LA RECHERCHE PARAMÉDICALE AU CHU DE BREST

Photo D.R.

Florence Akli
Coordinatrice Générale des Soins
CHU de Brest

« La recherche paramédicale, aujourd'hui reconnue et financée, est **une recherche clinique menée par et pour les professionnels paramédicaux**. Fondée sur des données scientifiques, elle améliore les pratiques et la qualité des soins.

Depuis 2017, la Direction des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques du CHU de Brest (DSIRMT), en lien avec la Direction de la recherche et de l'innovation (DRCI), soutient cette dynamique. **En janvier 2025, un Comité pluriprofessionnel a été créé**, réunissant divers paramédicaux et cadres du CHU et du CH de Landerneau.

Son objectif : **rendre la recherche accessible, valoriser les projets et inspirer de nouvelles initiatives au service des patients.** »

Sur les panneaux suivants, quelques exemples de recherche paramédicale menée au CHU de Brest

Photo D.R.

« Cette exposition met à l'honneur l'engagement remarquable de nos professionnels paramédicaux dont la recherche est moteur d'innovation au service de la qualité des soins et des patients. »

Florence Favrel Feuillade - *Directrice générale - CHU de Brest*

Photo Hugo Gayrard

« Je tiens à saluer l'engagement des professionnels paramédicaux qui en s'investissant dans la recherche en plus de leur pratique quotidienne, contribuent à faire émerger des innovations déterminantes pour les patients. »

Pr Pierre-Yves Salaün - *Président de la Commission Médicale d'Etablissement - CHU de Brest*

« La dynamique de la recherche paramédicale est un atout réel pour le CHU de Brest. La diversité des thématiques au travers de cette exposition témoigne de cette richesse. La Direction de la recherche clinique et de l'innovation accompagne leurs projets, au même titre que ceux des professionnels médicaux. »

Bénédicte Simon - *Directrice chargée de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation - CHU de Brest.*

« La Recherche Clinique se définit par la réalisation d'études ayant pour objectif de répondre à des questions de soin. Qu'il s'agisse de Recherche conduite par des médecins ou par des paramédicaux, le processus est le même ; seul le type de question posée diffère. Cette exposition, par ses exemples concrets, ne peut que susciter des vocations paramédicales ! »

Alain Saraux - *Vice-Président Recherche - CHU de Brest*

polaris

LA RECHERCHE PARAMÉDICALE AU CHU DE BREST

CHU BREST
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

LE RÔLE DU CADRE DANS LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Pour **améliorer les pratiques** des cadres de santé

Photo D.R.

« Ce poster représente l'aboutissement d'un travail de recherche et d'analyse réalisé pendant un parcours de 10 mois au sein de l'Institut de Formation des Cadres de Santé du CHU de Brest et de l'Université de Bretagne Occidentale. Sur un temps contraint, les étudiants proposent des réflexions riches, appuyées par des enquêtes de terrain concrètes et sérieuses. En tant que formatrice, il est important pour moi de valoriser ces mémoires et de continuer à les faire vivre au-delà de la formation. »

Sandrine Olive
Formatrice
Institut de formation des cadres de santé
CHU de Brest

POUR EN SAVOIR +

polaris

LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Pour **améliorer la sécurité des soins** des infirmiers anesthésistes

« Cette expérience d'infirmier anesthésiste (IADE) de recherche a été ma première immersion dans la recherche paramédicale. J'y ai découvert la rigueur méthodologique, l'importance de la sémantique et la précision indispensables à toute démarche scientifique.
La recherche en sciences infirmières et en anesthésie est essentielle pour faire évoluer nos pratiques professionnelles, améliorer la relation soignant-soigné et renforcer la prévention, y compris de notre propre santé au travail. »

Photo D.R.

Cécile Landuré
Infirmière anesthésiste
CHU de Brest.

POUR EN SAVOIR +

ORGANISATION DES SOINS

Comment le métier de **cadre de santé** doit **évoluer**

Daphnée Lutz et Fanny Balay
Cadres de santé,
Soins intensifs de neurochirurgie
et Centre de chirurgie ambulatoire
CHU de Brest

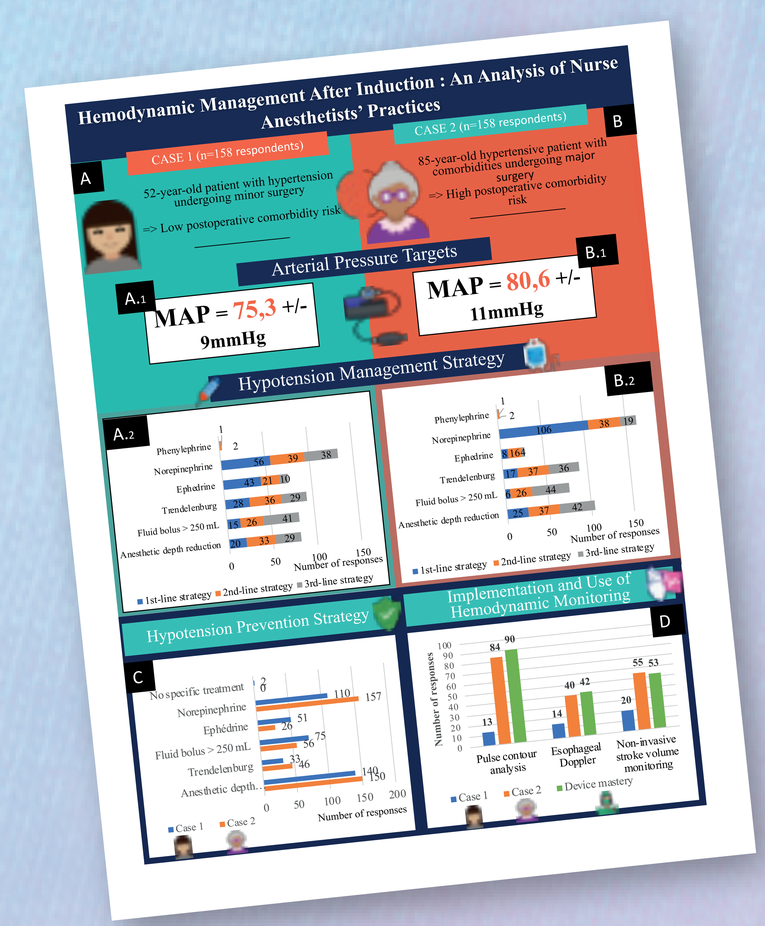
Photo D.R.

« L'année de formation de cadre de santé a été pour nous un temps de réflexion sur nos pratiques et sur l'évolution du métier. La recherche nous est apparue comme une opportunité d'approfondir ces questionnements en lien direct avec nos réalités professionnelles. C'est dans ce cadre que nous avons participé à une étude sur le référentiel d'activités et de compétences des cadres de santé de 2012, non réglementaire mais structurant. Menée début 2025, en Bretagne, auprès de 186 cadres et 35 étudiants, et complétée par un focus group, elle met en évidence la prédominance du management de proximité au détriment des projets, de la recherche et de l'innovation, faute de temps et de moyens. »

POUR EN SAVOIR +

PRATIQUES PROFESSIONNELLES SOUS LA LOUPE

Les **gestes des infirmiers** anesthésistes **pour sécuriser le patient** après l'endormissement



« Pour les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), la recherche paramédicale constitue un levier essentiel d'amélioration des pratiques de soins, de la qualité et de la sécurité des prises en charge, ainsi que de l'organisation des parcours de soins. Ancrée au cœur du métier infirmier, elle s'inscrit dans une démarche continue visant à optimiser le confort de la personne soignée, à améliorer sa qualité de vie et à mieux prendre en compte son vécu de la maladie. La recherche paramédicale s'adresse à l'ensemble des professionnels paramédicaux, favorisant ainsi une dynamique interprofessionnelle au service de l'amélioration des soins. »

Morgane Le Guen
Infirmière en pratique
avancée d'oncologie
CHU de Brest

Photo D.R.

POUR EN SAVOIR +

RECHERCHE PARAMÉDICALE

Les freins à lever pour **impliquer plus d'infirmiers** anesthésistes

Photo D.R.

« Soigner, pour moi, c'est aussi chercher. En tant qu'infirmière anesthésiste (IADE), chaque situation nourrit des questions essentielles sur nos pratiques. La recherche paramédicale me permet de transformer ces interrogations en connaissances scientifiques utiles. À titre personnel, je considère la recherche comme une vraie richesse pour notre métier. C'est un levier pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, mais aussi pour valoriser l'expertise des IADE et affirmer pleinement leur rôle dans le système de santé. »

Aurélie Grenon
Infirmière anesthésiste
CHU de Brest

POUR EN SAVOIR +

SOIGNER AU-DELÀ DU GESTE TECHNIQUE

Les infirmiers **anesthésistes** face au **handicap complexe**

Les valeurs de l'IADE lors de la prise en soin d'une personne vivant une situation complexe de handicap

Auteur : Maxime JULLIAND, infirmier anesthésiste
Contact : maxime.julliand@outlook.com

Travail réalisé sous la supervision du Dr Rocio ORTEGA DELGADO, MAR au CHU de Brest et de Elisabeth CHAPALAIN, responsable pédagogique de l'IFPS de Brest

INTRODUCTION

- Le handicap et les problématiques qui y sont liées représentent des sujets d'actualité qui concernent les IADE.
- Certains handicaps comme les troubles du spectre autistique ou le polyhandicap sont à l'origine de difficultés d'accès à la santé pour les personnes qui les vivent. Il devient obligatoire de recourir à l'anesthésie générale pour ces patients qui vivent une ***situation complexe de handicap*** afin de pouvoir bénéficier d'actes de soin de routine.
- L'IADE a un rôle primordial au cours de ces situations de soin et doit composer avec plusieurs aspects :
  - Le marqué de formation spécifique
  - Devoir assurer la sécurité tout en s'adaptant à la singularité du patient
  - Faire face à des difficultés de communication
  - Pouvoir s'assurer du consentement libre et éclairé de la personne soignée
  - L'usage de la contention physique

Tout cela peut être à l'origine de questionnements éthiques qui invitent les soignants à la remise en question et à l'ouverture d'esprit face à leur pratique.

