

LA SÉDATION EN UNITÉ DE RÉANIMATION

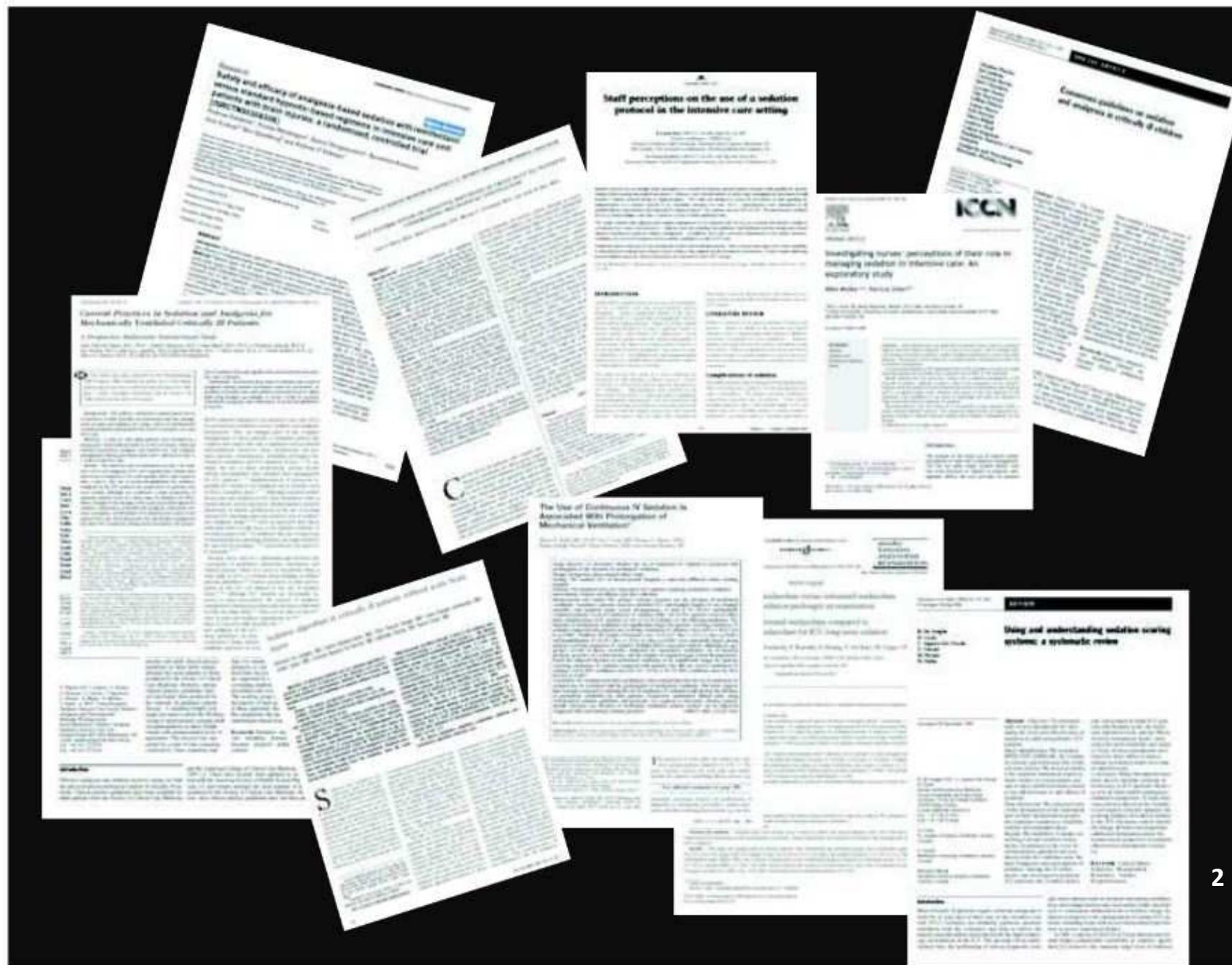
De l'analyse des représentations chez le personnel soignant à la mise en place d'un protocole de sédation

RETOUR D'EXPERIENCE...

1

Decormeille G, infirmier

Unité de réanimation polyvalente, CHU Toulouse Rangueil



A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial

Thomas Strøm, Torben Martinussen, Palle Toft

THE LANCET

	No sedation (n=55)	Sedation (n=58)	p value
Days without mechanical ventilation (from intubation to day 28)	13.8 (11.0); 18.0 (0-24.1)	9.6 (10.0); 6.9 (0-20.5)	0.0191*†
Length of stay (days)			
Intensive care unit	13.1 (5.7--...‡	22.8 (11.7--...‡	0.0316*§
Hospital	34 (17-65)	58 (33-85)	0.0039*§¶
Mortality			
Intensive care unit	12 (22%)	22 (38%)	0.06
Hospital	20 (36%)	27 (47%)	0.27
Drug doses (mg/kg)			
Propofol (per h of infusion)**	0 (0-0.515)	0.773 (0.154-1.648)	0.0001
Midazolam (per h of infusion)	0 (0-0)	0.0034 (0-0.0240)	<0.0001
Morphine (per h of mechanical ventilation)	0.0048 (0.0014-0.0111)	0.0045 (0.0020-0.0064)	0.39
Haloperidol (per day of mechanical ventilation)	0 (0-0.0145)	0 (0-0)	0.0140
Tracheostomy	16 (29%)	17 (29%)	0.98
Ventilator-associated pneumonia	6 (11%)	7 (12%)	0.85

Data are mean (SD), median (IQR), or number (%). ---data not available because of censoring at day 28. *Corrected for baseline variables: age, sex, weight, acute physiology and chronic health evaluation (APACHE II), simplified acute physiology score (SAPS II), and sequential organ-failure assessment (SOFA) at day 1. †Calculated from multiple linear regression. ‡More than 25% of patients remained in the intensive care unit for more than 28 days (figure 2). §Calculated from Cox regression analysis. ¶Calculated for the first 30 days to agree with the proportional hazards assumption. ||Drug dose (mg) as a proportion of bodyweight (kg). **Maximum dose during 48 h of treatment.

Table 2: Outcome data

INTERRUPTION OF SEDATIVE INFUSIONS IN CRITICALLY ILL PATIENTS UNDERGOING MECHANICAL VENTILATION

DAILY INTERRUPTION OF SEDATIVE INFUSIONS IN CRITICALLY ILL PATIENTS UNDERGOING MECHANICAL VENTILATION

JOHN P. KRESS, M.D., ANNE S. POHLMAN, R.N., MICHAEL F. O'CONNOR, M.D., AND JESSE B. HALL, M.D.

