

La réanimation, un travail d'équipe

Intensive care: teamwork

© SRLF et Springer-Verlag France 2012

SP199

Nos infirmières posent les voies veineuses centrales.

Un exemple de délégation médico-infirmière

H. Rosay¹, E. Aubert¹, B. Valleix¹, A.-L. Daunizeau¹, S. Pouderoux¹, G. Romero¹, H. Sebban¹, V. Peres-Bachelot¹, P. Bachmann¹, F. Montange¹, H.-J. Clement¹, J. Mazeris¹, M. Cellupica², A.-L. Boiza², C. Thoumazet², A. Talon³

¹Département anesthésie et réanimation, centre Léon-Bérard, Lyon, France

²Unité d'accès vasculaire, centre Léon-Bérard, Lyon, France

³Direction des soins infirmiers, centre Léon-Bérard, Lyon, France

Introduction : En France, la pose des cathéters veineux centraux (CVC) est un acte exclusivement médical. Dans d'autres pays, les infirmières (IDE) sont autorisées à placer ces dispositifs [1]. En collaboration avec les médecins, elles participent à la surveillance et établissent des recommandations. L'objectif de notre travail a été d'évaluer la capacité des IDE et des IADE à poser les cathéters centraux dans une démarche de coopération médico-infirmière au sein d'un département d'anesthésie posant plus de 2 200 CVC par an.

Patients et méthodes : Pendant l'année 2010, trois IDE mi-temps volontaires ont été formées à la ponction sous échographie des veines brachiales, basiliques, jugulaires internes et fémorales chez des adultes. Une formation complémentaire aux indications médicales, aux repères anatomiques et radiologiques, au champagne chirurgical, à l'habillage et au pansement a également été réalisée. Les patients sont informés par le prescripteur oncologue de la possibilité de pose par une IDE ; le site Internet de l'établissement et les documents d'information concernant le cathéter choisi rappellent cette possibilité. Les bilans biologiques préopératoires sont validés par un médecin. Avant la pose, l'opérateur se présente et recueille le consentement du patient. Pendant l'année 2011, les IDE ont assuré la pose des CVC dans une salle dédiée, un médecin anesthésiste à proximité répondant sur appel devant toutes difficultés et après trois tentatives de ponctions. La pose est effectuée sous échoguidage (Bard Site-Rite 5, guide aiguille). Entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2011 et de manière prospective, le nombre de ponctions, la survenue d'une ponction artérielle, d'un pneumothorax, la bonne place du cathéter, le nombre d'appels ont été recueillis.

Résultats : Au cours de l'année 2011, les trois IDE mi-temps ont effectué 155 journées opératoires sur les 265. Elles ont posé 1 113 CVC sur les 2 074 : 642 *picc lines* (Bard PICC Groshung 4F, PowerPICC5F), 463 jugulaires internes (Plastimed 5 F, BARD Port 8 F), huit fémorales (Gamcath® Gambro 6.5 F. 8 F) (Tableau 1). Aucun pneumothorax ou hémithorax n'a été répertorié. Deux ponctions carotidiennes ont été rapportées (0,36 %). Le dispositif a été placé à la jonction atriocave dans 100 %. Les médecins anesthésistes ont été appelés dans 3,60 % des cas pour modifier la nature du dispositif demandé par les oncologues, dans 3,59 % des cas pour des difficultés de mise en place du guide. Dans 50 % de ces derniers cas, le médecin renonce à la pose de CVC et demande un bilan vasculaire pour proposer un autre site. Les externalisations pour pose de CVC sont passées de 880 à 250 entre 2010 et 2011 (Tableau 1).

Tableau 1. Activité de l'unité vasculaire infirmière

| Type de CVC | Nombre | Pourcentage de ponction artérielle | Pourcentage de ponction unique |
|-------------------|--------|------------------------------------|--------------------------------|
| PICCs | 642 | 0 | 90,5 |
| Jugulaire interne | 463 | 0,36 | 88,4 |

Conclusion : Les infirmières, IDEs et IADEs, sous couvert d'une formation complémentaire rigoureuse, dans une organisation structurée, sont capables de placer les dispositifs veineux centraux longs avec efficacité et sans complication.

