

Familles, soignants et qualité

Families, healthcare staff and quality

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

SO103

Audit et conseil en réanimation

R. Boiteau, J. Desrousseaux, J.-C. Farkas, H. Garrigue-Guyonnaud, B. Guidet, M.-C. Jars-Guinestre, A. Mercat, C. Mossadegh, J.-Y. Picart-Jacq, F. Saulnier
Groupe Audit, Fédération de la réanimation, Paris, France

Introduction : Une première expérience d'audits de services de réanimation a été réalisée entre 1995 et 2009 par un groupe de travail indépendant (GRAH) réunissant médecins réanimateurs, cadres et infirmiers de réanimation, directeurs d'hôpitaux, médecins de santé publique et consultants professionnels. Ces audits organisationnels analysaient tous les aspects de l'organisation des services de réanimation : organisation générale, architecturale, médicale, infirmière, organisation des soins, de la prise en charge des patients et des proches, de l'hygiène, de l'enseignement et de la recherche clinique. Ils utilisaient des méthodologies assez lourdes reposant sur de nombreux outils (référentiel analysant l'organisation globale du service, questionnaire de satisfaction distribué à l'ensemble des soignants du service et à l'ensemble des chefs de service de l'établissement, grille d'analyse des dossiers médicaux, guides d'entretien, etc.). Leur réalisation mobilisait une équipe de 6 à 7 personnes (1 PU-PH, 1 PH, 1 directeur d'hôpital, 1 cadre de santé, 1 IDE, 1 médecin de Santé Publique, 1 membre du bureau du GRAH) pendant 5 journées complètes, dont 3 jours de visites sur site.

Résultats : Cette démarche a apporté de nombreux résultats :

- initiation d'une réflexion sur l'organisation des services de réanimation avec mise au point de nombreux outils d'audit dont une première version du référentiel de réanimation ;
- réalisation de 37 audits de services de réanimation (9 CHU, 22 CHG, 4 établissements privés à but non lucratif, 2 établissements privés à but lucratif) ;
- transfert de cette méthodologie à la Société Française de Médecine d'Urgence, permettant la réalisation d'audits des services d'urgence ;
- mise en évidence de points positifs et de points négatifs récurrents dans les services de réanimation à l'aide des différents outils utilisés par les équipes d'audit :
 - la conformité globale au référentiel était de 56 %. 20 % des réponses remplies par le service audité étaient démenties par les auditeurs ;
 - la qualité des soins était le point le plus positif, identifié par le référentiel (conformité à 70 %, par les soignants internes aux services (satisfaction à 8,1/10) comme par les soignants des autres services (satisfaction à 8,5/10) ;
 - le management des services, évalué d'une part par la qualité de l'organisation (conformité au référentiel à 55 %, satisfaction des soignants à 6,6/10) et la circulation de l'information (satisfaction des soignants 6/10) et, d'autre part, par l'analyse des problèmes transversaux (100 % des rapports d'audit comportaient au moins une FRAP désignant une insuffisance de

management) semble être le principal point faible récurrent des services. L'éthique et la recherche clinique étaient les autres principaux points faibles.

Conclusion : Cette démarche originale démarquant la réanimation des autres spécialités a permis de réaliser des progrès significatifs dans l'organisation des services de réanimation.

Cette avancée doit être poursuivie :

- par une réflexion sur le management des services permettant l'application des spécifications définies par les référentiels de réanimation et de surveillance continue ;
- par une réflexion au sein de chaque service sur les problèmes mis en évidence par les référentiels.

Aussi, la Fédération de la Réanimation a décidé de créer un Groupe Audit qui a pour but de conduire des missions d'audit organisationnel mais aussi des missions de conseil plus courtes et ciblées sur des problèmes organisationnels précis.

SO104

Étude multicentrique Iatroréf : existe-t-il un lien entre épuisement professionnel, dépression des soignants et événements indésirables liés aux soins ?