TABLE 3. THE DURATION OF MECHANICAL VENTILATION, LENGTH OF STAY IN THE INTENSIVE CARE UNIT AND THE HOSPITAL, AND DOSES OF SEDATIVE DRUGS AND MORPHINE, ACCORDING TO STUDY GROUP.*

VARIABLE	INTERVENTION GROUP (N=68)	CONTROL GROUP (N=60)	P VALUE
	median (interquartile range)		
Duration of mechanical ventilation (days)	4.9 (2.5–8.6)	7.3 (3.4–16.1)	0.004
Length of stay (days)			
Intensive care unit	6.4 (3.9–12.0)	9.9 (4.7–17.9)	0.02
Hospital	13.3 (7.3–20.0)	16.9 (8.5–26.6)	0.19
Midazolam subgroup (no. of patients)	37	29	
Total dose of midazolam (mg)	229.8 (59–491)	425.5 (208–824)	0.05
Average rate of midazolam infusion (mg/kg/hr)	0.032 (0.02–0.05)	0.054 (0.03–0.07)	0.06
Total dose of morphine (mg)	205 (68–393)	481 (239–748)	0.009
Average rate of morphine infusion (mg/kg/hr)	0.027 (0.02–0.04)	0.05 (0.04–0.07)	0.004
Propofol subgroup (no. of patients)	31	31	
Total dose of propofol (mg)	15,150 (3983–34,125)	17,588 (4769–35,619)	0.54
Average rate of propofol infusion (mg/kg/hr)	1.9 (0.9–2.6)	1.4 (0.9–2.4)	0.41
Total dose of morphine (mg)	352 (108–632)	382 (148–1053)	0.33
Average rate of morphine infusion (mg/kg/hr)	0.035 (0.02–0.07)	0.043 (0.02–0.07)	0.65

*Average rates of infusion were calculated as milligrams of drug per kilogram of body weight divided by the number of hours from the start of the infusion to its termination.



	n=	Type d'étude	Protocole	DDV	DMS
Brook et al. CCM 99	321	RCT	<i>presc. méd. vs. protocole</i>	4.9 VS 2.3 j	7.5 VS 5.7
Kress et al. NEJM 00	128	RCT	Protocol vs DI	7.3 VS 4.9 j	9.9 VS 6.4 j
Brattebo et al. BMJ 02	285	Before-After	<i>presc. méd. vs. protocole</i>	7.4 VS 5.3 j	9.3 VS 8.3 j
De Jonghe CCM 05	102	Before-After	<i>presc. méd. vs. protocole</i>	10.3 VS 4.4 j	15 VS 8 j
Elliott ICM 06	322	Before-After	Presc. Med VS protocole	4.8 vs 5.6 j	7.1 VS 8.2 j
Quenot et al. CCM 07	423	Before-After	Presc. Med VS protocol	8 VS 4.2 j	11 VS 5 j
De Wit CC 08	74	RCT	DI VS protocol	6.7 VS 3.9 j	15 VS 8 j
Arias-Ribeira CCM	356	Before-after	<i>presc. méd. vs. protocole</i>	↘ Sevrage	↗ « Ventilator free Days »
Bucknall CCM 08	312	RCT	Protocol vs Press Med	79 VS 58 h	94 VS 88 h

C'EST DÉCRIT...DEPUIS 10 ANS

Gestion par les IDE vs Dr : c'est prouvé !!

Prescription journalière vs protocole : c'est prouvé

!!

On le sait !! mais ... on est mauvais !

○ 2007 : Audit AZURÉA

- 30% des unités ont un protocole écrit de sédation
- 34% des unités évaluent l'analgésie et la sédation

○ 2009 : Audit AZURÉA

- 52% unités ont un protocole écrit de sédation
- 80% des unités évaluent l'analgésie et la sédation

2011- projet de pôle : prévention du risque d'agitation et du délirium

En agissant sur trois axes :

- Apporter une couverture analgésique efficace
- Adapter un niveau de sédation minimal
- Améliorer la détection des patients pouvant bénéficier d'un sevrage ventilatoire précoce

Méthodologie du projet

- Constitution du groupe de travail
- Revue de bibliographie
- Questionnement et recherche sur les modalités de mise en œuvre des protocoles :
 - Etat des lieux de la sédation dans l'unité
 - Questionnaire sur les connaissances et le ressenti des soignants
- Production des protocoles avec pour dénominateur commun : l'aspect visuel

LE QUESTIONNAIRE

6) Citez les échelles de sédation qui sont utilisées dans l'unité où vous exercez ?

.....
.....
.....

En connaissez-vous d'autres ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

.....
.....
.....

7) Pensez-vous que la sédation soit source de complications somatiques pour le patient de réanimation ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui citez entre 1 et 5 complications :

- -
- -
- -

8) Connaissiez-vous le nom des médicaments à visée sédative utilisés dans votre unité ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels :

.....
.....

9) Pour chaque proposition énoncée ci-dessous, vous devez identifier le degré de sédation de la personne soignée intubée/ventilée **ayant passé la phase sévère de défaillance d'organe(s)**. Il y a 4 énoncés. Lisez-les attentivement, puis cochez la case appropriée à droite.

	Sédation de manière très satisfaisante	Sédation de manière satisfaisante	Sédation de manière insatisfaisante	Sédation de manière très insatisfaisante
Passé la phase sévère de défaillance d'organe(s), pensez-vous que la personne soignée est en général ?	☐	☐	☐	☐
Selon vous, une personne soignée ouvrant les yeux brièvement à l'appel de son nom est ?	☐	☐	☐	☐
Selon vous, une personne soignée ouvrant les yeux à la stimulation physique est ?	☐	☐	☐	☐
Selon vous, une personne soignée ouvrant les yeux à aucune stimulation physique est ?	☐	☐	☐	☐

12) Passée la phase sévère de défaillance d'organe(s), combien de changements de posologie de sédation sont faits par jour en moyenne ?

☐ 0 ☐ 1 à 3 ☐ 4 à 6 ☐ >6

13) Les médecins associent-ils des objectifs de sédation (degré de sédation à atteindre, évaluation, surveillance) à la prescription ?

☐ Oui ☐ Non

14) Passée la phase sévère de défaillance d'organe(s), que faites-vous **en première intention** face à un patient présentant une désynchronisation avec le respirateur ?

