

APPROCHE PROXIMOLOGIQUE EN RÉANIMATION POLYVALENTE :
NOTRE EXPÉRIENCE AU CENTRE MÉDICAL DIAMANT DE LUBUMBASHI
(CMDL) / RDC
(PROXIMAL APPROACH TO MULTIPURPOSE RESUSCITATION: OUR
EXPERIENCE AT THE LUBUMBASHI DIAMOND MEDICAL CENTER
(CMDL) / DRC)

Nantulu Christian¹, Somwa Muhemedi Lucien², Mputu Kalambayi Evelyne¹, Kaya Kahambwe⁷,
Wasso Milinganyo Eddy⁸, Kasongo Mita², Onosomba Shako Esther², Fahmi Mshita³, Tajdin Nurin⁴,
Disashi Rosette⁵, Lumbu Nathy³, Yandoli Patience³, Zirhumana Namegabe Franck², Muanda Panzu
Patrick⁶, Barhayiga Nsimire Berth⁹, Iteke Fefe Rivain^{2*}

¹Anesthésiste-Réanimateur/Assistant/Cliniques Universitaires/Université de Kinshasa/RD Congo

^{2*}Département d'Anesthésie-Réanimation / Chef de Service de Médecine Intensive et Anesthésiologie CMDL et cliniques universitaires de Lubumbashi/RD Congo

³Infirmier Polyvalent/ Centre Médical Diamant de Lubumbashi/RD Congo

⁴Cadiopédiatre et membre du Conseil d'Administration/Centre Médical Diamant/ RD Congo

⁵Psychologue clinicienne / Centre Médical Diamant de Lubumbashi/RD Congo

⁶Diabétologue et Centre Médical Diamant de Lubumbashi/RD Congo

⁷Néphrologue/Médecin Directeur/ Centre Médical Diamant de Lubumbashi/RD Congo

⁸Assistant sénior/Département d'Anesthésie-Réanimation / université de Lubumbashi/RD Congo

⁹Professeur et Chef de Département d'Anesthésie-Réanimation/Université de Kinshasa/RD Congo.

*Corresponding Author :

itekefeferivain@gmail.com

Résumé

Introduction : Le but est de montrer l'importance de l'intégration de cette approche dans notre environnement afin non seulement de redorer l'image de nos services de réanimation, mais aussi d'ajouter une autre dimension si importante dans la prise en charge des patients en état critique.

Méthodologie : Étude prospective à visée descriptive axée sur les données d'entretien entre le personnel soignant et les proches des patients admis au service de réanimation polyvalente du CMDL qui applique depuis 12 mois une approche de prise en charge psychosociale des patients graves. Étaient inclus, 3 parents désignés par le patient ou la famille en cas d'inconscience de ce dernier ou pour d'autres raisons personnelles.

La collecte des données étaient faites directement à l'aide d'un questionnaire pré établi regroupant les items de l'approche psychosociale du service, analysé et traité par Excel 2016.

Résultats : 90 proches avaient participé à nos entretiens en raison de 3 proches au moins par famille de 1^{er}, 2^{ème}, et 3^{ème} degré. L'âge moyen était de 43 ± 15,4 ans, avec un Sex Ratio de 1,7.

Parmi les principaux éléments de perception négative : L'admission d'un parent reste l'objet de fatalité (39%) ; la restriction des visites (66%) ; le refus des soins (7 %). Par contre, les principaux éléments de perception positive ressortent : L'importance de l'annonce du pronostic basée sur les scores validés (97%) ; l'emplacement du service ne l'isolant pas véritablement d'autres services (97%) ; ainsi que les réunions biquotidiennes de briefing sur l'évolution quotidienne de leurs parents (100). Le niveau de satisfaction globale de cette approche ressentie par les proches est de 98,4%. Certaines raisons expliquant le manque des maximas sont : le refus personnel de voir son parent en état critique, la peur d'une fausse route lors de l'alimentation d'un proche, ainsi que la pudeur de participer au bain d'un parent et les horaires contraignants.

Conclusion : Ce travail montre une importance capitale de cette approche médico -psychosociale améliorant sensiblement la perception des proches dont les parents sont en état critique, diminuant de surcroît leur stress, et rapprochant d'avantage le patient de son entourage malgré la gravité de son état. D'autres approches sont nécessaires afin d'humaniser d'avantage les soins des patients en état critique témoignés par leurs proches.

