

Session orale infirmière (3)

Nurses oral session (3)

SRLF 2015

© SRLF et Lavoisier SAS 2014

SOI013

COMPAREA : Un geste vers la communication

S Cerc

CERC, Société de Réanimation de Langue Française SRLF, Paris

Introduction : La 6^e conférence de consensus commune SRLF-SFAR, intitulée « mieux vivre la réanimation », a établi des recommandations sur la communication avec les patients [1]. L'objectif premier de l'étude que nous rapportons est de dresser un état des lieux en 2014, ainsi qu'une évaluation de la satisfaction des divers soignants concernant la communication avec les patients traités par ventilation mécanique invasive (VMI). Les objectifs secondaires étaient d'identifier la durée de communication, déterminer les outils utilisés et les différences observées entre les soignants, ainsi que les besoins auxquelles elle répond suivant la pyramide des hiérarchies de besoin de Maslow [2].

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, multicentrique, initiée par la CERC sous l'égide de la SRLF. La durée d'inclusion était de 15 jours par centre, entre le 15 mai et le 15 juin 2014. La durée d'observation par patient était de 24 heures. Vingt-huit services de réanimation y ont participé (15 polyvalents, 6 médicaux, 1 chirurgical, 6 spécialisés). Tous les patients consécutifs durant la période d'inclusion, répondant aux critères suivants étaient inclus: âge > 7 ans; VMI; capables de répondre aux ordres simples. Étaient exclus: les femmes enceintes ou allaitantes; les patients trachéotomisés avec canule parlante; les patients sous tutelle et curatelle; les patients traités exclusivement par ventilation non invasive; les patients déjà inclus dans une étude ayant les mêmes critères de jugement. Un recueil des caractéristiques de chaque service et un recueil de données par patient inclus étaient colligés par les IDE, les AS et les médecins. Les variables quantitatives ont été comparées par le test de Student ou de Man-Wihtney. Les variables qualitatives ont été comparées par le test de Chi2 ou le test de Fischer.

Résultats : Cent cinquante-trois patients ont été inclus. L'âge moyen était de 63±13 ans, la durée de séjour médiane de 10 jours [10,47-18,65], l'IGS II moyen de 48 ±19, les RASS et Ramsay médians de 0 [-5; -4], de 2 [-2; -3] respectivement. Le nombre total des situations de communication observées était de 730, 308 réalisées par des IDE, 308 par des AS et 114 par des médecins. La communication était estimée possible dans 607 (92,2 %) des cas. Les moyens de communication étaient la gestuelle (n=541 ; 89 %), une échelle numérique (n=109, 18 %), l'ardoise (n=99, 16 %), la lecture sur les lèvres (n=50, 7 %), et l'alphabet (n=26, 4 %) ou les photos personnelles (n=25, 4 %). Aucune différence significative n'a été retrouvée en fonction de la pro-

fession, hormis l'échelle numérique utilisée plus fréquemment par les IDE, que par les AS et les médecins (respectivement 23,5 %; 12,3 %; 17 %; p=0,005). Les médecins passaient moins de temps à communiquer, et ce quel que soit l'item. Un temps inférieur à 5 minutes était consacré à l'item « estime de soi » dans 55 % des cas, « besoins physiologiques » dans 26 % et « besoin de sécurité » dans 28 %. Les médecins passaient moins de temps à communiquer, et ce quel que soit l'item. Les soignants semblaient assez satisfaits pour deux items (« besoins physiologiques » et « besoin de sécurité » : 60 %). Il existait en revanche une proportion significativement plus élevée de « peu ou pas satisfaits » pour l'item « estime de soi » (43 % vs 23 % pour « besoins physiologiques » et 27 % « besoin de sécurité »). Une satisfaction considérée comme « très- » ou « assez satisfaisante » était indépendamment liée à l'utilisation de la gestuelle (OR : 1,65 ; IC95 % [1,23-2,22]). L'analyse en régression logistique multivariée, retrouvait comme facteurs rendant plus difficiles la communication: l'existence de troubles auditifs (OR : 0,06 ; IC95 % [0,01-0,36] ; p<0,0001) et l'administration d'hypnotiques (OR : 0,14; IC95 % [0,05-0,41] p< 0,0001).

