

Session orale infirmiers (2)

Oral presentations, nurses (2)

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SOI007

Amélioration du confort du patient : opinions et pratiques des soignants des services de réanimation français

V. Franja¹, M.-L. Baillot², I. Bourgeon-Ghittori³, S. Dray⁴,
S. Jeune⁵, V. Lombardo⁶, S. Lusso⁷, Y. Maetens⁸, F. Meziani¹,
C. Mossadegh⁹, B. Souweine⁶, I. Vinatier¹⁰, A. Roch¹¹

¹Service de réanimation médicale, CHU de Strasbourg,
hôpital civil, Strasbourg, France

²Service de réanimation médicochirurgicale,
CHU Raymond-Poincaré, Garches, France

³Service de réanimation médicale, CHU Henri-Mondor,
Créteil, France

⁴Service de réanimation médicale, CHU de Marseille,
hôpital Nord, Marseille, France

⁵Service de réanimation pédiatrique et de néonatalogie,
CHU, hôpital Saint-Jacques, Besançon, France

⁶Service de réanimation polyvalente, CHU Gabriel-Montpied,
Clermont-Ferrand, France

⁷Service de réanimation polyvalente, hôpital Foch, Suresnes, France

⁸Service des urgences, hôpital universitaire Érasme,
Bruxelles, Belgique

⁹Service de réanimation médicale, CHU la Pitié-Salpêtrière,
Paris, France

¹⁰Service de réanimation polyvalente, CHD les Oudairies,
La Roche-sur-Yon, France

¹¹Service de réanimation-détresses respiratoires et infections
sévères, CHU de Marseille, hôpital Nord, Marseille, France

Objectif : Juste après la publication des recommandations de la conférence de consensus sur « mieux vivre la réanimation » et avant qu'elles ne soient largement diffusées, un des buts de cette enquête était de déterminer quelles étaient les opinions et les pratiques des soignants des services de réanimation français sur les sources d'inconfort du patient et sur leur prise en charge.

Matériels et méthodes : Un questionnaire en ligne a été conçu par la Commission du congrès infirmier puis une invitation par email a été faite via la liste email de la SRLF.

Résultats : Neuf cent quinze soignants (dont 55 % d'IDE, 34 % de médecins et 9 % d'AS) de 292 réanimations (ICU) dont 28 pédiatriques ont répondu. Les sources d'inconfort proposées (troubles du sommeil, soit, douleur, angoisse, bruit, lumière la nuit, manque d'intimité, de repères, d'information, manque des proches, de soutien moral, contention, sentiment de dépendance) étaient significatives pour les répondants (> 5 sur une échelle de 0 à 10). Les sources considérées comme les plus importantes par les paramédicaux étaient : l'angoisse, la contention, le bruit puis les troubles du sommeil. Pour les médecins, les sources considérées comme les plus importantes étaient les troubles du sommeil, l'angoisse, le bruit puis la contention. Une majorité des soignants déclarait prendre en compte les sources d'inconfort chaque

jour, sauf pour le bruit et la lumière la nuit. De plus, peu d'entre eux utilisent des moyens de réduire le bruit. Plus de paramédicaux que de médecins prennent en compte les sources d'inconfort quotidiennement. Moins de 50 % des médecins ne prennent pas en compte quotidiennement l'inconfort lié à la soif, au manque d'intimité, et à la perte des repères spatio-temporels. La moitié des soignants déclarent évaluer la quantité ou la qualité du sommeil de leurs patients. Seuls 5 % des soignants utilisent des techniques de relaxation du patient mais 80 % les considèrent potentiellement très utiles ou indispensables au bien-être du patient. 40 % des soignants n'effectuent pas souvent ou systématiquement les soins « portes fermées ». Un tiers des soignants disent aborder souvent ou systématiquement le bien-être du patient dans les réunions.

Conclusion : Les sources d'inconfort du patient sont considérées comme significatives par les soignants. Leur prise en compte ne semble pas optimale.

