

Ouverture des Réanimations en 2021

état des lieux...

Jean-michel Constantin M.D Ph.D.

Réanimation chirurgicale et polyvalente

Hopital Universitaire Pitié-Salpêtrière-APHP Sorbonne Université

DMU DREAM (Département de Réanimation Anesthésie Médecine Périopératoire)

Groupe de recherche Clinique ARPE (GRC29)



DREAM
APHP.SORBONNE-UNIVERSITÉ

Liens d'intérêt

LFB

MSD

BAXTER

DRAGER

MAQUET

FRESENIUS-KABI

HOSPAL

GE

ORION

ASTELLAS

ABBOTT

VIASYS

ALERE

EDWARDS

PFIZER

PHILIPS

HAMILTON

MASSIMO

BBRAUN

BiRD-Corporation

ASTUTE Medical

Fisher-Paykel

Sedana Medical

French Ministry of Health

French Ministry of Education & research

APHP

Liens d'intérêt

ouverture en 2005

Ouverture des Réanimations en 2021

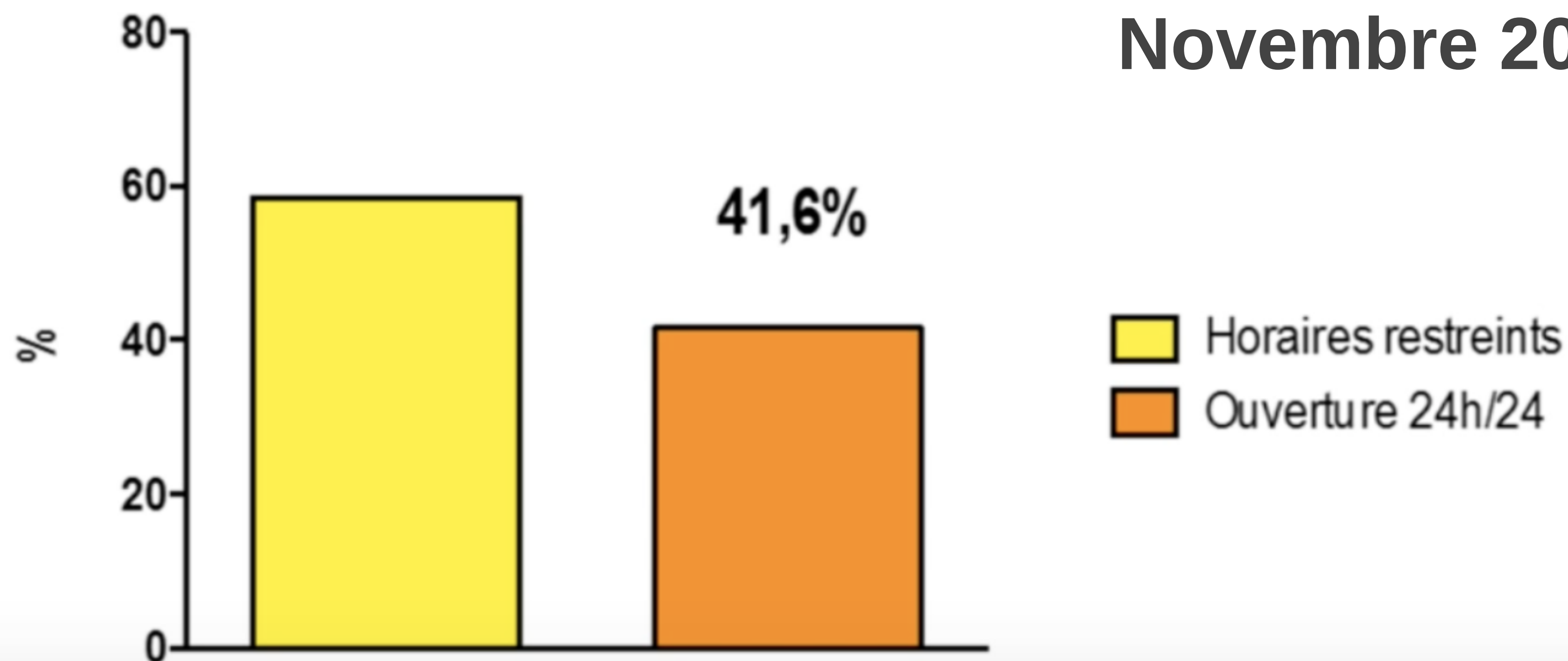
état des lieux...

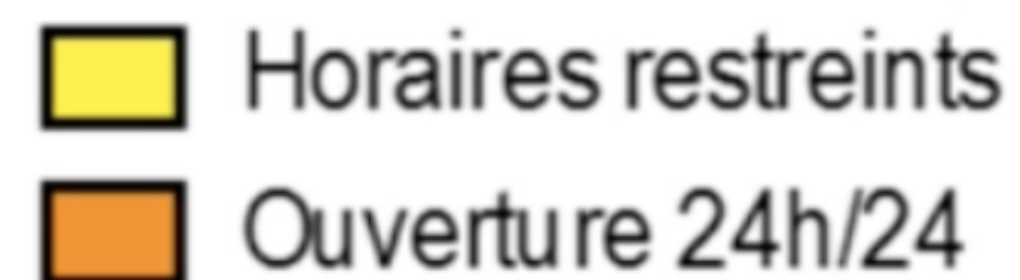
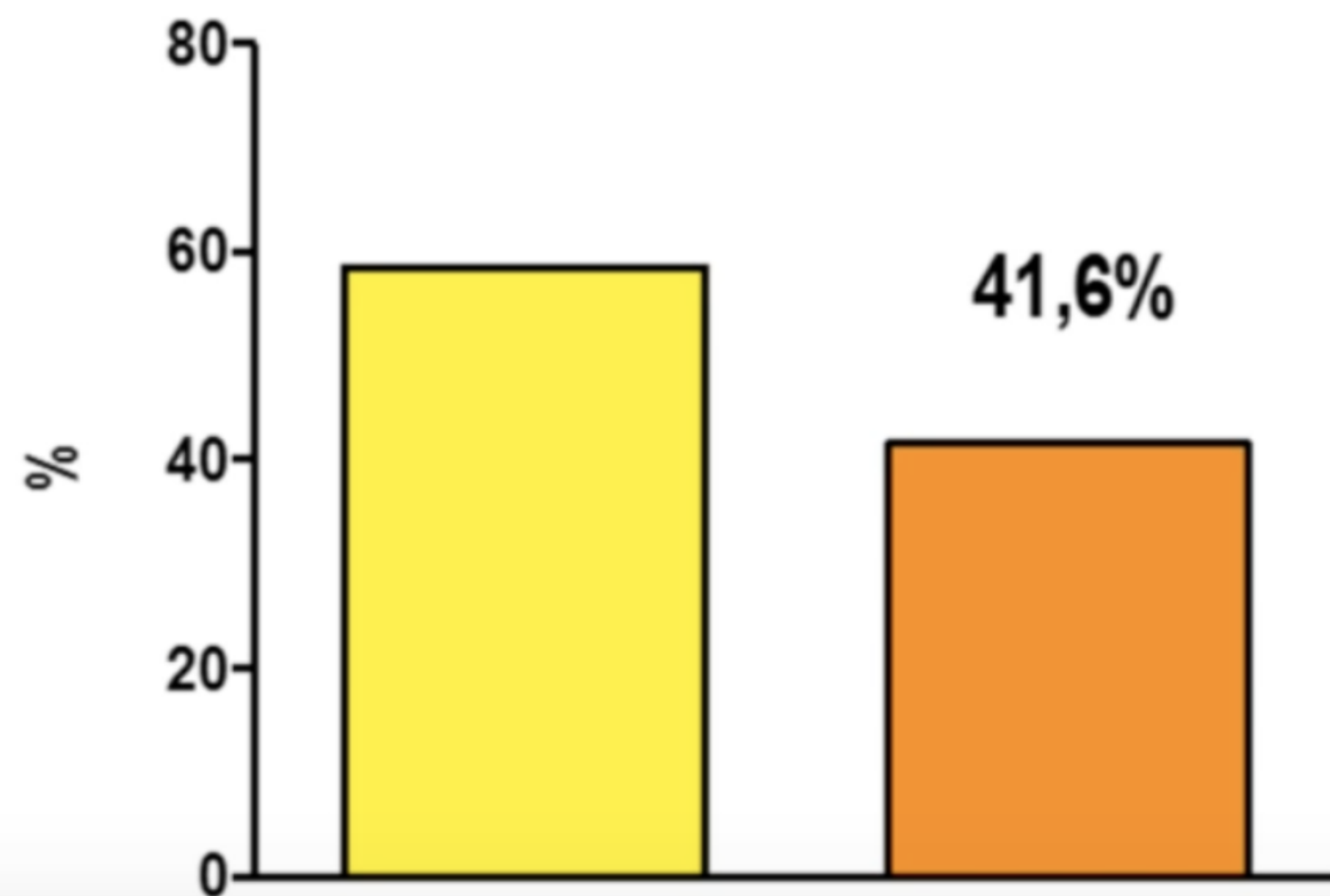
Où en sommes-nous ?



Questionnaire online

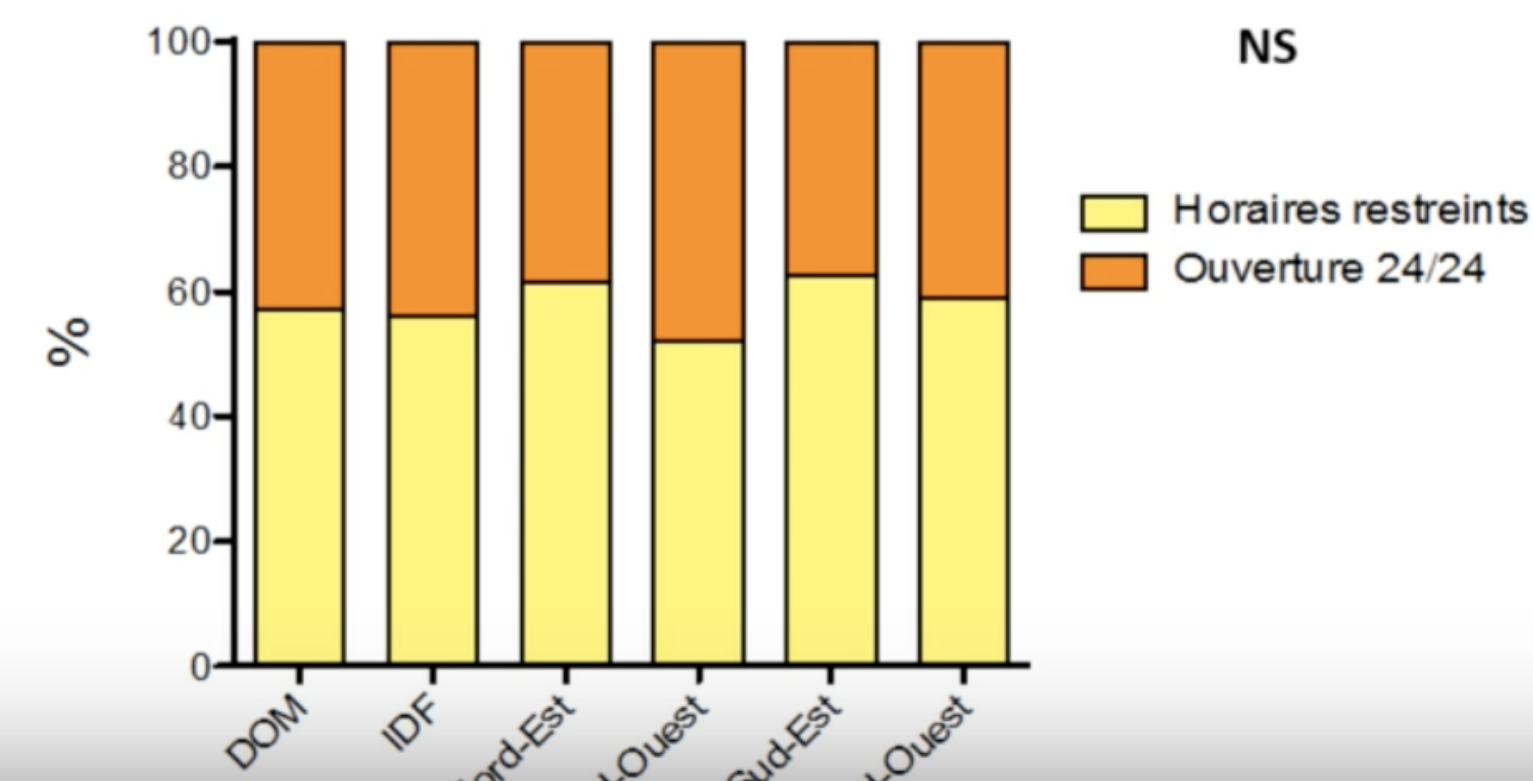
**411 services de Réanimation
Adultes/pédiatriques
CHU/CH/PSPH/Privé
Novembre 2016**

