

Livret d'information aux familles

Accompagner un patient en soins continus et en réanimation



SOMMAIRE

- 1 - LISTE DES COORDONNÉES UTILES
 - 2 - PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'UNITÉ DE SOINS CRITIQUES
 - 3 - PRÉSENTATION DES LOCAUX DES SOINS CRITIQUES
 - 4 - PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE PARAMÉDICALE
 - 5 - PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE MÉDICALE
 - 6 - LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE
 - 7 - LES VISITES D'UN PATIENT HOSPITALISÉ EN SOINS CRITIQUES
 - 8 - LA DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE
 - 9 - LES DIRECTIVES ANTICIPÉES
 - 10 - LES RENCONTRES AVEC L'ÉQUIPE SOIGNANTE
 - 11 - LE PATIENT EN RÉANIMATION
 - A - LES SOINS ET SURVEILLANCES
 - B - LES ALARMES
 - C - LE CONFORT ET LA SÉCURITÉ DU PATIENT
 - D - LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES
 - 12 - LES MESURES D'HYGIÈNE
 - 13 - LES FORMALITÉS ADMINISTRATIVES
 - 14 - LA RECHERCHE
 - 15 - L'ENSEIGNEMENT
- Pour aller plus loin ...
- ANNEXE 1 : LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES
 - ANNEXE 2 : LEXIQUES
 - ANNEXE 3 : PLAN DES LOCAUX

Ce livret vient en complément du livret d'accueil du patient hospitalisé au CHOR qui a dû vous être distribué. Vous pouvez aussi le retrouver sur www.chor.re rubrique espace patients. .

1 - LES COORDONNÉES UTILES

Le standard du CHOR :

02 62 45 30 30

Le secrétariat du service des soins critiques :

Du lundi au vendredi de 8h30 à 15h30

02 62 74 22 59

Mail :

sa.cochery@chor.re

Disponible pour toute demande de certificat en lien avec l'hospitalisation du patient

Le poste de soins de réanimation et soins continus :

02 62 74 21 57

Si ce numéro ne répond pas, passez par le standard et demandez la réanimation ou les soins continus.

Accessibilité :

En bus : Navette Kar'Ouest CHOR

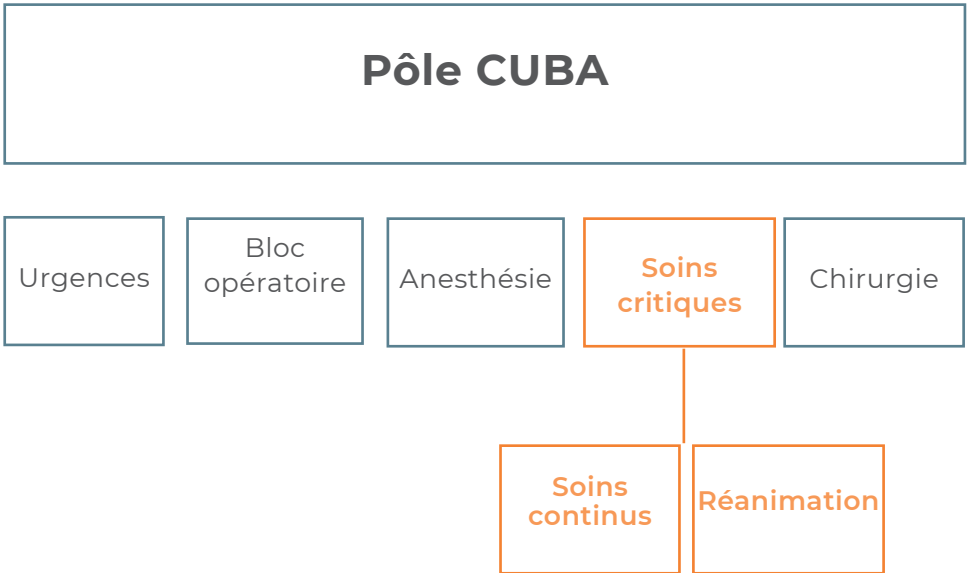
En voiture : Sortie Cambaie

En vélo : accessibilité par la piste cyclable depuis Saint-Paul

2 - PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'UNITÉ DE SOINS CRITIQUES

L'ancien Hôpital de Saint-Paul, le centre hospitalier Gabriel Martin, « Gaby », a fermé ses portes en Mars 2019 pour laisser sa place au plus spacieux, ergonomique et accueillant Centre Hospitalier Ouest Réunion, le CHOR.

Accompagnant la naissance de ce nouvel hôpital, une nouvelle offre de soins apparaît dans le secteur Ouest avec la création du 4ème service de Réanimation de l'île. Il s'agit d'une réanimation polyvalente qui vient renforcer le secteur des soins critiques du CHOR qui comprenait déjà au CHGM une unité de soins continus. Cette unité de soins critiques fait partie du pôle CUBA (chirurgie, unités de soins critiques et de réanimation, bloc opératoire, urgences, et anesthésie) comme indiqué sur le schéma ci-dessous :



Les soins critiques sont répartis en deux secteurs, la réanimation (8 lits) et les soins continus (6 lits).

