

Session orale infirmière (1)

Nurses oral session (1)

SRLF 2015

© SRLF et Lavoisier SAS 2014

SOI001

Rotation en 12 heures : le rythme de travail idéal en réanimation?

A Soury-Lavergne¹, F Delannoy², M Idzik²

1. Réanimation polyvalente, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille, Lille

2. Pôle réanimation, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille, Lille

Introduction : Un certain nombre de travaux retrouvés en particulier dans la littérature anglo-saxonne montrent un bénéfice du travail en 12 heures pour les infirmiers (amélioration de la qualité de vie et de la satisfaction, moins d'épuisement émotionnel) et pour les patients (amélioration de la planification des soins, meilleure coopération avec l'équipe médicale). Cependant, à l'occasion de la construction d'un projet de passage en 12 heures dans notre établissement, nous nous sommes demandé si les avantages décrits précédemment étaient transposables dans les réanimations françaises. Nous avons donc décidé de réaliser un « benchmarking ».

Matériels et Méthodes : Un questionnaire a été élaboré et envoyé par mail aux cadres d'une trentaine de services. La première partie du questionnaire recueillait des données quantitatives concernant le fonctionnement du service au niveau des ressources humaines. La seconde partie s'intéressait aux modalités et au ressenti du travail en 12 heures par l'intermédiaire de questions ouvertes ce qui permettait de recueillir des réponses « spontanées ». Les réponses ont été classées pour chaque item par fréquence de citation.

Résultats : Nous avons recueillis les questionnaires provenant de 18 réanimations adultes (10 CH et 8 CHU, 8 réanimations médicales et 10 réanimations polyvalentes) dont 6 se trouvaient en région parisienne et 10 en province. Neuf services travaillaient en 12 heures depuis plus de 10 ans et 3 depuis moins de 2 ans. Les IDE étaient alternants jour/nuit dans la grande majorité des services (16), le cadre de fonctionnement respectait les normes du décret dans 15 services et l'effectif infirmier était égal la semaine et le week-end dans tous les cas. Une baisse de l'effectif la nuit était constatée dans un peu moins de la moitié des services (8). Le nombre de postes de 12 heures travaillée d'affilée ne dépassait pas 3 la plupart des services (16) et 2 pour les autres.

Les modalités de rappel des agents, en cas d'absentéisme, citées étaient par ordre de fréquence : rappel sur des jours de repos (9), rémunération en heures supplémentaires (5), déplacement de jours travaillés (3), équipe de suppléance (2), jours de rappel prédéterminés dans le planning (2). Les transmissions étaient réalisées de la manière suivante : sur le temps personnel (4), à l'aide d'un outil écrit (4), grâce à des horaires

découlés et des arrivées différées (3), par la rémunération de ce temps (2) et par la comptabilisation d'heures à récupérer (1). Le repas de midi était pris dans la moitié des services par roulements prédéfinis (9), souvent hors du service (8) et décompté du temps de travail dans seulement 2 cas. Les indicateurs d'évaluation recueillis à la mise en place des vacations de 12 heures étaient : enquête de satisfaction (5), analyse du taux d'absentéisme (5) et du taux d'accident de travail (3), recueil du taux d'événements indésirables graves (2) et le turn-over (2).

Les points positifs ressentis par rapport à des postes de 8 heures les plus fréquemment cités étaient : Un meilleur équilibre entre le temps de travail et le temps personnel (13), un meilleur suivi du patient sur la journée (11), moins de transmission et moins de pertes d'information (8), un meilleur suivi des familles sur la journée (7), une meilleure organisation de la journée de travail (6), une meilleure continuité des soins (6), une meilleure collaboration avec l'équipe médicale (5), moins de jours de garde d'enfants (3) et moins de trajets (3).

