

Éthique

SRLF 2015

© SRLF et Lavoisier SAS 2015

SOI022

Élargissement des horaires de visites en réanimation et communication infirmiers/familles : évaluation et réajustement des pratiques

J. Garcia

Réanimation polyvalente, CH de Polynésie Française, Papeete, Polynésie Française

Introduction

Il est reconnu que la restriction des horaires de visite et le défaut de communication entre les proches et les soignants sont perçus comme une source d'inconfort par le patient et sa famille, et qu'ils favorisent l'état de stress post-traumatique de ces derniers [1]. Suite au déménagement au sein d'un nouvel hôpital et dans le cadre de l'élargissement des visites en continu, de 13h à 19h au 1^{er} juillet 2013, nous avons évalué la qualité de la communication infirmiers/familles avant puis après cet élargissement, afin de proposer des solutions de réajustement dans le cadre d'une démarche qualité.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une enquête observationnelle, monocentrique, réalisée par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme, sur deux périodes d'inclusion de 30 jours, du 13 mai au 13 juin 2013 puis du 2 octobre au 2 novembre de la même année. L'outil d'investigation regroupe les items suivants : descriptif de la population interrogée, impact sur la communication et la relation avec les familles, impact sur les soins, intérêt pour le patient, types d'informations dispensées, difficultés rencontrées, et besoins en formation à la communication. La population incluse s'est limitée aux infirmiers de notre service de réanimation. Sont par conséquent exclus les médecins réanimateurs, internes, cadre de santé, aides-soignants, psychologue.

Résultats

Soixante-deux questionnaires sur un total de soixante-quinze ont été recueillis, avec un taux de recouvrement de 87 % (33/38) pour la première période d'inclusion et d'un peu plus de 78 % (29/37) pour la seconde. Les infirmiers interrogés avaient en moyenne huit ans d'expérience professionnelle dont quatre ans au sein du service, 66 % n'avaient pas d'expérience préalable en réanimation et 64 % étaient âgés de moins de 35 ans. Près de 95 % des infirmiers décrivaient un état de stress chez les familles des patients de réanimation, 67 % des infirmiers interrogés étaient favorables à l'élargissement des horaires de visite dans le service. L'élargissement des visites n'avait pas engendré de demandes excessives de la part des familles pour 59 % des infirmiers, de même que d'interruptions et/ou de reports des soins pour 55 %. 69 % reconnaissaient que l'élargissement des heures de visite contribuait au mieux-être du patient bien que 29 % faisaient remarquer un effet stressant pour ce dernier. 72 % admettaient que l'absence de l'hôtesse d'accueil du service engendrait une forte incidence sur la gestion des familles, alors que la décision de suppression des procédures systématiques d'habillage pour les visites, favorisait l'accueil pour 55 % des infirmiers contre 35 % (10 % ne se prononçant pas). Dans le cadre de la communication aux familles, 90 % des infirmiers déclaraient donner des explications sur le déroulement des soins et l'organisation du service, près de 67 % relataient s'être retrouvés en situation de difficulté dans les réponses à apporter, notamment lorsque l'entretien avec le réanimateur avait été tardif ou non réalisé, que la décision de limitation et arrêt des thérapeutiques était incomprise par la famille, que les informations délivrées aux proches, par le médecin, étaient méconnues des infirmiers ; ainsi que dans le cas de pronostic incertain et/ou de déni de la réalité. Tout juste 50 % des infirmiers interrogés avaient pu assister au moins une fois aux entretiens avec la famille, notamment à cause d'un manque de disponibilité lié à la charge de travail. 82 % souhaitaient pouvoir bénéficier d'une formation à la communication, afin de savoir quelle attitude adopter en fonction des situations rencontrées.

Discussion

Nous disposons d'un service adapté, du fait de sa modernité, répondant globalement aux recommandations des sociétés

savantes [2] et attentes des différents utilisateurs. Notre enquête, bien que limitée à la population infirmière de notre service et par conséquent de faible puissance, a permis de relever certaines difficultés rencontrées par les soignants interrogés.

Conclusion

Les infirmiers reconnaissent qu'il existe un état de stress chez la famille du patient de réanimation et qu'un élargissement des horaires de visites s'avère bénéfique pour eux et leur malade. 90 % des infirmiers interrogés donnent des explications aux familles, 67 % se trouvent en difficulté dans les réponses à apporter et 82 % sont demandeurs d'une formation à la communication. Au regard de ces résultats et dans le cadre de la formation continue, une formation dispensée par une équipe pluridisciplinaire (réanimateur, infirmier, psychologue) a été mise en place en 2015, dans le but de répondre au mieux aux attentes des infirmiers et ainsi améliorer leur communication aux familles.

