



Le service de Médecine- Intensive-Réanimation (MIR)

Antoine Vieillard-Baron

Un peu d'histoire

Ambroise PARÉ

1510-1590

Chirurgien français

Ambroise Paré est le chirurgien des champs de bataille, le père de la chirurgie moderne et l'inventeur de nombreux instruments.

"Je le pansay, Dieu le guarist." (Je le pansai, Dieu le guérit).

"Je ne vous demande pas si vous êtes catholique ou protestant, riche ou pauvre, mais : quel est votre mal ?".





Fin 1960-2009: Réanimation médicale

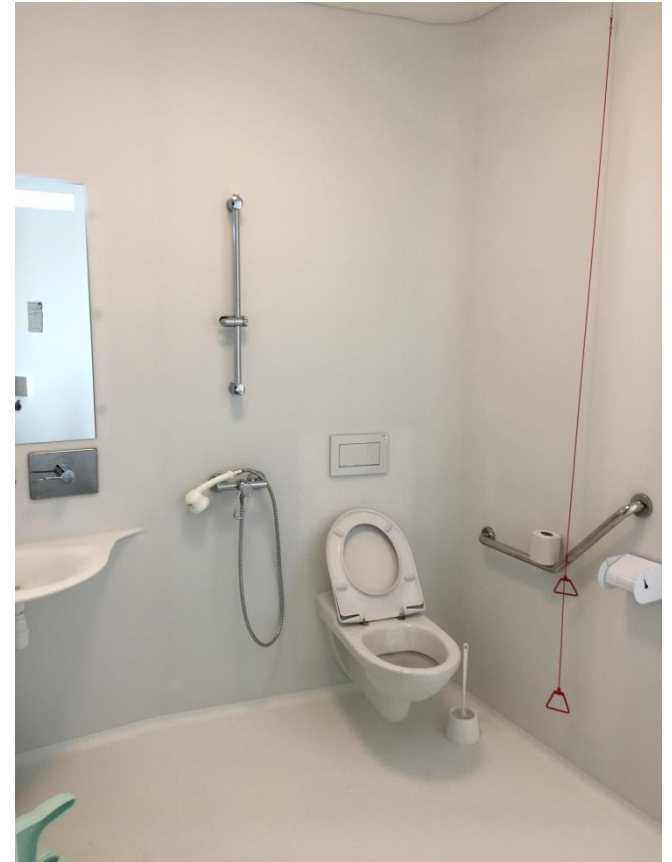
- 1 UF de réanimation (8 à 12 lits) au troisième étage
- 1 UF de surveillance continue (8 lits) au cinquième étage

Novembre 2009: Réanimation médico-chirurgicale

- 1 UF de réanimation (12 lits) au troisième étage
- 1 UF de surveillance continue (8 lits) au cinquième étage

25 Janvier 2017: Service MIR au premier étage

- 1 UF de réanimation (12 lits)
- 1 UF de surveillance continue (14 lits)



Cathéter : sonde en plastique placée dans une grosse veine du cou ou de la jambe qui permet d'apporter rapidement et efficacement des médicaments, une perfusion et parfois de la nutrition.

Intubation : intervention qui permet de placer une sonde dans la trachée d'un patient endormi afin de lui permettre de respirer à l'aide d'un respirateur.

Extubation : intervention qui consiste à retirer cette sonde de la trachée. Elle est réalisée seulement lorsque le patient est réveillé, tonique et qu'il peut respirer, tousser et cracher seul.

Sédation : il s'agit de l'administration de médicaments assurant un sommeil + ou - profond. Elle a la propriété d'éviter la douleur et de permettre à un malade de mieux respirer avec le ventilateur et de ne pas être agité.

Sonde gastrique : tuyau en plastique placé dans l'estomac pour en aspirer les sécrétions ou pour nourrir artificiellement le malade.

Scope : ordinateur qui surveille en permanence tous les paramètres vitaux du patient (oxygène, tension artérielle, rythme cardiaque) et qui alerte les soignants en cas d'anomalie.

Ventilateur : appareil permettant la respiration artificielle du malade. Il permet d'apporter plus d'oxygène au patient. Il est nécessaire en cas de problème pulmonaire ou neurologique.

Quelques chiffres.....

