

Gestion paramédicale de la sédation en réanimation

Groupe Hospitalo-Universitaire
AP-HP . Université Paris Saclay

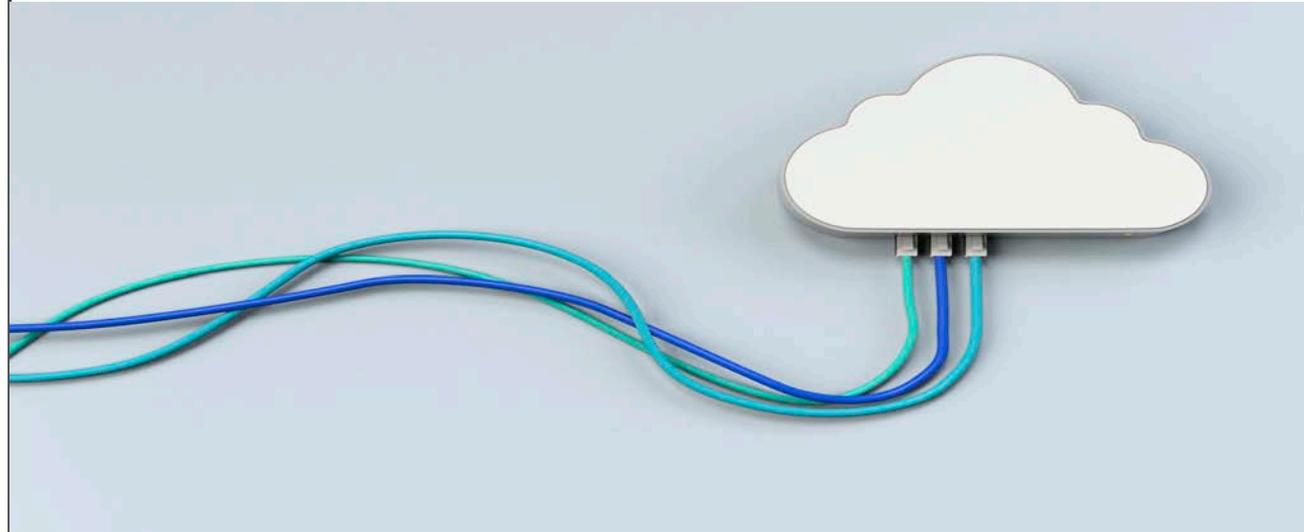
Saria SAYADI
Médecine intensive réanimation
Hôpital Ambroise paré
Boulogne Billancourt

- Premiers protocoles
- Recommandations
- Retour d'expérience
- Pistes de réflexion

Sédater, pourquoi?

