

La Gestion paramédicalisée de la Sédation en Unité de Réanimation.

**De la levée de sédation aux
besoins fondamentaux**

Guillaume Decormeille, Antoine Rouget

Service de réanimation polyvalente

(CHU - Toulouse Rangueil)

Résumé :

La gestion de la sédation par les infirmiers de réanimation est décrite comme primordiale depuis plus de 10 ans. Les recommandations imposent d'avoir un patient vigile sous sédation de confort, mais l'état de conscience et d'agitation des patients intubés-ventilés induit de l'anxiété chez les soignants. Un livret protocolisé pour une sevrabilité précoce des patients peut jouer un rôle majeur dans la réduction des comorbidités induites et permet de réduire significativement le temps d'hospitalisation, tout en garantissant une sécurité et une harmonisation des pratiques.

Mot clés :

- Changement de culture
- Compétence soignante
- Outil d'harmonisation des pratiques
- Qualité de vie au travail

Points fort :

- La gestion de l'analgo-sédation doit être protocolisée pour les IDE
- Prioriser l'algésie avant la sédation
- Faire des « piqures de rappel » lors de la mise en place de nouveau protocole
- Moins de drogues sédatives pour un réveil précoce
- Humaniser au maximum les chambres en intégrant les familles
- Penser aux sources d'inconfort
- Prévenir le délirium et stress post traumatique

1. Introduction

L'idée reçue que l'on a d'un patient de réanimation, est celle d'un patient qui dort profondément, totalement immobile. Cette perception subjective ne risque-t-elle pas d'influer les prescriptions ? Malgré la conférence de consensus SFAR–SRLF de 2009 [1], ce préjugé tenace dans la représentation soignante influence encore bien des pratiques et risque d'aller à l'encontre du bien-être du patient et de ses besoins.

Pour éviter que ce décalage perdure entre les pratiques et les recommandations sur le « mieux vivre la réanimation », un changement de culture touchant à l'image ancestrale du patient en réanimation doit s'opérer.

Les pratiques évoluent, les techniques avancent, les mentalités doivent changer. Les recommandations de nos sociétés savantes imposent une vision différente du patient intubé- ventilé-sédaté : le patient doit être réveillable, stimuable, mais confortable. Il est évident qu'un patient qui dort paraît plus sécurisant pour le soignant, lui épargne bien des difficultés et le met à l'abri du stress. Cependant des études ont prouvées que les conséquences sont préjudiciables pour le patient [2]. [Kress NEJM 2000].

Nos perceptions doivent changer pour garantir une prise en charge holistique du patient et assurer des soins justes et conformes.

Contrairement à ce que l'infirmier pouvait attendre à son arrivée dans l'unité, en imaginant que sa relation au patient passerait essentiellement par la technicité, l'infirmier, découvre l'importance du soin relationnel. La restauration de la communication avec le patient est aujourd'hui absolument nécessaire. Pour cela il devra trouver des stratégies de communication et mettre en place des techniques alternatives pour améliorer le confort du patient et répondre à ses différents besoins.

La gestion de la sédation par les infirmiers de réanimation est décrite comme primordiale depuis plus de 10 ans [3].

2. Les indissociables : l'analgésie et la sédation - l'analgo-sédation

2.1. L'analgésie doit être titrée et gérée de façon prioritaire par rapport aux médicaments hypnotiques

Les règles de posologie sont calculées en fonction du poids idéal. Il est à calculer en premier.

Un patient non douloureux est un patient qui nécessite moins de drogues sédatives, réduit sa consommation d'oxygène, et s'agite moins [4].

Quand on parle de sédation, il faut différencier la sédation **thérapeutique** de la sédation de **confort**. La sédation de confort a pour but de soulager et d'améliorer la tolérance à l'environnement une fois la défaillance d'organes passée. C'est dans cette phase que l'on peut modifier les débits des médicaments hypnotiques intraveineux pour atteindre l'objectif voulu, fixé quotidiennement par le médecin. La sédation thérapeutique, plus profonde est un élément à part entière du traitement dans certaines circonstances pathologiques (détresse respiratoire aiguë, patient cérébrolésé, état de choc, polytraumatisé, les personnes curarisées, etc.) Certaines unités ont protocolisé l'induction de la sédation thérapeutique par les IDE.

