

Évaluation (4)

Evaluation (4)

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP175

Burnout élevé chez les réanimateurs et les urgentistes : prévalence et facteurs de risques

K. Belkhouja¹, H. Elloumi², K. Sifaoui¹, K. Ben Romdhane¹,
O. Hamzaoui¹, T. Ayeche¹, J. Ben Khelil¹, M. Besbes¹

¹Service de réanimation médicale, hôpital A.-Mami, Ariana, Tunisie

²Service de psychiatrie, hôpital Razi, Mannouba, Tunisie

Introduction : L'épuisement professionnel ou *burnout* est un syndrome psychologique en réponse à l'exposition chronique, au milieu de travail, aux facteurs de stress. Les soignants, notamment ceux qui gèrent les pathologies aiguës et graves, tels que les médecins réanimateurs et urgentistes, sont particulièrement exposés au risque de ce syndrome. Le but de ce travail est de déterminer la prévalence et les facteurs de risques du *burnout* chez le personnel médical de réanimation et des urgences.

Matériels et méthodes : L'étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire distribué à 14 services de réanimation et 12 services des urgences. Le niveau de *burnout* a été évalué en utilisant le score de Maslach Burnout Inventory (MBI). Une analyse multivariée en régression logistique pas à pas a été réalisée afin de déterminer les facteurs de risque indépendants de *burnout* élevé.

Résultats : Sur les 271 médecins auxquels le questionnaire a été envoyé, 211 (104 médecins travaillent dans les services de réanimation et 107 aux urgences) ont répondu, soit un taux de réponse à 77,8 %. Un niveau de *burnout* élevé a été retrouvé dans 79,1 % des cas, et ce, sans différence significative selon le grade du médecin ($p = 0,112$). Le désir de changer de métier a été exprimé dans 39,8 % des cas et celui de changer de lieu de travail dans 60,1 % des cas. Parmi les 137 médecins en cours de formation ou déjà confirmés dans leur spécialité, 50 (37 % des cas) avaient souhaité changer de spécialité, et ce désir était significativement plus élevé chez les médecins ayant un *burnout* élevé (50,3 vs 18,2 % ; $p < 10^{-3}$). En analyse multivariée, cinq facteurs ont été identifiés comme facteurs indépendants prédictifs de survenue du *burnout* élevé : le sexe féminin (OR : 6,03 ; IC 95 % : [2,15–16,92]), le statut marital célibataire (OR : 4,8 ; IC 95 % : [1,57–15,05]), la mauvaise relation avec les infirmiers (OR = 8,86 ; IC 95 % : [1,08–72,74]), la mauvaise relation avec l'administration (OR : 3,97 ; IC 95 % : [1,53–10,25]) et la dépression (OR : 7,16 ; IC 95 % : [2,79–18,40]). Deux facteurs ont été identifiés comme protecteurs de survenue de *burnout* élevé : la possession d'un moyen de transport personnel (OR : 0,33 ; IC 95 % : [0,11–0,99]) et la couverture du salaire des charges et des dépenses (OR : 0,27 ; IC 95 % : [0,09–0,78]).

Conclusion : Un niveau élevé de *burnout* est présent chez 79 % des médecins de réanimation et des urgences. Des facteurs organisationnels et socio-économiques sont à l'origine de survenue de *burnout* élevé. L'amélioration des conditions et de l'ambiance de travail ainsi que des conditions socio-économiques peuvent diminuer le risque de survenue de ce syndrome.

SP176

Pilotage d'un comité de retour d'expérience (CREX) sur le circuit du médicament en réanimation médicale : bilan d'activité

C. Chapuis¹, L. Colombet², C. Tournegros², M. Leblond¹, M. Veteau²,
P. Bedouch¹, C. Schwebel²

¹Pharmacie-réanimation, CHU de Grenoble, Grenoble, France

²Service de réanimation médicale, CHU de Grenoble, Grenoble, France

Introduction : Les erreurs médicamenteuses (EM) sont fréquentes en réanimation [1]. Les comités de retour d'expérience (CREX) centrés sur le circuit du médicament ont été initiés en 2006 dans le cadre de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier dans trois services pilotes de notre hôpital. Nous rapportons les résultats d'un an d'activité du CREX dans un service de réanimation médicale de 18 lits (900 admissions/an, 83 % médecine, SAPS II 47,6, 63 % patients ventilés, 72 % journées-actes marqueurs) sans prescription informatisée et doté d'automates de délivrance des médicaments ou armoires sécurisées.

