

Évaluation

SRLF 2015

© SRLF et Lavoisier SAS 2015

SOI018

Les patients porteurs de bactéries multirésistantes à l'admission en réanimation présentent-ils tous des facteurs de risque ?

M. Leriche, S. Dufresne, A. Donze, S. Tremblay, C. Froisart, C. Hermant, A. Soury-Lavergne, S. Nseir
Centre de réanimation, centre hospitalier régional universitaire de Lille, Lille

Introduction

Les infections à bactéries multirésistantes (BMR) sont fréquentes en réanimation. Elles sont associées à une augmentation de la mortalité et de la morbidité. L'une des mesures préventives proposées pour limiter leur transmission est l'isolement des patients porteurs de ces bactéries. Dans certains services de réanimation, les patients sont ainsi systématiquement isolés à l'admission en attendant les résultats des prélèvements de dépistage. Mais l'isolement entraîne aussi un surcoût, une détresse psychologique des patients et une augmentation des événements indésirables. Les facteurs de risque de BMR définis par l'American Thoracic Society ont une excellente valeur prédictive négative, suggérant qu'une stratégie d'isolement ciblée à l'admission pourrait être préférée [1]. Une étude récente de type avant-après [2] a démontré qu'une stratégie d'isolement ciblée permettait de réduire d'un tiers le pourcentage de patients isolés à l'admission, sans augmenter pour autant le risque d'infection acquise en réanimation à BMR.

L'objectif de cette étude est de déterminer l'incidence des facteurs de risque de BMR à l'admission en réanimation chez les patients porteurs de ces bactéries.

Patients et méthodes

Cette étude observationnelle rétrospective a été réalisée pendant un an (2014) dans un service de 50 lits de réanimation

polyvalente. Tous les patients admis dans le service étaient éligibles. Les BMR ont été définies comme *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), *Pseudomonas aeruginosa* résistant à la céftazidime et à l'imipénem, *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénem, bacilles à Gram négatif (BGN) producteurs de bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE) et BGN producteurs de carbapénémase.

Un dépistage de BMR réalisé à l'admission chez tous les patients comportait un écouvillon nasal à la recherche de SARM et un écouvillon anal à la recherche des autres BMR. Les données cliniques et microbiologiques ont été collectées à partir des dossiers informatiques des patients et de la base de données du laboratoire de microbiologie. Nous avons calculé le pourcentage des patients porteurs de BMR à l'admission et l'incidence des différents facteurs de risque chez ces patients.

Résultats

Mille cent cinquante-huit patients ont été admis, parmi lesquels 65 (5,6 %) étaient porteurs d'une BMR à l'admission. Soixante-quinze BMR ont été dépistées, 17 (22,7 %) en nasal et 58 (77,3 %) en anal. Neuf (13,8 %) patients étaient porteurs de plusieurs BMR, dont 3 (4,6 %) sur les deux sites.

La BMR la plus fréquemment isolée à l'admission était BLSE (52/75, 69,3 %), suivie de SARM (17/75, 22,7 %), *Klebsiella* productrice de carbapénémase (KPC) (3/75, 4 %), *P. aeruginosa* (2/75, 2,7 %) et *A. baumannii* (1/75, 1,3 %).

Parmi les BLSE on retrouve *Escherichia coli* (32/52, 61,5 %), *Klebsiella pneumoniae* (15/52, 28,8 %), *Enterobacter cloacae* (2/52, 3,8 %), *Klebsiella oxytoca* (1/52, 1,9 %), *Enterobacter aerogenes* (1/52, 1,9 %) et *Citrobacter freundii* (1/52, 1,9 %).

S'agissant des facteurs de risque de BMR à l'admission, 37 (56,9 %) patients en présentaient 2 ou plus, 17 (26,1 %) n'en présentaient aucun et 11 (16,9 %) en présentaient 1 seul.

56,9 % des patients porteurs de BMR à l'admission ont été hospitalisés plus de 48h durant les trois derniers mois. 53,8 % ont bénéficié d'une antibiothérapie dans les trois mois précédant l'entrée en réanimation. 37 % étaient hospitalisés pendant au moins cinq jours avant leur entrée au sein de notre service. 15,4 % bénéficiaient de soins à domicile. 7,7 % étaient des dialysés chroniques. 6,1 % étaient

immunodéprimés. 4,6 % étaient porteurs de BMR lors d'une hospitalisation antérieure. 1,5 % résidaient en maison de retraite. En revanche, aucun patient ne mentionnait un retour de voyage d'une zone endémique ou un contact avec un membre de la famille porteur d'une BMR.