Les points négatifs étaient : L'alternance jour/nuit, la fatigue liée à 3 postes consécutifs (6), difficultés en cas de charge de travail importante (3), un temps de transmission raccourci (3) et la fatigue en fin de journée (2). Le nombre de points positifs (81) était bien supérieur au nombre de points négatifs (30). Il faut cependant noter que la méthode utilisée ne permet pas un recueil exhaustif.

Conclusion : Les résultats de ce « benchmarking » retrouvent les avantages mis en exergue dans les études réalisées à l'étranger. Cependant, d'autres études devront être faites en France pour confirmer ces résultats, en interrogeant les infirmiers dans un plus gros échantillon de services.

SOI002

Protocole MICRONURSE : évaluation paramédicale de la microcirculation sublinguale chez des patients de réanimation en état de choc

C Nicolai, S Tanaka, L Leonard, S Belange, J Rumé, M Flores, A Gracia, G Falcoff, S Hamada, A Harrois, J Duranteau
Réanimation chirurgicale, Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Introduction : Le remplissage vasculaire et l'administration de catécholamines en réanimation sont actuellement guidés sur des paramètres macrocirculatoires tels que la pression artérielle, le débit cardiaque ou la saturation veineuse centrale en oxygène. Il pourrait être utile de disposer en plus de ces éléments macro-hémodynamiques, d'une évaluation de la microcirculation afin d'optimiser au mieux ces thérapeutiques. Mais ceci nécessite de disposer d'une évaluation aisée de la microcirculation, en temps réel, au lit du patient qui puisse être réalisée par un(e) infirmier(ère). Or, le monitoring actuellement utilisé pour caractériser la microcirculation sublinguale ne permet pas une évaluation en temps réel. En effet, il s'agit d'une évaluation semi-quantitative automatisée du flux microcirculatoire et de la densité capillaire

SRLF 2015 (✉)

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

nécessitant un temps prolongé d'analyse et ne permettant pas de disposer in fine des résultats en temps réel.

Le but de cette étude était de comparer une évaluation qualitative paramédicale directe au lit du patient de la microcirculation sublinguale à une évaluation semi-quantitative automatisée médicale de la microcirculation.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique, prospective et observationnelle. Des mesures hémodynamiques macrocirculatoires (pression artérielle, débit cardiaque) et microcirculatoires étaient réalisées à plusieurs reprises pendant 12h, soit au moment des tours infirmiers, soit avant et après la réalisation de thérapeutiques spécifiques (remplissage vasculaire, augmentation ou diminution des catécholamines...) par les infirmier(e)s du service.

Les mesures microcirculatoires étaient obtenues par la technique d'imagerie IDF (incident darkfield imaging) appliquée aux vaisseaux sublinguaux (Cytocam, Braedius). Elles comprenaient une évaluation paramédicale consistant en une mesure qualitative visuelle du flux vasculaire (index de flux microcirculatoire (MFI)) et de la densité capillaire (pauvre-normale-riche) par un pool de 12 infirmiers du service formés à cet effet.

Les vidéos de ces mesures étaient enregistrées et secondairement analysées de manière semi-automatisée en aveugle par un médecin réanimateur du service. L'évaluation médicale comprenait la mesure du MFI et de la densité capillaire totale (TVD, mm/mm²). Par convention, la densité capillaire était considérée pauvre si la TVD était inférieure à 8 mm/mm², riche si la TVD était supérieure à 12 mm/mm² et normale entre ces deux valeurs.

Résultats : Après accord du CPPRB Paris VII (n°IRB00006477), dix patients hospitalisés en réanimation chirurgicale de l'hôpital de Bicêtre ont été inclus consécutivement entre le 15 août et le 25 septembre 2014.

60 % des patients étaient des hommes, l'âge médian était de 70 [58-75] ans, l'IGS2 médian de 56 [47-59], le SOFA médian de 8 [7-9]. 6 patients étaient hospitalisés pour choc septique, 3 pour traumatisme crânien grave et 1 pour polytraumatisme. 100 % des patients étaient ventilés, la moitié a bénéficié d'une épuration extra-rénale. La mortalité de ces patients était de 40 %.