En présence médecin :

☐ Vous faites des Boli de sédatifs
☐ Vous changez le mode ventilatoire du respirateur

Hors présence médecin :

☐ Vous faites des Boli de sédatifs
☐ Vous changez le mode ventilatoire du respirateur
☐ Vous appelez le médecin en urgence
☐ Vous ne faites aucune modification

15) Sur une échelle de 1 à 5 (où 1 est un niveau faible et 5 un niveau très élevé), évaluez votre **niveau d'anxiété** (trouble émotionnel qui se manifeste par un sentiment d'insécurité), face à l'état de conscience d'un patient intubé/ventilé en unité de réanimation si :

Le patient dont vous vous occupez est éveillé	1	2	3	4	5
Le patient dont vous vous occupez est calme	1	2	3	4	5
Le patient dont vous vous occupez est agité	1	2	3	4	5
Le patient dont vous êtes responsable est agité en présence de sa famille	1	2	3	4	5
Le patient dont vous êtes responsable est désadapté du respirateur	1	2	3	4	5
Le patient dont vous êtes responsable ne montre aucun signe d'éveil à toute stimulation	1	2	3	4	5
L'organisation du travail (sectorisation des patients) dans l'unité de soins fait que vous avez ce jour, 3 patients à votre charge	1	2	3	4	5
Le patient dont vous êtes responsable est équipé d'au moins 3 moniteurs de suppléance	1	2	3	4	5
Les chambres dont vous êtes responsables ne sont pas toutes séparées par un mur vitré	1	2	3	4	5
Vous avez un manque de connaissances sur les différents modes ventilatoires	1	2	3	4	5

9

Etat des lieux de la satisfaction des soignants par rapport au niveau de sédation du patient ayant passé la phase sévère de défaillance d'organes

Réanimation polyvalente Rangueil N = 73	IDE Satisfaisant	AS Satisfaisant
sédation de manière générale	64%	75%
patient ouvrant les yeux brièvement à l'appel de son nom	53%	15%
patient ouvrant les yeux à la stimulation physique	49%	42%
patient ouvrant les yeux à aucune stimulation physique	Insatisfaisant 57%	Insatisfaisant 46%

Question sur les connaissances des drogues à visées sédatives

- 35% bonnes réponses
- 65% de confusion
 - Sédation/ analgésie /curare

- Avez-vous un protocole sur l'**analgésie** ? NON 67 %

Ne sais pas 24 %

- Avez-vous un protocole sur l'**anxiolyse** ? NON 67 %

Ne sais pas 24 %

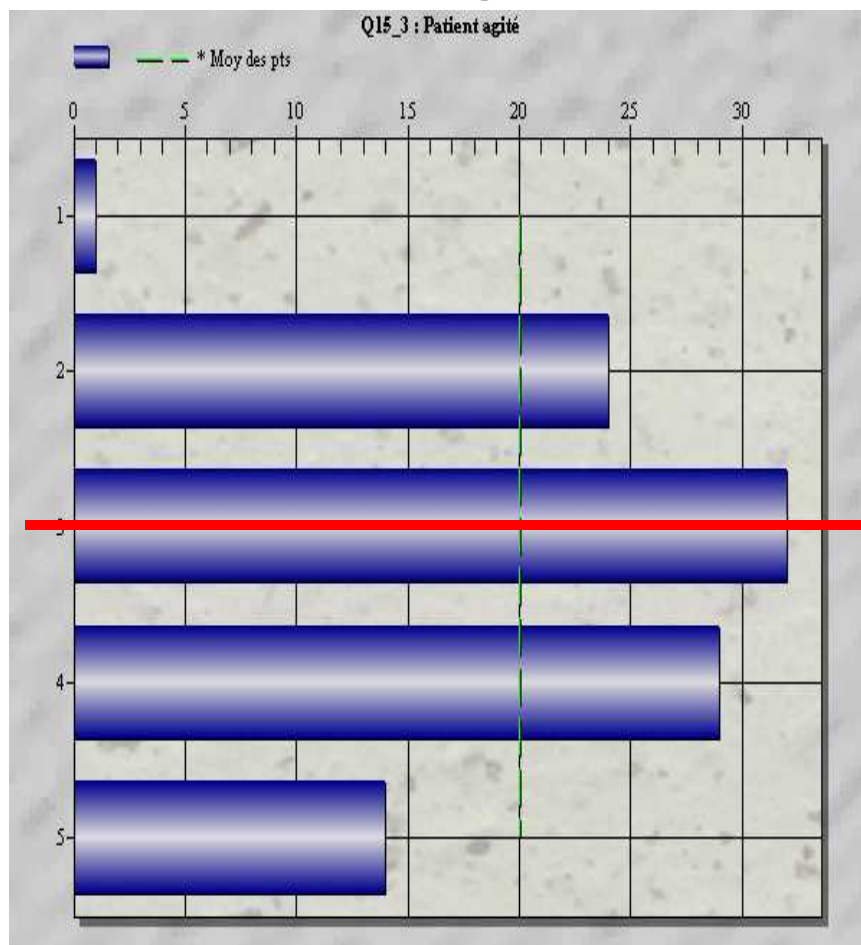
- A-t-on accès à une prescription pour adapter rapidement la sédation face à un patient agité ? NON 88%
- Le médecin associe-t-il des objectifs de sédation à la prescription ? NON 84%

EN PRATIQUE :

- Face à une désynchronisation, que fait l'infirmier hors présence du médecin ?
 - Boli de sédatifs 72%
 - Appel médecin en urgence 62%
 - Changement mode ventilatoire 38%

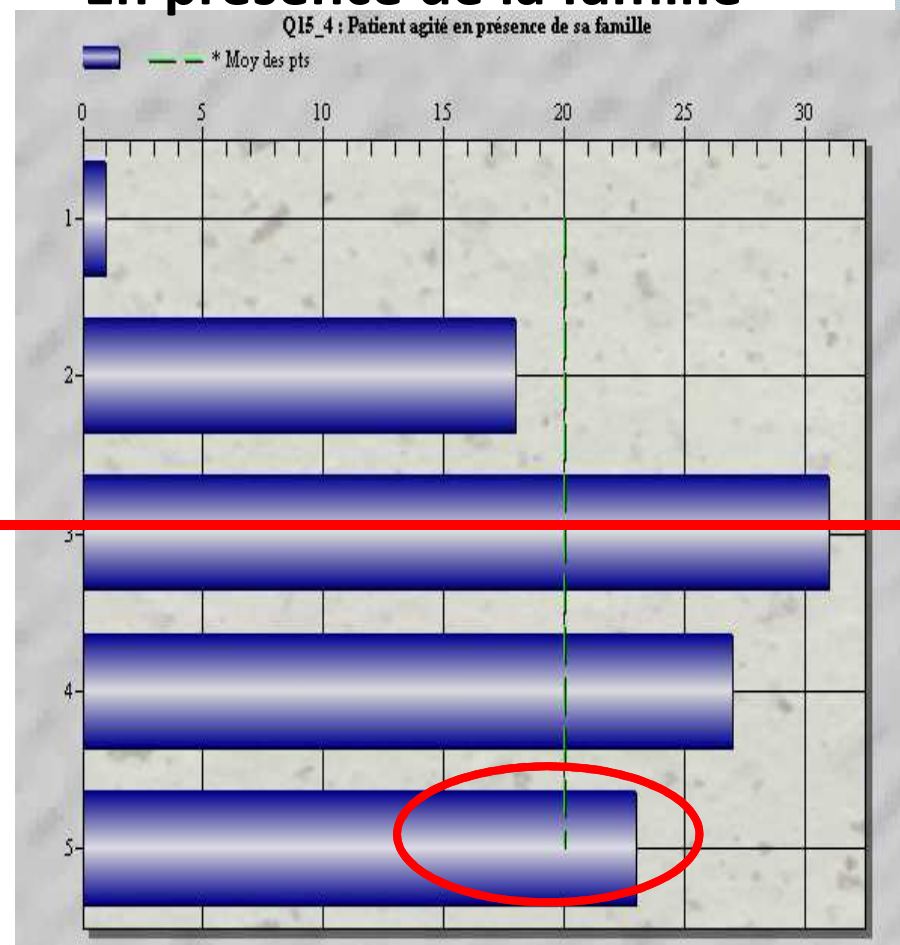
NIVEAU D'ANXIÉTÉ-INSÉCURITÉ FACE À UN PATIENT