Patients et méthodes : Le CREX réunit mensuellement en comité pluridisciplinaire médecins, pharmaciens, cadres de santé, infirmière formatrice, infirmiers et attachés de recherche clinique (ARC). La méthode ORION (outil de recherche d'informations opérationnelles) est appliquée pour : collecter les dysfonctionnements du mois concernant le circuit du médicament (prescription, dispensation, administration) ; choisir un événement pertinent à analyser pour la séance suivante par un pilote et un copilote ; rapporter l'analyse de l'événement du mois (causes, conséquences) ; décider de manière consensuelle des actions correctives pérennes ; assurer l'application et le suivi.

Résultats : En 2009, 11 réunions ont réuni en moyenne 6,5 participants (médecin, pharmacien, cadre IDE, IDE, préparatrice en pharmacie, ARC, étudiants en pharmacie). Les 179 dysfonctionnements ciblés concernaient la prescription (28 vs 24 % en 2008), la dispensation (20 vs 7 % en 2008) et l'administration (20 vs 62 % en 2008). Il s'agissait toujours d'événements précurseurs sans préjudice pour le patient. Les pilotes et copilotes impliqués étaient des IDE et cadres (55 %), pharmaciens (30 %), médecins (10 %) et ARC (5 %). Treize dysfonctionnements ont été analysés, à l'origine de 58 actions correctives d'ordre éducatif (révision/adaptation des formations spécifiques des personnels médicosociaux), organisationnel et institutionnel (procédures de soins).

Discussion : Toutes les étapes du circuit du médicament sont concernées par les dysfonctionnements. Ceux liés à l'administration sont sur-déclarés, cette étape étant le dernier maillon de la chaîne. La présence d'armoire sécurisée ne prévient pas toutes les EM [2]. Le caractère pluriprofessionnel du CREX permet d'impliquer et de sensibiliser tous les acteurs. Les actions correctives impactent directement la qualité des soins. Après trois ans de fonctionnement, le CREX de réanimation médicale est un des points importants de la stratégie qualité du

service. L'implication de tous les professionnels est essentielle afin de recueillir un maximum de déclarations, de participer à une réflexion pluridisciplinaire et à la mise en œuvre d'actions efficaces. La démarche est à l'origine d'une amélioration globale des soins pour toute l'équipe soignante, et ne doit pas être punitive, afin de ne pas être un frein à son bon déroulement.

Conclusion : Le CREX appliqué de manière ciblée au circuit du médicament est une démarche particulièrement pertinente en réanimation pour un programme continu d'évaluation et d'amélioration des pratiques spécifiques de service.

Références

1. Garrouste-Orgeas M, Timsit JF, Vesin A, et al (2010) Selected medical errors in the intensive care unit: results of the IATROREF study: parts I and II. *Am J Respir Crit Care Med* 181:134–42
2. Chapuis C, Roustit M, Bal G, et al (2010) Automated drug dispensing system reduces medication errors in an intensive care setting. *Crit Care Med* 38:2275–81

SP177

Intérêt d'un robot Pill Pick pour sécuriser le circuit du médicament en réanimation : vers une nouvelle voie ?

E. Gasperi¹, X. Dode¹, M. Lamy¹, C. Lupo¹, F. Dailler², F. Valla³, E. Javouhey³, G. Aulagner¹

¹Pharmacie, CHU Louis Pradel, Bron

²Réanimation neurologique, hospices civils de Lyon, Bron, France

³Service de néonatalogie, CHU de Lyon-HFME, Bron, France

Introduction : En réanimation, la fréquence des modifications de traitement et de posologie n'est pas compatible avec une dispensation journalière individuelle nominative (DJIN) centralisée à la pharmacie. Dans ce contexte, les armoires à pharmacie sécurisées (APS) représentent à ce jour l'un des seuls outils permettant de sécuriser le circuit du médicament dans ces unités. Notre établissement s'est doté de deux robots Pill Pick Swiss Log[®] pour mettre en place une dispensation nominative à délivrance robotisée dans les unités médicales hors réanimation. Ceux-ci nous permettent de dispenser toute forme galénique de médicament sous forme de monodoses suremballées identifiées par code-barres.