Motsclés : Réanimation ; Approche Proximologique ; Satisfaction, CMDL.

Summary

Introduction: *The goal is to show the importance of integrating this approach in our environment in order not only to improve the image of our resuscitation services, but also to add another dimension so important in the management of patients in critical condition.*

Methodology: *Prospective study for descriptive purposes focusing on interview data between caregivers and relatives of patients admitted to the CMDL's multipurpose resuscitation service, which has been applying a psychosocial care approach for serious patients for 12 months. Included were 3 parents designated by the patient or family if the patient was unconscious or for other personal reasons. Data collection was done directly using a pre-established questionnaire grouping the items of the psychosocial service approach, analyzed and processed by Excel 2016.*

Results: *90 relatives had participated in our interviews due to 3 relatives at less per family of 1st, 2nd, and 3rd degree. The average age was 43 ± 15.4 years, with a Sex Ratio of 1.7. Among the main elements of negative perception: The admission of a parent remains the object of fatality (39%); restriction of visits (66%); refusal of care (7%). On the other hand, the main elements of positive perception stand out: The importance of announcing the prognosis based on validated scores (97%); the location of the service does not effectively isolate it from other services (97%); as well as twice-daily briefing meetings on the daily development of their parents (100). The level of overall satisfaction with this approach felt by relatives is 98.4%. Some reasons explaining the lacks of maxima are: personal refusal to see his parent in critical condition, the fear of a false route when feeding a loved one, as well as the modesty of participating in a parent's bath and the restrictive schedules.*

Conclusion: *This work shows a capital importance of this Medico-psychosocial approach significantly improving the perception of loved ones whose parents are in critical condition, further reducing their stress, and bringing the patient closer to those around them despite the seriousness of their condition. to further humanize the oats of critically ill patients testified by their relatives.*

Keywords: *Resuscitation; Proximological approach; Satisfaction, CMDL.*

INTRODUCTION :

Les proches des patients de Réanimation ne sont plus de simples visiteurs. Ils sont importants pour le patient qui trouve en leur présence une source de sécurité, de présence corporelle et de rassurance. Ils sont aussi eux-mêmes à risque de développer un syndrome de post-réanimation avec des symptômes anxieux, dépressifs, de stress, voire des maladies psychiatriques à part entière pour les plus fragiles. Cette revue est une analyse interprétative de la littérature avec un regard infirmier sur les interactions entre soignants et familles (1,3). Elle se place dans le contexte singulier de la réanimation, un environnement technique et bruyant, où les soignants ont appris à reconnaître, et où ils s'efforcent de limiter, la contrainte psychologique pour les patients et les familles (1). Les équipes de réanimation ont pour objectif primordial la survie du patient. Au cours des trois dernières décennies, infirmiers et médecins de réanimation ont permis plusieurs développements :

- ✓ L'importance de la survie à long terme (au-delà de la réanimation) ;
- ✓ La reconnaissance des séquelles physiques de la réanimation ;
- ✓ La mise en avant de la place des membres de la famille des patients et le développement d'une information de qualité, voire de stratégies de communication ; 4) la reconnaissance du syndrome post-réanimation, c'est-à-dire des séquelles psychologiques pour les patients et les familles ; et enfin,
- ✓ L'abandon d'un modèle de relation médecin-malade où la décision revient systématiquement au médecin, vers un modèle où l'information est partagée à des niveaux variables entre les patients, les familles et les équipes de réanimation (1, 2, 3).

La famille tout d'abord est définie comme un ensemble de personnes partageant un lien de parenté ou d'alliance. Nous pouvons déjà étendre ce terme à l'entourage du patient et non à sa famille de sang uniquement. Par analogie au terme anglais de « *family and friends* », nous pourrions considérer que quiconque qui est suffisamment proche du patient, au point de lui rendre visite en réanimation, sera considéré comme sa famille. Pour autant, les équipes de réanimation demanderont à la « famille » de s'organiser afin que les plus proches puissent réceptionner l'information et la faire circuler dans la cellule familiale élargie, chacun ayant la part d'information adaptée à sa proximité avec le malade et aux souhaits de ce dernier que tout ou une partie de ses informations soit cachée à certains (3, 4).

