

Sessions orales infirmiers (1)

Oral presentations, nurses (1)

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SOI001

Évaluation du passage en vacation de travail de 12 heures au sein d'un service de réanimation

S. Dray¹, C. Vilagines², S. Aguilar², N. Berutti¹, L. Papazian¹, A. Roch¹

¹Service de réanimation médicale, CHU de Marseille, hôpital Nord, Marseille, France

²Réanimation, CHU de Marseille, hôpital la Timone, Marseille, France

Introduction : La question de l'évolution de l'organisation du temps de travail en vacation de 12 heures est devenue incontournable au sein des services de réanimation. Ce modèle d'organisation intéresse le patient, les agents et l'administration. Pour autant, les études mesurant l'impact des 12 heures au sein des secteurs de réanimation restent peu nombreuses et surtout très controversées [1,2]. L'objectif de cette étude était d'évaluer le ressenti des agents paramédicaux concernant l'impact du passage en 12 heures sur leur vie et la qualité des soins.

Matériels et méthodes : Six mois après le passage en 12 heures, les IDE et AS de deux unités de réanimation et d'une unité de surveillance continue du même hôpital ont répondu à un questionnaire non obligatoire. Le questionnaire était composé de questions fermées et ouvertes portant sur les caractéristiques des répondants, leur positionnement sur le passage en 12 heures et leur ressenti concernant l'impact de l'organisation du travail en 12 heures sur la qualité des soins.

Résultats : Soixante-seize agents sur 114 ont répondu au questionnaire (âge moyen de 38 ans, ancienneté moyenne de six ans). Cinquante-huit pour cent étaient IDE ($n = 44$) et 42 % AS ($n = 32$), 46 % ($n = 35$) travaillent en vacation fixe de jour, 38 % ($n = 29$) en vacation fixe de nuit et 16 % ($n = 12$) en alternance. Soixante-deux pour cent ($n = 47$) n'avaient pas fait le choix de travailler en 12 heures. Six mois après, 58 % des répondants ne souhaitent plus revenir à un planning en huit heures, et 53 % des répondants ($n = 40$) pensent que l'organisation de travail en 12 heures a amélioré la qualité des soins. Les principales raisons invoquées étaient un meilleur suivi des patients pour 87,5 %, une meilleure organisation pour 62 %, moins de temps de relève pour 17 % et une meilleure connaissance du patient pour 17 %. Parmi les personnes ne pensant pas que les 12 heures ont amélioré la qualité des soins, les raisons invoquées étaient principalement la fatigue engendrée pour 23 %, plus de tâches pour 15 %, moins d'effectifs pour 12 % et moins de temps de relève pour 9 %.

Discussion : Au sein de nos unités de réanimation, le passage en 12 heures représente une expérience bénéfique, puisque notre étude met en évidence que l'organisation du travail en 12 heures trouve un intérêt certain pour les agents et les patients.

Conclusion : Selon cette enquête, le passage en 12 heures permettrait l'amélioration de la qualité des soins, ce qui semble être une piste intéressante à évaluer.

Références

1. Smith L, Folkard S, Tucker P, Macdonald I (1998) Work shift duration: a review comparing eight hour and 12 hour shift systems. *Occup Environ Med* 55:217-29
2. (2000) *Arch Mal Prof* 61(6):402-16

SOI002

Impact des colloques de morbidité et mortalité au niveau institutionnel : expérience initiée dans un service de réanimation polyvalente suisse

C. Tschanz¹, F. Taalba¹, M. Maus¹, S. Petitjean¹, M. Sipka¹, D. Zahnd², N. Perisset¹, D. Crausaz¹, V. Ribordy¹, G. Sridharan¹, H. Ksoury¹

¹Soins intensifs et continus, hôpital fribourgeois, Fribourg, Suisse

²Direction de la qualité, direction générale, hôpital fribourgeois, Fribourg, Suisse