- Ainsi, la question qui a guidé ce travail de recherche a été la suivante :
  En quoi la singularité de la prise en soin du patient en situation complexe de handicap interroge-t-elle les valeurs de l'IADE ?

OBJECTIFS

- Identifier les éléments qui caractérisent la singularité de la prise en charge anesthésique des patients vivants une situation complexe de handicap.
- Étudier l'impact que peuvent avoir ces prises en soin sur les IADE impliqués.
- Explorer les pistes permettant d'améliorer la prise en soin par les IADE des personnes vivant une situation de handicap.

MÉTHODE

- Étude qualitative monocentrique menée au CHU de BREST (Hôpital MORVAN)
- 9 Entretiens semi-directifs menés du 22/01/2024 au 16/02/2024 auprès d'IADE possédant une expérience de prise en soin d'une personne vivant une situation complexe de handicap au bloc opératoire.

RÉSULTATS

Singularité de ces prises en soin :	
Spécificités de ces prises en soin	• Complexité • Besoins humains importants • Agressivité, violence physique • Manque d'habitude et de formation
Présence des aidants au bloc	• Ressource pour les patients / soignants • Nécessite une organisation spécifique • Crainte du traumatisme de l'aidant
Contention physique	• Inévitable • Son absence est un critère de réussite du soin
Communication	• Difficultés à rentrer en communication • Communication à adapter au patient • Facilitée si connaissance du patient, de ses habitudes, de sa pathologie…
Éléments d'amélioration	• L'émergence et la démocratisation de dispositifs comme Handibloc • Présence de / des aidants à l'induction
L'IADE lors de ces prises en soin :	
Ressources permettant le soin lors de ces situations	• Compétences non techniques + adaptabilité de l'IADE • Expérience IDE antérieure • Expérience IADE
Valeurs de l'IADE et rapport à l'identité professionnelle	• Changement de paradigme et des habitudes (sécurité / anticipation) • Questionnement éthique par rapport au consentement du patient • Savoir passer la main, accepter et assumer « la part magique » du soin
Professionnalisme des IADE	• Permet de dépasser le vécu personnel • Rôle soignant à assumer auprès de toute sorte de population de patient • Apports pour la pratique professionnelle
Vécu des IADE	• Satisfaction personnelle • Impact négatif : le rapport à l'usage de la contention physique
Perception du handicap	• Sensibilisation aux problématiques du handicap

DISCUSSION

- Prendre en soin une personne en situation complexe de handicap : un bénéfice pour le patient ET le soignant.
- De nouveaux paradigmes pour les IADE :
  - Démarche collective en interdisciplinarité.
  - De nouveaux outils / nouvelles compétences pouvant être mis au service de tous les patients.
  - Valoriser des initiatives (Handibloc) visant à adapter le système de santé aux besoins individuels des patients plutôt que l'inverse.
  - Rôle IADE en pré opératoire ? Imaginons une consultation spécifique pour développer l'aspect collaboratif du binôme MAR-IADE.
  - Des questionnements éthiques et moraux essentiels sur le soin, le métier de soignant qui invitent à l'ouverture d'esprit et la remise en question.
  - Sensibilisation au handicap : ne pas voir la personne soignée qu'au travers du prisme de son handicap au risque de la stigmatiser ou de la réifier mais en la considérant en tant qu'être humain à part entière, en respectant sa dignité.

CONCLUSION

Ainsi, chaque rencontre façonne une *singularité* propre à toute relation soignante. Au coeur de cette complexité, l'IADE déploie toute son expertise technique permettant d'assurer la sécurité tout en restant vigilant à la dimension humaine dans chaque acte de soin. Cette dualité entre technicité et *humanisme* n'en est finalement pas une, mais ces deux aspects du soin coexistent grâce aux compétences des IADE dans chaque geste, chaque décision, révélant ainsi la véritable essence du métier de soignant.

L'IADE, dans sa pratique quotidienne, incarne cette dimension humaniste en offrant une écoute attentive et centrée sur la personne, empreinte d'empathie et de respect de la *dignité* de chaque individu. C'est dans cette capacité à reconnaître la personne avant son handicap, sa maladie ou l'intitulé de son intervention et ainsi à adapter et personnaliser les prises en soin que réside la véritable essence du soin.

« Le secteur de la santé, à la croisée d'enjeux scientifiques, économiques et politiques, exige une adaptation constante des connaissances. Au sein de cet écosystème, les infirmiers spécialisés en anesthésie et bloc opératoire (IADE et IBODE) occupent une place stratégique. Le cadre législatif de 2025 de la loi du 27 juin aux arrêtés de septembre et décembre consacre leur expertise en les plaçant au centre du parcours de soins des patients. Cette reconnaissance juridique et pratique renforce la sécurité des patients et souligne la nécessité de promouvoir les sciences infirmières. Dans ce contexte, la recherche devient un levier d'affirmation professionnelle, portée par l'excellence des travaux de fin d'études des étudiants qu'il convient désormais de valoriser pleinement. »

Élisabeth Chapalain
Responsable pédagogique
Institut de formation des professionnels de santé
CHU de Brest

Photo D.R.

POUR EN SAVOIR +

LA RECHERCHE PARAMÉDICALE AU CHU DE BREST

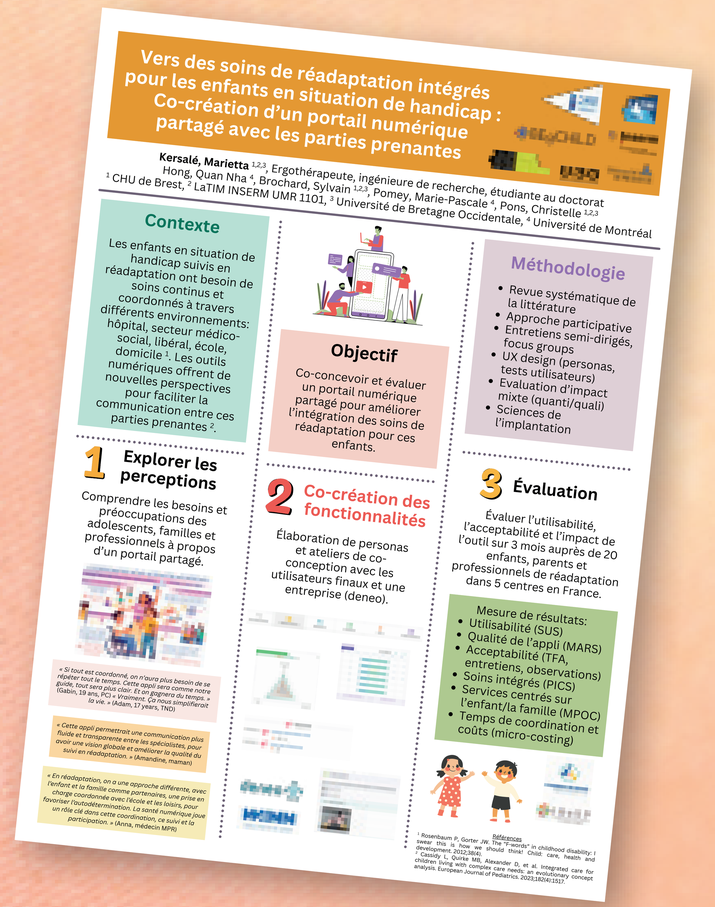
CHU BREST
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

Un **portail numérique** pour mieux **coordonner les soins**

Photo D.R.

« Ergothérapeute ayant exercé en France et au Canada, je suis aujourd'hui doctorante en sciences sur le projet Deneo KID. Cette recherche interdisciplinaire et participative vise à améliorer le parcours de réadaptation pédiatrique en associant jeunes en situation de handicap, familles et cliniciens à la co-création d'un portail numérique partagé. Ce projet m'a permis d'acquérir des compétences en recherche qualitative, méthodes mixtes et sciences de l'implantation appliquées au domaine de la réadaptation. »



Vers des soins de réadaptation intégrés pour les enfants en situation de handicap : Co-création d'un portail numérique partagé avec les parties prenantes

Kersalé, Marietta [1,2,3], Ergothérapeute, ingénieure de recherche, étudiante au doctorat
Hong, Quan Nha [4], Brochard, Sylvain [1,2,3], Pomey, Marie-Pascale [4], Pons, Christelle [1,2,3]
[1] CHU de Brest, [2] LaTIM INSERM UMR 1101, [3] Université de Bretagne Occidentale, [4] Université de Montréal

Contexte
Les enfants en situation de handicap suivis en réadaptation ont besoin de soins continus et coordonnés à travers différents environnements: hôpital, secteur médico-social, libéral, école, domicile [1]. Les outils numériques offrent de nouvelles perspectives pour faciliter la communication entre ces parties prenantes [2].

Objectif
Co-concevoir et évaluer un portail numérique partagé pour améliorer l'intégration des soins de réadaptation pour ces enfants.

Méthodologie
- Revue systématique de la littérature
- Approche participative
- Entretiens semi-dirigés, focus groups
- UX design (personas, tests utilisateurs)
- Évaluation d'impact mixte (quanti/quali)
- Sciences de l'implantation

1 Explorer les perceptions
Comprendre les besoins et préoccupations des adolescents, familles et professionnels à propos d'un portail partagé.