M. Garrouste-Orgeas¹, M. Perrin², A. Vesin², L. Soufir³, E. Azoulay⁴, J.-F. Timsit⁵

¹Service de réanimation polyvalente,

Groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, Paris, France

²Biostatistiques Outcomerea, Inserm U-823, La Tronche, France

³Département d'anesthésie et réanimation,

Groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, Paris, France

⁴Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

⁵Service de réanimation médicale,

CHU de Grenoble-hôpital Albert-Michallon, La Tronche, France

Introduction : La prise de conscience de la sécurité des soins en réanimation s'associe à un développement de la recherche sur les facteurs de risque (FDR) de survenue des événements indésirables liés aux soins (EI).

L'objectif de cette étude s'intéresse à la relation entre les caractéristiques des soignants, la culture de la sécurité du service (CS) et les EI.

Patients et méthodes : Étude multicentrique (08/09 au 12/10) incluant 31 centres avec relevé des 16 EI prédéfinis par un attaché de recherche clinique durant 15 jours. Les caractéristiques des patients et la charge en soins (NEMS) correspondent au relevé de la base Rhea (Outcomerea). Les soignants ont remplis 4 questionnaires (caractéristiques personnelles, épuisement professionnel (SEP) (Malasch Burnout Inventory, MBI), score de dépression (CES-D) et culture de la sécurité mesurée par le « Safety Attitude Questionnaire » (score 0 = pas de CS, 100 = CS importante). Des modèles mixtes hiérarchiques avec effet aléatoire centre ont été construits.

Résultats : Parmi les 31 centres inclus, 17 (56 %) sont des centres universitaires et 16 (51,6 %) des réanimations polyvalentes. 1504 soignants ont été interrogés (330 médecins = M, 1204 paramédicaux = PM). Le taux de réponse est de 89 % et 79 % chez les M et PM, respectivement. Un SEP sévère (MBI : -9 à +34) est retrouvé chez 42 % des M et PM. Un SD (score > 17 femme, > 23 homme) existe chez 19 % et 15,6 % des M et PM, respectivement. L'idée de changer de métier est évoquée par 35 % et 43 % des M et PM, respectivement. La médiane (25th-75th) du score de la CS est de 64 (59-69) et de 58 (53-63) chez les M et PM, respectivement. Les caractéristiques des 766 patients inclus sont médianes : 41, ventilation mécanique : 62 % et décès en réanimation : 17 %. Le taux d'incidence des EI/1 000 journées liées au soin est de 804,5 dont 167,4 avec conséquences cliniques et/ou thérapeutiques. En analyse univariée, un faible accomplissement personnel dans le travail ($p = 0,06$) et un score de CS bas ($p = 0,04$) chez les PM sont associés aux EI avec conséquences. En analyse multivariée, les facteurs associés au nombre d'EI par centre sont : l'existence d'un syndrome dépressif (Risque Relatif, RR : 1,90, 95 % Intervalle de confiance 1,4-2,9, $p = 0,004$), la présence dans le service de 40 % de soignants n'ayant pas travaillé la veille de la survenue de l'EI (RR : 1,77, 95 % IC : 1,10-2,9, $p = 0,01$), une charge en soins (score NEMS) importante (RR : 1,51, 95 % IC : 1,25-1,82, $p < 10^{-4}$). Ni le SEP ou ses composantes, ni le score de la CS ne sont associés à la survenue d'EI quel que soit leur gravité. Il existe un effet centre non expliqué par le modèle ($p = 0,003$).

Conclusion : La fréquence des EI reste élevée dans les services de réanimation. Un médecin ou une infirmière sur deux ont un SEP sévère. 20 % souffrent de symptômes de dépression. Cette étude multicentrique ne permet pas de faire le lien entre le SEP et la survenue d'EI. Par contre la survenue d'EI reste associée à la gravité des patients, à une charge en soins élevée et à la présence des symptômes de dépression chez les soignants.

Remerciements : Nous remercions les médecins du groupe Iatref : C. Arich, P. Beuret, F. Blot, E. Boulet, J. Charpentier, C. Cheval, C. Clec'h, M. Darmon, M. Durant, F. Fieux, B. Floccard, M.C. Hérault, J. Illinger, A. Lautrette, C. Lebert, V. Lemiale, S. Machado, V. Maxime, B. Megarbane, F. Molenat, L. Montesino, B. Mourvillier, O. Pajot, F. Perin-Dureau, A. Rabbat, G. Saissi, C. Schwebel, D. Toledano, S. Touati, G. Troché.