Introduction : La démarche d'organiser des colloques de morbidité et de mortalité (CMM) tend à être diffusée dans les services de soins intensifs en Suisse. Nous rapportons dans ce travail les résultats d'une enquête d'opinion préalable à l'instauration d'un système de recueil d'incidents et de CMM et l'impact correcteur sur nos pratiques et notre représentation de l'erreur.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle en deux phases, sur une année. L'étude s'intègre dans un projet institutionnel avec la collaboration d'un manager de qualité et de gestion des risques. La première phase comporte une enquête d'opinion auprès des soignants sur l'erreur en réanimation (types, ressenti et moyens de prévention) avec exposition des résultats, la mise en place d'un groupe de travail (un médecin et six infirmiers) et l'élaboration d'un système de recueil d'incidents. La seconde phase comporte l'instauration du recueil d'incidents et leur analyse lors des CMM. Un compte-rendu écrit des incidents analysés et des actions à entreprendre est diffusé.

Résultats : À la première phase, 56 réponses (72 %) sont obtenues en retour. Les principaux types d'erreur mentionnés sont : un défaut de communication et de transmission (73 %), un défaut de prescription et de préparation médicamenteuses (69 et 71 %). L'erreur commise est perçue comme : une défaillance humaine (33 %), une source de peur (30 %), une remise en question (17 %). Les moyens de prévention cités sont : l'amélioration de la communication entre soignants (25 %), l'amélioration de la prescription (16 %), le report sur feuille de recueil d'incidents (11 %). À la seconde phase, on recense à la mise du système de recueil, 53 incidents (un majeur, 40 mineurs et 12 quasi-incidents). Quarante-trois pour cent sont liés à un défaut de prescription, de préparation de médicaments, 23 % à un défaut de surveillance. Ces incidents surviennent ou sont constatés respectivement à 17 et 10 % lors de la transmission infirmière matinale. L'analyse de ces incidents révèle une prédominance de la défaillance du système de travail.

Discussion : La mise en place d'un système de recueil et d'analyse d'incidents a permis de révéler aux soignants, la discordance entre leurs représentations de l'erreur et la réalité. Cela démontre que les cultures de la peur et du secret sont encore présentes. Leur sensibilisation à ce sujet a permis une adhésion à ce projet institutionnel de culture de « l'erreur utile » et aux mesures correctrices de l'organisation de notre système de travail.

Conclusion : Notre expérience montre que les CMM participent à une orientation *total quality management* avec un impact correcteur des pratiques. Les institutions doivent encourager cette démarche au sein des différents secteurs d'activité pour propager la culture de l'erreur, garante d'une meilleure transparence de notre pratique vis-à-vis des patients.

SOI003

Évaluation qualitative d'une nouvelle organisation d'accueil des proches de patients hospitalisés dans un service de réanimation médicale

A.M. Weber, A.M. Weber, M. Wurtz, S. L'hotellier, S. Rahmoun, V. Ballongue, C. Klaus, C. Dellali, P. Lutun, F. Schneider
Service de réanimation médicale, hôpital de Hautepierre, Strasbourg, France

Introduction : Le manuel d'accréditation des établissements de santé préconise la mise en place de procédures d'accueil des proches des patients hospitalisés (chapitre 3 du référentiel, référence 22b). Notre centre hospitalier a répondu à cette exigence par un projet de soins (projet d'établissement 2006/2010) : « bien accueillir les patients et leur famille, afin de mieux exprimer notre solidarité ». Notre service s'est penché sur sa démarche « qualité de l'accueil » en fin 2008 et a créé un groupe de travail qui a réactualisé et reformulé le circuit. L'étape suivante a consisté en l'évaluation de ces changements auprès des visiteurs un an après la mise en œuvre de la nouvelle procédure.

Objectif du travail : Évaluation de notre nouvelle organisation d'accueil par un sondage aléatoire de 100 visiteurs.

