

## Session orale infirmier 2

### Nurses Oral Session (2)

SRLF 2016

© SRLF et Lavoisier SAS 2016

#### SOI007

### Prévention et gestion des événements indésirables en réanimation : résultats de l'enquête de 2015 de la Commission du congrès infirmier de la Société de réanimation de langue française

J. Schmitt<sup>1</sup>, A. Soury-Lavergne<sup>2</sup>, D. Huard<sup>3</sup>, P. Ferreira<sup>4</sup>, J. Messika<sup>5</sup>, G. Chevallier<sup>6</sup>, L. Robriquet<sup>7</sup>, S. L'hotellier<sup>8</sup>, A. Pucci<sup>9</sup>, C. Fayeulle<sup>10</sup>, F. Daoudi<sup>11</sup>, S. Preau<sup>12</sup>, N. Bauge<sup>13</sup>, G. Tirone<sup>14</sup>

1. Service de réanimation, CHU Lyon, Lyon, France

2. Réanimation polyvalente, centre hospitalier régional universitaire de Lille, Lille, France

3. Service de réanimation polyvalente, CH de Nevers, Nevers, France

4. Service de réanimation pédiatrique & USC médicocirurgicale, CHU de Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France

5. Service de réanimation médicocirurgicale, CHU Louis Mourier, Colombes, Colombes, France

6. Service de réanimation médicale et infectieuse, CHU Bichat-Claude-Bernard, Paris, France

7. Réanimation, CHRU Lille, Lille, France

8. Service de réanimation, CHRU hôpitaux universitaires Strasbourg, Strasbourg, France

9. Service de réanimation médicale, hôpital Henri Mondor, Créteil, France

10. Réanimation pédiatrique, centre hospitalier régional universitaire de Lille, Lille, France

11. Réanimation médicale, CHU de Nice, Nice, France

12. Réanimation médicale, centre hospitalier régional universitaire de Lille, Lille, France

13. Service de réanimation polyvalente, CHI Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois, France

14. Service des soins intensifs, cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique

#### Introduction

La réalisation de revues morbimortalité (RMM) en réanimation fait partie des méthodes décrites par la Haute Autorité de Santé pour l'évaluation des pratiques professionnelles. C'est une obligation légale depuis la certification V2010 des hôpitaux. L'amélioration de la qualité des soins est un processus continu dans lequel les paramédicaux ont un rôle crucial. La Commission du Congrès Infirmier de la SRLF a souhaité réaliser une enquête auprès des soignants de réanimation afin de recueillir leur perception de la fréquence, de la gravité et l'évitabilité des événements indésirables, ainsi que leurs connaissances et leurs adhésions aux politiques de prévention et le cas échéant aux mesures correctrices et dispositifs les accompagnants.

#### Matériels et méthodes

Un questionnaire a été envoyé aux cadres de santé (CDS), infirmiers diplômé d'état (IDE) et kinésithérapeutes exerçant en réanimation et unité de soins continus par courrier électronique. Les réponses sont de types qualitatives à choix multiples, ordonnées, en tableau et numérique. Les résultats sont exprimés en nombre et pourcentage. Il s'agit d'une enquête de pratiques et d'opinions.

#### Résultats

Les réponses de 296 professionnels ont été analysés. Il s'agit principalement d'IDE (85 % n=252), travaillant dans des hôpitaux publics (92 % n=273) et exerçants en réanimation adulte (91 % n=271). Les répondants (n=204) ont classés de 0 à 10, leurs perceptions de la fréquence, de l'évitabilité et de la gravité, de 21 événements indésirables (EI) les plus fréquemment rencontrés en service de réanimation et/ou USC (extubation, complications de pose de voie veineuse centrale, lors d'un transport intrahospitalier, chute, montage d'épuration extra-rénale, erreurs médicamenteuses...). En moyenne, les 21 items sont jugés comme peu fréquents (2,38/10), graves (6,43/10) et plutôt évitable (6,64/10). Les professionnels ont une bonne