Patient agité



72% d'anxiété-insécurité

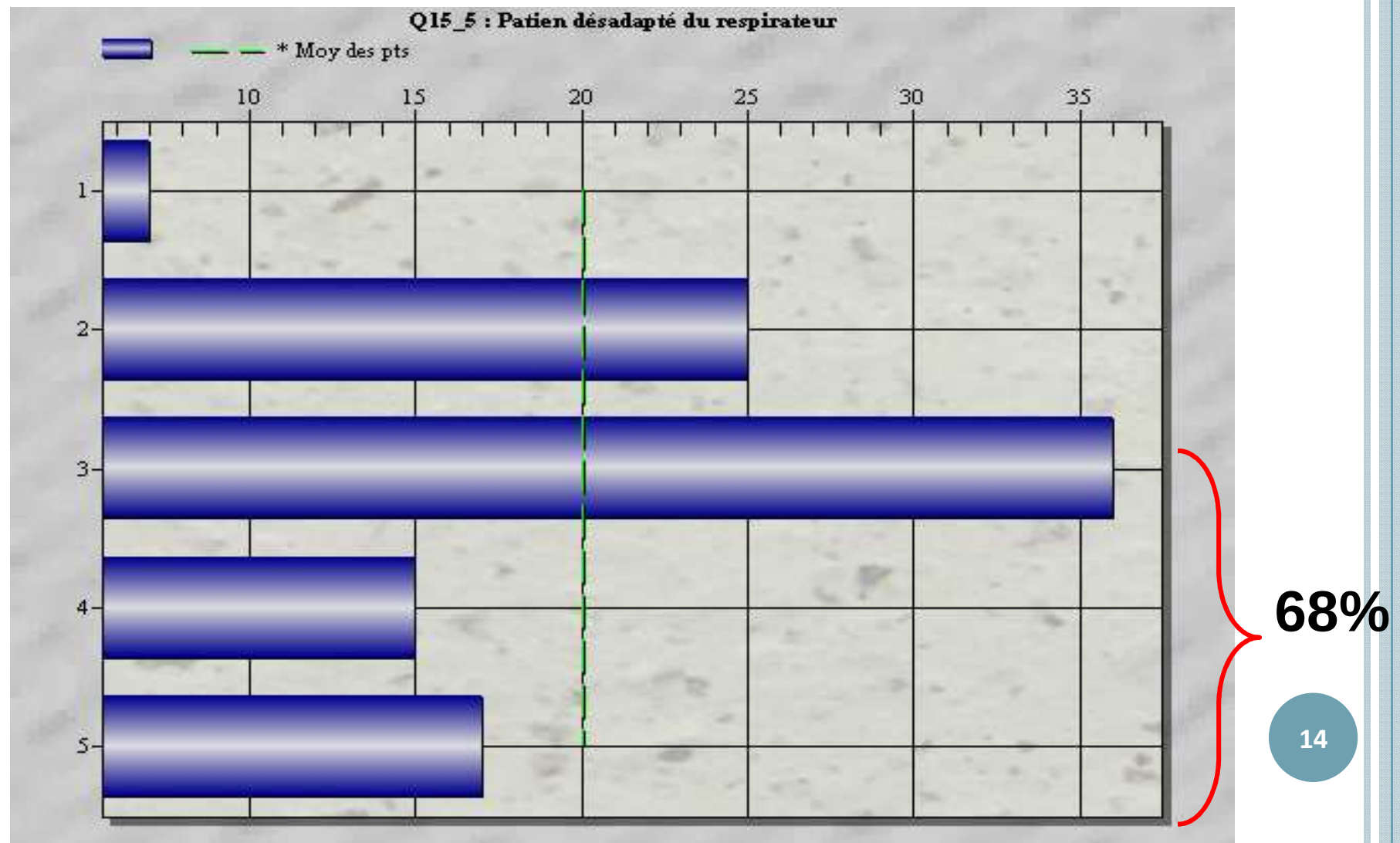
En présence de la famille



82% d'anxiété-insécurité

Niveau d'anxiété face a un patient

DESADAPTÉ DU RESPIRATEUR



	IDE	AS
Patient éveillé	abs anxiété 86%	abs anxiété 76%
calme	abs anxiété 100%	abs anxiété 86%
patient ne montrant aucun signe d'éveil à toute stimulation	abs anxiété 90%	abs anxiété 80%
agité	sentiment insécurité 76%	sentiment insécurité 87%
agité en présence famille	sentiment insécurité 82%	sentiment insécurité 84%
patient désadapté du respirateur	sentiment insécurité 72%	sentiment insécurité 78%
manque connaissance différents modes ventilatoires	sentiment insécurité 78%	sentiment insécurité 78%

MISE EN PLACE DU PROTOCOLE

- Information médicale par le groupe de travail
- Validation du protocole par l'ensemble médicale
- Information de l'équipe paramédicale lors de colloques (1 fois par semaine)
- Création cours formatif et support e-learning
- Validation du support formatif IDE par Dr
- Délivrance des formations paramédicales
- Mise en place du livret protocolisé