Améliorer la synchronie
du patient avec le
ventilateur

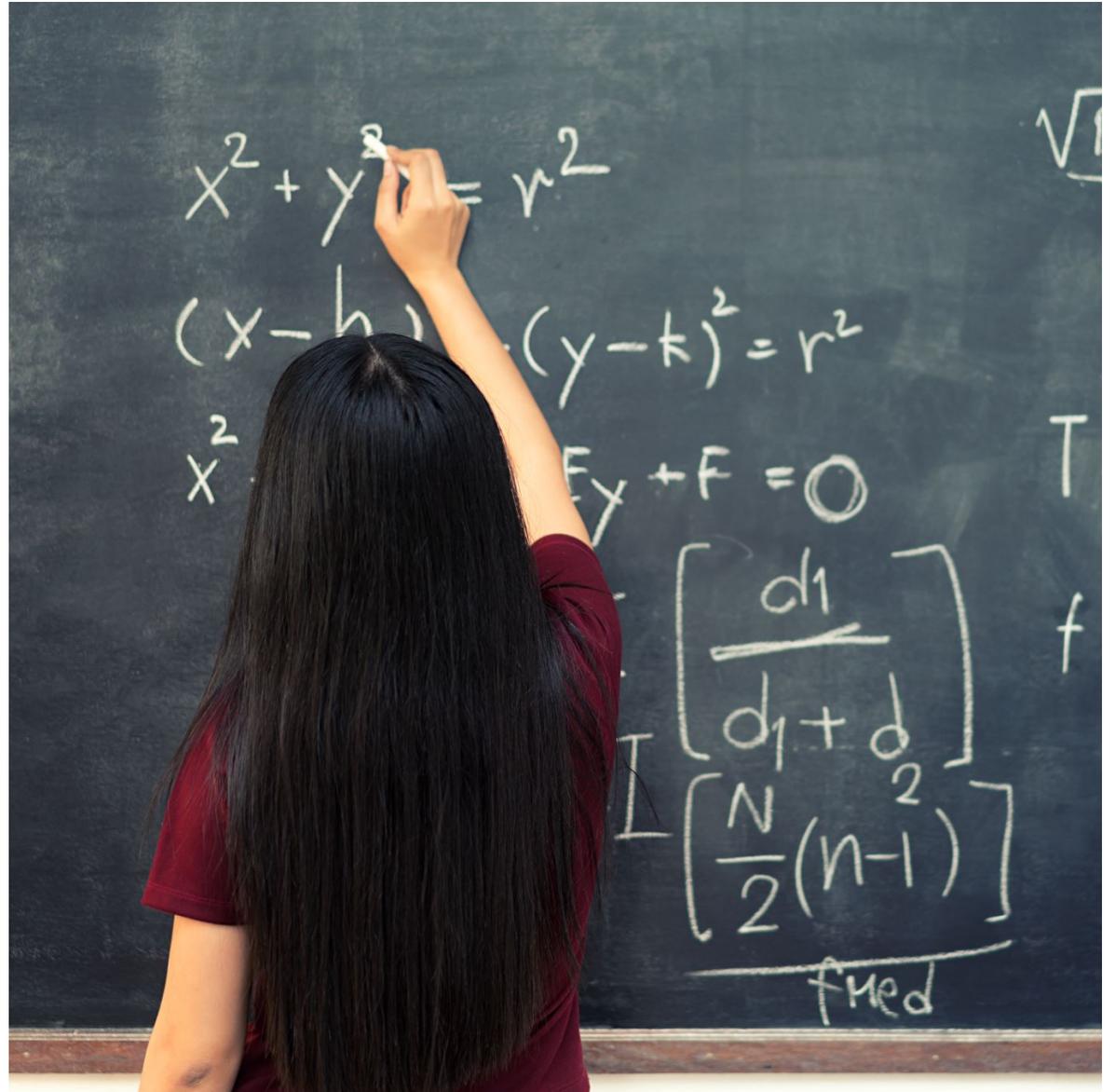
Eviter le mauvais
souvenir de la
réanimation



Watling SM, Johnson M, Yanos J (1996) A method to produce sedation in critically ill patients. *Ann Pharmacother* 30:1227-31

Wagner B, O'Hara D, Hammond J (1997) Drugs for amnesia in the ICU. *Am J Crit Care* 6:192-201

Naissance des
premiers
protocoles...



Diminuer les incidents dûs à une sédation trop légère

- Asynchronies avec le ventilateur
- Auto-extubations
- Auto-ablations des cathéters par le patient...

Powers J (1999) A sedation protocol for preventing patient self extubation. Dimens Crit Care Nurs 18:30-4
Wagner IJ (1998) A sedation protocol to prevent self-extubation. Chest 113:1429-30

Eviter le surdosage en sédation et analgésie

- Durée prolongée de la ventilation mécanique
- Pneumopathies acquises sous ventilation mécanique
- Durée augmentée des séjours en réanimation
- Escarres ...

Powers J (1999) A sedation protocol for preventing patient selfextubation. Dimens Crit Care Nurs 18:30–4
Wagner IJ (1998) A sedation protocol to prevent self-extubation. Chest 113:1429–30

Durée de ventilation mécanique 2 fois plus longue en sédation continue vs administration de bolus «à la demande», Marin Kollef 1998

Diminution significative de la durée de la ventilation mécanique et du séjour en réanimation avec un arrêt quotidien des sédations.

