

## Affiches des résumés infirmiers

### Displays of nurses' summaries

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

#### SPI001

##### Suivi postréanimation des séjours longs

D. Le Morlec, C. Makesse, C. Dufourg, C. Renard, P. Meyer  
*Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier  
Sud-Francilien, site de Corbeil, Corbeil-Essonnes, France*

**Introduction :** Dans le but d'optimiser nos pratiques hospitalières et d'améliorer le confort physique et psychologique du patient, nous proposons à chaque malade ayant séjourné plus de 30 jours dans notre service un entretien de suivi.

**Patients et méthodes :** Trois mois après leur sortie, nous nous entretenons avec les patients à l'aide d'un questionnaire qui comporte deux parties : la fonctionnalité et le vécu du séjour.

**Résultats :** Entre 2007 et 2011 : 41 patients restés plus de 30 jours. 17 décès avant la sortie de l'hôpital dont 12 en réanimation. Deux patients présentant des troubles cognitifs majeurs. Trois perdus de vue. Un refus. 18 entretiens réalisés. Les données recueillies au cours des entretiens montrent que les gênes les plus fréquemment relatées sont la mise au fauteuil, la douleur, le bruit et les difficultés à communiquer. Les pires souvenirs sont les mises au fauteuil et l'impression d'étouffement.

**Discussion :** Nous avons recueilli des informations sur les causes de l'inconfort du patient dans notre service qui nous permettent d'améliorer nos pratiques hospitalières avec des moyens simples.

**Conclusion :** L'organisation d'un entretien de suivi des séjours longs permet une sensibilisation des soignants aux gênes occasionnées par les soins et l'environnement de la chambre de réanimation et de modifier les habitudes du service.

#### SPI002

##### Satisfaction du personnel soignant et des préparateurs en pharmacie après l'installation d'armoires à pharmacie automatisées dans un service de réanimation médicale

E. Tseng<sup>1</sup>, A. Galbois<sup>1</sup>, P. Vitry<sup>1</sup>, M. Dethyre<sup>1</sup>, J. Obispo<sup>1</sup>, P. Tilleul<sup>2</sup>, M. Alves<sup>1</sup>, D. Margetis<sup>1</sup>, J.-L. Baudel<sup>1</sup>, H. Ait-Oufella<sup>1</sup>, E. Maury<sup>1</sup>, G. Offenstadt<sup>1</sup>, B. Guidet<sup>1</sup>, A.-M. Faurieux<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation médicale, hôpital Saint-Antoine, Paris, France

<sup>2</sup>Service de pharmacie, hôpital Saint-Antoine, Paris, France

**Introduction :** À l'occasion du déménagement d'un service de réanimation médicale dans un nouveau bâtiment, trois armoires à pharmacie automatisées (APS) ont été installées (une par unité de six lits). L'utilisation des APS est généralement appréciée des infirmières [1,2]. Cependant, alors qu'un préparateur en pharmacie est habituellement responsable du déconditionnement et du remplissage des APS [1,2], le

poste correspondant n'a pu être créé dans notre hôpital. Les 2 cadres du service de réanimation s'occupent donc de ces tâches. Les préparateurs préparent les caisses de commandes et gèrent les retours de médicaments renvoyés à la pharmacie (trop plein, traitements non référencés dans les APS, périmés...). Le but de ce travail était d'évaluer le temps passé par les cadres à la gestion des APS, leur satisfaction ainsi que celles des IDE et des préparateurs.

**Matériels et méthodes :** Le temps passé à la gestion des APS par les cadres a été chronométré pendant un mois et extrapolé sur une année. La satisfaction des cadres, des IDE et des préparateurs a été évaluée par un questionnaire anonyme.