SOI008

Amélioration du confort du patient : architecture et organisation des services de réanimation français

M.L. Baillot¹, V. Franja², I. Bourgeon-Ghittori³, S. Dray⁴, S. Jeune⁵,
V. Lombardo⁶, S. Lusso⁷, Y. Maetens⁸, F. Meziani², C. Mossadegh⁹,
B. Souweine⁶, I. Vinatier¹⁰, A. Roch¹¹

¹Service de réanimation médicochirurgicale,
CHU Raymond-Poincaré, Garches, France

²Service de réanimation médicale, CHU de Strasbourg,
hôpital Civil, Strasbourg, France

³Service de réanimation médicale, CHU Henri-Mondor,
Créteil, France

⁴Service de réanimation médicale, CHU de Marseille,
hôpital Nord, Marseille, France

⁵Service de réanimation pédiatrique et de néonatalogie,
CHU, Besançon hôpital Saint-Jacques, France

⁶Service de réanimation polyvalente, CHU Gabriel-Montpied,
Clermont-Ferrand, France

⁷Service de réanimation polyvalente, hôpital Foch, Suresnes, France

⁸Service des urgences, hôpital universitaire Érasme,
Bruxelles, Belgique

⁹Service de réanimation médicale, CHU la Pitié-Salpêtrière,
Paris, France

¹⁰Service de réanimation polyvalente, CHD les Oudairies,
La Roche-sur-Yon, France

¹¹Service de réanimation, détresses respiratoires et infections
sévères, CHU de Marseille, hôpital Nord, Marseille, France

Objectif : Juste après la publication des recommandations de la conférence de consensus sur « mieux vivre la réanimation » et avant qu'elles ne soient largement diffusées, un des buts de cette enquête était de déterminer quelles étaient les caractéristiques des réanimations françaises concernant la prise en charge bien-être du patient.

Matériels et méthodes : Un questionnaire en ligne a été conçu par la Commission du congrès Infirmier puis une invitation par email a été faite via la liste email de la SRLF.

Résultats : Neuf cent quinze soignants de 292 réanimations (ICU) dont 28 pédiatriques ont répondu. Soixante-huit pour cent des ICU n'ont que des chambres seules (72 % des adultes vs 32 % des pédiatriques, $p < 0,001$), 66 % ont de la lumière naturelle dans chaque box, le réglage de l'obscurité est possible dans 79 %. L'accès dans chaque box à une sonnette existe dans 80 % des ICU, l'accès à la télévision est possible dans 59 %, au téléphone dans 26 %, à la radio dans 38 %, à l'heure dans 68 % et à la date dans 11 %. La présence d'objets personnels est possible dans 93 % des ICU. Quarante-neuf pour cent des ICU adultes ont des visites de moins de quatre heures et 75 % des ICU pédiatriques des visites 24 h/24, une blouse pour les visiteurs est obligatoire dans 55 %, 94 % des ICU autorisent la visite des enfants. Huit pour cent des ICU ont un psychologue temps plein (6 % des ICU adultes vs 32 % des pédiatriques, $p < 0,001$), 50 % ont un ratio IDE par patient inférieur ou égal à 2,5 (48 % des adultes vs 68 % des pédiatriques, $p < 0,05$). Quarante-deux pour cent des ICU ont un protocole d'analgésie géré par les infirmiers mais 93 % des répondants le considèrent très utile ou indispensable pour améliorer le confort du patient. Des soins sont organisés pour la participation des familles dans 10 % des ICU (0,5 % des adultes vs 60 % des pédiatriques, $p < 0,001$).

Conclusion : Des progrès significatifs sont à faire pour répondre aux recommandations de la conférence de consensus en ce qui concerne les caractéristiques architecturales et organisationnelles susceptibles d'améliorer le bien-être du patient.

SOI009

Les proches peuvent-ils être présents auprès des patients lors des soins et procédures de réanimation ? Résultats d'une enquête dans un service de réanimation médicale

A. Rastouil, H. Lanclas, N. Mongardon, N. Ericher, J. Charpentier, J.-P. Mira, F. Pene, V. Zerguine, N. Asselie, C. Brunie
Service de réanimation médicale, CHU Cochin, Saint-Vincent de Paul, site Cochin, Paris, France

Introduction : Depuis plusieurs années, notre service s'attache à optimiser la présence des familles auprès des patients. Malgré de larges plages de visite, les proches sont invités à sortir de la chambre lors de la plupart des soins prodigués aux patients, et en particulier lors des actes invasifs. Avant d'envisager une présence accrue des proches lors des soins et actes de réanimation, nous avons recueilli les avis du personnel soignant, des patients et de leurs proches sur cette proposition.

