

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

## SPI001

### Enquête de la SRLF sur l'opinion des soignants de réanimation sur les modalités pratiques de l'information donnée aux proches

Y. Maetens<sup>1</sup>, S. Jeune<sup>2</sup>, A. Tabah<sup>3</sup>, C. Ledroit<sup>4</sup>, K. Clabault<sup>5</sup>, I. Lelias<sup>6</sup>, V. Lombardo<sup>7</sup>, J. Reignier<sup>8</sup>, A. Roch<sup>9</sup>, F. Meziani<sup>10</sup>, I. Hauchard<sup>5</sup>

<sup>1</sup>CCI, hôpital universitaire Erasme, Bruxelles, Belgique

<sup>2</sup>CCI, CHU, hôpital Saint-Jacques, Besançon, France

<sup>3</sup>Commission Web, CHU de Grenoble, Grenoble, France

<sup>4</sup>CCI, CHU d'Angers, Angers, France

<sup>5</sup>CCI, CHU de Rouen, Rouen, France

<sup>6</sup>CCI, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France

<sup>7</sup>CCI, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

<sup>8</sup>CCI, CHD les Oudairies, La Roche-sur-Yon, France

<sup>9</sup>CCI, CHU de Marseille, hôpital Nord, Marseille, France

<sup>10</sup>CCI, CHU de Strasbourg, hôpital Civil, Strasbourg, France

**Objectif :** Évaluer l'opinion des soignants sur la politique de leur réanimation sur les modalités pratiques de l'information donnée aux proches.

**Matériels et méthodes :** En juin 2009, invitation par e-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. Quarante-deux pour cent des répondants indiquaient qu'une personne était dédiée à l'accueil des familles dans leur service, mais 78 % estimaient cette fonction très utile ou indispensable. Il n'y avait pas plus souvent une personne dédiée à l'accueil dans les services avec un ratio patient par IDE inférieur ou égal à 2,5. Plus de 90 % des soignants estimaient que les proches doivent être informés dans une pièce dédiée, en présence de l'IDE en charge du patient, et que le contenu de l'information donnée devrait être transcrit dans le dossier du patient. Cependant, cela n'était réalisé respectivement que dans 56, 57 et 40 % des services. L'opinion des médecins n'était pas différente de celle des paramédicaux, même si encore plus de paramédicaux que de médecins estimaient que les proches doivent être informés en présence de l'IDE en charge du patient (98 vs 92 %,  $p < 0,01$ ). Les informations téléphoniques sont données dans 95 % des services, seulement à des personnes désignées dans 86 % des services, préférentiellement par des IDE dans 79 % des services. Plus de paramédicaux que de médecins estimaient que les informations téléphoniques devraient être plutôt données par un médecin (39 vs 20 %,  $p < 0,01$ ).

**Conclusion :** Des améliorations semblent possibles sur les modalités pratiques de l'information aux proches dans une majorité de services de réanimation.

## SPI002

### Barrières d'attitude à l'application du protocole de contrôle glycémique

Y.-L. Nguyen, G. Cheisson, J. Duranteau

Département d'anesthésie-réanimation, CHU de Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre, France

**Introduction :** La mise en place d'un protocole de soins géré par l'équipe infirmière présente de nombreux avantages parmi lesquels la responsabilisation des soignants, l'application des bonnes pratiques et l'offre de soins de qualité pour le patient. L'ensemble des patients de notre département bénéficient d'une prescription d'un protocole de contrôle glycémique à leur admission en réanimation. Ce protocole est entièrement géré par l'équipe infirmière qui, en fonction de critères spécifiques, inclut le patient dans un protocole sous-cutané ou en intraveineux continu, puis adapte les doses d'insuline en fonction des glycémies. Récemment, dans un échantillon de patients admis dans notre service, nous avons observé une adhérence relativement faible que ce soit en termes de critères d'inclusion ou d'exclusion ainsi que pour les changements des vitesses d'insuline. En vue de préparer de nouvelles séances de formation auprès des soignants, nous avons voulu comprendre les raisons pour lesquelles l'adhérence à notre protocole était particulièrement faible. Notre hypothèse initiale était que la majorité des soignants composant l'équipe actuelle n'avaient pas encore reçu de formation sur ce protocole de soins.