**Résultats :** Le temps passé par les cadres à la gestion des APS est résumé dans le Tableau 1.

Tableau 1 Temps passé par les cadres à la gestion des APS			
Événement		Fréquence	Temps passé/an (heures)
Médicaments non stupéfiants	Commande	2/semaine	12 ± 3
	Réapprovisionnement des armoires	2/semaine	224 ± 42
	Gestion des périmés	1/trimestre	36 ± 12
Médicaments stupéfiants	Inventaire	3/semaine	26 ± 3
	Commande	Si nécessaire (39/an)	8 ± 3
	Réapprovisionnement des armoires	à chaque commande (39/an)	8 ± 3
Création d'un nouvel utilisateur		120 par an	6 ± 0
Total du temps passé par les cadres			320 ± 66

Ces 320 heures représentent 20 % du temps de travail annuel d'une cadre. Les deux cadres, 28/33 (85 %) IDE et 7/8 (88 %) préparateurs ont répondu au questionnaire. Les deux cadres, 96 % des IDE et 29 % des préparateurs se déclarent globalement satisfaits des APS (préparateurs vs IDE :  $p < 0,01$ ). Aucune cadre, 7 % des IDE et 43 % des préparateurs souhaitent l'abandon des APS (préparateurs vs IDE :  $p = 0,07$ ). Les deux cadres, 32 % des IDE et 86 % des préparateurs pensent qu'un préparateur dédié aux APS serait nécessaire (préparateurs vs IDE :  $p = 0,04$ ). La principale amélioration à apporter est : selon les deux cadres et 60 % des préparateurs : le recrutement d'un préparateur dédié ; selon 50 % des IDE : l'augmentation du stock des médicaments contenus dans les APS.

**Conclusion :** L'absence de préparateur dédié aux APS est une particularité de notre service. Les IDE sont très satisfaites des APS et une minorité d'entre elles pense qu'un préparateur dédié serait nécessaire. En revanche, les cadres, qui consacrent beaucoup de temps aux APS, et les préparateurs pensent que c'est une priorité. Ces derniers sont très peu satisfaits des APS.

## Références

1. Chapuis C, Roustit M, Bal G, et al (2010) Automated drug dispensing system reduces medication errors in an intensive care setting. *Crit Care Med* 38:2275–81
2. Kheniene F, Bedouch P, Durand M, et al (2008) Economic impact of an automated dispensing system in an intensive care unit. *Ann Fr Anesth Reanim* 27:208–15

## SPI003

### Faisabilité du prélèvement d'organes sous circulation régionale normothermique dans un hôpital sans chirurgie cardiaque

F. Roussin<sup>1</sup>, F. Fieux<sup>1</sup>, D. Chicco<sup>1</sup>, K. Baudoin<sup>1</sup>, F. Gaudez<sup>2</sup>, A. Ribeiro<sup>1</sup>, J. Simon<sup>1</sup>, V. Lepesqueux<sup>1</sup>, N. Jupille<sup>1</sup>, S. Désiré<sup>1</sup>, O. Marie<sup>1</sup>, F. Bonnet<sup>1</sup>, C. Saltel<sup>1</sup>, L. Jacob<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Département anesthésie et réanimation chirurgicale, hôpital Saint-Louis, Paris, France

<sup>2</sup>Service d'urologie, hôpital Saint-Louis, Paris, France

**Introduction :** Le prélèvement d'organes sur donneur décédé après arrêt cardiaque (DDAC) a débuté dans notre hôpital début 2007 ; les DDAC étaient alors prélevés grâce à un système de perfusion rénale in situ (sonde de Gillot). Afin de pouvoir prélever les foies et pour accélérer la reprise de fonction des greffons rénaux, nous avons décidé de prélever les organes sous circulation régionale normothermique (CRN) comme imposé par le protocole de l'Agence de la biomédecine.