Référence

1. Yacopetti N, Alexandrou E, Spencer TR, et al (2010) Central venous catheter insertion by a clinical nurse consultant or anaesthetic medical staff: a single-centre observational study. *Crit Care Resusc* 12:90-5

SP200

Ouverture d'un service de réanimation médicale 24 heures/24 : impact sur le personnel

A. Cravoisy-Popovic, M. Lesny, D. Barraud, M. Conrad, A. Lai, J. Lemarié, L. Nace, S. Gibot, P.E. Bollaert
Service de réanimation médicale, CHU de Nancy, hôpital central, Nancy, France

Introduction : Suite aux recommandations de la conférence de consensus « mieux vivre la réanimation », nous avons ouvert le service aux visites des proches sans restriction d'horaires en janvier 2010. Cette ouverture s'est faite progressivement puisque depuis 2001 les familles étaient admises de 14 à 21 heures. Cette ouverture impose des efforts à tout le personnel et nous avons voulu à travers une enquête connaître le ressenti de toutes les catégories de personnel sur ce changement.

Patients et méthodes : Nous avons proposé un questionnaire anonyme à toutes les catégories de personnel comportant une appréciation semi-quantitative (jamais, parfois, souvent, toujours) sur l'impact de l'ouverture 24 heures/24 : sur la gêne dans le travail, la gêne à l'organisation des soins, le stress engendré, l'amélioration de la communication familiale, le respect de l'intimité du patient, le changement des habitudes de travail, la sensation d'apaisement pour les malades ou leur trop grande sollicitation familiale, voire même une différence de prise en charge en cas de famille très présente. Nous avons aussi posé la question de proposer aux familles volontaires de rester dans la chambre lors de certains soins, voire de participer aux soins les plus courants : repas, toilettes glycémies capillaires, pose de sonde urinaire, poses de voies veineuses centrales ou périphériques, aspirations trachéales, branchements et débranchements de dialyses, intubation ou massage cardiaque externe. Nous avons également réalisé un recueil

du nombre, de la durée et des horaires de visite pour tous les malades sur une période d'un mois afin d'apprécier le réel temps de présence des familles et surtout le moment de la journée.

Résultats : Quatre ASH, 15 aides-soignantes, 36 infirmières et 14 médecins ont répondu au questionnaire. Pour notre service de 14 lits de réanimation, il y a eu 41 entrées durant la période observée de 30 jours et 52 patients concernés ; 57 visites le matin de 7 à 12 heures, 486 visites de 12 à 19 heures et 43 visites après 19 heures dont trois après 23 heures ; la durée moyenne des visites était de 2 heures 15 [30 minutes–6 heures 50] ; six patients ne recevaient aucune visite. Globalement, la présence des familles ne semble pas représenter une gêne à l'organisation des soins pour l'ensemble du personnel médical et paramédical (94 % parfois ou jamais). Cependant, 57 % des infirmières et 35 % des médecins reconnaissent avoir parfois changé leurs habitudes de travail. Le personnel n'a pas l'impression d'avoir une plus grosse charge de travail (jamais pour 87 % des médecins et 47 % des infirmières). La communication avec les familles est souvent facilitée (92 % des médecins et 55 % des infirmières) et les familles ont souvent plus confiance en l'équipe de réanimation (75 % des infirmières et 84 % des médecins). Du point de vue du personnel, les patients semblent apaisés par la facilité de venue de leur proche (souvent pour 60 % des médecins et 52 % des infirmières). Lorsque les familles sont très présentes, les malades ne paraissent pas mieux pris en charge. L'ensemble du personnel était très favorable ou favorable à la participation des familles pour les repas, les réalisations de glycémies capillaires ou les aspirations trachéales, mais plutôt opposé ou opposé à leur présence au cours de la toilette, de la pose de sonde urinaire ou de pose de cathéter et complètement opposé lors d'une intubation orotrachéale ou de manœuvres de réanimation cardiopulmonaire.

Discussion : Quatre-vingt-deux pour cent des visites se font de 14 à 23 heures, mais sur la période étudiée il y avait quasiment deux visites le matin. Ces visites perturbent parfois le déroulement des soins (toilette, visite médicale) ; les visites nocturnes tardives (après 23 heures) sont rares, mais correspondent souvent à un vrai besoin d'accompagnement soit culturel, soit pour une fin de vie. L'ouverture du service 24 heures/24 aux familles ne représente pas une charge de travail supplémentaire majeure dans notre service ou nous avons déjà une culture d'accueil relativement large même si tout le monde reconnaît que les habitudes de travail changent légèrement. La communication est facilitée et la confiance en l'équipe médicale paraît meilleure. Les patients semblent profiter de cette ouverture également. Cependant, les équipes ne semblent encore pas complètement prêtes à franchir un nouveau pas et à accepter la présence des familles pendant des soins invasifs.