**Patients et méthodes :** Nous avons conduit un sondage associé à des interviews semi-structurées auprès de l'équipe infirmière dans un service universitaire de réanimation chirurgicale de 24 lits. Les interviews étaient conduites par un médecin. Les réponses étaient gardées anonymes. Nous avons suivi le modèle « connaissance-attitudes-comportements » décrit par Cabana et al. pour la rédaction de notre questionnaire.

**Résultats :** Soixante-cinq infirmiers ont répondu à notre questionnaire parmi lesquels, 78 % de femmes, 85 % âgés de moins de 35 ans et 86 % membres de l'équipe depuis moins de cinq ans. Seuls 20 % des répondeurs avaient assisté à une formation sur le protocole de contrôle glycémique. L'ensemble des personnes interrogées disaient connaître l'existence du protocole, et la majorité (71 %) se sentaient familières avec son application au lit du malade. Trois quarts des répondants étaient d'accord sur l'existence d'une culture de contrôle glycémique dans le service et sur les bénéfices pour le patient de l'application de ce protocole. Cinquante-sept pour cent des infirmiers considéraient l'application du protocole de contrôle glycémique comme étant une de leur priorité. Cependant, 80 % des infirmiers révélaient ne pas appliquer le protocole à la lettre « souvent » ou « très souvent ». Les raisons évoquées par plus d'un infirmier sur deux étaient que « chaque patient est différent » et « la peur de l'hypoglycémie ». Nous n'avons identifié aucune barrière externe à l'application du protocole. La majorité des participants souhaitaient une adaptation du protocole actuel.

**Conclusion :** Contrairement à notre hypothèse de départ, nous avons trouvé que la faible adhérence à notre protocole de contrôle glycémique était secondaire à des barrières dites d'attitudes. Notre future formation sera centrée sur les risques d'hypoglycémie inhérents au protocole. Des choses spécifiques pour les patients diabétiques seront rajoutées dans notre protocole.

#### Référence

Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al (1999) Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 282:1458-65

#### SPI003

### Proposition d'une stratégie d'enseignement en vue d'optimiser la prise en charge de la réanimation cardiopulmonaire intrahospitalière : l'Immediate Life Support (ILS)

F. Chauvier<sup>1</sup>, Y. Maetens<sup>2</sup>, J.-L. Vincent<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Service des soins intensifs, hôpital universitaire Erasme, Bruxelles, Belgique

<sup>2</sup>Service de réanimation, hôpital universitaire Erasme, Bruxelles, Belgique

<sup>3</sup>Service de réanimation médicochirurgicale, hôpital universitaire Erasme, Bruxelles, Belgique

**Introduction :** Dans la littérature médicale, les données traitant de l'optimisation de l'efficacité d'un enseignement de la réanimation cardiopulmonaire de l'adulte sont rares. Il est crucial de penser et préciser les outils les plus performants afin de viser un enseignement efficace permettant une mise en pratique des techniques efficaces et une mise à jour de celles-ci.

**Objectifs :** Identifier l'efficacité significative d'une technique d'enseignement en réanimation cardiopulmonaire de type Immediate Life Support (ILS), issue des recommandations de l'European Resuscitation Council. Évaluer la persistance des connaissances cognitives à long terme, cela en comparaison avec une autre formation, et enfin vérifier l'existence d'une optimisation de la mise en pratique des gestes de réanimation au moyen de cette même formation.