Conclusion : La communication était possible dans 92,2 % des situations. La gestuelle était le moyen le plus utilisé. Les soignants étaient majoritairement « très » ou « assez » satisfaits de leur communication, hormis pour l'item « estime de soi ». Cette étude ouvre donc des perspectives pour l'amélioration de la communication avec les patients de réanimation.

SOI014

Quelle est la place et le vécu des personnels soignants non médicaux dans les revues de morbidités (RMM). Étude prospective de pratique professionnelle dans 26 services de réanimation

G Latouche¹, C Poulain¹, I Colin¹, C Quera¹, C Buche¹, M Bothorel¹, M Daufin¹, F Blier¹, G Placé¹, A Pinel¹, JP Gouello²

1. Réanimation polyvalente, Centre Hospitalier de Saint Malo, Saint-Malo

2. Service de Réanimation Polyvalente, CH de Saint-Malo, Saint-Malo cedex

Introduction : La revue de morbidité (RMM) est un moment d'analyse collective d'un événement indésirable (décès ou complication morbide) destinée à statuer sur le caractère évitable de cet événement afin d'en identifier les causes immédiates et organisationnelles. Ce type de réunion est mise en œuvre par les médecins. Quelle est la place de l'équipe soignante non médicale dans cette pratique ?

Matériels et Méthodes : Les équipes soignantes non médicales des services de réanimation ont été invitées en juillet-août 2014 à participer

SRLF 2015 (✉)

48 avenue Claude Vellefaux, F-75010 Paris
e-mail : www.srlf.org

à une enquête anonyme en lien avec la pratique (ou non) de la RMM dans leurs services. Le questionnaire de 25 questions était divisé en 4 parties portant sur les points suivants :

- Que connaissez-vous de la méthodologie de la RMM ?
- Vous avez déjà participé à une RMM ! Quel est votre vécu ?
- Vous n'êtes pas favorable aux RMM ! Pourquoi et qu'est-ce qui vous ferait changer d'avis ?
- Vous êtes favorable aux RMM ! Pourquoi et qu'en attendez-vous ?

Résultats : 215 soignants (135 IDE/ 60 AS/ 20 cadres de santé) issus de 26 services de réanimation ont participé à l'enquête

1. *Connaissances de la RMM.* 58 % des agents (n=122) connaissent le principe de la RMM même si seulement 25 % (n=54) y ont déjà participé. 83 % des agents considèrent que ce type de réunion concerne autant les médecins et les soignants non médicaux, même si dans les faits, 26 % des agents estiment que la RMM, aujourd'hui, est avant tout « une affaire de docteurs ».

2. *Le vécu des RMM.* 54 agents du service ont au moins participé à une RMM. Les thématiques abordées étaient les suivantes : gestion d'un décès (30 agents) ; gestion d'une complication (8 agents) ; gestion d'un évènement avec dommage potentiel (10 agents). La durée moyenne de la RMM était de 2 heures durant laquelle était examiné, le plus souvent, 1 ou 3 observations. Si la contribution des agents était bien sûr de participer à la discussion, 1 fois sur 2 les agents étaient impliqués dans une action complémentaire : présentation ou préparation des cas (n=9), mise en œuvre et suivi des actions d'amélioration (n=18). Concernant le déroulement de la RMM, l'ambiance générale n'était jamais jugée agressive et pour 67 % des participants considérée comme détendue ou sereine. A l'issue de la RMM, 79 % des présents s'estimaient « satisfaits ou déculpabilisés ». Le compte rendu de la RMM n'était connu des équipes que dans 48 % des cas. Concernant la pratique expertisée, 58 % estimaient qu'il y en avait résulté un changement immédiat ou en cours des pratiques.

3. *Ne pas être favorable aux RMM !* 4 agents ont renseigné cet item (2 %). Leurs réticences reposent sur leurs convictions que « cela ne changera rien et que c'est un outil préférentiellement à usage médical ».