connaissance des moyens mis à disposition pour la déclaration des EI avec le formulaire institutionnel (79,4 % n=162). Cependant, certaines déclarations se font dans le dossier patient (11,3 % n=23) et sur le formulaire du service (7 % n=14). Notons que 12,3 % des répondants (n=25 IDE et MK) ne déclarent jamais d'EI. Les principaux freins sont un manque de temps (51 % n=104), que « cela ne sert à rien » (39,7 % n=81) et peu ou pas de sensibilisation pour la déclaration des EI (38 % n=78). La peur des conséquences personnelles est un obstacle pour un certain nombre de répondants (13,7 % n=28). La gestion des EI au sein des établissements de santé se fait principalement au moyen de cellule qualité et de gestion des risques (51 % n=104), de RMM (49 % n=100), de débriefing informels (30,9 % n=63) et de comité de retour d'expérience CREX (24,5 % n=50). 70 % (n=143) des professionnels de santé connaissent l'existence des revues de RMM et 54,9 % (n=112) en réalisent régulièrement dans leur service. Les IDE sont très souvent invités aux RMM (78,9 % n=82), ils y assistent régulièrement (65,5 % n=68), ne les animent quasiment jamais (72 % n=75) et choisissent peu le thème de la réunion (62,5 % n=65). Si peu de personnes ont pu participer à une RMM (n=71), en revanche cette expérience a été pour une grande majorité positive (coté de 5 à 8 : 32,4 % n=23) voire très positive (coté de 8 à 10 : 62 % n=44). Les 4 principaux freins à la participation des professionnels sont l'organisation sur les jours de repos ou à des horaires non adaptés (54,8 % n=57), le manque de temps (34,6 % n=36), l'absence de communication autour de la RMM (26 % n=27) et de ne pas y être conviés (27 % n=28). Le manque d'intérêt pour le sujet (1,9 % n=2), la peur du jugement (1 % n=1) et le manque d'impact attendu (1,9 % n=2) semblent peu retenus. Les facteurs favorisant la participation des paramédicaux aux RMM sont l'amélioration de la qualité des soins, la compréhension d'une situation et l'évolution des pratiques. Une majorité des répondants adhèrent aux mesures prises en RMM (90,5 % n=94) et 93 % (n=97) pensent que les pratiques sont améliorées. 65 % des paramédicaux pensent qu'il existe une culture de la sécurité dans leur service.

### Conclusion

Les professionnels ont une bonne connaissance des moyens mis à leur disposition pour la déclaration des EI mais ils déclarent sur le mauvais support. Le manque de temps est un frein important à la déclaration des EI et du défaut de participation des IDE au RMM. Nous retrouvons des freins de types organisationnels. Même si les résultats de l'enquête sont encourageants, il faut promouvoir la déclaration des EI et la participation active des IDE aux RMM. Nous pouvons noter que, à la mesure de l'échantillon, les IDE s'inscrivent dans une démarche qualité et de traçabilité.

## SOI008

### The specificity of stress factors in intensive care units (ICU)

A. Laurent<sup>1</sup>, F. Lheureux<sup>1</sup>, A. Prestifilippo<sup>2</sup>, MDM. Cruz<sup>3</sup>, R. Rigal<sup>4</sup>, M. Antonelli<sup>5</sup>, TL. Blanch<sup>3</sup>, F. Bonnetain<sup>6</sup>, M. Grazzia-Bocci<sup>3</sup>, J. Mancebo<sup>7</sup>, E. Samain<sup>8</sup>, P. Hebert<sup>9</sup>, G. Capellier<sup>10</sup>

1. *Psychology, University of Bourgogne Franche-Comté, Besançon, France*

2. *Icu, Policlinico A. Gemelli, Rome, Italie*

3. *Icu, Hospital de Sabadell, Madrid, Espagne*

4. *Icu, CHUM, Montréal, Canada*

5. *Icu, Policlinico Universitario A. Gemelli, Università Cattolica Del Sacro Cuore, Rome, Italie*

6. *Unité de méthodologie et de qualité de vie en cancérologie, CHRU de Besançon, boulevard Alexandre Fleming, Besançon, France, Besançon, France*