1

A
N
N
E
E

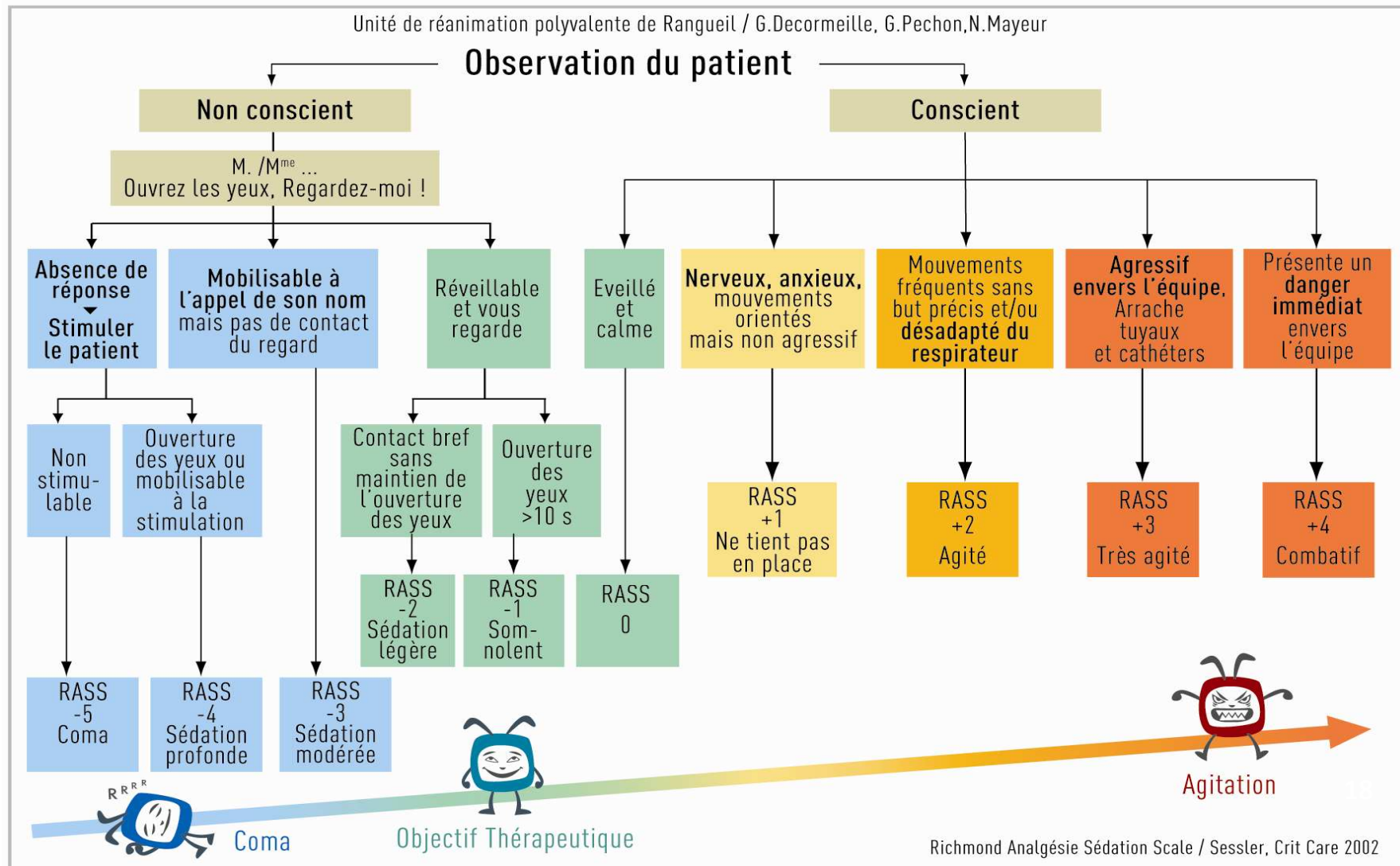
16

LE RASS : RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE

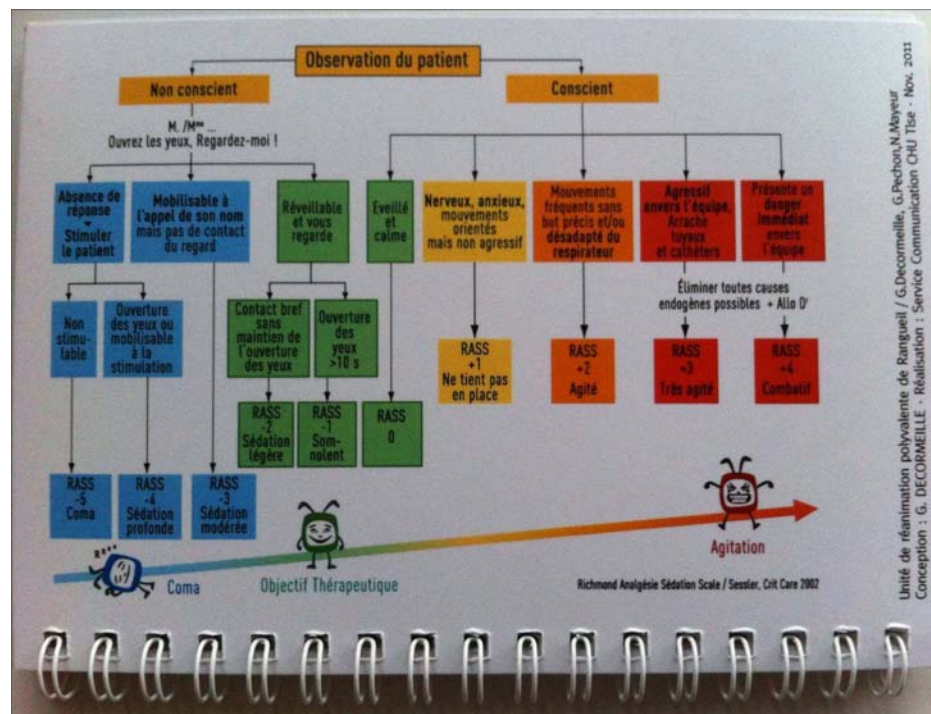
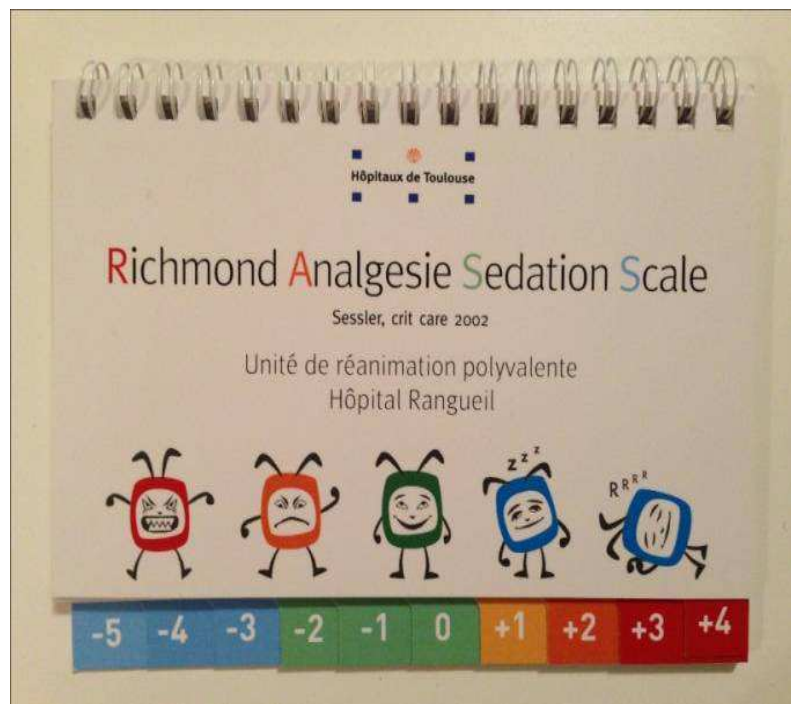
Niveau	Description	Définition
+ 4	Combatif	Combatif, danger immédiat envers l'équipe.
+ 3	Très agité	Tire, arrache tuyaux ou cathéters et/ou agressif envers l'équipe.
+ 2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+ 1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	Eveillé et calme	
- 1	Somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (>10s).
- 2	Diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (<10s).
- 3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux), mais pas de contact visuel.
- 4	Diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
- 5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

C.Sessler. CCM 2002

PLAQUETTE POUR APPRENTISSAGE DU SCORE



LE LIVRET



EN PRATIQUE

DESCRIPTION : Combatif
Violent, présente un danger immédiat envers l'équipe.