Conclusion

L'incidence du portage de BMR à l'admission était faible (5,6 %), 26,1 % des patients porteurs de BMR ne présentaient aucun facteur de risque. Nos résultats suggèrent donc qu'une stratégie d'isolement à l'admission devrait être systématique et non pas basée sur les facteurs de risque de BMR.

Références

1. Nseir S, Graillies G, Soury-Lavergne A, et al (2010) Accuracy of American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America criteria in predicting infection or colonization with multidrug-resistant bacteria at intensive-care unit admission. *Clin Microbiol Infect Clin Microbiol Infect* 16:902-8
2. Ledoux G, Six S, Lawson R, et al (2015) Impact de l'isolement ciblé à l'admission sur l'incidence des infections acquises en réanimation à bactéries multirésistantes. *Réanimation* 24(S1):S51-S55 (abstract)

SOI019

Toilette quotidienne des patients sans eau ni savon : expérience d'une équipe soignante d'une unité de réanimation médicale

S. Seguin¹, I. De Boulastel¹, J. Carlen¹, P. Corne¹, A. Blasco², V. Ledur³, AF. Ajas¹, C. Velay¹, L. Nekkach¹, M. Simon⁴, O. Jonquet¹, K. Klouche¹

1. Réanimation médicale, hôpital Lapeyronie, Montpellier
2. Unité d'hygiène hospitalière et de prévention, hôpital Lapeyronie, Montpellier
3. Direction des achats et des approvisionnements, centre André Benech, Montpellier
4. Unité d'hygiène hospitalière et de prévention, hôpital Saint-Éloi, Montpellier

Introduction

La toilette des patients est un acte nécessaire et quotidien en réanimation. Elle pourrait néanmoins induire un risque infectieux par la transmission de bactéries multirésistantes parfois contenues dans l'eau et les récipients utilisés lors de toilettes conventionnelles. Une toilette n'utilisant ni eau ni savon pourrait en conséquence réduire ce risque. Dans cette étude, nous avons évalué la faisabilité d'une toilette quotidienne par lingettes, sans eau ni savon, dans une unité de réanimation médicale et son acceptabilité par l'équipe soignante.

Patients et méthodes

Étude prospective d'une durée de 5 mois menée dans un service de réanimation médicale de 12 lits dont l'équipe soignante comprenait 31 IDE et 19 AS. Les patients bénéficiaient d'une toilette quotidienne, sans eau ni savon, utilisant trois types de lingettes selon le protocole suivant :

- matin : toilette corporelle avec lingettes imprégnées à la chlorhexidine (CHX) 2 % sauf visage et muqueuses lavés avec lingettes imprégnées à l'eau et savon pH neutre ;
- fin d'après-midi : toilette corps total par lingettes imprégnées à l'eau et savon pH neutre ;
- en cas de selles : lingettes imprégnées à la diméthicone (DMC) 3 % ;
- deux fois/semaine shampoing sec avec capiluves ;
- utilisation de réchauffeur pour les lingettes imprégnées à la CHX.

Un questionnaire, évaluant le confort et la tolérance cutanée du patient, la facilité d'utilisation, l'ergonomie et la logistique, était soumis aux soignants en charge des patients la première semaine puis une fois par mois.

Résultats

Durant la période de l'étude, 189 patients ont bénéficié d'une toilette quotidienne sans eau ni savon. Tous les soignants présents les jours d'évaluation ont répondu au questionnaire. L'analyse détaillée des réponses était la suivante : absence de dépôt après passage, résistance satisfaisante à la torsion et texture agréable : 80-100 % des questionnaires pour les trois types de lingettes ; odeur des lingettes agréable ou neutre et température adaptée pour celles à la CHX : 100 % des soignants ; bon pouvoir de nettoyage : 67 % des soignants pour les lingettes à la CHX, 87 % pour celles à pH neutre, 33 % pour celles à la DMC, et 20 % pour les capiluves. Le pouvoir de nettoyage était jugé insuffisant dans les cas d'hygiène précaire (plusieurs passages nécessaires pour les lingettes à la CHX) et de selles abondantes (lingettes DMC). Les trois types de lingettes n'entraînaient ni rougeur, ni réaction, ni sécheresse cutanées pour 100 % des réponses. Un gain de temps d'environ 8 min était obtenu par rapport à la toilette traditionnelle. L'ensemble des soignants notait une amélioration du confort de soins lors de toilettes de patients obèses et/ou agités.