7. *Réanimation polyvalente, Hospitat Sant Pau, Barcelone, Barcelone, Espagne*

8. *Réanimation chirurgicale, CHU de Besançon, Besançon, France*

9. *Hospital research institute, Hospital Research Institute, Ottawa, Canada*

10. *Réanimation Médicale, CHU de Besançon, Besançon, France*

### Introduction

Many studies have ever been conducted on the stress factors in health care settings. These studies have led to the development of stress scales intended for physicians and nurses [1]. However, the serious pathological and unpredictable states of patients in ICU require specific work and confront ICU professionals with specific stress factors. In this context, the question is to know if ICUs need a specific tool to identified stress factors.

### Patients and methods

This study aims to identify stress factors to the ICU and compare with the stress factors of the scale used in the international studies (Nursing Stress Scale (NSS), Nursing Work Index and Derivates, Karasek's Questionnaire, Effort-Reward Imbalance Questionnaire, Job stress scale, The Source of Occupational Stress Scale, Health Professions Stress Inventory...).

This study was conducted in adult intensive care units in public or private hospitals in four countries: Canada, France, Italy, Spain. In each country, 40 health care professionals were solicited for an exploratory interview about the sources of stress in the work environment: 10 senior physicians, 10 residents, 10 experienced nurses (with more than two year of experience in the service) and 10 inexperienced nurses (with less than two year of experience in the service). All the

Interview transcripts were analyzed using an inductive coding approach.

### Results

One hundred and sixty professionals (80 physicians and 80 nurses) were included in the study. Eight themes emerged from the analysis, and they concerned the stress linked to (1) patient (2) care, (3) team, (4) family, (5) institutional context, (6) environment, (7) organizational context, (8) individual dimensions. In each theme, sub-themes have been identified and determine more precisely the difficulties at work.

### Discussion

Our findings emphasize the complexity of work in ICUs and show the specific factors not taken into account in the generic stress scales such as stress in relation with family relationships, the end of life decisions and inequity of health care.

### Conclusion

The specific stress scale should allow to better identified stress in ICU and to develop measures of prevention and support and training programs.

### Références

1. Bonnetterre V, Liaudy S, Chatellier G, Lang T, de Gaudemaris R (2008) Reliability, Validity, and Health Issues Arising From Questionnaires Used to Measure Psychosocial and Organizational Work Factors (POWFs) Among Hospital Nurses: A Critical Review. *J Nurs Meas* 16: 207-230

## SOI009

### Influence de la mise en place échoguidée des voies veineuses périphériques sur leur durée de fonctionnement

D. Ardiot, J. Defosse, G. Demont, Q. Denaes, M. Draux, B. Voisin, S. Nseir

*Centre de réanimation, centre hospitalier régional universitaire de Lille, Lille, France*

#### Introduction

L'échoguidage des voies veineuses périphériques (VVP), notamment chez des patients difficiles à perfuser, a connu un réel essor depuis quelques années. Il permet d'améliorer le taux de succès (97 % contre 33 %), de réduire le nombre de ponctions cutanées (1,7 contre 3,7) ainsi que la durée de pose (13 minutes contre 30). Néanmoins, il existe très peu d'informations sur le devenir de ces VVP échoguidées. Seul un article traite du taux de dysfonctionnement après la prise

en charge dans un service d'urgences. La durée médiane sans dysfonctionnement est de 26 heures avec 56 % de VVP encore fonctionnelles à 72 heures. Toutefois, il n'y a pas de comparaison avec des cathéters mis en place par méthode traditionnelle sans échoguidage.

Avec l'hypothèse que les VVP échoguidées, mises en place dans de meilleures conditions (anatomiques et techniques), auront un taux de dysfonctionnement diminué, nous avons comparé le devenir des cathéters mis en place avec ou sans échoguidage durant la formation des infirmiers de notre service de réanimation à cette technique.