« Si tout est coordonné, on n'aura plus besoin de se répéter tout le temps. Cette appli sera comme notre guide, tout sera plus clair. Et on gagnera du temps. » Gabin, 19 ans, PCI « Vroooment. Ça nous simplifierait la vie. » Adam, 17 years, TND

« Cette appli permettrait une communication plus fluide et transparente entre les spécialistes, pour avoir une vision globale et améliorer la qualité du suivi en réadaptation. » (Amandine, maman)

« En réadaptation, on a une approche différente, avec l'enfant et la famille comme partenaires, une prise en charge coordonnée avec l'école et les loisirs, pour favoriser l'autodétermination. La santé numérique joue un rôle clé dans cette coordination, ce suivi et la participation. » (Anna, médecin MPR)

2 Co-création des fonctionnalités
Élaboration de personas et ateliers de co-conception avec les utilisateurs finaux et une entreprise (deneo).

3 Évaluation
Évaluer l'utilisabilité, l'acceptabilité et l'impact de l'outil sur 3 mois auprès de 20 enfants, parents et professionnels de réadaptation dans 5 centres en France.

Mesure de résultats:
- Utilisabilité (SUS)
- Qualité de l'appli (MARS)
- Acceptabilité (TFA, entretiens, observations)
- Soins intégrés (PICS)
- Services centrés sur l'enfant/la famille (MPOC)
- Temps de coordination et coûts (micro-costing)

Références
[1] Rosenbaum P, Gorter JW. The "F-words" in childhood disability: I swear this is how we should think! Child care, health and development 2012;38(4).
[2] Cassidy L, Quinke MB, Alexander D, et al. Integrated care for children living with complex care needs: an evolutionary concept analysis. European Journal of Pediatrics 2021;180(4):1317.

Marietta Kersalé
Ergothérapeute, ingénieure de recherche
CHU de Brest

POUR EN SAVOIR +

ÉVALUATION D'UNE IA COMMERCIALE

Mieux suivre les enfants en **difficulté d'écriture**

Ludovic Miramand, Clémence Le Leslé, Élise Ourceau, Mathieu Lempereur, Nathalie Bonneton-Botté, Sylvain Brochard, Christelle Pons

CONTEXTE
36% des enfants ont des difficultés d'apprentissage de l'écriture
10% sont durables
20% sont transitoires (Duiser et al. 2020)
Des évaluations sonores
Basées sur la forme et la vitesse moyenne
Peu répétables (~1 fois par an) (Huyarinet and Jolly, 2023)
Intègrent la cinématique, la pression & l'orientation du stylet
Sur tablettes non commerciales (Safarova et al., 2021)
De validité équivalente
Fiables ?

OBJECTIF
Généralisation avec un système commercial
Fiable (ICC>0,75) pour un suivi régulier avec des mots différents adaptés
Validé en se basant sur des algorithmes de classification et de l'IA

MÉTHODE
28 enfants de niveau CP-CE1 Écoles élémentaires « Structurées »
Questionnaire (HPSQ)
Enseignant.e
HPSQ < 14
HPSQ > 14
Enfant sans difficulté
Enfant avec difficulté
Test de 5 min
5 listes de mots
Différentes mais équivalentes
5 listes de mots
Re-Test de 5 min
(Samsung Galaxy S6 Light)
Données brutes
x, y, pression, temps
Réseau de neurones convolutifs (CNN)
scikit-learn
Traitement des données
19 variables
Algorithme classification
Illustration de l'écriture et des variables
Enfant sans difficulté
Enfant avec difficulté
Exemple pression médiane ICC = 0,911
Pression médiane
Test
Re-test

RÉSULTATS
Une évaluation fiable avec un système commercial permettant un suivi régulier de tous les enfants
L'exactitude de l'IA est encourageante compte tenu du faible échantillon (Danna et al., 2023)
Perspective d'amélioration de la compréhension des difficultés avec les variables
Financements :
Affiliations :

POUR EN SAVOIR +

« Kinésithérapeute et Docteur en science, j'ai rejoint le groupe d'intérêt scientifique BEaCHILD et le LaTIM (INSERM, UMR 1101) en 2022 en tant que postdoctorant. En parallèle, j'ai intégré en tant que formateur l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) de Brest. Mes recherches portent sur analyse du mouvement et plus précisément l'écriture chez les enfants avec des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage, mais aussi l'esprit critique dans les sciences paramédicales. »

Photo D.R.

Ludovic Miramand
BEaCHILD et LaTIM - Formateur IFMK
CHU de Brest

polaris

CHU BREST CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

DOULEURS LIÉES AUX TRAITEMENTS CANCÉREUX

Trois facteurs qui peuvent entraîner des **douleurs buccales**

Photo D.R.

« J'ai découvert la recherche paramédicale au cours de ma formation d'infirmière en pratique avancée (IPA). Je me suis toujours interrogée sur mes pratiques de soins et sur le parcours patient. Ces questionnements, souvent partagés au sein des équipes soignantes, n'aboutissent pas toujours à une démarche de recherche. La recherche paramédicale, accessible aux professionnels paramédicaux, permet d'apporter un éclairage scientifique à nos pratiques, de nourrir la réflexion professionnelle et de contribuer à une amélioration objective de la qualité des soins. »

Laetitia Rio
Infirmière en Pratique Avancée - Hématologie
CHU de Brest

POUR EN SAVOIR +

MÉDECINE NUCLÉAIRE & IMAGERIE

18 projets présentés et **4 projets primés**

« Porte-parole des manipulateurs d'électroradiologie médicale pour cette exposition, je considère la recherche clinique comme un levier d'excellence pour le soin. Mon engagement vise à renforcer le binôme médecin-professionnel paramédical : si le médecin pose le diagnostic, le manipulateur est le garant de la donnée scientifique par sa maîtrise technologique. Intégrer la recherche à notre pratique permet d'optimiser le parcours patient et de transformer chaque examen en une opportunité d'innovation collective au sein du CHU de Brest. »

Photo D.R.

Vincent Josse
Manipulateur d'électroradiologie médicale
Imagerie Cavale Blanche
CHU de Brest

POUR EN SAVOIR +

polaris

LA RECHERCHE PARAMÉDICALE AU CHU DE BREST

CHU BREST CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

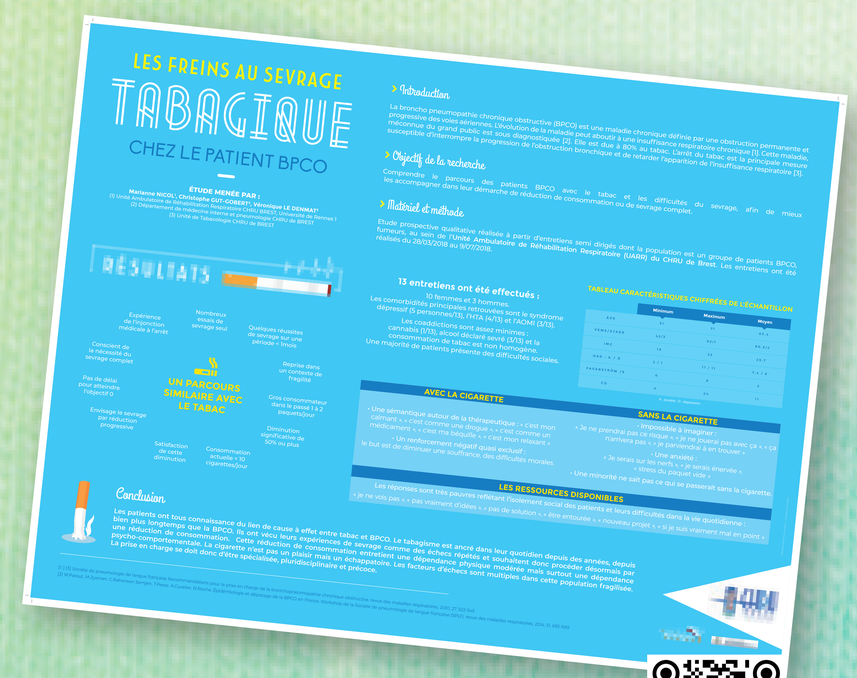
QUAND LE TABAC COMPLIQUE LA RESPIRATION

Pourquoi arrêter est **si compliqué** pour ceux qui vivent avec une **maladie pulmonaire chronique**

Photo D.R.

« En tant qu'Infirmière puis Infirmière en Pratique Avancée, je m'engage progressivement dans la recherche paramédicale afin d'améliorer la qualité et la pertinence des soins. Issue du terrain, ma pratique me confronte aux besoins et aux problématiques réels des patients. La recherche paramédicale permet de transformer ces constats en données probantes et ainsi innover dans les parcours de soins. C'est une réelle source de motivation de pouvoir valoriser le raisonnement infirmier. »

Marianne Nicol
Infirmière de recherche clinique
Centre d'Investigation Clinique
CHU de Brest



LES FREINS AU SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ LE PATIENT BPCO

ÉTUDE MENÉE PAR :

Marianne NICOL[1], Christophe GUT-GOBERT[2], Véronique LE DENMAT[3]

(1) Unité Ambulatoire de réhabilitation Respiratoire CHRU BREST, Université de Rennes 1
(2) Département de médecine interne et pneumologie CHRU de BREST
(3) Unité de Tabacologie CHRU de BREST

RÉSULTATS

Expérience de l'injonction médicale à l'arrêt

Nombreux essais de sevrage seul

Quelques réussites de sevrage sur une période + longue

Conscient de la nécessité du sevrage complet

UN PARCOURS SIMILAIRE AVEC LE TABAC

Reprise dans un contexte de fragilité

Pas de délai pour atteindre l'objectif 0

Envisage le sevrage par réduction progressive

Gros consommateur dans le passé (à 2 paquets/jour

Diminution significative de 50% ou plus

Satisfaction de cette diminution

Consommation actuelle < 10 cigarettes/jour

Introduction

La bronche pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie chronique définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes. L'évolution de la maladie peut aboutir à une insuffisance respiratoire chronique [1]. Cette maladie, méconnue du grand public est sous diagnostiquée [2]. Elle est due à 80% au tabac. L'arrêt du tabac est la principale mesure susceptible d'interrompre la progression de l'obstruction bronchique et de retarder l'apparition de l'insuffisance respiratoire [3].