Matériels et méthodes : Nous avons constitué un groupe « accueil » composé d'aides-soignantes et d'infirmières, qui a créé un outil d'évaluation sous forme d'un questionnaire. L'enquête s'est déroulée de mi-janvier à fin février 2010. Les aides-soignantes ont distribué ce questionnaire anonyme aux familles à leur sortie selon un calendrier journalier aléatoire. Les familles le remplissaient seules et sur place, puis l'inséraient dans une urne. À la fin de chaque journée, les questionnaires étaient placés dans une enveloppe scellée. Le dépouillement a été réalisé à la fin de l'enquête par le cadre du service et le groupe accueil.

Résultats : Nous avons recueilli 94 questionnaires qui nous ont permis : 1) de dégager des caractéristiques générales : 35 % des visiteurs ont un lien direct avec le patient, la distance parcourue pour le visiter se situe entre 10 et 30 km ; le taux global de satisfaction de l'accueil est de 98 % ; 2) d'évaluer l'organisation grâce à des paramètres tels que la rapidité de l'accueil (75 % l'estiment rapide), l'impact de la création d'une salle d'attente dédiée aux familles (74,5 % ont apprécié ce changement), les délais d'attente des familles pour être reçues par un médecin lors du premier contact (53 % des visiteurs ont été reçus dans l'heure) ; 3) d'évaluer la qualité des informations incluses dans le nouveau livret d'accueil (78 % en sont satisfaits), la dimension éducative des règles d'hygiène (98 % des visiteurs ont eu des explications sur le lavage des mains, le port de la blouse et des surchaussures), l'accueil personnalisé à l'entrée du service (87 % ont apprécié un accueil souriant, ont ressenti un sentiment de sécurité et estiment avoir été bien accueillis) et la qualité de l'information donnée par les médecins (50 % d'appréciations positives).

Conclusion : Cette enquête a mis en lumière des possibilités d'amélioration pour la salle d'attente et pour les conditions matérielles de l'accueil. Elle a permis de valoriser le professionnalisme des équipes.

Référence

1. Manuel d'accréditation des établissements de santé

SOI004

Faire évoluer les pratiques professionnelles : exemple d'application au sein d'un service des recommandations de la conférence de consensus « mieux vivre la réanimation »

C. Renard, E. Pecoux, A. Soury-Lavergne, L. Moïny, A. Lameyse, F. Fourrier

Service de réanimation polyvalente, CHRU de Lille, hôpital Roger-Salengro, Lille, France

Introduction : Suite aux recommandations de la conférence de consensus, l'équipe paramédicale de notre service a pris conscience de l'impact de nos pratiques professionnelles sur la qualité de vie du patient et de ses proches. L'objectif de notre travail a été de valider une méthode facilitant l'évolution des pratiques et d'améliorer l'accueil des familles et la communication entre soignants et familles.

Matériels et méthodes : En février 2010, un état des lieux des pratiques a été réalisé par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme auquel l'ensemble du personnel médical et paramédical a répondu ($n = 100$ personnes). Le questionnaire comportait des questions ($n = 40$) à choix binaire (oui/non) ou à choix multiples (mauvais, passable, bon ou excellent) et comprenait : 1) une partie d'auto-évaluation concernant l'accueil des familles, leur temps de présence et la communication lors de l'admission et des renseignements quotidiens ; 2) une partie sur les aménagements à envisager pour faciliter la présence des proches et la communication avec les soignants. Après analyse et communication des réponses, les groupes de travail constitués ont proposé deux projets : la mise en place d'un entretien formalisé lors du premier accueil des familles pour obtenir une connaissance détaillée du patient et de ses habitudes de vie. En outre, un essai d'ouverture 24 heures sur 24 pendant six mois, évalué auprès des familles par un cahier de pointage précisant l'heure, la durée et le nombre de visites sur 24 heures.