Conclusion

Une toilette quotidienne sans utilisation d'eau et de savon est aisément réalisable dans les unités de réanimation. La toilette par lingettes procure une ergonomie et une tolérance cutanée excellentes, mais son pouvoir de nettoyage pourrait être amoindri en cas d'hygiène précaire du patient ou/et de selles abondantes. Elle permet en outre un gain de temps significatif par rapport aux toilettes conventionnelles.

SOI020

Informatisation par des logiciels non métier en réanimation : évaluation

R. Brygier, N. Vidal, B. Gelée

Réanimation polyvalente, CH de Beauvais, Beauvais

Introduction

L'informatisation de notre service de réanimation s'est faite en déployant deux logiciels non-métiers communs à plusieurs services de soins du centre hospitalier. Le premier, support exclusif des prescriptions de produits pharmaceutiques, a été conçu pour permettre à la pharmacie la délivrance de médicaments pour chaque jour de chaque patient. Le 2^e logiciel sans connexion avec le 1^{er} a été conçu pour faire disparaître les dossiers papier médicaux et infirmiers. L'adaptation aux spécificités de la réanimation a conduit à la pérennisation de plusieurs supports papier et de transcription. Nous avons voulu en évaluer les conséquences.

Patients et méthodes

Étude prospective observationnelle sur un mois par un binôme médecin/infirmier à l'insu des équipes médicales et paramédicales.

Inclusion : deux prescriptions par jour, tirées au sort, de patients de réanimation définis par la ventilation invasive.

Exclusion : prescription faite par l'observateur.

Évaluation des prescriptions sur la conformité, le nombre des supports, des différences selon la multiplicité des supports des prescriptions de ventilation, nutrition entérale (NE), perfusion, médicaments intraveineux continus (IVSE), médicaments intraveineux discontinus (IV). Les critères de conformité étaient simples et robustes. Ventilation : mode, FiO₂, PEEP, volume et fréquence en VAC, niveau d'aide en AI. NE : nom du soluté et quantité par jour. Perfusions : quantité par jour, solutés avec les électrolytes. IVSE : nom du médicament et dose par unité temps précise. IV : nom, dosage et rythme des administrations.

Résultats

Quarante prescriptions ont été analysées. Les prescriptions étaient faites sur quatre supports papier différents P1 à P4, un support informatique I et inconstamment transcrites sur un support effaçable T.

La ventilation : prescrite sur 4 des 40 patients ventilés, sur un seul support P1. Aucune prescription n'était conforme. NE : 34 prescrites sur les 34 patients nourris. Huit étaient prescrites sur un seul support P2 ou I. Vingt-six étaient prescrites simultanément sur deux supports, informatique et papier, 11 identiques dont 10 non conformes, et 15 différentes dont 12 non conformes. Trente-six des 38 perfusions étaient prescrites, toutes sur deux supports simultanés, informatique et

papier. Trente et une étaient différentes, 5 identiques dont 4 conformes. IVSE : 24 sur 27 étaient prescrites. Quinze étaient prescrites sur un seul support informatique, dont 6 retranscrites et différentes de la prescription. Six étaient prescrites sur 2 supports simultanés informatique et papier dont 5 différentes. IV : 36 prescriptions. Quinze étaient faites sur un seul support dont 12 sur le support informatique et 3 sur support papier P2. Vingt et un étaient prescrites sur 2 supports simultanés, informatique et papier dont 20 différentes. Dix-sept sur ces 36 prescriptions avaient été transcrites ; 11 transcriptions étaient différentes de la prescription.

L'ensemble des prescriptions comportaient des non-conformités graves ou des prescriptions en plusieurs exemplaires différentes et plus inconstamment une transcription le plus souvent différente de la prescription.