À un jour donné, la sédation est inutile une fois sur deux, Kress 2000

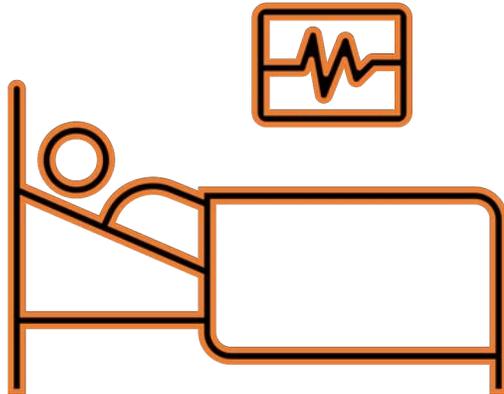
1999

1998

2000

Durées plus courtes de sédation, de ventilation mécanique, de séjour en réanimation et à l'hôpital avec un protocole piloté par l'équipe infirmière, Brook Ad 1999

Evolution des pratiques au fil des années



Notion d'éviter une sédation excessive

Recherche de la posologie minimale efficace

L'analgésie est prioritaire dans la gestion de la sédation

L'indication de la sédation-analgésie devra être recherchée quotidiennement

||| Réveillez les patients!



Application de l'arrêt des sédations en 2006-2007?

78% au
Royaume-Uni

34% en
Allemagne

16% en
France

Constantin JM, Chanques G, De Jonghe B, et al (2010) Current use of sedation and analgesia: 218 resuscitations in France service practices survey. *Ann Fr Anesth Reanim* 29:339–46

Reschreiter H, Maiden M, Kapila A (2008) Sedation practice in the intensive care unit: a UK national survey. *Crit Care* 12:R152

Martin J, Franck M, Sigel S, et al (2007) Changes in sedation management in German intensive care units between 2002 and 2006: a national follow-up survey. *Crit Care* 11:R124

Utilisation d'un protocole de sédation ou de recommandations écrites?

80% au
Royaume-Uni

46% en
Allemagne

29% en
France

Constantin JM, Chanques G, De Jonghe B, et al (2010) Current use of sedation and analgesia: 218 resuscitations in France service practices survey. *Ann Fr Anesth Reanim* 29:339–46

Reschreiter H, Maiden M, Kapila A (2008) Sedation practice in the intensive care unit: a UK national survey. *Crit Care* 12:R152

Martin J, Franck M, Constantin JM, Chanques G, De Jonghe B, et al (2010) Current use of sedation and analgesia: 218 resuscitations in France service practices survey. *Ann Fr Anesth Reanim* 29:339–46

Conférence de Consensus SFAR-SRLF
Sédation et analgésie en 2007
Mieux vivre en réanimation en 2009



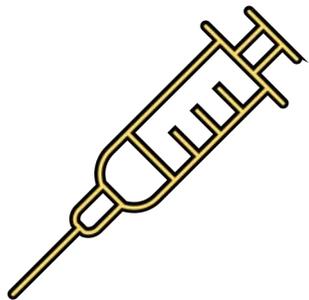
MOYENS
THÉRAPEUTIQUES



OUTILS D'ÉVALUATION



ALGORITHMES DE
SÉDATION

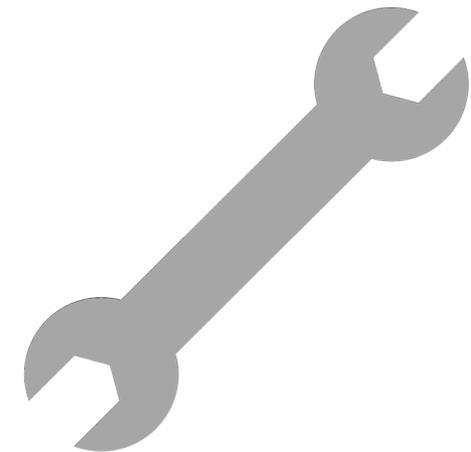
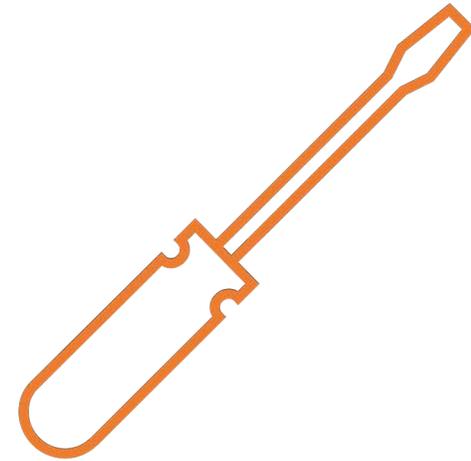