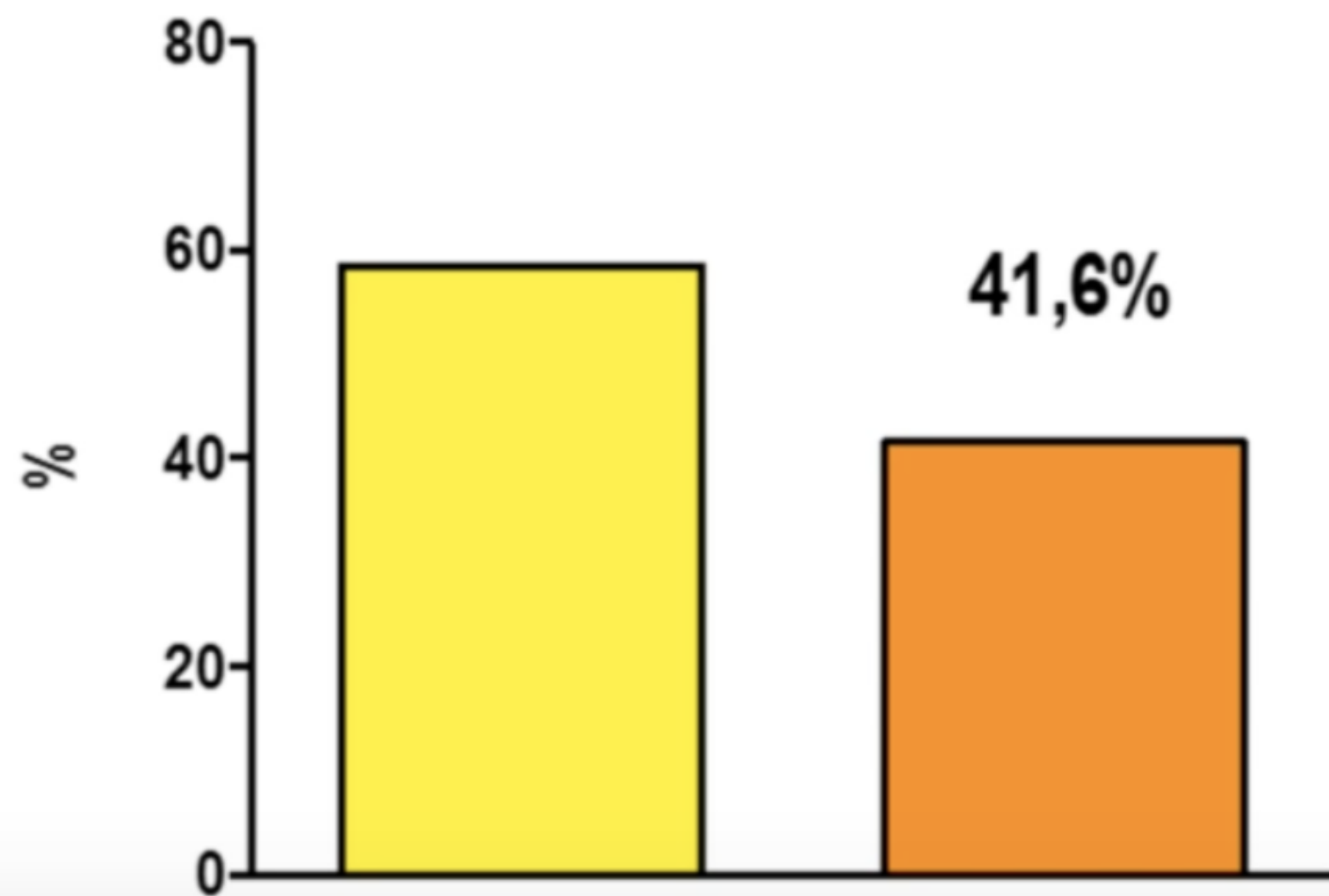




Facteurs associés à une ouverture 24h/24

- Répartition géographique

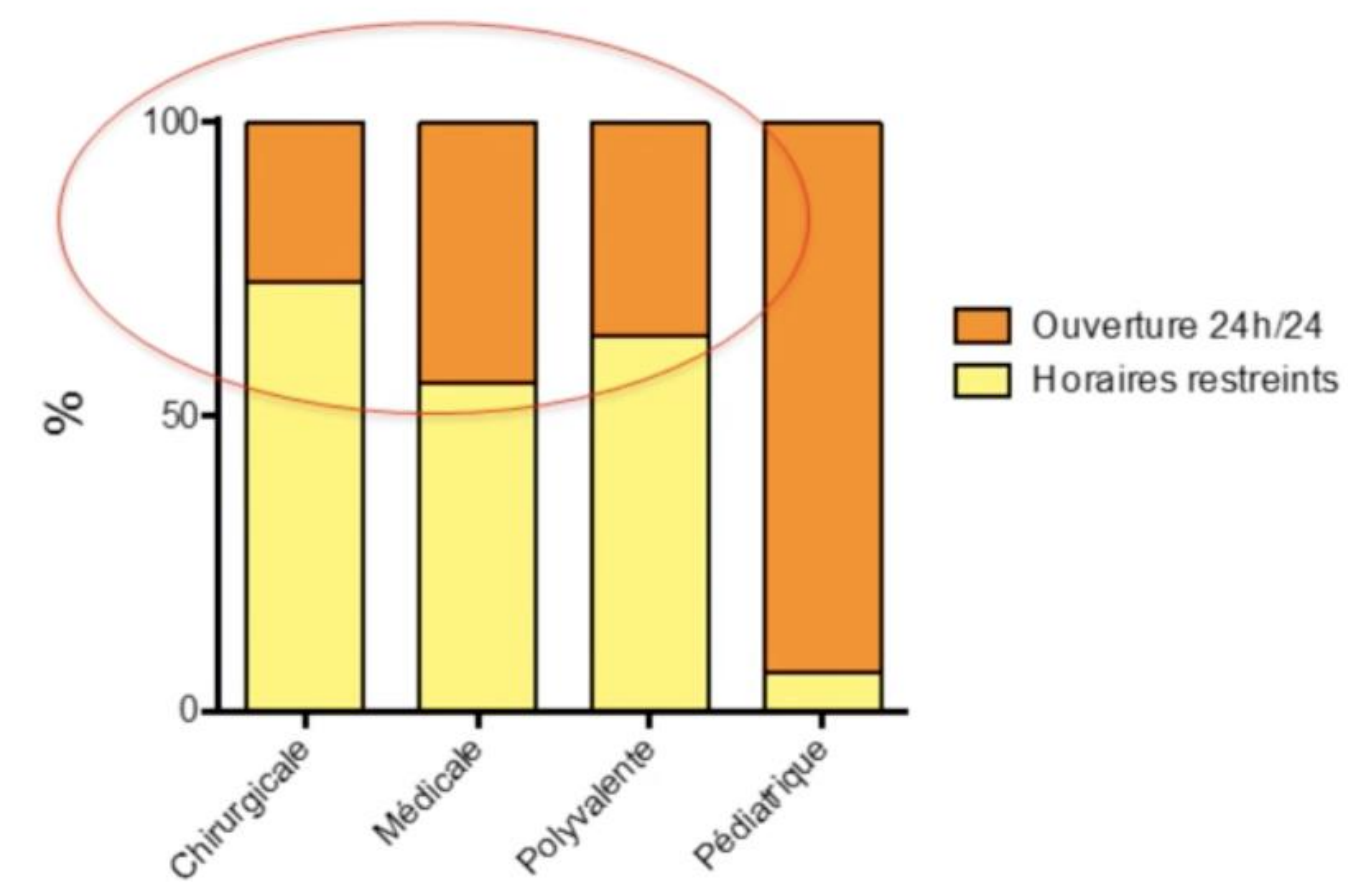




Horaires restreints

Ouverture 24h/24

• Type de réanimation



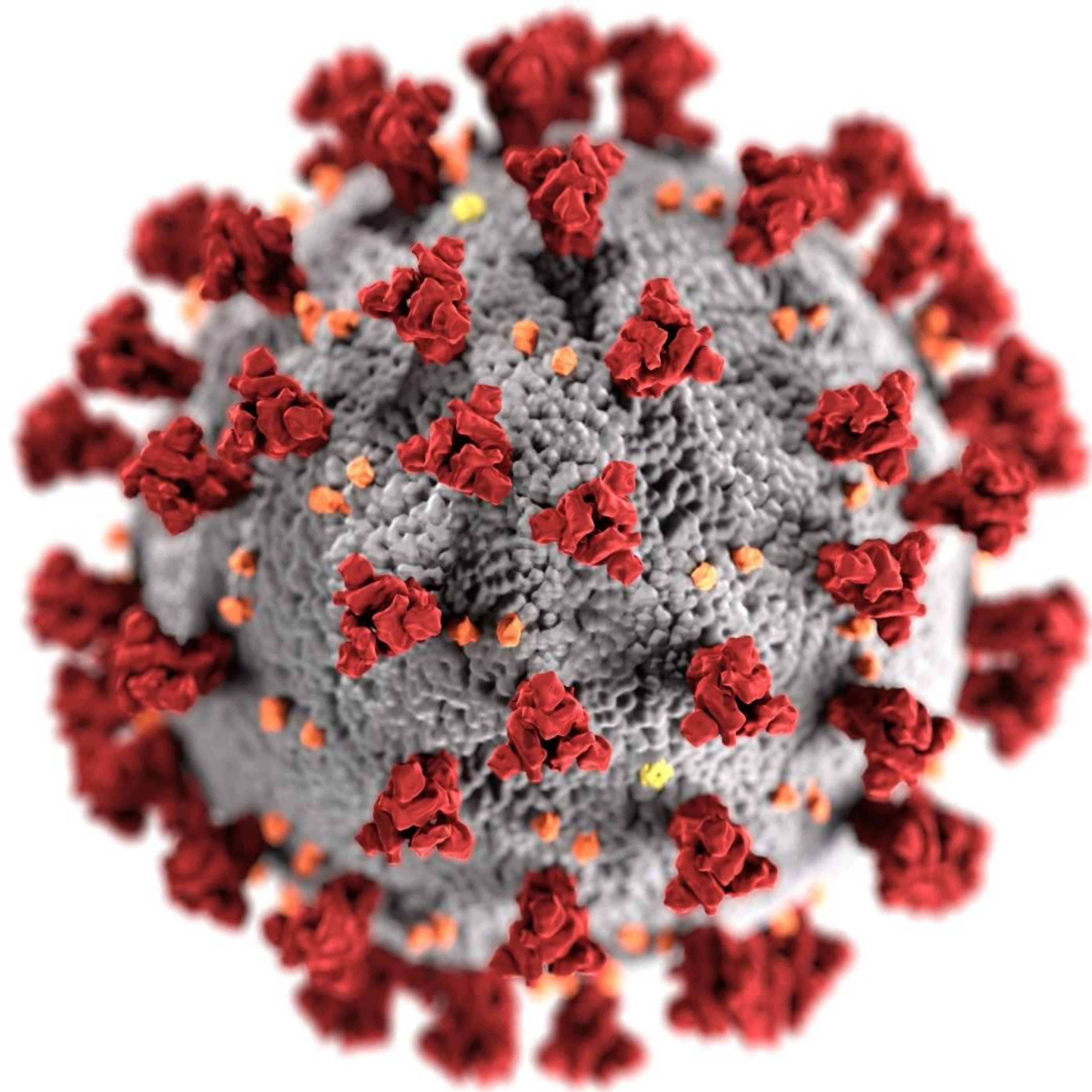
Où en sommes-nous ?

Où en étions-nous ?



OUVRIR

=2016



Covid-19 : « Je ne voulais pas embrasser mon père, je voulais simplement le voir »

INTERVIEW. Stéphanie Bataille, humoriste et fille du comédien Étienne Draber, décédé du Covid le 11 janvier dernier, raconte « une forme d'inhumanité »

« Mon père est parti tout seul, il nous réclamait à cor et à cri. » C'est à un témoignage bouleversant que les téléspectateurs de CNews ont assisté ce matin dans l'émission de Pascal Praud, *L'Heure des pros*. Stéphanie Bataille, la fille du comédien Étienne Draber, y décrit les conditions dans lesquelles son père, admis pour une banale opération, est décédé des suites du Covid, contracté à l'hôpital. « Après l'opération, il était heureux comme tout, il ne pensait qu'à ressortir pour visiter les musées, retourner au théâtre quand ceux-ci auraient rouvert. » Testé positif pendant sa convalescence, l'acteur, âgé de 81 ans, se retrouve isolé dans une unité Covid avec pour interdiction de voir sa famille. Son état se dégrade malgré une amélioration passagère. Il décède finalement le 11 janvier. « *Je veux sortir de là parce que je ne vous vois pas*, m'a-t-il dit avant de mourir », raconte l'humoriste, contactée par *Le Point*. Les refus répétés, le désespoir d'un mourant, ces adieux qui n'auront pas lieu, Stéphanie Bataille revient sur les conditions tragiques de cette disparition à l'heure du Covid : « Si j'ai tenu à témoigner, c'est pour dénoncer une forme d'inhumanité. »

dénoncer une forme d'inhumanité. »

à l'heure du Covid : « Si j'ai tenu à témoigner, c'est pour

Pourquoi
Ouvrir ?

La Relation Médecin-Malade

	Médecin	Patient	Objectifs
Paternaliste	Gardien <i>celui qui sait</i>	Reçoit l'information	Consentement aux soins
Informatif <i>(client)</i>	Technicien - Informe - Exécute les choix du malade	Décide tout seul	<i>Medicine as business</i>
Interprétatif <i>(consultatif)</i>	Consultant - Identifie les valeurs du patient - Écoute plus qu'il ne parle	Trouve avec son médecin l'intervention la plus adaptée à ses choix	Autonomie
Délibératif <i>(interactif)</i>	Enseignant - Informe - Identifie les valeurs - Discute des valeurs	Débat Discussion Critique Résolution	Interaction +++ Ambulatoire

La Relation Médecin-Malade

	Médecin	Patient	Objectifs
Paternaliste	Gardien <i>celui qui sait</i>	Reçoit l'information	Consentement aux soins
Informatif <i>(client)</i>	Technicien - Informe - Exécute les choix du malade	Décide tout seul	<i>Medicine as business</i>
Interprétatif <i>(consultatif)</i>	Consultant - Identifie les valeurs du patient - Écoute plus qu'il ne parle	Trouve avec son médecin l'intervention la plus adaptée à ses choix	Autonomie
Délibératif <i>(interactif)</i>	Enseignant - Informe - Identifie les valeurs - Discute des valeurs	Débat Discussion Critique Résolution	Interaction +++ Ambulatoire



Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept

Jean-Louis Vincent^{1*}, Yahya Shehabi², Timothy S. Walsh³, Pratik P. Pandharipande⁴, Jonathan A. Ball⁵, Peter Spronk⁶, Dan Longrois⁷, Thomas Strøm⁸, Giorgio Conti⁹, Georg-Christian Funk¹⁰, Rafael Badenes¹¹, Jean Mantz¹², Claudia Spies¹³ and Jukka Takala¹⁴

Recherche qualitative

Médecine centrée sur le patient, c'est quoi ?

Réponses des médecins

« Un joli slogan, pas plus... La médecine est centrée sur le patient comme le football est centré sur le ballon de foot ! »

« La médecine centrée sur le patient soigne le patient avec ses particularités, ses maladies, ses attentes, son cadre social, familial, ses besoins, ses choix et pas seulement l'organe malade ».

Médecine centrée sur le patient, c'est quoi ?

Réponses des usagers

« Pour moi, une médecine centrée sur le patient est une médecine qui prend en compte le contexte et le vécu du patient plutôt que le contexte des soignants et de l'institution. Le patient et ses proches (si besoin) sont partenaires du soin. Actuellement, de ce que je peux constater le plus souvent en tant que patiente, on attend plus du patient qu'il soit spectateur ».

Une autre patiente déclare « Nothing about us without us »

Médecine centrée sur le patient, c'est quoi ?