Objectif de la recherche

Comprendre le parcours des patients BPCO avec le tabac et les difficultés du sevrage, afin de mieux les accompagner dans leur démarche de réduction de consommation ou de sevrage complet.

Matériel et méthode

Etude prospective qualitative réalisée à partir d'entretiens semi dirigés dont la population est un groupe de patients BPCO, fumeurs, au sein de l'**Unité Ambulatoire de Réhabilitation Respiratoire (UARR)** du **CHRU de Brest**. Les entretiens ont été réalisés du 28/03/2018 au 10/07/2018.

13 entretiens ont été effectués :

10 femmes et 3 hommes.

Les comorbidités principales retrouvées sont le syndrome dépressif (5 personnes/13), l'HTA (4/13) et l'AOMI (3/13).

Les coaddictions sont assez mimmes : cannabis (1/13), alcool déclaré sevré (3/13) et la consommation de tabac est non homogène. Une majorité de patients présente des difficultés sociales.

TABLEAU CARACTÉRISTIQUES CHIFFRÉES DE L'ÉCHANTILLON

	Minimum	Maximum	Moyen
AGE	47	78	63,7
VEMS/CLIGNANE	42,1 %	82,1 %	55,4 %
IMC	18	32,1	24,5
HAD - A / D	0 / 5	15 / 21	6 / 7
PROGRESSION /6	0	6	3 / 6
CO	0	8	2
	0 : sevrage / 1 : sevrage	1	1,1

AVEC LA CIGARETTE

- Une sémantique autour de la thérapeutique : « c'est mon calmant », « c'est comme une drogue » « c'est comme un médicament », « c'est ma béquille », « c'est mon relaxant »
- Un renforcement négatif quasi exclusif : le but est de diminuer une souffrance, des difficultés morales.

SANS LA CIGARETTE

- Impossible à imaginer : « Je ne prendrai pas ce risque », « je ne jouerai pas avec ça », « ça marrivera pas », « je panderdrai à en trouver »
- Une anxiété : « Je serais sur les nerfs », « je serais énervée », « stress du paquet vide »
- Une minorité ne sait pas ce qui se passerait sans la cigarette.

LES RESSOURCES DISPONIBLES

Les réponses sont très pauvres reflétant l'isolement social des patients et leurs difficultés dans la vie quotidienne : « je ne vois pas », « pas vraiment d'idées », « pas de solution », « être entourée », « nouveau projet », « si je suis vraiment mal en point »

Conclusion

Les patients ont tous connaissance du lien de cause à effet entre tabac et BPCO. Le tabagisme est ancré dans leur quotidien depuis des années, depuis bien plus longtemps que la BPCO. Ils ont vécu leurs expériences de sevrage comme des échecs répétés et souhaitant donc procéder désormais par une réduction de consommation. Cette réduction de consommation entretient une dépendance physique modérée mais surtout une dépendance psycho-comportementale. La cigarette n'est pas un plaisir mais un échappatoire. Les facteurs d'échecs sont multiples dans cette population fragilisée. La prise en charge se doit donc d'être spécialisée, pluridisciplinaire et précoce.

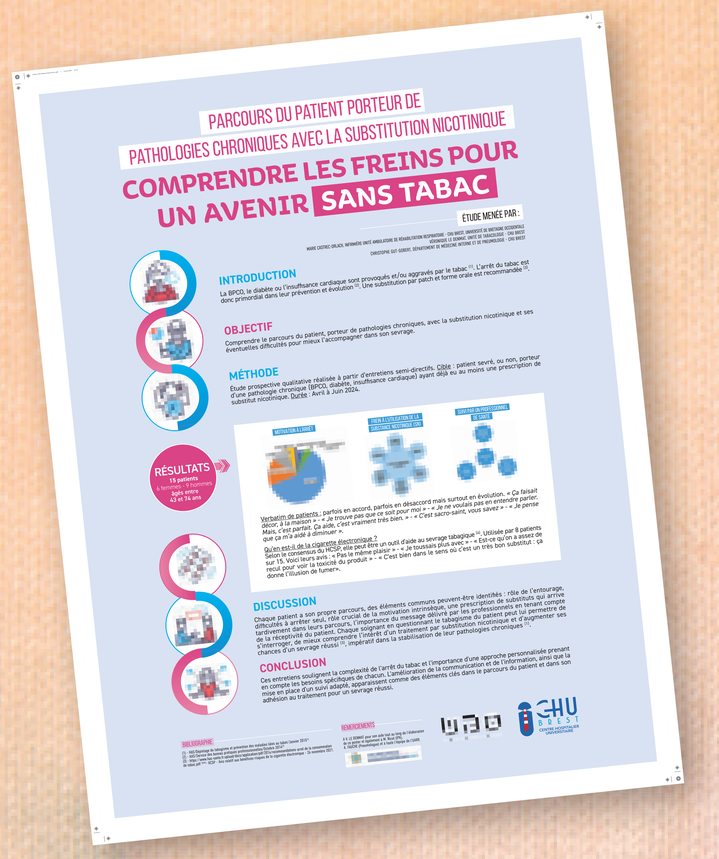
(1) CIBI Société de pneumologie de langue française Recommandations pour la prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive, revue des maladies respiratoires, 2010; 27: 922-947.
(2) A Pinquier, M Zureman, C Gaillard-Semper, J Freyer, A Cosson, Authors. Epidémiologie et dépistage de la BPCO en France. Bréchet de la Société de pneumologie de langue française (SPLF). revue des maladies respiratoires, 2014; 31: 695-699.

POUR EN SAVOIR +

polaris

PARCOURS DES PATIENTS FACE AU TABAC

Comment un **accompagnement personnalisé** facilite **l'arrêt du tabac**



PARCOURS DU PATIENT PORTEUR DE PATHOLOGIES CHRONIQUES AVEC LA SUBSTITUTION NICOTINIQUE

COMPRENDRE LES FREINS POUR UN AVENIR SANS TABAC

ÉTUDE MENÉE PAR :

MARIE CASTREC-ORLACH, INFIRMIÈRE UNITÉ AMBULATOIRE DE REHABILITATION RESPIRATOIRE - CHU BREST, UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE
VÉRONIQUE LE DENMAT, UNITÉ DE TABACOLOGIE - CHU BREST
CHRISTOPHE GUT-GOBERT, DEPARTEMENT DE MÉDECINE INTERNE ET DE PNEUMOLOGIE - CHU BREST

INTRODUCTION

La BPCO, le diabète ou l'insuffisance cardiaque sont provoqués et/ou aggravés par le tabac [1]. L'arrêt du tabac est donc primordial dans leur prévention et évolution [2]. Une substitution par patch et forme orale est recommandée [3].

OBJECTIF

Comprendre le parcours du patient, porteur de pathologies chroniques, avec la substitution nicotinique et ses éventuelles difficultés pour mieux l'accompagner dans son sevrage.

MÉTHODE

Étude prospective qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-directifs. Cible : patient sevré, ou non, porteur d'une pathologie chronique (BPCO, diabète, insuffisance cardiaque) ayant déjà eu au moins une prescription de substitut nicotinique. Durée : Avril à Juin 2024.

RÉSULTATS

19 patients
6 femmes - 9 hommes
âgés entre 43 et 74 ans

MOTIVATION À SEVRER

MIEUX À L'ESSAYER À LA CONSULTATION ÉTUDE

MOTIVATION PROFESSIONNELLE À SEVRER

Verbatim de patients : parfois en accord, parfois en désaccord mais surtout en évolution. « Ça faisait décor, à la maison » « Je trouve pas que ce soit pour moi » « Je ne voulais pas en entendre parler. Mais, c'est partait. Ça aide, c'est vraiment très bien. » « C'est sacro-saint, vous savez » « Je pense que ça m'a aidé à diminuer ».

Qu'en est-il de la cigarette électronique ?

Selon le consensus du HCSP, elle peut être un outil d'aide au sevrage tabagique [4]. Utilisée par 8 patients sur 15. Voici leurs avis. « Pas le même plaisir » « Je tousseais plus avec » « Est-ce qu'on a assez de recul pour voir la toxicité du produit » « C'est bien dans le sens où c'est un très bon substitut : ça donne l'illusion de fumer».

DISCUSSION

Chaque patient a son propre parcours, des éléments communs peuvent-être identifiés : rôle de l'entourage, difficultés à arrêter seul, rôle crucial de la motivation intrinsèque, une prescription de substituts qui arrive tardivement dans leurs parcours, l'importance du message délivré par les professionnels en tenant compte de la réceptivité du patient. Chaque soignant en questionnant le tabagisme du patient peut lui permettre de s'interroger, de mieux comprendre l'intérêt d'un traitement par substitution nicotinique et d'augmenter ses chances d'un sevrage réussi [5], impératif dans la stabilisation de leur pathologies chroniques [1].

