

Sécurité autour du patient

SRLF 2015

© SRLF et Lavoisier SAS 2015

SOI001 Évaluation de la surveillance continue des paramètres vitaux (monitoring) et de la gestion des alarmes en réanimation

E. Adam, A. Lévy, S. Merviel, C. Pichon, T. Renouf, H. Ait-Oufella, Groupe de Recherche sur les Alarmes et le Monitoring (GRAM)

Réanimation médicale, hôpital Saint-Antoine, Paris

Introduction

Le monitoring permet la surveillance continue des paramètres vitaux. Bien qu'indispensable en réanimation, le monitoring génère de nombreuses nuisances sonores, à l'origine de stress pour les soignants et potentiellement de retards de prise en charge. Forts de ce constat, nous avons créé un groupe de réflexion, constitué de cinq infirmiers et d'un médecin, sur la gestion du monitoring et des alarmes dans notre service. Bien que de nombreux travaux aient été réalisés sur le sujet, la bonne utilisation du monitoring reste un problème quotidien dans notre service.

Matériels et méthodes

Un questionnaire anonyme de 70 questions a été distribué à l'ensemble du personnel de réanimation médicale de l'hôpital Saint-Antoine. Le questionnaire comportait des questions à choix multiples, des échelles de notation ainsi qu'une question ouverte. Les questions permettaient d'évaluer le ressenti des soignants, leurs pratiques ainsi que leurs attentes ou propositions d'amélioration. La durée estimée pour répondre à ce questionnaire était de 15 à 20 minutes. Il a été distribué pendant une semaine à tous les membres de l'équipe (aides-soignants, infirmiers, internes, médecins seniors).

Résultats

Le questionnaire a été distribué à 75 personnes et le taux de réponse a été de 90 % (55,9 % infirmiers, 30,5 % aides-soignants, le reste médecin en formation/confirmés). Le

monitoring a été jugé indispensable dans 71 % des cas, mais sa gestion ne semble pas optimale pour 70 % de l'équipe paramédicale (contre 100 % par l'équipe médicale). Pour 95 % des personnes interrogées, le déclenchement d'une alarme ne traduit pas toujours un problème médical. 30 % des soignants rapportent des pratiques inappropriées comme l'inhibition arbitraire d'une alarme. 88 % de l'équipe soignante identifie les alarmes comme un facteur de stress, chiffré à 7/10 en moyenne. En ce qui concerne la formation, seuls 56 % de l'équipe considère avoir reçu une formation suffisante pour l'utilisation des scopes. Enfin 91 % des soignants pensent qu'une amélioration de nos pratiques est nécessaire.

Conclusion

Le monitoring est une composante centrale du soin dans les services de réanimation. Cette enquête montre que son utilisation est hétérogène, non optimale et même parfois contre-productive. Grâce à ces résultats, un certain nombre d'actions correctrices vont être initiées et évaluées.

SOI002 Transport INTrA-Hospitalier du patient de réaniMation (TINTAHMAR)

S. Cerc, CERC sous l'égide de la SRLF
48 avenue Claude Vellefaux, SRLF, Paris

Introduction

Le transport intrahospitalier (TH) est un soin fréquent en réanimation et potentiellement à risque d'événements indésirables (EI) pour le patient. Afin de diminuer l'incidence de ces EI, des recommandations récentes ont été émises par les sociétés savantes [1]. Un des points majeurs de ces recommandations est d'inciter l'infirmier diplômé d'État (IDE) responsable du patient à réaliser lui-même le TH. Cette pratique induit potentiellement une charge de travail spécifique pour l'IDE accompagnant le patient, mais aussi pour ses collègues en charge des patients restés dans l'unité. Son impact sur la charge de travail globale et sur la survenue d'EI n'a pas été évalué.

Le but de notre travail était d'effectuer un état des lieux des pratiques concernant le TH en se focalisant sur l'implication infirmière, la charge de travail induite et la survenue d'EI.

Patients et méthodes

Cette étude a été initiée par la CERC sous l'égide de la SRLF. Il s'agit d'une étude observationnelle prospective qui s'est déroulée entre mai et août 2015 dans 18 services de réanimation et unités de surveillance continue en France et en Belgique. Tous les patients adultes soumis à un TH, assuré d'un bout à l'autre par au moins une personne de l'équipe de réanimation et nécessitant d'être monitorés, ont été inclus. Étaient relevés les caractéristiques des patients, l'adhésion aux recommandations, les modalités du transport (la présence ou non d'une IDE pendant le transport, l'organisation du service, le matériel utilisé), la charge de travail (évaluée par le temps passé au TH incluant temps de préparation, temps de transport et temps de réinstallation) et l'éventuelle survenue d'EI.

Résultats

396 transports ont été réalisés. Les caractéristiques de la population sont présentées dans le Tableau 1. La durée moyenne du TH était de 67 minutes \pm 35 (temps de préparation 12 min \pm 10 ; temps de transport 41 min \pm 28 ; temps de réinstallation 14 min \pm 10). 25 % des centres avaient une check-list et 19 % avaient une traçabilité dans le dossier patient. Le sac d'urgence, le matériel d'oxygénation, le défibrillateur et le téléphone étaient présents dans respectivement : 334 TH (88 %) ; 232 TH (62 %) ; 7 TH (1,9 %) ; et 273 TH (72 %).