**Matériels et méthodes :** Étude rétrospective monocentrique dans un hôpital non cardiologique sur deux périodes : 2007/2009 où seules les sondes de Gillot étaient utilisées, puis 2010/août 2011 où les CRN étaient majoritaires. Deux infirmiers (IDE) référents et un médecin ont reçu une formation ECMO dans un centre de chirurgie cardiaque. Les urologues se sont formés auprès des équipes parisiennes et espagnoles. À partir d'octobre 2009, les 25 IDE de SSPI et les 14 médecins concernés ont bénéficié d'un cours théorique sur la CRN puis d'une formation pratique. Démarrage en janvier 2010. La nuit, urologue, infirmière coordinatrice et IDE de prélèvement sont d'astreinte à domicile. Le circuit de CRN était débullé dès l'appel du Samu.

**Résultats :** Durant la 2<sup>e</sup> période : 111 DDAC ont été proposés, 50 acceptés avec la CRN utilisée 36 fois. Âge moyen des DDAC : 41 ans dont 78 % d'hommes. Les donneurs arrivaient en moyenne 45 minutes après la proposition du Samu. En comparant les deux périodes, les délais de mise en place du système de préservation d'organes sont identiques (Tableau 1).

	2007/2009 Gillot	2010/2011 CRN
<b>Admis</b>	69	36
<b>ACR/arrivée St Louis</b>	103 min	102 min
<b>ACR/canulation</b>	141 min [105–185]	144 min [125–160]
<b>Arrivée St-Louis/canulation</b>	37 min	41 min [25–75]
<b>Échecs de canulation</b>	3	6

Sur 36 DDAC canulés par CRN, 21 n'ont pas été prélevés (sept refus de proches ou procureur, six échecs de CRN, sept problèmes logistiques ou techniques). 21 reins ont été greffés (70 %) ; les reins non greffés étaient liés à des résistances vasculaires élevées (4), des sérologies virales positives (2), ou des problèmes logistiques (3). Quatre foies ont été prélevés ; deux non greffés pour stéatose > 30 %. La phase initiale de la CRN a été marquée par des besoins massifs de remplissage vasculaire,

nécessaires pour assurer un débit de perfusion correct (2 l/min). La quantité de liquide perfusé a pu être diminuée par l'utilisation de colloïdes puis surtout par modification du positionnement de la canule de décharge veineuse, au niveau de l'oreillette droite.

**Conclusion :** Il semble que le maniement de la CRN par des équipes médicales et paramédicales soit d'acquisition relativement simple pour les équipes de réanimation. La mise en place de la CRN ne semble pas prendre plus de temps que la Gillot.

## SPI004

### Quelles compétences pour un cadre de santé en réanimation ?

S. Dagneaud<sup>1</sup>, N. Terzi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier Victor-Jousselin, Dreux, France

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

**Introduction :** La polyvalence concernant les compétences d'un cadre de santé est à l'image de ce que l'on peut observer auprès des infirmières diplômées d'état (IDE). Si elle constitue une volonté administrative, elle est souvent considérée comme éloignée de la réalité contextuelle. Afin d'évaluer l'activité des cadres de santé en poste dans les services de réanimation, nous avons réalisé, une étude préliminaire sous la forme d'un questionnaire s'attachant à mieux caractériser les cadres de santé en exercice.

**Matériels et méthodes :** Un questionnaire a été envoyé à cinquante cadres de santé exerçant dans un service de réanimation en CHU et en hôpitaux généraux. Trente-cinq ont été complétés dans leur intégralité et rendus exploitables.