CONCLUSION

Ces entretiens soulignent la complexité de l'arrêt du tabac et l'importance d'une approche personnalisée prenant en compte les besoins spécifiques de chacun. L'amélioration de la communication et de l'information, ainsi que la mise en place d'un suivi adapté, apparaissent comme des éléments clés dans le parcours du patient et dans son adhésion au traitement pour un sevrage réussi.

BIBLIOGRAPHIE

[1] HAS Sevrage du tabagisme et prévention des rechutes chez au tabac Janvier 2013 [2] HAS Prise en charge du patient adulte atteint d'insuffisance cardiaque Mars 2014 [3] HAS Prise en charge du patient adulte atteint d'insuffisance cardiaque Mars 2014 [4] HCSP Place des outils d'aide au sevrage tabagique et la cigarette électronique - 12 novembre 2021 [5] HAS pp 111 - 117 - Rôle clef des soignants dans le sevrage tabagique

REMERCIEMENTS

A ce jour aucun soutien financier n'a été reçu pour ce projet.
Merci à Mme Le Denmat et Mr Gut-Gobert pour leur aide et leur temps.
Merci à Mme Nicol et Mr Le Bellec pour leur relecture.

POUR EN SAVOIR +

« J'ai effectué un projet de recherche paramédicale dans le cadre du DIU de Tabacologie. Ce projet de recherche m'a permis de prendre du recul en partant de données scientifiques, puis de les confronter à l'expérience du patient, en allant, lors d'entretiens, l'interroger sur son parcours de soins. Cette recherche a fait évoluer mon esprit critique en ayant une réflexion éthique sur l'évolution de ma prise en soins, pour garder du sens à ma pratique soignante, tout en optimisant la dimension humaine du soin. »

Photo D.R.

Marie Castrec-Orlach
Infirmière - Unité de réhabilitation respiratoire
CHU de Brest

CHU BREST
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

ARRÊTER DE FUMER AVEC UNE MALADIE PULMONAIRE

Motivation, entourage et suivi : les **piliers d'un sevrage réussi**

Photo D.R.

LES FACTEURS FAVORISANT LE SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ LE PATIENT BPCO

Aurélie NOTARDONATO, Infirmière, Unité Ambulatoire de Réhabilitation Respiratoire
CHRU Brest, Université de Brest ; Christophe GUT-GOBERT, Pneumologue, Département de Médecine Interne et Pneumologie CHRU Brest

INTRODUCTION

La Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes. [1]
La cause la plus fréquente (80%) est le tabagisme. En France, 3.5 millions de personnes sont touchées par la maladie. Plus de 2/3 des malades ne sont pas diagnostiqués et ignorent leur pathologie [2]. L'arrêt du tabagisme est la principale mesure susceptible d'interrompre la progression de l'obstruction bronchique et de retarder l'apparition de l'insuffisance respiratoire. [3]

OBJECTIFS

Comprendre le parcours du patient BPCO avec le tabac et déterminer les facteurs favorisant le sevrage tabagique afin d'améliorer la prise en charge des patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Etude prospective qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés dont la population est un groupe de patients BPCO, ex-fumeurs. Les entretiens ont été réalisés au sein de l'UARR du CHRU de Brest, du 15 Mars 2019 au 15 Juillet 2019.

RÉSULTATS

15 entretiens ont été réalisés auprès de 8 hommes et 7 femmes

PROFIL PATIENT

- Homme ou Femme, âgé(e) de 63 ans 39 ans de tabagisme/bénéfé du tabac
- Initiation au tabac : à l'adolescence, lors du 1er travail ou en service militaire
- Dépendance physique modérée à la nicotine
- Consommation d'environ un paquet de cigarettes manufacturées/jour
- Stade modéré de BPCO
- Comorbidités cardiovasculaires (8/15), obésité (5/15), ostéoporose (3/15), SIRDS (3/15)
- Co-consommation minime : alcool (3/15)

	min	max	moy
AGE	54 RFS	84 RFS	63 RFS
STADE BPCO	1	4	2
VEMS	21 %	91 %	60 %
TIFFENEAU	28 %	70 %	56 %
mMRC	0	3	1
HBD	3/0	14/10	7/6
UNC	13.3	37	25.8
FINGERSTRÖM SIMPLIFIÉ	1	5	3
TABAGISME MATÉRIEL	7 CIGS	60 CIGS	22 CIGS
DURÉE DE TABAGISME	34 RFS	47 RFS	39 RFS

ÉVÉNEMENT DÉCLENCHEUR AU SEVRAGE TABAGIQUE POUR

8 PATIENTS SUR 15 Décompensation cardiaque ou respiratoire et peur d'une aggravation de l'état de santé

10 PATIENTS SUR 15 ont bénéficié d'une information médicale à l'arrêt du tabac

CONCLUSION

Tous les patients BPCO ayant réussi leur sevrage tabagique sont de classe moyenne, insérés socialement avec un emploi stable et peu vulnérables. Avant sevrage, la dépendance physique à la nicotine est modérée et la majorité exprime une dépendance à la cigarette plus comportementale que psychologique. Individuellement, ils ont su trouver les ressources intrinsèques (motivation, changement de comportements, activité physique) et extrinsèques (aide de l'entourage, substituts nicotiniques, suivi, vape) nécessaires pour atteindre leur objectif de sevrage. Un objectif qui a majoritairement été vécu avec facilité. On note une capacité à chercher l'information (médias, médecin traitant) ou à s'adapter à des évènements de santé. Le lien entre BPCO et tabagisme est connu, souvent après une longue phase de latence clinique qui engendre des diagnostics tardifs, lors d'exacerbations ou lorsque l'essoufflement impacte le quotidien. Les patients ont conscience de faire partie d'une génération moins informée et peu protégée des méfaits du tabac (tabagisme passif dans l'enfance, rations gratuites de cigarettes à l'armée, bureaux fumeurs) et mettent en avant l'impact positif de la législation anti-tabac avec la hausse du prix du paquet de cigarettes et l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

D'après cette étude, les principaux axes d'amélioration en santé sont :

- L'accès aux soins et le suivi des populations vulnérables et/ou précaires.
- La prévention primaire et la diffusion de l'information concernant le lien tabagisme/BPCO.
- Le dépistage précoce de la BPCO et l'information concernant le lien tabagisme/BPCO.
- Le renforcement et la mise en application des campagnes de lutte anti-tabac.
- La prise en charge individualisée et spécialisée du patient fumeur hospitalisé.

« Être infirmière en 2026, au CHU de Brest, c'est exercer dans une institution qui place la qualité des soins, la formation et l'innovation au cœur de ses missions.
Mon intérêt pour la recherche paramédicale, naît en 2019, avec une étude prospective, réalisée dans le cadre de mon DIU de Tabacologie. Ce travail a permis une prise en soins plus adaptée à la population accueillie en Réhabilitation Respiratoire. Cette démarche scientifique a renforcé mon implication et ma spécialisation au sein du service et a permis de développer le réseau interprofessionnel. »

Aurélie Notardonato
Infirmière - Unité de réhabilitation respiratoire
CHU de Brest

POUR EN SAVOIR +

polaris

HYGIÈNE ET SÉCURITÉ EN EHPAD

Un **bulletin régulier**, simple et coloré, pour **mieux informer** les soignants

Photo D.R.

« Partager les résultats d'un travail de recherche paramédicale en congrès national dans son domaine d'expertise, c'est voir son travail valorisé, mais aussi son équipe, son établissement. Ce poster a reçu un accueil très positif de nos collègues hygiénistes qui pour certains, ont émis le souhait de s'en inspirer dans leur établissement.
Dans les Ehpad, la création de cet outil de communication a démontré son efficacité dans l'amélioration des pratiques professionnelles. Il permet l'acculturation à la qualité et la sécurité des soins. »

#ygiène

Quel outil pour améliorer les pratiques en EHPAD ?

Auteurs: M. COSSE[1], M. CANEVET[1], G. KERMORVAN-SANQUER[1], A. LE GRAND[2], N. GALARIHOEFF[1], J. PICARD[2][3], B. BARON[1], P. SAUDUPE[1]
Affiliations: (1) Equipe Opérationnelle d'Hygiène EHPAD Brest-Carhaix CHU Brest, (2) Service d'Epidémiologie et de Prévention du Risque Infectieux, CHU Brest, (3) Univ Brest, Inserm, EFS, UMR1078, GGB, Brest

CONTEXTE

En 2021, à l'occasion d'un financement ARS, une équipe d'infirmières hygiénistes a été créée pour intervenir dans les EHPAD de la filière gériatrique du territoire Brest-Carhaix. Lors de la COVID, nous avons constaté une méconnaissance des professionnels sur les indications au port du masque FFP2.

OBJECTIF

Pour informer rapidement un maximum de soignants sur un territoire étendu, il nous fallait créer un support pour diffuser ces recommandations. Nous le souhaitions simple, coloré, identifiable, attrayant et rapide à créer.

METHODE

Notre choix s'est porté sur un support qui serait décliné selon l'actualité. Au vu du succès rencontré, il est devenu une lettre mensuelle. Ce document a été nommé « #ygiène » en référence aux réseaux sociaux. Chaque titre pose une question dont la réponse est dans le corps du document. Nous avons défini notre charte graphique, en utilisant le logiciel Powerpoint, une mise en page et une police, **No Virus**, pour le titre. Chaque **#ygiène** est au format A4 sur un recto. Il est diffusé par l'EOH EHPAD, le 2nd mardi du mois par mail. Nous choisissons un thème en lien avec l'hygiène ou la gestion des risques adapté à la période de l'année (hygiène des mains en mai et vaccination grippe en septembre) ou aux problématiques identifiées dans les EHPAD telles que la tenue professionnelle, les punaises de lit ou l'eau stérile pour les dispositifs respiratoires.