Discussion

À notre connaissance, aucune évaluation de l'utilisation en réanimation de logiciel non-métier n'a été publiée. Dans notre expérience, l'absence de spécialisation a contraint au maintien et la multiplication des supports papier, la redondance des prescriptions et les transcriptions. Les différences des prescriptions redondantes concernaient des prescriptions faites sur support informatique et papier, argument en faveur de l'inadaptation du support informatique. Remarquons également qu'aucun des supports, indépendamment considérés, ne garantit des prescriptions conformes. Cette situation expose au cumul des causes d'erreurs et conduit à des pratiques hors recommandation dont les conséquences devraient être chiffrées. Par ailleurs, nous supposons cette situation consommatrice de temps et génératrice de stress supplémentaire.

Conclusion

L'informatisation en réanimation par des logiciels non-métier a conduit à des prescriptions sur des supports multiples avec conservation des supports papier et des retranscriptions. Ces pratiques sont hors recommandation.

SOI021

Évaluation du ressenti des patients de réanimation concernant la surveillance continue des paramètres vitaux (monitoring) et le déclenchement des alarmes

E. Adam, A. Lévy, S. Merviel, C. Pichon, T. Renouf, H. Ait-Oufella

Réanimation médicale, hôpital Saint-Antoine, Paris

Introduction

La réanimation est une spécialité de haute technicité permettant la prise en charge de patients critiques. La multiplication

des dispositifs de surveillance en fait un milieu bruyant et potentiellement anxiogène. Depuis quelques années, de nombreuses études évoquent des phénomènes anxiodépresseurs, aux origines multifactorielles pouvant survenir après une hospitalisation en réanimation. La prévalence de ces manifestations était estimée entre 15 à 47 % dans une étude anglaise publiée en 2001 [1]. Nous avons évalué les conséquences psychologiques chez les patients hospitalisés en réanimation.

Matériels et méthodes

Une étude prospective a été réalisée sur une période de deux mois, sous forme de questionnaire anonyme de 9 questions (questions à choix multiples et échelles de notation) nécessitant environ 5 à 10 minutes. L'infirmier en charge du questionnaire a également recueilli des données concernant le séjour du patient (sexe, âge, durée du séjour en réanimation, et nécessité ou non d'une sédation et/ou du recours à une ventilation artificielle). Ce questionnaire était proposé à chaque patient le jour de sa sortie du service et répondant aux critères suivants : un séjour en réanimation supérieur à 48 heures, l'absence de troubles cognitifs ou sensoriels (type surdité, cécité) modifiant la perception des alarmes, absence de barrière de langue. Les questions portaient sur le ressenti des patients concernant le déclenchement des alarmes avec des aspects négatifs (anxiogène) ou positifs (rassurant).

Résultats

Le questionnaire a été complété par 43 patients (58 % d'hommes) avec un âge médian à 62 ans. 70 % des patients

 taient hospitalisés pour la première fois dans un service de réanimation et la durée moyenne de leur séjour était de huit jours (médiane à six jours). Le recours à la ventilation invasive a été nécessaire chez 33 % des patients, 26 % ont été s dat s. Le taux de réponse aux questions est de 99 %. Les patients estiment que le déclenchement des alarmes est fréquent (moyenne 4,95/10) mais peu dérangeant (moyenne=3/10). Le stress généré par le déclenchement des alarmes est évalué à 3,6/10 par l'ensemble des patients et à 4,1/10 par le groupe patients ventilés +/- s dat s. 86 % des patients interrogés estiment que le monitoring continu est « rassurant ». Enfin, le temps de réaction des soignants suite au déclenchement d'une alarme est perçu comme « rapide » chez 57 % des patients, « moyennement rapide » chez 33 % et « plutôt long » chez 10 % des malades. De façon intéressante, les patients hospitalisés depuis moins de six jours évaluent l'intervention comme « rapide » dans 66 % des cas contre 40 % pour ceux hospitalisés depuis sept jours ou plus.

Conclusion

Le déclenchement des alarmes est une source de stress pour le patient en réanimation mais il peut également être rassurant. Les effets du déclenchement des alarmes semblent être différents selon la durée d'hospitalisation.

Bibliographie

1. Scragg P, Jones A, Fauvel N (2001) Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia* 56:9-14