Concernant l'adhésion aux recommandations, le bracelet d'identification était présent dans 77 % des TH et les abords veineux vérifiés dans 94 %. Parmi les malades ventilés (58 %), le respirateur de transport était vérifié dans 84 % des TH, le test de ventilation du patient pendant 5 min réalisé dans 52 % des TH, et la pression du ballonnet vérifiée dans 73 % des TH. L'IDE était présent lors du TH dans 52 % des cas. La durée complète du TH ne varie pas en fonction de la présence de l'IDE.

Les EI sont survenus au cours de 60 TH (15 %). Ces EI étaient principalement : des hypotensions (N=32), des désaturations (N=27) et des dysfonctions de matériel (N=39). À noter que deux arrêts cardiaques étaient survenus pendant les TH. En analyse multivariée, l'âge, l'IGSII et les catécholamines étaient associés à la survenue d'un EI pendant le TH alors que la présence d'un IDE pendant le transport et le temps de transport n'avaient pas d'influence significative.

Conclusion

L'adhésion à l'ensemble des recommandations est faible. L'IDE est présent dans 52 % des TH mais cela n'influence pas la charge de travail ni la survenue d'EI pendant le TH.

Tableau 1

| | |
|--------------------------------------|---------------------|
| Données | |
| Âge en années | 61 \pm 19 [59-63] |
| Sexe féminin | 158 (41 %) |
| IGS II | 46 \pm 24 |
| Catécholamines | 102 (26 %) |
| Sédation | 136 (35 %) |
| Curares | 17 (4 %) |
| Ventilation invasive | 227 (58 %) |
| Motif de transport | |
| Radiographie ou scanner diagnostique | 329 (84 %) |
| IRM | 31 (8 %) |
| Angiographie | 14 (3 %) |
| Sortie récréative | 2 (1 %) |
| Autre | 18 (4 %) |
| Transport ressenti comme urgent | 72 (19 %) |

Référence

1. Quenot JP, Milési C, Cravoisy A, et al (2011) Intrahospital transport of critically ill patients (excluding newborns). *Ann Fr Anesth Reanim* 30:e83-7, 952-6

SOI003

Mesures de prévention des anomalies de fonctionnement des cathéters artériels

PA. Lamizet
Réanimation, CH d'Avignon, Avignon

Introduction

Des dysfonctions récurrentes et précoces de nos cathéters artériels ont été constatées, tant sur les prélèvements que sur le monitoring. Ces problèmes devenant pénalisants pour la prise en charge des patients (changement de cathéter devenant très fréquent), nous avons décidé d'effectuer une étude de pratique professionnelle (EPP).

Patients et méthodes

Tous les patients porteurs d'un cathéter artériel ont été inclus. La première phase devait permettre d'observer 50 cathéters, de leur pose à leur ablation. Les données étaient recueillies par l'infirmière en charge du patient et du cathéter : site de pose, calibre, difficulté de pose (selon le nombre de ponction), qualité de fonctionnement (monitoring et prélèvement), entretien (nombre de mises à zéro et de flushs, pression de la poche à pression), motif de retrait, durée de fonctionnement. Les motifs de retraits de 50 autres cathéters ont été analysés par des infirmiers référents ne prenant pas en charge le patient, afin d'éliminer l'effet « d'observation ». Cette analyse a été réalisée avant la mise en place de mesures

correctives, l'entretien et la surveillance des cathéters étant réalisés selon la procédure habituelle. Des mesures correctrices sont mises en place après analyse des causes potentielles de dysfonction des cathéters et une seconde évaluation du taux de dysfonction des cathéters artériels est réalisée afin de vérifier l'efficacité de ces mesures. Chaque phase d'observation a duré deux mois pour observer 50 cathéters, avec une période d'un an pour l'ensemble des évaluations et la mise en place des mesures correctrices.

Résultats

Sur 50 cathéters artériels, 45 recueils de données sont exploitables. 16 % (n=8) des cathéters sont retirés pour dysfonction, 22 % pour sortie du patient, 18 % pour décès, 4 % pour point de ponction inflammatoires, 30 % pour maintien devenu inutile. Sur les 16 % de cathéters non fonctionnels : 87 % étaient en site radial, 75 % ont été facile à poser, 75 % étaient de calibre 3F. 62 % des dysfonctions apparaissant dans les cinq premiers jours. Devant le faible taux de cathéters non fonctionnels, nous avons pensé à un « effet EPP », c'est-à-dire que ce faible nombre de dysfonction pouvait être lié à l'observation rigoureuse induite par l'étude. L'analyse suivante réalisée par les infirmiers référents a confirmé cette hypothèse avec 48 % de retrait pour dysfonction pendant cette observation. Nous avons donc mis en place les mesures correctrices : flush toutes les deux heures avec traçabilité sur le dossier, zéro une fois par poste, vérification de la pression de poche toujours supérieure à 300 mmhg une fois par poste, et information des infirmiers. Une deuxième évaluation a été effectuée après mise en place des mesures correctrices. Le site de pose, le calibre, et la difficulté de pose ayant été éliminés comme cause de dysfonction en première analyse, le recueil de données n'a porté que sur le nombre de cathéters retirés pour dysfonctions. Cinquante autres cathéters ont été observés par des infirmiers référents ne s'occupant pas du patient afin d'éviter un nouvel « effet EPP ». Sur les 50 cathéters analysés, 13 % ont été retirés pour dysfonction, apparaissant dans 70 % des cas avant cinq jours. L'effet EPP ayant été éliminé, nous avons conclu à l'efficacité des mesures correctrices.