RESULTATS

Entre avril 2021 et décembre 2024, 38 numéros **#ygiène** ont été édités avec autant de questions différentes. Un numéro demande en moyenne 7h de travail. L'envoi a représenté 931 supports en 2021 et 1844 en 2024. Le périmètre de diffusion s'est élargi via les logiciels de soins des établissements. Ce document nous sert également de support pour animer des informations flash auprès des professionnels. L'encadrement des EHPAD l'affiche et l'utilise lors des points info pour améliorer les pratiques. Il reste disponible dans les classeurs de protocoles pour les soignants, les étudiants. Certaines thématiques comme la prévention de la légionellose ont permis de questionner les pratiques et de les faire évoluer. Les différentes thématiques abordées contribuent à sensibiliser à la culture qualité et à la sécurité des soins.

CONCLUSION

Cet outil de communication a dépassé l'objectif premier. Il est devenu un rendez-vous régulier incontournable pour les EHPAD et les hygiénistes. Il contribue à l'amélioration des pratiques et à la prise en soins des résidents.

Contact : LD-EOH-Ehpads@chu-brest.fr

SF2H 2025

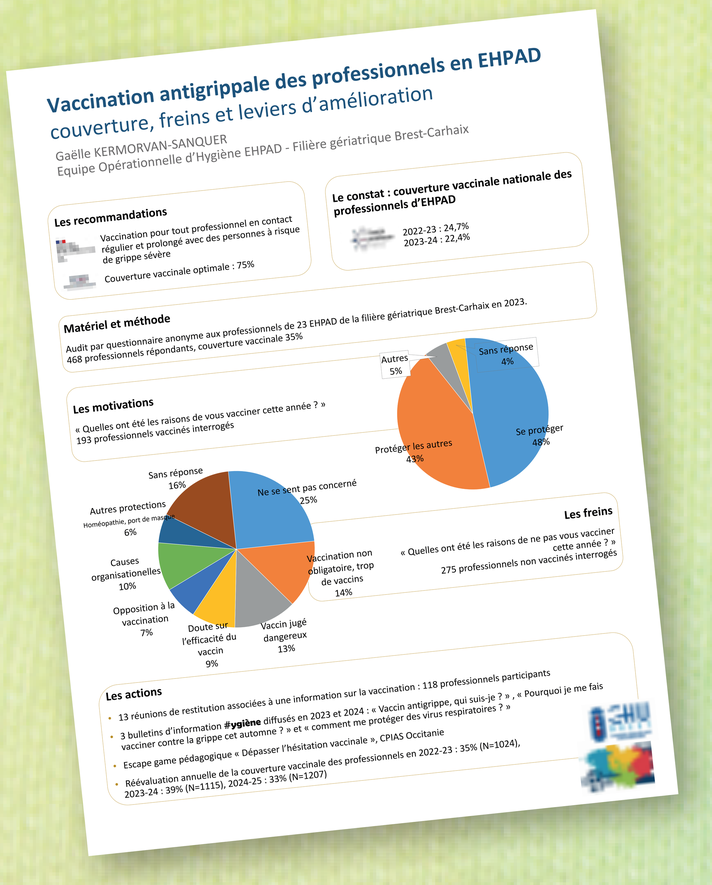
Marilyne Canevet
Infirmière Hygiéniste
Équipe Opérationnelle d'Hygiène EHPAD
CHU de Brest

POUR EN SAVOIR +

polaris

VACCINATION ANTIGRIPPALE DES PROFESSIONNELS EN EHPAD

Couverture, freins et **leviers d'amélioration**



Vaccination antigrippale des professionnels en EHPAD
couverture, freins et leviers d'amélioration
Gaëlle KERMORVAN-SANQUER
Equipe Opérationnelle d'Hygiène EHPAD - Filière gériatrique Brest-Carhaix

Les recommandations
Vaccination pour tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère
Couverture vaccinale optimale : 75%

Le constat : couverture vaccinale nationale des professionnels d'EHPAD
2022-23 : 24,7%
2023-24 : 22,4%

Matériel et méthode
Audit par questionnaire anonyme aux professionnels de 23 EHPAD de la filière gériatrique Brest-Carhaix en 2023.
468 professionnels répondants, couverture vaccinale 35%

Les motivations
« Quelles ont été les raisons de vous vacciner cette année ? »
193 professionnels vaccinés interrogés

Les freins
« Quelles ont été les raisons de ne pas vous vacciner cette année ? »
275 professionnels non vaccinés interrogés

Les actions
- 13 réunions de restitution associées à une information sur la vaccination : 118 professionnels participants
- 3 bulletins d'information **#ygiène** diffusés en 2023 et 2024 : « Vaccin antigrippe, qui suis-je ? », « Pourquoi je me fais vacciner contre la grippe cet automne ? » et « comment me protéger des virus respiratoires ? »
- Escape game pédagogique « Dépasser l'hésitation vaccinale », CPIAS Occitanie
- Réévaluation annuelle de la couverture vaccinale des professionnels en 2022-23 : 35% (N=1024), 2023-24 : 39% (N=1115), 2024-25 : 33% (N=1207)

« La réalisation d'un audit sur la vaccination des professionnels contre la grippe en EHPAD répond à la volonté d'améliorer la prévention des infections et de protéger les résidents. Il permet d'évaluer les pratiques des professionnels et d'identifier les freins à la vaccination. Cette initiation à la recherche développe des compétences infirmières en termes de rigueur méthodologique : recueil de données, analyse, actions d'amélioration, communication en interne aux EHPAD et en congrès. »

Photo D.R.

Gaëlle Kermorvan-Sanquer
Infirmière Hygiéniste - Équipe Opérationnelle d'Hygiène EHPAD
CHU de Brest

POUR EN SAVOIR +

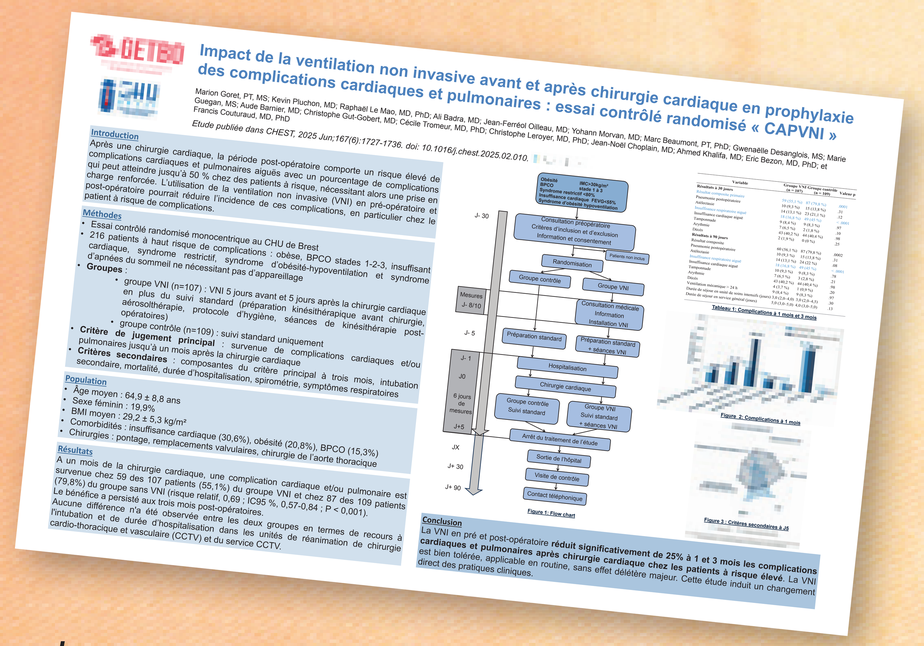
LA RECHERCHE PARAMÉDICALE AU CHU DE BREST

CHU BREST CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

NOUVELLES PRATIQUES EN CHIRURGIE CARDIAQUE

Ventilation non invasive : une méthode sûre qui **réduit les complications**

Photo D.R.



Impact de la ventilation non invasive avant et après chirurgie cardiaque en prophylaxie des complications cardiaques et pulmonaires : essai contrôlé randomisé « CAPVNI »

Marion Goret, PT, MS; Kevin Pluchon, MD; Raphaël Le Mao, MD, PhD; Ali Badra, MD; Jean-Ferréol Oilleau, MD; Yohann Morvan, MD; Marc Beaumont, PT, PhD; Gwenaëlle Desanglois, MS; Marie Guegan, MS; Aude Barnier, MD; Christophe Gut-Gobert, MD; Cécile Tromeur, MD, PhD; Christophe Leroyer, MD, PhD; Jean-Noël Choplain, MD; Ahmed Khalifa, MD; Eric Bezon, MD, PhD; et Francis Couturaud, MD, PhD

Étude publiée dans CHEST, 2025 Jun;167(6):1727-1736. doi: 10.1016/j.chest.2025.02.010.

Introduction

Après une chirurgie cardiaque, la période post-opératoire comporte un risque élevé de complications cardiaques et pulmonaires aiguës avec un pourcentage de complications qui peut atteindre jusqu'à 50 % chez des patients à risque, nécessitant alors une prise en charge renforcée. L'utilisation de la ventilation non invasive (VNI) en pré-opératoire et post-opératoire pourrait réduire l'incidence de ces complications, en particulier chez le patient à risque de complications.