Nous remercions les infirmières de recherche clinique des 31 centres pour leur aide précieuse à la réalisation de cette étude.

Nous remercions les attachés de recherche clinique pour leur aide dans la réalisation de l'étude : Loïc Ferrand, Kaoutar Mellouk et Sabrina Malouine.

Nous remercions le programme de recherche en qualité hospitalière, la Haute Autorité de Santé, la Fondation de France et l'European Society of Intensive Care Medicine pour le soutien financier accordé à la réalisation de cette étude.

SO105

Présence ou participation des familles aux soins en réanimation adulte :

acceptabilité auprès des soignants français

M. Thirion¹, G. Plantefève², O. Pajot¹, E. Rosset², E. Boitroul¹, M. Preau¹, H. Outin³, H. Mentec²

¹Service de réanimation polyvalente, CH Victor-Dupouy, Argenteuil, France

²Service de réanimation polyvalente, CH d'Argenteuil, Argenteuil, France

³Service de réanimation médicochirurgicale,

CHI de Poissy/Saint-Germain-en-Laye, site Poissy, Poissy, France

Introduction : La participation des familles aux soins en réanimation reste sujette à controverse. Une équipe française a étudié l'acceptabilité auprès des soignants de la participation des familles à certains soins [1]. La présence des familles pendant les manœuvres de réanimation est recommandée par plusieurs sociétés savantes et a récemment prouvé son intérêt pour les proches [2]. La faisabilité de la généralisation de ces pratiques en France n'est pas connue. Le but de cette étude est d'enquêter sur l'acceptabilité de la présence (PeF) et/ou la participation (PaF) des familles à certains soins prodigués dans des réanimations adultes françaises auprès de soignants(S) et l'impact sur la qualité ressentie des soins (QS).

Patients et méthodes : Un questionnaire anonyme accessible sur internet a été proposé aux soignants via la mailing-list du Collège des Réanimations Extra-Universitaires de France (CREUF).

Résultats : 760 (33 %) personnes ont répondu au questionnaire : 51,6 % médecins, 32,8 % infirmières, 8,3 % aide-soignant(e)s consistant en 56,1 % de femmes, 28,3 % travaillant en réanimation depuis plus de 10 ans. Selon le type de soins, l'opinion est favorable concernant la PeF et la PaF pour 31 à 77 % et 53 à 95 % des soignants respectivement. Les principales raisons évoquées en défaveur de la PaF aux soins sont : qu'il s'agit de soins professionnels (62,7 %), qu'il existe des problèmes d'intimité (44,4 %) ou d'hygiène (16,3 %) ou que cela modifie la qualité des soins (34,1 %). 26 % des S déclarent que la PaF n'interfère pas avec la QS mais 45 % déclarent que cela pourrait l'augmenter et 29 % que cela pourrait la réduire. Les facteurs associés avec la réduction de la QS pendant la PeF ou la PaF sont : certains soins « choquants » (79 %), les proches qui « excitent » le patient (68 %), la sévérité de la pathologie du patient (50 %), des visites fréquentes ou nombreuses (45 %), le manque d'expérience des S (37 %), le type de soins (32 %), les enfants visiteurs (22 %), l'âge du patient (6 %). Ceux qui pourraient améliorer la QS sont : la meilleure communication avec le patient (88 %), les proches qui calment le patient (84 %), la meilleure compréhension des besoins du patient (75 %), le fait d'être observé qui oblige à s'appliquer (33 %), les visiteurs étant des S eux-mêmes (12 %). La PeF pendant la réanimation soulève de nombreuses inquiétudes puisque 75 % des répondants y sont défavorables arguant des risques de traumatisme psychologique (89 %), du manque de place (67 %), de l'anxiété générée sur les S (55 %), de la gêne à prodiguer les soins appropriés (55 %), du manque de personnel (44 %) et du risque de poursuites (14 %). Parmi les S favorables (15 %), les bénéfices mentionnés sont : donner la certitude que « tout a été fait » (83 %), l'aide au processus de deuil (71 %), permettre aux proches de rester jusqu'au « dernier moment » (69 %), rassurer les proches et répondre à leur besoin (51 %), leur permettre de se sentir utiles pour le patient (24 %) et diminuer les poursuites (15 %).

