm$ 6	45 $\pm$ 2	125 $\pm$ 32	81 $\pm$ 27
T2	80 $\pm$ 8	46 $\pm$ 3	123 $\pm$ 37	86 $\pm$ 23
T3	37 $\pm$ 10*	55 $\pm$ 4	125 $\pm$ 22	88 $\pm$ 51
T4	54 $\pm$ 4*	56 $\pm$ 7	123 $\pm$ 35	89 $\pm$ 22
T5	73 $\pm$ 4*	56 $\pm$ 2	126 $\pm$ 31	89 $\pm$ 25
T6	87 $\pm$ 8	57 $\pm$ 4	123 $\pm$ 38	87 $\pm$ 12

**Discussion :** Pour ce collectif de patients très fortement sédatisés et analgésifiés, l'ANI est diminué lors de toutes les stimulations nociceptives. Les variations de BIS n'étaient pas aussi sensibles. Ainsi la mesure de l'ANI s'avère très sensible et réactive pour identifier un inconfort ou une douleur de courte durée. Le faible impact sur les paramètres hémodynamiques ne justifie peut être pas une infiltration d'anesthésiques locaux avant le geste pour ces patients, mais la question d'une infiltration doit être posée chez des patients plus légèrement sédatisés et analgésifiés. Nous continuons le recueil de ces données pour d'autres niveaux d'algo-sédation et d'autres poses de dispositifs médicaux en réanimation.

**Conclusion :** Le monitoring de l'ANI a permis de mettre en évidence que les fortes posologies d'algo-sédation de réanimation ne supprimaient pas l'inconfort ou la douleur liés à la pose des KTC. Chez les patients vigiles, une infiltration d'anesthésique local est réalisée avant le geste. La question doit être posée chez le patient sédaté.

#### Références

Logier R. Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc 2010;2010:1194-7  
Boselli E. Br J Anaesth 2014;112:719-21

## FC068

### Nuisances sonores de l'environnement et sommeil du patient de réanimation

M Elbaz<sup>1</sup>, M Assefi<sup>2</sup>, F Sauvet<sup>1</sup>, J Charpentier<sup>2</sup>, S Rio<sup>1</sup>, B Champigneulle<sup>2</sup>, S Spagnolo<sup>2</sup>, F Daviaud<sup>2</sup>, JY Picart-Jacq<sup>2</sup>, M Chennaoui<sup>1</sup>, P Innominato<sup>3</sup>, N Marin<sup>2</sup>, A Cariou<sup>2</sup>, D Leger<sup>1</sup>, JP Mira<sup>2</sup>

1. *Ea vifasom 7330, centre du sommeil et de la vigilance, hôpital hôtel-Dieu, Université Paris Descartes, Paris*

2. *Réanimation médicale, hôpital Cochin, Paris, 3 U776 rbc hôpital Paul Brousse, Inserm, Villejuif*

**Introduction :** La qualité de l'environnement d'un service de réanimation est peu contrôlée en termes de nuisances sonores ou lumineuses malgré leurs conséquences potentielles sur les patients et en particulier leur sommeil. L'objectif de ce travail est d'évaluer les bruits (intensité

et sources) et la qualité du sommeil de patients de réanimation en cours de sevrage de la ventilation mécanique.

**Patients et Méthodes :** étude réalisée dans une réanimation médicale de 24 chambres individuelles, répartis en 4 unités de 6 lits, avec deux IDE et une AS par unité, jour et nuit. Étaient étudiés les patients conscients, volontaires, intubés et en cours de sevrage respiratoire. Étaient exclus les patients avec des troubles du sommeil connus, les patients avec antécédents neurologiques, les patients recevant des psychotropes, les patients sous catécholamines, dialysés ou ayant des pansements complexes. Une polysomnographie miniaturisée et un enregistrement du bruit ont été réalisés pendant 24 heures. L'évolution des stades de sommeil et l'occurrence des micro-éveils ont été analysées à l'aide d'un modèle linéaire mixte prenant en compte le niveau moyen, les pics (par 30 secondes) et le type de bruit qui était identifié par écoute de l'enregistrement sonore continu.

**Résultats :** 11 patients ont été étudiés, 10 H/IF, âge moyen 64 ans, SAPS2 57, hospitalisés depuis 22 $\pm$ 14 jours lors de l'enregistrement. Sur 24H, le niveau sonore moyen était de  $65,4 \pm 4,2$  dB et le pic sonore maximal de  $75,2 \pm 8,2$  dB. Le temps de sommeil moyen était  $8,5 \pm 5,2$  h. Au-delà de 62 dB, il existe une augmentation significative du nombre de changements de stades de sommeil, au dépend du sommeil lent léger (OR = 7.6, IC95% 4.1 - 14.1).

Au-delà de 66 dB, le temps total de sommeil et la quantité de sommeil lent léger diminuent significativement. (OR=3.4, IC95% 3.1 - 3.6). Au-delà de 68 dB on note un nombre plus important de micro-éveils (OR=3.9, IC95%=3.0-5.0).

Les types de bruits qui induisent le plus de micro-éveils et de changements de stade sont les bruit d'alarme de moniteur (OR=4.5, IC95%=3.5-5.6) et d'alarmes de ventilateur (OR=4.2, IC95%=2.9-6.1).

