

# Session orale infirmier 1

## Nurses Oral Session 1

### SRLF 2016

© SRLF et Lavoisier SAS 2016

#### SOI001

### Impact du Nombre d'interventions infirmières sur la durée d'administration des catécholamines : étude INTERVAL

Cerc Srlf Trial Group  
*Société de réanimation de langue française (SRLF), Paris, France*

#### Introduction

La durée d'administration des catécholamines influe sur la durée de séjour des patients de réanimation. L'adaptation de leur posologie relève en partie des pratiques infirmières. Pourtant, aucune étude ne s'est intéressée à l'impact du nombre et du rythme des modifications posologiques réalisées par l'infirmier(e) sur le sevrage des catécholamines. Le but de notre étude était d'évaluer l'impact du nombre de modifications de posologie de catécholamines réalisées par les infirmier(e)s sur leur durée d'administration.

#### Patients et méthodes

Cette étude observationnelle prospective multicentrique a été initiée par la CERC sous l'égide de la SRLF dans 21 réanimations francophones sur deux mois. Les patients sous noradrénaline et/ou adrénaline depuis moins de 24 heures étaient éligibles. Les patients ayant un des critères suivants étaient exclus: admission pour arrêt cardiaque, traitement par dobutamine seule, cœur artificiel total, état de mort encéphalique et administration des catécholamines sur chambre implantable. Les caractéristiques démographiques des patients à l'inclusion étaient recueillies, ainsi que la dose de catécholamines, la pression artérielle moyenne et le nombre d'interventions infirmières toutes les quatre heures et ce jusqu'au sevrage des vasopresseurs. Les autres supports de

réanimation (ventilation mécanique et épuration extrarénale) et le statut du patient à la sortie étaient également colligés.

#### Résultats

Deux cent vingt-six patients avec un IGS2 moyen à  $54 \pm 21$  ont été inclus. Parmi ces patients, 81 % étaient sous ventilation mécanique invasive et 23 % sous épuration extrarénale. Les principales indications de prescription de catécholamines étaient le choc septique (44 %), le choc cardiogénique (17 %) et la vasoplégie induite par la sédation (16 %). La mortalité en réanimation était de 32 %. La durée moyenne d'administration des catécholamines était de  $71,6 \pm 81,0$  heures, pour un nombre moyen d'interventions infirmières par tranche de quatre heures de  $1,9 \pm 2,8$ . La durée d'administration des catécholamines était inversement corrélée au nombre d'interventions ( $\rho = 0,16$ ,  $p = 0,04$ ). En analyse multivariable, différents facteurs influent sur ce nombre d'interventions : l'existence d'un protocole de service, la présence d'une ventilation mécanique invasive, l'épuration extrarénale, un IGS2 élevé et la période diurne. Le nombre d'interventions était plus important dans les premières heures suivant l'introduction du traitement, pour les pressions artérielles moyennes les plus hautes ( $PAM > 100$  mmHg) et pour les posologies de catécholamines les plus élevées.

#### Discussion

Dans l'étude INTERVAL, le nombre d'interventions infirmières était associé à une diminution de la durée d'administration des catécholamines. Il semble exister un lien entre l'implication de l'infirmier(e) dans la gestion des catécholamines et une diminution des besoins en catécholamines dans le temps. Ceci est probablement lié à une accélération du sevrage lorsque l'objectif de pression artérielle prescrit est atteint. Ce travail préliminaire suggère peut être la réalisation d'une étude paramédicale randomisée pour confirmer ces résultats.

#### Conclusion

Le nombre d'interventions infirmières sur les posologies de catécholamines semble avoir un impact sur leur durée d'administration.

## SOI002

### Les incompatibilités médicamenteuses lors de l'administration intraveineuse

V. Bonhomme, S. Cariou

*Réanimation, centre hospitalier privé de l'Europe, le Port Marly, France*

#### Introduction

En réanimation, la multitude de traitements à administrer de manière simultanée entraîne régulièrement des problèmes d'incompatibilités dans les tubulures de perfusion. De la possible inactivation du principe actif à l'obstruction de cathéter, les conséquences sont nombreuses. Nous nous sommes proposés de créer un support pour notre service, afin d'améliorer nos pratiques et d'offrir une meilleure prise en charge à nos patients.