Bibliographie

- (2010) Mieux vivre la Réanimation. *Réanimation* 19:191-203
- Fourrier F, Boiteau R, Charbonneau P, et al (2012) Structures et organisation des unités de réanimation. 300 recommandations. *Réanimation* 21:523-39

SOI023

Quand l'infirmier(e) doit reformuler l'annonce de décision de LAT et répondre aux proches : une enquête de la commission d'éthique de la SRLF

S. Dray¹, I. Blondiaux², F. Bordet³, A. Boyer⁴, B. Eon⁵, F. Gonzalez⁶, O. Noizet-Yverneau⁷, J. Pillot⁸, B. Quentin⁹, JP. Rigaud¹⁰, S. Rolando¹¹, T. Van Der Linden¹², MC. Jars-Guinestre¹³, J. Reignier¹⁴

1. *Hôpital Nord, Marseille*

2. *SRLF, Commission éthique, Paris*

3. *Réanimation pédiatrique, CHU de Lyon, HFME, Bron*

4. *Réanimation médicale, centre hospitalier universitaire de Bordeaux, Bordeaux*

5. *Service de réanimation d'urgence et médicale, CHU de Marseille, hôpital de la Timone, Marseille*

6. *Réanimation médicochirurgicale, hôpital Avicenne, Bobigny*

7. *Réanimation pédiatrique, CHU, Reims*

8. *Réanimation polyvalente, CHU Côtes Basques, Bayonne*

9. *SRLF, Commission éthique, Marne-la-Vallée*

10. *Réanimation polyvalente, centre hospitalier de Dieppe, Dieppe*

11. *Service de régulation et d'appui, agence biomédecine, Malakoff*

12. *Réanimation polyvalente, CH Saint Philibert, Lomme*

13. *Réanimation médicochirurgicale, hôpital Raymond-Poincaré, Garches*

14. *Réanimation, centre hospitalier départemental, site de La Roche-sur-Yon, La Roche-sur-Yon*

Introduction

Il est établi qu'une famille sur deux a une mauvaise compréhension de l'information donnée par le médecin. Aussi et dans le cadre de l'annonce d'une décision de LAT, la reformulation par l'IDE pourrait être un outil de communication intéressant. Or il existe peu de données sur cette pratique au sein des réanimations françaises. Cette étude a pour but de faire un état des lieux des pratiques et opinion des IDE sur les modalités de prise de décision, d'information et de reformulation de l'annonce d'une LAT.

Matériels et méthodes

Un questionnaire, établi par les membres de la Commission d'éthique puis validé par le conseil d'administration, a été diffusé via *push list* de juin à septembre 2015. Il s'agit de 27 questions fermées et anonymes destinées aux IDE de réanimation. Les questions concernaient les caractéristiques des répondants et de leur service puis les pratiques et opinion sur les modalités de décision de LAT, d'information des proches et de reformulation par les IDE de l'annonce d'une LAT.

Résultats

Nous avons eu 465 répondants : 437 issus d'un service de réanimation français et 28 d'un service étranger.

Tableau 1 Caractéristiques des répondants

Sexe : homme / femme	22,2 %/77,8 %
Âge	73,1 % ≤40 ans
Réanimation adulte/pédiatrie	91,8 %/10,5 %
Nb d'année d'expérience >5ans	57,9 %

Tableau 2 Caractéristiques des services

Hôpitaux universitaires	60,7 %
Réanimation polyvalente/médicale/chirurgicale	59,1 %/34,2 %/6,7 %
Nb de lits	16,08
Nb d'admission/an	59,6 % entre 400 et 800
Ratio conforme au décret IDE	45,6 %
Ratio conforme au décret AS	81,1 %

Concernant les pratiques en lien avec les modalités de prise de décision de LAT, les IDE assistent aux réunions de prise de décision (52,2 %) dans la majorité des services, mais seulement 42,6 % déclarent y participer activement et 14,1 % initier la réflexion pour l'un de ses patients. 87,3 % déclarent que la traçabilité de la décision au sein du dossier est assurée dans leur service. Lors de l'annonce aux proches, 60,4 % des IDE déclarent participer à l'entretien, 17,7 % déclarent y intervenir en complément du médecin et 62,6 % disent que le contenu de l'entretien est tracé dans le dossier.

Concernant la reformulation de l'annonce, 57,2 % des IDE répondants déclarent ne jamais « être amené à reformuler l'annonce/décision après le médecin ». Parmi les raisons qui les amènent à reformuler, 75 % des répondants déclarent le faire « à la demande des proches » et pour 94,7 % des répondants ce « n'est pas à la demande du médecin ».

Lors de la reformulation, 93 % des répondants expliquent les soins de confort, 82,3 % expliquent ce qu'a dit le médecin, 58 % « donnent des détails sur la manière dont les traitements seront arrêtés » et 22,8 % « reprennent en détail ce qu'a dit le médecin ».