Ces deux secteurs sont organisés autour d'un espace de travail commun (poste de soins) où se trouvent une partie des stocks des médicaments et de nombreux ordinateurs puisque les dossiers médicaux sont totalement informatisés (dossier patient, prescriptions médicales, soins infirmiers, résultats de biologie et imagerie).

La réanimation est un service médical spécialisé qui a pour but d'accueillir les patients les plus graves. Ces patients ont le plus souvent des défaillances de plusieurs organes (rein, cœur, poumons, cerveau, foie) d'origines diverses (infection sévère : choc septique, polytraumatisme, intoxication médicamenteuse, période post-opératoire d'une chirurgie urgente...). Ces patients ont parfois besoin d'assistances temporaires pour remplacer les pertes de fonctions de ces organes vitaux (respirateur, dialyse).

Cela impose une surveillance continue (scope, pression artérielle, saturation en oxygène) et des soins techniques spécialisés répétés.



3 - PRÉSENTATION DES LOCAUX DES SOINS CRITIQUES

L'unité des soins critiques se situe au rez-de-chaussée du CHOR.

Lorsqu'on rentre par l'accueil principal du CHOR, il faut prendre le premier couloir à gauche (juste après les box des admissions) et passer les portes battantes derrière lesquelles se trouvent la salle d'attente des familles (porte verte sur votre gauche).



Quand vous entrez dans l'unité des soins critiques, le premier couloir sur votre gauche est l'unité des soins continus. Si vous allez en réanimation, ne prenez pas ce couloir, continuez tout droit jusqu'au deuxième couloir sur votre gauche.

La chambre de réanimation est vaste car elle doit pouvoir accueillir le patient dans son lit et tous les dispositifs techniques nécessaires.

L'imposant lit de réanimation doit répondre à de nombreuses prérogatives, et notamment celle du confort d'un patient immobile dont la peau risque de s'abîmer sur les points d'appui. Les barrières du lit assurent la sécurité du patient afin d'éviter les chutes. Elles ne constituent en aucun cas une barrière entre vous et votre proche que vous pouvez bien sûr toucher.

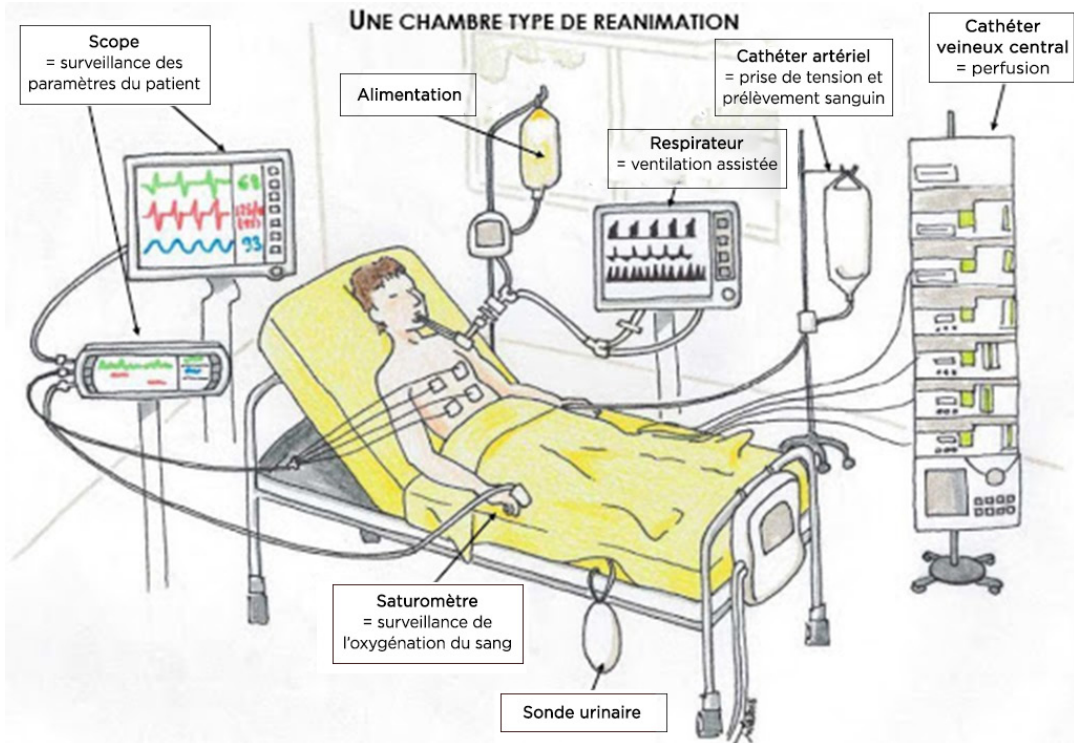
Le **scope** (l'écran situé sur le côté du lit) est un de nos principaux outils de surveillance. Il s'éclaire souvent ou sonne, notamment quand une alarme se déclenche. Les soignants, s'ils ne sont pas dans la chambre, ont automatiquement un rappel de ce scope dans le poste de soins et sont informés en temps réel.