#### Matériels et méthodes

Nous avons étudié prospectivement toutes les VVP mises en place chez les patients hospitalisés dans notre unité de 10 lits de réanimation polyvalente. La mise en place de la VVP était réalisée avec ou sans échoguidage selon la disponibilité des opérateurs. La surveillance des VVP était réalisée quotidiennement durant 72 heures et comportait les éléments de surveillance cliniques (perméabilité, possibilité de réaliser un retour veineux, signes inflammatoires) ainsi que les motifs d'ablation (non fonctionnelle, veinite, fin d'indication, arrachée par le patient). Le retrait prématuré était défini par une ablation indiquée par une veinite ou une VVP non fonctionnelle avant un retrait prescrit par fin d'indication ou avant la 72<sup>e</sup> heure ou un arrachage par le patient.

Le critère de jugement principal était le taux de retrait prématuré selon la méthode de mise en place échoguidée ou non. Les critères de jugement secondaires étaient la durée de fonctionnement réelle par rapport à la durée théorique de 72h pour les VVP n'ayant pas été retirées par fin d'indication ou arrachées, le taux de VVP encore fonctionnelles à 72h et le taux de survenue de veinite. Une analyse de ces critères selon l'expérience de l'opérateur (>5VVP échoguidées ou pas) a également été effectuée.

#### Résultats

Nous avons inclus 62 VVP (32 non échoguidées et 30 échoguidées). Le taux de retrait prématuré n'était pas significativement différent entre les deux groupes : 17 (53 %) dans le groupe sans échoguidage contre 10 (33 %) dans le groupe échoguidées,  $p=0,094$ .

L'étude de la durée de fonctionnement réelle par rapport à la durée théorique de 72h a été réalisée sur les 49 VVP (26 non échoguidées et 23 échoguidées) sans retrait prescrit par fin d'indication ou arrachage par le patient. L'analyse de survie par méthode de Kaplan-Meier ne met pas en évidence de différence significative ( $p=0,067$ ).

De même, le taux de VVP fonctionnelles à plus de 72 heures de la pose n'était pas différent dans les deux groupes : 9 (35 %) contre 13 (57 %),  $p=0,105$ .

Le taux de veinites n'était pas significativement différent : 8 sur 26 VVP non échoguidées (30 %) contre 5 sur 23 VVP échoguidées (22 %),  $p=0,35$ .

Enfin, l'étude selon l'expérience des opérateurs (plus ou moins de 5 VVP échoguidées) réalisant l'échoguidage, ne met pas en évidence de différence significative concernant le taux de retrait prématuré (respectivement 4 sur 17 et 6 sur 13,  $p=0,181$ ) ou le taux de VVP fonctionnelles à plus de 72 heures (respectivement 8 sur 12 et 5 sur 11,  $p=0,273$ ).

### Discussion

Même s'il existe une impression favorable, notre étude ne permet pas de mettre en évidence un lien statistiquement significatif entre l'échoguidage et le devenir des VVP en réanimation. Autant la technique elle-même que la maîtrise de l'opérateur ne peuvent être reliées statistiquement à une amélioration de la fonctionnalité des VVP. Ce résultat est à nuancer par les différentes limites méthodologiques de cette étude initiale dans notre service. L'absence de randomisation, le faible effectif et l'absence de recueil en aveugle des données de surveillance en sont les principales. Il est nécessaire de poursuivre cette étude en optimisant sa méthodologie afin d'obtenir un résultat plus fiable.

### Conclusion

Notre étude ne permet pas de mettre en évidence un impact significatif de l'échoguidage sur le devenir des VVP en réanimation.

## SOI010

### Évaluation d'un kit à la chlorhexidine avec du bicarbonate de sodium vs la chlorhexidine seul dans la prévention des PAVM chez le patient intubé en réanimation

P. Mateu<sup>1</sup>, M. Sigogne<sup>1</sup>, D. Lhaute<sup>2</sup>, T. Laurent<sup>2</sup>

1. Réanimation polyvalente, Centre Hospitalier Manchester, Charleville-Mézières, France

2. Réanimation polyvalente, Hôpital Charleville Mézières, Charleville-Mézières, France

### Introduction

La pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) est une infection fréquente chez les patients hospitalisés sous ventilation mécanique en service de réanimation. Elle est responsable d'une surmortalité, d'une surmorbidity, ainsi qu'une augmentation de la durée moyenne de séjour et de la ventilation mécanique. Des soins d'hygiène oropharyngés sont recommandés. Ces soins sont effectués par les infir-

mier(e)s et aides soignant(es) du service, au minimum toutes les quatre heures.