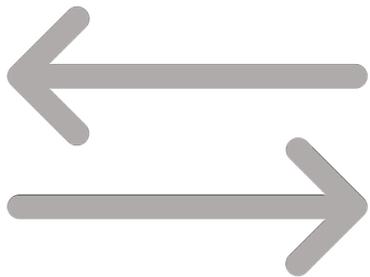
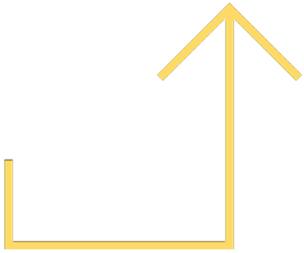
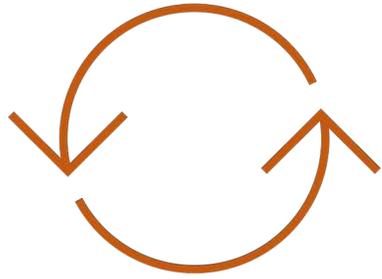
Moyens médicamenteux et non médicamenteux

- Limitation des nuisances sonores et visuelles
 - Respect du sommeil des patients
 - Prévention de la douleur induite par les soins
 - Personnalisation de la chambre
-
- Analgésiques et hypnotiques

Outils d'évaluation

- Echelles simples, reproductibles
- Définition d'un objectif chiffré en début de traitement
- Evaluation régulière de la réponse aux traitements





Algorithme de sédation

- Une procédure écrite
- Un objectif thérapeutique
- Des évaluations à intervalles réguliers
- Une adaptation régulière des doses
- Une adhésion de l'ensemble de l'équipe soignante
- Une procédure d'alerte du réanimateur

Audit 2 ans après

- 21% des réanimations ont un protocole de sédation
- 58% évaluent le niveau de sédation
- 42% pratiquent une sédation conforme aux recommandations

Chanques G, Zoric L, Bonnal A, et al (2010) Which level of sedation for patients in 66 icus? a one-day study. Intensive Care Med 36h level of sedation for patients in 66 icus? a one-day study. Intensive Care Med 36

Enquête ARCO 2014

- 67% des réanimations ont un protocole de sédation
- 71% des médecins trouvent les patients trop sédatisés
- 100% estiment que l'IDE a un rôle majeur dans la gestion de la sédation
- 20% des protocoles sont basés sur une délégation complète à l'infirmière



Retour d'expérience

Etat des lieux



RÉANIMATION MÉDICO-
CHIRURGICALE DE 12 LITS



14 MÉDECINS



45 INFIRMIERS

Mise en place d'un protocole de sédation dans le service



INITIATIVE MÉDICALE



PRÉSENTATION DU PROTOCOLE
AUX PARAMÉDICAUX



Grandes lignes du protocole

- Arrêt quotidien des sédations chez tous les patients, sauf critères d'exclusion: l'arrêt se fait sur prescription médicale
- Introduction d'une échelle d'évaluation de la sédation inexistante auparavant, le RASS
- Adaptation des doses de sédation pour un objectif de RASS entre -1 et 0
- Douleur non prise en compte

Constat: Protocole non appliqué

Manque de
formation et
d'information

Niveau de sédation
non évalué
systématiquement

Arbre
décisionnel
complexe

Mise en place d'un groupe de travail: se réappropriier le Protocole



Un médecin référent



Infirmiers, sur la base du volontariat



Notion d'analgésie rajoutée



Arbre décisionnel simplifié



Autonomie de l'infirmier / Formation

Protocole réajusté

- Prescription initiale des médicaments faite par le médecin
 - Inclusion systématique de tout patient sédaté de plus que 24 heures sauf critères d'exclusion
 - Arrêt systématique des sédations par l'infirmier à 9h00 chez tous les patients inclus
- 
- A large yellow triangle is positioned in the bottom right corner of the slide, pointing towards the top right.