Patients et méthodes : Nous avons réalisé un questionnaire comportant une appréciation semi-quantitative (très favorable, favorable, plutôt opposé, complètement opposé) sur la présence d'un proche du patient dans la chambre lors des soins et actes suivants : toilette, repas, glycémie capillaire, aspiration trachéale, pose de sonde urinaire, pose de perfusion, ponction lombaire, branchement/débranchement d'une épuration extrarénale, pose de cathéter veineux central, pose de drain thoracique, intubation endotrachéale, massage cardiaque externe. Ce questionnaire anonyme a été proposé d'une part au personnel soignant du service (médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes), et d'autre part aux patients et à leur entourage. Les patients et leurs proches avaient la possibilité de préciser qu'ils ne connaissaient pas le soin ou la procédure. Dans ce cas, seules les réponses informatives ont été prises en compte.

Résultats : Les résultats préliminaires ont été établis sur les réponses de 74 soignants, de 34 patients et 38 proches. Les caractéristiques

des 74 soignants étaient les suivantes : âge médian 32 ans [27–38], 55 % de femmes, 21 (28 %) de médecins, 53 (72 %) de paramédicaux, expérience en réanimation quatre années [2–8,5]. Les soignants sont en majorité très favorables ou favorables à la présence des familles lors des soins suivants : repas (100 %), glycémie capillaire (97 %), pose d'une voie veineuse périphérique (82 %), aspirations trachéales (77 %), branchement et débranchement d'une épuration extrarénale (70 %). En revanche les soignants sont en majorité plutôt opposés ou complètement opposés à la présence des proches lors des soins et procédures suivants : toilette (59 %), ponction lombaire (69 %), pose d'un cathéter artériel ou d'une voie veineuse centrale (73 %), pose d'un drain pleural (86 %), intubation endotrachéale (92 %), massage cardiaque externe (92 %), pose de sonde urinaire (94 %). Les réponses informatives des patients et de leurs proches ont été regroupées pour l'analyse, et représentaient pour chaque item plus de 75 % des questionnaires. La majorité des répondants est très favorable ou favorable à la présence d'un proche dans la chambre lors des soins suivants : repas (96 %), glycémie capillaire (81 %), pose d'une voie veineuse périphérique (77 %), branchement et débranchement d'une épuration extra-rénale (53 %). À l'inverse une majorité est plutôt opposée ou complètement opposée à la présence d'un proche lors des soins suivants : toilette (52 %), aspirations trachéales (62 %), ponction lombaire (63 %), pose d'un cathéter artériel ou d'une voie veineuse centrale (59 %), massage cardiaque externe (59 %), pose d'un drain pleural (70 %), intubation endotrachéale (71 %), pose de sonde urinaire (78 %).

Discussion : La présence des proches lors des soins de réanimation permettrait d'augmenter le temps de présence des familles, de les impliquer dans la prise en charge de leur proche et d'améliorer la transparence de nos pratiques. Les résultats définitifs de cette enquête seront rapportés lors du congrès.

Conclusion : Une grande majorité des soignants est opposée à la présence de la famille dans la chambre pour les procédures invasives de réanimation. Une tendance similaire, mais cependant moins marquée, est observée chez les patients et leur entourage.

SOI010

L'opinion des personnels de réanimation sur la présence des familles pendant les soins et son influence sur la qualité des soins

E. Rosset, M. Préau, O. Pajot, G. Plantefève, H. Mentec, M. Thirion
Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier Victor-Dupouy, Argenteuil, France

Introduction : L'objectif de l'étude était de recueillir l'opinion des personnels sur la présence des familles pendant les soins et sur l'influence de cette présence sur la qualité des soins.

Matériels et méthodes : Dans une réanimation polyvalente de 12 lits avec une politique d'ouverture aux familles 24 h/24 et la possibilité pour les familles de participer à certains soins de confort, des questionnaires anonymes ont été remis au personnel. Une échelle visuelle analogique a permis une évaluation quantitative de l'opinion sur l'influence sur les soins (échelle de 10 points allant de -5 = « la présence des proches diminue la qualité de mes soins » à +5 = « la présence des proches augmente la qualité de mes soins »).