Les nombreux **pousse-seringues**, situés derrière le lit, sont les dispositifs dans lesquels nous pouvons introduire les seringues qui contiennent les médicaments à administrer au patient de manière continue. Les seringues sont reliées au patient par les tubulures qui vont jusqu'aux perfusions.

Le **respirateur** est une machine permettant une assistance respiratoire, présente systématiquement dans les chambres de réanimation. Il comporte un écran avec les différents réglages et données nécessaires à la surveillance. La ventilation artificielle se fait par l'intermédiaire d'un masque (ventilation non invasive) chez le patient conscient, ou d'un tube (sonde d'intubation) chez le patient nécessitant une anesthésie générale.

La machine de **dialyse** est une imposante machine avec un écran et des poches de liquide qui y sont accrochées servant de rein artificiel. Les pathologies amenant les patients en réanimation ont souvent un retentissement sur plusieurs organes, un des plus fragiles est le rein, cette assistance est souvent mise en place chez les patients de réanimation.

Les chariots de soins contenant le matériel à usage pluriquotidien restent dans les chambres afin de préserver des conditions d'hygiène optimales.



4 - PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE PARAMÉDICALE

Cadre de santé du service :

Perle ROCHECOUSTE

Secrétaire médicale :

Sarah Cochery

L'équipe paramédicale au sein du service se compose de 24 infirmiers et infirmières, 18 aide-soignant(e)s.

La continuité des soins est assurée 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Deux équipes se relaient toutes les 12h :

- 3 infirmier(e)s en binôme avec 2 aide-soignant(e)s en réanimation
- 1 infirmier(e) en binôme avec 1 aide-soignant(e) en soins continus

Les rôles des infirmiers sont nombreux et variés (administrer les médicaments, assurer les soins techniques tels que les pansements, branchement de la dialyse, assurer une surveillance continue des paramètres vitaux du patients...).

Le rôle de l'aide soignant, conjointement avec l'infirmier, est d'assurer la sécurité, le confort et l'hygiène du patient.

L'équipe paramédicale a un rôle primordial dans de nombreux aspects de la prise en charge du patient en soins critiques. Il s'agit d'une équipe spécialisée, formée aux situations critiques et d'urgence et ayant appris à manier les différents outils de la réanimation (respirateur, dialyse) avec aisance et rapidité.

Elle a également un vrai rôle d'accompagnement des patients mais aussi des familles et vous les verrez souvent auprès de vos proches.

Le kinésithérapeute du service, Jean-Marc, est présent quotidiennement en semaine afin d'assurer la kinésithérapie respiratoire et mobilisatrice des patients. Son rôle est majeur pour limiter les conséquences de l'alitement et gérer les défaillances respiratoires notamment. Il est un vrai médicament à lui tout seul.... Avec l'humour en plus !

Vous verrez également les agents qui assurent l'entretien des locaux.

Les brancardiers nous permettent d'assurer les transports des patients, souvent accompagnés d'un médecin et d'un infirmier (scanner, IRM, bloc opératoire).

Les manipulateurs radio viennent avec leur appareil dans les chambres afin de réaliser différents examens (radiographie de thorax, électro-encéphalogramme).

Il n'y a pas d'assistante sociale dédiée au service, mais nous pouvons faire appel à une assistante sociale de l'hôpital qui pourra vous aider à gérer les problèmes administratifs liés à l'hospitalisation en cours (problèmes relatifs aux droits de sécurité social ou mutuelle...). Lorsqu'il s'agit de problèmes relatifs au maintien au domicile, des démarches peuvent être amorcées avec son aide. Pour la mise en place d'aide au domicile, ces démarches sont généralement revues dans les services qui accueillent les patients à la sortie de réanimation.

Lorsqu'ils en ressentent le besoin, les patients ou leur famille peuvent demander à prendre contact avec la psychologue du service. Elle viendra alors les rencontrer dans l'unité. En cas d'indisponibilité, l'équipe mobile de soins palliatifs pourra prendre le relai.

Nous pouvons être amenés à consulter l'équipe des soins palliatifs, à la demande du patient, de sa famille ou de l'équipe des soins critiques, dans le cadre de l'accompagnement des patients en fin de vie et / ou pour lesquels aucun traitement curatif est envisageable. L'équipe de soins palliatifs se constitue de médecins, infirmiers et psychologues qui se déplacent dans le service afin de rencontrer les patients et assurer leur suivi, qui peut se poursuivre après la sortie de réanimation si nécessaire. Leur rôle est également d'assurer l'accompagnement des familles.

5 - PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE MÉDICALE

Chef de service :

Dr Frantz MIRRE

Responsable d'unité :

Dr Lionel URSULET

Equipe médicale composée de 6 praticiens hospitaliers et 2 assistants spécialistes.

Les praticiens hospitaliers :

Dr Emilie BARRIER

Dr Vincent BENAS

Dr Alexandre GAUTHIER

Dr Alexis HUMMEL

Dr Anne-Cécile MORVAN

Dr Lionel URSULET

Les assistants spécialistes sont une équipe moins fixe car ils exercent conjointement en soins critiques et au bloc opératoire.

