

« Silence, on dort ! »
Le sommeil et le confort
du patient en réanimation

**Martine Agostini, Nathalie Rofidal,
Bernard Gauche**

Service Réanimation polyvalente – CHG Libourne

1. Introduction

Cette étude a été initiée pour être présentée à l'occasion du CREUF 2012 à Périgueux. Elle a été réalisée sur les deux unités de soins de réanimation et de surveillance continue du Centre Hospitalier de Robert Boulin, à Libourne. Après l'annonce de la méthodologie utilisée et la visualisation des 2 unités, le groupe de travail présente l'étude comparative proprement dite, accompagnée d'actions mises en place. Pour conclure, le bilan réalisé à 2 ans, expose l'impact de cette étude sur les pratiques soignantes.

2. Méthodologie

2.1. Définition du contexte de l'étude

Dans un premier temps, le groupe a défini le contexte de l'étude en ciblant une population donnée. La durée moyenne de séjour fixée est supérieure à 72 h, il n'y a pas de restriction pour l'âge, mais les fonctions cognitives doivent être conservées.

Rappel des principales causes d'hospitalisation :

- en réanimation, elles sont surtout médicales : défaillance multi-viscérale dont détresse respiratoire, choc septique, ACR...
- en surveillance continue, elles sont plutôt chirurgicales et les patients sont poly pathologiques (colectomie, AVP, hémopéritoine, HELLP (haemolysis elevated liver enzyme low platelet count)...

2.2. Définir les 3 grands objectifs de l'étude :

Dans un deuxième temps, le groupe a défini les 3 grands objectifs de l'étude, à savoir, évaluer la qualité du sommeil (avant, pendant et après un séjour en

réanimation et en surveillance continue), repérer les causes potentielles de perturbation du sommeil (sources d'inconfort, gêne et douleur) et améliorer notre pratique soignante.

2.3. Elaboration du calendrier :

Dans un troisième temps, le groupe a élaboré un calendrier étalé d'octobre à septembre.

- En Octobre 2011 : constitution d'un groupe de travail sur la base du volontariat réunissant des AS et des IDE de jour et de nuit, un médecin et la cadre de santé du service.
- Entre octobre et janvier : élaboration d'un questionnaire et ciblage des patients à interroger.
- Entre janvier et juin : enquête faite auprès des patients.
- Entre juin et septembre : analyse des résultats, élaboration des statistiques.
- Début septembre : préparation de la communication pour le congrès début octobre 2012.

2.4. Les items retenus pour l'élaboration du questionnaire d'autoévaluation orienté sont :

- **l'évaluation du sommeil avant l'hospitalisation liste des items** sur la qualité et les troubles du sommeil, la notion de prise et fréquence de somnifères et l'endormissement diurne.
- **l'évaluation du sommeil pendant l'hospitalisation liste des items** sur la qualité et les troubles du sommeil rencontrés, les causes potentielles proposées par les soignants pouvant être perturbatrices du sommeil (divers soins prodigués, l'utilisation de certains matériels, les différents bruits et la notion d'angoisse).
- **l'évaluation du sommeil au domicile du patient environ 1 mois après son hospitalisation**. Il reprend la qualité, les différents troubles du sommeil, la notion de prise et fréquence de somnifères et l'endormissement diurne.

Afin de mesurer l'écart de perception entre la qualité du sommeil ressentie par le patient et celle relevée par le soignant, l'équipe soignante a été sollicitée pour tracer la quantité et la qualité de sommeil. Le groupe a conscience de la notion de subjectivité de ces mesures. Toute cette partie sera développée lors de la présentation.

3. Les résultats

- Au total, **66 patients** (42 issus de réanimation et 24 de Surveillance Continue) ont été interrogés.
- **29 des patients de réanimation** et **21 de surveillance continue** seront retenus car les autres patients n'avaient pas de souvenirs de leur hospitalisation.

3.1. Durant leur séjour, les patients de Réanimation

expriment les souvenirs suivants

- **Inconfort**, à type de sècheresse buccale et/ou de sensation de soif (12%), sensation de froid et/ou de chaleur (15 %), et ressenti de stress et d'angoisse (11 %).
- **Douleur** liée aux abords artério-veineux (9 %), prise de tension au brassard et aux compressions pneumatiques intermittentes utilisées dans la prévention des phlébites (32 %) ; soins de type glycémies capillaires (29 %), les prises de constantes (23 %), les soins de sonde d'intubation et gastriques (17 %).
- **Gêne** : de type : lumière naturelle, bruits divers : voix, bruit du lave-bassin 37 %, bruit du respirateur 27 %, alarmes, lits 18% (matelas à air).

→ **Au total**, 37% des patients de réanimation relient leurs troubles du sommeil à **des sources d'inconfort, douleur ou gêne, dont :**

- Pour 35 % des patients des conséquences à type de difficultés d'endormissement,
- Pour 23% des patients des conséquences de type insomnies,
- Pour 26% des patients des conséquences de type réveils nocturnes,
- Pour 13% des patients des conséquences de type cauchemars.