4. *Être favorable aux RMM !* 98 % des agents se déclarent favorable à cette méthodologie. Les 3 raisons principales avancées sont les suivantes : amélioration de la pratique de tous (75 %) ; acceptation de reconnaître ses erreurs ou « presque-erreurs » (59 %) ; moyen d'évoluer d'une difficulté individuelle à une solution collective (43 %). Pour une adhésion encore plus franche, les 3 principales améliorations attendues sont les suivantes : être certain que cela va vraiment faire avancer les choses (68 %) ; être sûr que mon avis sera pris en compte (54 %) ; que les docteurs adaptent leur présentation à mon niveau de connaissance (37 %).

Conclusion : La pratique de la RMM fait partie des méthodes décrites par la Haute Autorité de la Santé (HAS) pour valider l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) fixée par l'article 98 de la loi du 9 août 2004 et par le décret du 14 avril 2005.

Les personnels soignants non médicaux appréhendent favorablement cet outil qu'ils considèrent comme un espace d'échanges susceptible d'améliorer la pratique clinique. Ils ont bien compris l'intérêt de partir de l'expertise d'une situation complexe pour aboutir à une amélioration collective.

Les soignants ont encore besoin d'être convaincu que leurs avis seront pris en compte et que cela conduira, in fine, à une amélioration de la pratique clinique. Un effort de communication doit être fait par les médecins afin de rendre le débat accessible à tous. Le compte rendu de la RMM doit être systématique et porté à la connaissance de tout le service.

SOI015

Nouveau-né en assistance respiratoire par circulation extracorporelle : prévention d'escarre sans mobilisation

E Thueux

Réanimation néonatale et pédiatrique, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Paris

Introduction : Le service de réanimation pédiatrique a pour spécificité l'assistance respiratoire extracorporelle de longue durée pour des causes respiratoires ou hémodynamiques. Les nouveau-nés et nourrissons traités sont une population vulnérables, fragilisés, peu mobilisables, sédatisés, curarisés et sont à grand risque d'escarres. Nous avons constaté dans le service un nombre important d'escarres occipitales à la fin du traitement par l'assistance extracorporelle alors que c'est un évènement rare en réanimation néonatale et pédiatrique.

Notre étude recherche les facteurs de risque à l'apparition d'une escarre lors d'un traitement par circulation extracorporelle (CEC) et les actions possibles à mettre en place dans la prévention de ceux-ci.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur 2 ans sur dossiers médicaux intéressant les nouveau-nés et jeunes nourrissons (< 2mois) pris en charge pour circulation extracorporelle en réanimation. Les patients décédés au cours de la CEC sont exclus car il n'y a pas d'information concernant les escarres dans leur dossier médical.

À partir des dossiers ont été recueillis les caractéristiques des enfants (terme, âge, poids), le type d'assistance extracorporelle et sa durée, l'indication du traitement, la durée de séjour avant mise en CEC, les gaz du sang avant traitement, l'appréciation de l'état circulatoire en fonction de l'utilisation de catécholamines et l'état nutritionnel en fonction de leurs apports caloriques. Ces données ont été comparées en fonction de la présence ou non d'une escarre.

Résultats : 46 nouveau-nés et nourrissons ont été traités par ECMO pendant cette période. L'étude porte sur 26 patients en 2011 et 20 en 2012. 14 patients sont décédés et exclus et 3 dossiers manquants lors de l'analyse.

La population est composée de 14 filles et 15 garçons avec un terme de naissance moyen à 39,6 SA [35-41], un âge moyen de 6.53 j [0-60j], un poids moyen de 3193,33 g [2300-4750]. Le nombre moyen de jours d'hospitalisation avant branchement en CEC était de 6,5 jours [0-11]. La durée moyenne de CEC était de 11,73 jours [4-17]. Nous utilisons 3 types de CEC: ECMO veino-artérielle (VA) (n=4), ECMO veino-veineuse (VV) (n=14) ou AREC et les deux types de CEC (n=11). Les différentes étiologies étaient l'inhalation méconiale (n=14), la hernie diaphragmatique (n=7), le choc septique (n=3), l'hypertension artérielle pulmonaire (n=2), le syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né (n=1), la bronchiolite à VRS (n=1), le SDRA (n=1). 8 escarres ont été relevées soit une incidence de 27,6 %: escarre de stade 1 (n=2), de stade 2 (n=3), de stade 3 (n=2) et une escarre signalée mais non définie.