Conclusion : La PeF ou PaF aux soins en réanimation adulte semble possible d'après les soignants français. Il est intéressant de noter que selon 45 % d'entre eux, cela pourrait améliorer la QS prodigués. Malgré les recommandations des sociétés savantes, la PeF pendant la réanimation est largement rejetée parmi les soignants en France.

Références

1. Thirion M, et al (2009) Patient's care in an adult ICU: shall we restore family's participation? Intensive Care Medicine 34(Suppl 1): S183
2. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, et al (2013) Family presence during cardiopulmonary resuscitation. N Engl J Med 368:1008-18

SO106**Position des familles et/ou proches des patients pour lesquels un prélèvement d'organe serait envisagé à l'issue d'un arrêt des traitements de réanimation**

M. Jonas¹, G. Dabouis², J. Lorber¹, G. Durand³, O. Zamboni¹, C. Bretonniere¹, L. Nicolet¹, L. Gabillet¹, N. Brulé¹, D. Villers¹, C. Guittou¹
¹Service de réanimation médicale polyvalente, CHU de Nantes, Hôtel-Dieu, Nantes, France
²Consultation d'éthique clinique, CHU de Nantes, Nantes, France

Introduction : Les prélèvements d'organes (PO) réalisés lorsque l'arrêt cardiaque est consécutif à un arrêt des traitements (AT) de réanimation [classification de Maastricht III (MIII)] ne sont pas encore proposés en France. Compte tenu du fort taux de refus des familles et/ou proches pour les PO consécutifs à la mort cérébrale, il est licite de s'interroger sur leur attitude si les PO relevaient de la procédure MIII.

Le but de cette étude est d'évaluer la position qu'auraient eue la famille et/ou les proches si une proposition de PO leur avait été faite au moment de l'annonce de la décision d'AT.

Patients et méthodes : Enquête prospective monocentrique depuis le 1^{er} juillet 2012, menée auprès des familles et/ou des proches de patients neuro-lésés ayant fait l'objet d'une décision d'AT. Les familles et/ou proches, une fois informés de la décision d'AT, se sont vus expliquer le principe et les modalités de la procédure MIII et proposer un entretien par questionnaire avec deux personnes qualifiées en éthique et indépendantes du service de réanimation.

Résultats : Depuis le 1^{er} juillet 2012, 109 des 202 décès ont été précédés d'une décision d'AT, et 30 étaient éligibles pour un éventuel prélèvement MIII. 8 familles et/ou proches ont accepté de répondre à l'entretien éthique. La majeure partie comprenait et acceptait la décision d'AT devant conduire à un décès inéluctable, et ne redoutait pas un conflit d'intérêt de l'équipe médicale pour faciliter le PO. Le taux d'acceptation du PO selon MIII était élevé, reflet de la volonté du patient, probable ou exprimée antérieurement, ou de celle de ses proches. Les principales causes de refus étaient la peur de ne pas respecter le souhait du patient et la volonté de respecter son intégrité corporelle. Les spécificités techniques inhérentes à la procédure MIII pouvaient être un frein mais ne semblaient pas changer l'avis des familles et/ou proches.

Conclusion : Dans cette étude, les PO selon M III ne semblent pas recueillir plus de refus de la part des familles et/ou proches qu'au cours de la mort encéphalique. Une étude multicentrique est en cours de constitution.

