

# ENQUETE de pratiques ARCO : SEDATION-ANALGESIE

TOURS, 27 novembre 2014



# Enquête réalisée auprès des centres de l'ARCO à l'été 2014

Evaluation des pratiques en terme de sédation-analgésie en réanimation

**1 – Dans quelle structure travaillez- vous ?**

**2 – Quel est le nombre de lits dans votre unité de réanimation :**

**3 – Quel est le pourcentage de patients ventilés de façon invasive : .....%**

**4 - Quelle(s) molécule(s) utilisez-vous pour la sédation des patients ventilés en réanimation ?**

**5 - Quelle(s) molécule(s) utilisez-vous pour l'analgésie des patients ventilés en réanimation ?**

**6 – Existe-t-il un protocole de sédation / analgésie écrit dans votre service ?**

**7- Si oui, s'agit-il d'un protocole**

Paramédical (délégation complète à l'IDE)/ Médical / Mixte ?

**8- Sur quel score est basé votre objectif de sédation ?**

**9- Sur quelle échelle est basée votre analyse de la douleur ?**

**10- Existe-t-il un arrêt quotidien de la sédation dans votre service ?**

**11- Diriez-vous que d'une façon générale les patients sont :**  
Trop / Correctement / Insuffisamment sédatisés

**12- Monitoriez-vous le delirium de réanimation ?**

**13 – Pensez-vous qu'il y ait un lien entre la façon de mener une sédation–analgésie et la survenue d'un delirium de réanimation ?**

**14 – Pensez-vous que les IDE aient un rôle à jouer dans la gestion du niveau de sédation-analgésie des patients intubés ?**

**15 - Si vous disposez d'un protocole de sédation géré par les IDE, en êtes-vous satisfaits ?**

**16 – Si vous ne disposez-pas d'un protocole écrit de sédation, avez-vous pour projet d'en mettre un en place ?**

**17 – Selon vous, qui doit piloter la sédation des patients de réanimation ?**

# Réponses : 15 centres

- 2 CHU / 13 CHG
- 13 lits (6-25)
- Ventilation mécanique invasive : 70%

# Molécules utilisées pour la sédation

- **Midazolam** : 15 (100%)
- **Propofol** : 13 centres sur 15 (86%)
- **Catapressan** : 5 centres sur 15 (33%)
- **Dexmedetomidine** : 2 (13%)
  - De façon prédominante : **midazolam**

# Molécules utilisées pour l'analgésie

- Sufentanyl : **9** (60%)
  - *OU* Fentanyl : **5** (33%)
  - *Et/ou* Morphine : **7** (46%)
  
  - *Remifentanil* : **5** (33% - ponctuellement)
  - *Ketamine* : **2** (ponctuellement)
- Le + largement : **Sufentanyl et fentanyl**

## Scores utilisés?

- Utilisation d'un **score de sédation** : **93%** des équipes  
(**RASS** 67% - Autres : Ramsay)
- Utilisation d'un **score d'analgésie** : **93%** des équipes  
(**BPS** 60% - Autres : VICOMORE / ATICE / ALGOPLUS /  
EVA)

# Protocole de sédation-analgésie écrit?

- OUI : 10
- NON : 5

➤ Avez-vous pour projet d'en mettre un en place?

OUI 100% des centres n'en disposant pas

➤ Nature du protocole : mixte 80% / délégation complète IDE 20%

# Si vous disposez d'un protocole, en êtes-vous **satisfaits**?

- Globalement **OUI**

- Evite la sur-sédation, notamment chez les sujets âgés
- Permet de dispenser la sédation à son minimum requis

..... **MAIS** ....

- message difficile à faire passer, diminution trop lente des sédatations, suivi incomplet du protocole
- Pas toujours respecté (importance d'une culture de service ++)
- IDE insuffisamment formées, plus tranquilles avec un pt bien sédaté...
- Moyennement suivi / difficile de déléguer complètement aux IDE chez pt non intubé
- Pas assez de recul pour certaines équipes
- Levée de sédation parfois « frileuse », etc....



- Arrêt quotidien de la sédation : 2 équipes sur 15
- Estimation du niveau de sédation? **TROP SEDATES** (73%) – *Correctement pour les autres*

« Pensez-vous que les IDE aient un rôle à jouer dans la gestion du niveau de sédation-analgésie des patients de réanimation? » **OUI 100%**

« Selon vous, qui doit piloter la sédation des patients de réanimation? »

IDE\* : 100% des équipes

*\*En collaboration avec les médecins pour 40%*

# Pensez-vous que les IDE aient un rôle à jouer dans la gestion de la sédation?

- **OUI > Pourquoi?**
  - Littérature très en faveur
  - Adaptation + rapide et + efficace
  - Réduction de la sédation à son niveau minimum exigé
  - Evaluation pluri-quotidienne du RASS
  - Passage régulier au lit du patient



# Delirium de réanimation

**Le monitoriez-vous?**

- OUI : 2
- NON : 13

**Lien sédation/delirium?**

- OUI : 15!