#### Matériels et méthodes

Dans notre établissement, les sources pour tenter de répondre à ce problème sont nombreuses et dispersées. Il n'est donc parfois pas facile de trouver une solution surtout dans l'urgence. Il paraissait donc intéressant de créer un outil à la fois synthétique et rapide d'utilisation. En accord avec la pharmacie, les médecins et la cadre de santé, nous avons créé un tableau avec les traitements les plus souvent utilisés dans notre service. Nous avons organisé notre travail en trois étapes :

- une première étape d'observation, avec l'expérimentation de toutes les combinaisons possibles que l'on peut trouver dans notre tableau. Une méthodologie consciencieuse a été employée, avec le matériel utilisé habituellement dans le service. Nous avons défini deux temps d'observation et seuls les événements ayant une modification visuellement observable ont été relevés ;
- une deuxième étape de documentation avec les données pharmaceutiques, permet de confirmer certaines incompatibilités précédemment observées et de relever d'autres interactions qui restaient invisibles à l'œil nu ;
- une troisième étape, consistant en un approfondissement des recherches, basée sur la donnée chimique importante qu'est le pH, vient compléter notre outil.

En synthétisant toutes ces données, et ne pouvant pas à notre niveau affirmer des compatibilités, nous relevons dans notre tableau de nombreuses incompatibilités. Ce nouvel outil a été préalablement présenté à toutes les équipes de réanimation et de soins continus pour plus de clarté d'utilisation. En réanimation, ce tableau a été affiché dans chaque chambre de patient afin d'être consultable de manière rapide. En unité de soins continus, un exemplaire a été mis dans le poste de soins infirmier ainsi que sur le chariot de soins de chaque

secteur, les perfusions étant moins complexes mais potentiellement toujours à risques.

#### Résultats

En a découlé certaines pistes d'amélioration. En effet, pour les traitements administrés par intermittence en intraveineuse lente de 30 minutes, la planification journalière est revue de manière à les séparer au maximum. Concernant ceux injectés en continue à l'aide de pousse seringue électrique, l'organisation des voies d'abords tient désormais compte de ces données. D'autres pistes sont en cours d'élaboration en collaboration avec l'équipe de pharmacie de l'établissement.

#### Conclusion

Les incompatibilités médicamenteuses sont un réel problème en réanimation pour le personnel infirmier. La création d'un outil dans notre service, regroupant les interactions les plus fréquentes, a déjà permis d'améliorer nos pratiques. De plus, il aide à la formation des infirmiers nouvellement arrivés, ainsi qu'aux étudiants en soins infirmiers. Le tout, afin d'améliorer la prise en charge de nos patients.

## SOI003

### Les prescriptions de nutrition artificielle en réanimation : sont-elles appliquées et reflètent-elles les recommandations?

G. Demont<sup>1</sup>, K. Megueddem<sup>1</sup>, I. Fersing<sup>1</sup>, S. Nseir<sup>2</sup>

*1. Pôle de réanimation, réanimation D, C.H. régional universitaire de Lille (CHRU de Lille), Lille, France*

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

#### Introduction

La dénutrition des patients de réanimation est fréquente et expose ces derniers à de nombreuses complications : majoration des infections, retard de cicatrisation, allongement de la durée de ventilation mécanique et augmentation de la mortalité. Les recommandations d'experts préconisent un objectif calorique de 20-25 Kcal/Kg/J à la phase aiguë et de 25-30 Kcal/Kg/J après stabilisation. Pour les respecter au maximum, le pôle de réanimation de notre établissement a élaboré un protocole médical de nutrition artificielle (NA) basé sur les recommandations actuelles. L'objectif principal de notre étude est de comparer la prescription de nutrition artificielle (NA) et l'administration réelle de celle-ci au patient. L'objectif secondaire est d'opposer les objectifs caloriques du protocole de nutrition à la réalité de la prescription de la NA au lit du patient.

## Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, monocentrique réalisée au sein d'un pôle de réanimation polyvalente adulte de 50 lits à partir du dossier de soins informatisé. L'inclusion des patients s'est déroulée en décembre 2015 pendant trois jours, à cinq jours d'intervalle. L'administration de l'alimentation était vérifiée pendant les 24 heures suivant la prescription sur les trois jours d'inclusion. Le seul critère d'inclusion était la prescription de NA (entérale ou parentérale). Les critères d'exclusions étaient l'absence de prescription de NA, la nutrition mixte (artificielle et orale) et la mise à jeun. Les objectifs caloriques étaient calculés sur la base de 20-25 Kcal/Kg/J jusqu'à J7 de l'entrée en réanimation et sur la base de 25-30 Kcal/kg/J à partir de J8. Pour les patients ayant un IMC supérieur à 30, ces objectifs étaient basés en fonction de leur poids théorique.