### Matériels et méthodes

L'objectif de notre étude est la comparaison de l'efficacité du kit de brossage de dents par rapport aux procédures habituelles de notre service de réanimation polyvalente, pour la prévention de la survenue des PAVM (cf. description des deux méthodes).

Nous avons réalisé une analyse prospective, unicentrique, randomisée en ouvert dans notre service de réanimation polyvalente du 2 novembre 2015 au 14 mars 2016.

### Résultats

Sur la période sélectionnée, 188 patients sont admis dans le service. Tous les patients trachéotomisés à l'admission, ainsi que les patients non intubés durant leur séjour sont exclus.

Une inclusion de 111 patients est réalisée, 41 avec le kit et 70 selon la procédure habituelle. Un ressenti satisfaisant de la procédure est obtenu pour le personnel soignant et les patients. 17 % des patients ont présenté une PAVM. Il n'y a pas de différence significative entre les deux populations (19,5 % kit vs 15,7 % procédure habituelle,  $p=0,66$ ). On ne retrouve pas non plus de différence de durée d'hospitalisation en réanimation ( $p=0,08$ ), ou de durée de ventilation mécanique ( $p=0,11$ ).

### Discussion

Aucune différence de risque de PAVM n'est retrouvée entre les deux procédures. D'autres études ont souvent été aussi non concluante [1]. Les raisons de cette non significativité peuvent être multiples : pas de réelle différence, puissance de l'étude insuffisante (111 patients), non comparabilité des groupes initialement avec un score IgSII plus élevé dans le groupe kit ( $p=0,05$ ).

### Conclusion

La procédure avec kit réalisée ne permet pas de réduire la survenue de PAVM chez le patient intubé en réanimation sur notre échantillon. Une étude multicentrique avec un plus échantillon permettrait de conclure.

### Liens d'intérêts

Distribution des kits à prix réduit dans le service par l'institut pharmaceutique.

### Références

1. Trouillet JL, Luyt CE, Brechot N, Chastre J (2015) Oral Care and Tooth Brushing for Nosocomial Pneumoniae Prevention in Mechanically Ventilated Patients. 30 novembre 2015, SRLF et Lavoisier SAS 2015 Mode d'emploi Kit de soins de bouche

**SOI011**  
**Effet d'une intervention musicale**  
**sur le vécu de la ventilation non-invasive :**  
**une étude ancillaire de l'essai randomisé**  
**« MUSique pour l'Insuffisance Respiratoire**  
**Aiguë – MUS-IRA »**

Y. Martin<sup>1</sup>, N. Maquigneau<sup>2</sup>, C. Puechberty<sup>3</sup>, HL. Mathieu<sup>4</sup>, A. Stoclin<sup>3</sup>, A. Dechanet<sup>5</sup>, N. Panneckouke<sup>1</sup>, S. Vilar<sup>1</sup>, D. Dreyfuss<sup>6</sup>, JD. Ricard<sup>7</sup>, D. Hajage<sup>8</sup>, J. Messika<sup>9</sup>  
 1. Réanimation médicochirurgicale, hôpital Louis-Mourier - APHP, Colombes, France

2. Réanimation, centre hospitalier départemental - site de La Roche-sur-Yon, La Roche-sur-Yon, France, La Roche-sur-Yon, France