La perception des proches dont les parents sont admis en milieu de réanimation reste fortement négative de nos jours dans le sens d'une fatalité devant une mortalité galopante dans ce secteur souvent dépourvu d'un personnel qualifié, un équipement de pointe, voire des protocoles et procédures des soins bien codifiés notamment l'approche psychosociale (2, 3, 5). A l'heure actuelle, plusieurs pistes sont étudiées afin de diminuer les symptômes anxieux et dépressifs liés à une hospitalisation en réanimation, et cela autant pour le patient que son entourage.

C'est pourquoi, nous nous sommes aussi proposés de mener cette étude qui avait pour but de montrer l'importance de l'intégration de cette approche dans notre environnement afin non seulement de redorer l'image de nos services de réanimation, mais aussi d'ajouter une autre dimension si importante dans la prise en charge des patients en état critique.

Méthodologie :

- ✓ Type, cadre et période d'étude : il s'agissait d'une étude prospective à visée descriptive axée sur les données d'entretien entre le personnel soignant et les proches des patients admis au service de réanimation polyvalente du CMDL qui applique depuis 12 mois une approche de prise en charge
- ✓ Variables d'étude : étaient étudiés, les aspects psychosociaux des patients graves incluant : l'annonce immédiate du pronostic des patients calculé à partir des scores pronostique existant (SOFA, IGSII...), l'assouplissement des horaires de visites pour les parents de premier degré, l'intégration d'une psychologue clinicienne dans les réunions de feed-back avec les familles, l'annonce biquotidienne dans une salle dédiée de l'évolution des patients, la participation des proches à l'alimentation et aux techniques de stimulation notamment la musicothérapie de leurs proches, la dispensation des soins aux standards internationaux...
- ✓ Critères d'inclusion et de non inclusion : Étaient inclus, 3 parents désignés par le patient ou la famille en cas d'inconscience de ce dernier ou pour d'autres raisons personnelles.
- ✓ Collecte et Analyse des données : La collecte des données étaient faites directement à l'aide d'un questionnaire pré établi regroupant les items de l'approche psychosociale du service, analysé et traité par Excel 2016.

Résultats :

- Effectif : 90 proches avaient participé à nos entretiens en raison de 3 proches au moins par famille de 1^{er}, 2^{ème}, et 3^{ème} degré.
- Age et Sexe : L'âge moyen était de 43 ± 15,4 ans, avec un Sex Ratio de 1,7.
- Les éléments de perception négative : L'admission d'un parent reste l'objet de fatalité (39%) ; la restriction des visites (66%) ; le refus des soins (7 %) : par découragement (53%), problème financier (24%), convictions religieuses (12%) et aucune raison avouée (3%).
- Les éléments de perception positive ressortent : L'importance de l'annonce du pronostic basée sur les scores validés (97%) ; l'emplacement du service ne l'isolant pas véritablement d'autres services (97%) ; les réunions biquotidiennes de briefing sur l'évolution quotidienne de leurs parents (100%) ; l'association d'une psychologue clinicienne dans les réunions de feed-back (98%) ; l'assurance et la confiance quant : à la présence d'un personnel qualifié disponible 24h/24h (100%), la disponibilité des services 24h/24h (98,5%), l'hygiène (99,2%), la présence

d'un consentement éclairé pour tout acte diagnostique, curatif ou exploratif (100%), la participation à l'alimentation du proche en état critique (98,7%), la participation aux soins de stimulation et/ou réadaptation tels que la musicothérapie et la physio kinésithérapie (100%), la participation aux bains d'un proche (96%).

- Le niveau de satisfaction globale de cette approche ressentie par les proches est de 98,4%.
- Raisons expliquant le manque des maximas sont : le refus personnel de voir son parent en état critique, la peur d'une fausse route lors de l'alimentation d'un proche, ainsi que la pudeur de participer au bain d'un parent et les horaires contraignants.

Discussion :

Il ressort de notre étude que les données sociodémographiques des enquêtes ne s'écartent pas de celles décrites dans une étude africaine (2), et que l'entourage du patient en réanimation est surtout vu l'assurance financière des prescriptions faites, les familles souhaitent que nous soyons à leur écoute, que nous prenions en compte leur stress et leurs préoccupations car le parent hospitalisé est parfois le pivot de la famille. L'offre des soins en réanimation nécessite donc un nouvel acteur imprégné des approches psychosociales. La présence des psychologues ou des éducateurs spécialisés en réanimation est impérative si l'on veut atténuer les souffrances des familles des malades hospitalisés et les encourager à poursuivre le soutien de leur parent. Ce constat était fait dans une série ivoirienne où l'objectif était d'évaluer l'importance et l'apport de la prise en charge psychosociale des patients et de leurs familles en réanimation (2). Ceci s'expliquerait du fait que plusieurs services de réanimation surtout en Afrique subsaharienne, cherchent à optimiser la prise en charge des patients critiques tout en associant d'autres dimensions au-delà de la seule prise en charge médicale.