Objectif : Étudier la faisabilité d'utiliser ces robots pour contribuer à la sécurisation du circuit du médicament en réanimation. L'étude a porté sur l'impact qu'aurait la prise en charge de la préparation des doses de médicament des services de réanimation pédiatrique et neurologique sur les robots et sur la valeur ajoutée de ce nouveau circuit en termes de sécurité pour le patient.

Matériels et méthodes : À partir des consommations hebdomadaires des services de réanimation, la liste qualitative et quantitative des médicaments devant être suremballés a été établie. Un calcul des temps de reconditionnement et de production à grande échelle a ensuite été mené ainsi qu'une estimation du coût des consommables associés.

Résultats : Le temps de conditionnement pour les 23 lits de réanimation pédiatrique répartis sur deux unités est de 1,25 heure/semaine par unité et le temps de production est de 0,75 heure/semaine par unité pour un coût de 1 050 €/an par unité. Le temps de conditionnement pour 31 lits de réanimation neurologique répartis sur deux unités est de 6,1 heures/semaine par unité et le temps de production de 3,8 heures/semaine par unité pour un coût de 4 800 €/an par unité.

Conclusion : Les robots sont en capacité d'assurer la production des doses de médicament des unités de réanimation en complément de l'activité de DJIN. Par ailleurs, le surcoût engendré par les

consommables est compétitif par rapport au coût d'investissement d'une APS. Les points forts de cette solution sont la dématérialisation des commandes, la traçabilité de la prescription à l'administration en scannant les codes-barres des monodoses et la gestion par anticipation des péremptions. Un développement informatique entre le logiciel Swiss Log[®] et le logiciel de prescription de réanimation ICIP de Philips permettra d'assurer un contrôle de cohérence qualitatif et quantitatif entre les médicaments prescrits et les médicaments utilisés pour la prise en charge du patient.

Référence

1. Kheniene F, Bedouch P, Durand M, et al (2008) Economic impact of an automated dispensing system in an intensive care unit. *Ann Fr Anesth Reanim* 27(3):208–15

SP178

Impact de l'implantation d'une unité de soins de rééducation post-réanimation à proximité d'un service de réanimation médicale

S. Bayle¹, M. Chougrani², S. Guyomarc'h³, M. Darmon³, P. Géry³, V. Gautheron⁴, E. Ezingard³, P. Giraud², F. Tasseau², F. Zeni³

¹Service de cardiologie, centre hospitalier Louis-Pasteur, Chartres, France

²Service de soins de rééducation post-réanimation, CHU, hôpital-Nord, Saint-Étienne, France

³Service de réanimation médicale, CHU, hôpital-Nord, Saint-Étienne, France

⁴Service de médecine physique et réadaptation, CHU, hôpital-Nord, Saint-Étienne, France

Introduction : Le concept de soins de rééducation post-réanimation (SRPR) est récent, issu d'une carence dans la prise en charge du patient « cérébrolésé » entre la réanimation et la rééducation. Notre travail décrit l'évolution des durées moyennes de séjour entre 1999 et 2008 des patients hospitalisés en réanimation médicale et attribuée à l'implantation en 2003 d'une unité de SRPR de 12 lits dans un centre hospitalier universitaire.

Patients et méthodes : Notre étude rétrospective observationnelle a identifié deux populations de patients de réanimation médicale sur deux périodes de cinq ans de 1999 à 2003 (1 542 patients admis, 20 % de décès) et de 2004 à 2008 (2 164 patients admis, 23 % de décès) qui étaient statistiquement comparables (53 ans d'âge moyen, 1,6 homme pour une femme, indice de gravité simplifié II — IGS II — moyen à 38). Les patients admis en long séjour (60 % en SRPR-MPR et 40 % vers d'autres services de rééducation situés à distance après 2003) avaient une atteinte grave du système nerveux central (lésions neurologiques ou cérébrales, coma traumatique ou médical en phase d'éveil) avec deux groupes respectivement de 64 et 93 patients également statistiquement comparables sur ces deux périodes (âge moyen de 45 ans, trois hommes pour une femme, IGS II moyen à 36).