Objectif de
RASS entre
-1 et 0
et
BPS \leq 4

- Notion d'analgésie rajoutée
- Administration de bolus de sédatif si patient agité (RASS > 1)
- Administration de bolus d'antalgique si (BPS > 4)
- Remise en place de la sédation au bout de 2 bolis
- Diminution des doses de sédation si (RASS < -1)

Protocole de sédation chez les patients sédatisés > 24h

Médecin

Prescription initiale par le médecin en charge du patient

- Midazolam 2 à 10 mg.h⁻¹ IVSE
- Sufentanil 5 à 40 µg.h⁻¹ IVSE

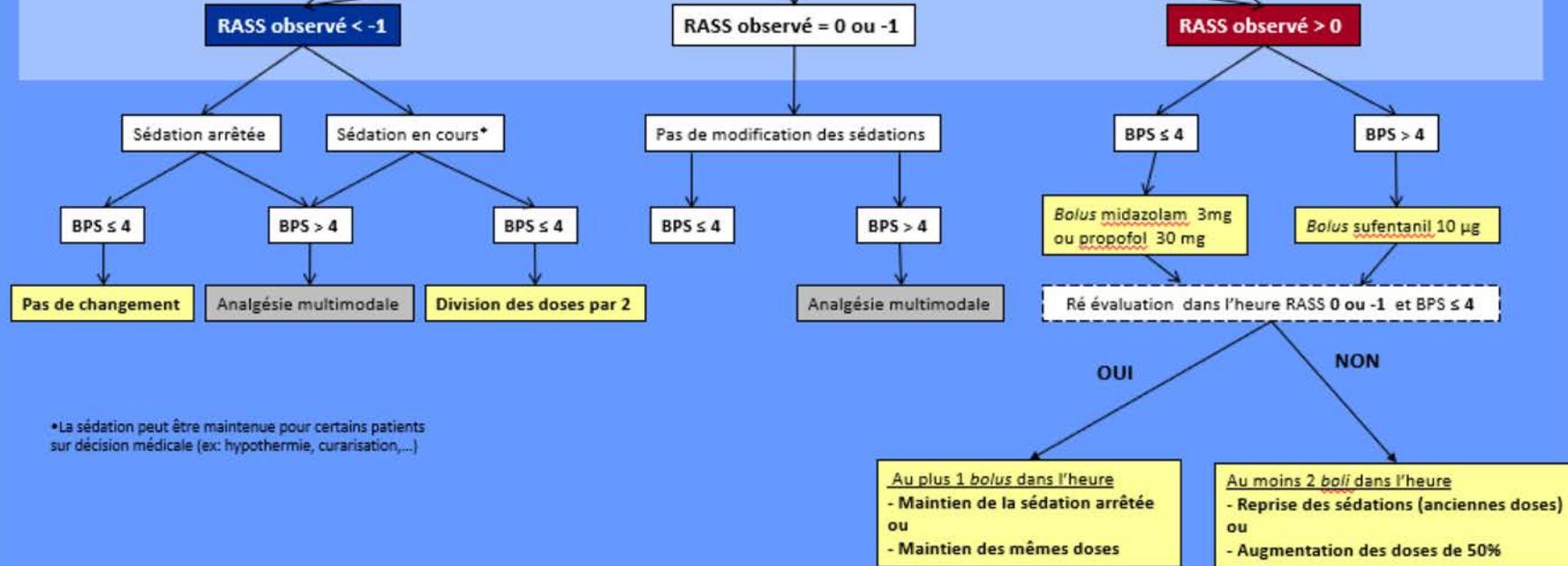
Cas particulier: myorelaxation
Atracurium 50 mg IVD puis 30 à 50 mg.h⁻¹ IVSE