Méthodes

- Essai contrôlé randomisé monocentrique au CHU de Brest
- 216 patients à haut risque de complications : obèse, BPCO stades 1-2-3, insuffisant cardiaque, syndrome restrictif, syndrome d'obésité-hypoventilation et syndrome d'apnées du sommeil ne nécessitant pas d'appareillage
- **Groupes** :
  - groupe VNI (n=107) : VNI 5 jours avant et 5 jours après la chirurgie cardiaque en plus du suivi standard (préparation kinésithérapique avant chirurgie, aérosolthérapie, protocole d'hygiène, séances de kinésithérapie post-opératoires)
  - groupe contrôle (n=109) : suivi standard uniquement
- **Critère de jugement principal** : survenue de complications cardiaques et/ou pulmonaires jusqu'à un mois après la chirurgie cardiaque
- **Critères secondaires** : composantes du critère principal à trois mois, intubation secondaire, mortalité, durée d'hospitalisation, spirométrie, symptômes respiratoires

Population

- Âge moyen : 64,9 ± 8,8 ans
- Sexe féminin : 19,9%
- BMI moyen : 29,2 ± 5,3 kg/m²
- Comorbidités : insuffisance cardiaque (30,6%), obésité (20,8%), BPCO (15,3%)
- Chirurgies : pontage, remplacements valvulaires, chirurgie de l'aorte thoracique

Résultats

À un mois de la chirurgie cardiaque, une complication cardiaque et/ou pulmonaire est survenue chez 59 des 107 patients (55,1%) du groupe VNI et chez 87 des 109 patients (79,8%) du groupe sans VNI (risque relatif, 0,69 ; IC95 %, 0,57-0,84 ; P < 0,001).
Le bénéfice a persisté aux trois mois post-opératoires.
Aucune différence n'a été observée entre les deux groupes en termes de recours à l'intubation et de durée d'hospitalisation dans les unités de réanimation de chirurgie cardio-thoracique et vasculaire (CCTV) et du service CCTV.

Conclusion

La VNI en pré et post-opératoire **réduit significativement de 25% à 1 et 3 mois les complications cardiaques et pulmonaires après chirurgie cardiaque chez les patients à risque élevé**. La VNI est bien tolérée, applicable en routine, sans effet délétère majeur. Cette étude induit un changement direct des pratiques cliniques.

« Kinésithérapeute investie depuis plusieurs années dans la recherche, j'y trouve un moyen concret de questionner mes pratiques, de les faire évoluer et donc, d'améliorer la prise en charge des patients.
Travailler en équipe pluridisciplinaire, confronter nos idées et répondre à des questions de terrain donne du sens à ma pratique. Un nouveau projet est en préparation, avec une énergie intacte, l'envie d'innover et de montrer que, oui, la recherche paramédicale peut faire bouger les lignes. »

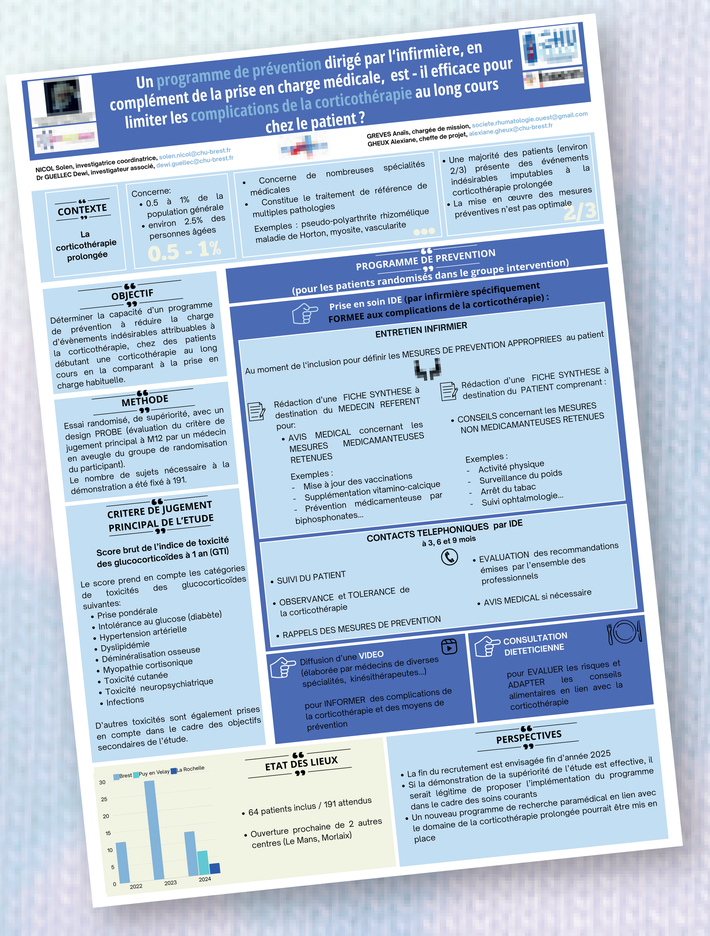
Marion Goret
Kinésithérapeute - Plateau technique de rééducation fonctionnelle
CHU de Brest

POUR EN SAVOIR +

polaris

CORTICOTHÉRAPIE ET PRÉVENTION

Limiter les complications grâce à **l'accompagnement des infirmières**



Un programme de prévention dirigé par l'infirmière, en complément de la prise en charge médicale, est-il efficace pour limiter les complications de la corticothérapie au long cours chez le patient ?

NICOL Solen, Investigatrice coordinatrice, solen.nicol@chu-brest.fr
Dr GUELLEC Dewi, Investigateur associé, dewi.guellec@chu-brest.fr
GREVES Anaïs, chargée de mission, societe.rhumatologie.ouest@gmail.com
GHEUX Alexiane, cheffe de projet, alexiane.gheux@chu-brest.fr

CONTEXTE
La corticothérapie prolongée
Concerne:
- 0.5 à 1% de la population générale
- environ 2.5% des personnes âgées

0.5 - 1%

- Concerne de nombreuses spécialités médicales
- Constitue le traitement de référence de multiples pathologies

Exemples : pseudo-polyarthrite rhizomélique maladie de Horton, myosite, vascularite

- Une majorité des patients (environ 2/3) présente des événements indésirables imputables à la corticothérapie prolongée
- La mise en oeuvre des mesures préventives n'est pas optimale

2/3

OBJECTIF
Déterminer la capacité d'un programme de prévention à réduire la charge d'évènements indésirables attribuables à la corticothérapie, chez des patients débutant une corticothérapie au long cours en la comparant à la prise en charge habituelle.

METHODE
Essai randomisé, de supériorité, avec un design PROBE (évaluation du critère de jugement principal à M12 par un médecin en aveugle du groupe de randomisation du participant).
Le nombre de sujets nécessaire à la démonstration a été fixé à 191.

CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL DE L'ETUDE
Score brut de l'indice de toxicité des glucocorticoïdes à 1 an (GTI)
Le score prend en compte les catégories de toxicités des glucocorticoïdes suivantes:
- Prise pondérale
- Intolérance au glucose (diabète)
- Hypertension artérielle
- Dyslipidémie
- Déminéralisation osseuse
- Myopathie cortisonique
- Toxicité cutanée
- Toxicité neuropsychiatrique
- Infections

D'autres toxicités sont également prises en compte dans le cadre des objectifs secondaires de l'étude.

PROGRAMME DE PREVENTION
(pour les patients randomisés dans le groupe intervention)
Prise en soin IDE (par infirmière spécifiquement FORMEE aux complications de la corticothérapie) :

ENTRETIEN INFIRMIER
Au moment de l'inclusion pour définir les MESURES DE PREVENTION APPROPRIEES au patient
Rédaction d'une FICHE SYNTHESE à destination du MEDECIN REFERENT pour:
- AVIS MEDICAL concernant les MESURES MEDICAMANTEUSES RETENUES

Exemples :
- Mise à jour des vaccinations
- Supplémentation vitamino-calcique
- Prévention médicamenteuse par biphosphonates...

Rédaction d'une FICHE SYNTHESE à destination du PATIENT comprenant :
- CONSEILS concernant les MESURES NON MEDICAMANTEUSES RETENUES

Exemples :
- Activité physique
- Surveillance du poids
- Arrêt du tabac
- Suivi ophtalmologie...

CONTACTS TELEPHONIQUES par IDE
à 3, 6 et 9 mois
- SUIVI DU PATIENT
- OBSERVANCE et TOLERANCE de la corticothérapie
- RAPPELS DES MESURES DE PREVENTION
- EVALUATION des recommandations émises par l'ensemble des professionnels
- AVIS MEDICAL si nécessaire

Diffusion d'une VIDEO (élaborée par médecins de diverses spécialités, kinésithérapeutes...) pour INFORMER des complications de la corticothérapie et des moyens de prévention

CONSULTATION DIETETICIENNE pour EVALUER les risques et ADAPTER les conseils alimentaires en lien avec la corticothérapie

ETAT DES LIEUX
Brest / Puy en Velay / La Rochelle
2022 2023 2024
- 64 patients inclus / 191 attendus
- Ouverture prochaine de 2 autres centres (Le Mans, Morlaix)

PERSPECTIVES
- La fin du recrutement est envisagée fin d'année 2025
- Si la démonstration de la supériorité de l'étude est effective, il serait légitime de proposer l'implémentation du programme dans le cadre des soins courants
- Un nouveau programme de recherche paramédical en lien avec le domaine de la corticothérapie prolongée pourrait être mis en place

« Mes expériences en tant qu'infirmière, en services de soins et en formation, ont nourri ma motivation pour la recherche clinique paramédicale. Elle s'inscrit dans un cadre réglementaire exigeant et favorise le travail collaboratif entre équipes soignantes et acteurs de la recherche, au service de l'amélioration continue de la qualité des soins. Elle représente pour moi un levier essentiel, motivant et valorisant des savoirs issus du terrain et des compétences des professionnels paramédicaux, tout en plaçant le patient au cœur de la réflexion. »

Solen Nicol
Infirmière de recherche clinique
CHU de Brest

Photo D.R.