3.2. Durant leur séjour, les patients de Surveillance

Continue expriment les souvenirs suivant

- **Inconfort** : on retrouve le manque d'explication (10%) et le ressenti de stress ou d'angoisse (26%)
- **Douleur** : liée aux abords artério veineux 12%, prise de constantes : tension au brassard, température 23% et aux compressions pneumatiques intermittentes 32% (prévention des phlébites).
- **Gêne** : lumière naturelle (19%), bruits divers : alarmes 100%, aller-retour des soignants (26%).

→ Au total, 80% des patients en post opératoire relient leurs troubles du sommeil à **des sources d'inconfort, de douleur et de gêne, dont** :

- Pour 36% des patients des conséquences de type réveils nocturnes,
- Pour 28% des patients des conséquences de type insomnies,
- Pour 22 % des patients des conséquences à type de difficultés d'endormissement,
- Pour 14% des patients des conséquences de type cauchemars.

3.3. Comparaison entre les 2 unités

Les résultats comparatifs entre les 2 unités montrent que l'incidence des troubles du sommeil est identique sur les 2 unités, en effet le sommeil est perturbé chez la moitié des patients.

Les perturbations listées sont identiques :

- 30% d'entre eux se plaignent de troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement, de réveils fréquents et/ou d'insomnie, cauchemars.

4. L'analyse

Plusieurs pistes expliquant l'impact de l'hospitalisation sur le sommeil peuvent être explorées à travers les réponses données par les patients d'après une étude présentée à la SRLF 2013 par le docteur Verbrugge (Belgique) [1].

Les médicaments utilisés en réanimation et en surveillance continue ont fréquemment des effets secondaires sur le sommeil comme les opiacés (diminution du sommeil profond et paradoxal), les catécholamines (induisent une insomnie), les benzodiazépines (diminuent le sommeil profond et paradoxal mais augmentent le sommeil stade 2).

Le manque de sommeil est considéré comme étant le deuxième facteur de stress (le premier étant la sonde d'intubation).

Cette étude n'a pas permis (par manque de précision) l'analyse des interactions factorielles, et donc de déterminer si le stress est à l'origine des troubles du sommeil ou l'inverse. Néanmoins nous constatons que les troubles de sommeil lors du séjour et à la sortie du patient sont souvent plurifactoriels.

Toutefois, nous avons pu analyser certains facteurs comme **le stress et l'angoisse, la lumière, le bruit et les sources d'inconfort.**

4.1. Pour le stress et l'angoisse

En réanimation, le stress et l'angoisse sont en lien avec des contraintes invasives telles que la sonde d'intubation, les compressions intermittentes, les glycémies, les abords artério-veineux ; mais aussi avec le ressenti du manque d'explication.

En surveillance continue, ce dernier est par contre le facteur dominant.

4. 2. Pour la lumière

Dans les 2 unités, les boxes bénéficient d'une lumière naturelle. Néanmoins la source principale est artificielle. Les patients ressentent une gêne par un excès de lumière artificielle. L'organisme y répond par la sécrétion de mélatonine (hormone qui régule les rythmes chronobiologiques) lors d'absence de lumière naturelle.

4.3. Pour le bruit

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande un niveau de bruit ambiant inférieur à 35 décibels (dB) pour un repos nocturne convenable, sachant que 34% des bruits sont évitables.

4.4. Pour les sources d'inconfort

Ils ne sont pas les mêmes en réanimation et en surveillance continue du fait de la population rencontrée, des motifs d'admission et de l'état de conscience. La douleur en surveillance continue est plus souvent liée à la chirurgie (50% des patients se souviennent d'avoir souffert au niveau de la plaie opératoire) ; alors qu'en réanimation elle est en lien essentiellement avec les soins de sondes, les prises de constantes, les abords artério-veineux et aussi avec les drains pleuraux et les attaches.

4.5. Paradoxalement, on observe

Une amélioration du sommeil à la fin du séjour sur les 2 unités pour 14% des patients en réanimation, et 4 % en SC. Ceci est peut-être à rattacher au motif d'hospitalisation, sachant que nous recevons beaucoup de patients ayant des pathologies chroniques (insuffisant respiratoire chronique).

4.6. La prise de somnifères

En conclusion de l'analyse nous observons paradoxalement que la prise de somnifères a augmenté en Réanimation pour ceux qui en prenaient tous les jours de 25 % à 33 %, alors qu'en surveillance continue cela passe de 27 % à 17 %.

5. Actions visant l'amélioration des pratiques

Le but de ce travail est de faire évoluer nos pratiques et permettre l'amélioration du sommeil et confort du patient durant son séjour à l'hôpital et après son hospitalisation.