- Propofol 50 à 200 mg.h⁻¹ IVSE
- Sufentanil 5 à 40 µg.h⁻¹ IVSE

Infirmière/Infirmier

1) Arrêt de la sédation à 9h00 après la transmission*

2) Evaluation du RASS et adaptation des sédations à chaque tour
Objectif RASS **-1 à 0**



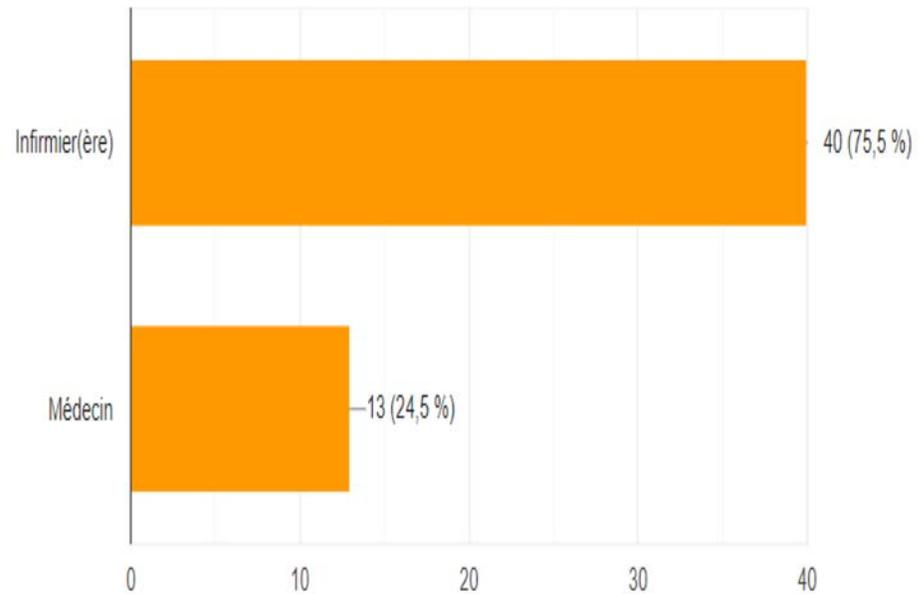
Protocole partiellement