Résultats : Soixante-dix pour cent ($n = 40$) du personnel ont répondu au questionnaire (Médecins : 7, IDE : 20, AS : 9, ASH : 2, secrétaires : 2 ; 28F, 12H) avec une médiane d'expérience professionnelle en réanimation de deux ans IQR [1,5 ; 5] et un âge médian de 27 ans IQR [24,5 ; 32,5]. Les soignants étaient largement favorables à la présence et/ou à la participation des familles aux soins de confort

tel que l'alimentation d'un patient (87,5 %), le massage facial ou des extrémités (100 %), les soins de bouche (82,5 %) ou des yeux (75 %) ; avaient des avis partagés concernant les soins techniques et étaient plutôt défavorables à la présence des familles lors des soins d'hygiène. En cas d'avis défavorable, les principales raisons invoquées étaient les problèmes de confidentialité ou d'intimité ($n = 23$), la technicité des soins ($n = 15$), les problèmes d'hygiène ($n = 11$) mais rarement la modification de la qualité des soins ($n = 7$). L'évaluation quantitative de l'influence de la présence des familles sur la qualité des soins par les soignants était plutôt neutre : moyenne $0,43 \pm 2,64$, médiane = 0, IQR [0 ; 1,25]. Il n'y avait pas de différence entre l'évaluation émise par le personnel avec une ancienneté dans le service de plus de deux ans ($n = 18$, moyenne = $0,037 \pm 3,18$; médiane = 0 [-0,775 ; 0,7]) et le personnel avec une ancienneté de moins ou égale à deux ans ($n = 22$, $0,76 \pm 2,24$; médiane = 0 [0 ; 1,25]) ($p = 0,23$). Les principaux facteurs invoqués diminuant la qualité des soins étaient : les proches qui excitent le patient (77 %), les soins dits « choquants » (69 %), la gravité du patient ou le type de soin lui-même (46 %), le manque d'expérience ou les soins mal maîtrisés (38 %), la fréquence élevée des visites (36 %). Les principaux facteurs invoqués augmentant la qualité des soins étaient : la meilleure communication (barrière de la langue) (90 %), la meilleure compréhension des besoins du patient ou les proches qui calment le patient (82 %), le regard des autres (46 %). Les soignants étaient majoritairement défavorables (60 %, NSP 20 %) à la présence des familles lors des manœuvres de réanimation. Les principales raisons invoquées étaient : le traumatisme psychologique pour les proches (78 %), le manque de place (58 %), l'anxiété générée chez les soignants présents (53 %), la gêne à effectuer les soins appropriés (50 %), le manque de personnel (pour expliquer) (33 %) et le risque de poursuites judiciaires (19 %). En cas d'avis favorable (17,5 %) les principales raisons invoquées étaient : permettre aux proches d'être présents jusqu'au dernier instant (30,5 %), donner la certitude aux proches que *tout a été fait* (25 %), aider les proches dans le processus de deuil (22 %), rassurer les proches, répondre à leur(s) attente(s) ou leur permettre de se sentir utiles (pour le patient) (11 %).

Conclusion : Les personnels du service sont favorables à la présence des familles lors des soins de confort mais défavorables pour les soins techniques et d'hygiène. Il y a autant d'opinions pour un potentiel effet bénéfique que délétère sur la qualité des soins. La modification de la qualité des soins est rarement invoquée comme frein à la présence et/ou la participation des familles.

SOI011

Place de l'aide-soignante dans les staffs éthiques du service de réanimation polyvalente du centre hospitalier de Saint-Malo : expérience sur cinq ans

A. Bouttier, V. Le Provos, S. Moreau, G. Latouche, V. Bastard, C. Coeuru, X. Leuret, M. Thomas, G. Placé, A. Pinel, C. Quentin, S. Chevalier, F. Collet, J.P. Gouello
Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Saint-Malo, Saint-Malo, France

Introduction : La réflexion éthique est présente dans le service de réanimation polyvalente du centre hospitalier de Saint-Malo depuis de nombreuses années. Les aides-soignantes (AS), au même titre que les autres catégories de soignants (médecins, cadres, infirmières, psychologues), y sont associées au sein d'un staff pluridisciplinaire bihebdomadaire de discussion qui évoque le projet de soins de chaque patient. Le vécu des AS vis-à-vis de la dimension éthique du soin a fait l'objet d'une évaluation en 2007 et 2011. Nous en rapportons les résultats.