Résultats : La durée moyenne de séjour a diminué de 19 jours en 2001 à dix jours en 2009 et a reculé de 4,5 jours sur un an, uniquement de 2003 à 2004, bien que ces baisses n'aient pas été significatives. Les durées de séjour moyennées sur cinq années ont aussi régressé de cinq jours, sans significativité statistique. En revanche, la durée de séjour moyennée sur cinq ans des patients qui ont été transférés en long séjour a significativement baissé de 32,5 jours après 2003 ($p < 0,05$) mais en restant cependant supérieure à 30 jours. Enfin, les séjours de plus de 30 jours en réanimation ont été significativement réduits de 80 % avant 2003 à 46 % après 2003 et les séjours de plus de 90 jours sont devenus exceptionnels (< 1 %).

Discussion : Les principaux biais étaient le faible effectif de patients (les patients mutés en long séjour représentaient 5,6 % des patients sortis vivants de réanimation) qui induit un manque de puissance statistique, l'existence de plusieurs unités de long séjour, la mise en place de réunions éthiques depuis 2003 avec des décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives. La précocité de la mise en place d'un projet de soins adapté, personnalisé, régulièrement réévalué (grâce à la proximité des deux services et à la collaboration plus étroite entre médecins réanimateurs et rééducateurs) et la spécificité des SRPR (stabilisation des grandes fonctions vitales avec un équipement parfois lourd mais en toute sécurité) ont sans doute contribué à expliquer ces résultats.

Conclusion : Ainsi, l'unité de SRPR à proximité de la réanimation médicale répond aux objectifs d'optimisation de la prise en charge des patients « cérébrolésés » et participe, sur un plan médicoéconomique, à la diminution de la durée moyenne de séjour en réanimation médicale des patients qui vont en long séjour et à la réduction significative des séjours de plus de 30 jours en réanimation. Notre travail doit donc renforcer la volonté de développer des unités de SRPR et de former des équipes compétentes et pluridisciplinaires sur l'ensemble du territoire national pour les patients, leurs familles et les réanimateurs.

Références

- Mackay L, Bernstein B, Chapman PE, et al (1992) Early intervention in severe head injury: long term benefits of a formalized program. *Arch Phys Med Rehabil* 73:635–41
- Tasseau F, Ducret N, Laissus F, Chougrani M (2005) Intensive care handling: specific expectations of rehabilitation. *Ann Fr Anesth Reanim* 24:679–82

SP179

Étude MORTIFER ou si l'admission en réanimation pendant la visite médicale était un facteur de risque de mortalité

M. Bisbal¹, V. Pauly², M. Gannier³, J.M. Forel¹, A. Roch¹, C. Guervilly¹, L. Papazian¹

¹Réanimation médicale, CHU de Marseille, hôpital-Nord, Marseille, France

²Laboratoire de santé publique Ea3279, faculté de médecine de Marseille, Marseille, France

³Pôle RUSH réanimation d'urgence et médicale, CHU de Marseille, hôpital La Timone, Marseille, France

Introduction : La qualité de la prise en charge des patients dépend de l'organisation médicale et de son adéquation avec l'activité de soin. En réanimation, la visite du matin serait une période critique pour les admissions en réanimation. L'objectif de ce travail a été de déterminer si l'admission des patients en réanimation pendant la visite médicale était un facteur de risque indépendant de mortalité hospitalière à j180.

Patients et méthodes : Cette étude rétrospective observationnelle monocentrique a inclus 3 540 patients admis entre mai 2000 et avril 2010. Ces patients ont été répartis en deux groupes en fonction de leur période d'admission en réanimation : période Visite (de 08 h 00 min à 12 h 59 min) et période Hors Visite (de 13 h 00 min à 07 h 59 min). L'activité médicale pendant la période Visite comprenait les transmissions par les médecins de garde puis le staff médical suivi de la visite médicale au lit des malades et enfin les entretiens avec les familles. Les données suivantes ont été saisies prospectivement : la provenance, le motif d'admission, l'indice de gravité simplifié II (IGS II), le score SOFA, le score de McCabe, le score de Glasgow, les thérapeutiques engagées, les infections nosocomiales, les durées d'hospitalisation et le statut vital à la sortie de réanimation et de l'hôpital. Un modèle de Cox univarié et multivarié a étudié les facteurs de risque de mortalité hospitalière à j180.