- PNM, 12 heures (jour/nuit)
 - IDE: 1 IDE/2,5 patient en réa, 1 IDE/4 patients en USC, **n = 45**
 - AS: 1 AS/4 patients en réa, 1 AS/4 patients en USC, **n = 34**
 - 2 secrétaires médicales
 - 2 cadres de Santé
 - 2 secrétaires H (accueil)
- PM, jour + gardes (nuit et WE); au minimum 1 sénior + 1 junior
 - 1 PUPH, chef de service
 - 1 MCUPH
 - 3 PHTP
 - 3 CCA
 - 7 internes
 - 5 à 6 étudiants en médecine

Indicateur	2015	2016	2017	2018
Nombre total de Séjours	721	715	691	710
Passages	795	774	721	768

Table II.7.: Statistiques sur l'âge

Âge	2015	2016	2017	2018
Moyenne	65	65	64	65
Médiane	67	68	67	68
Minimum	14	14	14	16
Maximum	95	99	94	95

70% chirurgicaux
30% médicaux

Décès 19%

Indicateur	2015	2016	2017	2018
Nombre total de Séjours	811	790	1033	1048
Passages	868	863	1106	1144

Table III.4.: Statistiques sur l'âge

Âge	2015	2016	2017	2018
Moyenne	62	61	63	62
Médiane	65	64	67	66
Minimum	15	15	14	13
Maximum	98	99	101	98

74% chirurgicaux
26% médicaux

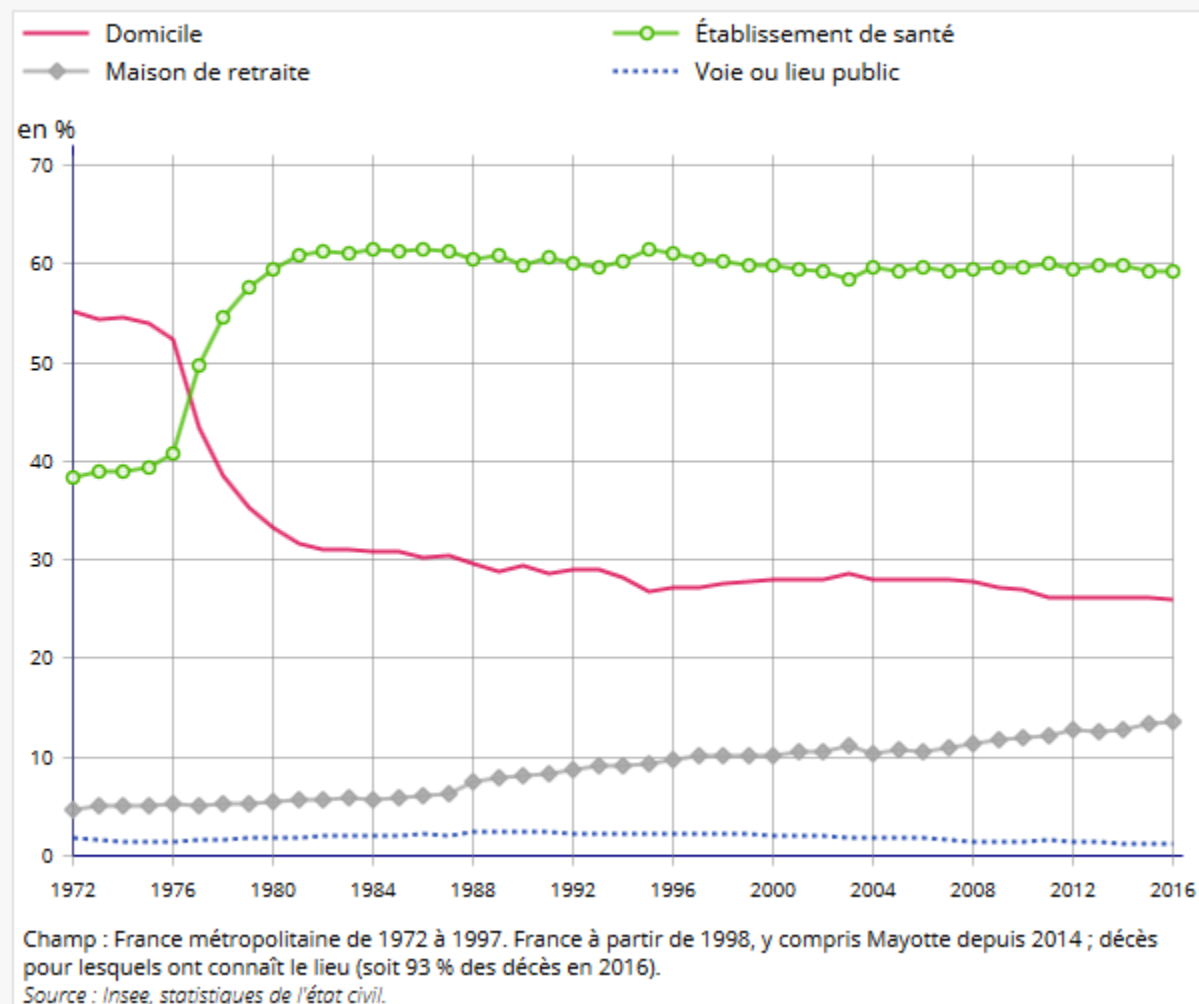
Décès 5%

Limitation/ arrêt thérapeutiques actives (LATA)