Discussion

Cent cinquante cathéters ont été observés. Une diminution significative du nombre de dysfonctions de cathéter a été observée après mise en place de mesures (48 à 13 %). Nous avons donc pu conclure que la mise en place des mesures d'entretien ainsi que la sensibilisation du personnel a été une solution efficace aux problèmes que nous avons rencontrés. Le réveil et la mobilisation précoce des malades peuvent expliquer ce besoin accru d'entretien des cathéters. Les cathéters étant majoritairement radiaux, ils sont particulièrement soumis aux contraintes lors de ces phases d'agitation

et/ou de mobilisations (présence de contentions aux poignets, tractions sur les cathéters, etc.).

Conclusion

Les dysfonctions précoces et récurrentes des cathéters artériels peuvent être prévenues de manière significative par la mise en place de mesures d'entretien très rigoureuses. Cette étude a été réalisée il y a un an, et nous n'avons pas vu apparaître de nouvelles difficultés d'utilisation de ces cathéters. Cette EPP a donc permis de réduire significativement et durablement le taux de dysfonction des cathéters artériels.

SOI004

L'implémentation d'une checklist relative aux bonnes pratiques de transferts intrahospitaliers permet-elle une amélioration de la sécurité des patients instables au sein des CUB-hôpital Érasme ?

V. Schittekatte, M. De Ryckere
Soins intensifs, hôpital Érasme, Bruxelles, Belgique

Introduction

Le transfert intrahospitalier des patients instables est un moment à risque lors de leur séjour. Des études récentes font état d'une forte incidence d'événements indésirables, qui peuvent conduire à des conséquences mortelles pour le patient. L'utilisation de « listes de contrôle » est recommandée par plusieurs auteurs. Toutefois, leur intérêt pour le transfert intrahospitalier doit être évalué. Ce travail vise à évaluer si la mise en œuvre d'une « liste de contrôle » améliore la sécurité lors du transfert des patients instables dans les Cliniques universitaires de Bruxelles - hôpital Érasme.

Patients et méthodes

Nous avons premièrement analysé la connaissance et la pratique actuelle concernant le transfert intrahospitalier en utilisant un sondage rempli par les infirmiers (n=114). Dans une deuxième étape, les infirmiers ont été invités à remplir une auto-évaluation composée de 25 critères (organisationnels, sécurité du patient, hémodynamique, système respiratoire, système de perfusion) tirés des recommandations formalisées d'experts [1]. Cette auto-évaluation a été réalisée avant (T0) et après (T1) l'optimisation par la standardisation des procédures relatives aux transferts intrahospitaliers des patients instables, la formation du personnel infirmier à ceux-ci et l'implémentation d'une liste de contrôle.

Résultats

L'évaluation des connaissances actuelles a aidé à concevoir la formation destinée au personnel infirmier. La « procédure

de transfert » existant dans l'institution était inconnue de 91 % des répondants et les événements indésirables étaient déclarés uniquement par voie orale, ce qui ne correspondait pas à la procédure. La première évaluation (T0) a permis d'identifier des problèmes via les critères qui étaient les moins satisfaits comme par exemple la confirmation à l'unité receveuse du départ imminent. Pour répondre à ceux-ci, différentes interventions telles que décrites précédemment ont été mises en place. La comparaison entre les deux mesures (T0 / T1) a montré une amélioration en ce qui concerne 18 des 25 critères, avec une adhérence supérieure à 80 % pour 14 items. Une amélioration statistiquement significative a été observée pour 11 de ces critères. Toutefois, cette amélioration n'a pas été traduite dans une différence de l'incidence des événements indésirables (14,1 % avant et 13,7 % après).

Conclusion

L'implémentation des différents outils standardisés et la formation du personnel soignant a permis d'améliorer la pratique clinique lors des transferts intramuros des patients instables. Une étude portée sur une analyse détaillée des événements indésirables peut être intéressante dans le suivi de ce travail afin de minimiser les risques lors de ce type de transfert.

Référence

1. Quenot JP, Milési C, Cravoisy A, et al (2012) Intrahospital transport of critically ill patients (excluding newborns) recommendations of the Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), the Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), and the Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). *Ann Intensive Care* 2:1