## Résultats

Sur les 140 patients présents au cours des trois jours de l'étude, 99 patients étaient sous NA. Neuf patients sous NA ont été exclus pour manques de données présentes dans le dossier de surveillance. Onze patients (8 %) étaient à jeun dont 4 (3 %) sans support nutritionnel depuis plus de 24 heures. La répartition des patients inclus était la suivante : 32 le jour 1, 30 le jour 2 et 28 le jour 3. Treize patients étaient présents sur 2 jours de relevé et 13 autres sur les 3 jours de relevé. L'âge médian (25<sup>e</sup>-75<sup>e</sup> centiles) était de 63 ans (51-69). Soixante-dix-huit patients (87 %) recevaient une alimentation entérale.

Concernant l'administration de la NA : sur les 90 patients inclus, 17 (19 %) ne recevaient pas la dose calorique journalière prescrite avec un écart supérieur à 10 % et 12 (13 %) avec un écart supérieur à 25 %. Parmi les raisons évoquées, on retrouvait : la réalisation d'un acte thérapeutique ou diagnostique nécessitant la mise à jeun du patient (n=6), une erreur dans l'application de la prescription (n=5), un problème de tolérance digestive de la nutrition (n=2), une prescription médicale portant à confusion (n=2) ou un problème de voie d'administration (n=2). Pour aucun des patients, l'apport calorique administré excédait l'apport calorique prescrit.

Concernant la prescription de la NA : l'IMC pouvait être calculé pour 61 patients (68 %). L'IMC médian (25<sup>e</sup>-75<sup>e</sup> centiles) était de 29,3 (22,8-34). Lorsque l'IMC pouvait être calculé, les objectifs caloriques de 31 prescriptions de NA (51 %) présentaient un écart de plus de 10 % par rapport aux recommandations. Dans 18 cas sur les 31 (58 %), il s'agissait d'un déficit d'apport calorique. 8 (13 %) prescriptions accusaient un déficit de plus de 25 % par rapport à l'apport cible alors que, pour 5 (n=8 %) prescriptions, il s'agissait d'un excès d'apport calorique de plus de 25 %. L'écart médian (25<sup>e</sup>-75<sup>e</sup> centiles) entre l'apport cible et l'apport prescrit était de 10 % (1,5-21,7).

## Discussion

Des axes d'amélioration sont possibles dans l'application du protocole aussi bien pour l'équipe paramédicale que médicale. L'importance de la structure et du nombre d'intervenant rend difficile l'uniformisation des pratiques.

## Conclusion

Cette étude confirme l'existence d'un écart entre la dose calorique journalière prescrite et celle administrée réellement au patient d'une part, mais également entre recommandations et prescriptions de nutrition artificielle. Ce constat permettra d'améliorer nos pratiques professionnelles pour une meilleure prise en charge des patients.

## SOI004

### The different psychological experiences of end of life decision between physicians and nurses: Are they barriers to making decisions?

A. Laurent<sup>1</sup>, M. Bonnet<sup>1</sup>, R. Rigal<sup>2</sup>, A. Pierre<sup>2</sup>, P. Hebert<sup>3</sup>, G. Capellier<sup>4</sup>

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

2. *Icu, CHUM, Montréal, Canada*

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

4. *Réanimation médicale, CHU de Besançon, Besançon, France*

## Introduction

End-of-life decisions are common issues in Intensive Care Units (ICUs), but literature reviews show that such decisions are a source of conflict and suffering within the medical team. The aim of this study is to identify the psychological experiences of the physicians and nurses confronted with end-of-life decisions in intensive care units (ICU).

## Patients and methods

Ten physicians and ten nurses, who work in three ICUs in Montreal (Canada), were interviewed about their approach to end-of-life decisions. All of the interviews were transcribed verbatim and analyzed thematically using Interpretative Phenomenological Analysis. Setting: Three ICUs in the teaching hospitals of Montreal (Canada).

## Results

And physicians, their psychological experiences in relation to end-of-life decisions are very different. Physicians are responsible for decision-making and they do not base their decisions solely on patient data. They depend on more subjective dimensions in relation with patient family and their possibility to accept the decision. Nurses suffer from the

feelings caused by medical obstinacy. These feelings are a source of psychological stress as they create a sensation of inflicting pain on patients and lead to a lack of understanding of the care required. Nurses become then the voice of patients who are voiceless.

