

Session orale infirmiers (1)

Oral presentations, nurses (1)

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SOI001

Prise en charge des escarres en réanimation.

Comment s'améliorer ?

A. Fablet¹, N. Lemeilleur¹, C. André¹, L. Piat¹, C. Millet¹, P. Roué²,
D. du Cheyron¹, A. Seguin¹

¹Service de réanimation médicale, CHU Côte-de-Nacre,
Caen, France

²Unité d'évaluation médicale, CHU Côte-de-Nacre, Caen, France

Introduction : Les escarres surviennent chez 10 à 50 % des patients de réanimation selon les études [1], augmentent le risque d'infection, de séquelles fonctionnelles, de décès et la durée de séjour. Leur prise en charge est donc primordiale. Afin de l'améliorer dans le service, nous avons réalisé une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) concernant la prévention et travaillé sur un protocole thérapeutique permettant d'uniformiser les pratiques.

Patients et méthodes : Au sein du service de réanimation médicale du CHU de Caen comportant 22 lits, l'EPP concernant la prévention s'est déroulée de 2009 à 2010. Le référentiel utilisé était la conférence de consensus de 2001 [2]. La qualité de l'évaluation du risque d'escarre par l'échelle de Waterlow, le choix des matelas, la qualité du nursing, de l'alimentation et de la surveillance furent analysés pendant sept jours chez 30 patients en juillet 2009. L'analyse des résultats a permis de fixer quatre objectifs à améliorer. Après information de l'ensemble de l'équipe soignante (médicale et paramédicale), une seconde évaluation fut réalisée en septembre 2010.

Concernant le traitement des escarres, un protocole fut élaboré en collaboration avec les dermatologues, chirurgiens plastiques et pharmaciens. Ce protocole décrit le traitement de chaque stade avec photos à l'appui. Affiché dans chaque chambre, il fut évalué par l'équipe au bout de six mois d'utilisation. Enfin, un questionnaire de connaissance sur les escarres fut rempli par tous les membres de l'équipe.

Résultats : La première étape de l'EPP a montré que l'échelle de Waterlow était mal renseignée dans 90 % des cas car plusieurs items étaient mal compris par les soignants ou inadaptés aux patients de réanimation médicale. L'état cutané n'était consigné dans le dossier que dans 40 % des cas. Le nursing (mobilisations et effleurages) n'était réalisé que 2 à 3 fois par jour en moyenne. L'alimentation était débutée précocement mais n'atteignait 25 kcal/kg/j que dans 60 % des cas. Les matelas de prévention étaient adaptés dans 84 % des cas. Les quatre points à améliorer concernaient l'échelle de Waterlow (certains items furent adaptés ou expliqués au dos de chaque feuille), le nursing, l'alimentation et l'importance de la surveillance et de la traçabilité. Une information fut délivrée à l'ensemble de l'équipe. Au terme de la seconde évaluation, l'échelle de Waterlow était considérée comme facile à comprendre et adaptée à la réanimation par 90 % des soignants. Elle était correctement renseignée dans plus de 70 % des cas, versus 10 % initialement. L'état cutané du patient semblait surveillé mais toujours peu consigné dans le dossier. La fréquence du nursing était inchangée. L'apport calorique était suffisant dans 75 % des cas versus 60 %.

Le protocole thérapeutique était utilisé souvent ou toujours par 66 % de l'équipe et répondait aux attentes de la plupart de ces soignants. Un tiers trouvait le protocole trop compliqué.

Les connaissances sur les facteurs de risque et la prévention des escarres étaient satisfaisantes pour la quasi-totalité des soignants. En revanche, seulement 30 % environ de l'équipe était capable de traiter tout stade d'escarre de façon adaptée, sans l'aide du protocole thérapeutique.

Conclusion : Ce travail sur la prévention et le traitement des escarres montre que l'adaptation ou l'instauration de nouveaux outils de soins (échelle de Waterlow et protocole thérapeutique) ainsi que des informations répétées auprès des soignants permettent d'améliorer la qualité de prise en charge des patients. Toutefois, des progrès sont encore attendus dans le service, notamment au niveau du nursing et de la traçabilité. Le manque de temps et de matériel étant souvent incriminé, une réorganisation du travail semble nécessaire. L'évaluation de l'impact de ces actions sur l'incidence des escarres est prévu prochainement. Selon les résultats, et après quelques corrections, le protocole thérapeutique pourrait être adopté par l'ensemble de l'établissement.