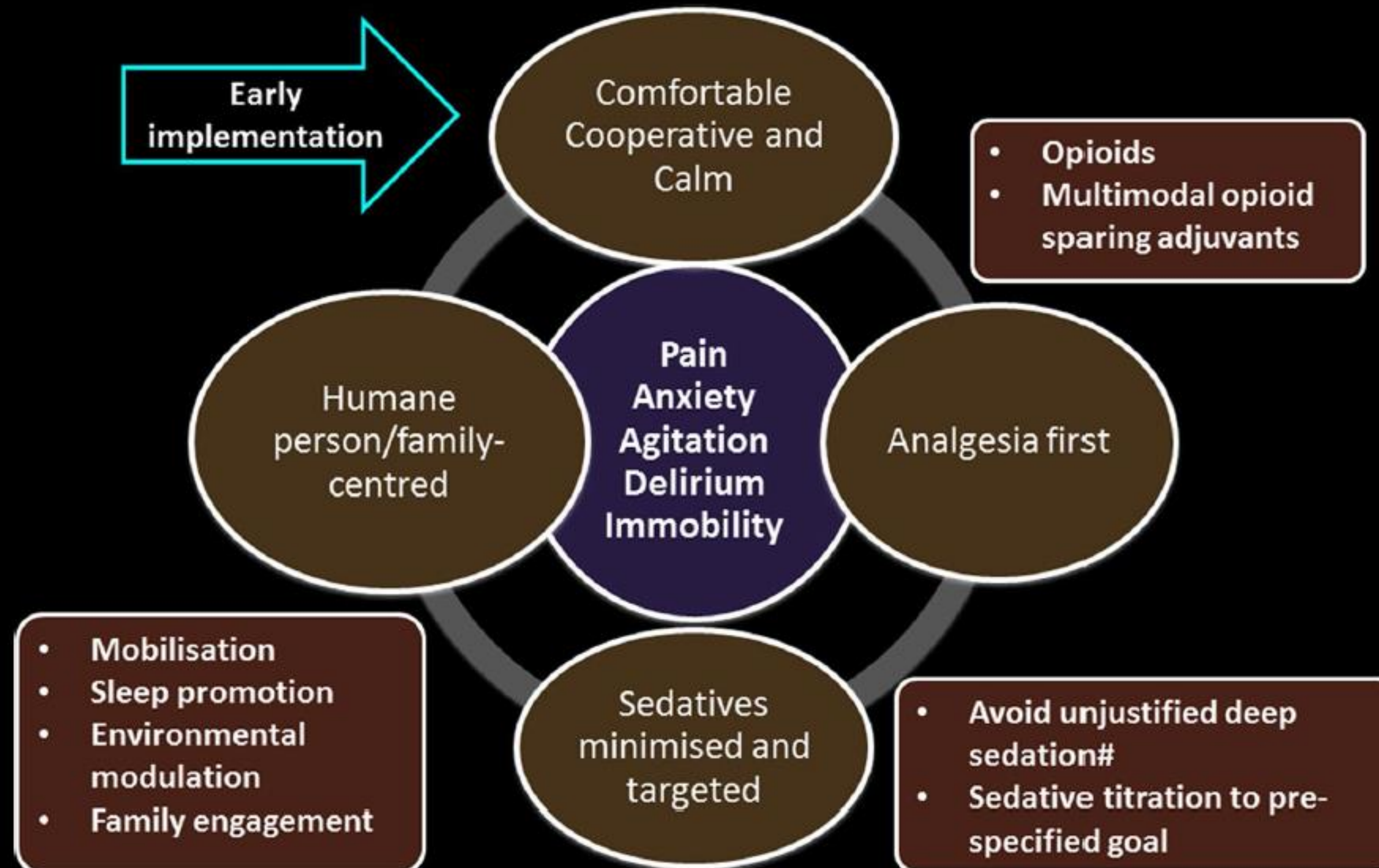
Réponses des soignants

Un infirmier répond : « C'est détourner le regard de la problématique. Mettre le patient au centre est en faire l'attention de tous, l'exposer, nier son humanité en le faisant "l'objet" de tous les regards, de tous les soins. Objet de soins, il devient soumis à ceux qui savent ».

Martin Winckler : « Une médecine qui répond aux besoins définis par le patient et non par les médecins ».

Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept

Jean-Louis Vincent^{1*}, Yahya Shehabi², Timothy S. Walsh³, Pratik P. Pandharipande⁴, Jonathan A. Ball⁵, Peter Spronk⁶, Dan Longrois⁷, Thomas Strøm⁸, Giorgio Conti⁹, Georg-Christian Funk¹⁰, Rafael Badenes¹¹, Jean Mantz¹², Claudia Spies¹³ and Jukka Takala¹⁴



ICU liberation strategy for ARDS

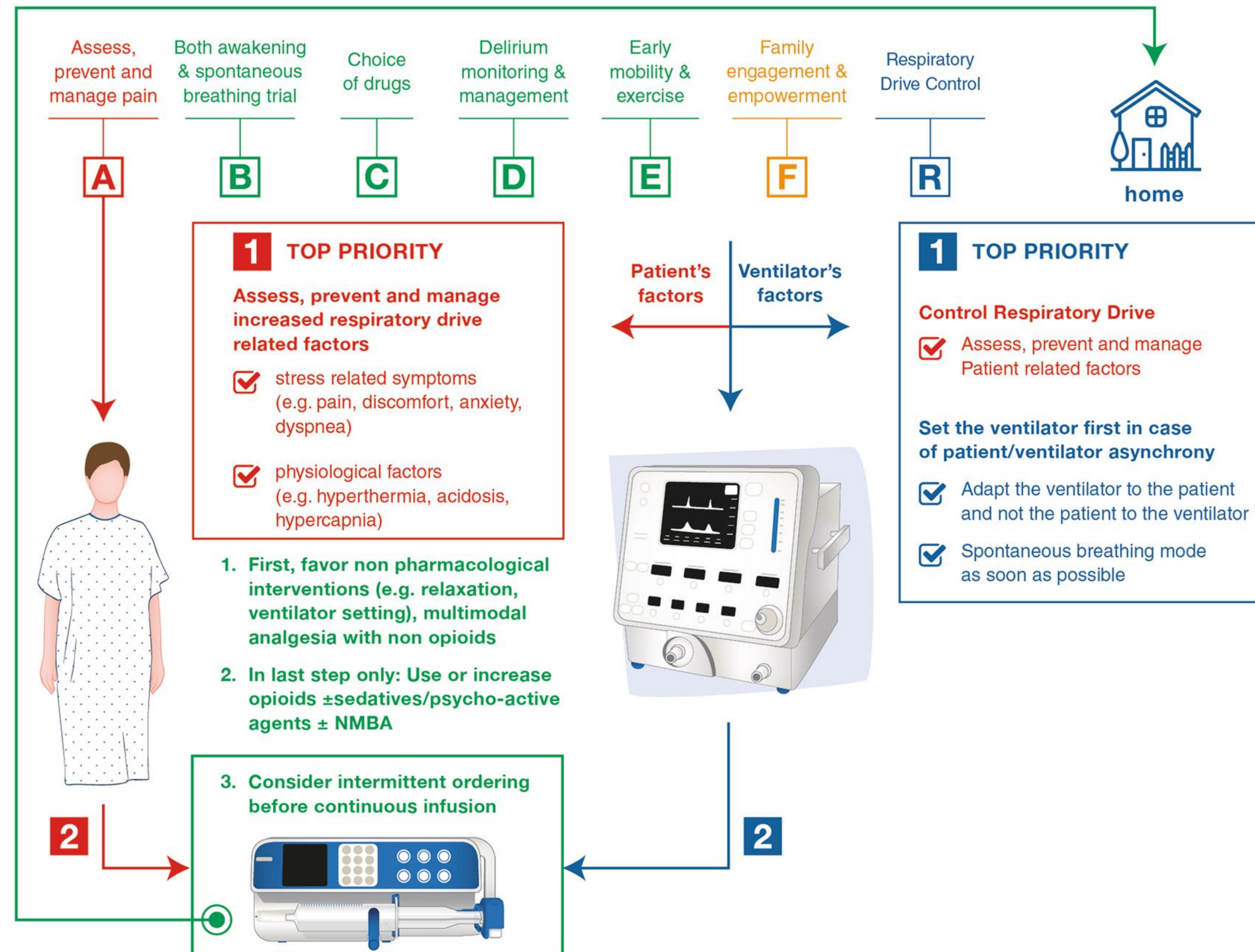
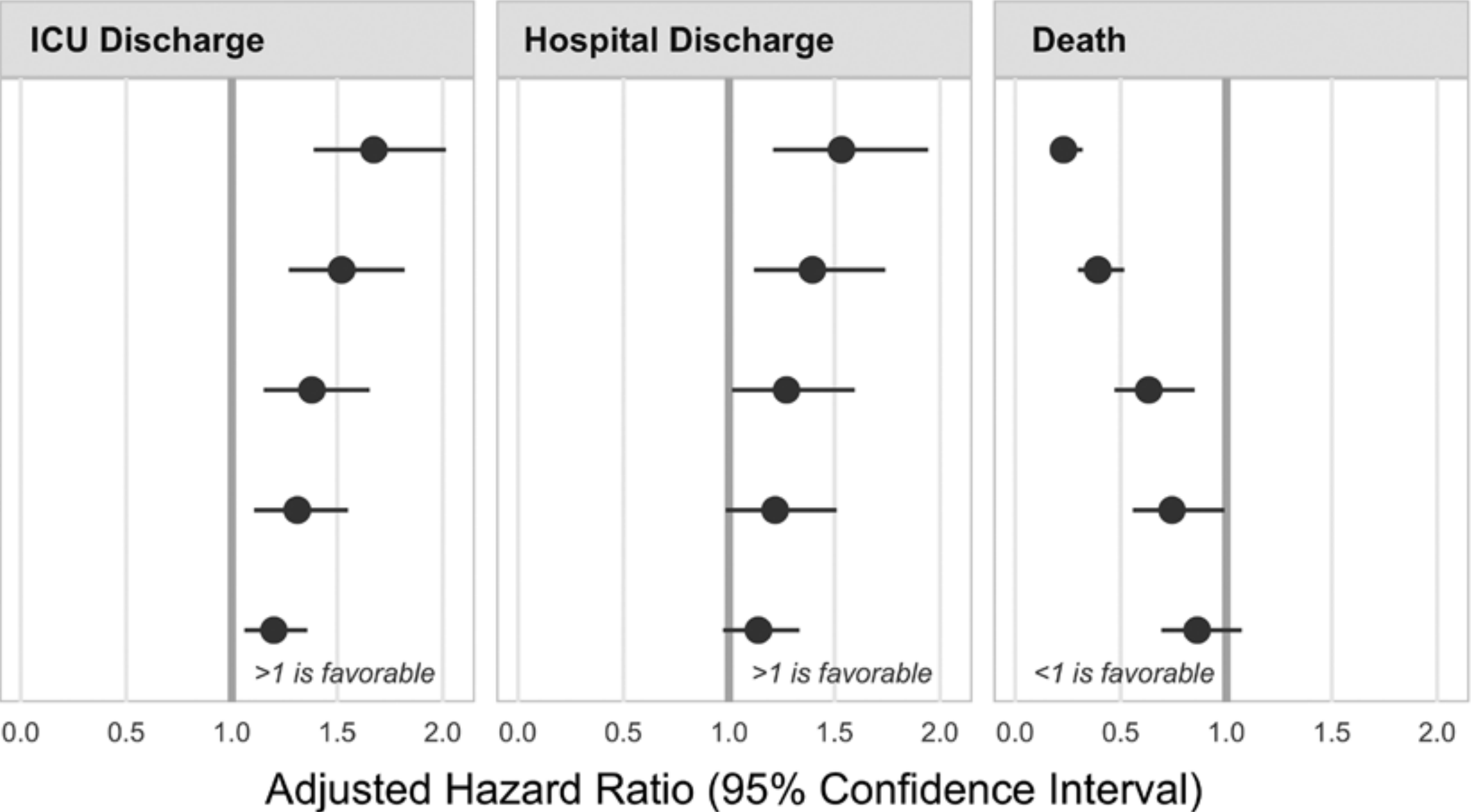
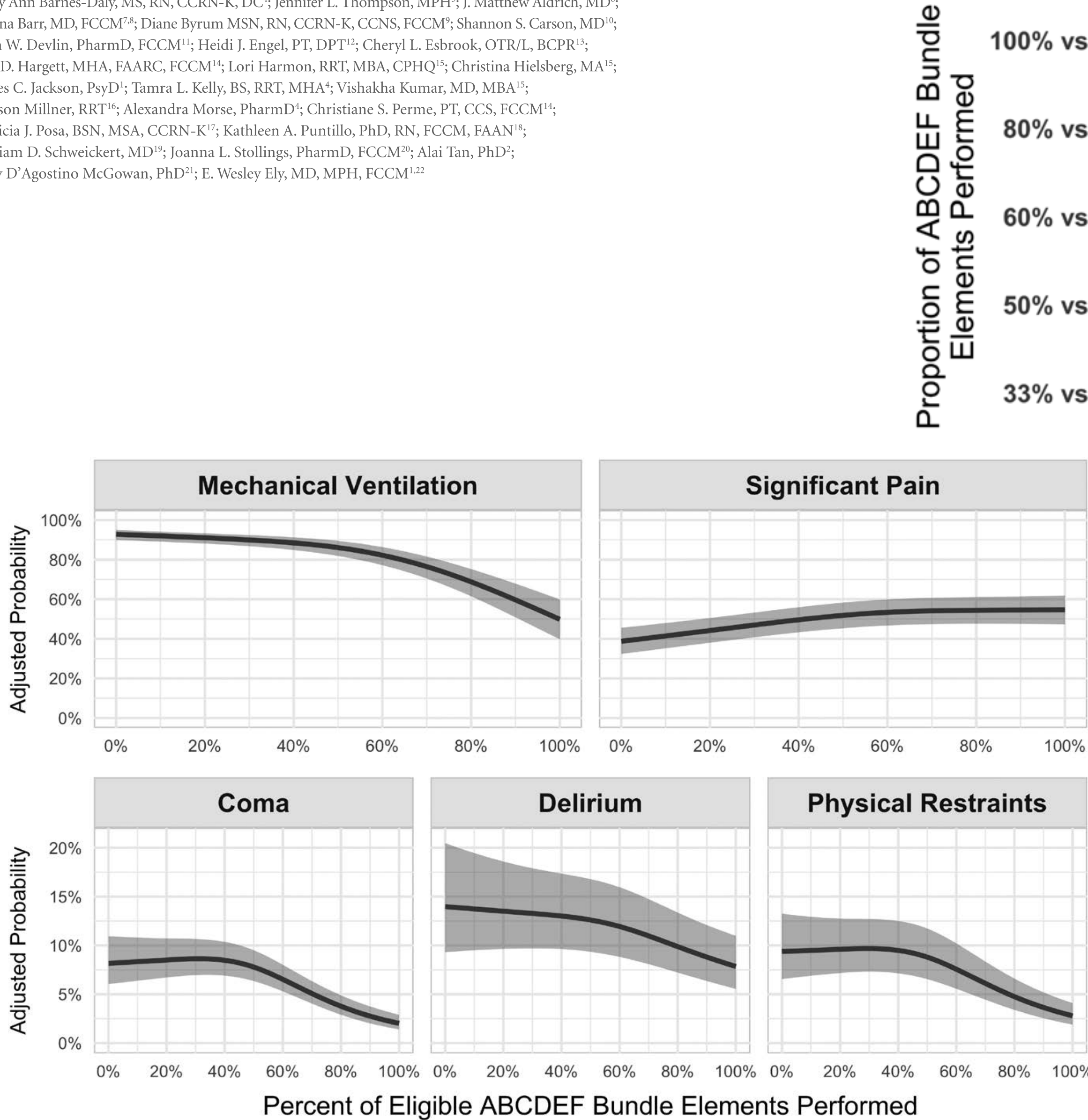


Fig. 3 Updated ABCDEF-R bundle for mechanically ventilated patients, including patients with ARDS, adapted from [42–45]

Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults

Brenda T. Pun, DNP, RN, FCCM¹; Michele C. Balas, PhD, RN, CCRN-K, FCCM, FAAN^{2,3}; Mary Ann Barnes-Daly, MS, RN, CCRN-K, DC⁴; Jennifer L. Thompson, MPH⁵; J. Matthew Aldrich, MD⁶; Juliana Barr, MD, FCCM^{7,8}; Diane Byrum MSN, RN, CCRN-K, CCNS, FCCM⁹; Shannon S. Carson, MD¹⁰; John W. Devlin, PharmD, FCCM¹¹; Heidi J. Engel, PT, DPT¹²; Cheryl L. Esbrook, OTR/L, BCPR¹³; Ken D. Hargett, MHA, FAARC, FCCM¹⁴; Lori Harmon, RRT, MBA, CPHQ¹⁵; Christina Hielsberg, MA¹⁵; James C. Jackson, PsyD¹; Tamra L. Kelly, BS, RRT, MHA⁴; Vishakha Kumar, MD, MBA¹⁵; Lawson Millner, RRT¹⁶; Alexandra Morse, PharmD⁴; Christiane S. Perme, PT, CCS, FCCM¹⁴; Patricia J. Posa, BSN, MSA, CCRN-K¹⁷; Kathleen A. Puntillo, PhD, RN, FCCM, FAAN¹⁸; William D. Schweickert, MD¹⁹; Joanna L. Stollings, PharmD, FCCM²⁰; Alai Tan, PhD²; Lucy D’Agostino McGowan, PhD²¹; E. Wesley Ely, MD, MPH, FCCM^{1,22}



**Pour qui
Ouvrir ?**

Pour les patients



VISITING PREFERENCES OF PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT AND IN A COMPLEX CARE MEDICAL UNIT

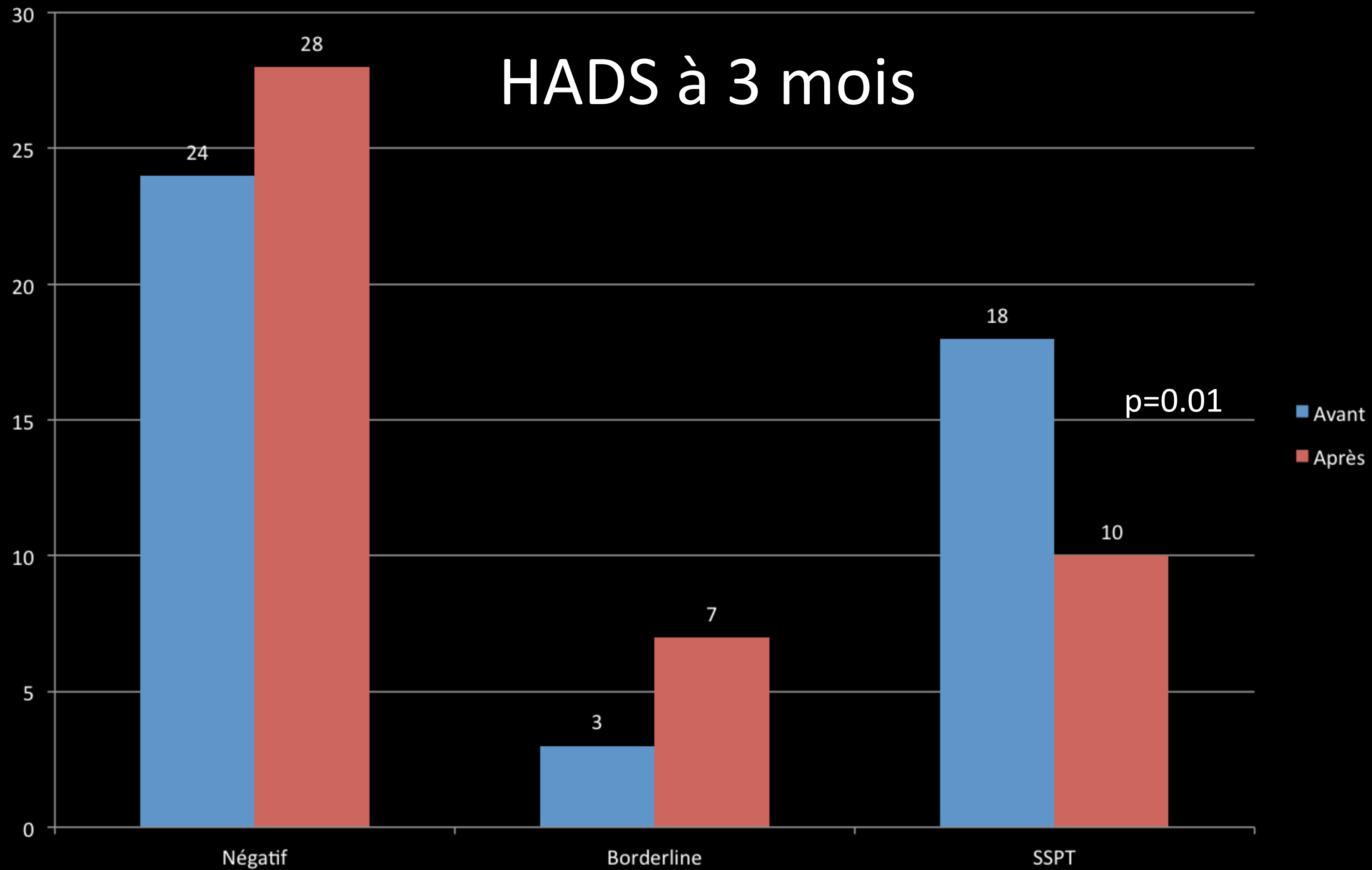
By Colleen E. Gonzalez, RN, MSN, Diane L. Carroll, RN, PhD, Jeanne S. Elliott, RN, Patricia A. Fitzgerald, RN, MSN, and Heather J. Vallent, RN. From Massachusetts General Hospital, Boston, Mass.

Pour les patients

Variable	Intensive care unit		Complex care medical unit		P
	Mean	SD	Mean	SD	
Stressors regarding visitors					
Patient felt need to entertain	1.84	1.1	1.77	1.0	.81
Patient felt he or she couldn't rest	2.17	1.2	2.13	1.3	.90
Patient felt lack of privacy	1.77	1.0	1.80	1.1	.90
Patient worried about visitors' traveling	2.84	1.4	2.10	1.3	.04
Benefits regarding visitors					
Visitor can interpret information	3.13	1.3	2.47	1.2	.05
Visitor can calm me down	3.29	1.4	3.19	1.3	.78
Visitor can provide information	3.19	1.8	2.74	1.4	.17
Visitor helps nurse understand me	3.00	1.2	2.33	1.3	.05
Visitor provides reassurance	3.53	1.2	3.10	1.2	.29
Visitor reinforces treatment	3.10	1.3	2.74	1.4	.32
Visitor provides comfort measures	3.52	1.2	3.77	1.1	.42
Visitor helps nurse with other aspects	2.26	1.3	2.39	1.3	.70
Outcomes of visiting practice					
Satisfied with current visiting practice	4.00	1.1	3.38	1.1	.04
Hindered ability to rest	1.37	0.6	1.68	1.0	.15
Intensified pain experience	1.31	0.6	1.52	0.9	.35
Stressed by visitors	1.47	0.7	1.32	0.7	.42
Preferred length of visits, minutes	55	81	35	18	.58
Preferred frequency of visitors, per day	4		3		.29
Number of visitors per visit	3		3		.58
Minimum age of visitors, years	14		12		.44

*All scores for stressors, benefits, and outcomes are on a Likert scale from 1 (not at all) to 5 (extremely).

Pour les patients



Pour les familles

Explosion de la cellule familiale

The perspective of families of the critically ill patient: their needs

George F. Alvarez and Ann S. Kirby

Families consistently highlight three major issues that they deem could be improved from their perspective. Increased information about their loved ones, proximity to the patient and a more flexible visiting policy stand out as relevant issues to families.

Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity

Frédéric Pochard, MD; Elie Azoulay, MD; Sylvie Chevret, MD; François Lemaire, MD; Philippe Hubert, MD; Pierre Canoui, MD; Marc Grassin, MD; Robert Zittoun, MD; Jean-Roger le Gall, MD; Jean François Dhainaut, MD; Benoît Schlemmer, MD; for the French FAMIREA group*

	n% [95% CI]	Spouses (n = 207)	Family Members Except Spouses (n = 629)	All Family Members (n = 836)
Anxiety		168 81.1 [28–96] ^a	410 65.1 [33–77]	578 69.1 [44–88]
Depression		98 47.3 [29–89] ^a	198 31.4 [17–49]	296 35.4 [17–55]
Both (anxiety and depression)		92 44.5 [31–50] ^a	178 28.3 [15–41]	270 24.7 [11–56]
At least one (anxiety or depression)		174 84 [58–97] ^a	433 68.8 [31–84]	608 27.7 [11–57]

Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity

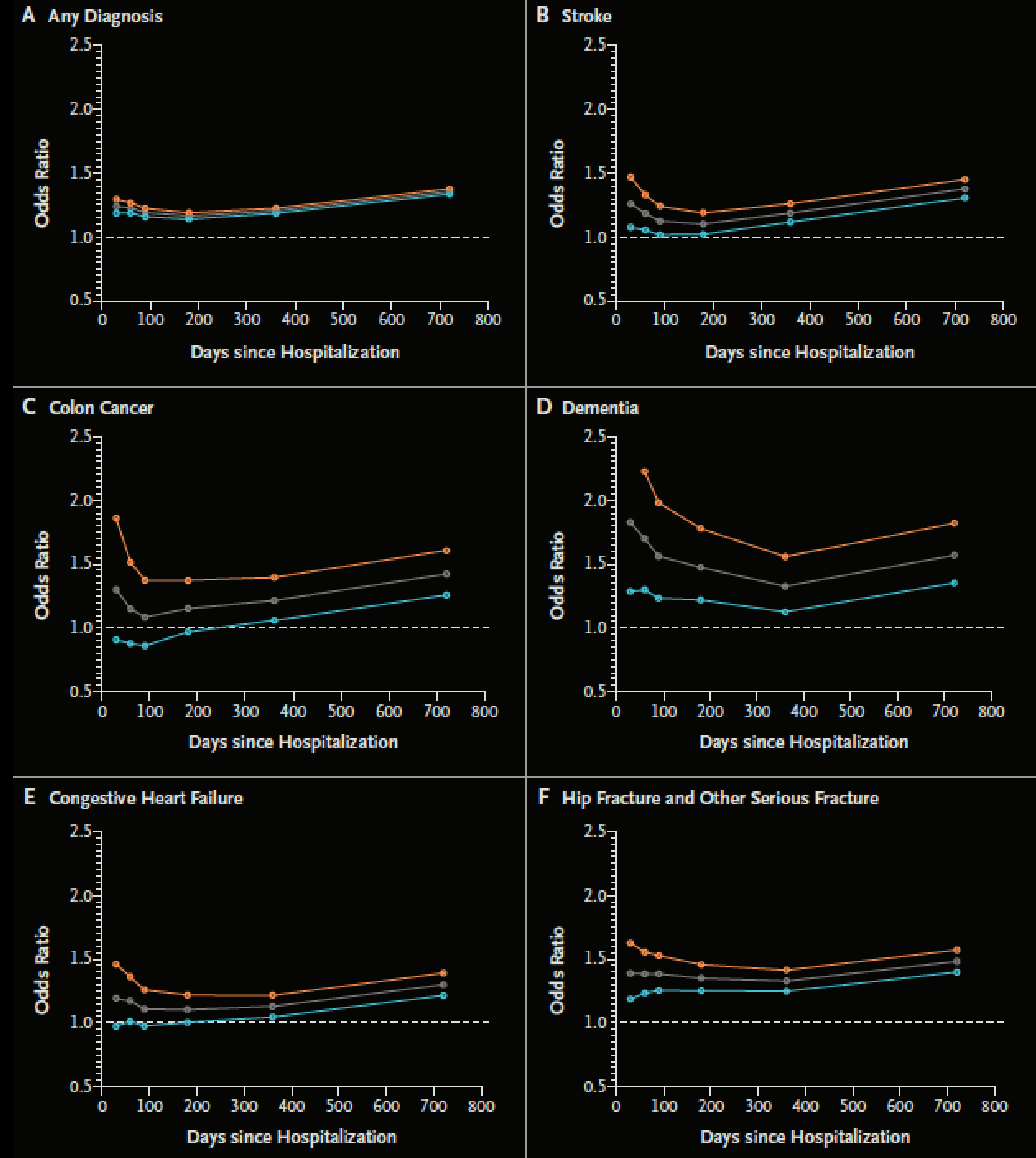
Frédéric Pochard, MD; Elie Azoulay, MD; Sylvie Chevret, MD; François Lemaire, MD; Philippe Hubert, MD; Pierre Canoui, MD; Marc Grassin, MD; Robert Zittoun, MD; Jean-Roger le Gall, MD; Jean François Dhainaut, MD; Benoît Schlemmer, MD; for the French FAMIREA group*

	Odds Ratio (95% CI) for Anxiety	Odds Ratio (95% CI) for Depression
Patient related		
No chronic disease	1.52 (1.03–1.79); <i>p</i> = .02	NS
Age (/20 yrs)	NS	0.79 (0.67–0.97); <i>p</i> = .02
Family related		
Spouse	2.80 (1.67–4.69); <i>p</i> = .0001	2.1 (1.50–3.54); <i>p</i> = .0001
Female	2.42 (1.67–3.52); <i>p</i> = .0001	2 (1.40–2.84); <i>p</i> = .0001
Wanted help from psychologist	1.62 (1.11–2.36); <i>p</i> = .01	NS
Was receiving help from general practitioner	1.55 (1.07–2.25); <i>p</i> = .02	NS
Not of French descent	NS	1.90 (1.10–3.30); <i>p</i> = .02
Caregiver related		
No regular physician-nurse meetings	1.36 (1.04–1.79); <i>p</i> = .02	NS
No room dedicated for meetings with families	1.80 (1.10–2.96); <i>p</i> = .01	NS
No waiting room	NS	2.50 (1.25–5.02); <i>p</i> = .009
Perceived contradictions in information	NS	1.67 (1.01–2.75); <i>p</i> = .04

SPECIAL ARTICLE

Mortality after the Hospitalization of a Spouse

Nicholas A. Christakis, M.D., Ph.D., M.P.H., and Paul D. Allison, Ph.D.