**Matériels et méthodes :** Une analyse comparative entre deux groupes formés a été réalisée. Celle-ci fut réalisée sur un groupe suivant une formation existante au sein de l'hôpital Erasme, la formation cardio (deux heures d'enseignement principalement théorique), et un autre groupe bénéficiant d'un enseignement de type ILS (huit heures essentiellement pratique). L'étude comparative a permis d'évaluer les connaissances cognitives des deux formations et d'observer la mise en pratique des gestes de réanimation. L'évaluation cognitive s'est fait à trois moments, avant et après la formation, ainsi qu'après deux mois de formation. À chaque étape d'évaluation, les individus formés ont reçu un questionnaire à choix multiples. Lors de l'évaluation après deux mois de formation, ils ont été également soumis à un scénario d'arrêt cardiaque. Les changements dans la performance des candidats ont été analysés afin de définir s'ils étaient significatifs ou pas.

**Résultats :** Trente-trois infirmiers(ères) ont été répartis dans deux groupes sur base volontaire. On retrouve 13 candidats pour le groupe formation cardio, contre 20 pour la formation ILS. Le groupe formation ILS s'est avéré plus performant dans la gestion pratique de la réanimation cardiopulmonaire que le groupe formation cardio, cela fut appuyé de manière statistique. Sur le plan cognitif, la formation ILS montre une tendance à être plus efficace mais n'a pu être affirmée de manière statistique. Il est important de nuancer ces résultats par des limites de non-randomisation des groupes et une inégalité de ceux-ci.

**Conclusion :** La pédagogie utilisée lors de l'enseignement ILS offre de bons résultats en termes de rétention cognitive mais surtout lors de la réalisation des gestes de réanimation. La focalisation sur des scénarios semble donc constituer un facteur important dans ce type d'enseignement.

#### SPI004

### Évaluation de l'observance de la procédure de prise en charge d'un patient au retour du bloc opératoire en réanimation chirurgicale

J. Simon, V. Huvier, S. Galley, E. Le Roux, F. Bonnet, B. Eurin, L. Jacob

Service de réanimation chirurgicale, hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris, France

**Introduction :** La survenue d'une extubation accidentelle suivie d'un arrêt cardiorespiratoire d'évolution favorable lors de l'installation d'un patient au retour du bloc opératoire en réanimation chirurgicale a amené l'équipe soignante à réaliser une analyse systémique de cet événement indésirable grave en RMM (*Revue morbidité mortalité*). La mise en place d'une procédure de prise en charge d'un patient au retour du bloc opératoire a été une des mesures correctives identifiées. Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, une évaluation de l'application de cette procédure a été menée à 18 mois.

**Matériels et méthodes :** Constitution d'un groupe de travail composé de trois IDE, un cadre, un médecin anesthésiste-réanimateur. Enquête déclarative réalisée au sein du département d'anesthésie-réanimation. Entretiens effectués auprès de 23 anesthésistes-réanimateurs (dont cinq en réanimation et 18 au bloc), sept internes, 24 infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE), 12 infirmiers (IDE) et six aides-soignants (AS). L'étude s'articule autour de deux thèmes : la connaissance de l'existence et du contenu de la procédure et son application (critères évalués : vérification de la présence d'une feuille de consultation d'anesthésie préopératoire à jour, appel de la réanimation 15 minutes avant la sortie du patient du bloc opératoire, transmission à l'infirmier en charge du patient, actualisation de la prescription postopératoire, réalisation de la check-list de la chambre, présence médicale à l'arrivée du patient).

**Résultats :** L'existence de la procédure est connue de 50 % des interrogés : réanimateurs 80 %, anesthésistes 61 %, aucun interne, IDE 67 %, AS 50 %, IADE 42 %. Cinquante-huit pour cent de ce groupe en connaissent le contenu : IDE 88 %, anesthésistes 82 %, réanimateurs 75 %, AS 67 %, IADE 40 %. Pour l'application des critères évalués, 76 % des acteurs concernés vérifient la présence d'une consultation d'anesthésie actualisée avant le départ au bloc (tous les réanimateurs, anesthésistes 82 %, IADE 60 %, IDE 38 %), 63 % appellent la réanimation 15 minutes avant la sortie du patient du bloc opératoire (tous les anesthésistes, IADE 90 %), 64 % transmettent l'horaire de sortie à l'infirmier en charge du patient (réanimateurs 75 %, anesthésistes 36 %, IADE 20 %), 27 % des médecins anesthésistes actualisent la prescription postopératoire, 58 % des IDE réalisent la check-list de la chambre du patient et 71 % constatent la présence du médecin lors de l'installation du patient en réanimation.