Résultats : Cinq cent quatre-vingt-trois patients (16,5 %) ont été admis pendant la période Visite. Ces patients étaient plus âgés ($60,8 \pm 18$ vs $58,6 \pm 18$; $p = 0,007$) et avaient un IGS II plus élevé ($43,1 \pm 21,5$ vs $39,7 \pm 21,15$; $p < 0,001$) que les patients du groupe Hors Visite, avec davantage de défaillances d'organes et des thérapeutiques engagées plus lourdes. La mortalité hospitalière brute à j180 était de 35,2 % dans le groupe Visite médicale vs 28,0 % dans le groupe Hors Visite ($p < 0,001$). Après ajustement, l'admission pendant la période Visite n'était pas un facteur de risque indépendant de mortalité à j180 (HR ajusté = 1,11 [0,95–1,29] ; $p = 0,17$). En revanche, l'âge, l'IGS II, un score de McCabe supérieur ou égal à 1, la ventilation mécanique et le motif d'admission étaient des facteurs de risque indépendants de mortalité à j180.

Conclusion : L'admission des patients pendant la période Visite n'était pas un facteur de risque indépendant de mortalité hospitalière en réanimation médicale. La plus grande sévérité de ces malades admis le matin a mis l'accent sur l'importance du retard de prise en charge des patients hospitalisés dans d'autres unités.

Référence

- Afessa B, Gajic O, Morales IJ, et al (2009) Association between ICU admission during morning rounds and mortality. *Chest* 136(6):1489–95

SP180

Un logiciel d'aide à la décision en antibiothérapie participe à la diminution de la consommation des antibiotiques à large spectre dans une unité de réanimation et surveillance continue

C. Obez¹, J.P. Fosse¹, C. Koubi¹, D. Gey², V. Mondain³, E. Gouteix¹

¹Service de réanimation médicale, clinique les Sources, Nice, France

²Pharmacie, clinique les Sources, Nice, France

³Maladies infectieuses, CHU de Nice, hôpital de L'Archet, Nice, France

Introduction : La prescription d'antibiotiques dans une clinique médicale spécialisée dans la prise en charge globale des patients âgés (réanimation [Réa], surveillance continue [SC], médecine, soins de suite et rééducation, long séjour) est réalisée depuis 2005 à l'aide d'un logiciel d'aide à la décision en antibiothérapie, élaboré par un réanimateur et un infectiologue, en suivant les recommandations des sociétés savantes. Nous avons étudié en Réa (six lits) et en SC (12 lits) l'impact de ce mode de prescription sur la consommation des quatre antibiotiques à large spectre (ABLS) les plus prescrits dans ces deux unités : amikacine, ceftazidime, imipénem, vancomycine.

Matériels et méthodes : De 2003 à 2009, recueil annuel des doses définies journalières des quatre ABLS pour 1 000 journées-patients (DDJ), en Réa et en SC. Analyse statistique par régression linéaire avec test du coefficient de corrélation.

Résultats : Il n'y a pas de différence dans le case-mix, la gravité, la mortalité, le nombre d'infections nosocomiales avant et après l'introduction du logiciel (Tableau 1).

Tableau 1

	Avant le logiciel			Après le logiciel			
DDJ	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
REA	171,51	103,93	165,25	115,16	107,19	154,41	98,50
SC	23,27	26,42	26,30	24,94	24,38	17,26	15,04

De 2005 à 2009 : REA $y = -9,4257x + 19\,045$; $r^2 : 0,25$ (ns) ;
SC $y = -3,0183x + 6079,2$; $r^2 : 0,8867$; $p < 0,02$.

Discussion : La baisse de la consommation des ABLs dans les deux unités, comme d'ailleurs dans l'ensemble de l'établissement, peut s'expliquer par le caractère restrictif de la prescription par logiciel : nécessité de préciser la bactérie en cause ou suspectée, adaptation stricte de la posologie au poids et à la fonction rénale, durée du traitement préétablie en fonction du site de l'infection, réévaluation obligatoire de la prescription à la 72^e en cas d'antibiothérapie probabiliste. Cette diminution est plus sensible en SC qu'en Réa, alors que ce sont les mêmes prescripteurs. Effet d'une prescription « incontournable »

en raison de la gravité en Réa ? Effet-volume supérieur de la prescription en Réa ? Prescription raisonnée des ABLs en Réa avant le logiciel ? Traitements en « excès » dans les années antérieures en SC, en particulier pour la durée de traitement ?

Conclusion : L'introduction d'un logiciel d'aide à la décision en antibiothérapie, a entraîné une diminution significative des consommations d'ABLs en SC et une tendance à la baisse de cette consommation en Réa, sans altérer le devenir des patients.