2.2. Les outils

Des scores (grade B) sont recommandés et une évaluation, toutes les 2 ou 4 heures est capitale. Il est nécessaire d'évaluer l'analgésie en premier puis la sédation.

Pour l'analgésie, l'utilisation d'échelle hétéroévaluative pour un patient non conscient s'impose, comme avec le Behavioral Pain Scale (grade B) [5], score hétéroévaluatif qui reprend trois critères cotés de 1 à 4. Les critères sont le faciesse,, le mouvement des mains ou bras, l'adaptation au respirateur. Cependant, dès que possible, l'autoévaluation du patient par une échelle verbale simple (décrite en 5 points selon l'intensité de la douleur) doit prévaloir sur l'hétéroévaluation.

Pour la sédation, **le RASS** : **Richmond Agitation Sedation Scale**. (Créé par le Dr Sessler. Seule échelle validée scientifiquement sur plus de 500 patients et traduite en langue française. Evalue le niveau de conscience du patient, du coma à l'agitation) ; ou **le RAMSEY** (grade B), (score qui décrit comment est le patient. Moins descriptif que le RASS) ; sont à privilégier [6].

Toute la difficulté dans les protocoles d'analgosédation consiste à trouver la balance, l'équilibre dans le niveau de sédation. En effet, la juste dose médicamenteuse permet au patient d'être réveillable, de répondre aux ordres simples, malgré les dispositifs, tout en étant confortable.

La gestion de l'analgosédation par les infirmiers a démontré un gain pharmaco-économique avec une réduction de 50% des produits et une durée moyenne de séjour réduite de 2,2 jours [7].

3. Agitation et Stress induit

3.1. L'infirmier est en première ligne au quotidien

Une étude multicentrique exploratoire initiée par l'unité de réanimation de Toulouse Rangueil a montré en 2011 que l'agitation des patients induit du stress et un sentiment d'anxiété chez les soignants. Il nous a paru judicieux de protocoliser dans un premier temps l'analgosédation et en parallèle le protocole de la sevrabilité ventilatoire (2 équipes différentes). Pourquoi s'arrêter à cette étape ? Un protocole de curarisation et un autre de prévention de l'anxiété et du délirium sont en cours de réalisation pour se conformer aux recommandations.

3.2. Diminution du stress, sécurisation des soins et compétence soignante

En 2011 un premier livret protocolisé a vu le jour. Tout nouvel arrivant dans l'unité est formé en théorie et en pratique avant la remise de ce livret. Son utilisation apporte une réponse rapide, claire et précise permettant ainsi au patient de recevoir

immédiatement la thérapeutique adaptée, évitant ainsi toutes les dérives qui pourraient engendrer des effets secondaires et majorer le risque de comorbidités. Ce livret est indispensable aux infirmiers novices (expérience inférieure à 12 mois de réanimation). L'infirmier agit de manière sécuritaire pour le patient, mais également pour lui. L'outil garantit une harmonisation des soins et une diminution du stress soignant. Avec le temps, la connaissance, l'expérience et l'assimilation de ces protocoles, l'infirmier pourra progressivement s'en détacher.

4. La difficulté dans la mise en place des protocoles infirmiers

La difficulté dans la mise en place des protocoles infirmiers, tient à ce que toute l'équipe médicale et paramédicale doit y adhérer. Ils doivent par conséquent être expliqués et justifiés. Une fois ces protocoles rédigés et validés, il est primordial d'y former les paramédicaux. Plusieurs modalités de formation sont possibles. ([tableau](#))

Lors de la mise en place d'un protocole, il est souhaitable d'avoir un infirmier référent détaché des soins pour répondre aux questions ou difficultés rencontrées ainsi qu'un médecin référent qui permet d'avoir un appui médical. L'important est une communication libre entre les membres du groupe (ide et médecin) pour qu'ils exposent leur avis, respect de l'écoute et de la répartition des tâches de travail. L'auto et l'hétérocritique constructive sont nécessaires pour améliorer la qualité et la productivité des outils.