Au total, 38 mesures microcirculatoires ont été réalisées chez ces 10 patients.

Il n'y avait pas de différence entre l'évaluation paramédicale et semi-automatique concernant le flux microcirculatoire ($p = 0,92$) (Fig. 1). La TVD médiane était de 11,48 [9,64-12,69] mm/mm². 82 % des mesures paramédicales de la densité capillaire étaient concordantes avec les mesures semi-automatiques de densité.

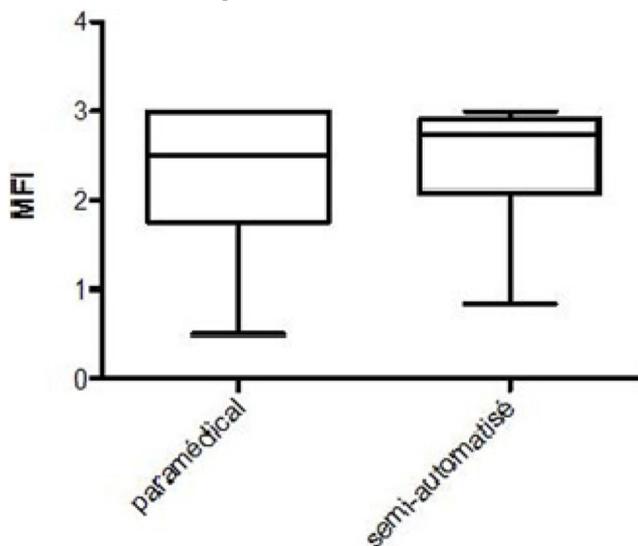


Fig. 1

Conclusion : Cette étude préliminaire a permis de valider qu'une évaluation visuelle qualitative simple, directe, en temps réelle au lit du patient de la microcirculation sublinguale par des infirmier(e)s était comparable à une technique semi-quantitative automatique. À partir de ce travail, une étude visant à évaluer une réanimation guidée par des paramètres macrocirculatoires et microcirculatoires évalués par les équipes paramédicales va pouvoir débiter dans notre service de réanimation.

SOI003

Observance de la prescription d'inclinaison de la tête du lit chez les patients de réanimation : étude prospective observationnelle

V Vandecasteele, S Le Nechet, A Deman, S Nseir
Centre de réanimation, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille, Lille

Introduction : La pneumonie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) est une des premières causes d'infection acquise en réanimation. Les PAVM ont un impact négatif sur le devenir du patient et augmentent le coût du séjour hospitalier. Les soignants en réanimation doivent appliquer les différentes mesures recommandées dans la prévention des PAVM, en particulier le positionnement du patient en position proclive $> 30^\circ$, voire même 45° . Cette position réduit les micro-inhalations des sécrétions contaminées, mécanisme principalement impliqué dans la survenue des PAVM. L'objectif de l'étude était de mesurer le taux d'observance de la prescription d'inclinaison de la tête du lit et de comparer ce taux en fonction du type de lit utilisé.

Patients et Méthodes : Cette étude prospective observationnelle a été réalisée dans un service de réanimation composé de 3 unités de 10 lits, sur une période de trois semaines. Ces unités de réanimation possédaient deux types de lits. D'une part, des lits dits mécaniques munis uniquement d'une règle graduée au niveau de la tête de lit et, d'autre part, des lits électriques équipés d'un indicateur d'inclinaison visible lors de la manipulation du lit. Les données collectées sont : l'unité fonctionnelle, la chambre où l'observation est faite, la date et l'heure de passage, la prescription médicale concernant la position du patient, l'inclinaison effective du lit lors du passage, ainsi que le type de lit. Le degré d'inclinaison de la tête du lit été mesuré soit à l'aide d'un rapporteur sur les lits mécaniques soit en lecture directe sur l'indicateur des lits électriques. L'observateur a effectué durant trois semaines un tour quotidien de tous les lits occupés afin de collecter les données.