Patients et méthodes : L'enquête 2007 et 2011 portaient respectivement sur 9 et 21 questionnaires soumis anonymement aux AS en poste (14 en 2007 et 22 en 2011). À cinq ans d'intervalle, les questions suivantes étaient posées :

- y-a-t-il une véritable prise en charge éthique dans le service ?
- Le débat éthique est-il institué au bon moment ?
- La discussion est-elle compréhensible et accessible par les AS ?
- Les AS sont-elles satisfaites de participer à un débat éthique ?
- Les décisions arrêtées lors du staff éthique sont-elles appliquées ?
- Comment les AS jugent-elles la place des familles lors d'une fin de vie ?
- Les AS doivent-elles signer le compte rendu conduisant à la mise en œuvre de limitations thérapeutiques pouvant conduire ou non à une fin de vie ?

Résultats : La démarche éthique est reconnue par les AS du service avec un taux de participation au débat éthique qui est passé de 60 % en 2007 à 95 % en 2011 et cela même si l'expérience professionnelle des AS est moindre en 2011 par rapport à 2007 (7,3 ans *versus* 11,5 ans d'expérience). Le débat intervient au bon moment dans 47,6 % des cas en 2011 pour seulement 11,1 % en 2007. 57,0 % des AS estiment que le débat est accessible tandis que 42,9 % le juge trop technique ou trop médical. Dans 100 % des cas, les AS sont satisfaites d'être associées au débat éthique mais elles regrettent que leur avis ne soit pas pris en compte dans 23,8 % des cas. Elles hésitent à s'exprimer dans 52,4 % (manque d'expérience de l'équipe ?, peur du « ridicule » ?). Quand une décision est prise en staff, les AS considèrent en 2011 comme en 2007 qu'elles sont claires et mises en œuvre plus de huit fois sur dix. Lors d'une fin de vie, les AS jugent que les familles ont leur place dans 70 % des cas avec cependant une dégradation de la situation entre 2007 (89,9 %) et 2011. Si une décision de fin de vie est prise, cela devient difficile à assumer au bout de 36 heures pour 62,5 % d'entre elles tandis que 37,5 % considèrent que quelque soit le délai, ceci n'est pas le véritable problème. S'engager nominativement en signant une feuille fixant les limitations de soins était difficile pour les AS dans 44,5 % des cas en 2007 contre seulement 20,0 % en 2011.

Conclusion : Le débat éthique existe dans notre service et les AS le reconnaissent. Ils se sentent impliqués dans cette démarche et leur point de vue est pris en compte. Pour certains AS, il existe une réticence à s'exprimer due à un manque de connaissances ou à la peur de prendre la parole. Cependant, la décision est toujours collégiale et donc plus facile à assumer pour l'ensemble des acteurs du service (médecins, internes, cadre, infirmiers, AS, psychologue, assistante sociale). Au cours des entretiens avec la famille, il est demandé si le patient avait émis un souhait concernant sa prise en charge de fin de vie en précisant qu'en aucun cas la décision finale appartient aux proches. Cette étude locale a été complétée par une enquête téléphonique non exhaustive auprès de 42 services de réanimation. Dans 62 % des cas il existe un staff éthique et dans 50 % les AS y participent activement.