Enfin, 84,9 % des IDE répondants déclarent que « selon eux, reformuler n'est pas une difficulté », 70,6 % que « reformuler est une mission IDE » mais pour 70,7 %, ils estiment « ne pas avoir la formation suffisante » et pour 53,4 % « les informations nécessaires » pour pratiquer la reformulation.

Discussion

L'enquête montre que l'IDE occupe une place dans le dispositif de prise de décisions de LAT comme préconisé puisqu'elle assiste aux réunions de décisions et à l'entretien d'annonce mais sa participation n'est pas encore active. Les IDE considèrent que la reformulation d'une annonce de LAT fait partie de leur mission qui n'est pas perçue comme difficile mais que le manque de formation et d'information sont des freins à cette pratique. Par ailleurs, les raisons retenues pour reformuler montrent la compréhension des répondants face à cette pratique IDE qui est un outil de soins permettant d'améliorer la communication avec les proches en optimisant la qualité de l'information délivrée.

Conclusion

Les résultats de cette enquête encouragent à initier une réflexion afin d'établir la place de l'IDE dans un dispositif d'annonce de LAT en réanimation, tant nous savons que de la qualité de l'information dépend notamment le travail de deuil des proches. Aussi la reformulation est un acte infirmier qui pourrait prendre tout son sens dans le cadre d'un dispositif d'annonce d'une LAT établi qui ne peut se résumer à un unique entretien médical en présence d'un IDE.

SOI024

Évaluation auprès des accompagnants d'un livret d'accueil pour l'enfant visiteur en réanimation

A. Argain¹, I. Exbrayat¹, E. Rozières¹, G. Rodriguez¹, S. Mahrouga¹, C. Haubertin¹, C. Paty¹, A. Suc², M. Vignes³, O. Fourcade¹, L. Kerhuel¹, E. Brunel¹

1. Réanimation Purpan, CHU Toulouse, Toulouse

2. Unité de douleur et soins palliatifs, hôpital des enfants, CHU Toulouse, Toulouse

3. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital la Grave, CHU Toulouse, Toulouse

Introduction

Selon les recommandations de la SFAR/SRLF de 2009 « Mieux vivre la réanimation », l'accueil et la présence des enfants d'un patient hospitalisé en réanimation « doit être facilitée et encadrée ». Pourtant, les difficultés rencontrées par les parents et le personnel soignant accompagnant l'enfant sont réelles, et leur souhait de disposer d'outils pratiques à cette fin est établi. L'objectif de ce travail est d'étudier les modalités d'utilisation d'un livret d'accueil destiné à l'enfant visiteur en réanimation, et d'évaluer l'impact de ce livret sur la satisfaction des adultes accompagnant l'enfant.

Patients et méthodes

Étude observationnelle prospective monocentrique réalisée sur 12 mois (06/2014-06/2015) dans un service de réanimation polyvalente adulte de 18 lits. Un livret d'accueil a été conçu par une équipe multidisciplinaire (infirmières, réanimateurs, psychiatres, illustratrice), comportant des explications détaillées et illustrées adaptées aux enfants, ainsi que des conseils pour les adultes accompagnants en annexe. Sur la période d'étude, lorsqu'une famille mentionnait l'existence d'un ou plusieurs enfants dans l'entourage proche du patient, l'accompagnant adulte était informé au cours d'un entretien de la possibilité d'une visite par les enfants et recevait un exemplaire du livret. Le livret était également porté à la connaissance des familles par une affiche en salle d'attente. Les données relatives au séjour en réanimation du patient et au déroulement de l'entretien avec l'accompagnant ont été colligées. Un questionnaire était envoyé par voie postale à l'adulte accompagnant 15 jours après la sortie de réanimation du patient afin de recueillir les modalités d'utilisation du livret par l'enfant et la satisfaction de l'accompagnant lors de la visite de l'enfant.

Résultats

Cinquante-sept livrets ont été distribués sur la période d'étude (8 % des patients hospitalisés) et étaient destinés à 93 enfants susceptibles de rendre visite à leur proche durant l'hospitalisation. Les 57 patients concernés (63 % d'hommes) étaient