Cette formation doit être mise en place sur un temps court. Plus le temps est long entre la formation et la mise en place des étapes, moins l'équipe y adhère. Peu importe la manière choisie par le formateur, **l'important est que l'infirmier reste sensibilisé au thème dans la durée et que les supports formatifs restent à disposition. Des « piqûres de rappel » peuvent s'avérer nécessaires.** ([Figure](#))

5. De la protocolisation globale de la sevrabilité précoce

Un second livret regroupant l'intégralité de ces protocoles vient d'être élaboré. Le livret S.A.V.E.D. C.ARE® Il regroupe de manière simple et rapide les protocoles de sevrabilité. Cet outil, permet de sécuriser et d'harmoniser les soins, de l'analgo-sédation à l'extubation du patient, tout en prévenant l'anxiété et le délirium. Il est adaptable à chaque unité qui souhaiterait l'utiliser et le mettre en place.

6. Tout tend vers l'humanisation et la gestion des soins de confort

Aujourd'hui nous n'attendons pas que les patients soient immobiles en réanimation mais qu'ils prennent part à leurs soins et à ce qui se passe. L'infirmier et les aides-soignants en première ligne doivent être vigilants aux différentes sources d'inconfort pour le patient. « Avoir des tuyaux dans ma bouche reliés à une machine sans pouvoir parler ni m'exprimer, je n'ai jamais vécu quelque chose d'aussi angoissant », paroles de patient.

Il est indispensable de redonner du sens clinique* aux pratiques paramédicales pour augmenter les compétences soignantes. Le patient bouge, glisse dans son lit, tousse, appelle, s'agite, est plus demandeur etc. Savoir observer le patient dans son lit et non se focaliser sur les moniteurs fait partie du savoir-faire infirmier.

Un soignant qui vient en réanimation pour se focaliser, comme les lieux l'y incitent, sur la technique au détriment du contact avec les patients, à l'heure actuelle, fait fausse route. Un changement de paradigme s'est engagé avec une vision du soin recentrée sur le patient et pas seulement sur la tâche.

* clinique, étymologiquement : « présence et contact auprès du malade », ce qui donne tout son sens au mot clinique

Comme l'écrit C. Pacific, « *le soin avec un grand S, c'est ce que l'Homme peut offrir de meilleur* ». Le patient est vulnérable, d'autant plus quand il est dans ce lieu d'agression.

La quête journalière de l'infirmier est d'envisager ce qui pourrait être à ses yeux le *meilleur* soin. Une juste prescription assure qu'il soit *techniquement* le meilleur, mais la question de savoir s'il est *humainement* le meilleur reste posée. Comment puis-je m'assurer que le soin que je prodigue est *moralement* le meilleur ? La réponse est à chercher dans cette règle* morale qui veut que l'on puisse souhaiter que tous les infirmiers délivrent ce même soin et que tous les patients puissent souhaiter le recevoir.

* Règle : Formulation de l'impératif catégorique de Kant : « agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu peux vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle »

7. Pour aller plus loin :

Les équipes doivent être vigilantes à toutes les différentes sources polluantes, génératrices d'inconfort comme :

- le bruit induit par le personnel, surtout la nuit,
- la gestion des alarmes des différents moniteurs est à adapter de manière personnalisée aux patients. Elles ne doivent pas être banalisées. Une alarme est un critère d'alerte, **une alarme bien réglée est un patient en sécurité**,
- le temps et la qualité du sommeil des patients en éteignant la lumière dans les chambres est à respecter au maximum : respecter le rythme nycthémeral,
- la faim, la soif doivent être prises en compte, ainsi que la constipation,
- l'anxiété et le délire sont à prévenir. Différents moyens de communication doivent être présents (plaquettes, ardoises, voire même tablettes),
- le patient, dans la mesure du possible, doit être en position « lit fauteuil » ou levé,

- intégrer au mieux les familles des patients,
- etc.