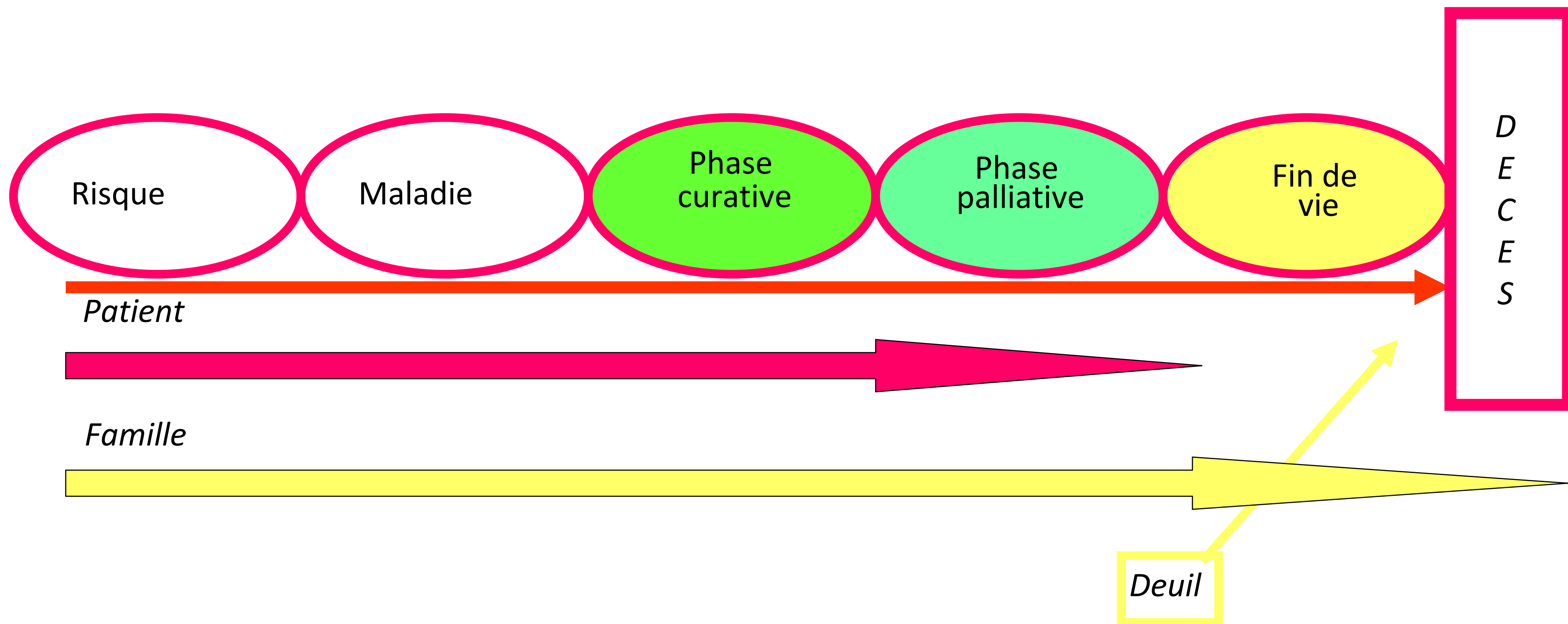
Pour les patients

Pour les familles

Pour Nous

La famille connaît le mieux le patient

L'information de la famille



Who Should Be at the Bedside 24/7: Doctors, Families, Nurses?

Hayley B. Gershengorn, MD¹ Allan Garland, MD²

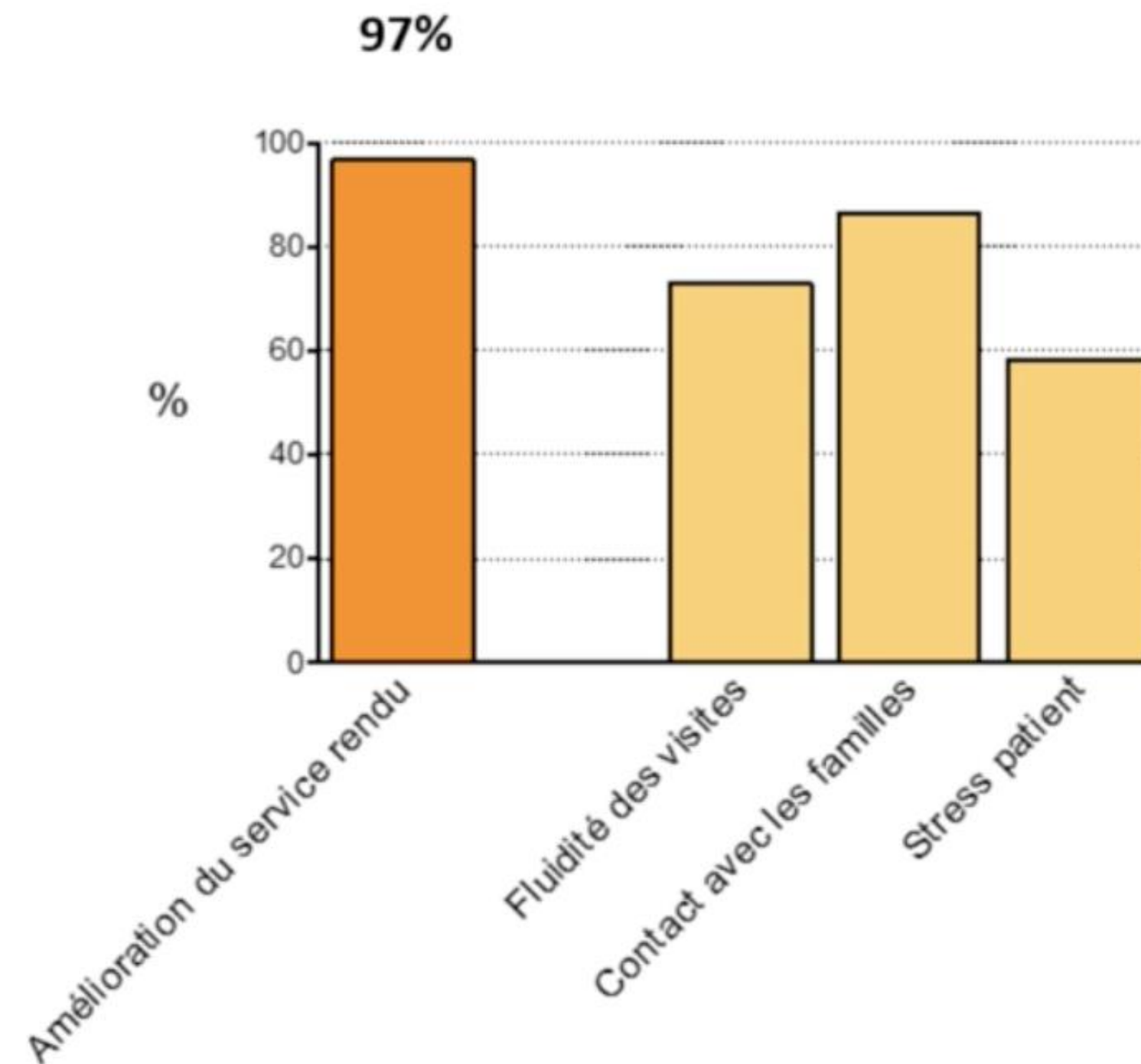
¹ Department of Medicine, Albert Einstein College of Medicine,
Montefiore Medical Center, Bronx, New York

² Department of Medicine and Community Health Sciences, University
of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada

Address for correspondence Allan Garland, MD, Department of
Internal Medicine, University of Manitoba, Health Sciences Center-GF
222, 820 Sherbrook Street, Winnipeg, Manitoba R3A 1R9, Canada
(e-mail: agarland@exchange.hsc.mb.ca).

Pour Nous

Amélioration du service rendu



Pour les patients

Pour les familles

Pour Nous

Pour les patients, les familles et pour nous

Confiance

On ne choisit pas sa
Réanimation

Horaires de visite ?



Rétablir la vérité

Internet

TV

Médias ...



SDRA

Recherche Google

J'ai de la chance

Placer le patient et ses x Réanimation 2017 - O x Mortality after the Hos x Cardiopulmonary resus x Cardiopulmonary Resu x Programme x W Syndrome de détresse x SDR - Recherche Goc x Group

Sécurisé | https://www.google.fr/search?source=hp&q=SDRA&oq=SDRA&gs_l=psy-ab.3..35i39k1j0l3.18858.34687.0.72151.29.17.11.0.0.0.78.1065.16.17.0....0...1.1.64.psy-ab..1.28....

Applications + Live TV Rugbyrama Qwant Scholar Intranet A.F. NUGER News Sci-Hub PubMed Traduction Annuaire PU Biblio CARC63 Cooking Chef Maps Signets personnels »

Google

SDRA

Tous Images Vidéos Actualités Livres Plus Paramètres Outils

Environ 862 000 résultats (0,38 secondes)

[\[PDF\] Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë \(SDRA\) - CNER](#)

www.cnerea.fr/UserFiles/File/national/desc-des/livre-masson-2015/.../sdra.pdf ▼

La définition la plus récente (Ranieri 2012) (tableau 1) propose de définir le **SDRA** par l'association des 4 critères ci-dessous : 1) Insuffisance respiratoire aiguë ...

[Le syndrome de détresse respiratoire aiguë \(SDRA\) \(193a\) - Corpus ...](#)

www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/rea/.../193a/lecon193a.html ▼

Le syndrome de détresse respiratoire aiguë (**SDRA**) est une forme très sévère de défaillance pulmonaire aiguë, consécutive à une altération de la perméabilité ...

[Résumé](#) · [Introduction](#) · [Diagnostic positif](#) · [Physiopathologie](#)

[Syndrome de détresse respiratoire aiguë — Wikipédia](#)

https://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_de_détresse_respiratoire_aiguë ▼

Le **syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)** est un état critique (extrêmement grave) où la compliance pulmonaire et la capacité d'échanges gazeux ...

[Histologie](#) · [Éléments du diagnostic](#) · [Modalités thérapeutiques](#)

Vous avez consulté cette page le 18/09/17.

[Ventilation du syndrome de détresse respiratoire aigüe de l'adulte ...](#)

<https://www.srlf.org/.../ventilation-syndrome-de-detresse-respiratoire-aigue-de-ladulte...> ▼

25 août 2016 - Décrire l'incidence et le pronostic du **SDRA**, défini selon les critères de Berlin, en réanimation ainsi que la capacité des cliniciens à en faire le ...

[Prise en charge ventilatoire du SDRA \(adulte et enfant\) - SRLF](#)

<https://www.srlf.org> › [Référentiels et EPP](#) › [Respiratoire](#) ▼

Prise en charge ventilatoire du **SDRA** (adulte et enfant). Ces recommandations sont le résultat du travail d'un groupe d'experts réuni par la SRLF en 2005.




 Wiki Loves Monuments : photographiez un monument historique, aidez Wikipédia et gagnez !
 



Syndrome de détresse respiratoire aiguë

Le **syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)** est un état critique (extrêmement grave) où la **compliance pulmonaire** et la capacité d'échanges gazeux chutent radicalement.

Il traduit une atteinte de la membrane alvéolo-capillaire induisant un **œdème pulmonaire** lésionnel.

Cette manifestation peut apparaître dans un grand nombre de situations pathologiques avec des mécanismes différents. Il est caractérisé par une inflammation du parenchyme pulmonaire qui mène à des anomalies d'échanges de gaz avec une libération en parallèle de médiateurs inflammatoires du parenchyme pulmonaire qui causent une inflammation, une hypoxémie ; souvent une défaillance multiviscérale en résulte.

Son traitement, à la fois étiologique et symptomatique, ne permet une survie que dans la moitié des cas pour les SDRA dits « sévères ». Son pronostic reste donc encore très sombre et il peut laisser des séquelles importantes.

Sommaire [masquer]

- 1 Historique
- 2 Épidémiologie
- 3 Physiopathologie
- 4 Symptômes
- 5 Histologie
- 6 Causes et facteurs de risque
- 7 Éléments du diagnostic
- 8 Modalités thérapeutiques
 - 8.1 Ventilation mécanique
 - 8.2 Thérapeutique non ventilatoire
 - 8.3 Thérapeutique n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité
- 9 Pronostic
- 10 Notes et références
- 11 Articles connexes

- ## Sommaire [masquer]
- 1 Historique
 - 2 Épidémiologie
 - 3 Physiopathologie
 - 4 Symptômes
 - 5 Histologie
 - 6 Causes et facteurs de risque
 - 7 Éléments du diagnostic
 - 8 Modalités thérapeutiques
 - 8.1 Ventilation mécanique
 - 8.2 Thérapeutique non ventilatoire
 - 8.3 Thérapeutique n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité
 - 9 Pronostic
 - 10 Notes et références
 - 11 Articles connexes

Historique [[modifier](#) | [modifier le code](#)]

Il a été décrit pour la première fois en 1967¹.

Épidémiologie [modifier | modifier le code]

Il atteint 10 % des patients en réanimation². L'incidence, aux États-Unis, est comprise entre 10 et 90 cas par 100 000 patients³.

Syndrome de détresse respiratoire aiguë

Radiographie pulmonaire

Spécialité	Pneumologie 
CIM-10	J80 
CIM-9	518.5  , 518.82 
DiseasesDB	892 
MedlinePlus	000103 
eMedicine	165139 
eMedicine	med/70 
MeSH	D012128 

 Mise en garde médicale

modifier - modifier le code - voir wikidata



Modalités thérapeutiques [modifier | modifier le code]

Dans tous les cas, le traitement de la cause doit être fait lorsque cela est possible (traitement d'une infection par exemple)

Ventilation mécanique [modifier | modifier le code]

Les modalités de la **ventilation mécanique** au cours du SDRA a fait l'objet de la publication de **recommandation** par différentes sociétés savantes américaines et européennes¹².

Elle peut aggraver les dommages aux tissus pulmonaires déjà induits par cette affection. On vise donc à minimiser les risques de volo/barotrauma, quitte à permettre un niveau relativement élevé d'**hypercapnie** (**hypercapnie permissive**) et d'**hypoxémie**. On se basera, pour cela, sur la mesure de la **pression alvéolaire** (pression de plateau inspiratoire) qui doit être ≤ 30 cm H₂O. On cherchera par ailleurs à surveiller l'apparition d'une hyperinflation dynamique (appelée autrement auto-PEEP) potentiellement responsable de tamponnade gazeuse. En gros, le volume courant est réglé à un bas niveau (6 ml/kg) par rapport à d'habitude¹³.

Selon la théorie de l'*open lung ventilation* certaines alvéoles affaissées peuvent être maintenues ouvertes par un niveau de **PEEP** plus élevé¹⁴ (selon le niveau de FiO₂) après avoir été recrutées par de hautes pressions de ventilation (40-50 cm H₂O) : c'est le concept du **recrutement alvéolaire**. La méthode de recrutement alvéolaire (méthode apnéique, non-apnéique et décubitus ventral) ne fait pas encore l'objet de consensus mis à part l'intérêt démontré récemment pour le décubitus (ou position) ventral à la phase aiguë des SDRA les plus sévères¹⁵.

Les niveaux de PEEP sont probablement différents selon que le SDRA soit d'allure focale (PEEP probablement non élevée) ou d'allure diffuse (PEEP probablement élevée).

L'objectif de PaO₂ est probablement entre 55 et 80 mmHg.