L'organisation médicale :

1 médecin en charge des 6 lits soins continus.

2 médecins en charge des 8 lits de la réanimation.

Les gardes de nuit sont réparties entre eux afin d'assurer la continuité des soins.

Il y a également des internes présents avec un sénior dans un des secteurs de la réanimation la semaine et assure la continuité des soins en faisant des gardes (semaine et weekend).

6 - LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE

Le matin, l'équipe médicale fait la visite : chaque patient est examiné, les examens complémentaires analysés.

Il découle de cette visite la conduite à tenir de la journée, la décision de réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

L'après-midi, les examens complémentaires (scanner, IRM, échographie) sont réalisés.

En ce qui concerne l'équipe paramédicale, la journée est rythmée par les tours de surveillance, entre lesquels s'organisent les soins. L'organisation des soins est laissée à la discrétion du personnel paramédicale et les soins urgents réalisés dans les meilleurs délais. Cela peut perturber les visites des familles notamment.



7 - LES VISITES D'UN PATIENT HOSPITALISÉ EN SOINS CRITIQUES

Les visites sont actuellement ouvertes de 15h à 20h. Seules 2 personnes sont invitées à rentrer en même temps dans une chambre, afin de respecter le repos du patient.

Il est déconseillé aux enfants de moins de 15 ans de venir, ceci peut être ajusté en fonction des situations.

Pour les patients les plus grave, en de fin de vie, les visites sont généralement ouvertes 24h/24.

A l'entrée du service, la salle d'attente des familles est un passage obligatoire pour les visiteurs. Entrez dans cette salle et sonnez à l'interphone (qui sonne dans le poste de soins). Sonnez une fois seulement, une personne vous répondra dès que possible mais il n'est pas utile de sonner plusieurs fois.

Donnez le nom de la personne que vous venez visiter et nous vous dirons si la visite est possible ou si vous devez patienter quelques instants. Le déverrouillage de la porte se fait par l'interphone lorsque le soignant vous répond, vous n'avez qu'à l'ouvrir. Vous entrez alors dans l'unité des soins critiques.

S'il s'agit de votre première visite, un soignant vous accompagnera jusqu'à la chambre du patient que vous visitez. Si ce n'est pas la première fois, vous pouvez vous y rendre seul.

Nous avons également aménagé une salle d'accueil des familles, afin que l'équipe soignante puisse donner des nouvelles de leur proche hospitalisé en toute confidentialité.

8 - LA DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. » Art. L. 111-6 du code de la santé publique.

A l'arrivée du patient, s'il est conscient, nous lui demanderons de désigner une personne de confiance à qui nous donnerons préférentiellement les nouvelles et qui sera le relai auprès du reste de la famille. Vous êtes souvent nombreux à visiter les patients et nous ne pouvons rencontrer tout le monde par manque de temps. De plus, le respect du secret médical nous impose de ne donner des nouvelles qu'à la famille proche. La personne de confiance devra laisser ses coordonnées.

Si le patient n'est pas en mesure de désigner une personne de confiance à son arrivée, une personne devra se désigner comme telle pour assurer ce rôle.

9 - LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées » prévues par la loi Leonetti du 22 avril 2005 et réactualisée par la loi Leonetti Claeys du 2 février 2016.

Elles ont pour but de préciser les souhaits du patient concernant sa fin de vie s'il n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté le moment venu. Elles permettent aux médecins de connaître la volonté du patient et peuvent conforter les décisions médicales lorsqu'il s'agit de limiter ou arrêter les thérapeutiques actives.

10 - LES RENCONTRES AVEC L'ÉQUIPE SOIGNANTE

Lors des visites, l'équipe médicale et paramédicale se rend facilement disponible afin de donner des nouvelles à la personne de confiance qui fera le relai ensuite au reste de la famille.

L'équipe médicale, plus restreinte le weekend et la nuit, peut tarder à vous donner des nouvelles. Nous déplorons cela mais nous ne pouvons toujours assurer ce rôle le weekend et privilégions la prise en charge des situations d'urgence.

Nous ne donnons pas de nouvelle téléphonique car nous ne savons pas à qui nous avons à faire et le secret médical nous impose de rester vigilant.

Si vous souhaitez appeler avant les visites, nous ne donnerons des nouvelles que si nous connaissons la personne en ligne, ou, s'il s'agit de famille hors département, en cas d'accord du patient ou de la personne de confiance.

Limitez les appels (seule la personne de confiance) car nous ne pouvons assurer une permanence téléphonique.

Évitez les appels entre 6h30 et 7h15 et entre 18h30 et 19h15, car il s'agit de l'heure de la relève du personnel paramédical qui n'est alors pas disponible pour répondre au téléphone.

En cas d'aggravation et d'événement notable, nous prévenons la personne de confiance à toute heure du jour ou de la nuit, sauf consigne contraire.