3. Réanimation-uscm, Gustave Roussy, Villejuif, France

4. Réanimation, hospital center Georges Mazurelle, La Roche-sur-Yon, France

5. Unité de recherche clinique, hôpital Bichat-Claude Bernard (AP-HP), Paris, France

6. Inserm, iame, umr 1137, université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, Paris, France

7. Service de réanimation médicochirurgicale, CHU Louis Mourier, Colombes, France

8. Département d'épidémiologie et de recherche clinique, hôpital Louis-Mourier - APHP, Colombes, France

9. Service de réanimation médico-chirurgicale, CHU Louis Mourier, Colombes, Colombes, France

### Introduction

La ventilation non-invasive (VNI) est une thérapeutique particulièrement stressante en réanimation. Sa tolérance peut être améliorée par l'administration de traitements anesthésiques, qui nécessitent une surveillance accrue, et l'expertise de leur maniement. La musicothérapie a été bien étudiée, avec succès dans d'autres contextes de soins, et chez les patients sous ventilation mécanique invasive. Nous nous sommes demandé si l'application au cours de la VNI d'une intervention musicale par des soignants spécifiquement formés améliorerait le vécu de la VNI par rapport à une prise en charge conventionnelle ou à un isolement sensoriel.

### Patients et méthodes

Étude ancillaire de l'étude randomisée multicentrique MUS-IRA (PHRIP-2013). Étaient inclus des patients en insuffisance respiratoire aiguë nécessitant la VNI, avec un état de conscience suffisant pour bénéficier de l'intervention musicale (GCS>11). Les critères de non-inclusion étaient : une contre-indication à la VNI, une surdité sévère, une limitation des thérapeutiques actives avec une espérance de vie estimée à moins de 48h ; une inclusion préalable dans une étude sur l'insuffisance respira-

toire aiguë. Les patients étaient randomis es pour recevoir une séance d'intervention musicale en « L » de 30 minutes au début de chaque séance de VNI (bras « intervention musicale ») avec le programme MUSIC CARE<sup> </sup>, un isolement sensoriel (cache sur les yeux et casque isolant du bruit – bras « isolement sensoriel ») pendant les 30 premières minutes de chaque séance de VNI et une prise en charge conventionnelle. La VNI était conduite de la même façon dans les 3 bras. L'objectif était l'amélioration du vécu de la VNI. Pour ce faire, nous avons  eval ue le traumatisme li e à la VNI par le questionnaire d'inventaire de détresse p eritraumatique à la sortie de réanimation et à 3 mois ; les symptômes d'anxiété-dépression par le *Hospital Anxiety and Depression Score* à 3 mois de l'inclusion ; la qualité de vie par le questionnaire *Short Form 36* (SF36) à 3 mois de l'inclusion ; et enfin l'appréciation globale de la VNI en terme d'inconfort, de satisfaction et de traumatisme en fin de séjour et à 3 mois par une échelle numérique entre 0 et 10.

### Résultats

L'étude princeps a inclus 114 patients (63 étaient des hommes,  ag es de 67 ans [60-74]), 37 dans le bras « intervention musicale », 38 dans le bras « isolement sensoriel » et 39 dans le bras « VNI seule ». Le score d'inventaire de détresse p eritraumatique à la sortie du service était significativement plus faible pour les patients du groupe « intervention musicale » (8 [5,3-13] vs « isolement sensoriel » 16 [5,5-22,5] et « VNI seule » 16 [12,5-25] ; p=0,032), et cette différence disparaissait à 3 mois. Le score HADS était sans différence significative à l'inclusion (respectivement 14,5 [12,5-17] ; 17 [14-18] ; 14 [11,3-22,8] ; p=0,32), et montrait une tendance à la différence à trois mois (respectivement 9,5 [6-13] ; 11 [8-17] ; 14,5 [8,8-18,5] ; p=0,17). Les composantes physiques ou mentales du score SF36 des 3 bras n'étaient pas significativement différentes ni à la randomisation ni à 3 mois. Il n'existait pas de différence significative sur les échelles d'inconfort, satisfaction ou traumatisme à la sortie de réanimation, ou à 3 mois.

### Discussion

Une intervention musicale administrée à des patients de réanimation sous VNI diminue de façon significative le stress post-traumatique à la sortie de réanimation, sans effet à trois mois. Il s'agit d'une intervention simple, reproductible et efficace pour une thérapeutique traumatisante de réanimation.