Thérapeutique non ventilatoire [modifier | modifier le code]

- Vasodilatateur inhalé (oxyde nitrique…) ;
- Drainage des épanchements pleuraux¹⁶
- La sédation est très souvent pratiquée , en revanche, la curarisation des patients fait de l'objet de débats, à cause d'importants effets indésirables^{16, 17} ;
- ECMO** (*Extra-corporeal membrane Oxygenation*) ;
- Épurateur de CO₂ (intérêt discuté) ;
- corticothérapie à la phase fibroproliférative.

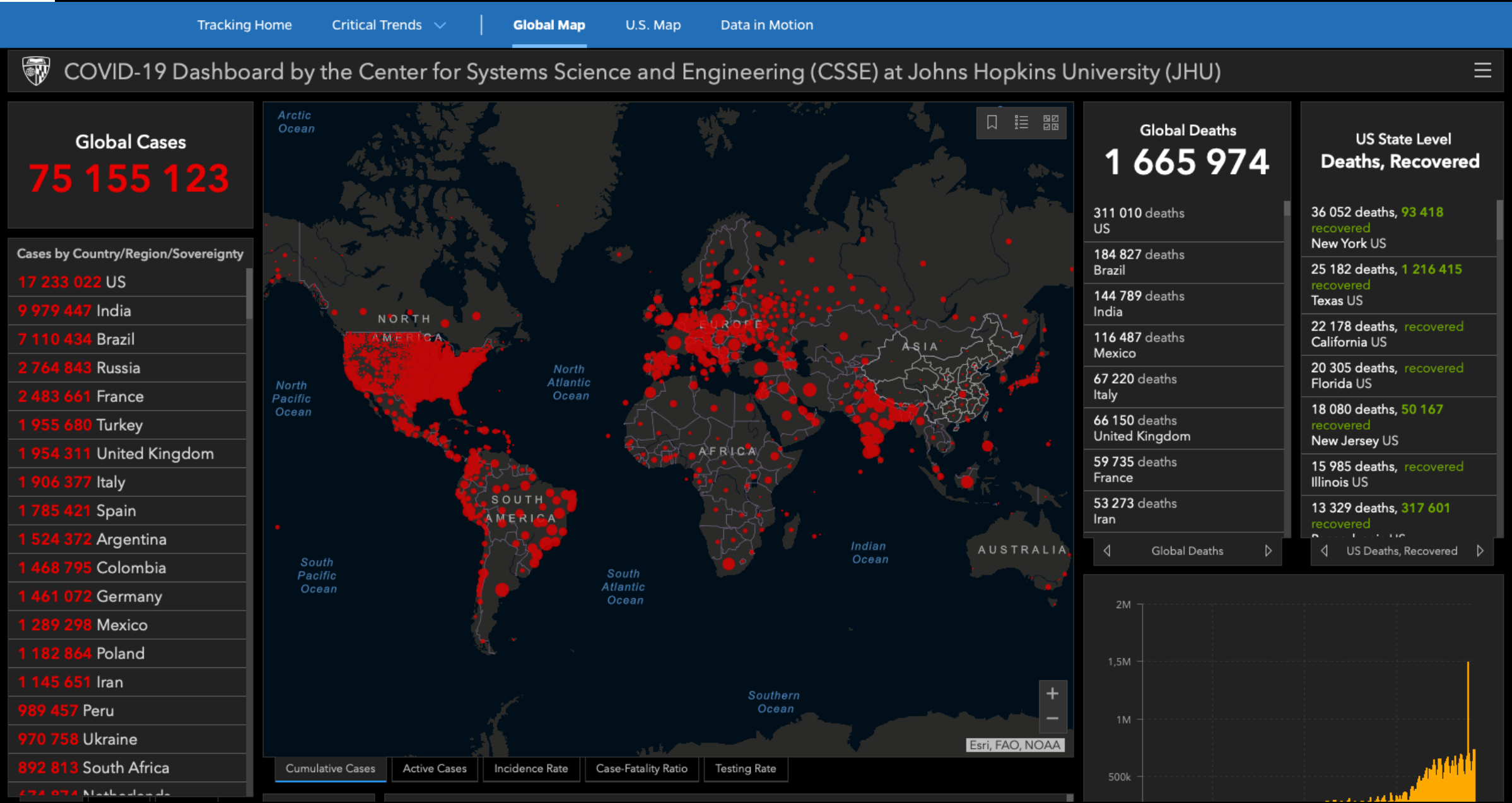
Thérapeutique n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité [modifier | modifier le code]

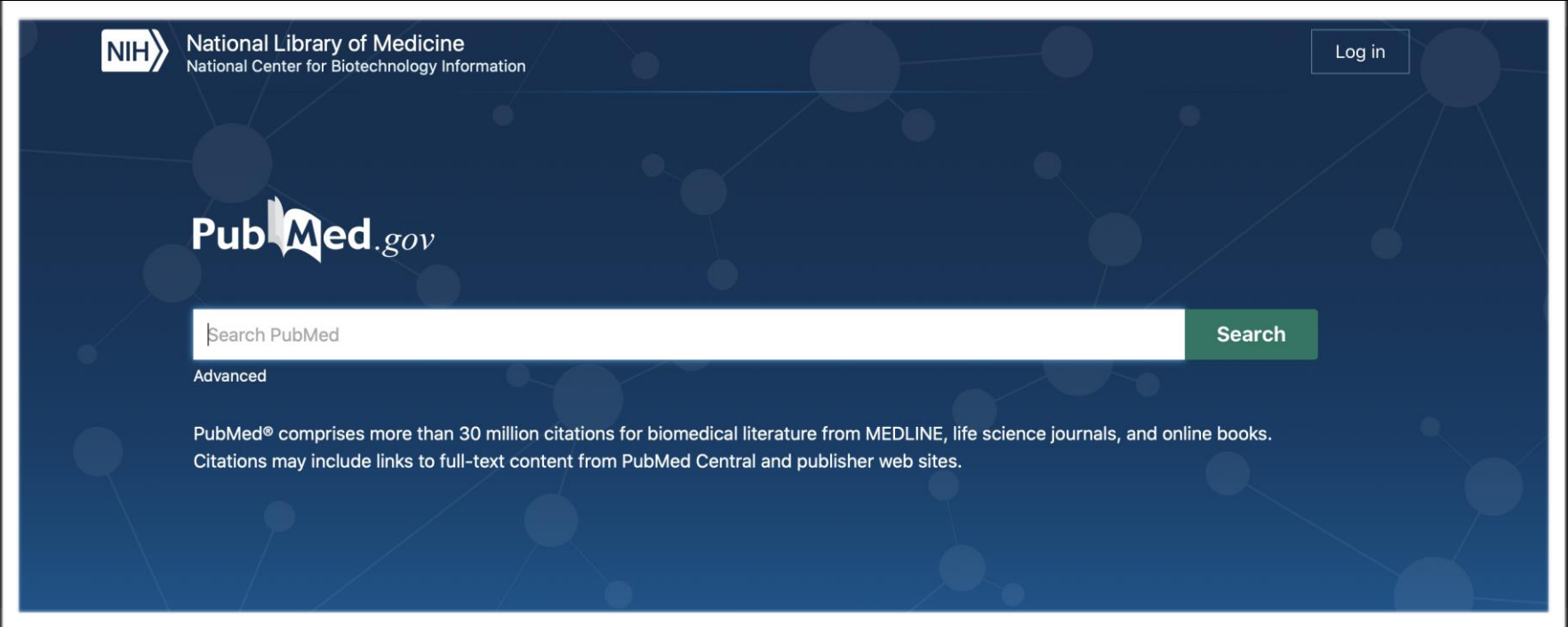
La **ventilation oscillatoire à haute fréquence** ne fait plus partie des modalités de ventilation utilisées (certains sous-groupes de patients pourraient peut-être encore en bénéficier mais des études complémentaires sont nécessaires)^{18, 19}.

La **ventilation liquidienne** aux **perfluorocarbones** reste du domaine de la recherche.

Pronostic [modifier | modifier le code]

Il s'agit d'une atteinte grave et la mortalité peut atteindre 50% dans les formes les plus sévères². Même après guérison, il peut exister des séquelles musculaires, neurologiques, cognitives ou psychologiques²⁰, avec une baisse de la forme physique sur plusieurs années²¹.





Rétablir la vérité

Internet

TV

Médias ...

NETFLIX

SPECIAL ARTICLE

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION ON TELEVISION

Miracles and Misinformation

SUSAN J. DIEM, M.D., M.P.H., JOHN D. LANTOS, M.D., AND JAMES A. TULSKY, M.D.

Table 1. Causes of Cardiac Arrests in Three Television Series.

CAUSE	NO. OF CASES
Near-drowning	9
Motor vehicle accident	5
Gunshot wound	8
Stab wound	1
Other trauma	7
Arrhythmia	7
Myocardial infarction	6
Other cardiac cause	3
Sepsis	2
Lightning	2
Electric shock	1
Hypothermia	1
Inhalation of cleaning agent and butane	1
Ruptured abdominal aortic aneurysm	1
Congenital heart disease	1
Diabetic ketoacidosis	1
Pericarditis due to lupus erythematosus	1
Eclampsia	1
Drug overdose	1
Cocaine toxicity	1

SPECIAL ARTICLE

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION ON TELEVISION

Miracles and Misinformation

SUSAN J. DIEM, M.D., M.P.H., JOHN D. LANTOS, M.D., AND JAMES A. TULSKY, M.D.

Table 3. Survival after CPR in Three Television Series.

SERIES	NO. OF EPISODES	NO. OF OCCURRENCES OF CPR	SHORT-TERM SURVIVAL AFTER CPR	SURVIVAL TO DISCHARGE AFTER CPR	SHORT-TERM SURVIVAL, DEATH IN HOSPITAL	SHORT-TERM SURVIVAL WITHOUT FOLLOW-UP
				<i>number of patients (percent)</i>		
<i>Chicago Hope</i>	22	11	7 (64)	4 (36)	3 (27)	0
<i>ER</i>	25	31	21 (68)	NA*	3 (10)	18 (58)
<i>Rescue 911</i>	50	18	18 (100)	18 (100)	0	0
Total	97	60	46 (77)	22 (37)	6 (10)	18 (30)



Montrez ce que
vous faites













SATISFACTION WITH ELIMINATION OF ALL VISITATION RESTRICTIONS IN A MIXED-PROFILE INTENSIVE CARE UNIT

By Diane K. Chapman, DNP, APRN, CCRN, FNP-C, Dave S. Collingridge, PhD,
Lorie A. Mitchell, RN, MSN, Elizabeth S. Wright, RN, MSN, Ramona O. Hopkins,
PhD, Jorie M. Butler, PhD, and Samuel M. Brown, MD, MS

Table
Demographic data for nurses responding to survey
before and after change in visitation policy

Characteristic	No. (%) of nurses	
	Before (n = 61)	After (n = 67)
Age, y		
20-30	13 (21)	15 (22)
31-40	23 (38)	31 (46)
41-50	13 (21)	9 (13)
51-60	12 (20)	11 (16)
Years in nursing		
1-3	9 (15)	7 (10)
>3-5	11 (18)	15 (22)
>5-10	14 (23)	16 (24)
>10-15	12 (20)	10 (15)
>15-20	3 (5)	5 (7)
>20	12 (20)	13 (19)
Years in critical care		
<1	4 (7)	3 (4)
>1-3	11 (18)	14 (21)
>3-5	13 (21)	12 (18)
>5-10	12 (20)	10 (15)
>10-15	9 (15)	13 (19)
>15-20	3 (5)	5 (7)
>20	9 (15)	9 (13)
Hospitalization history		
Critical care	7 (11)	7 (10)
Area other than critical care	37 (61)	35 (52)
Never hospitalized	17 (28)	23 (34)
Family member hospitalized		
Critical care	40 (66)	44 (66)
Area other than critical care	17 (28)	19 (28)
Never hospitalized	4 (7)	4 (6)
Education		
Certificate	1 (2)	0 (0)
Associate degree	11 (18)	13 (19)
Bachelor's degree	42 (69)	47 (70)
Graduate degree	6 (10)	6 (9)



SATISFACTION WITH ELIMINATION OF ALL VISITATION RESTRICTIONS IN A MIXED-PROFILE INTENSIVE CARE UNIT

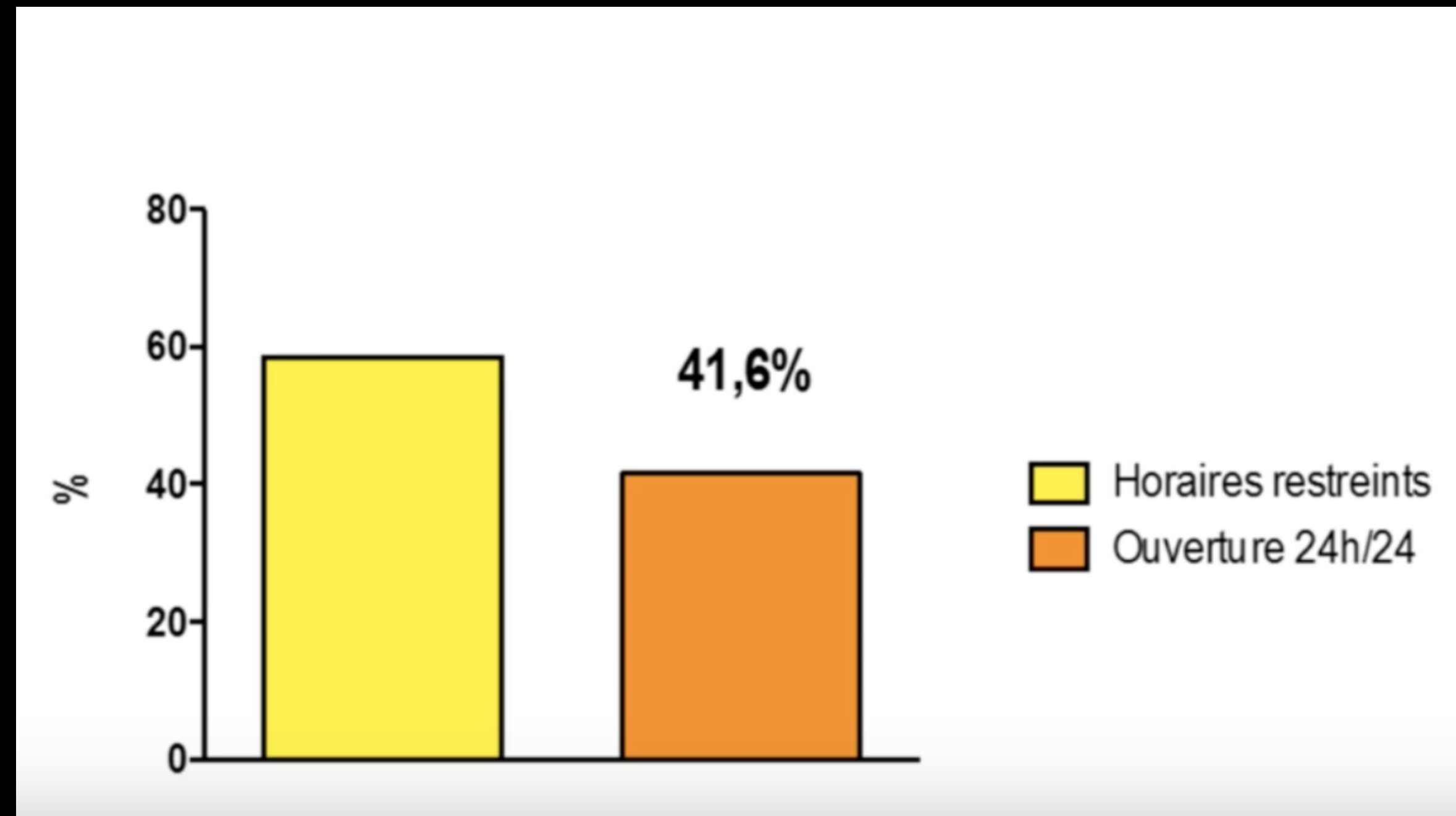
By Diane K. Chapman, DNP, APRN, CCRN, FNP-C, Dave S. Collingridge, PhD,
Lorie A. Mitchell, RN, MSN, Elizabeth S. Wright, RN, MSN, Ramona O. Hopkins,
PhD, Jorie M. Butler, PhD, and Samuel M. Brown, MD, MS

Conclusions

Changing from minimally restricted to unrestricted visitation improved family satisfaction in a large, mixed-profile ICU. Nursing perceptions of family satisfaction with the unit's visitation policy also improved. The change in visitation guidelines did not adversely or positively affect nurse-reported interference with their clinical care. Consistent with recent guidelines,⁵ our findings support unrestricted visitation as part of patient- and family-centered critical care.