**Conclusion :** La moitié de la population concernée ne connaît pas la procédure. Ce faible taux est en partie lié à l'importance du turn over des équipes et souligne l'intérêt des évaluations régulières. En outre, le faible taux d'observance déclaré par ceux connaissant la procédure peut entraîner une désorganisation et une rupture de la continuité des soins. Cela est porteur de risques majeurs pour le patient. Il est donc nécessaire de prévoir une diffusion régulière de la procédure et un rappel immédiat des bonnes pratiques en particulier la réalisation de la check-list de la

chambre du patient pour les soignants et la prescription écrite des modifications thérapeutiques liées à l'acte pour les médecins anesthésistes.

## SPI005

### Inconforts perçus par les patients au cours de leur séjour en réanimation médicale

S. Dray<sup>1</sup>, S. Valera<sup>2</sup>, A. Loundou<sup>3</sup>, M.-C. Simeoni<sup>3</sup>, L. Papazian<sup>1</sup>, A. Roch<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation médicale, CHU de Marseille, hôpital Nord, Marseille, France

<sup>2</sup>Service de réanimation médicale, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, Marseille, France

<sup>3</sup>Laboratoire de santé publique, faculté de médecine, Marseille, France

**Introduction :** Les sources d'inconfort en réanimation sont multiples. Afin de pouvoir proposer des solutions adaptées, l'évaluation quantitative des sources d'inconfort est importante. Les études s'intéressant à la perception des sources d'inconfort par les patients ont été conduites à la sortie du service et non pas au cours du séjour. Notre étude avait donc pour objectif, d'évaluer quantitativement les sources d'inconfort perçues par le patient, et leur évolution au cours du séjour en réanimation.

**Matériels et méthodes :** Sur la période d'août 2009 à avril 2010, au sein de deux services de réanimation et d'une unité de surveillance continue, les patients capables de désigner un visage sur une réglette EVA pédiatrique ont été inclus. Un questionnaire d'évaluation de l'inconfort en 11 items était posé chaque mercredi soir et dimanche après-midi par une IDE ou AS. La valeur au dos de la réglette en regard du visage désigné était relevée.

**Résultats :** Quatre-vingt-huit patients ont été inclus et 222 questionnaires ont été remplis. L'âge moyen des répondants était de 59 ans, et 55 % des patients étaient des femmes. Soixante-neuf pour cent des questionnaires ont été recueillis par les équipes de jour, 82 % au sein de la réanimation médicale (vs 3 % réanimation des urgences vs 15 % à l'USC). Les évaluations ont été recueillies majoritairement par les aides-soignantes : 67 vs 37 % par IDE. En moyenne, l'angoisse est la source d'inconfort la plus importante pour les patients, suivie du sommeil et de la lumière artificielle la nuit (Tableau 1). Vingt-six patients ont répondu au moins trois fois au questionnaire ( $n = 146$ ), ce qui nous permet de noter une grande variabilité du niveau d'inconfort perçu par le patient au cours de son séjour, et ce dans l'ensemble des items.

Tableau 1		
	Moyenne ( $n = 222$ )	Écarts max intra-patients (médiane) [ $n = 146$ ]
Angoisse	4,43	4,5
Sommeil	3,93	6
Lumière	3,77	6
Position	3,6	6
Douleur	3,53	6
Bruit	3,53	5
Repères temporels	3,36	6
Soif	3,14	3
Chaleur/froid	2,98	6
Intimité	2,69	5
Information	2,67	6

**Conclusion :** Le niveau d'inconfort perçu est hautement variable au cours du séjour d'un patient. Son évaluation régulière est nécessaire pour une prise en charge optimale.