Conclusion : L'ouverture du service a demandé des efforts de la part de tous, mais le ressenti semble positif pour notre service qui avait une culture d'ouverture depuis de nombreuses années. Il sera indispensable de recueillir le ressenti des patients et de leurs familles pour parfaire notre expérience.

SP201

Journaux de bord en réanimation : expérience des soignants

A. Périer¹, A. Revah-Levy², C. Brue³, N. Cousin³, S. Angeli³, S. Brochon³, F. Philippart³, A. Max³, C. Grégoire³, B. Misset³, M. Garrouste-Orgeas³

¹Service de pédopsychiatrie, maison des adolescents, hôpital Cochin, Paris, France

²Inserm U-669, université Paris-Sud et université Paris-Descartes, France

³Service de réanimation polyvalente, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, France

Objectif : Plusieurs études suggèrent que le journal de bord améliore la qualité de vie de « l'après réanimation » en diminuant les symptômes d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique [1]. L'objectif de l'étude est d'explorer le ressenti des soignants écrivant et lisant les journaux de bord après une utilisation de six mois dans notre service.

Patients et méthodes : L'étude est faite avec les soignants du service de réanimation polyvalente de l'hôpital Saint-Joseph. La méthode d'étude est qualitative reposant sur l'analyse d'entretiens semi-structurés enregistrés, intégralement retranscrits et codés selon une analyse phénoménologique thématique. Les interviews ont été réalisés par une seule personne. Le nombre de soignants interrogés a été déterminé en fonction de la saturation des données. L'unité d'analyse a été l'interview quelle que soit la catégorie professionnelle. L'analyse qualitative a été faite par deux codeurs. Dans un premier temps, la lecture précise de chaque entretien permet de repérer les différents thèmes du corpus. Le thème est l'unité de signification du discours. La lecture de tous les entretiens permet de repérer les thèmes très développés par les individus et des thèmes moins développés. Dans un second temps, l'organisation des thèmes en catégorie est faite au cours de réunions d'harmonisation entre les deux codeurs. Cela évite de présenter seulement une perspective de lecture.

Résultats : Trente-six interviews ont été analysés. Deux axes d'expérience ont été étudiés : écrire et lire dans les journaux. Quatre thèmes ont émergé : le journal constitue une aide utile à la prise en charge de la souffrance des familles, est utile au patient pour reconstruire son histoire, est un moyen de donner de l'information aux familles, avec une difficulté perçue lors de la délivrance de mauvaises nouvelles. Le quatrième thème est la recherche de la bonne distance relationnelle avec le patient ou sa famille : le journal est perçu comme un moyen d'humaniser les soignants, mais est la source d'émotions intenses et d'un sentiment d'intrusion de l'intimité des familles.

Conclusion : Les soignants pensent que le journal de bord est utile pour le patient et sa famille, mais soulignent qu'il est une source d'émotions pouvant être très intenses. Ils craignent alors que ces émotions puissent perturber leur pratique de soin. Ces résultats nous semblent utiles pour guider les équipes dans la mise en place de journaux de bord dans des services de réanimation.

Cette étude a reçu le soutien et le prix d'éthique de la SRLF.

Référence

1. Garrouste-Orgeas M, Coquet I, Périer A, et al (2012) Impact of an intensive care unit diary on psychological distress in patients and relatives. *Crit Care Med* 40:2033–40

SP202

Facteurs de risque et impact psychologique de l'erreur humaine sur les professionnels de santé en réanimation médicale

A. Laurent¹, J.-P. Quenot², K. Chahraoui³, A. Bioy³, P. Perez⁴, G. Capellier⁵

¹Laboratoire de psychologie, université de Franche-Comté, Besançon, France

²Service de réanimation médicale, CHU de Dijon, complexe du Bocage, Dijon, France

³Bourgogne, laboratoire de psychopathologie et de psychologie médicale, Dijon, France

⁴Service de réanimation médicale, CHU de Nancy, hôpital Brabois-Adultes, Vandœuvre-lès-Nancy, France

⁵Service de réanimation médicale, CHU, hôpital Jean-Minjoz, Besançon, France

Objectif : La sécurité des soins est devenue une priorité de santé publique dans les pays industriels. En France, 120 000 à 190 000 événements indésirables graves surviennent pendant l'hospitalisation pourraient être évités chaque année [1]. Les services de réanimation font partie des services à haut risque de survenue d'événements indésirables, et cela pour différentes raisons : l'importance en quantité et en qualité des activités effectuées ; la complexité des procédures diagnostiques et thérapeutiques réalisées ; le statut précaire des patients hospitalisés. Face à l'erreur médicale, les patients sont les premières victimes, mais les soignants en sont les victimes secondaires et beaucoup n'en sortent pas indemnes psychologiquement [2]. Cette étude se propose d'étudier le vécu émotionnel de l'erreur dans les services de réanimation, d'évaluer son impact psychologique sur les professionnels et enfin d'identifier les stratégies des professionnels pour faire face à l'erreur.