Pourquoi rester fermé ?

Pourquoi rester fermé ?



63% des services fermés ne souhaitent pas « ouvrir »

Pourquoi rester fermé ?

Confidentialité



Infections nosocomiales

Agitation

Instabilité HMDM

Confort

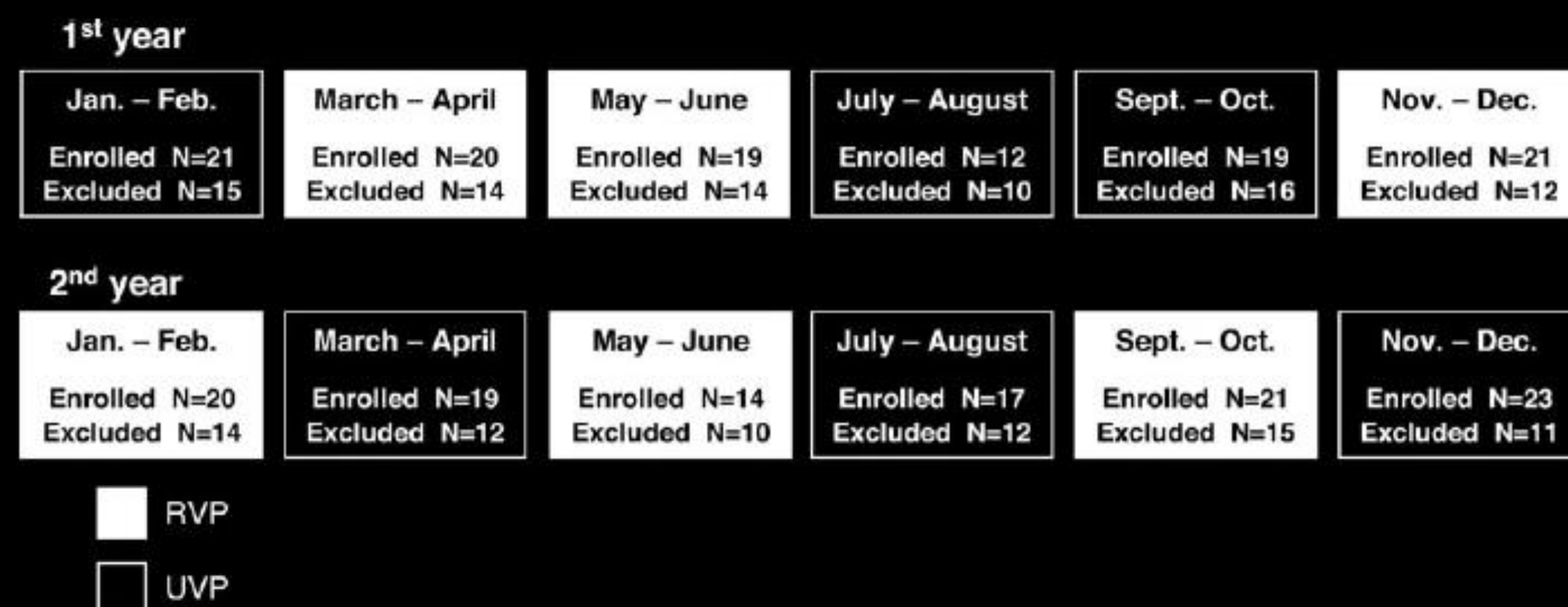
...

Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit

Results From a Pilot, Randomized Trial

Stefano Fumagalli, MD; Lorenzo Boncinelli, MD; Antonella Lo Nostro, BSc; Paolo Valoti, MD;
Giorgio Baldereschi, MD; Mauro Di Bari, MD, PhD; Andrea Ungar, MD; Samuele Baldasseroni,
Pierangelo Geppetti, MD; Giulio Masotti, MD; Riccardo Pini, MD; Niccolò Marchionni, MD

The present randomized trial was carried out as a pilot study, to address this issue in a cardiology ICU. First, we aimed at testing whether, compared with RVP, UVP is associated with increased environmental contamination, resulting in a greater risk of septic complications. Second, we compared the incidence of major cardiovascular complications and changes in emotional and hormonal profiles between the 2 regimens.



Reduced Cardiocirculatory Complications With
Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit
Results From a Pilot, Randomized Trial

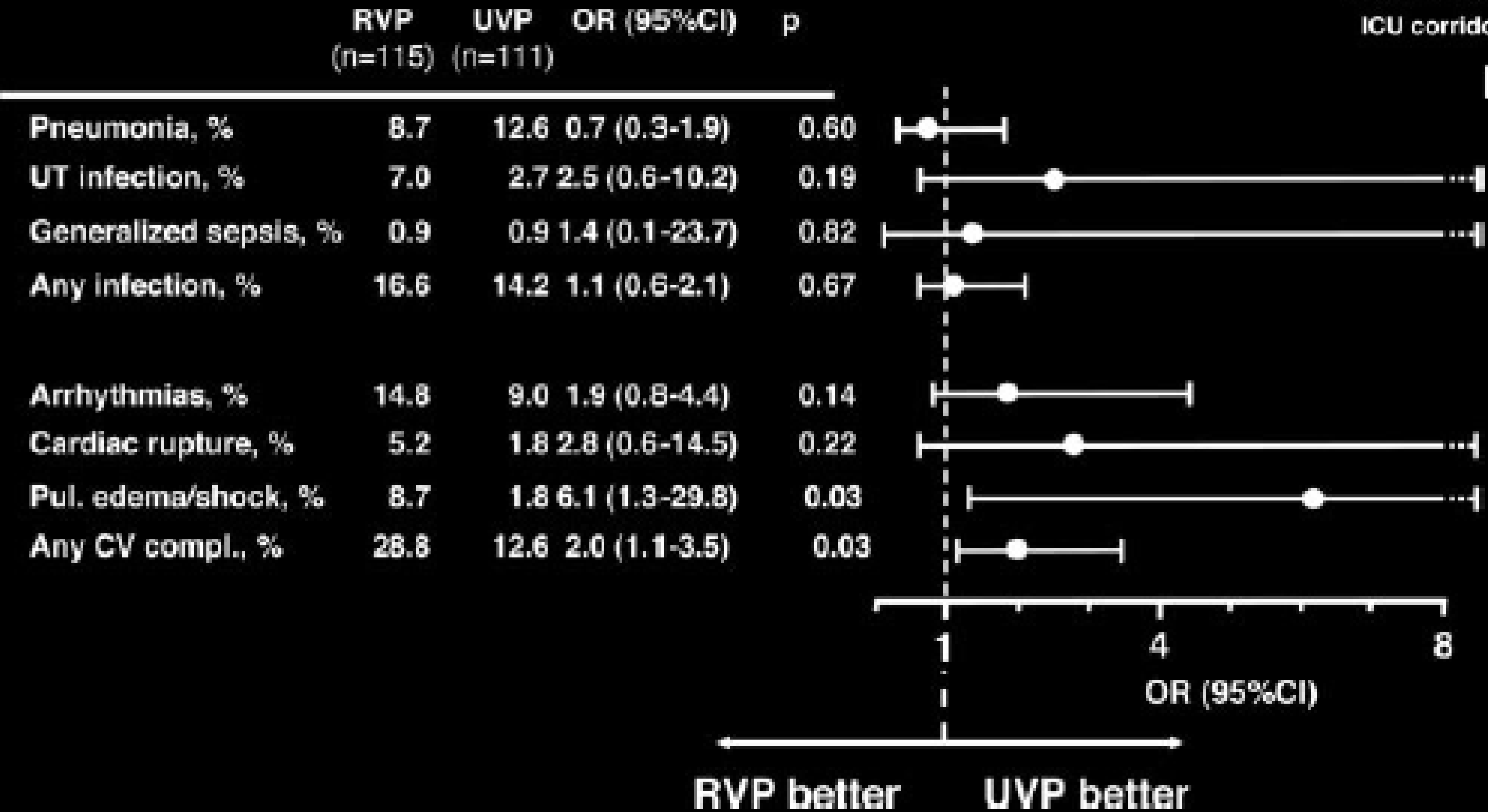
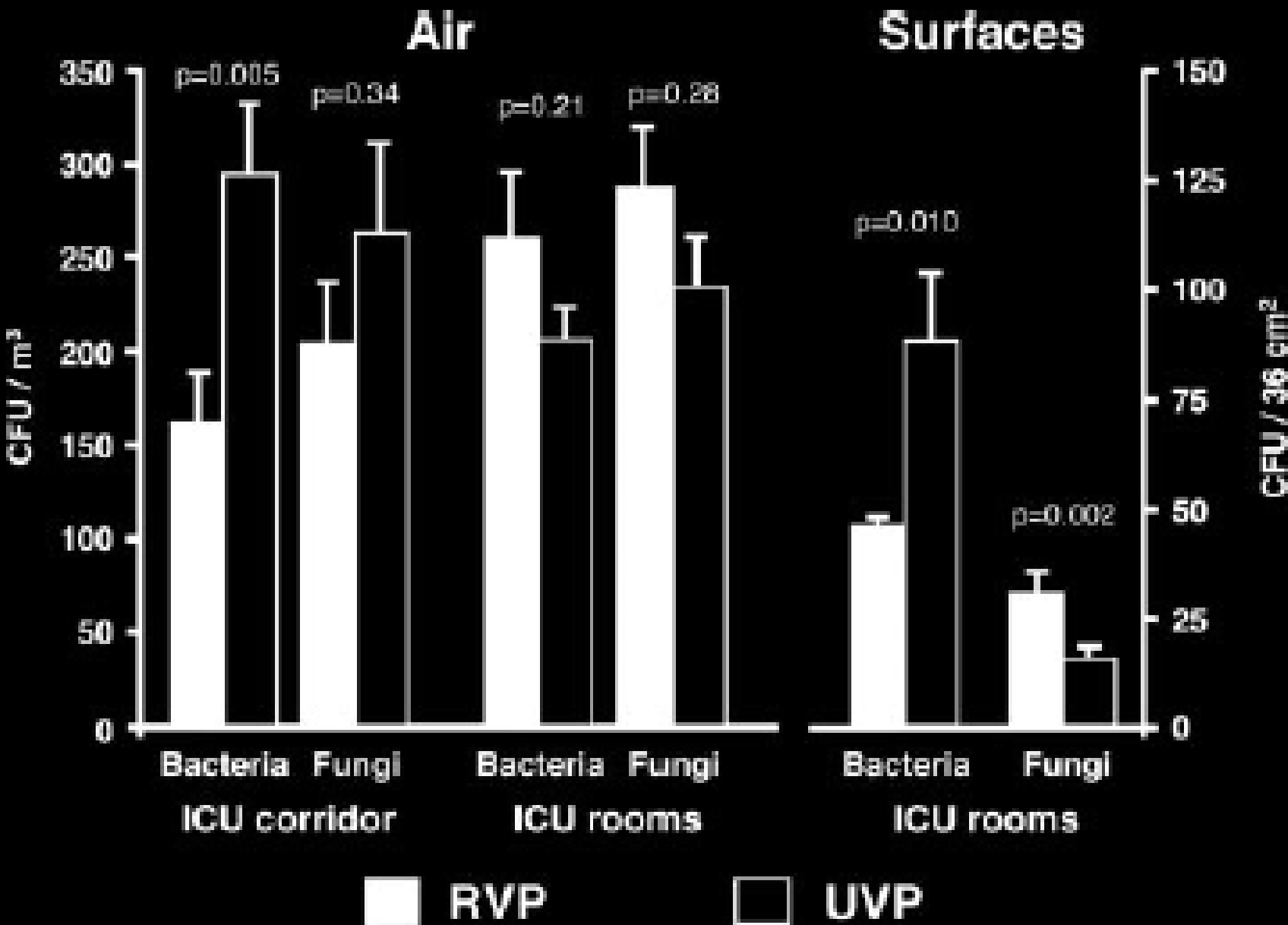
Stefano Fumagalli, MD; Lorenzo Boncinelli, MD; Antonella Lo Nostro, BSc; Paolo Valoti, MD;
Giorgio Baldereschi, MD; Mauro Di Bari, MD, PhD; Andrea Ungar, MD; Samuele Baldasseroni, MD;
Pierangelo Geppetti, MD; Giulio Masotti, MD; Riccardo Pini, MD; Niccolò Marchionni, MD

Demographic and Clinical Characteristics by Visiting Policy

	RVP (n=115)	UVP (n=111)	P
Age, y	67±1	68±1	0.63
Age ≥75 y, %	26.1	27.9	0.76
Male gender, %	69.0	74.8	0.31
Living alone, %	9.0	13.9	0.30
Marital status (married), %	66.1	66.7	1.00
Social network,* n	3.9±0.8	3.8±0.9	0.89
Formal education >8 y, %	21.7	21.3	1.00
Wine consumption >0.5 L/d, %	13.9	16.2	0.40
Body mass index, kg/m ²	25.2±0.4	25.8±0.4	0.25
Mini Mental State Examination score	26.6±0.2	26.7±0.2	0.78
Cardiovascular risk factors, %			
Current smoking	37.4	34.2	0.30
Diabetes	11.3	17.1	0.25
Dyslipidemia	14.8	21.6	0.23
Hypertension	37.4	33.3	0.58
Admission diagnosis, %			
Acute myocardial infarction	69.6	68.5	
Unstable angina	19.1	20.7	
Decompensated heart failure	4.3	4.5	0.96
Arrhythmias	2.6	3.6	
Other	4.3	2.7	
APACHE II			
Acute Physiology score	2.3±0.2	2.6±0.3	0.51
Chronic Health Evaluation score	0.2±0.1	0.1±0.1	0.36
Sensory impairments, %			
Hearing loss	0.9	1.8	0.62
Visual loss	4.3	1.8	0.45
Invasive procedures,† n	2.9±0.2	2.5±0.2	0.19