11 - LE PATIENT EN RÉANIMATION



Le patient hospitalisé en réanimation nécessite une surveillance spécifique, des soins techniques réguliers et une attention particulière. Il découle de tout cela des dispositifs spécifiques visant à assurer ces différentes fonctions.

a) Les soins et surveillances

Les patients de réanimation nécessitent des soins et une surveillance 24h/24 et 7j/7. Il s'agit de patients fragiles, dont l'aggravation ou les complications peuvent survenir à tout moment.

Le sommeil des patients est perturbé par de nombreux facteurs (lumières, alarmes, les soins et surveillances) que nous essayons de limiter au maximum mais que nous ne pouvons éviter complètement. Les soins sont organisés pour respecter au mieux le sommeil des patients.

Les infections nosocomiales sont un risque de l'hospitalisation. Les soins répétés, les mobilisations et la surveillance rapprochée permettent en partie de les prévenir.

Le risque zéro n'existe pas, mais nous mettons tout en œuvre pour limiter ce risque (soins locaux des cathéters, hygiène, prévention de la pneumonie du patient sous respirateur, survenue d'escarre,...).



b) Les alarmes

Tous les dispositifs de surveillance mis en place ont pour but d'alerter l'équipe soignante à la moindre aggravation. Ils sont donc associés à des alarmes qui sonnent dans la chambre du patient et dans le poste de soins, avec un éclairage spécifique sur le scope. Ces alarmes peuvent parfois sonner du fait d'un problème de capteur ou autre sans aggravation clinique. Ces alarmes peuvent amener les soignants à faire des soins spécifiques, nous pourrions alors vous demander de sortir de la chambre et nous vous expliquerons la situation dès que possible.

Le respirateur peut également sonner, un soignant viendra alors vérifier que tout va bien et peut être amené à modifier les réglages.

c) Le confort et la sécurité du patient

Un des rôles majeurs des équipes médicale et paramédicale est d'assurer le confort et la sécurité du patient.

Le confort passe par les mobilisations fréquentes, les soins (bouche, yeux...) prodigués plusieurs fois par jour, et bien sûr le contrôle de la douleur lorsqu'elle est présente. Une télévision est disponible gratuitement dans chacune des chambres tout comme la radio.

La douleur, le manque de sommeil, le stress... peuvent être responsables de réactions inappropriées et inhabituelles de la part de votre proche (confusion, agressivité, agitation). Ces situations peuvent nécessiter d'attacher les patients (les mains, voir les jambes). Il s'agit d'une prescription médicale, lorsque les autres moyens n'ont pas suffi.

Il s'agit d'une solution de dernier recours qui vise à assurer la sécurité. Un malade agité qui n'est pas conscient de ses actes peut chuter, se déperforer, arracher drains, cathéters ou sonde d'intubation ce qui peut être dramatique. Tout cela est expliqué au patient autant que nécessaire.

Les barrières du lit sont systématiquement mises en place pour éviter les chutes.

En réanimation, les patients n'ont pas d'effet personnel et pas de vêtement. Ils portent les blouses de l'hôpital. En effet, les cathéters en place et la gravité de la maladie exige cette nudité pour une surveillance plus aisée. Notre rôle de soignant est aussi d'assurer au mieux l'intimité des patients.

d) Les examens complémentaires

La complexité des pathologies des patients de réanimation nécessite souvent la réalisation d'examens complémentaires.

La prescription de ces examens (scanner, IRM) est réfléchie (car les patients doivent souvent être transportés pour la réalisation de ces examens) et mise en balance avec le risque d'un transport d'un patient sous assistance. Cela nécessite l'expertise de tous les acteurs du transport.

Ces examens sont souvent réalisés l'après-midi et peuvent prendre beaucoup de temps. Ils peuvent donc perturber les visites.

Des examens peuvent également être réalisés, plus facilement, au lit du malade (échographie cardiaque, enregistrement électrique de l'activité cérébrale). Ces examens, s'ils sont fait l'après-midi, nécessite cependant la sortie des familles.

12 - LES MESURES D'HYGIÈNE

La réanimation est un milieu qui nécessite une certaine rigueur pour éviter la propagation de bactéries résistantes souvent présentes dans ce secteur.

En salle d'attente des familles, des sur-chaussures sont disponibles et doivent être mises avant d'entrer dans le service. Un lavage des mains par solution hydro-alcoolique (SHA, à côté de la porte d'entrée) doit être fait (prendre 2 pressions du produit et se frotter les mains jusqu'à séchage complet).

La solution hydro-alcoolique doit être appliquée systématiquement à l'entrée et la sortie de la chambre du patient.

Il n'est pas autorisé d'apporter au patient de réanimation des fleurs / plantes.

Parfois, les patients nécessitent des mesures d'isolement particulières qui sont indiquées à l'entrée de la chambre par une feuille plastifiée :

- **Isolement respiratoire** : en cas d'infection respiratoire contagieuse (ex : grippe). Les visiteurs doivent porter un masque chirurgical présent à l'entrée de la chambre du patient. De même en période de crise sanitaire (COVID-19).

LE CENTRE HOSPITALIER D'ORCHÈS BELVAUX

VISITES LIMITEES
MESURES A RESPECTER
Proximité contact avec l'équipe soignante

L'état de santé de votre proche nécessite de mettre en place des précautions complémentaires afin de faire de sa chambre un milieu préservé.