âgés de 48 [36;63] ans, la durée médiane de séjour était de 11 [5;19] jours et 13 (23 %) patients sont décédés dans le service. Les 93 enfants concernés avaient un âge médian de 9 [5;12] ans (extremums : 2 à 16 ans), et étaient un enfant ou un petit enfant du patient dans 64 % et 29 % des cas. Le livret était transmis à l'adulte accompagnant dans un délai médian de 3 [2;6] jours suivant l'admission, au cours d'un entretien où était présent une infirmière, un médecin ou une aide-soignante dans 73 %, 35 % et 22 % des cas respectivement. L'enfant était présent dès l'entretien avec l'accompagnant dans 22 % des cas. Le livret était majoritairement proposé par l'infirmière (54 %) et était demandé par l'adulte accompagnant dans 19 % des cas. Le jour de l'entretien, les patients étaient fréquemment sous assistance ventilatoire (79 %) et/ou inconscients (42 %). Un projet de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques était en cours dans 9 % des cas. Trente-deux (56 %) adultes accompagnants ont accepté de recevoir un questionnaire de satisfaction à leur domicile. Le taux de réponse a été de 50 % (16 questionnaires). Cent pour cent des participants ont considéré le livret « adapté » ou « tout à fait adapté » aux enfants, et l'annexe pour les adultes « utile » ou « très utile ». Douze participants (75 %) ont accompagné l'enfant dans le service et 8 (67 %) d'entre eux ont utilisé le livret durant la visite. Aucun des 12 participants n'a déclaré que la visite a été une source d'angoisse pour l'enfant, et le score de satisfaction moyen était de 9,2 sur une échelle numérique de 0 (non satisfait de la visite) à 10 (très satisfait de la visite).

Conclusion

Le nombre d'enfants susceptibles de rendre visite à un proche hospitalisé en réanimation est important. Une diffusion large auprès des familles du livret d'accueil adapté à l'enfant visiteur est facilement réalisable par les soignants, utile et source de satisfaction pour les accompagnants. Un travail supplémentaire serait néanmoins nécessaire auprès des enfants pour évaluer leur intérêt pour le livret d'accueil et leur vécu lors de leur visite en réanimation.

SOI025

Attitude des paramédicaux des réanimations françaises confrontés à des prises de décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques : LATITUDE

S. Kerever

Département d'anesthésie-réanimation, GH St Louis / Lariboisière AP-HP, Paris

Introduction

Les situations de fin de vie concernent environ 10 % des patients admis en réanimation et trois mesures sont généralement identifiées et regroupées sous le terme de Limitation ou

Arrêt des Thérapeutiques (LAT). La première décision consiste à ne pas réanimer un patient en cas d'arrêt cardiaque, la deuxième concerne les limitations des soins et consiste à ne pas introduire de nouveaux traitements ou à ne pas augmenter une thérapeutique déjà en place, et enfin la dernière concerne les arrêts de soins et consiste à stopper un traitement préalablement débuté et qui permet au patient d'être maintenu en vie. Les recherches menées sur les LAT en réanimation concernent principalement les pratiques médicales mises en œuvre, les points de vue juridiques et les aspects éthiques de ces situations. Alors que le rôle des médecins, des patients ou des familles semble clairement identifié, celui des paramédicaux reste à ce jour mal défini et se trouve parfois même en décalage par rapport aux perceptions des médecins. Peu de publications se sont focalisées sur l'implication, les attitudes ou la vision des paramédicaux dans ces prises de décisions et le rôle de ces derniers reste donc à ce jour méconnu, tant sur le plan participatif qu'organisationnel.

Matériels et méthodes

L'objectif principal de cette enquête est d'explorer et d'identifier les pratiques, les points de vue, les connaissances et le ressenti des paramédicaux lors des situations de LAT chez les patients hospitalisés en réanimation ou dans un service de soins intensifs. Cette étude se base sur l'utilisation d'un questionnaire électronique diffusé à l'échelle nationale auprès de tous les paramédicaux exerçant en réanimation ou en soins continus en France.

Résultats

Au total, 1500 questionnaires ont été analysés. Les paramédicaux ayant participé à cette enquête exercent pour la majorité dans un CHU (64 %) dans un service de réanimation polyvalente (37 %). L'âge médian des participants est de 34 ans [28 ; 41] avec une proportion de 80 % femmes. Environ 21 % des paramédicaux interrogés estiment que les limitations ou les arrêts des thérapeutiques n'ont aucun impact sur leur bien-être, et 63 % d'entre eux éprouve souvent le besoin d'en parler. Alors que 78 % des participants considèrent que ces décisions font partie de leurs missions, seulement 10 % des paramédicaux se considèrent comme suffisamment formés sur le plan éthique ou juridique. Au final, le plus grand risque pour 53 % des participants à cette enquête est de faire survivre un patient qui sera très handicapé, grabataire ou sans communication.

Conclusion

Cette étude permet de mettre en évidence le rôle participatif des paramédicaux lors des prises de décisions de LAT, alors qu'ils ne semblent pas suffisamment formés pour ces situations. L'implication des paramédicaux lors des phases réflexives et organisationnelles semble par contre dépendre d'autres facteurs comme les années d'expérience dans les services, la présence d'un psychologue dans ces mêmes unités et le type de limitations envisagées.