# Sédation en réanimation : recommandations

- **Nord-Américaines** (*American College of Critical Care Medicine - 2002*) :
  - **Protocole** de sédation
  - **Monitoring** du score de sédation et du delirium
  - **Interruption** quotidienne de la sédation-analgésie
- **Françaises** (*Conférence de consensus commune SFAR/SRLF - 2007*) :
  - **Algorithme** de sédation-analgésie élaboré en concertation avec l'équipe soignante
  - Définition d'un **objectif** thérapeutique
  - **Evaluation** à intervalles réguliers
  - **Adaptation** régulière des doses
  - **Scores** de sédation
  - **Scores** d'analgésie

# Clinical Practices Guidelines for the management of pain, agitation and delirium in adult patients in the ICU.

*Barr et al, CCM 2013;41:263-306*

- **Sédation ciblée avant tout sur l'analgésie**
- **Douleur et analgésie** : monitoring (BPS et CPOT)
- **Agitation et sédation** :
  - bas niveau de sédation
  - **Monitoring** (échelles RASS et SAS)
  - Stratégies évitant les benzodiazépines
- **Delirium** :
  - Monitoring (CAM-ICU)
  - Réduire benzo?
  - Mobilisation précoce
- **Interruption quotidienne sédation *OU* objectif de bas niveau de sédation**

# Enquêtes de pratiques

- **Enquête européenne, 2001**

- 647 praticiens, 16 pays d'Europe de l'Ouest
- Utilisation d'une **échelle de sédation** : **43%** en moyenne (72% UK, **40% France**, 18% Autriche)

*HM Soliman, Br J Anaesth 2001;87:186-92*

- **Canada 2002, 448 réanimateurs adultes CHU et non CHU, 60% de réponses**

- Présence d'un **protocole de sédation** : 29% cas
- **Interruption quotidienne de la sédation** : 40% praticiens (dont 63% sur malades ciblés)
- Utilisation d'un **score de sédation** : 49% (Ramsay à 67%)

*Mehta, CCM 2006;34(2):374-380*

- **Enquête nationale de pratiques, France 2011**

- **Présence d'une procédure écrite** indiquant comment adapter les posologies d'hypnotiques en fonction de l'état clinique du patient : NON 45% / **OUI 55%** (mais pas utilisée chez tous les malades...)

*De Jonghe et al, SRLF 2012*

**Pourquoi minimiser la sédation?**

# Early Intensive Care Sedation Predicts Long-Term Mortality in Ventilated Critically Ill Patients

Yahya Shehabi<sup>1,2</sup>, Rinaldo Bellomo<sup>3,4,5,6</sup>, Michael C. Reade<sup>7,8</sup>, Michael Bailey<sup>5</sup>, Frances Bass<sup>2</sup>, Belinda Howe<sup>5</sup>, Colin McArthur<sup>9</sup>, Ian M. Seppelt<sup>10</sup>, Steve Webb<sup>11,12</sup>, and Leonie Weisbrodt<sup>13</sup>; Sedation Practice in Intensive Care Evaluation (SPICE) Study Investigators and the ANZICS Clinical Trials Group\*

Am J Respir Crit Care Med Vol 186, Iss. 8, pp 724–731, Oct 15, 2012

Sédation profonde initiale associée à une augmentation significative de la durée de VM

Sédation profonde durant les 48 premières heures de VM = FDR significatif de surmortalité hospitalière et à 6 mois