VISITEURS

- Masque CHIRURGICAL
➡ DES L'ENTREE dans la chambre
- FRICTION des mains avec SHA :
après retrait du masque à la sortie de la chambre

Ne pas s'asseoir sur le lit
Ne pas utiliser les toilettes de la chambre

SOIGNANTS

- Masque CHIRURGICAL
➡ DES L'ENTREE dans la chambre

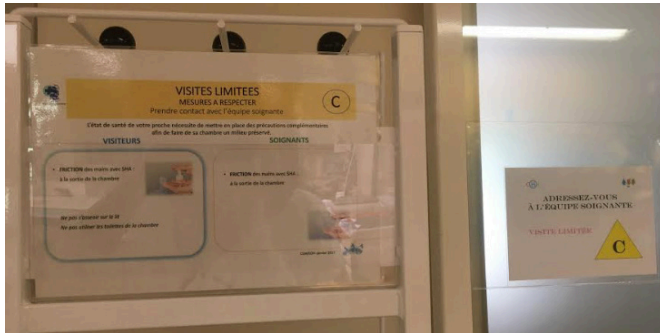
Cas particuliers
Uniquement pour GESTES A RISQUE d'aérolisation
- Kiné respiratoire, intubation, extubation, VNI,
aspiration, prélèvement nasal

- ➡ Masque FFP2
- ➡ Lunettes de protection

- FRICTION des mains avec SHA :
après retrait du masque à la sortie de la chambre

CLIN/EOH - 08/2017

- **Isolement de contact** : lorsque le patient est porteur d'une bactérie résistante. Il n'y a pas de précaution particulière pour la famille.



- **Isolement protecteur** : lorsque les défenses immunitaires du patient sont affaiblies (après une chimiothérapie par exemple). Il convient alors de limiter le nombre de visites au minimum. L'habillage doit se faire devant la chambre : blouse stérile, charlotte sur la tête, masque chirurgical, lavage des mains au SHA avant la mise des gants, port des gants.

CENTRE HOSPITALIER OUEST REUNION

VISITES LIMITEES
MESURES A RESPECTER
Prendre contact avec l'équipe soignante

ISOLEMENT PROTECTEUR

L'état de santé de votre proche nécessite de mettre en place des précautions particulières afin de faire de sa chambre un milieu préservé.
Chambre seule obligatoire/ Porte fermée

VISITEURS	SOIGNANTS
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Masque CHIRURGICAL ➔ SURBLOUSE A MANCHES LONGUES <ul style="list-style-type: none"> • Avant D'ENTREE dans la chambre • A enlever APRES la sortie de la chambre ➔ Charlotte • FRICITION des mains avec SHA : en entrant dans la chambre et après la sortie de la chambre <p><i>Ne pas s'asseoir sur le lit</i> <i>Ne pas utiliser les toilettes de la chambre</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Masque CHIRURGICAL ➔ SURBLOUSE A MANCHES LONGUES <ul style="list-style-type: none"> • Avant D'ENTREE dans la chambre • A enlever APRES la sortie de la chambre ➔ Charlotte • FRICITION des mains avec SHA : en entrant dans la chambre et après la sortie de la chambre
	<p>PATIENT</p> <ul style="list-style-type: none"> Masque chirurgical (si nécessité de sortir de la chambre) Friction avec SHA avant de quitter la chambre

CLIN/EGH - janvier 2017

13 - LES FORMALITÉS ADMINISTRATIVES

Afin de réaliser l'entrée du patient, la carte vitale, la carte de mutuelle, la carte d'identité et un justificatif de domicile doivent être présentés au bureau des admissions. Nous nous chargeons de faire l'entrée administrative du patient dans le service.

A l'arrivée du patient, un inventaire de ses affaires est réalisé avec deux soignants. S'il n'y a pas de famille accompagnant le patient pour récupérer ses effets personnels, ils sont mis dans le chariot aide-soignant de la chambre.

Les objets de valeurs (argent, bijoux) sont mis au coffre de l'hôpital et pourront être récupérés par le patient ou sa personne de confiance.

14 - L'ENSEIGNEMENT

Les soins critiques sont un univers particulier et le siège de la formation de nombreux étudiants à ces soins spécialisés.

Depuis novembre 2019, le service assure une fonction d'enseignement en accueillant des internes en médecine (interne de spécialité médicale, d'anesthésie réanimation, de médecine intensive et réanimation, médecine d'urgence).

Des étudiants infirmiers, aide-soignants, cadre, kiné et des externes en médecine se forment quotidiennement dans ces unités.



15 - LA RECHERCHE

La science et en particulier la médecine sont en perpétuelle évolution. La recherche clinique permet de faire avancer la science et d'améliorer la prise en charge des patients.

L'équipe médicale peut proposer à votre proche de participer à une recherche biomédicale sur un médicament, un matériel ou une stratégie de prise en charge, afin de développer les connaissances biomédicales.