Résultats : Au total, 333 observations ont été effectuées chez 65 patients. Le taux d'observance d'une prescription d'inclinaison des lits $> 30^\circ$ était de 76 %. La moyenne d'inclinaison de la tête du lit était de $36^\circ \pm 11$. Une différence significative ($p < 0,001$) a été retrouvée entre les trois unités concernant l'inclinaison moyenne de la tête du lit ($29^\circ \pm 7$, $39^\circ \pm 15$, $36^\circ \pm 7$). Cependant, le taux d'observance d'une prescription d'inclinaison des lits $> 30^\circ$ n'était pas significativement différent entre les trois unités (70 %, 75 % et 83 %, $p = 0,077$).

Le taux d'observance de la prescription d'inclinaison $> 30^\circ$ (89 % versus 59 %, $p < 0,001$) et le degré d'inclinaison de la tête du lit (34 ± 11 versus 33 ± 9 , $p = 0,019$) étaient significativement plus élevés dans le groupe lits mécaniques comparé au groupe lits électriques.

Discussion : La prescription d'inclinaison de la tête du lit semble davantage respectée sur les lits mécaniques que sur les lits électriques. Deux hypothèses pourraient expliquer ce résultat : 1) sur les lits électriques, il existe une différence entre l'impression donnée par la position et la réalité de l'indicateur. 2) les lits électriques sont munis d'une

commande permettant au patient conscient d'ajuster l'inclinaison du lit à sa convenance.

Conclusion : La prescription d'inclinaison de la tête du lit est relativement bien respectée par le personnel soignant. Néanmoins, il reste une marge de progrès importante à réaliser, en particulier auprès des patients alités dans des lits électriques

SOI004

Étude de la charge en soins délivrés aux patients réanimés avec succès d'un arrêt cardiaque

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

Réanimation médicale, Hôpital Cochin, Paris

Introduction : La charge en soins est un indicateur dans la gestion des équipes des services de réanimation. La prise en charge des patients réanimés d'un arrêt cardiaque (AC) nécessite la mise en œuvre de soins spécifiques (comme l'hypothermie) dont l'impact sur cette charge en soins est peu évalué. Le but de cette étude était d'évaluer la charge de travail chez les patients admis après AC et de la comparer aux patients admis en réanimation pour un autre motif, avant puis après appariement sur la sévérité de leur état.

Patients et Méthodes : étude monocentrique rétrospective menée entre 2007 et 2013 sur des données collectées prospectivement. La charge en soins était évaluée quotidiennement par le TISS-28. Les caractéristiques des patients étaient comparées selon les catégories habituelles de TISS-28 : I (<10), II (10-20), III (20-40) et IV (>40). Les facteurs associés avec la valeur du TISS-28 des 24 premières heures étaient recherchés par régression linéaire. Après appariement sur l'âge, le sexe, la présence d'un état de choc et le score de gravité SAPS2, le TISS-28 des 24 premières heures a été comparés entre des patients AC+ et AC-.

Résultats : Pendant la période d'étude, 2652 patients ont été admis dans le service, dont 613 pour AC. 481 patients AC+ étaient traités par hypothermie thérapeutique. Les patients AC+ présentaient plus souvent un état de choc à l'admission (81,2 vs. 62,4 %, $p<0,01$), étaient plus jeunes (60,6 vs. 65,7 ans, $p<0,01$) comparativement aux patients AC-. Le score SAPS2 médian était de 63 [50-77], significativement plus élevé chez les patients AC+ (71 vs. 61, $p<0,01$).

Le TISS-28 médian à l'admission était de 24 [18-29], significativement moins élevé chez les patients AC+ (23 vs. 26, $p=0,01$). La proportion de patients présentant un état de choc à l'admission augmentait significativement dans les catégories de TISS-28 : 64,3 % dans la catégorie I vs. 98,3 % dans la catégorie IV ($p<0,01$). De même, l'âge et le score de gravité SAPS2 augmentaient au fur et à mesure des catégories de TISS-28.