appliqué



Questionnaire à visée des médecins et infirmiers

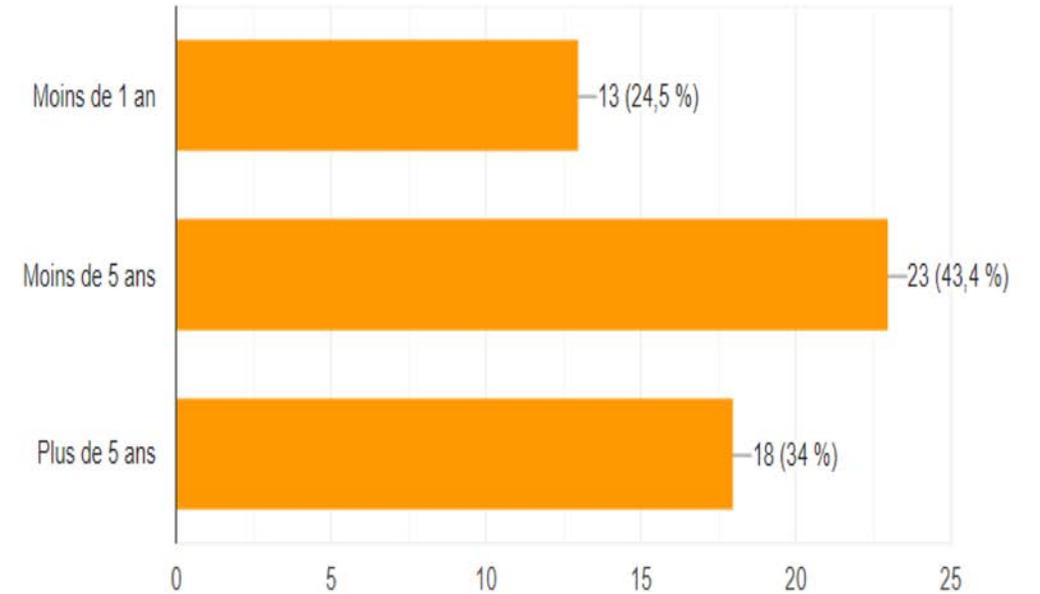
Vous êtes

53 réponses



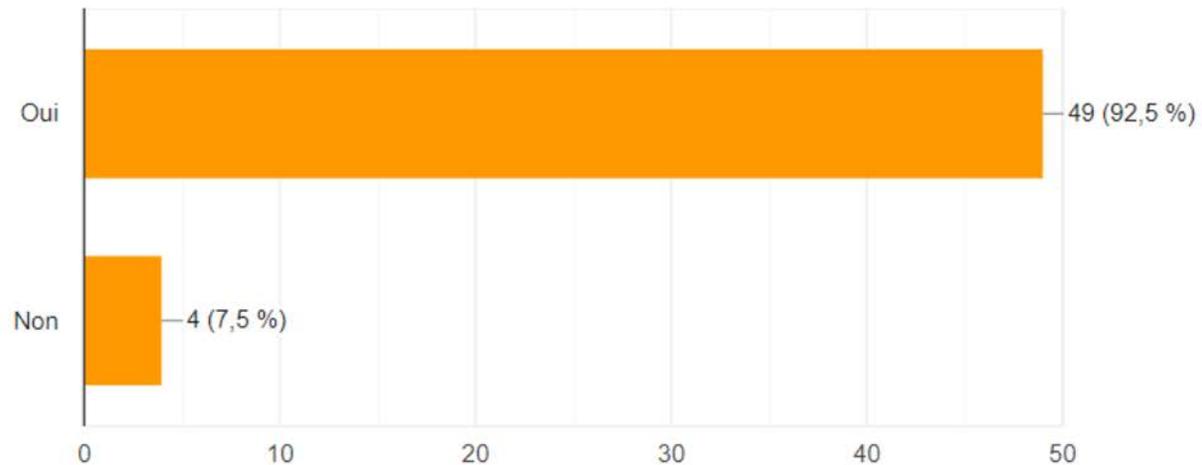
Quelle est votre ancienneté dans le service?

53 réponses



Vous sentez-vous capable de déterminer le niveau de sédation d'un patient ?