**Résultats :** Les cadres interrogés sont diplômés depuis 1,5 à 20 ans, ils exercent en service de réanimation depuis au minimum un mois (de un mois à 20 ans). 83 % d'entre eux ont eu une expérience en service de réanimation en tant qu'IDE auparavant. Parmi les 17 % restants, c'est-à-dire six personnes : deux ont travaillé dans des services d'urgences, deux sont infirmières anesthésistes diplômées d'état (IADE), et deux seulement n'ont jamais exercé dans les services techniques. Soixante-dix-sept pour cent des interrogés estiment qu'il faut avoir des compétences professionnelles spécifiques en réanimation. La majorité pense que les missions en réanimation ne sont pas forcément spécifiques mais les degrés de priorité diffèrent. Les missions du cadre sont les mêmes pour tous, quelque soit son lieu d'exercice, ce sont les expertises et compétences qui sont à développer, celles-ci étant en adéquation avec la population accueillie (détresse vitale). Les compétences le plus souvent citées sont : l'expertise technique en réanimation (28 %), l'organisation (14 %), l'anticipation, analyse, synthèse (14 %) ; la gestion du personnel, gérer leurs compétences, les connaître et les améliorer (11 %) ; les compétences managériales (8 %).

**Conclusion :** Les résultats montrent que le cadre, en plus de ses compétences génériques, doit en développer plus particulièrement certaines en les adaptant au contexte d'exercice. Son parcours professionnel antérieur paraît être un moyen pour lui de faciliter cette tâche (63 %) et favorise sa reconnaissance auprès des équipes pluriprofessionnelles. Dans le cadre actuel de reconnaissance des compétences, il paraît indispensable qu'une réflexion soit menée sur des référentiels plus spécifiques en fonction du lieu d'exercice, voire une reconnaissance de la spécialité réanimation, concernant les cadres de santé, à l'instar de ce qui est actuellement proposé par la Société de réanimation de langue française (SRLF) pour les personnels paramédicaux (IDE et kinésithérapeutes).

**SPI005****La délivrance de l'information aux familles par un binôme médecin-infirmière est-elle un plus pour les familles et/ou pour le personnel paramédical ?**

S. Guillo Lohan, E. Louro, G. Boyer, A. Vieillard-Baron, C. Charron  
Service de réanimation médicale, CHU Ambroise-Paré,  
Boulogne-Billancourt, France

**Introduction :** L'information aux familles est délivrée par le médecin mais aussi par l'infirmier/ière (IDE) en charge du patient. Les informations données peuvent parfois être discordantes et générer ainsi une confusion pour les familles. De plus, l'IDE peut parfois être pris en défaut lorsqu'il ne connaît pas la teneur exacte des informations médicales données. Les objectifs de l'étude étaient de comparer 2 méthodes de délivrance de l'information afin 1) d'étudier la qualité des informations délivrées et 2) d'étudier la confiance de l'IDE dans ses entretiens avec les familles en fonction de ces 2 méthodes.

**Matériels et méthodes :** Cette étude est une enquête auprès des familles et auprès des IDE évaluant deux méthodes d'informations des familles en deux phases successives. Deux questionnaires (Qt) ont été élaborés, un pour les familles et un pour les soignants. Le Qt famille évaluait de façon qualitative la clarté de l'information délivrée par les médecins et par les IDE à propos du diagnostic, des traitements mis en route, du pronostic. Trois notations étaient également demandées sur la qualité de l'information donnée par le médecin, par l'IDE et une sur l'information globale. Le Qt soignant évaluait leur aisance face aux familles quant à l'information à délivrer avec un score composé de sept items d'informations : pathologie, pronostic, évolution à court et moyen terme, soins, traitement et les résultats d'examens. Le Qt famille a été remis aux familles des patients hospitalisés plus de 48 heures en réanimation. Durant la phase 1 (deux mois) tous les entretiens médicaux avec les familles devaient se faire sans l'IDE du patient. Durant la phase 2 (deux mois) tous les entretiens se déroulaient en binôme Médecins et IDE. À la fin de chaque période le Qt soignant était remis à tous les membres de l'équipe paramédicale. Les résultats de ce questionnaire pour la phase 2 ne sont pas encore disponibles ici. Un test du Chi<sup>2</sup> a été utilisé pour comparer les variables qualitatives et un test *t* de Student pour comparer les notes.