Les facteurs indépendamment associés avec le TISS-28 des 24 premières heures étaient : l'âge (coef. 0,04, IC95 % [0,02-0,05], $p<0,01$), l'AC comme motif d'admission (coef. -2,15 [-2,75 ; -1,55], $p<0,01$) et la présence d'un état de choc à l'admission (coef. 7,2 IC95 % [6,66 ; 7,74] $p<0,01$). Le score de TISS28 à l'admission était significativement moins élevé chez les patients AC+ (23 vs. 26, $p<0,01$).

Après appariement de 142 patients AC+ et AC-, le TISS-28 des 24 premières heures était significativement moins élevé chez les patients AC+ que chez les patients AC- (23 vs. 28, $p<0,01$).

Conclusion : Dans cette étude, la charge en soins des 24 premières heures était moins élevée chez les patients admis pour arrêt cardiaque, même après ajustement sur la gravité initiale. Cependant l'intérêt de cet indicateur dans cette population spécifique reste à être validé.

SOI005

Représentations des infirmières de leur rôle propre dans une démarche palliative en réanimation médicale

E Barbé

Hôpital Saint-André, Bordeaux

Introduction : La loi pose un cadre sur la prise en charge des malades en fin de vie et de leur famille et favorise le rapprochement entre soins intensifs et soins palliatifs. Les situations palliatives en réanimation sont fréquentes et l'accompagnement de ces malades et de leurs proches confronte les infirmières à des responsabilités complexes et délicates. De plus, le passage des soins curatifs aux soins palliatifs amène une expansion des activités relevant du rôle propre infirmier. Ainsi, l'objectif de cette étude est de comprendre quelle place occupe la démarche palliative pour les infirmières en réanimation et quel sens elle peut prendre dans le cadre de leur rôle propre.

Matériels et Méthodes : Cinq entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès d'infirmières dans deux services de réanimation médicale pour connaître les représentations de leur rôle propre dans une démarche palliative en réanimation. Le guide d'entretien a été élaboré à partir d'un protocole de validation, retenant comme concept principal les représentations sociales au travers de trois dimensions : normative qui concerne les connaissances théoriques, fonctionnelle basée sur l'expérience professionnelle et individuelle, et l'appropriation individuelle établie selon l'interprétation, le jugement et la croyance.

Résultats : La dimension fonctionnelle, liée aux expériences personnelles et professionnelles des infirmières, est dominante au détriment de la dimension normative. Les infirmières ont une connaissance intuitive et partielle de leur rôle propre dans une démarche palliative. Elles investissent ce rôle seulement autour des soins de nursing et de l'accompagnement des familles. Ainsi, les infirmières ont des représentations assez hétérogènes de leur rôle propre dans la démarche palliative. Il existe des points de convergence sur l'identification du patient en situation palliative pour un patient en phase terminale suite à une décision de Limitation et Arrêt de Traitements (LAT) collégiale et sur une accentuation du rôle propre dans une continuité avec les soins habituels. Cependant, une disparité est retrouvée dans l'investissement des infirmières en lien avec leurs connaissances théoriques partielles, la culture de service et une grande variabilité individuelle due à leur expérience personnelle et professionnelle.

Discussion : L'analyse des représentations sociales des infirmières permet de mieux comprendre les pratiques et d'expliquer certaines difficultés d'adaptation. Les représentations sociales permettent de mieux comprendre l'identité professionnelle de l'infirmière de réanimation (difficultés à développer une autonomie distincte et affirmée). Le développement de l'identité professionnelle infirmière en réanimation et d'un socle commun de connaissances semble un prérequis à l'initiation d'une démarche palliative.