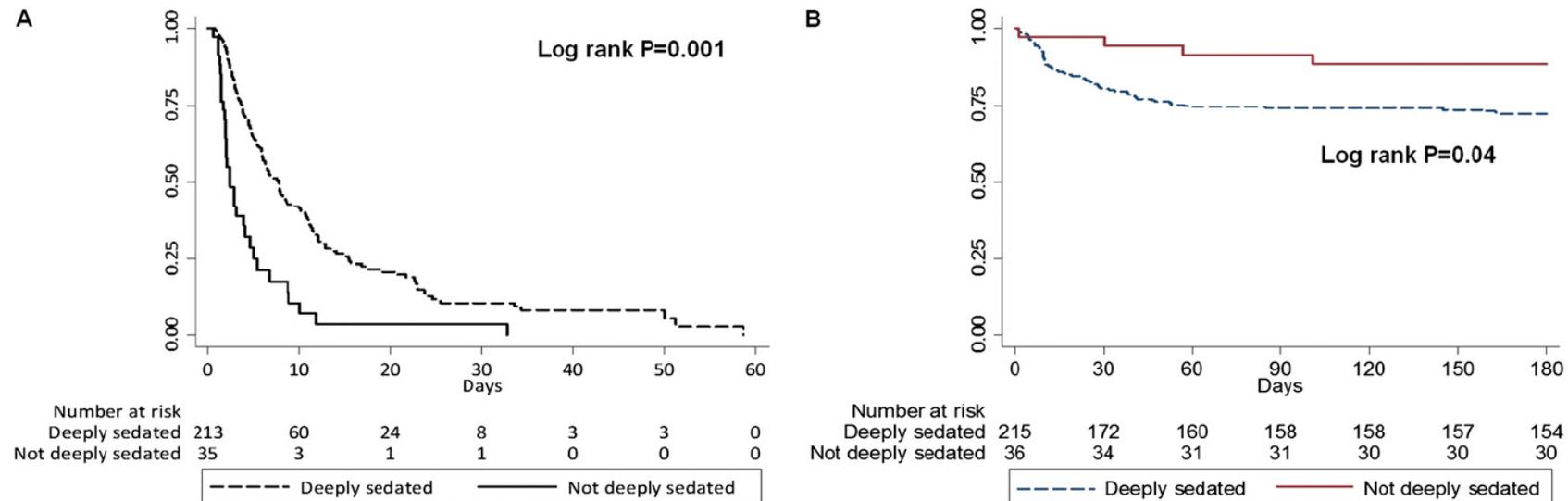


Figure 4. Kaplan-Meier curves for time to extubation and mortality at 180 days. (A) Time to extubation was significantly longer among patients who

La question d'une **SURMORTALITE** liée à la sédation profonde sous VM est posée.

# Réduire le stress post-traumatique

## **The Long-term Psychological Effects of Daily Sedative Interruption on Critically Ill Patients**

John P. Kress, Brian Gehlbach, Maureen Lacy, Neil Pliskin, Anne S. Pohlman, and Jesse B. Hall

*Am J Respir Crit Care Med* Vol 168. pp 1457–1461, 2003

## **Randomized trial of light versus deep sedation on mental health after critical illness\***

Miriam M. Treggiari, MD, PhD, MPH; Jacques-André Romand, MD, FCCM; N. David Yanez, PhD; Steven A. Deem, MD; Jack Goldberg, PhD; Leonard Hudson, MD; Claudia-Paula Heidegger, MD; Noel S. Weiss, MD, DrPH