Matériels et méthodes : Cette étude a lieu dans trois services de réanimation médicale. Cent quarante professionnels de réanimation (médecins, internes en médecine, infirmiers) ont rempli un questionnaire mesurant : la sécurité des soins (mesure de la culture de sécurité des soins en milieu hospitalier, Occeci et al.), l'épuisement professionnel (Maslach Burnout Inventory), l'anxiété (STAI-Y, Spielberger) et les stratégies de coping (Brief cope, Carver). Cinquante professionnels ont également répondu à un entretien clinique individuel afin de développer leur vécu du risque de l'erreur, les répercussions individuelles et collectives d'une erreur. Tous les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Ils ont ensuite fait l'objet d'une procédure d'analyse de contenu détaillée avec consensus.

Résultats : Dans le cadre de cette communication, nous dresserons un tableau de la sécurité des soins perçue dans les unités de travail. Nous présenterons nos premiers résultats concernant l'impact de l'erreur humaine sur les professionnels. Nous mettrons en perspective ces résultats en nous appuyant sur l'analyse qualitative des entretiens psychologiques afin de mieux comprendre le vécu émotionnel de l'erreur, les facteurs de risque et les stratégies défensives développés par les professionnels en réanimation.

Conclusion : Cette étude a vocation à déboucher d'accompagnement des professionnels de réanimation dans l'objectif d'une part d'augmenter la satisfaction professionnelle et la santé mentale des professionnels et d'autre part d'améliorer la sécurité et la qualité des soins.

Références

1. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, et al (2005) Les événements graves indésirables liés aux soins observés dans les établissements de santé ; première étude nationale. Paris, Études et Résultats n° 398. Ministère (DREES)
2. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B (1991) Do house officers learn from their mistakes? JAMA 265:2089–94

SP203

Le burnout en milieu de réanimation et urgences : prévalence et facteurs de risque

R. Gharbi, N. Bouchada, Y. Touil, R. Atig, M. Fekih Hassen, S. Elatrous
Réanimation médicale, hôpital Tahar-Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction : Le burnout est un syndrome psychologique qui survient en réponse à un état de stress permanent en milieu de travail. Les soignants en réanimation et aux urgences sont les personnes les plus susceptibles de développer ce syndrome puisqu'ils prennent en charge des pathologies graves mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel en plus du sentiment d'insécurité croissant qui sévit dans ces services après la révolution tunisienne. Le but de ce travail est d'étu-

dier la prévalence et les facteurs de risque de burnout chez le personnel médical et paramédical dans ces services après la révolution.

Matériels et méthodes : Dans le mois de septembre 2012, nous avons réalisé un questionnaire des infirmiers et des médecins des services des urgences et de réanimation médicale de l'hôpital Tahar-Sfar. Le niveau de burnout a été évalué par le score de Malash Burnout Inventory (MBI).

Résultats : Quarante-deux personnes d'âge moyen de 32 ± 5 ans et à prédominance féminine (sex-ratio : 0,68) ont participé dans ce questionnaire. Le taux de participation a été de 71 %. On note la majorité des participants (60 %) sont des femmes. Un taux d'épuisement élevé et de dépersonnalisation élevée ont été retrouvés respectivement dans 57 et 45 % des cas avec un taux d'accomplissement personnel élevé à 60 %. Le retentissement sur la vie sociale a été néfaste dans 73 %, et 65 % des soignants ont exprimé le souhait de changer de lieu de travail. En analyse univariée, il n'y a pas de différence statistiquement significative d'épuisement professionnel entre les médecins et les infirmiers avec respectivement 31 et 12 %. Un taux d'accomplissement professionnel élevé a été observé chez les médecins dans 74 % des cas et chez les infirmiers dans 40 % des cas ($p = 0,02$). En analyse multivariée, les facteurs de risque de burnout sont : le métier infirmier (OR : 2,53 ; IC 95 % : [1,18–5,40] ; $p : 0,01$), le travail pendant l'automne (OR : 0,63 ; IC 95 % : [0,45–0,9] ; $p : 0,008$) et l'absence de dépression (OR : 0,46 ; IC 95 % : [0,22–0,9] ; $p : 0,03$).