Les autres éléments de perception positive ou négative, de feed-back, de la recherche de la satisfaction des proches posent encore un problème non seulement de terminologie, mais aussi des barrières socio-culturelles tels que le relèvent notre travail. Les autres travaux (1, 2, 3, 5,8) avaient déjà montré ces limites avec une impérieuse nécessité d'adapter les approches existantes aux habitudes locales en partant d'un constat tel que fait dans ce travail.

Cette approche montre un grand intérêt grâce à son caractère multidisciplinaire et dimensionnel associant au-delà des soignants un psychothérapeute-éducateur ainsi qu'un nutritionniste et kinésithérapeute. Ceci était constaté dans une étude ivoirienne ainsi qu'en France qui avait montré que la présence des psychologues ou des éducateurs spécialisés en réanimation était impérative si l'on veut atténuer les souffrances des familles des malades hospitalisés et les encourager à poursuivre le soutien de leur parent (2, 3, 8, 11).

Conclusion :

Ce travail montre une importance capitale de cette approche médico -psychosociale améliorant sensiblement la perception des proches dont les parents sont en état critique, diminuant de surcroît leur stress, et rapprochant d'avantage le patient de son entourage malgré la gravité de son état. D'autres approches sont nécessaires afin d'humaniser d'avantage les soins des patients en état critique témoignés par leurs proches.

Références

- [1]. Azoulay.E, Laurette A, Peigne V, Pochard. F : Communiquer avec les familles des patients en réanimation. Bull. Acad. Natle Méd., 2011, 195, n°2, 367- 376, séance du 22 février 2011.
- [2]. Soro L, Ayé YD, Yao A, Bouh J, Diarrassouba N, Amonkou A. Approche proximologique en réanimation : notre expérience au CHU de Yopougon (RCI). RAMUR me 17, n°4-2012-(spécial congrès) Page 7.
- [3]. Azoulay E, Cattaneo I, Ferrand E, Pochard F. L'information au patient en réanimation et à ses proches : le point de vue de la SRLF. Réanimation 2001; 10: 571-581 2. VIe Conférence de Consensus SFAR-SRLF : « Mieux vivre la réanimation ». Paris, novembre 2009 3.
- [4]. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, et al. Half the families of the ICU patients experience inadequate communication with physicians. Crit Care Med 2000; 28: 3044-9 4.
- [5]. Pochard F, Azoulay E, Chevrey S, Lemaire F, Hubert P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of ICU patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity, Crit Care Med 2001; 29: 1893-97.
- [6]. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Arich C, Brivet F, et al. Family participation in care to the critically ill : opinions of families and staff. Intensive Care Med 2003; 36: 30-5 18.
- [7]. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, et al. Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit patients. Am J Respir Crit Care Med 2005; 171: 987-994 19.
- [8]. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med 2007; 356: 469-78.
- [9]. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems v, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. Crit Care Med 2007; 36: 30-5 11.
- [10]. Berti D, Ferdinande D, Moons P. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. Intensive Care Med 2007 ; 33: 1060-5 12.
- [11]. Fassier T, Darmon M, Laplace C, Chevret S, Schlemmer B, Pochard F, et al. One-day quantitative cross-sectional study off family information time in 90 intensive care units in France. Crit Care Med 2007; 35: 177-83.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt et attestent tous avoir participé à l'étude.

Contribution des auteurs :

- ✚ **Nantulu Christian** : Conception de l'idée depuis Kinshasa, mais avait souhaité que l'étude soit faite dans un hôpital avec service de réanimation moderne de Lubumbashi
- ✚ **Iteke Fefe Rivain, Barhayiga Berthe, Mputu Evelyne, Muanda Panzu, Tajdin Nurin, Disashi Rosette** : validation, accompagnement et méthodologie de l'étude.
- ✚ **Wasso Eddy, Yandoli Patience, Lumbu Nathy, Fahmi Mshita, Somwa Lucien, Zirhumana Franck, Kasongo Mita et Onosomba Esther** : Collecte de données, analyses statiques et références.