**Conclusion :** Cette étude illustre le niveau élevé de bruit dans les services de réanimation avec ses conséquences sur la durée et la qualité du sommeil. Même si les patients admis en réanimation semblent moins sensibles aux bruits que les sujets sains, des contre-mesures devraient être mise en œuvre pour limiter les bruits continus et intermittents. Des travaux complémentaires permettront d'évaluer leur efficacité sur le sommeil et l'état de santé des patients.

#### Références

Kamdar BB, Needham DM, Collop NA (2012) Sleep Deprivation in Critical Illness: Its Role in Physical and Psychological Recovery. *J Intensive Care Med* 27:97-111  
Elliott R, McKinley S, Cistulli P, Fien M (2013) Characterisation of sleep in intensive care using 24 hour polysomnography: an observational study. *Crit Care* 17:R46

## FC069

### Recherche en réanimation, la vision des jeunes réanimateurs

D Roux, Commission jeunes de la SRLF  
*Réanimation médico-chirurgicale, Hôpital Louis-Mourier - APHP, Colombes*

**Introduction :** La Commission Jeunes de la SRLF s'est intéressée à la vision de la recherche qu'ont actuellement les jeunes réanimateurs.

**Matériels et Méthodes :** Un questionnaire a été soumis par email durant l'été 2014 aux 1088 membres jeunes (<35 ans) de la SRLF (soit un tiers des membres de la SRLF).

**Résultats :** Population : 264 (24,3%) membres jeunes ont répondu au questionnaire. Le sex-ratio (F/H=0,68 vs 0,76) et l'origine géographique (majorité de Français (88,6% vs 84,7%) répartis dans

l'ensemble des inter-régions) n'étaient pas différents entre les membres jeunes répondants et l'ensemble des membres jeunes inscrits. L'anesthésie-réanimation était la spécialité la plus représentée (56,4%), suivie par les spécialités médicales donnant accès au DESC de réanimation (29,3%), les pédiatres (6,8%) et la médecine d'urgence/médecine générale (6%). 70,5% étaient inscrits au DESC de réanimation médicale (spécialités médicales 100%, anesthésistes-réanimateurs 66% et pédiatres 39%). Plus des 2/3 étaient en seconde moitié de l'internat (27,7%) ou en post-internat immédiat (CCA 26,1%, PH-PhC (21,2%).

**Master 2 et thèses :** 36% des répondants réalisent ou ont réalisé un master 2 et 16,3% une thèse d'université, en général dans l'inter-région d'origine (4,2% des « master 2 » et 14,9% des thésards ont réalisé un séjour à l'étranger). La majorité des répondants déclaraient connaître l'organisation pratique de ces deux diplômes (72,7% et 59,1% respectivement). Les laboratoires INSERM accueillent la majorité des étudiants de master 2 et de thèse, suivis par les laboratoires d'université (35%) pour les masters 2, et les centres hospitaliers (34,1%) pour les thèses. Les principaux obstacles à ces formations étaient le financement (67,4%) et la disponibilité (19,8%). Parmi l'ensemble des répondants, 34,5% ont en effet suspendu leur activité clinique pour se consacrer à la recherche ; 21,2% envisagent de le faire. Les modalités de financement étaient différentes selon le diplôme : les bourses et l'année-recherche étaient le principal financement des étudiants en master 2 (55,7%) alors que la majorité des thésards ont dû conserver une activité clinique (seuls 13,1% bénéficiaient d'une bourse). Les deux principales motivations pour la réalisation d'un master 2 ou d'une thèse d'université étaient l'appétence intellectuelle

(51,7% et 45,2% respectivement) et l'accès à un poste universitaire (35,4% et 48,4% respectivement). Les sujets de recherche en thèse étaient cliniques (51%), translationnels (21,6%), fondamentaux (15,7%) ou épidémiologique (11,8%).

**Recherche clinique :** Une activité de recherche en plus d'une activité clinique est indispensable pour 43,6% des répondants, et 55,7% la jugent facultative. Un « mentor » (39,4%) ou les collègues de travail (34,8%) sont les principales sources d'informations sur la recherche en réanimation. 86% des répondants ont participé à un protocole de recherche biomédicale dont 59,7% ont été associés à sa publication.

**Publications congrès :** 79,2% des répondants ont présenté un travail à un congrès (poster ou communication). Plus des 2/3 ont publié un article en français ou en anglais, la moitié ayant publié au moins un article durant l'internat.

**Discussion :** Pour les membres jeunes de la SRLF ayant répondu au questionnaire, la recherche en réanimation a une image positive, même s'il semble exister des freins à son attrait (financement et mise en disponibilité notamment). Un biais de sélection est néanmoins probable car seuls les membres jeunes inscrits à la SRLF et non l'ensemble de la communauté des jeunes réanimateurs a été interrogé.

**Conclusion :** La recherche biomédicale possède une image positive auprès des jeunes réanimateurs. La majeure partie des répondants a réalisé ou souhaite réaliser un master 2 et près de la moitié juge indispensable l'association d'une activité clinique avec un travail de recherche.