Résultats : Le questionnaire a été rempli par 100 % du personnel. Dans 65 % des cas, l'accueil des familles était considéré comme bon, dans 13 % comme passable. Trente-trois pour cent des soignants estimaient que le temps de présence des familles était insuffisant ; 87 % étaient favorables à l'élargissement des visites, dont 51 % à l'ouverture 24 heures sur 24 ; 52 % ne souhaitaient pas augmenter à plus de deux le nombre de visiteurs par patient. Soixante-quatre pour cent considéraient comme bonne la communication entre soignants et familles lors de l'admission, 28 % comme passable ou mauvaise. Les résultats étaient quasiment identiques pour la communication lors des renseignements quotidiens. Lors du premier mois d'ouverture 24 heures sur 24, 760 visites ont été comptabilisées. Dans 58 % des cas, la durée de visite était inférieure à 60 minutes, et dans 18 %, supérieure à 120 minutes. Dans 77 % des cas, les visites ont eu lieu entre 12 et 20 heures, et aucune visite n'a été relevée entre 23 h 30 min et 06 h 30 min. Les hôtes du service ont noté que les familles acceptaient mieux les temps d'attente induits par les soins. L'ensemble de l'équipe paraît aujourd'hui satisfait de la modification des horaires de visite. L'entretien d'accueil a été adopté par tous et, grâce à un recueil de données complet, a amélioré la connaissance globale du patient et de son environnement familial.

Conclusion : De nombreuses études ont montré que l'amélioration de la communication avec les familles associée à une facilité d'accès permet un meilleur vécu du séjour en réanimation. L'implémentation efficace des recommandations concernant la présence des proches et la communication lors du premier accueil a pu être réalisée par une mobilisation de l'ensemble de l'équipe autour d'un groupe de pilotage proactif et grâce à une méthodologie de conduite du changement et d'évaluation des pratiques.

SOI005**Enquête de la SRLF sur l'opinion des soignants de réanimation sur les durées d'ouverture aux proches**

S. Jeune¹, Y. Maetens², I. Hauchard³, S. Dray⁴, A. Tabah⁵, E. Bertholet⁶, M.L. Baillot⁷, A. Roch⁸, A. Soury-Lavergne⁹

¹CCI, CHU, hôpital Saint-Jacques, Besançon, France

²CCI, hôpital universitaire Erasme, Bruxelles, Belgique, France

³CCI, CHU de Rouen, Rouen, France

⁴CCI, CHU de Marseille, hôpital Sainte-Marguerite, Marseille, France

⁵Commission Web, CHU de Grenoble, Grenoble, France

⁶CCI, CHU de Lyon, HFME, Bron, France

⁷CCI, CHU Raymond-Poincaré, Garches, France

⁸CCI, CHU de Marseille, hôpital Nord, Marseille, France

⁹CCI, CHRU de Lille, hôpital Roger-Salengro, Lille, France

Objectif : Évaluer l'opinion des soignants sur la politique de leur réanimation sur les durées d'ouverture aux proches.

Matériels et méthodes : En juin 2009, invitation par mail des membres de la liste de diffusion de la SRLF à répondre à un questionnaire en ligne, à questions fermées, rédigé par la commission du congrès infirmier et la commission Web de la SRLF.

Résultats : Sept cent trente et un soignants, dont 65 % d'IDE et 24 % de médecins, travaillant dans 222 réanimations adultes et 41 réanimations pédiatriques ont rempli complètement le questionnaire. Alors que 59 % des réanimations pédiatriques étaient ouvertes 24 heures sur 24, 58 % des réanimations adultes des répondants avaient des durées de visite autorisées inférieures à quatre heures. Cependant, 63 % des soignants de ces unités recommandaient d'élargir ces horaires. Sept pour cent des réanimations adultes étaient ouvertes 24 heures sur 24. Cependant, seulement 10 % des soignants de ces unités souhaitaient que les durées de visite soient raccourcies, 81 % estimaient qu'une ouverture 24 heures sur 24 améliore les relations avec les proches, et seulement 9 % estimaient que cela perturbe l'organisation des soins. Les médecins étaient encore plus convaincus que les paramédicaux des effets bénéfiques de l'ouverture 24 heures sur 24 sur les relations avec les proches (88 vs 74 % ; $p < 0,05$). Une majorité des soignants estimant inutile d'élargir les durées de visite pensait que cet élargissement n'améliore pas les relations avec les proches et perturbe l'organisation des soins.