Références

1. de Laat EH, Pickkers P, Schoonhoven L, et al (2007) Guideline implementation results in a decrease of pressure ulcer incidence in critically ill patients. *Crit Care Med* 35:815–20
2. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Conférence de consensus, novembre 2001. <http://www.has-sante.fr>

SOI002

Utilisation de l'EPP pour expertiser et améliorer la prise en charge de la douleur chez le patient traumatique ou post-chirurgical en ventilation spontanée et admis en réanimation polyvalente

S. Lopez, I. Periou, N. Audren, P. Lesage, V. Hodebert, A. Pinel,
G. Placé, C. Quentin, S. Chevalier, F. Collet, J.-P. Gouello
*Réanimation polyvalente, centre hospitalier de Saint-Malo,
Saint-Malo, France*

Introduction : Des échanges multidisciplinaires répétés au sein du service de réanimation polyvalente du centre hospitalier de Saint-Malo (CHSM) ont fait apparaître, que si globalement les protocoles de prise en charge de la douleur étaient satisfaisants chez les patients intubés et ventilés, il n'en était pas de même chez le patient post-traumatique et/ou postopératoire demeurant éveillé et en ventilation spontanée. Il a été convenu d'évaluer plus spécifiquement cette pratique professionnelle afin d'obtenir un état réel de l'exercice et d'identifier les mesures correctrices à mettre en œuvre par les soignants médicaux et non-médicaux.

Patients et méthodes : La méthode proposée concerne une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en 3 audits cliniques ciblés de 2008 à 2011 : rétrospectif précoce ; en observation directe après élaboration et mise en œuvre des mesures correctrices ; rétrospectif tardif. Sont éligibles 30 dossiers-patients consécutifs âgés de plus de 18 ans admis dans le service de réanimation du CHSM demeurant en ventilation spontanée et se trouvant dans l'une des deux configurations suivantes : avoir subi un acte chirurgical susceptible de provoquer une douleur postopératoire ; avoir été victime d'un traumatisme ayant justifié ou non une chirurgie. Les grilles d'évaluation sont élaborées selon les recommandations de la 4^e conférence de consensus, Sédation et Analgésie en réanimation de la SRLF et de la SFAR (Paris, le 15/11/2007). Chaque dossier est renseigné en aveugle par un médecin et par une infirmière (IDE) puis élaboration d'une synthèse par l'équipe de coordination et présentation à l'ensemble de l'équipe soignante au cours d'une réunion.

Résultats : La 1^{ère} phase met en évidence les points faibles suivants : absence de protocoles spécifiques ou protocoles non connus des soignants, absence d'équipe soignante référente, pas d'évaluation systématique de la douleur notamment au cours des mobilisations, interrogation sur la pertinence clinique de l'échelle EVA, lecture différente des dossiers par les soignants médicaux et non-médicaux, prescription aléatoire des antalgiques. Lors de la phase 2, les dix mesures correctrices sont mises en place : 1. désignation d'un groupe référent comprenant un médecin, une IDE et une aide-soignante ; 2. recensement de tous les protocoles du service sur informatique avec consultation possible du poste central ; 3. adjonction de l'échelle ALGOPLUS à l'échelle EVA ; 4. refonte de la feuille de prescription avec une zone exclusivement dédiée à la prescription des antalgiques ; 5. identification des temps de soins douloureux ; 6. réécriture du protocole d'aspiration trachéale ; 7. écriture d'un protocole de prise en charge de la douleur pendant la toilette et protocole d'utilisation préventif des antalgiques avant un soin douloureux ; 8. remise à niveau des connaissances sur les moyens de lutte antidouleurs par programmation de cours assurés par les médecins et les infirmières ; 9. réflexion sur la douleur morale avec l'aide d'une psychologue ; 10. acquisition de trois PCA et formation à leur utilisation. La phase 3 met en évidence des améliorations concernant les prescriptions qui sont souvent détaillées (91 %) et toujours signées et horodatées (98 %) pour la douleur au repos. L'appréciation médicale et non médicale s'est rapprochée lors de la lecture des dossiers avec une plus grande exigence dans la prescription et l'évaluation de l'efficacité des antalgiques. Lors de la sortie des patients, les consignes vis-à-vis des douleurs de mobilisation sont notifiées (+ 40 % entre la phase 1 et 3) sur les feuilles de transfert. Il demeure des points faibles : traçabilité insuffisante de la douleur de mobilisation (40 % des cas en 2008 et 2011) avec cependant une amélioration de la prescription (62 % en 2011 versus 50 % en 2008) ; difficultés d'imposer les protocoles de soins notamment au cours des toilettes, effets adverses des médicaments non notifiés ; les patients ne sont pas interrogés à la sortie du service sur leur vécu de la prise en charge de la douleur.