ÉLIMINER toutes les causes endogènes possibles avant :

- hypoxémie
- douleur
- globe urinaire.

Si patient non algique, et PAS > 110mmHg

TRAITEMENT :

APPEL DU MÉDECIN puis :

- Pour RASS -2 :

Bolus : Midazolam max 4 mg ou Propofol max 80 mg à renouveler toutes les 2min si nécessaire.

- Si sédation continue : Doubler dose, si dose max. continuer bolus.
- Si pas de sédation continue : reprise Midazolam 4 mg/h ou Propofol 80 mg/h.

-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4

MÉTHODES DE FORMATION

- Modalités techniques : la formation en « direct live » :
- Les points forts :
 - Peut sembler plus dynamique
 - Liberté des questions et réponse immédiate
 - S'assurer de la compétence et de la compréhension
 - Reformuler ou adapter le vocabulaire en fonction de l'apprenant
 - Favorise les échanges et partage d'expérience entre collègues
- Les points faibles
 - Chronophage pour le formateur
 - Plus épuisant mentalement
 - 2 personnes en « hors soins »
 - Se faire remplacer auprès de ces patients au pied levé ` pendant 45 min

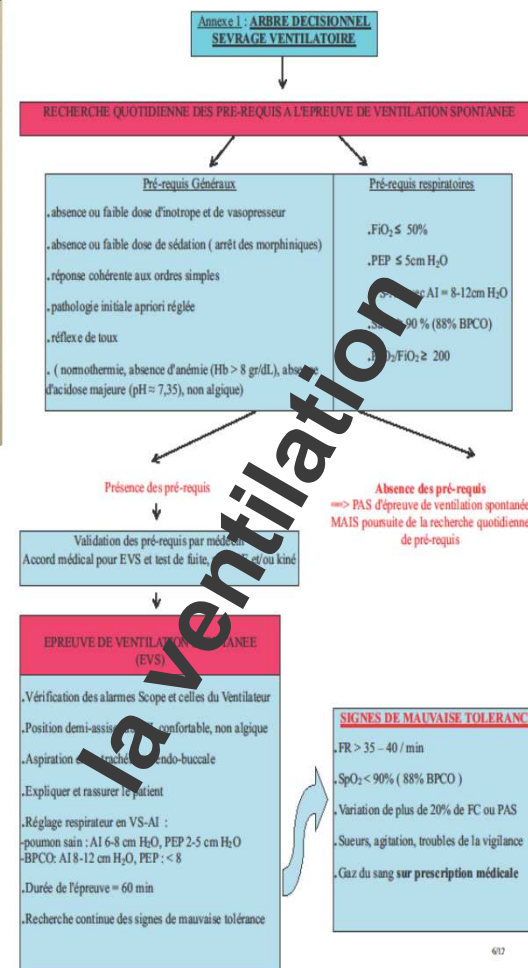
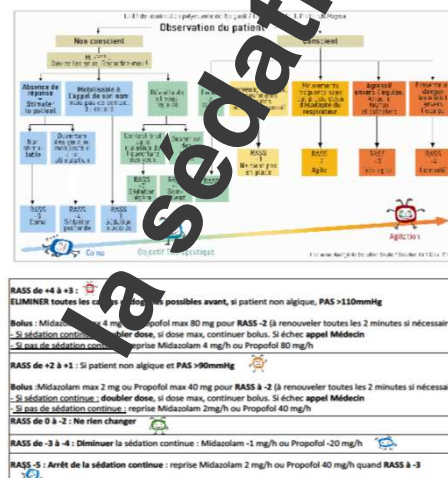
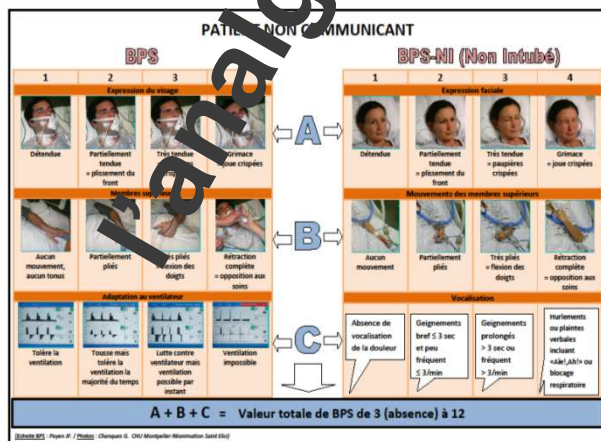
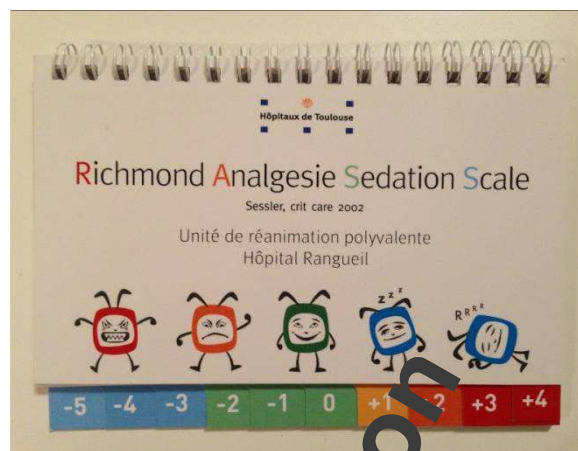
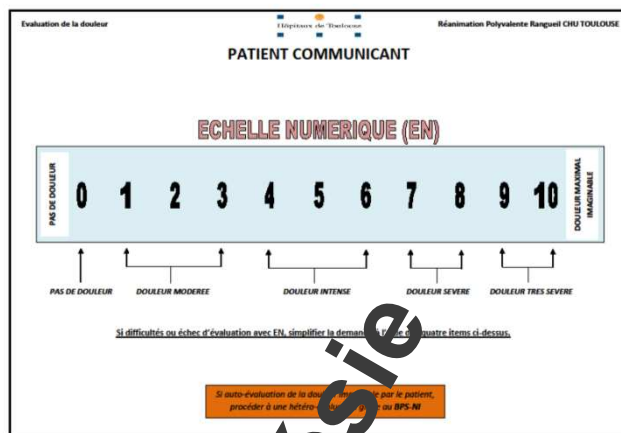
MÉTHODES DE FORMATION