Conclusion : Même si plus de la moitié des réanimations des répondants à cette enquête ont des horaires d'ouverture très restreints, les soignants se positionnent clairement pour leur élargissement. Les soignants des unités ouvertes 24 heures sur 24 en ont une expérience favorable. Les unités pédiatriques sont en avance dans ce domaine.

SOI006**Évaluation des sources d'inconfort des patients hospitalisés en réanimation**

E. Pecoux, C. Renard, A. Soury-Lavergne, L. Moïny, A. Lameyse, F. Fourrier

Service de réanimation polyvalente, CHRU de Lille, hôpital Roger-Salengro, Lille, France

Introduction : La conférence de consensus sur le « mieux vivre en réanimation » a identifié de multiples sources d'inconfort pour le patient et a recommandé de développer des procédures d'amélioration du bien-être. Le retentissement délétère des aspirations endotrachéales (AET) systématiques a été particulièrement discuté. Nous rapportons les principaux résultats d'une étude prospective visant à quantifier la fréquence des sources d'inconfort et le rôle éventuel des AET.

Matériels et méthodes : Un audit externe par un personnel détaché a été réalisé auprès des patients, du 1^{er} janvier au 28 février 2010, dans un service de 16 lits de réanimation polyvalente. Un questionnaire hebdomadaire était rempli pour chaque patient et comportait un descriptif du niveau de sédation, du niveau de conscience et du type d'assistance ventilatoire. Le patient conscient était questionné sur l'existence de douleurs, la perception de froid, de soif, d'angoisse ou de troubles de sommeil. L'effet des AET était quantifié par la concordance entre le niveau d'encombrement (évaluation semi-quantitative) et la fréquence des AET réalisées, les AET cliniquement dirigées étant comparées aux AET systématiques.

Résultats : Nous avons analysé 110 questionnaires : 50 % des patients ne recevaient aucune sédation et 21 % une sédation partielle composée essentiellement d'une analgésie. Une communication orale ou gestuelle était possible avec 58 % des patients. Parmi ceux-ci, 11 % se plaignaient des sensations de froid, 11 % de soif, 22 % de douleur, 15 % d'angoisse et 26 % de troubles de sommeil. Soixante-deux pour cent des patients étaient bronchoaspirés de façon « cliniquement dirigée », et il existait alors une concordance de 92 % entre la fréquence des aspirations et l'encombrement. Trente-huit pour cent des patients étaient bronchoaspirés de façon systématique toutes les trois heures, et il existait une inadéquation entre fréquence et importance de l'encombrement dans 42 % des cas.

Discussion : Les nuisances décrites par nos patients hospitalisés sont les mêmes que celles retrouvées lors d'enquêtes menées sur les patients au décours de la réanimation. Nos résultats confirment l'inutilité des AET systématiques. Ces résultats ont abouti à la formation de groupes de travail permettant de recentrer les soins sur le confort du patient : attention plus particulière aux besoins primaires ; protocoles spécifiques au travail de nuit pour favoriser le repos nocturne ; recherche et traitement systématique de la douleur, particulièrement lors de gestes invasifs ou lors des mobilisations ; développement des procédures d'AET cliniquement dirigées.

Conclusion : L'application des recommandations du consensus sur le « mieux vivre la réanimation » nécessite, au sein des services, une évaluation préalable des causes d'inconfort et du rôle potentiellement délétère de procédures de soins dont l'efficacité doit être discutée.