**Résultats :** Au total, 94 Qt familles ont été analysés (50 en phase 1). Les informations ont été données en binôme dans 28 % des cas en phase 1 contre 72 % en phase 2 ( $p = 0,001$ ). La note globale d'information (sur dix points) n'est pas différente entre les deux phases ( $8,3 \pm 1,2$  vs  $7,8 \pm 2$  ;  $p = 0,15$ ). Les notes données par les familles sur l'information IDE et l'information médicale sont plus élevées dans la phase 1 que dans la 2 ; ie : Information IDE  $8,8 \pm 1,2$  vs  $7,9 \pm 2$  ;  $p = 0,015$  et Information Médecins  $8,2 \pm 1,2$  vs  $7,4 \pm 2$  ;  $p = 0,03$ . En revanche les familles estiment avoir reçu des informations par les IDE dans seulement 71 % des cas en phase 1 contre 82 % en phase 2 ;  $p = 0,006$ . Il n'y a pas de différence sur les autres critères qualitatifs. Trente cinq IDE ont été interrogés après la phase 1. La note moyenne d'aisance (sur 35 points) face aux familles est de  $17,8 \pm 8$  points. La précision avec laquelle ils répondent aux familles est notée à  $17,6 \pm 7$  points. Les IDE semblent particulièrement mal à l'aise lorsque qu'il faut délivrer des informations à propos du pronostic et de l'évolution à court terme avec respectivement des notes sur 5 de  $1,8 \pm 1$  et de  $2,1 \pm 1$  points.

**Conclusion :** L'information en binôme ne semble pas apporter un gain sensible aux familles bien que celles-ci rapportent une information plus fréquente par les IDE. Les IDE semblent particulièrement mal à l'aise dans la délivrance des informations lorsqu'ils n'assistent pas à l'entretien avec les médecins.

**SPI006****Désinfection des matelas à air dynamique : audit des pratiques**

V. Dubois, A. Pezzi, G. Audibert  
Service de réanimation neurochirurgicale, CHU de Nancy,  
hôpital Central, Nancy, France

**Introduction :** En 2009, deux services de réanimation de notre CHU ont été confrontés à deux épidémies d'infection nosocomiale à bacilles Gram négatif. En collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), un suivi épidémiologique et un audit des pratiques ont été réalisés. Cet audit n'a pas mis en évidence de dysfonctionnement mais, les multiples prélèvements réalisés ont mis en évidence une contamination des matelas à air dynamique (MAD). À cette date, il n'existait pas de procédure institutionnelle de désinfection des MAD. Le but de l'étude était de réaliser un audit des pratiques auprès des services utilisateurs de MAD avant rédaction de recommandations générales.

**Matériels et méthodes :** Des questionnaires ont été remis en mains propres aux cadres de santé des services possédant des MAD (liste fournie par le service biomédical). Le retour s'est fait par courrier.

**Résultats :** 32 services possèdent 160 MAD de six marques différentes (99 en réanimation ou soins continus, 34 en médecine, 16 en chirurgie, 11 en gériatrie). 19 n'ont aucune housse de rechange. La housse est envoyée à la blanchisserie de l'hôpital dans 19 % des cas ; nettoyée en machine à laver dans 25 % des cas ; sinon elle est désinfectée à la main. L'imperméabilité n'est vérifiée que dans 67 % des cas. Le temps de séchage est respecté dans 75 % des cas. La maintenance des matelas n'est assurée que dans 19 % des cas.

**Conclusion :** En l'absence de protocole, la diversité des pratiques de bionettoyage et la méconnaissance d'un matériel complexe conduisent à une mauvaise gestion du risque infectieux. Les MAD exposent pourtant à un réel risque méconnu de transmission d'infection nosocomiale, parfois majoré par le raccourcissement des délais de désinfection des chambres entre deux admissions. Une standardisation des procédures est nécessaire.