## SPI006

### Y a-t-il une place pour l'infirmier anesthésiste en service de réanimation ?

G. Muelle<sup>1</sup>, K. Tessier<sup>2</sup>, S. Bordreuil<sup>2</sup>, B. Lejeune<sup>2</sup>, D. Simon<sup>2</sup>, N. Terzi<sup>2</sup>, I. Gallard<sup>3</sup>, C. Daubin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Département d'anesthésie et réanimation, CHU Côte-de-Nacre, Caen, France

<sup>2</sup>Service de réanimation médicale, CHU Côte-de-Nacre, Caen, France

<sup>3</sup>École d'anesthésie, CHU Côte-de-Nacre, Caen, France

**Introduction :** Bien que l'exercice infirmier en réanimation requière des compétences théoriques et pratiques spécifiques et reconnues (circulaire DHOS n° 2003-413), celui-ci ne donne lieu à aucune formation professionnelle qualifiante. A contrario, l'infirmier anesthésiste bénéficie d'une formation professionnelle qualifiante lui conférant des compétences propres à exercer en réanimation où il n'a pas vocation à exercer. Ce constat est à l'origine d'un travail de recherche, ayant pour objectif d'explorer quelle pourrait être la valeur ajoutée d'infirmiers anesthésistes exerçant en réanimation.

**Matériels et méthodes :** Étude comparée des formations et textes réglementaires encadrant l'activité des infirmiers et infirmiers anesthésistes. Enquête d'opinion sous forme de questionnaires auprès du personnel infirmier de réanimation ( $n = 48$ ) portant principalement sur l'intérêt qu'il porterait à la présence d'infirmiers anesthésistes comme personne ressource.

**Résultats :** La formation infirmière est généraliste. Elle n'accorde qu'une place très limitée aux « soins d'urgences et de réanimation », en particulier dans les domaines de la ventilation, du maniement des médicaments et du transport intrahospitalier et n'impose pas de stage en réanimation. Ainsi, un infirmier peut être amené à exercer en réanimation sans jamais y avoir été familiarisé. Contrastant avec « une formation sur le tas », la formation infirmière anesthésiste est professionnelle, qualifiante et se fait par alternance (enseignement théorique/stages) avec une expérience en réanimation obligatoire et l'acquisition de compétences dans les domaines sus-cités et l'urgence vitale. Ainsi, la totalité des infirmiers de notre service ( $n = 33$ ) ayant répondu aux questionnaires (deux tiers ayant une expérience inférieure à cinq ans) juge inadaptée leur formation initiale à l'exercice de la réanimation. Toutes estiment que l'infirmier anesthésiste comme personne ressource pourrait apporter un complément de compétences particulièrement dans la gestion des voies aériennes (64 %), de la ventilation (58 %), de l'analgésie et sédation (82 %) et de la formation des personnels (49%). Pour autant deux tiers d'entre elles ne lui reconnaissent pas de « qualification en réanimation », et moins de 10 % pensent qu'il interférerait avec leurs tâches.

**Conclusion :** Il ressort une carence ressentie de formation des infirmiers aux soins de réanimation qui relèvent de compétences spécifiques et reconnues mais non prises en compte sans même que réglementairement ne soit imposée une formation d'adaptation à l'emploi comme cela se pratique dans d'autres pays (Suisse, Belgique, États-Unis...). Cette insuffisance pourrait expliquer la forte attente des personnels de personnes ressources qualifiées, pouvant justifier la place en réanimation d'infirmiers anesthésistes. Enfin, ce travail questionne sur le besoin d'une formation qualifiante des infirmiers exerçant en réanimation.