### Discussion

Collective decisions concerning the end of life decisions are a challenge. This challenge is all the more important because the physicians and nurses don't build the same representation of the situation. These different representations make more difficult the collaboration.

### Conclusion

Take into account the bedside clinic is important to reach the best approach to decision making and to improve nurses' job satisfaction.

## SOI005

### Ce que deviennent nos patients de réanimation après...

V. Longueville

*Réanimation, centre hospitalier métropole Savoie, Chambéry, France*

### Introduction

Dans la littérature, nous retrouvons la survenue de syndrome de stress post-traumatiques chez 5 à 64 % des patients ayant été hospitalisés en réanimation [1]. La qualité de vie après un séjour en réanimation est également perturbée par la présence de troubles anxieux et de troubles dépressifs [2].

### Patients et méthodes

Dans un souci d'amélioration de la qualité de vie après un séjour en réanimation, nous avons décidé d'inclure dans nos prises en charge en réanimation le journal de bord auprès des patients sédatisés. Dès avril 2014, dans notre service de réanimation médicochirurgicale de Chambéry (73), nous avons ouverts des journaux de bord auprès des patients sédatisés depuis plus de 48h, sans antécédents psychiatriques, sans conflits familiaux et venant pour un autre motif qu'une tentative de suicide. Le journal de bord est initié par le médecin qui est référent du patient. Il inscrit sur les premières pages le contexte d'hospitalisation. Puis les soignants et les membres de la famille sont invités à inscrire les évolutions du patient, les échanges avec lui, les événements extérieurs, des témoignages, les ressentis des familles durant l'hospitalisation. Celui qui rédige s'adresse au patient. Une fois le patient réveillé il est informé de ce dispositif qu'il pourra récupérer en sortant du service. Le journal de bord est destiné à combler le « trou réa », c'est-à-dire l'amnésie provoquée par la

sédation. Le patient peut avec le journal se réapproprié une partie manquante de son histoire.

Knowles et Tarrier [3] ont évalué une diminution significative des troubles psychologiques avec l'utilisation du journal de bord durant l'hospitalisation en réanimation. Nous avons souhaité évaluer les bénéfices de ce dispositif sur la qualité de vie des patients après leur sortie de réanimation. Deux questionnaires : l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) et le Questionnaire of Stress PostTraumatic Disorders (QSPT) ainsi qu'un entretien semi-directif auprès des patients ont été menés de 6 à 12 mois après la sortie de réanimation. L'évaluation a été menée auprès de deux groupes : un groupe de patients ayant reçu un journal de bord et un groupe de patients n'ayant pu recevoir un journal de bord par oubli.

### Résultats

Les entretiens semi-directifs retrouvent des bénéfices du journal de bord sur l'incidence des stress post-traumatique et les syndromes dépressifs. Le journal e bord permet aux patients de comprendre certains contenus délirants et leur mettre du sens, le relier à des soins, des éléments de l'environnement. Le journal de bord offre aux patients un support de communication pour parler avec leurs proches de leur vécu du séjour en réanimation.

### Discussion

Avec le journal de bord nous avons découvert une nouvelle demande chez le patient : pouvoir revenir dans le service et rencontrer les médecins et soignants pour lever certains doutes et questionnements sur le déroulement de leur hospitalisation. Ce pèlerinage sur les lieux semble faire partie d'un processus de deuil de cette période d'hospitalisation. Cette rencontre post réa est aussi l'occasion pour les professionnels de réanimation d'avoir accès au vécu des patients. Ce retour permet de prendre conscience de certaines difficultés pour le patient et d'améliorer la prise en charge et la communication auprès du patient. L'entretien avec le patient permet une visibilité sur le devenir des patients.

### Conclusion

Le journal de bord est un dispositif qui permet d'offrir au patient une meilleure qualité de vie dans l'après-réanimation. Il permet au patient de mettre du sens sur une période d'amnésie et de confusion et s'inscrit comme un moyen d'atténuer une rupture entre l'hospitalisation en réanimation et la vie après.