*“In the event that you stop breathing or your heart stops
beating and Donald Trump is President, would you
want us to resuscitate you?”*

Figure 2 - Répartition des décès selon le lieu en 2016



Articles

Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey

Dr Edouard Ferrand MD ^a, Prof René Robert MD ^c, Prof Pierre Ingrand MD ^d, Prof François Lemaire MD ^b, for the French LATAREA group

Table 1. Characteristics of 7309 patients admitted to participating ICUs

Characteristic	No decision to withhold (n=6502)	Withholding (n=336)	Withdrawal (n=113)	Both withholding and withdrawal* (n=358)
Age in years [†]	59 (41–72)	73 (65–82)	72 (62–78)	72 (62–78)
Sex ratio (M/F)	1.46	1.47	1.41	1.43
SAPS II [†]	29 (19–41)	50 (37–63)	62 (44–78)	54 (43–69)
Length of stay in days [†]	4 (2–8)	5 (2–13)	5 (2–18)	8 (3–19)
Deaths in ICU	546 (8.4%)	197 (58.6%)	107 (94.7%)	324 (90.5%)

- 1986 : soins palliatifs (unités pilote)
- 1999 Loi Kouchner : formalise soins palliatifs et leur développement
- 2002 : Droit des malades --> information, consentement
- **2005 Loi Léonetti : droit des malades en fin de vie**
 - Directives anticipées
 - Soins proportionnés
 - Refus de traitement, refus d'obstination déraisonnable, Arrêt de traitement
 - Procédure collégiale
 - Principe du double effet
 - Rôle de la personne de confiance
- **2016 Loi Clayes Léonetti :**
 - Autorise arrêt nutrition / hydratation artificielle
 - Sédation profonde et continue
 - Directives anticipées opposables au médecin
(sauf urgence le temps évaluer situation ou si semblent inadaptées à la situation)

Limitations thérapeutiques actives

- Procédure collégiale
- Ensemble de l'équipe soignante
- Intervenant extérieur au service
- Rapport formalisé dans le dossier du patient
- Information du patient

Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française

Société de réanimation de langue française 2010

Situations de limitation ou d'arrêt de traitements

La question de la limitation ou de l'arrêt de traitements peut être posée dans le cadre d'une réflexion quotidienne dans les situations suivantes :

- le patient en situation d'échec thérapeutique, malgré une stratégie bien conduite et une prise en charge optimale, pour lequel la décision d'une limitation ou d'un arrêt de traitement(s) a pour but de ne pas prolonger l'agonie par la poursuite de traitements de suppléance d'organe ;
- le patient dont l'évolution est très défavorable en termes de survie et/ou de qualité de vie et pour lequel la poursuite ou l'intensification de traitements de suppléance d'organe serait déraisonnable, disproportionnée au regard de l'objectif thérapeutique et de la situation réelle ;
- le patient témoignant directement ou indirectement de son refus d'introduction ou d'intensification des traitements de suppléance des défaillances d'organes, ce qui conduit à une stratégie de limitation ou d'arrêt de traitements.