Conclusion : Il s'agissait de la 1^{ère} EPP du service et cette méthode a permis d'expertiser de manière pluridisciplinaire la prise en charge de la douleur. Tous les objectifs ne sont pas atteints et notamment le suivi de la douleur lors des mobilisations. Deux points faibles sont à reconnaître dans la méthodologie : une phase 2 trop courte n'ayant pas permis d'imposer les mesures correctrices, une EPP trop longue alors que le service a vu son organisation modifiée par l'ouverture de l'USC occasionnant un turn-over important des personnels soignants médicaux et non médicaux. Néanmoins, l'équipe soignante considère que la prise en charge de la douleur s'est sensiblement améliorée grâce à une expertise médicale et paramédicale plus homogène. Le service dispose désormais d'une équipe soignante référente, de protocoles écrits et actualisés portés à la connaissance de tous, d'outils d'évaluation et de mise en œuvre dynamique des antalgiques.

SOI003

Évaluation du ressenti du personnel soignant sur la fixation des sondes d'intubation :

Enquête de pratiques de l'étude IDEFIX

*Commission d'épidémiologie et de recherche clinique
SRLF, Société de réanimation de langue française, Paris, France*

Introduction : L'intubation est une pratique courante en réanimation. Néanmoins, aucune recommandation n'existe sur les méthodes de fixation ni sur les soins à y apporter. Nous avons mené une enquête concernant les pratiques de soins, les différents systèmes utilisés et le ressenti du personnel sur l'apparition des lésions cutanéomuqueuses induites par la fixation des sondes d'intubation.

Matériels et méthodes : Questionnaire proposé aux participants à la journée de formation sur la recherche en soins infirmiers de Réanimation organisée par la CERC sous l'égide de la SRLF. Les questions étaient basées sur le type de fixation, le nombre de soins par patient, la présence ou l'absence et le type du système de protection de la sonde d'intubation, la présence ou non d'une procédure écrite dans le service permettant d'éviter les lésions. Était également demandé le ressenti de l'infirmier sur le système de fixation (degré de sécurité) et sur l'apparition des lésions aux différents sites (nez, oreilles, lèvres, joues). Ces résultats seront à confronter aux résultats de l'étude observationnelle IDEFIX élaborée lors de cette même journée d'initiation à la recherche.

Résultats : Dix-sept des 24 centres (71 %) présents à la journée de formation sur la recherche en soins infirmiers de Réanimation ont répondu, représentant au total 359 questionnaires. Les systèmes de fixation les plus utilisés étaient les « cordons » (5 centres), les « gaines » (6 centres) et les collants (4 centres). Deux centres utilisaient plusieurs types de fixation. Le nombre médian de re-fixation de la sonde était de 1 [0-1] par équipe. Soixante-seize pour cent des IDE utilisaient un système de protection de la sonde dans les 24 premières heures. Dans 92 % des cas, la canule de Guedel était utilisée. Seuls 21 % des centres avaient une procédure écrite pour éviter les lésions induites par le système de fixation. Le ressenti sur la sécurité du système utilisé était bon : 76 % des IDE trouvaient le système facile à utiliser et 55 % le trouvaient sécurisé. Seuls 4 % pensaient que le système de fixation pouvait favoriser l'autoextubation. Soixante-quinze pour cent des IDE pensaient que le système de fixation utilisé n'entraîne pas ou très rarement des lésions cutanéomuqueuses aux différents sites.

Conclusion : Cette enquête de pratique rapporte que trois systèmes de fixation (gaine, collant, cordon) sont utilisés dans les unités de Réanimation participantes. Peu de centres rapportent une procédure écrite pour éviter les lésions faciales. Le personnel soignant est en grande majorité assez satisfait du système utilisé, aussi bien au niveau sécuritaire que concernant les potentielles lésions induites. Ces résultats sont à confronter aux résultats de l'étude observationnelle IDEFIX.