**SPI007****Évaluation des unités de soins intensifs par les patients et leurs familles après leur sortie du département des soins intensifs**Y. Maetens<sup>1</sup>, S. Casie<sup>1</sup>, M. de Landsheer<sup>1</sup>, J.-L. Vincent<sup>2</sup><sup>1</sup>Service de réanimation, hôpital universitaire Erasme, Bruxelles, Belgique<sup>2</sup>Service de réanimation médicochirurgicale, hôpital universitaire Erasme, Bruxelles, Belgique**Objectif :** Évaluer le degré de satisfaction des malades après leur séjour en réanimation.**Patients et méthodes :** À l'aide d'un fonds (fonds SI) soutenu par d'anciens malades et leurs proches, notre service de réanimation polyvalente a mis sur pied une équipe d'assistants pour accueillir et accompagner les proches des malades. Une des tâches de cette équipe est de collecter et d'évaluer les impressions et les critiques des patients et leurs proches rapidement après leur séjour. Nous avons étudié un échantillon représentatif de patients USI qui ont séjourné dans notre service entre septembre 2009 et avril 2010. L'évaluation comportait 12 questions simples sur l'accueil et la gentillesse du personnel soignant, la qualité des soins (y compris le contrôle de la douleur, la prise de considération des besoins, la disponibilité et la rapidité des interventions du personnel infirmier) et le confort (température, lumière, bruit). Les données ont été analysées en utilisant un test non paramétrique et un test de Chi<sup>2</sup>.**Résultats :** Nous avons récolté 100 réponses de 134 malades (22 patients étaient dans l'incapacité de répondre, sept étaient décédés et cinq ont refusé de répondre) parmi lesquels 51 admissions non planifiées et 49 admissions après chirurgie lourde. Plus de 75 % des malades étaient très satisfaits pour tous les items, excepté l'information fournie par les médecins sur l'état de santé (67 % de satisfaction) et la température de la chambre (68 % de satisfaction).**Conclusion :** Des enquêtes après un séjour en réanimation peuvent fournir un feed-back qui pourrait améliorer la qualité des soins.**SPI008****Le binôme infirmier-aide-soignant : outil d'apprentissage ?**S. Chauzy<sup>1</sup>, D. Pasticcio<sup>2</sup>, A. Blivet<sup>2</sup>, J.-D. Ricard<sup>2</sup>, D. Dreyfuss<sup>2</sup><sup>1</sup>Service de réanimation, hôpital Louis-Mourier, Colombes, France<sup>2</sup>Service de réanimation médicale, CHU Louis-Mourier, Colombes, France**Introduction :** En réanimation, le binôme infirmier-aide-soignant (AS) permet d'organiser les soins techniques, d'hygiène et tout autre soin spécifique. Il contribue à l'amélioration de la prise en charge des patients grâce à la complémentarité des compétences. Nous souhaiterions donner au binôme une dimension supplémentaire en l'utilisant comme outil de développement des compétences des nouveaux arrivants.**Matériels et méthodes :** La première phase consistait en un relevé journalier de la typologie des binômes (**1 : Apprenant** zéro à un an d'ancienneté ; **2 : Perfectionnement** 13 à 36 mois d'ancienneté ; **3 : Expert** de plus de trois ans d'ancienneté). Pour la deuxième phase, un questionnaire a été distribué à l'ensemble de l'équipe. Il avait pour objectif de mettre en évidence la perception des soignants face au binôme.**Résultats :** Le relevé journalier se compose de 138 observations. Le binôme le plus fréquent est le binôme « Expert-Perfectionnement »