Les facteurs de risques significatifs étudiés étaient la durée de CEC (p=0.05), la gravité de l'hypoxémie avant mise en CEC (p=0.03). Cependant aucune association significative n'a été retrouvée entre la mise en place d'amines vasopressives (p=0.33), la présence d'œdèmes a été évaluée par la prise de poids (p=0.48). La dénutrition joue un rôle majeur dans l'apparition d'une escarre. Nous avons analysé la présence d'une escarre en fonction de l'apport calorique de l'enfant au cours de la CEC (apport entéral et/ou parentéral) (p=0.68 et 0.89).

Notre étude a pour limites principales son caractère rétrospectif et l'exclusion des patients décédés avec une défaillance multiviscérale pouvant augmenter le risque d'escarre.

Discussion : Notre étude permet de mettre en évidence certains facteurs de risque d'escarre lors d'un traitement par CEC et ouvrent la

réflexion sur les paramètres de prévention que l'on peut modifier et travailler en équipe.

Il apparaît donc que chez ces enfants dans un état précaire avec une défaillance multiviscérale que la survenue d'une escarre est probablement multifactorielle mais que l'élément déterminant est l'immobilisation. Comme pour toutes les populations, l'escarre du nouveau-né et du nourrisson provoque un risque de douleur, des soins supplémentaires, un risque infectieux et une alopecie parfois irréversible. C'est pourquoi, depuis mars 2013, nous avons mis en place un protocole de prévention d'escarre de l'occiput après l'obtention de deux matelas dynamiques pour table radiante. Ce dernier est utilisé dès la décision de traitement par assistance extracorporelle et jusqu'à la fin de celle-ci. Le protocole préconise également deux fois par jour un soin local par effleurage de la zone occipitale et mise en place d'un pansement hydro cellulaire pour diminuer la zone de pression constante.

Conclusion : Cette enquête montre que certains traitements utilisés en réanimation tels que la CEC augmentent le risque d'escarre du patient en particulier du fait de l'immobilisation et du risque vital engagé. Au décours de ce travail, un protocole de soins a pu être mis en place avec l'aide de tous les professionnels. Ce travail a permis à l'équipe de réfléchir et de s'interroger sur les pratiques de soins dans le domaine de la prévention d'escarre. Le protocole montre déjà son efficacité.

Références

- Roques C. La prévention des escarres de l'enfant. *Soins Pédiatrie-Puéricultrice* 249 (août 2009):36-40
- Dugaret E. Problématique de l'escarre en néonatalogie. *L'Escarre* 45 (2010)

SOI016

Évaluation par le personnel paramédical de l'utilisation d'une check-list biquotidienne en réanimation

M Moutier, C. Delélee, G. Dickx, L. Coris, B. Bertin, S. Quéré, J-B. Michot
Réanimation, CHI Elbeuf, Elbeuf

Introduction : Plusieurs dysfonctionnements successifs dans les chambres de réanimation, ont entraînés des retentissements dans la prise en charge des patients. En suivant l'exemple de la check-list utilisée au bloc opératoire (1), l'équipe paramédicale et médicale a créé une liste de vérification biquotidienne. Elle concerne la gestion du matériel, des consommables, des médicaments et de l'environnement du patient dans sa chambre de réanimation. L'ensemble du personnel paramédical a utilisé la première version de cette check-list pendant 4 mois. À l'issue de cette période, un questionnaire d'évaluation a été diffusé afin d'entamer une démarche d'amélioration de la qualité des soins.

Matériels et Méthodes : En janvier 2014, nous avons constitué un groupe de travail composé de 2 aides-soignantes, 4 infirmières et un médecin. Nous avons élaboré un listing de 35 items à contrôler par le binôme Infirmier (IDE) / Aide-Soignant (AS) lors de la prise en charge du patient dans sa chambre, à chaque prise de poste, toutes les 12 heures.

En Mars 2014, diffusion et utilisation de la check-list biquotidienne après un premier recueil en aveugle. Puis, en Juin - Juillet 2014, second recueil et analyse des résultats. Enfin, en Septembre 2014, nous avons mené une évaluation sur la pertinence de la check-list et de ses items à travers un questionnaire de satisfaction anonyme adressé à l'ensemble du personnel paramédical du service.