Bibliographie

1. (2012) Contribution de la commission d'éthique de la Société de réanimation de langue française à un scénario de mise en œuvre des prélèvements d'organes de type Maastricht III en France. Réanimation 21:236-44

SO107**Connaissance et perceptions de la notion de personne de confiance : résultats de l'enquête multicentrique Latarea-Référent auprès de 2 645 patients et soignants**

T. Pham¹, M. Chastrusse², I. Coquet², M. Fischler¹, E. Ferrand¹
¹Anesthésie, réanimation, hôpital Foch, Suresnes, France
²Équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs (Emasp), hôpital Foch, Suresnes, France

Introduction : Plus d'une décennie après sa promulgation, la notion de personne de confiance (PdC) semble encore insuffisamment connue des patients mais aussi des soignants. La période périopératoire se prête parfaitement à l'étude de la désignation de la personne de confiance ; nous avons ainsi voulu évaluer les connaissances et les perceptions des différents enjeux et dimensions du concept de personne de confiance parmi les soignants (So) en charge de patients chirurgicaux et les patients (Pa) prévus pour une chirurgie programmée.

Patients et méthodes : Étude observationnelle multicentrique au moyen d'un questionnaire à réponses à choix limités proposé aux médecins et infirmières d'anesthésie, de réanimation et de chirurgie ainsi qu'aux patients prévus pour une intervention chirurgicale entre Décembre 2009 et Avril 2013.

Résultats : La question présentait un intérêt important pour les répondants, 2 645 ayant répondu (répartis en 40 % de Pa et 60 % de So) avec un taux de participation global de 39 % ; le sujet étant considéré comme important à connaître pour 86 % (88 % des Pa vs 84 % des So, $p = 0,002$) et 93 % (96 % des Pa vs 91 % des So, $p < 0,001$) souhaitaient désigner en situation leur PdC avant une intervention chirurgicale. La maîtrise du concept restait cependant faible, 11 % des répondants en connaissant les principales dispositions légales ; 77 % des répondants estimaient préférable que la réflexion concernant la désignation se passe en amont de l'hôpital et non pas à l'admission (78 % des Pa vs 76 % des So, $p = 0,34$). Enfin, les répondants apparaissent favorables à des alternatives aux dispositions légales telles que la désignation de plusieurs représentants (30 %, 27 % des Pa vs 32 % des So, $p = 0,004$) ou à défaut d'une PdC, la désignation d'une personne référente par l'équipe ou les proches (83 %, 86 % des Pa vs 82 % des So, $p = 0,03$).

Conclusion : Le concept de PdC reste très méconnu, autant par les patients que par les soignants sensés pouvoir les informer. Le fait d'être représenté en cas d'incapacité à consentir apparaît pourtant comme très important pour la très grande majorité des patients et des soignants. Concernant la connaissance des missions de la PdC définies il y a plus de 10 ans, il apparaît indispensable d'envisager un autre mode de diffusion que celui jusque-là développé auprès des soignants comme du grand public et ce, afin que la PdC trouve toute sa place dans le cadre de projets de soins partagés.

Ce travail a bénéficié de la bourse d'éthique 2009 de la SRLF.

Connaissance des patients et des soignants				
	Total n = 2645	Patients n = 1047	Soignants n = 1598	p
La PdC peut accompagner le patient et assister aux entretiens médicaux	68 %	62 %	71 %	< 0,001
Les informations jugées confidentielles par le patient ne sont pas communiquées à la PdC	44 %	38 %	48 %	< 0,001
La PdC ne peut pas être désignée par l'équipe ou la famille si le patient est inconscient	45 %	27 %	57 %	< 0,001
La personne de confiance peut être consultée (patient inconscient)	44 %	34 %	71 %	< 0,001
Aucun acte non urgent ne peut être effectué sans la consultation de la PdC (patient inconscient)	53 %	49 %	55 %	0,006
Lors d'une discussion collégiale, l'avis de la PdC prévaut sur tout autre avis non médical	55 %	48 %	60 %	< 0,001
Connaissance de l'ensemble des dispositions	11 %	5 %	15 %	< 0,001
Connaissance des dispositions concernant le spécifiquement le patient inconscient	17 %	8 %	24 %	< 0,001

SO108**Les lits de surveillance continue doivent-ils être intégrés aux lits de réanimation ou regroupés dans une unité spécifique ?**

H. Moatti, M. Dauvergne, L. Delaval, S. Remy-Neris, R. Boiteau
*Réanimation polyvalente, centre hospitalier Sud-Francilien,
 Corbeil-Essonnes, France*

Introduction : La question de savoir si les lits de surveillance continue doivent être intégrés au service de réanimation ou groupés dans des unités spécifiques reste débattue.