Même si les institutions, créant de nouvelles infrastructures pour les unités de réanimation favorisent le développement des dernières recommandations sur le « mieux vivre la réanimation », un engagement de chacun est nécessaire.

A défaut de profiter de ces nouvelles structures, notre mission nous commande de faire au mieux avec les moyens qui nous sont donnés.

8. Conclusion

Les unités de réanimation sont des lieux d'agression par définition pour le patient, sa famille et le personnel soignant. Le patient de réanimation doit être le plus participatif possible en même temps qu'on lui garantit un maximum de confort et de sécurité.

Les protocoles de sevrabilité ont montré tout leur intérêt sur trois axes : pour le patient, en améliorant sa qualité de vie, et en diminuant la morbidité, pour l'infirmier en sécurisant son travail et pour la collectivité en améliorant le coût pharmaco-économique des soins.

Pour le bien du patient, les équipes soignantes doivent au maximum intégrer la famille afin de faire émerger ses souvenirs, le raccrocher à la réalité dans le but de diminuer l'anxiété et éviter l'apparition d'un délirium. Recentrer autour du patient un univers de vie dans cet espace de soins permettra qu'il vive au mieux sa réanimation. Etape difficile et importante de sa vie, le passage en réanimation doit être pensé et réfléchi pour prévenir au mieux le syndrome de stress post traumatique que l'on sait aujourd'hui fréquent pour ces personnes.

On sait que 60% des patients pourraient avoir des symptômes compatibles avec un état de stress post traumatique [8].

Nous devons poursuivre nos efforts, nous engager dans la recherche paramédicale pour faire évoluer le soin en réanimation et transmettre ce savoir-faire propre à notre discipline.

En effet, elle permettra de poursuivre cet approfondissement dans la réflexion du soin, la prise en charge holistique quotidienne du patient et de sa famille, l'enseignement et la supervision clinique du nouvel infirmier arrivant, et ainsi permettre une émergence du soin mêlant efficience et humanité.

Bibliographie

- [1] 6ème Conférence de consensus SFAR-SRLF. Mieux vivre la réanimation. <http://WWW.sfar.org/article/180/mieux-vivre-la-reanimation-cc-2009>. 2009
- [2] Shehabi Y, Bellomo R, Reade MC, Bailey M, Bass F, Howe B, et al. Early intensive care sedation predicts long-term mortality in ventilated critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012 Oct 15;186(8):724-31
- [3] Kress J, Pohlman A, O'Connor M, Hall J et al. Daily Interruption of Sedative Infusions in Critically Ill Patients Undergoing Mechanical Ventilation. *N Engl J Med* 2000; 342:1471-1477
- [4] Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gelinas C, Dasta JF, et al.
Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2013 ;41 :278-80
- [5] Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med* 2001 ;29 :2258-63
- [6] Chanques G, Jaber S, Jung B, Payen J-F,
Sédation et analgésie en réanimation de l'adulte. *EMC Anesthésie-Réanimation* Oct 2013 vol 10 n°4
- [7] Etude du Ch Périgueux 2012, <http://creuf-2012.e-monsite.com/medias/files/gestion-et-evaluation-d-un-protocole-de-sedation-par-les-ide-perigueux.pdf>
- [8] Griffiths J, Fortune G, Barber V, Young JD. The prevalence of post traumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review. *Intensive Care Med* 2007; 33: 1506-18