Résultats : Dans une réanimation médico-chirurgicale de neuf lits, 84 % (21/25) des infirmières et 61 % (11/18) des aides-soignantes ont répondu au questionnaire.

Pour 88 % des personnes interrogées (28/32) cet outil est facilement utilisable. Le temps passé à la remplir n'est pas trop long pour 50 % (16/32) du personnel et dure moins de 10 min dans 91 % des cas (29/32). L'outil a été utilisé de façon systématique à la prise de fonction dans 34 % des cas (11/32) et quasiment à chaque quart pour 53 % (17/32) du personnel.

44 % des répondants (14/32) ont éprouvé des difficultés à remplir certains items (principalement des paramètres du respirateur). 88 % (28/32) des personnes pensent qu'il ne manque pas d'élément de vérification et 59 % (19/32) pensent qu'il ne faut pas en supprimer.

Enfin, 88 % (28/32) du personnel pense que la réalisation biquotidienne de cette check-list améliore la sécurité autour du patient.

Conclusion : Pour une plus forte adhésion et une meilleure utilisation de cet outil, il faudra réajuster et reformuler un certain nombre d'items compte tenu de leur faible impact sur la sécurité autour du patient en cas de détresse vitale immédiate. La complémentarité de l'utilisation de la check-list par le binôme AS/IDE nécessite d'être redéfinie.

Au final l'accueil de la check-list a été plutôt positif, même si elle a amené un changement de pratique. Cet outil est devenu un élément indispensable garant de la sécurité du patient au quotidien. Ces résultats nous encouragent donc dans la poursuite de ce projet et notamment dans la réalisation puis l'utilisation définitive d'une deuxième version au plus proche des vérifications concrètes des soignants et des exigences de sécurité concernant le patient de réanimation.

Référence

- Haynes AB, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009;360:491-9

SOI017

Surveillance des infections liées aux dispositifs médicaux dans un service de réanimation médicale : un challenge de tous les jours !

V Chauvin¹, L Hubas¹, C Hovasse¹, H Sowdiallo², V Rivals², V Quevieux², L Modestin², D Vodovar², A Checinski², J Sebource-Goguel², I Malissin³, N Deye², B Megarbane²

1. *Equipe opérationnelle d'hygiène, Hôpital Lariboisière, Paris*
2. *Réanimation Médicale et Toxicologique, Hôpital Lariboisière, Paris*
3. *Réanimation médicale et toxicologique, Lariboisière Hôpital, Paris.*

Introduction : Pour prévenir le risque infectieux en réanimation, il convient de surveiller les infections nosocomiales liées aux dispositifs médicaux. Le calcul des taux d'incidence d'infections nosocomiales du service, pour s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins. Suite à la survenue d'une épidémie à bactérie hautement résistante obligeant une fermeture temporaire du service, nous avons souhaité évaluer nos pratiques à partir du calcul des densités d'infections liées aux soins observées dans notre service en comparaison aux données nationales (Réa Raisin).

Patients et Méthodes : étude prospective incluant tous les patients hospitalisés sur une période de 3 mois et ayant développé une infection associée aux dispositifs médicaux (sonde d'intubation, sonde urinaire, cathéters veineux et artériels) diagnostiquée pendant le séjour en réanimation (après H48 de l'admission pour les patients admis du domicile). La sélection des patients s'est faite après analyse des données bactériologiques et confrontation aux conclusions cliniques ayant conduit à la

prescription ou au changement d'une antibiothérapie. Les définitions usuelles des infections nosocomiales ont été utilisées. Les données du service ont été comparées aux données publiées du Réseau Réa Raisin 2013.