Patients et méthodes : Dans un service de réanimation de 4 unités de 8 lits à l'architecture identique, les deux systèmes ont été essayés : dans un premier temps chaque unité comprenait 6 lits de réanimation et 2 lits de surveillance continue identifiés (3 infirmières [IDE] et 2 aides-soignantes [AS] par unité) [système intégré], dans un deuxième temps les 8 lits de surveillance continue ont été regroupés dans une unité (2 IDE et 2 AS), les 3 autres unités regroupant les 24 lits de réanimation en 3 unités (3 IDE et 2 AS par unité) [système séparé].

La comparaison entre ces deux systèmes organisationnels a été effectuée avec 3 critères :

- la mesure de l'intensité sonore nocturne mesurée par un sonomètre (IHM 8852SI) dans une chambre vide de surveillance continue dans le cadre de l'organisation intégrée comme de l'organisation séparée. Cette intensité sonore était enregistrée sur 10 heures pendant 5 nuits pour chaque système et échantillonnée toutes les secondes. L'intensité sonore moyenne et la distribution de l'intensité sonore (> 60 dB, > 70 dB) ont été calculées ;
- l'avis du personnel soignant a été analysé par un questionnaire de satisfaction évaluant la prise en charge du patient et la qualité du travail des soignants dans les deux systèmes ;
- le point de vue administratif a été analysé par l'affectation des patients en réanimation ou en surveillance continue suivant leur niveau de gravité (patients classés en patients de réanimation ou de surveillance continue selon la CCAM).

Résultats : intensité sonore :

- système intégré : intensité sonore moyenne : $53,5 \pm 1,9$ dB, 4 % de signaux ont une intensité supérieure à 60 dB, 1 % ont une intensité supérieure à 70 dB ;
- système séparé : intensité sonore moyenne : $50,7 \pm 1,8$ dB, 1 % de signaux ont une intensité supérieure à 60 dB, 0 % ont une intensité supérieure à 70 dB.

Questionnaire de satisfaction du personnel soignant :

- 58 % des IDE et 63 % des AS estiment que le bruit dans le système séparé est inférieur ou égal au bruit dans le système intégré, 83 % des IDE et 79 % des AS estiment que l'intimité des patients dans le système séparé est mieux préservée que dans le système intégré ;
- 38 % des IDE et 58 % des AS estiment que le personnel soignant non médical est plus disponible dans le système séparé que dans le système intégré, 50 % des IDE et 58 % des AS estiment que le personnel soignant médical est plus disponible dans le système séparé que dans le système intégré ;
- l'organisation des soins est meilleure dans le système séparé pour 33 % des IDE et 58 % des AS, la charge de travail est inférieure dans le système séparé pour 38 % des IDE et 46 % des AS ;
- 38 % des IDE et 50 % des AS préfèrent le système séparé au système intégré.

Affectation des patients :

- dans le système intégré, 15 % des patients hospitalisés dans un lit de réanimation sont en fait des patients relevant de la surveillance continue, 33 % des patients hospitalisés dans un lit de surveillance continue sont en fait des patients relevant de la réanimation. Ces patients ne sont jamais transférés dans un lit de réanimation ;
- dans le système séparé, 17 % des patients hospitalisés dans un lit de réanimation sont en fait des patients relevant de la surveillance continue, 10 % des patients hospitalisés dans un lit de surveillance continue sont en fait des patients relevant de la réanimation : ils sont toujours transférés dans un lit de réanimation en moins de 24 heures.

Conclusion : Le système séparé semble préférable pour les patients et pour la gestion de la répartition des patients ; mais le système séparé semble moins bien accepté par le personnel soignant, sans doute en raison de la charge de travail alourdie par les mouvements de patients plus importants.