Le décret 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine organise les règles applicables à l'encadrement de la recherche biomédicale et protège les patients. Aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord d'un Comité de Protection des Personnes (C.P.P.) et l'accord du patient ou, à défaut, d'un membre de sa famille si le patient est jugé «incompétent» (coma, anesthésie, ...).

Le consentement est recueilli par écrit: il peut vous être demandé de remplir un formulaire de consentement. Le patient (ou son représentant) est bien entendu libre de refuser de participer à la recherche ou à tout moment de mettre fin à sa participation.

Certaines recherches sur des soins pratiqués régulièrement font l'objet d'une simple information, après accord du C.P.P. (comité de protection des personnes).

Pendant le séjour de votre proche dans le service de réanimation, des données sur son état de santé sont recueillies quotidiennement par les infirmiers et les médecins dans le cadre des soins de réanimation délivrés. Ces données sont régulièrement analysées afin d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins apportés. En cas de saisie informatique, ces données seront anonymisées.

Vous pouvez cependant à tout moment refuser que les données recueillies sur votre proche soient analysées, en informant un des médecins du service ou en envoyant un mail à la secrétaire médicale sa.cochery@chor.re.

ANNEXE 1 : LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES

Le patient est systématiquement scopé. C'est-à-dire qu'il a des électrodes sur le thorax sur lesquelles nous mettons des fils qui relient le patient au scope. Ceci nous permet d'avoir l'activité cardiaque du patient en visuel en continu. Un dispositif collant placé sur un doigt, un orteil ou lobe d'oreille, émettant une lumière rouge, permet de surveiller en temps réel l'oxygénation.

Le **cathéter artériel** est placé dans une artère (radiale au niveau du poignet ou fémorale au niveau du pli de l'aîne) dont le rôle est double : permettre une surveillance continue en temps réel de la pression artérielle et permettre la réalisation de bilans sanguins sans avoir à piquer le patient.

Les patients ont souvent de nombreux médicaments. Une perfusion classique ne permet pas d'administrer tous ces médicaments. Nous sommes donc souvent amenés à poser ce que l'on appelle **une voie (ou cathéter) centrale**. Il s'agit d'une grosse perfusion, mise en place par un médecin dans une grosse veine (fémorale : au pli de l'aîne, ou jugulaire : à la base du cou, ou sous-clavière : sous la clavicule). Ces grosses perfusions ont plusieurs sorties, permettant d'administrer plusieurs médicaments en même temps, elles sont reliées aux seringues (placées dans les pousse-seringues) grâce à des tubulures.

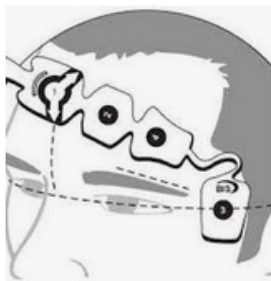


Le cathéter de dialyse est mis en place dans une grosse veine (fémorale au pli de l'aîne ou jugulaire à la base du cou) par un médecin pour un patient ayant besoin de dialyse. Ce cathéter est retiré dès que le patient n'en a plus besoin. Si le patient est branché à la dialyse, le cathéter est relié à la machine de dialyse par 2 tuyaux : un premier où circule le sang du patient jusqu'à la machine de dialyse, le sang passe ensuite par le filtre qui assure le rôle de rein artificiel, le sang épuré est réinjecté au patient par le deuxième tuyau.



Un dispositif permettant de monitorer l'activité musculaire du patient peut être mis en place au niveau de l'index et du pouce du patient. Il est utile lorsque l'état clinique du patient nécessite une anesthésie générale très profonde (avec curarisation : médicament qui inhibe l'activité musculaire).

Il peut être mis en place sur le front des patients sous anesthésie générale un dispositif composé de plusieurs électrodes qui permet de monitorer la profondeur de l'anesthésie générale.



Le patient est parfois relié au respirateur pour assurer une assistance respiratoire. En fonction de la gravité, le patient peut être réveillé et bénéficie de l'assistance ventilatoire par un masque de ventilation, dite ventilation non invasive, qui pousse de l'air et permet d'améliorer l'oxygénation. Le patient peut nécessiter une ventilation dite invasive, où le patient est endormi, une sonde d'intubation dans la trachée (patient intubé) et relié au respirateur pour une assistance totale.



Il peut arriver que les patients aient des « drains ». Il s'agit de tuyaux mis en place au bloc opératoire ou dans le service de réanimation, permettant d'évacuer un liquide anormal présent dans le corps du patient et gênant une fonction vitale (liquide autour des poumons = drain thoracique mis en place en réanimation, infection intra-abdominale = drain intra-abdominal mis en place au bloc opératoire...).

Les patients nécessitent une alimentation. Nous mettons en place chez les patients intubés un tuyau plus petit, dans la bouche également, que nous relient à la poche d'alimentation permettant d'apporter l'alimentation directement dans l'estomac. Un patient réveillé mais qui ne peut pas s'alimenter peut également nécessiter une telle sonde qui sera alors placée dans le nez. Parfois, les patients ne peuvent pas être nourris par voie naturelle et nécessitent une alimentation intra-veineuse.