### Conclusion

Ces résultats encourageants incitent à une utilisation large de cette technique et la réalisation de d'autres études afin de définir les modalités les plus efficaces.

## SOI012

### Étude de l'autonomie de l'IDE de réanimation dans la gestion de la sédation par l'utilisation de l'échelle RASS (*Richmond Agitation Sedation Scale*)

J. Dubosq, B. Sanguinède, J. Vignon, B. Balliccioni, PC. Grezzini, C. Gardé, C. Guilleman, G. Legouic, P. Colson  
*Dar Arnaud de Villeneuve, CHU Montpellier, Montpellier, France*

#### Introduction

Le *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) est une méthode validée et fiable pour évaluer le niveau de sédation des patients de réanimation [1]. Depuis 2014, notre unité a adopté un protocole de sédation incluant cette échelle avec pour but d'adapter avec précision le niveau de sédation du patient, tout en rendant l'infirmière (IDE) autonome dans cette gestion.

Après deux ans d'utilisation, nous avons souhaité évaluer l'utilisation de l'échelle RASS. En marge d'une analyse qualitative de l'adhésion comportementale des IDE à cette échelle, une étude de son utilisation effective a été réalisée à partir des dossiers des patients.

#### Matériels et méthodes

Le protocole de sédation-analgésie élaboré par un groupe de travail comportait l'échelle RASS, et l'utilisation de propofol et de sufentanil dont les doses pouvaient être adaptées selon les objectifs de sédation prescrits. Toutes les feuilles quotidiennes de soins des patients sédatisés dans l'unité de réanimation cardiothoracique et vasculaire ont été colligées d'avril à juillet 2016. Ont été recensés : la prescription médicale, le rythme d'évaluation du RASS et de l'adaptation des traitements de sédation-analgésie. Les résultats sont exprimés en médiane (IQ25-75).

#### Résultats

100 journées ont été analysées correspondant à 34 patients. Le RASS est évalué 11 [8-14] fois/jour. Plus le RASS est évalué fréquemment dans une journée, plus le nombre d'adaptations est important avec un ratio d'1 adaptation pour

4 évaluations. L'adaptation du propofol est 2 fois plus fréquente que celle du sufentanil (2 [1-4] /jour versus 0 [0-1]/jour).

Il y a eu 17 changements de prescription au cours de l'étude, qui induisaient une adaptation de 3 [1-4] fois pour le propofol et de 1 [0-3] fois pour le sufentanil

#### Discussion

Le score RASS est utilisé par l'équipe fréquemment, permettant une adaptation de la sédation-analgésie par l'IDE, qui tend à témoigner d'une autonomie acceptable. Le propofol est l'élément prédominant dans le maintien d'un niveau de sédation, alors que le sufentanil est 2 fois moins concerné. Inversement, l'adaptation du sufentanil est d'avantage utilisée lorsque la prescription a été réajustée. Ceci suggère que l'adaptation pour un niveau donné de RASS est maintenue essentiellement par l'ajustement du propofol, alors que le changement du niveau de RASS l'est par une combinaison des 2 bien que le propofol y prédomine encore (1 sufentanil/3 propofol). Le propofol est privilégié peut-être du fait de sa facilité d'utilisation avec cinétique d'action plus rapide que celle du sufentanil.

#### Conclusion

Cette étude tend à montrer que le protocole de RASS est utilisé régulièrement dans la journée, environ toutes les 2 heures, et semble permettre à l'IDE une autonomie dans l'adaptation de la sédation. Néanmoins, des questions subsistent quant à l'impact de ce protocole sur l'évolution des patients, et l'importance relative des 2 molécules utilisées sur cette évolution.

#### Références

1. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, Davidson JE, Devlin JW, Kress JP, Joffe AM, Coursin DB, Herr DL, Tung A, Robinson BR, Fontaine DK, Ramsay MA, Riker RR, Sessler CN, Pun B, Skrobik Y, Jaeschke R; American College of Critical Care Medicine (2013) Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med* 41: 263-306