**Bibliographie**

- Jenkins RO, Sherburn RE (2005) Growth and survival of bacteria implicated in sudden infant death syndrome on cot mattress materials. *J Appl Microbiol* 99:573–9
- van der Mee-Marquet N, Girard S, Lagarrigue F, et al (2006) Multiresistant *Enterobacter cloacae* outbreak in an intensive care unit associated with therapeutic beds. *Crit Care* 10:405

**SPI007****Informatisation d'un service de réanimation : le prix de la conduite du changement**

A. Soury-Lavergne<sup>1</sup>, G. Demont<sup>1</sup>, A. Demailly<sup>1</sup>, N. Kostuj<sup>1</sup>,  
F. Héroult<sup>2</sup>, A. Pigot<sup>2</sup>, A. Lameyse<sup>1</sup>, F. Fourrier<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Service de réanimation polyvalente, CHRU de Lille,  
hôpital Roger-Salengro, Lille, France  
<sup>2</sup>DSIH, CHRU de Lille, Lille, France

**Introduction :** L'informatisation de notre service de 16 lits de réanimation adulte est le fruit d'une réflexion de plusieurs années. Site pilote dans notre hôpital, nous avons construit et mené ce projet et nous réalisons le bilan d'un point de vue paramédical.

**Patients et méthodes :** Nous avons quantifié le temps IDE consacré à ce projet.

**Résultats :** Conduite du projet

- 2009 : Rédaction du cahier des charges ( $n = 3$  personnes du service) ;
- 2009–2010 : Présentation des différentes solutions industrielles (dix fois  $n = 4$ ) et visites sur sites (trois fois  $n = 4$ ) ;
- juin 2010 : Choix de la solution par le service :
  - choix par l'encadrement des trois référents IDE (configureurs/formateurs) ;
  - demande de deux IDE pendant six mois en renfort ;
- septembre 2010 :
  - validation d'achat de la solution choisie et lancement officiel du projet ;
  - questionnaire réalisé auprès de l'ensemble de l'équipe ( $n = 74$ ) ;
  - début de la configuration et création d'une boîte mail dédiée ;
  - attribution d'une pièce dédiée de configuration avec deux PC ;
- octobre 2010 :
  - formation des formateurs ( $n = 12$ ) ;
  - élaboration de la maquette de formation et des fiches personnalisées de formation ;
  - élaboration d'un cahier des remarques ;
- décembre 2010 : Conseil de service centré sur le projet et communication des résultats du questionnaire « pré-informatisation » ;
- mars 2011 :
  - « GO LIVE » le 12 avril à 14 h 00 ;
  - accompagnement de l'équipe par les formateurs les deux premières semaines ;
  - cinq réunions d'équipe entre septembre 2010 et avril 2011 avec un point d'étape sur le projet ;
- septembre 2011 : réalisation d'un questionnaire « post informatisation » ( $n = 67$ ).

**Temps IDE spécifique**

Le temps, qui a pu être mesuré, consacré à la configuration et à la formation a été de 1992 heures soit 249 jours. Ce temps est probablement sous estimé car il ne comprend ni le temps consacré à la gestion des problèmes et à la formation par les trois IDE configureurs durant leurs postes aux soins (les trois configureurs ont continué à être à tour de rôle dans les roulements), ni le temps consacré au projet par le cadre de santé. Ce temps est supérieur aux ressources allouées (deux IDE pendant cinq mois soit 160 jours). En plus des configureurs, deux IDE et quatre AS ont assuré la formation au lit du patient de 32 IDE, deux kinésithérapeutes, et 23 AS, soit un total de 105 heures de formation individuelle avec un schéma de formation défini par les pilotes et une fiche personnalisée de suivi de la formation. La formation a été complétée par de l'accompagnement lors de la période d'entraînement (double saisie informatique et papier) et les 15 jours suivant le « go live ».