Conclusion : Un niveau de burnout élevé était observé dans 54 % des soignants. La formation continue du personnel soignant surtout paramédical, l'amélioration des conditions de travail et le renforcement de la sécurité des locaux pourraient diminuer le risque de survenue de ce syndrome.

SP204

Ressenti des jeunes médecins concernant la fin de vie en réanimation :

impact de la formation initiale et suivi à cinq ans

G. Ducos¹, M. Darmon², I. Coquet³, M. Pariès⁴, E. Azoulay¹

¹Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

²Réanimation médicale, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France

³Réanimation polyvalente, hôpital Foch, Suresnes, France

⁴Groupe de recherche Famirea, hôpital Saint-Louis, Paris, France

Introduction : Les questions touchant aux limitations et arrêts des traitements (LAT) en réanimation font l'objet d'une formation initiale, dispensée à la faculté de médecine et durant les diplômes d'études spécialisées. Peu de données sont disponibles sur les attentes spécifiques et la perception des médecins en formation en ce qui concerne les décisions et la mise en pratique des LAT.

Matériels et méthodes : Questionnaire soumis aux internes et chefs de clinique-assistants des services de réanimation pendant deux périodes de deux mois à cinq ans d'intervalle (août à octobre 2007 [période I] et août à octobre 2012 [période II]). L'objectif est d'évaluer l'impact des formations mises en place au cours du troisième cycle sur les connaissances et le ressenti des jeunes médecins concernant les LAT. Enfin, un questionnaire spécifique était utilisé afin de recueillir l'évaluation des répondants concernant la qualité de la fin de vie des patients. Les résultats sont exprimés en moyennes et en médianes [IQR].

Résultats : Nous rapportons ici l'avis de 299 répondants issus de 104 services de réanimation au cours de la période I et de 130 répondants (49 services) au cours de la période II. Les répondants étaient

principalement des internes (75,6 et 73,1 % pour les périodes I et II, respectivement) et étaient plus souvent de sexe féminin au cours de la période II (50 vs 35,8 %, $p = 0,01$). Les répondeurs de la période II déclaraient plus souvent avoir bénéficié d'une formation concernant les LAT au cours de leur cursus en 2012 (38,5 vs 17,5 % pour la période I, $p < 0,0001$). Par contre, ils estimaient avoir moins de connaissance (5 [4–6] vs 6 [5–6] sur une échelle semi-quantitative de 0–10, $p = 0,017$). Un livret d'accueil était remis aux familles des patients dans la majeure partie des services où exerçaient les internes (90,2 %) et les décisions de non-admission en réanimation étaient prises de manière plus fréquemment collégiale au cours de la seconde période (37,7 vs 13 % ; $p < 0,0001$). De même, on notait une implication croissante des autres soignants (60 % [50–100] vs 100 % [70–100] pour la période II, $p < 0,0001$), des familles (30 % [0–50] vs 45 % [10–80], $p = 0,012$) et des patients (0 % [0–10] vs 10 % [3–20], $p < 0,0001$) au cours du temps. Au cours de la seconde période, les répondeurs décrivaient un inconfort moindre concernant les décisions de LAT (39,1 vs 17,7 %, $p < 0,0001$). Malgré une amélioration au cours de la période II, près de

la moitié des répondeurs déclaraient ressentir une incertitude face aux décisions de LAT effectivement prises (69,9 vs 48,5 %, $p < 0,0001$). En analyse multivariée, trois facteurs étaient associés à une perception satisfaisante du processus de LAT. L'âge du répondeur était associé à une plus grande satisfaction (OR : 1,17 par année ; IC 95 % : [1,08–1,25]) et deux facteurs étaient associés à une moindre satisfaction : une angoisse exprimée face aux réactions des proches (OR : 0,51 ; IC 95 % : [0,34–0,78]) et la perception d'un manque de formation (OR : 0,30 ; [0,18–0,50]). Aucune différence entre les périodes n'apparaissait après ajustement.

Conclusion : Les répondeurs semblent avoir plus fréquemment reçu une formation concernant les LAT et leurs réponses suggèrent une amélioration des pratiques incluant une plus grande collégialité et une plus grande implication du personnel, des familles et des patients. Ces améliorations se traduisent par un inconfort moindre concernant les LAT. La perception globale du processus de LAT était cependant inchangée entre les deux périodes de cette étude.