- Modalités techniques : La création du support E Learning
- Les points forts :
 - Formation uniforme et ludique
 - Accès libre et autant de fois souhaité
 - 1 personnes en « hors soins »
 - Formation en masse
 - Moins chronophage
 - QCM en ligne avec synthèse des questions et réponses
- Les points faibles :
 - Difficulté d'une voix uniforme pour éviter les blancs ou les pertes de mots
 - Perte des échanges et partage d'expérience immédiat entre collègues
 - La réponse aux questions n'est pas immédiate

EN PRATIQUE : VIE DU PROTOCOLE SUR LE TERRAIN

- En pratique :
 - Difficulté des médecins à la prescription des objectifs
 - Changement d'internes
 - Difficulté des paramédicaux à appliquer le protocole
 - Reste sur leur bases
 - Surveillance en mg/h et non en ml/h
 - Pense à faire des bolus mais diminuerrare
 - Cotation du RASS chez des patients curarisés
- L'outil est utile et pratique pour les novices et mise en place
- Importance de référent IDE et Dr
- Laisser les supports à disposition
- Faire des piqures de rappel !!

En route pour la sevrabilité précoce



Critères d'exclusions :

ETATS DE CHOC < 24 h

NEURO SEDATION chez le cérébro-lésé

CURARISATION

S.D.R.A. SÈVE < 24 h

LIMITATION DES THÉRAPEUTIQUES

Objectif : R.A.S.S. < -4

Adaptation toutes les 2 h et Dose MAX : Midazolam 10mg/h ou Propofol 100 mg/h, max 72

Guide à l'application des protocoles du patient ventilé en réanimation

**MESURE POIDS ET TAILLE DU PATIENT
CALCUL DU POIDS IDEAL**

1

**PROTOCOLE DE GESTION
DU SUFENTANIL**

2

**PROTOCOLE DE SEDATION
MIDAZOLAM ET PROPOFOL**

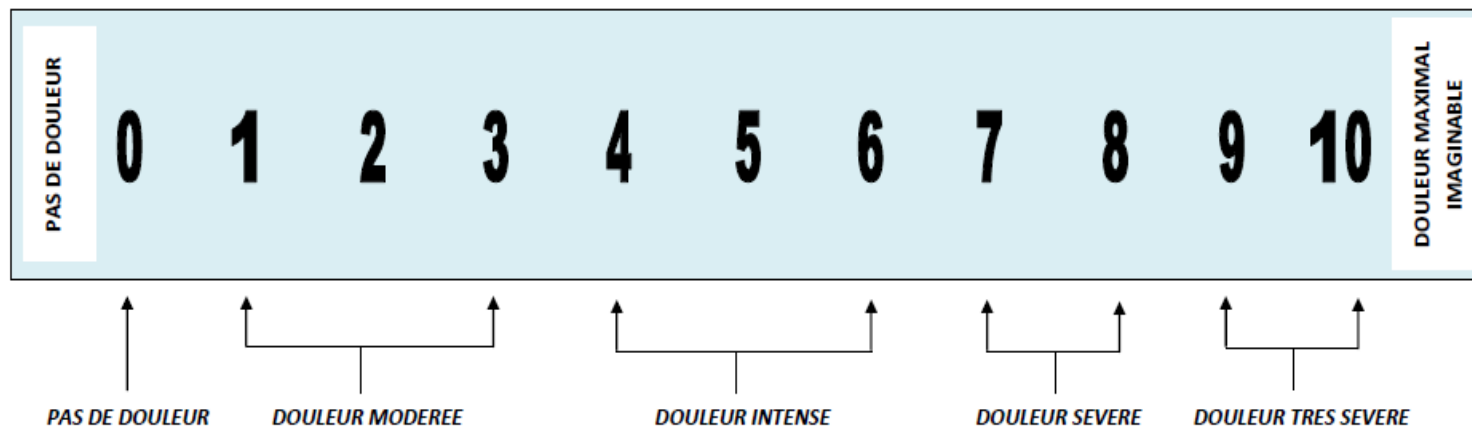
3

**PROTOCOLE DE
SEVRABILITE VENTILATOIRE**

4

PATIENT COMMUNICANT

ECHELLE NUMERIQUE (EN)



Si difficultés ou échec d'évaluation avec EN, simplifier la demande à l'aide des quatre items ci-dessus.

*Si auto-évaluation de la douleur impossible par le patient,
procéder à une hétéro-évaluation grâce au BPS-NI*

G.Decormeille – J Llamas – A. Rouget CHU Toulouse Rangueil 2012

PATIENT NON COMMUNICANT

BPS

1	2	3	4
Expression du visage			
			
Détendue	Partiellement tendue = plissement du front	Très tendue = paupières crispées	Grimace = joue crispées
Mouvements des membres supérieurs			
			
Aucun mouvement, aucun tonus	Partiellement pliés	Très pliés = flexion des doigts	Rétraction complète = opposition aux soins
Adaptation au ventilateur			
			
Tolère la ventilation	Tousse mais tolère la ventilation la majorité du temps	Lutte contre ventilateur mais ventilation possible par instant	Ventilation impossible

BPS-NI (Non Intubé)

1	2	3	4
Expression du visage			
			
Détendue	Partiellement tendue = plissement du front	Très tendue = paupières crispées	Grimace = joue crispées
Mouvements des membres supérieurs			
			
Aucun mouvement	Partiellement pliés	Très pliés = flexion des doigts	Rétraction complète = opposition aux soins
Vocalisation			
Absence de vocalisation de la douleur Geignements bref ≤ 3 sec et peu fréquent ≤ 3/min Geignements prolongés > 3 sec ou fréquent > 3/min Hurllements ou plaintes verbales incluant «Aïe! Ah!» ou blocage respiratoire			

⇐ A ⇒

⇐ B ⇒

⇐ C ⇒



A + B + C = Valeur totale de BPS de 3 (absence) à 12

27

Echelle BPS : Payen JF. / Photos : Chanques G.