53 réponses

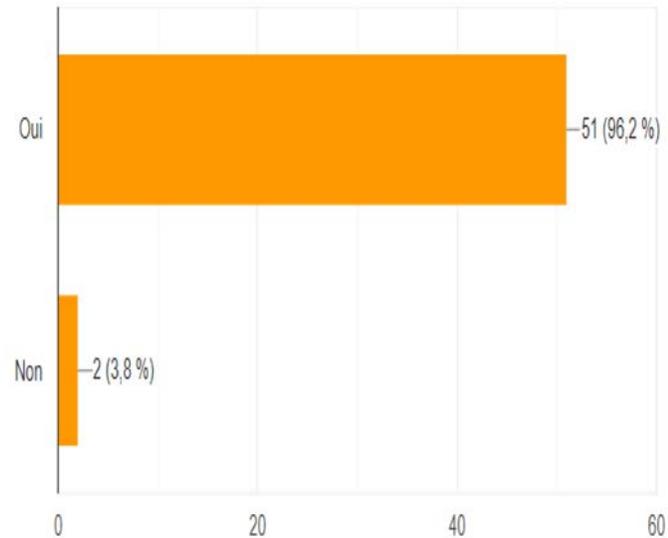


Pas de
problème
d'évaluation
du niveau
de
sédation

Connaissance du protocole et ses modalités

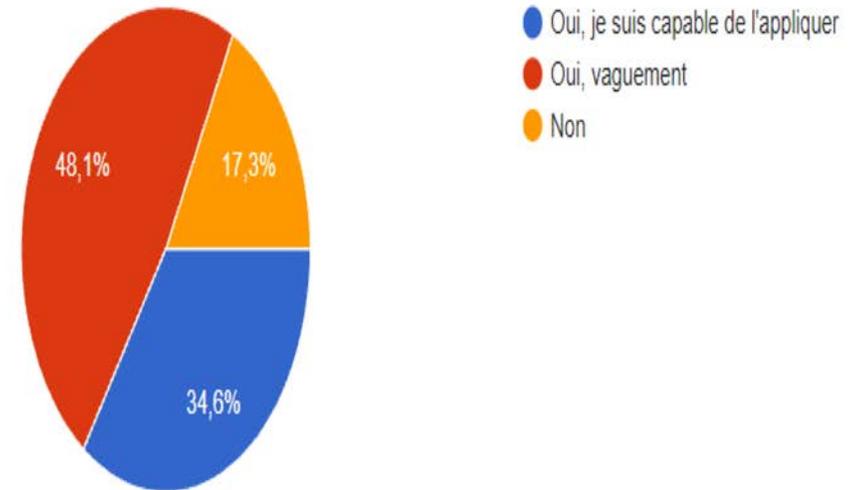
Connaissez-vous l'existence d'un protocole de gestion de la sédation dans le service?

53 réponses



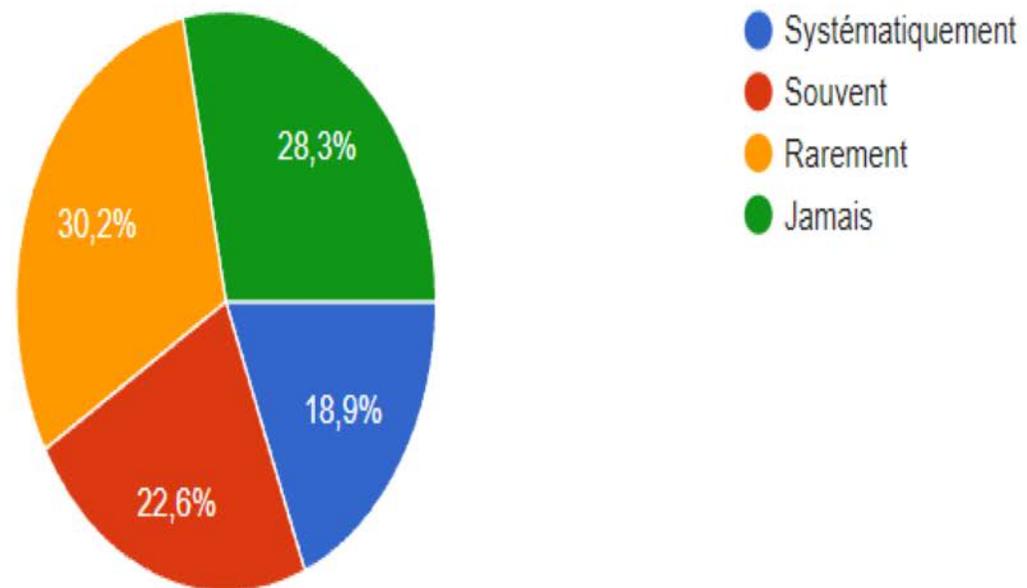
Si Oui, en connaissez-vous les modalités (critères d'inclusion, arbre décisionnel...)?

52 réponses



Quelle est la fréquence à laquelle vous l'utilisez?

53 réponses



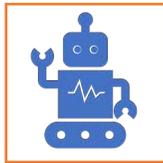
Difficultés lors de son utilisation

- Peur d'arrêter les sédations 47,2%
- Manque de maîtrise 36,1%
- Arrêter d'un coup peut être brutal pour le patient 19,4%
- Patient plus confortable avec un RASS à -2 11,1%
- Un aval des médecins est souhaité avant l'arrêt 5,6%

Ce que l'on retient...



Connaissance
partielle



Sous-utilisation

Peur



Appréhension



Aval médecin

Pistes à travailler

- Formation du personnel soignant (médecins et infirmiers)
- Contrôle des connaissances
- Contrôle des pratiques
- Renforcer la communication entre les différents corps de métier
- Mise au point régulière dans une démarche d'amélioration des pratiques

Analgésie et sédation en quantité et
durée minimales suffisantes

Prise en charge pluridisciplinaire