POUR EN SAVOIR +

CHU BREST CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

UNE SOLUTION INNOVANTE ET ACCESSIBLE

Simulateurs anatomiques imprimés en **3D**

Photo D.R.

« Fort de mon parcours de manipulateur en électroradiologie, j'ai progressivement orienté mon activité vers la recherche clinique paramédicale et l'innovation en santé. L'obtention d'un financement PHRIP, la création et le pilotage de la plateforme d'impression 3D du CHU de Brest témoignent de mon engagement à développer des solutions patients spécifiques, au service de la qualité, de la sécurité et du progrès des pratiques cliniques. »

Samuel Guigo
Responsable opérationnel de la plateforme d'impression 3D W.Print
CHU de Brest

UTILISATION DE L'IMPRESSION 3D EN SIMULATION EN SANTÉ

Samuel Guigo
W.Print, plateforme d'impression 3D
CHU Brest
samuel.guigo@chu-brest.fr

INTRODUCTION

La simulation en santé constitue une approche essentielle pour renforcer les compétences techniques et non techniques des professionnels, favoriser l'apprentissage par la pratique et améliorer de manière significative la sécurité des soins. L'impression 3D émerge comme une solution innovante et accessible, permettant de développer des modèles anatomiques et procéduraux personnalisés, réalistes et reproductibles, adaptés à différents contextes pédagogiques et cliniques. Les études recensées évaluent la fidélité anatomique, l'ergonomie, le coût et l'impact pédagogique. (1)

MATERIEL ET MÉTHODES

A partir de données d'imagerie médicale (IRM, scanner), des fichiers numériques sont générés par conception assistée par ordinateur puis imprimés couche par couche (FDM, SLA, Polyjet) avec des polymères ou composites. Les applications identifiées concernent la reproduction d'anatomie patient, la création de simulateurs procéduraux et la fabrication de dispositifs spécifiques à l'entrainement.

RÉSULTATS

Simulateurs imprimés 3D

Ponction fémorale échoguidée

Ponction lombaire

Embolisation anévrisme intracrânien

DISCUSSION

Les modèles 3D offrent une grande précision anatomique et favorisent l'acquisition de compétences techniques en chirurgie, anesthésie et gestes interventionnels. Leur utilisation améliore la préparation préopératoire et la répétition de procédures complexes, en particulier via des modèles patient-spécifiques. Plusieurs travaux rapportent une amélioration significative des performances et de la confiance des apprenants, ainsi qu'une réduction de la variabilité dans l'exécution des gestes (2). L'accessibilité croissante de l'impression 3D tend à réduire les coûts et démocratiser son utilisation dans les centres de simulation. Enfin, ces simulateurs "low-cost" réduisent le recours aux cadavres ou aux animaux, contribuant ainsi à une approche plus éthique et durable de la simulation.

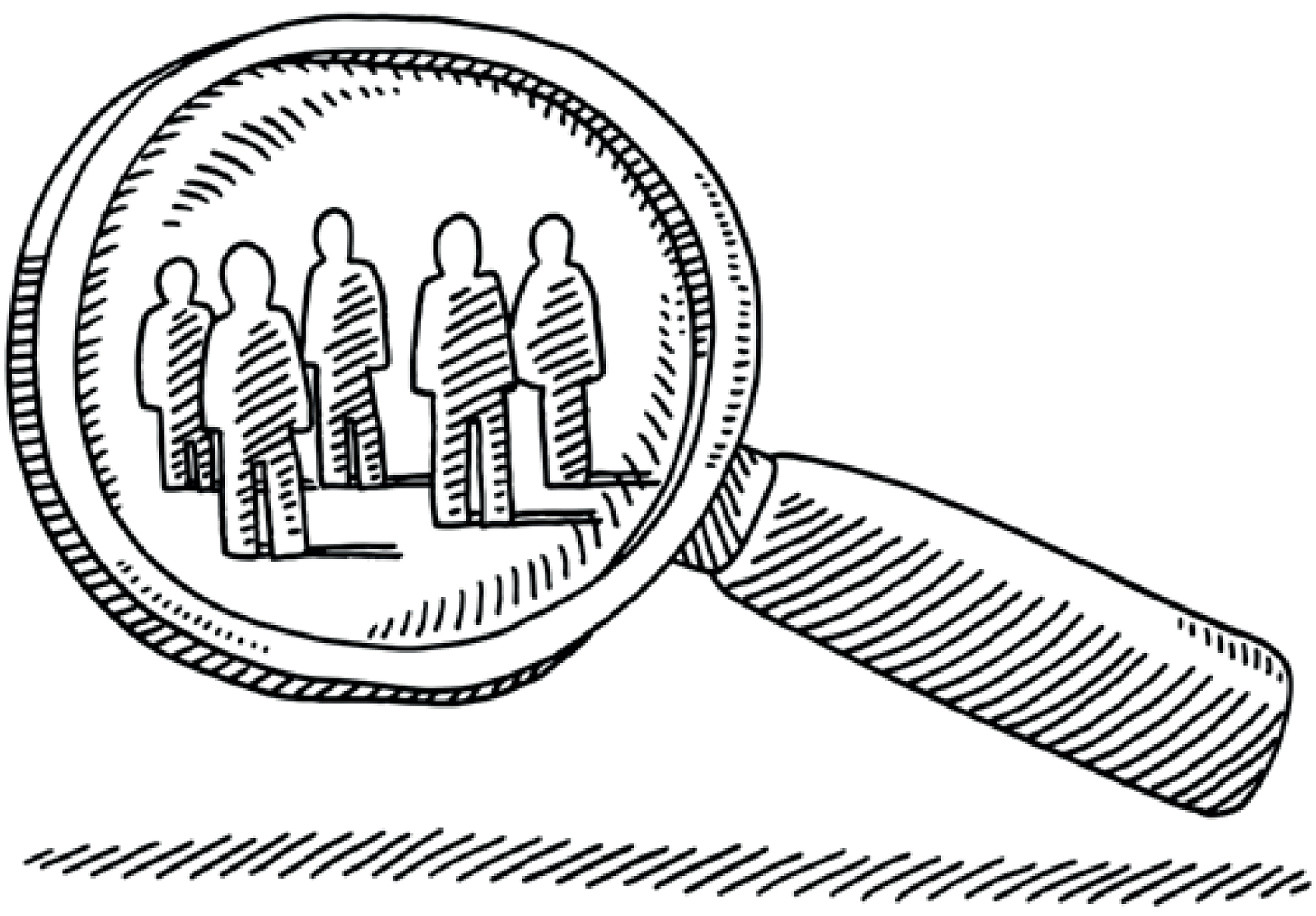
RÉFÉRENCES

(1) Using 3D Printing (Additive Manufacturing) to Produce Low-Cost Simulation Models for Medical Training
John P. Lichtenberger 1, 2, Peter S. Tatum 3, Satyen Gada 4, Mark Wyn 4, Vincent B. Ho 1, 2, Peter Liacouras
Military Medicine, March-April 2018

(2) The current application of 3D printing simulator in surgical training
Yang Jiang[1,2†], Hanyu Jiang[1,2,3†], Zhikun Yang[1,2*], Ying Li[1,2*]
Front. Med., 29 August 2024

https://www.chu-brest.fr/centre-dinnovation-winn

POUR EN SAVOIR +



polaris

LES AMBASSADRICES

Focus sur 3 des ambassadrices au comité pluri-professionnel

« En tant qu'IADE, je souhaite m'investir dans la recherche paramédicale afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Mon expérience d'IDE puis d'IADE m'a permis d'identifier des problématiques concrètes liées à la douleur, à l'anxiété, à prise en charge pré, per, post opératoire et aux logiciels (DPI) utilisés dans les hôpitaux. La recherche est pour moi un outil essentiel pour développer de nouvelles pratiques, pour valoriser l'expertise infirmière et contribuer à l'évolution du système de santé au bénéfice des patients. C'est pour toutes ces raisons que j'ai souhaité intégrer le comité de recherche paramédicale du GHT. »

Cathy Quéré
Infirmière anesthésiste
CH de Landerneau

Photo D.R.

« Mon travail en prévention du risque infectieux consiste à concevoir et déployer des protocoles, former les professionnels et évaluer les pratiques afin de limiter les infections associées aux soins. La recherche est un moteur essentiel pour générer des connaissances utiles à l'élaboration de recommandations adaptées et actualisées, et pour expérimenter des méthodes pédagogiques innovantes. Il s'agit de toujours interroger ses pratiques. Participer au comité maintient mon action dans une dynamique transversale en renforçant la collaboration entre professionnels. »

Lénaïg Daniel
Infirmière hygiéniste, équipe du SEPRI
CHU de Brest

Photo D.R.

Photo D.R.

« Infirmière, membre du comité de recherche paramédicale au CHU, je coordonne et accompagne des projets innovants en m'appuyant sur les données probantes. Formée à la recherche en sciences infirmières et titulaire d'un master en sciences de l'éducation, j'accompagne le déploiement de la recherche paramédicale. Convaincue du partenariat avec les patients, parents et associations, j'aime faire le lien entre chercheurs, professionnels et grand public. Rendre la recherche accessible à tous, c'est ouvrir les savoirs pour mieux soigner ensemble. »

Fanny Kerouanton
Infirmière, pôle FME
CHU de Brest