G.Decormeille – J Llamas – A. Rouget CHU Toulouse Rangueil 2012

AIDE AU CALCUL DES DEBITS ET DU BOLUS

Bolus à effectuer avant les soins et pour toutes douleurs au repos

Dose \ Poids	60 – 69 kg	70 – 79 kg	80 – 89 kg	90 – 99kg	100 kg et +
0,15 µg/kg	1,0 ml	1,1 ml	1,2 ml	1,3 ml	1,5 ml

Relation entre le poids idéal et les variations du débit continu

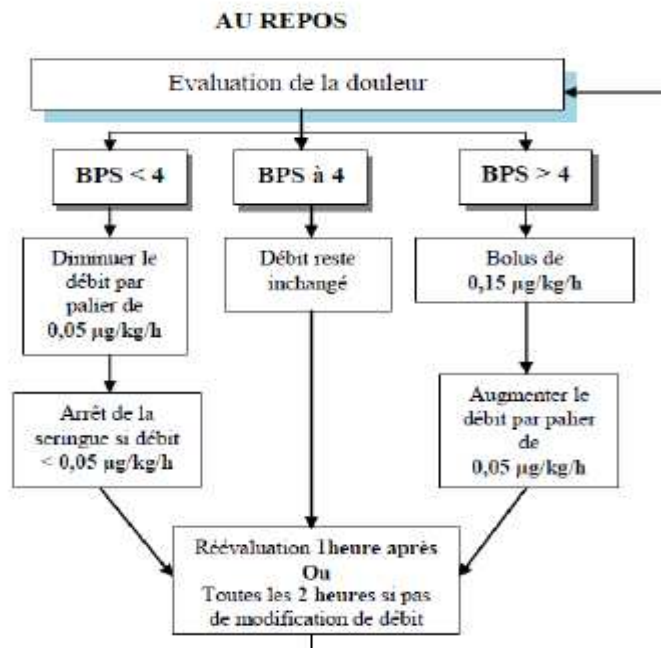
Dose \ Poids	60 – 69 kg	70 – 79 kg	80 – 89 kg	90 – 99 kg	100 kg et +
0,00 µg/kg/h	STOP	STOP	STOP	STOP	STOP
0,05 µg/kg/h	0,3 ml/h	0,4 ml/h	0,4 ml/h	0,5 ml/h	0,5 ml/h
0,10 µg/kg/h	0,6 ml/h	0,7 ml/h	0,8 ml/h	0,9 ml/h	1 ml/h
0,15 µg/kg/h	1,0 ml/h	1,1 ml/h	1,2 ml/h	1,3 ml/h	1,5 ml/h
0,20 µg/kg/h	1,3 ml/h	1,5 ml/h	1,7 ml/h	1,9 ml/h	2 ml/h
0,25 µg/kg/h	1,6 ml/h	1,8 ml/h	2,1 ml/h	2,3 ml/h	2,5 ml/h
0,30 µg/kg/h	1,9 ml/h	2,2 ml/h	2,5 ml/h	2,8 ml/h	3 ml/h
0,35 µg/kg/h	2,2 ml/h	2,6 ml/h	3,0 ml/h	3,3 ml/h	3,5 ml/h
0,40 µg/kg/h	2,6 ml/h	3,0 ml/h	3,4 ml/h	3,8 ml/h	4 ml/h

G. Decormeille – J Llamas – A. Rouget CHU Toulouse Rangueil 2012

PROTOCOLE ANALGÉSIE

AU REPOS

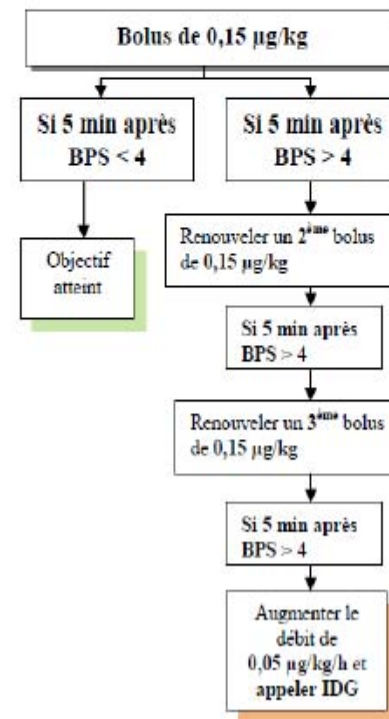
- si le patient présente un BPS à 4 : le débit reste inchangé
- si le patient présente un BPS > 4 :
 - Faire un bolus de 0,15 µg/kg
 - Augmenter le débit par palier de 0,05 µg/kg/h
 - Réévaluation 1 heure après chaque modification de débit
 - Respecter la dose maximale de 0,4 µg/kg/h
- si le patient présente un BPS < 4 :
 - Diminuer le débit par palier de 0,05 µg/kg/h
 - Arrêt de la seringue si débit < 0,05 µg/kg/h
 - Laisser en place la seringue en vue des boli avant les soins
 - Si reprise : débit de 0,05 µg/kg/h



AVANT LES SOINS

- Faire 5 min au préalable et systématiquement un bolus de 0,15 µg/kg
- Renouveler si besoin toutes les 5 min avec un MAXIMUM de 3 boli pour BPS ≤ 4
- Au-delà de 3 boli pour un même événement, augmenter le débit 0,05 µg/kg/h et appeler l'IDG

5 min AVANT LES SOINS



EN CONCLUSION

- Mise en place longue
 - Changement de pratiques
 - Changement d'équipe – turn over
- Pérennisation de l'application des protocoles
 - Plusieurs Ide référent
 - Solliciter les Dr
 - Piqures de rappel
 - Reminder
- Ne pas perdre de vue les recommandations
 - Revue de biblio
 - Site de référence
- Socle commun de connaissances = Sécurité et harmonisation des pratiques
- L'intérêt pour le patient et le soignant
 - Améliore son étape de vie
 - Améliore qualité de vie au travail

Livret protocolisé d'aide et à la sécurisation des soins des patients intubés ventilés adaptés aux recommandations en unité de réanimation

Livret **SAVED** CARE®

G. Decormeille

Analgésie

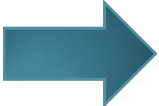
Sédation

Curarisation

Délirium

Ventilation³¹

Levée de sédation
et
mieux vivre la réanimation...

 vigilance des sources d'inconfort

L'un ne va pas sans l'autre...

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 nycthéméral**,
- Pas de lumière directe,
- Le patient, doit être en position « **lit fauteuil** » ou levé
 - Attention aux CI

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

- Restaurer la **communication**, expliquer ce que l'on fait et rassurer le patient
- L'anxiété et le délire sont à prévenir en faisant émerger les souvenirs des patients et en **diminuant les doses des BZD**
- Intégrer au mieux les **familles** des patients, +/- ouverture en continue, journal de bord,
- La réflexion quotidienne autour de la prise en charge médicamenteuse de la douleur est indispensable.

POINT A RETENIR

- Scorer pour scorer : peu d'intérêt !! Gestion / IDE c'est mieux !!
- Mise en place et appropriation d'un protocole d'analgo-sédation
- Distinguer l'analgésie de la sédation mais ils s'évaluent en parallèle
- Les objectifs journaliers définis sont-ils en accord avec les besoins réels du patient
- Tracer ce qu'on évalue !
- Faire mieux que les données AZUREA...
- Etre davantage vigilant sur les soins de confort

L'intérêt commun des protocoles infirmiers pour
PATIENTS – SOIGNANTS – COLLECTIVITE

LE CHANGEMENT C'EST
MAINTENANT



A VOUS DE JOUER...!