Décès en réanimation

- Impact sur les familles
- Impact sur les soignants

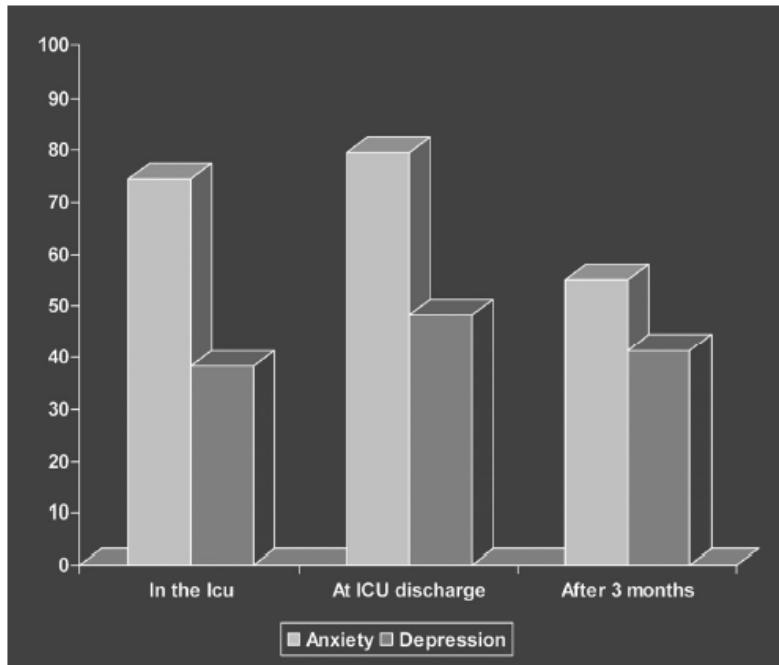


Figure 2. Sequential evaluation of symptoms of anxiety and depression in relatives of intensive care unit (ICU) patients as assessed by the Hospital Anxiety and Depression Scale (5, 7, 8).

Epuisement professionnel

46 % des personnels médicaux en réa

30% IDE en réa

FDR : PEC patient fin de vie nb décisions LATA / semaine, mauvaises relation équipe médicale / cadres
Protecteur : ancienneté, participation groupe recherche, choix jours de repos

A 6 mois : 60 % deuil compliqué OU PTSD

1 journée de formation IDE

Atelier autour de la gestion du décès avec

- Aumônier
- Imam
- Rabbin

Label Hospitalité

Fin 2017

- Architecture du service
 - Livret d'accueil
 - Décoration (photos encadrées d'un AS)
-
- Vous pouvez lire les premiers chapitres de livres sur votre smartphone tablette en flashant ce code ou en allant à l'adresse aphp.premierchapitre.fr



- **Rediffusion gratuite de concerts de La Philharmonie de Paris sur l'Apple store :**
<https://itunes.apple.com/fr/app/philharmonie-live/id476555986?mt=8>
sur Google Play : *<https://play.google.com/store/apps/details?id=fr.citedelamusique.philharmonie-live&hl=fr>*
- **Visite virtuelle d'expositions :**
<http://www.ecoledulouvre.fr/documentation/phototheque/expositions-virtuelles>

Rôle des bénévoles/R usagers

- Arrivée dans le service de Mr Belleval il y a 18 mois (le jeudi AM)
 - Identifié par le personnel
 - Missions clairement définies
- Participation aux actions qualité
 - Patient traceur (n = 5 depuis 2 ans)
 - Aide+++ dans l'amélioration des repas (plateau dégustation à l'aveugle)

Groupe AP-HP et associations

🌐 Groupe public

À propos

Discussion

Annonces

Membres

Évènements

Photos

Fichiers

Insights du groupe

Modérer le groupe

Chercher dans groupe 🔍

Raccourcis

ABA Mooc vidéo de GOB... 17

ABA Groupe AP-HP et asso...

👤 Community Manag... +20



Greg Tag

🛡️ Admin · 27 novembre, 16:57

« Il y a environ une année, la question du passage de bénévoles auprès des patients du service de réanimation s'est posée. Les services de réanimation, bien que souvent hyper médicalisés par la typologie des pathologies traitées sont aussi des lieux de vie. Le patient est une personne avant d'être un malade et ne doit donc pas être restreint à sa pathologie.

Le responsable des « blouses vertes » [Vmeh-92] a compris notre questionnement et nous a proposé de faire un test. Cette manière de ne pas brusquer les habitudes est très appréciable et a fait diminuer notre appréhension d'ouvrir la porte de ce secteur hyper technique à un « novice ».

L'expérience est très positive. Monsieur B. a su se rendre visible auprès des personnels et donc des patients. Il a su prendre en compte la spécificité des patients souvent très affaiblis et anxieux.

Tous les jeudis c'est avec plaisir que nous le voyons arriver toujours avec le sourire et l'attitude positive.

Il nous permet de prendre du recul face à notre pratique et se fait relais de la parole des patients et des familles.

Il est aussi représentant des usagers et participe avec nous aux évaluations « patient traceur ».

Il est aussi un relais de nos besoins auprès de la direction afin d'améliorer la prise en charge des personnes hospitalisées.

Ce qui pouvait au départ inquiéter car pouvant être vue comme une intrusion dans notre cercle est devenu une force. »

Merci à Katia Nadaud-Moreau, cadre de santé au service de réanimation de l' Hôpital Ambroise Paré Boulogne, pour ce témoignage !

PAROLES DE SOIGNANTS

N° 2

Le Futur

- Implication dans le renouvellement du label H (/4 ans)
- Patient traceur
- Actions d'amélioration pour les patients
- Autres?