- Mise en place d'une échelle d'anxiété (cotation).
- Demande de formations telles que la sophrologie, l'aromathérapie, et toucher massage
- Adaptation des soins aux patients (pour diminuer les réveils liés aux soins) : prescription médicale pour surveillance des glycémies, des prises de constantes, des volumes sonores d'alarmes en surveillance continue et des patients Ramsay 3 en réanimation ; toilette adaptée au moment de veille du patient
- L'équipement électrique lumineux : installation de veilleuses, de variateurs au déchoquage sont prévus. L'horaire d'extinction des lumières et des télévisions est à négocier avec les patients.
- Sur le plan acoustique : utilisation de tampons adhésifs amortissant les chocs des tiroirs, utilisation différée du lave-bassin, paramétrage adéquat du volume sonore des alarmes, Lubrispray pour atténuer les bruits de glissement des tiroirs, changement des moteurs CPI (plus silencieux). Commande de casque anti bruits et casque pour TV en surveillance continue.
- Proposition de masques occultant pour les yeux et des bouchons d'oreille pour les patients qui le souhaitent.

6. Le bilan à 2 ans

- En 2013, un @poster a été présenté à la SFAR; en juin 2014 le service a reçu le 5° prix Hélioscope (récompense des hôpitaux de Paris et de France, de la GMF, et des Pièces Jaunes).
- Le bilan de l'impact de cette étude a été initié en juin 2014 pour évaluer si le personnel avait changé ses pratiques. Pour cela, le groupe de travail a établi un questionnaire destiné aux professionnels du service adapté à leur fonction (IDE, AS, ASH). Pour compléter les données, une vingtaine de dossiers de soins ont été repris pour évaluer la traçabilité, et observer les différentes actions mises en place.

Les résultats montrent de manière générale, une prise de conscience de l'équipe et par conséquent une répercussion des soins sur l'attention portée au sommeil des patients en réanimation. Suite aux propositions d'amélioration, nous avons constaté :

- Que même si les heures de nursing ont été adaptées au patient afin de préparer son sommeil et sa détente, les bains, shampoings et massages ne sont pas encore suffisamment privilégiés (1/3 des aide soignantes et quelques infirmières ont déjà réalisé la formation toucher massage). Les contraintes d'organisation et de charge de travail pourraient participer à ce constat.
- Une formation théorique et pratique sur les soins de bouche associé à du nouveau matériel (bâtonnets mentholés, brosse à dents aspiratives) ont permis une meilleure observance et donc diminué les sources d'inconfort.
- Il n'est retrouvé dans le dossier de soin que très peu de transcriptions sur l'utilisation des masques de nuit et des bouchons sans pour autant préciser si cela est dû à un refus du patient ou simplement si ces accessoires ne sont pas encore intégrés dans nos pratiques.
- Les glycémies et prises de tensions artérielles (en accord avec les médecins) ne sont plus systématisées mais adaptées en fonction de l'état du patient.

- Une réévaluation de l'équipement électrique lumineux a permis l'installation de veilleuses dirigeables. Le mode nuit des respirateurs et scopes est plus fréquemment utilisé à partir de 22h. L'extinction des télévisions dans les chambres et les lumières dans les chambres et au PC central sont négociées avec le patient.
- Une prise de conscience de l'impact sonore sur le sommeil a permis de diminuer l'intensité des alarmes, des échanges verbaux entre soignants, des télévisions et des radios dans les chambres la nuit, de différer l'utilisation du lave bassin et la mise en place de nouveaux moteurs de compressions intermittentes silencieux. La demande d'évaluation du bruit sur les 2 unités par l'ingénieur des travaux à ce jour n'a pas abouti.
- Il semble difficile pour certains soignants de changer leurs pratiques particulièrement concernant l'utilisation de nouveaux outils telle que l'échelle d'anxiété (mal ou pas du tout cotée). Cette difficulté face à l'échelle d'anxiété a été majoritairement exprimée dans le questionnaire. Le groupe de travail et l'équipe a prévu de réévaluer cette échelle.
- Actuellement un réanimateur, sensibilisé dans cette étude, propose la mise en place d'une nouvelle échelle d'appréciation de vigilance-agitation : le RASS. Celle-ci permet une évaluation plus simple et précise de l'état comportemental du patient. Elle est complétée par l'évaluation de la douleur spécifique à la réanimation(BPS). La formation de l'équipe paramédicale a été assurée avant la mise en place de cette échelle dans le dossier de soin.
- Au mois de septembre 2014, une infirmière du service de réanimation a passé un DU (diplôme universitaire) de recherche en soins infirmiers et paramédicaux. Elle s'est inspirée de l'étude « silence, on dort » pour son travail de recherche. Elle y pointe la nécessité de préparer l'équipe soignante aux nouvelles pratiques en les accompagnants grâce à un échange en groupe et ainsi lever leurs doutes et leurs craintes.

7. En projet

Le groupe de travail réfléchit à la création d'un logo « silence on dort », afin de poursuivre la campagne de sensibilisation en réanimation et surveillance continue.

Une demande de tablette tactile avec un logiciel ciblé sur les troubles de la communication de patients ne pouvant pas se faire comprendre, est en cours.

8. Bibliographie

- [1] Etude sur le sommeil, Docteur VERBRUGGHE (Belgique), SRLF 2013 – CNIT Paris.
- [2] Directives de l'OMS 2007 relative au bruit en réanimation