SOI012

L'informatisation du dossier patient : du rêve à la réalité

G. Demont, A. Demailly, N. Kostuj, A. Lameyse, F. Fourrier¹, A. Soury-Lavergne
Service de réanimation polyvalente, CHRU de Lille, hôpital Roger-Salengro, Lille, France

Introduction : L'informatisation du dossier patient constitue un événement majeur dans la vie d'un service de réanimation. Site « pilote » en réanimation adulte dans notre hôpital, les 16 lits sont informatisés depuis avril 2011. Trois infirmiers, un cadre de santé et deux médecins ont intégralement formaté le logiciel choisi et l'ont adapté au

fonctionnement du service et aux objectifs de soins pour nos patients. Notre travail avait pour objectif de mesurer l'écart entre les attentes des soignants et la réalité après six mois de fonctionnement

Matériels et méthodes : En octobre 2010, un questionnaire anonyme concernant les attentes et les craintes relatives à l'informatisation, a été distribué à l'ensemble du personnel ($n = 74$). Il comportait des questions à choix binaire (oui/non) ou à choix multiple (tout à fait d'accord, d'accord, pas vraiment d'accord, pas du tout d'accord). Les résultats ont été communiqués à l'équipe et pris en compte par le groupe de travail. Un second questionnaire similaire a été distribué six mois après le lancement ($n = 67$), et les résultats comparés à la première enquête.

Résultats : Pour les six items relatifs à la tenue, la fiabilité et la lisibilité du dossier, une forte majorité des répondants (85 % minimum par items) anticipait une amélioration. Après six mois d'utilisation, la majorité des répondants constate celle-ci mais de manière plus mitigée (un seul item au dessus de 85 %). Par exemple, 95 % des soignants pensaient avoir un meilleur accès aux informations et en pratique, ils ne sont plus que 74 %. Pour sept des huit items concernant le parcours du patient dans le service, la majorité des répondants pensait gagner du temps. Seules les situations d'urgence faisaient craindre à 73 % une perte de temps. À ce jour la majorité déclare perdre du temps lors de l'admission et des prescriptions thérapeutiques. Par contre le gain de temps est ressenti à 78 % pour le relevé des constantes, à 70 % lors de la sortie, à 66 % pour les transmissions écrites et à 57 % lors de l'administration des thérapeutiques. Le premier questionnaire a permis de mettre en évidence les nombreuses craintes de l'équipe quant à de probables problèmes techniques. Ainsi, 72 % des répondants redoutaient un plantage système, 56 % une coupure de courant et 61 % des pertes de données. Six mois plus tard, les craintes se sont nettement dissipées. En effet, seul 15 % appréhendent encore une coupure de courant, 35 % un plantage système et 24 % une perte de données. Le changement d'organisation a posé moins de difficultés que prévu

puisque 69 % d'entre eux le redoutait alors que seuls 35 % en ont rencontré. Il en va de même pour le démarrage, puisque 42 % déclarent avoir rencontré des difficultés contre 58 % annoncé. Même constat en ce qui concerne la formation qui n'a posé problème qu'à 22 % des sondés contre 30 % envisagé. Le nombre de personnel ayant rencontré des difficultés, quant à la surveillance du patient, est conformément aux attentes minime (22 %). On note tout de même des difficultés lors de la prescription médicale pour 51 % des répondants alors qu'ils n'étaient que 34 % à le supposer. De même, la pénibilité du travail sur ordinateur est soulignée par 36 % des interrogés alors qu'elle n'était considérée que par 27 %.

Discussion : Le questionnaire « préinformatisation » a mis en évidence un personnel très enthousiaste (99 % y étaient favorables), voire par moment utopique. Son utilisation au quotidien pendant six mois a permis de nuancer certaines « idées reçues ». En effet, la saisie des informations est pour une partie du personnel, plus longue et moins aisée que l'écriture manuscrite. Ceci peut engendrer une perte de temps. Il en va de même pour la prescription médicale qui est plus complexe sur l'outil informatique. L'automatisation du relevé des paramètres vitaux du patient permet d'être plus exhaustif, d'éviter le recopiage mais nécessite une vérification. La peur de la panne doit être prise en compte et faire l'objet d'information pour rassurer le personnel. Depuis le « go live », aucun incident majeur ayant nécessité un retour au papier n'est à déplorer, ce qui a permis de diminuer sensiblement les appréhensions. Une analyse plus approfondie devrait nous permettre de rechercher s'il existe des différences d'opinion selon la fonction des répondants. Au final, 72 % des répondants ont trouvé l'adaptation facile.

Conclusion : Un service qui souhaiterait s'informatiser, doit prendre en compte le décalage entre les attentes et les résultats, particulièrement les craintes non motivées telles que les problèmes techniques ou les trop fortes attentes concernant le gain de temps.