(33 %). En deuxième position, le binôme « Perfectionnement-Apprenant » (21 %). Le binôme « Expert-Apprenant » est en troisième position (16 %) et celui « Expert-Expert » en quatrième (15 %). Les effectifs présents permettent la constitution de quatre binômes. On observe que ce nombre peut varier et monter jusqu'à huit. Soixante-seize pour cent de l'effectif a répondu au questionnaire. La typologie de l'équipe permet la mise en place de binômes « Experts-Apprenants ». Il y a 12 IDE de plus de trois ans d'ancienneté pour trois AS de moins d'un an et sept AS de plus de trois ans d'expérience pour quatre IDE de moins d'un an. Il existe une part importante de soignants experts qui déclarent ne pas encadrer les nouveaux arrivants et les étudiants (5 IDE/12 et 4 AS/7). Pour les deux catégories, le travail en binôme présente peu ou pas d'intérêt dans l'apprentissage et l'intégration (l'item binôme « facilitateur d'apprentissage » est cité 6 fois/25 par les IDE et 3 fois/17 par les AS). La constitution des binômes est liée à la charge de travail (81 %). Selon 78 % des participants, le binôme le plus fréquent est le binôme « Expert-Apprenant ». L'organisation de travail en binôme est très satisfaisante et satisfaisante pour 95 % des personnels interrogés.

**Discussion :** Dans l'ensemble, les binômes correspondent à la typologie des équipes présentes. On remarque que le binôme de type « Expert-Apprenant » est présent mais en moindre proportion que ce que disent les équipes. Le facteur principal qui influence la constitution des binômes est la charge de travail, alors que le niveau de compétence n'est pas prépondérant.**Conclusion :** Le binôme comme outil d'apprentissage peut être amélioré. La diminution du nombre de binômes « Expert-Expert » et l'implication de tous les agents dans le tutorat des nouveaux arrivants devraient participer à l'optimisation de notre organisation.

L'optimisation des binômes passe par une sectorisation géographique de chaque catégorie en veillant à ce que les personnes de même catégorie professionnelle et de même niveau d'expérience ne travaillent pas dans des secteurs identiques. Enfin, un accompagnement des tuteurs devrait permettre un investissement plus important des experts dans l'encadrement des nouveaux.

**SPI009****Évaluation de reanantes.com, nouvel outil de communication par Internet**E. Padioleau, S. Fraillery, F. Mazel, S. Portier, C. Bretonnière, O. Zambon, C. Guitton, M. Agenet, D. Hildgen, D. Villers  
Service de réanimation médicale polyvalente, CHU de Nantes, Hôtel-Dieu, Nantes, France**Introduction :** Afin d'améliorer la communication entre les différents professionnels de réanimation médicale (universitaire, 20 lits), une adresse mail (Gmail by Google®) a été créée en juin 2009 pour chacun des membres de ce service (IDE, AS, ASH, kiné, psychologue, cadres de santé, secrétaires, internes, médecins seniors). Une charte de fonctionnement a été éditée. La création du compte utilisateur permet également la création, ou consultation, le partage de documents de type Openoffice® documents (texte, présentation, tableurs, etc.). Nous souhaitons réaliser une évaluation de la satisfaction des professionnels vis-à-vis du fonctionnement de ces outils.**Matériels et méthodes :** Une enquête par questionnaire (par mail et/ou papier) a été réalisée au cours du mois de septembre 2010. Les réponses ont été recueillies anonymement. Deux relances ont été effectuées.**Résultats :** Le taux de réponses a été supérieur à 50 %. L'outil est plébiscité comme outil permettant le partage d'informations entre professionnels pour plus de 90 % des répondants. Ceux-ci mettent ensuite en avant la

meilleure convivialité, la facilitation des projets de recherche clinique. Les échanges d'ordre professionnel et/ou privés sont également améliorés de même que le sentiment d'appartenance à un groupe sans pour autant que ces éléments ne soient primordiaux. Le niveau de satisfaction globale est « excellent » ou « très bon » pour plus de 80 % des professionnels.

**Discussion :** Un an après sa mise en service, l'outil est adopté par les professionnels. Il offre de nombreuses possibilités de développement (recherche clinique, gestion documentaire...). S'il représente un progrès dans de nombreux domaines, il faut veiller à ce qu'il ne devienne pas un motif d'exclusion de certains membres du service, moins enclins à utiliser Internet.