### Références

1. Aitken, Rattray et al. 2013
2. Long, Kross et al. 2014
3. Knowles, Tarrier 2008

## SOI006

### Diminution de l'incidence de survenue d'escarres en réanimation chirurgicale adulte : expérience d'un CHU au Liban

M.R. Karam<sup>1</sup>, M.A. Hatem<sup>2</sup>, J. Abou-Jaoudé<sup>2</sup>, J. Douaihy<sup>3</sup>, T. Mehanna<sup>4</sup>

1. Réanimation cardiovasculaire et thoracique, Hôtel Dieu de France Hospital, Beirut, Liban

2. Réanimations adultes, Hôtel Dieu de France Hospital, Beirut, Liban

3. Réanimation médicale, Hôtel Dieu de France Hospital, Beirut, Liban

4. Soins intensifs, Hôtel Dieu de France Hospital, Beirut, Liban

#### Introduction

Les escarres entraînent des conséquences graves et lourdes sur la qualité des soins et augmentent le coût d'hospitalisation des patients à l'hôpital. Le risque d'escarre augmente chez les patients admis dans les services de réanimations, du fait de la complexité de leurs pathologies, l'usage de drogues vaso-actives et la survenue de complications. Le but de ce travail est d'évaluer l'incidence de survenue d'escarres, comme indicateur de qualité en réanimation, et de la comparer à des résultats antérieurs, après révision et rediffusion d'un nouveau protocole de prévention et de prise en charge des escarres dans deux unités de réanimation chirurgicale adulte (polyvalente et cardiaque) à l'hôpital Hôtel Dieu de France à Beyrouth.

#### Matériels et méthodes

C'est une enquête descriptive prospective. Le protocole de surveillance cutanée des patients a été révisé en 2014 et les équipes soignantes ont été reformées. Tous les patients (>15 ans) admis dans ces deux réanimations de janvier à décembre 2015 ont été inclus. L'échelle d'Angers a été adoptée pour le calcul du risque d'escarre (score >16= risque élevé), et la classification des stades de l'escarre a été cotée selon le National Pressure Ulcer Advisory Panel. L'infirmière responsable du patient remplit deux fiches par patient : Une fiche d'évaluation des facteurs de risque (échelle d'Angers) remplie à l'admission en réanimation et à chaque modification des facteurs de risque (aggravation ou amélioration) en cours de séjour et jusqu'à la sortie de la réanimation ; Une deuxième fiche de surveillance des stades remplie trois fois/jour, selon l'état cutané du malade, de l'admission à la sortie.

Les variables étudiées sont : mois, âge, genre, score de l'escarre à l'admission et à la survenue de l'escarre, drogue en cours au moment du développement de l'escarre, durée de séjour, escarre importée / acquise, localisation de l'escarre, stade de l'escarre, évolution de l'escarre, score Apache en réanimation polyvalente et Euroscore en chirurgie cardiaque. Toute escarre, absente à l'admission, et qui s'est développée en cours du séjour en réanimation a été considérée comme une escarre acquise. Le taux d'incidence patient a été calculé. Ces résultats ont été comparés à ceux d'une surveillance faite dans les mêmes unités, et remplissant les mêmes critères et ceci de janvier à décembre 2013.

#### Résultats

En service de réanimation polyvalente, l'incidence de survenue des escarres est passé de 4,7 % à 0,5 %, avec un p significatif. Le taux d'incidence est passé de 4,6 % à 2,7 %, avec un p=0,14. Par ailleurs, le pourcentage des patients ayant un score d'Angers >16, est plus important en chirurgie cardiaque qu'en réanimation polyvalente (63,3 %>6,1 %).

#### Discussion

La prévention des escarres est essentielle et repose sur l'évaluation du risque d'escarres et l'observation des zones à risque. La mise en place d'un programme de prévention des escarres et l'observance du personnel soignant permet la détection prématurée de l'altération de la peau et contribue à l'amélioration de la qualité des soins. En effet, les résultats ont montré une nette amélioration dans le taux d'incidence patient, avec un p significatif en réanimation polyvalente.

#### Conclusion

Ces résultats montrent que la révision et la rediffusion périodique des protocoles et la formation continue du personnel soignant est importante et essentielle pour l'amélioration de la prise en charge de l'état cutané des patients dans les unités de réanimation. De même, il est important de connaître le taux de l'échelle de risque de survenue des escarres de certains patients comme en chirurgie cardiaque, afin d'optimiser la prévention.

#### Références

- Bonnery (2003) Protocole de soins : méthodes et stratégies. Masson Paris 3<sup>e</sup> éd, p 80
- MeaH (Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier) (2008) Intégrer la problématique « escarres » dans l'animation des équipes. Indicateurs de résultats. p 151