Des dispositifs anesthésiques à visée antalgique peuvent être mis en place (cathéter de péridural, comme pour l'accouchement, pour les traumatismes thoraciques par exemple). Ces cathéters sont reliés à des seringues contenant des produits anesthésiques.

Le patient peut bénéficier d'une oxygénothérapie dite à haut débit. Il s'agit de lunettes à oxygène de grande taille permettant d'administrer de grosses doses d'oxygène.



ANNEXE 2 : LEXIQUE

Cathéter : tuyau en plastique mis en place dans les gros vaisseaux (veine ou artère). Permet d'apporter de façon plus rapide et efficace les médicaments.

Coma artificiel : anesthésie générale induite par des médicaments afin de mettre le corps du patient au repos. Elle est également mise en place lorsqu'une assistance ventilatoire est nécessaire (intubation).

Etat de choc : pathologie ayant mené à faire baisser la tension (infection sévère, hémorragie) de manière qu'elle n'est plus suffisante pour apporter du sang aux organes. Des médicaments puissants peuvent aider à remonter cette tension artérielle, c'est la Noradrénaline.

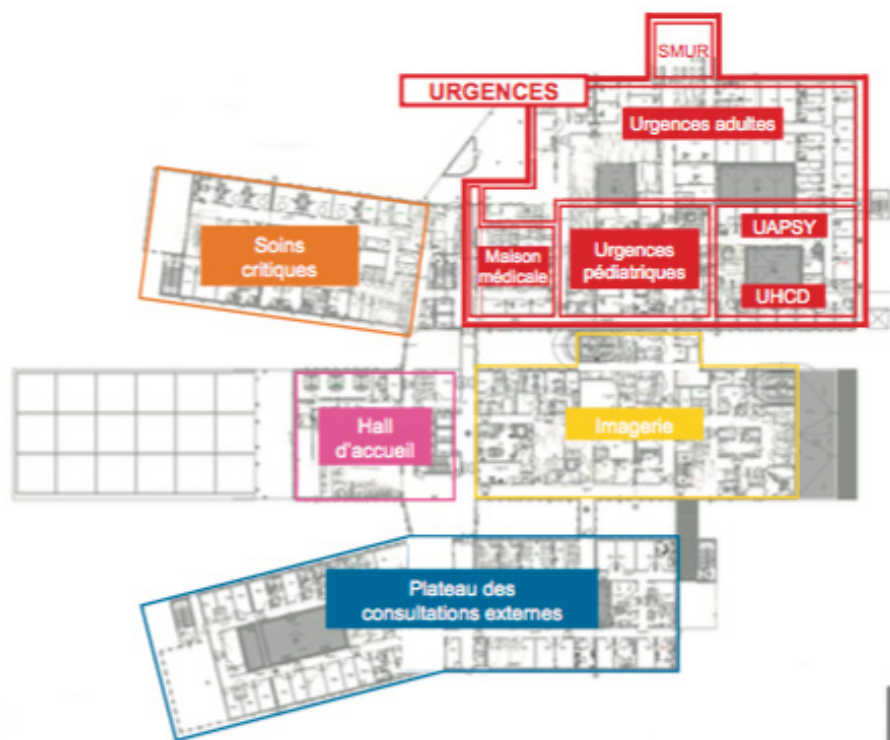
Extubation : enlever la sonde d'intubation (auto-extubation en cas d'extubation accidentelle).

Infection nosocomiale : infection acquise à l'hôpital.

Noradrénaline : médicament permettant de faire monter la pression artérielle.

SHA (solution hydro-alcoolique) : produit désinfectant qui s'applique directement, sans eau, sur la peau et sèche en frottant.

ANNEXE 3 : PLAN D'ACCÈS



Perfusor[®] compact B/BRAUN

02.0 ml/h

50 ml

7 4 BOL 1

The top unit of the infusion pump is a teal-colored device. It features a green LCD screen displaying a rate of 02.0 ml/h. Above the screen is a small icon of a syringe with '50 ml' written on it. To the right of the screen are several control buttons: a '7' button, a '4' button, and a 'BOL' button with a double-headed arrow and a '1' button. A syringe with 'REMI' written in red marker is inserted into the front of the unit.

Perfusor[®] compact B/BRAUN

01.5 ml/h

50 ml

7 8 4 5 BOL 1

The bottom unit of the infusion pump is a teal-colored device, identical in design to the top one. It features a green LCD screen displaying a rate of 01.5 ml/h. Above the screen is a small icon of a syringe with '50 ml' written on it. To the right of the screen are several control buttons: a '7' button, an '8' button, a '4' button, a '5' button, and a 'BOL' button with a double-headed arrow and a '1' button. A syringe with 'MDE 15' written in red marker is inserted into the front of the unit.

SERVICE DE SOINS CRITIQUES ET REANIMATION

Centre Hospitalier Ouest Réunion
5 impasse Plaine Chabrier
Grand Pourpier
97460 Saint-Paul
www.chor.re
@ch_ouestreunion



CENTRE HOSPITALIER
OUEST REUNION