**Discussion :** Le temps paramédical consacré à ce projet est considérable mais indispensable pour la réussite du projet (ainsi que le temps médical non évalué ici). En effet, le logiciel mis à disposition par le fournisseur est inutilisable en l'état et les prestations de configuration proposées insuffisantes pour adapter l'outil au service dans un délai raisonnable. La réussite d'un tel projet repose aussi en grande partie sur le service informatique de l'hôpital et son chef de projet puisqu'une multitude d'aspects techniques lui revient. Enfin, la cohésion et l'implication des membres du groupe projet, quelque soit la fonction, sont essentielles. Notre réussite se traduit par l'utilisation du logiciel depuis

six mois, sans incident majeur et la satisfaction de l'équipe mesurée par un questionnaire. Cependant, bien que difficilement évaluable de manière exhaustive, le temps paramédical réellement nécessaire doit être pris en compte et l'investissement va se prolonger puisque le logiciel doit évoluer avec les pratiques.

**Conclusion :** La clef d'une informatisation réussie passe par la maîtrise de la conduite de projet. L'acceptation du projet par l'équipe nécessite une véritable implication des cadres et des IDE à toutes les étapes et dès le début, ce qui implique la mise à disposition de ressources en conséquence.

**SPI008****Connaissance par les IDE du coût des médicaments en réanimation**

R. Hernu, T. Desmurs, S. Pommier, D. Dupasquier, M. Lassaigne, D. Robert, L. Argaud  
*Service de réanimation médicale, CHU de Lyon, groupement hospitalier Édouard-Herriot, Lyon, France*

**Introduction :** En France, malgré l'application de la tarification à l'activité (2004), la réalité médicoéconomique est marquée par une progression constante des dépenses de santé, notamment dans les services de réanimation. Les infirmiers diplômés d'État (IDE) ont un rôle à jouer dans la maîtrise des dépenses. Notre travail s'est intéressé à la connaissance qu'ont les IDE, en réanimation, du coût des prescriptions médicamenteuses.

**Matériels et méthodes :** Nous avons réalisé une enquête d'estimation nationale à l'aide d'un questionnaire portant une sélection de médicaments couramment utilisés en réanimation. Les 12 médicaments sélectionnés ont été regroupés en quatre catégories en fonction de leur coût (moins de 10 euros, de 10 à 100 euros, de 100 à 1 000 euros et plus de 1 000 euros). Le questionnaire a été adressé à l'ensemble des IDE des services de réanimation participants. Il était demandé d'estimer le coût des médicaments en référence aux coûts réels hospitaliers. Les résultats préliminaires issus des services de la région lyonnaise ayant accepté de participer à l'étude sont présentés ici.

**Résultats :** Avec un taux de réponse > 90 %, 135 questionnaires ont été recueillis. L'âge moyen des IDE était de  $33 \pm 8$  ans, avec un sex-ratio à 0,24. L'expérience des participants était de  $10 \pm 8$  années. En acceptant une marge d'erreur de  $\pm 50$  % des coûts, seuls 20 participants (14 %) se plaçaient dans cette fourchette d'estimation des dépenses. L'écart moyen des réponses correspondait à une sous-estimation globale du coût des médicaments de près de 4 163 euros, soit 71 % d'un montant total de 5 833 euros. On notait une surestimation des thérapeutiques peu coûteuses de 863 % pour les médicaments de moins de 10 euros et 41 % pour ceux compris entre 10 et 100 euros. À l'inverse, les thérapeutiques les plus chères étaient systématiquement sous-estimées de façon importante : -66 % pour les médicaments compris entre 100 et 1 000 euros et -76 % pour les prescriptions de plus de 1 000 euros.

**Conclusion :** Ces résultats préliminaires objectivent nettement un défaut de sensibilisation des IDE concernant le coût des médicaments prescrits en réanimation, notamment les plus chers d'entre eux. L'intégration d'une dimension médicoéconomique dans la pratique de soins reste donc à renforcer auprès du personnel paramédical, ce qui pourrait être facilité par le développement de formations spécifiques.