Tableau

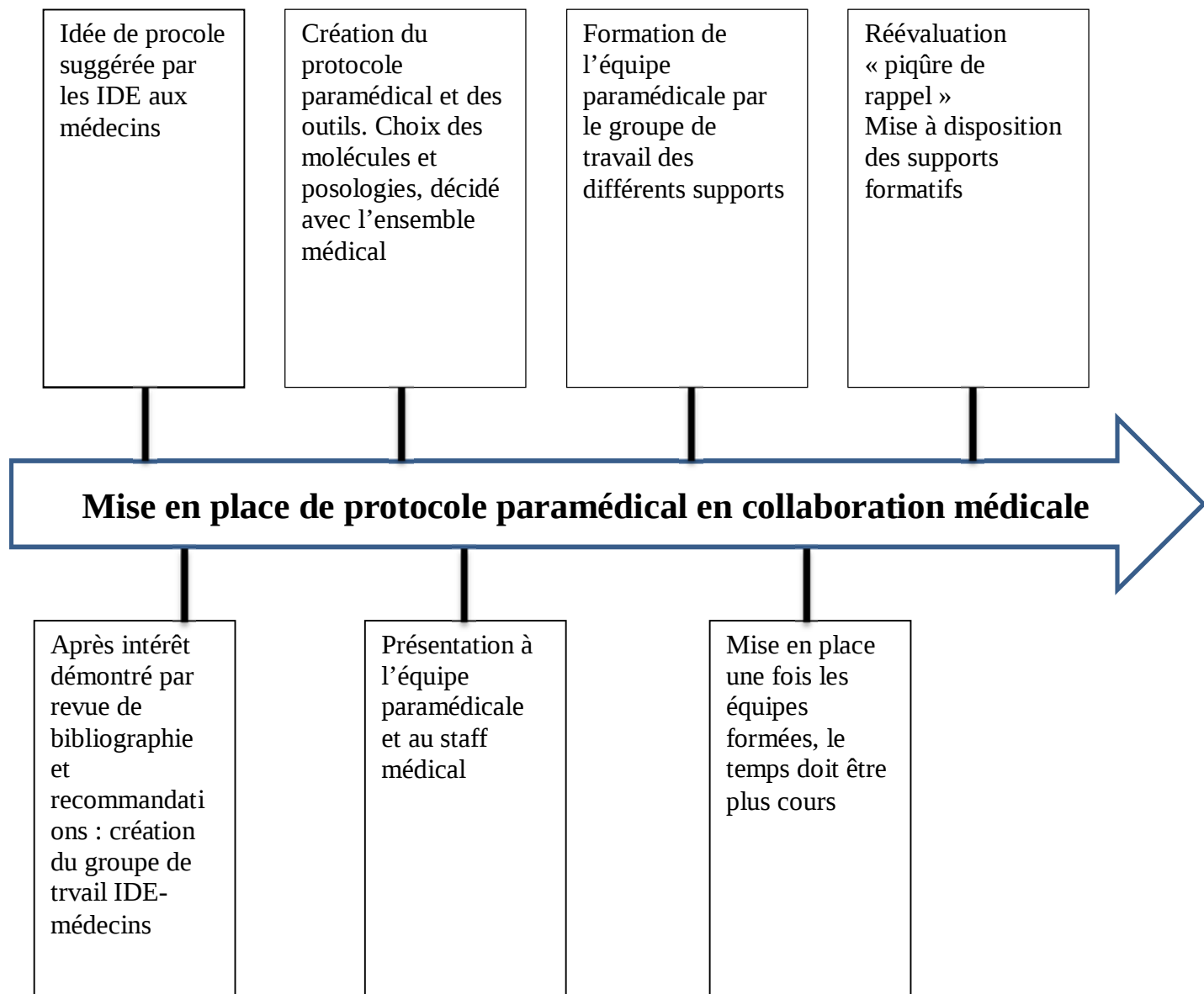
Les différents types de formations utilisées

Type de formation	Avantage formateur	Avantage apprenant	Inconvénient formateur	Inconvénient apprenant
En direct « one to one »	S'assurer de la compétence et de la compréhension	Liberté des échanges et des questions	Chronophage suivant le nombre d'IDE ; ⇒ IDE détaché des soins en plus du formateur pour remplacer l'apprenant	Se faire remplacer auprès de ses patients pendant 45 min au « pied levé »
E-Learning	Econome de temps	• se forme quand il veut, • déduit de son temps de travail	Création du support : long et fastidieux	Ne peut pas poser les questions et avoir les réponses en direct
Focus groupe	Groupe de formation élargi	• Possibilité de formuler de multiples questions	Difficulté de s'assurer de la compréhension de chacun	• se passe en fin de journée ou sur le temps derepos • hésite à poser des questions

[Retour au texte](#)

Figure

Chronologie de la création à la mise de nos protocoles



[Retour au texte](#)