Conclusion : Il existe une interdépendance entre les représentations des infirmières de leur rôle propre dans une démarche palliative en réanimation et leurs pratiques. Ce constat amène à proposer des préconisations pour favoriser les bonnes pratiques autour de trois axes : des « infirmières ressources » ayant une expérience ou une formation spécifique en soins palliatifs, un travail collectif associant les infirmières autour du « mieux vivre la réanimation » comme élément propice à l'émergence d'une réflexion initiale et un plan de formation sur les soins palliatifs interne aux services.

Référence

Textes des experts SFAR et SRLF. 6^e conférence de consensus commune : mieux vivre la réanimation. 2009

SOI006**Journal de bord en réanimation : évaluation de la satisfaction des patients et des soignants**

V Proust

Réanimation chirurgicale, Centre Hospitalier Universitaire de Caen, Caen

Introduction : En 2013, au CHU de Caen, les équipes de réanimation chirurgicale ont mis en place un journal de vie destiné aux patients. Cette démarche répond à une volonté de faire de ce lieu du « Faire et de la Technique » un véritable lieu de vie. En réanimation, la pathologie initiale, les facteurs de stress liés à l'environnement, l'amnésie provoquée par une éventuelle atteinte cérébrale ou par la sédation, créent chez le patient le « trou réa » (absence ou morcellement du souvenir de l'hospitalisation), entraînant par la suite un sentiment de vide et de perte de repères de l'individu.

Le journal de vie offre à la famille, à l'entourage du patient et aux soignants la possibilité de consigner des faits, événements du quotidien, ressentis, émotions... constituant ainsi la « mémoire » du séjour en réanimation.

Patients et Méthodes : Évaluer la satisfaction des patients et des soignants pour ce dispositif :

En 2013, 45 journaux de vie ont été ouverts.

En 2014, une enquête téléphonique de satisfaction a été réalisée auprès des patients détenteurs d'un journal de vie. Un questionnaire de satisfaction a été adressé à 60 soignants de l'équipe.

Résultats : 18 patients sur 36 ont répondu à l'enquête (50 %). 28 soignants sur 60 ont répondu au questionnaire (47 %).

Les résultats montrent que 72 % des personnes soignées ont lu le journal et en ont partagé la lecture avec d'autres. 28 % envisagent de le lire ultérieurement.

Tous les patients qui ont lu leur journal se disent touchés, émus et mesurent la présence et le soutien de leur entourage. Ces écrits leur permettent de mieux comprendre le déroulement de leur hospitalisation et l'état de santé dans lequel ils se trouvaient. Ils soulignent l'intérêt de cette « mémoire écrite » sur laquelle ils s'appuient pour poursuivre leur réhabilitation et témoignent de l'utilité de ce journal pour leur famille. Tous les patients ont conservé ce document afin de le lire, le relire ou le poursuivre.

89 % d'entre eux considèrent que ce dispositif est indispensable.

Près de 50 % des soignants ont écrit dans le journal de vie des patients. Les thèmes abordés concernent surtout l'évolution clinique et les grands thèmes d'actualité. 50 % des soignants estiment qu'il appartient davantage à la famille et aux proches d'écrire dans ce journal. 93 % des agents considèrent que le journal de vie est un élément très utile ou indispensable.

Discussion : Le journal de vie constitue à la fois une mémoire pour le patient et le support d'une relation différée entre lui, son entourage et les soignants. Tous s'accordent sur l'intérêt de ce journal. Toutefois, la participation des soignants à cette démarche d'écriture est variable. L'impact de ce dispositif dans la relation soignant-soigné reste à identifier.

Conclusion : Le journal de vie, véritable « mémoire » du séjour pour le patient apparaît comme le support de soins relationnels nouveaux entre soignants, familles et soignés.

Cette enquête nous conforte dans l'intérêt de pérenniser cette démarche en réanimation.

L'investissement des soignants dans la tenue de ce journal est variable, il convient dès lors d'en identifier plus précisément les raisons.