SOI004

Lésions liées à la fixation des sondes d'intubation : gaine ou collant ? « Étude IDEFIX »

*Commission d'épidémiologie et de recherche clinique
SRLF, Société de réanimation de langue française, Paris, France*

Introduction : La fixation des sondes d'intubation est une pratique courante en réanimation. À notre connaissance, aucune étude n'existe concernant les lésions cutanéomuqueuses induites par les différents types de fixation. L'objectif de cette étude consistait à évaluer la prévalence de ces lésions et d'identifier leurs facteurs de risque.

Patients et méthodes : Étude multicentrique (20 centres), franco-phonie, prospective, observationnelle d'une durée de deux mois réalisée par les infirmier(e)s. Les patients hospitalisés en réanimation, intubés/ventilés depuis moins de 12 heures étaient inclus. Les lésions (selon la classification des escarres) induites par le système de fixation étaient recherchées quotidiennement jusqu'à l'extubation ou durant 30 jours maximum. Le type de fixation (collant, gaine, cordon) ainsi que les facteurs de risque généraux (IGS 2, présence ou non d'amines, agitation, transport) et locaux (canule de Guédel, mauvais état bucco-dentaire) étaient aussi recueillis. Les résultats sont exprimés en médiane [IQR 25-75]. Les types de fixation ont été comparés en utilisant un test Chi².

Résultats : 448 patients ont été inclus (11 nouveau-nés ; 437 adultes : IGS 2 : 52 [38-68], 49 % sous catécholamines, 33 % de transports à j1, mortalité à j28 : 36 %, durée de ventilation : cinq jours [2-8]). 385 patients ont été analysés (52 données non exploitables). Trois types de fixation ont été utilisés : cordon 41 %, gaine 38 %, collant 21 %. 141 patients (36 %) ont présenté des lésions. La proportion des lésions était de 23 % à j1, 36 % à j3 et 53 % à j5. Elles sont significativement moins fréquentes avec une fixation collant (cordon 43 %, gaine 43 %, collant 13 % ; $p < 0,001$).

Conclusion : Plus d'un tiers des patients présentent des lésions liées à la fixation de la sonde d'intubation. Le collant semble induire moins de lésions, ce qui mériterait d'être confirmé dans d'autres études.

SOI005

Mise en place d'une démarche qualité dans la prévention des pneumonies acquises sous ventilation mécanique

S. Villard, L. Bloch, B. Bourreau Gueriniere, S. Gaudry, J.D. Ricard, D. Dreyfuss, A. Blivet
Service de réanimation médicochirurgicale, CHU Louis-Mourier, Colombes, France

Introduction : Au deuxième semestre 2009, la densité d'incidence élevée (35/1 000 jours de ventilation mécanique) des pneumonies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) dans le service nous a incités à faire un état des lieux de nos pratiques infirmières. Il apparaissait que le service était insuffisamment doté en manomètres régulateurs de pression et que les lits ne disposaient pas de niveau à bulles permettant une installation à 45°. Les procédures de soins existantes ne mettaient pas clairement en avant les recommandations en matière de prévention des PAVM.

Patients et méthodes : Notre travail s'est déroulé en trois phases de 2009 à 2011. Dans un premier temps, nous avons effectué une étude avant/après la mise à disposition dans chaque chambre d'un manomètre de pression des ballonnets endotrachéaux et d'un dispositif (repères visuels) permettant le contrôle de l'inclinaison du lit à 45°. Dans un second temps, nous avons réactualisé les procédures existantes (prévention des PAVM, aspirations trachéo-bronchiques et soins de bouche) en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques.

Dans un troisième temps nous avons évalué la bonne observance de ces nouvelles procédures en réalisant une étude rétrospective sur dossiers au cours du mois de novembre 2010. Les items observés étaient : l'installation à 45° du patient, la surveillance des pressions des ballonnets et la fréquence des soins de bouche.

Résultats : Avant la mise en place des manomètres et des dispositifs de contrôle de l'inclinaison du lit, 60 % des ballonnets de sondes endotrachéales étaient sous gonflés à moins de 25 cmH₂O et 25 % étaient au-dessus de 30 cmH₂O. De plus, 60 % des patients étaient assis selon un angle inférieur à 30°. Après la mise en place des manomètres et des

dispositifs de contrôle de l'inclinaison du lit, l'incidence des ballonnets sous gonflés ne s'était pas modifiée, mais le nombre de ballonnets sur-gonflés s'était réduit de moitié. De plus, 58 % des patients étaient installés selon une inclinaison supérieure à 30°. L'analyse rétrospective des feuilles de surveillance a montré que : seulement 10 % des patients avaient eu un soin de bouche toutes les 4 heures, pour 64 % des patients l'inclinaison du lit était de 45°, la pression des ballonnets n'était tracée que dans 30 % des cas.