Résultats : Cent-soixante patients (âge moyen : 55 ans, ratio H/F : 1,46 ; IGS II moyen : 52 ; mortalité : 12,7 %) ont été inclus dans l'étude. L'incidence des bactériémies était de 5,45 pour 100 patients (vs 3,81) et de 6,66 pour 1000 jours de séjour patient (vs 3,11). L'incidence des bactériémies était de 9,94 pour 1000 jours de cathéters veineux centraux (versus 0,71). L'incidence des pneumonies acquises sous ventilation mécanique était de 25,4 pour 100 patients intubés (vs 14,0) et de 41,4 pour 1000 jours d'intubation (vs 15,5). L'incidence des infections urinaires sur sonde était de 5,9 pour 100 patients sondés (vs 4,1) et 7,1 pour 1000 jours de sondage (vs 3,8). Après présentation aux équipes médicales et paramédicales, ces données, combinées à l'audit des pratiques de soins par l'équipe mobile d'hygiène de l'hôpital et à la diffusion de documents pédagogiques, ont permis de revoir la totalité des procédures de soins mises en jeu pour la prévention de l'une de ces infections.

Conclusion : La surveillance des infections liées aux dispositifs médicaux est une nécessité dans un service de réanimation. La comparaison aux données nationales permet à l'équipe médicale et paramédicale de prendre conscience et d'analyser les insuffisances liées à l'application des procédures de soins pour prévenir les infections.

SOI018

Vécu des proches de patients admis pour arrêt cardiaque

A Marincamp, S Ben Abdallah, C Desmalles, C Boulila, V Coic, R Lauverjat, A Bonnefoy, W Bougouin, N Ericher, JP Mira, G Geri, A Cariou

Réanimation médicale, Hôpital Cochin, Paris

Introduction : L'hospitalisation d'un proche en réanimation est un événement difficile, pouvant générer anxiété, dépression et stress post-traumatique. Alors que ces données sont bien décrites en réanimation, aucune donnée spécifique n'est disponible pour les proches de

patients réanimés avec succès d'un arrêt cardiaque (AC). Le but de cette étude était d'étudier la satisfaction, l'anxiété et la dépression des proches de patients hospitalisés pour AC et d'évaluer les symptômes de stress post-traumatique (SPT) à distance.

Patients et Méthodes : Dans cette étude monocentrique prospective d'évaluation de pratiques, les proches de patients admis pour AC et ayant une espérance de vie d'au moins 48 heures ont été inclus. L'entretien à J3 comprenait une évaluation de la compréhension par 3 questions simples (organe atteint, gravité, mesures thérapeutiques entreprises), des symptômes d'anxiété et de dépression par l'échelle HADS (seuil à 10 pour les deux), et de satisfaction par l'échelle CCNFI (cotée de 0 à 14, 14 signifiant une satisfaction maximale). Les proches inclus étaient ensuite recontactés par un investigateur indépendant à 3 mois de l'AC pour une évaluation des symptômes de SPT par l'échelle IES-R (seuil retenu 33). Les facteurs associés avec l'anxiété, la dépression et la compréhension d'une part et le SPT d'autre part étaient étudiés en régression logistique et linéaire, respectivement.

Résultats : 20 proches de patients admis pour AC entre octobre 2013 et juin 2014 ont été inclus dans l'étude. Les patients étaient majoritairement des hommes (80 %), d'âge médian 61 [57-71] ans. La mortalité en réanimation était de 50 %. Les proches étaient majoritairement des femmes d'âge médian 48 [30-65] ans. Le proche était le plus souvent un des enfants (10/20) ou le conjoint (8/20). Le proche avait été présent au moment des manœuvres de réanimation dans 10 cas, et avait effectué lui-même les manœuvres dans 3 cas. La compréhension était évaluée à 3/3 dans 18 cas. Une anxiété et une dépression étaient présentes dans 8 et 5 cas, respectivement. Après ajustement sur l'âge du proche, le fait que le proche soit le conjoint était associé significativement à l'anxiété (OR 14,9 ; IC95 % [1,2 ;190], p=0,04). Le score CCNFI médian était mesuré à 12 [11-13]. A 3 mois, un SPT était présent chez 5/13 patients. Après ajustement sur l'âge du proche, le fait que le proche soit le conjoint était associé à la survenue de SPT (coef. 23,7 ; IC95 % [12 ;35], p<0,01).

Conclusion : Ces résultats préliminaires montrent une bonne compréhension de la gravité et une satisfaction correcte des proches de patients admis après un AC. Le fait d'être le conjoint du patient était associé à la survenue d'anxiété et de stress post-traumatique.