**Conclusion :** La mise à disposition d'adresses Internet professionnelles a permis d'améliorer le partage d'information entre professionnels d'un même service. La convivialité et la mise en place de projets de recherche clinique ont également été améliorées. Ces outils pourraient ainsi facilement être mis en place dans d'autres unités de réanimation.

## SPI010

### Évaluation de l'effet des soins esthétiques sur la qualité de vie des patients atteints d'un syndrome de Guillain-Barré hospitalisés en réanimation

H. Prigent<sup>1</sup>, D. Orlikowski<sup>2</sup>, M. Lejaille<sup>3</sup>, D. Friedman<sup>2</sup>, E. Horvat<sup>4</sup>, I. Vaugier<sup>3</sup>, E. Pezant<sup>5</sup>, J.-C. Raphael<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Service de physiologie et explorations fonctionnelles, CHU Raymond-Poincaré, Garches, France

<sup>2</sup>Service de réanimation médicale, CHU Raymond-Poincaré, Garches, France

<sup>3</sup>Cic It 805, CHU Raymond-Poincaré, Garches, France

<sup>4</sup>Service de médecine physique et réadaptation, CHU Raymond-Poincaré, Garches, France

<sup>5</sup>Fondation Loreal, Fondation Loreal, Paris, France

<sup>6</sup>Fondation Garches, CHU Raymond-Poincaré, Garches France

**Introduction :** Après la phase aiguë d'extension des paralysies, la phase de plateau et/ou de récupération des patients atteints d'un

syndrome du Guillain-Barré est souvent longue, douloureuse et pénible pour les patients qui sont toujours hospitalisés en réanimation. Le but de ce travail est de tester l'hypothèse que la réalisation de soins esthétiques codifiés peut être bénéfique chez ces patients, comme cela a été proposé en oncologie.

**Patients et méthodes :** Étude pilote, monocentrique non comparative, portant sur la faisabilité d'une méthodologie visant à évaluer l'effet des soins esthétiques sur la qualité de vie de sujets adultes atteints d'un syndrome de Guillain-Barré sévère nécessitant une hospitalisation en réanimation, en phase de plateau et/ou de récupération. Réalisation d'au moins trois soins esthétiques par une esthéticienne spécialisée selon un protocole de soins préétabli sur une période de 15 jours avec évaluation de l'impact de ces soins par un questionnaire de qualité de vie (SF36) et une échelle d'anxiété et de dépression (HAD Lépine) réalisés à j0 et j15. Réalisation d'une échelle de satisfaction à j15 auprès des patients, de leur entourage et du personnel soignant (infirmière, kinésithérapeute).

**Résultats :** Quinze patients adultes (huit femmes) atteints d'un syndrome de Guillain-Barré sévère (perte de la marche chez tous les patients, nécessité d'une ventilation chez sept patients) à distance des complications intercurrentes, non ventilés au moment de l'étude, ont pu bénéficier de la totalité des soins ( $4,8 \pm 1,7$  soins effectués).

La qualité de vie évaluée par la SF36 et les scores HAD d'anxiété et de dépression ne variaient pas entre le début et la fin des soins, hormis une amélioration du score de dépression dans la sous-population des patients ventilés ( $p = 0,03$ ). Mais les patients exprimaient un taux de satisfaction élevé ( $30,6 \pm 1,2$  pour un score maximal de 32) et 14 patients auraient souhaité poursuivre les soins. L'évaluation de la satisfaction par l'entourage du patient ( $29,4 \pm 2,0$ ) et les infirmières était également élevée, alors que l'évaluation par les kinésithérapeutes était significativement moins importante que celle ressentie par les patients ( $24,4 \pm 3,2, p = p < 0,0001$ ).

**Conclusion :** Un programme de soins esthétiques peut être pratiqué en réanimation chez des patients atteints de syndrome de Guillain-Barré sévère et s'accompagne d'un taux de satisfaction élevé chez les patients et leur entourage. Ce programme pourrait être appliqué à d'autres populations de patients.