Reduced Cardiocirculatory Complications With
Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit
Results From a Pilot, Randomized Trial

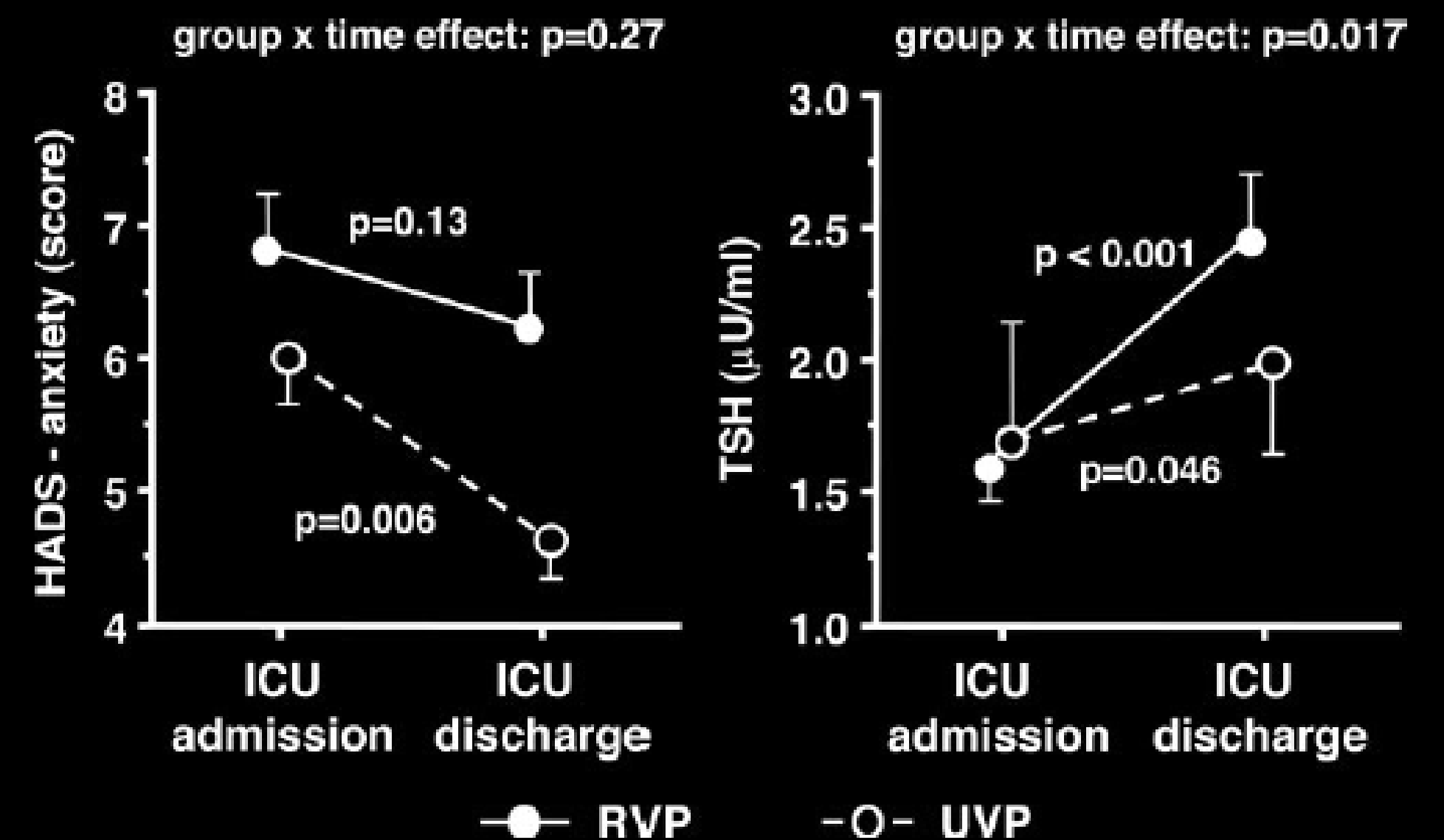
Stefano Fumagalli, MD; Lorenzo Boncinelli, MD; Antonella Lo Nostro, BSc; Paolo Valoti, MD;
Giorgio Baldereschi, MD; Mauro Di Bari, MD, PhD; Andrea Ungar, MD; Samuele Baldasseroni, MD;
Pierangelo Geppetti, MD; Giulio Masotti, MD; Riccardo Pini, MD; Niccolò Marchionni, MD



Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit

Results From a Pilot, Randomized Trial

Stefano Fumagalli, MD; Lorenzo Boncinelli, MD; Antonella Lo Nostro, BSc; Paolo Valoti, MD;
Giorgio Baldereschi, MD; Mauro Di Bari, MD, PhD; Andrea Ungar, MD; Samuele Baldasseroni, MD;
Pierangelo Geppetti, MD; Giulio Masotti, MD; Riccardo Pini, MD; Niccolò Marchionni, MD



conclusion : data can't justify restricted visiting policy ...

Impact sur l'organisation des soins ?

On est déjà ouvert suffisamment

Modalités d'accueil	
Nb de plages horaires, n (%)	
1	144 (80.9)
2	32 (18)
3	2 (1.1)
Amplitude horaire, médiane (IQR)	6 [4 ; 8]

Impact sur l'organisation des soins ?

On ne sera plus chez nous !

Impact sur l'organisation des soins ?

On va être envahis !

Impact sur l'organisation des soins ?

Pas plus longtemps en moyenne

Pas au même moment

Pas dans la salle d'attente

Pas dans les starting-blocks

Pas de participation aux soins

mais ...

Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit*

Maité Garrouste-Orgeas, MD; François Philippart, MD; Jean François Timsit, MD, PhD; Frédérique Diaw, RN; Vincent Willems, MD; Alexis Tabah, MD; Ghylaine Bretteville, RN; Aude Verdavainne, RN; Benoit Misset, MD; Jean Carlet, MD

Variables	Physician Questionnaires (n = 115)	Nurse Questionnaires (n = 115)	Difference Between Physician and Nurse Scores		<i>p</i> Value
			Positive	Negative	
Difficulty in organizing care	1	2	12	20	.008
Easy to work at the bedside	4	3	27	17	.11
Delay in examining the patient	1	1	35	18	.06
Unease while examining the patient	1	1	34	15	.02
Family stress	2	2	44	30	.047
Family integration in the ICU team	2	2	38	32	.44
Family trust in the ICU team	3	3	39	16	.0023
Change in behaviors of ICU workers due to presence of family	1	2	42	27	.16

Problèmes rencontrés

- 10 services ouverts 24h/24 ont rapporté des problèmes :
 - 1/3 : plaintes médicales ou paramédicales
 - 1/3 : accueil des familles
 - 1/3 : familles « envahissantes »
- 1 service souhaite restreindre ses horaires.

Graphique charge soins

Règles d'or

Circulation

Nouvelles

Isolement

Lavage des mains

...



Gestion de la sédation

Amélioration de la Qualité des soins

Conclusion

Changement profond
des habitudes de service

ICU liberation strategy for ARDS

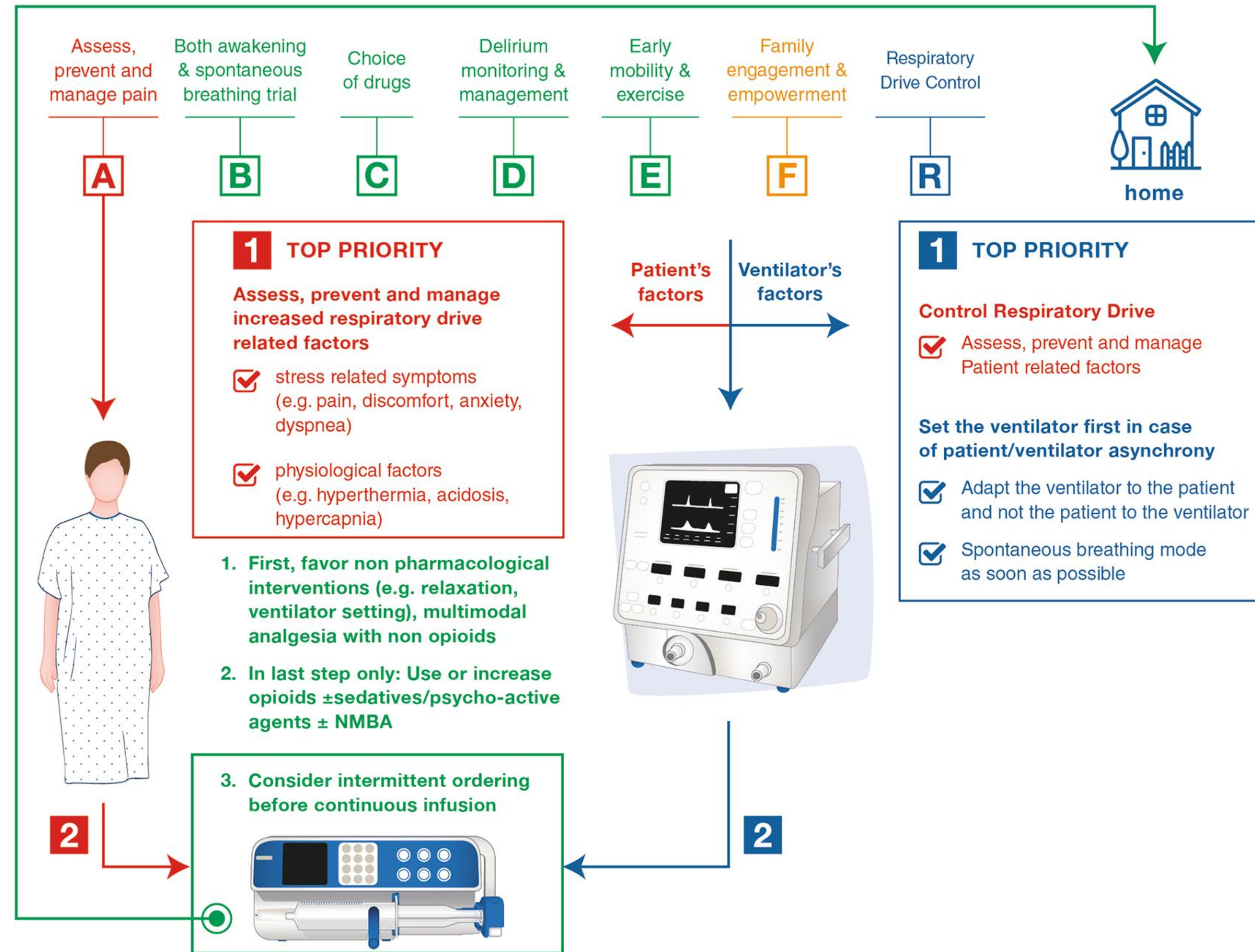
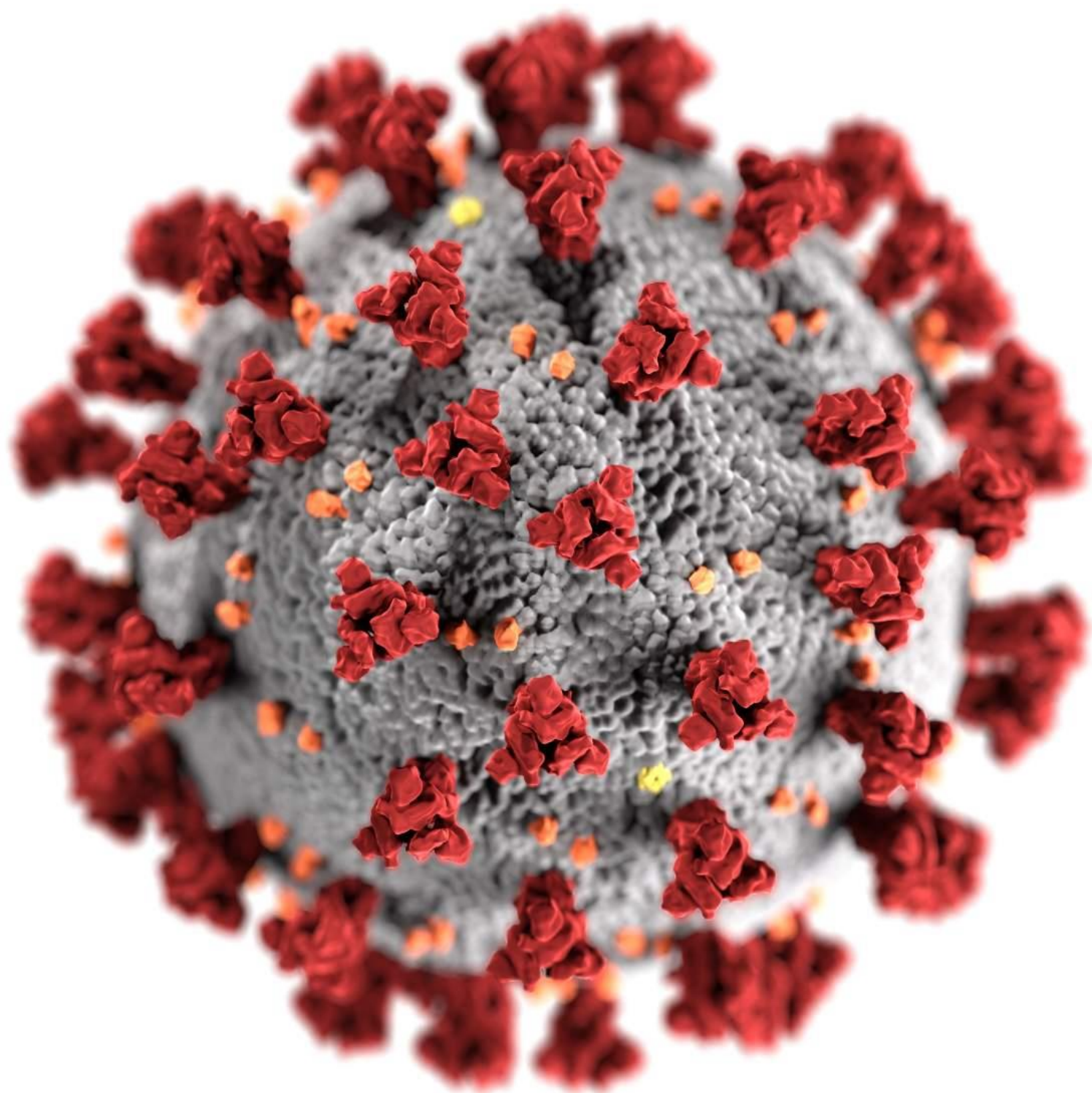


Fig. 3 Updated ABCDEF-R bundle for mechanically ventilated patients, including patients with ARDS, adapted from [42–45]





CHEST

Editorials

CHEST | Volume 144 | Number 1 | July 2013

**Surviving the ICU Does Not
Mean That the War Is Over**

Merci de votre attention ...