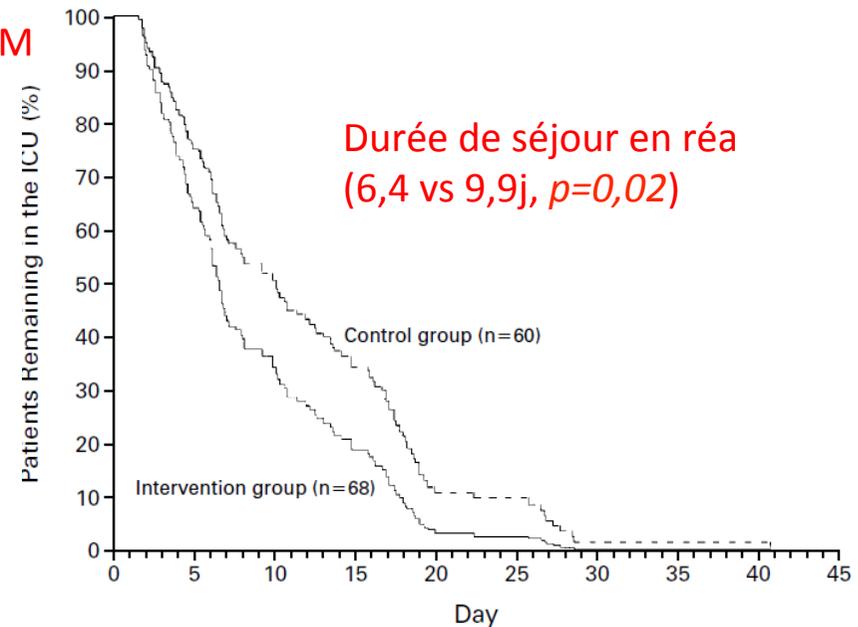
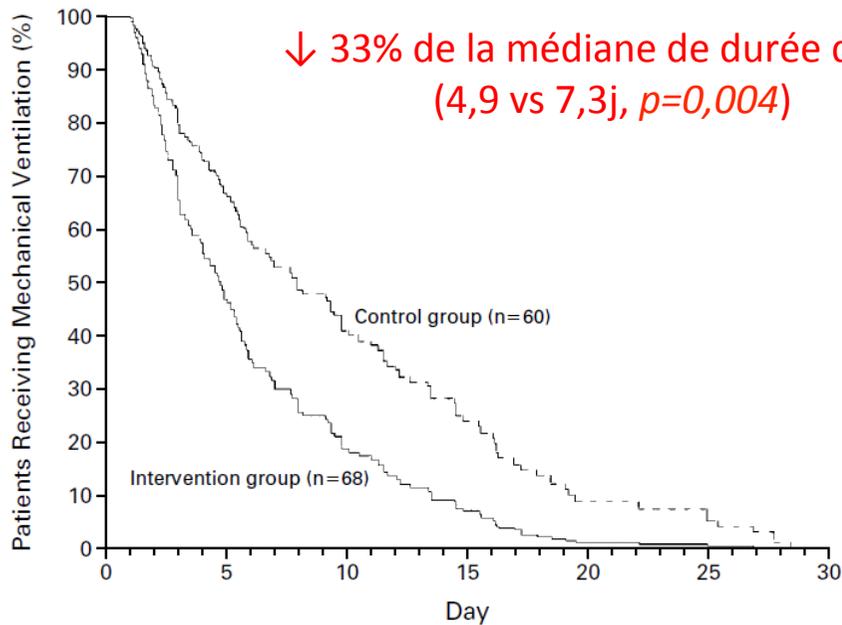
*Crit Care Med* 2009 Vol. 37, No. 9 2527

**Understanding posttraumatic stress disorder-related symptoms after critical care : The early illness amnesia hypothesis.**

*Granja, CCM 2008;36(10):2801-09*

# Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation.

*Kress et al, NEJM 2000;342:1471-7*



Un protocole d'interruption quotidienne de la sédation réduit la durée de VM, de séjour en réa et la consommation de benzodiazépines

# Effect of a nurse-implemented sedation protocol on the duration of mechanical ventilation

*Brook et al, CCM 1999;27(12):2609-15*

- Comparaison protocole de sédation géré par les IDE vs sédation traditionnelle non protocolisée
  - **Durée de VM** : **2,3** vs 4,9j ( $p=0,003$ )
  - **Durée de séjour en réanimation** : **5,7** ± 5,9 vs 7,5 ± 6,5 j ( $p=0,013$ )
  - **Durée de séjour hospitalier** : **14** ± 17,3 vs 19,9 ± 24,2 j ( $p<0,001$ )
  - Durée de sédation plus brève dans le groupe PS
  - Moins de trachéotomies dans le groupe PS 6,2% vs 13,2% ( $p=0,038$ )

***L'administration de la sédation via un protocole, géré par les IDE, réduit de 52% la médiane de durée de VM, réduit la durée de séjour en réa et le nombre de trachéotomies chez les patients ventilés de réanimation***

# Effect of a nurse-implemented protocol on the incidence of ventilator-associated pneumonia

*Quenot et al, CCM 2007;35(9):2031-36*

- **Phase contrôle** : sédation (*midazolam ou propofol*) guidée par la **seule décision du praticien**
- **Phase de protocole** : sédation guidée par **un protocole de sédation (PS)** établi par une équipe multidisciplinaire (médecins + IDE)
  - **Incidence PAVM** : 15% groupe contrôle vs 6% groupe PS (**p=0,005**)
  - **Durée VM** : 8 vs 4,2 jours (**p=0,001**)
  - **Durée de séjour en réa** : 11 vs 5 (**p=0,004**)
  - **Durée de séjour hospitalier** : 21 vs 17 (**p=0,003**)
  - **NS pour la mortalité** en réa et hospitalière

## Suspended Life or Extending Death?

Thomas L. Petty, Denver,  
Chest/114/2/August, 1998

« *But what I see these days  
are paralyzed, sedated  
patients, lying without  
motion , **appearing to be  
dead** , except for the  
monitors that tell me  
otherwise »*

« *By being awake and  
alert, these individuals  
could interact with their  
family, friends, and the  
environment. **They could  
feel human.** »*