Discussion : L'achat d'un manomètre pour chaque chambre a été un investissement lourd qui n'a pas eu les effets escomptés. On peut supposer qu'en dehors d'un contexte de prévention des PAVM les infirmières ont utilisé les manomètres comme moyen de prévention des nécroses trachéales (par surgonflement des ballonnets). La mise en place de repères visuels a permis de nettement améliorer le respect des recommandations en matière d'installation des patients. La mise en place de ces nouvelles procédures a été concomitante d'une baisse de la densité d'incidence des PAVM (18/10 000 jours de ventilation mécanique) dans le second semestre 2010. Néanmoins, l'étude rétrospective ne permet pas de différencier le non-respect de la procédure, de l'absence de traçabilité. Il semble que le moyen le plus objectif d'évaluer la bonne observance des procédures reste l'audit des pratiques. Pour que l'étude rétrospective puisse s'inscrire dans cette démarche qualité, il est indispensable que l'item « traçabilité de l'acte » figure dans la grille d'analyse.

Conclusion : La mise en place d'une politique durable de prévention des PAVM au sein des équipes paramédicales doit s'inscrire dans une démarche qualité, qui s'appuie sur des référentiels établis en fonction des ressources du service et sur une surveillance continue des critères retenus.

SOI006

Enquête sur les relais des catécholamines par les infirmières

C. Giraud, A. Barret, A. Ait Hssain, M. Adda, S. Cosserant, A. Lautrette, B. Souweine
Service de réanimation médicale polyvalente, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

Introduction : Les catécholamines sont prescrites au cours des défaillances circulatoires en réanimation. Leur administration est réalisée par les infirmières (IDE). Le relais entre deux seringues est parfois associé à une instabilité hémodynamique. Le but de cette étude est de décrire les modalités d'administration des catécholamines, notamment du relais entre seringues d'amines.

Patients et Méthodes : Enquête prospective multicentrique par téléphone réalisée en 2010 par deux infirmières auprès de 100 services de réanimation français. Un questionnaire de 26 items sur les caractéristiques du service, les modalités d'administration des amines et le vécu du relais par les infirmières est renseigné pour chaque service auprès d'une infirmière du service après accord du cadre de santé. Chaque service est contacté par une seule infirmière et ne renseigne qu'un seul questionnaire.

Résultats : Sur les 96 services qui acceptent de répondre, le questionnaire est renseigné par un cadre de santé ($n = 1$), une infirmière anesthésiste ($n = 2$) et une IDE ($n = 93$). Seuls 12 % des répondants ont une ancienneté en réanimation de moins de deux ans. Le taux d'exhaustivité des réponses des questionnaires est de 94 %. La majorité des services sont hors CHU (67 %), ont un nombre de lits > 10 (58 %), et sont des unités médicochirurgicales (60 %). Un ratio IDE-patient inférieur au ratio réglementaire est observé dans 87 % des services. Un protocole de relais des amines, de sevrage des amines et l'attribution

d'une voie du cathéter pour leur administration sont respectivement rapportés dans 17, 15 et 99 % des questionnaires. Un relais est rapporté dans 79 % des questionnaires, l'infusion de sérum physiologique administrée en parallèle pour les faibles vitesses d'infusion d'amines dans 66 % et la dilution des amines adaptée à la vitesse de perfusion dans 36 %. Le relais est de type « en Y », « à la goutte » et automatisé dans respectivement 34, 8 et 38 % des questionnaires. Une instabilité tensionnelle est rapportée dans 73 % des questionnaires à type d'hypertension (20 %), d'hypotension (46 %) ou des deux (34 %).

Une posologie d'amines plus élevée à l'issue du relais est rapportée dans 40 % des questionnaires et une appréhension des soignants lors de l'administration des amines dans 43 % sans lien avec l'ancienneté ou l'existence d'un protocole.

Conclusion : Il existe une grande diversité dans les modalités d'administration des catécholamines. Peu de protocoles sont disponibles. Le relais est rapporté par les infirmières comme associé à des complications circulatoires.