

Délirium de réanimation : changement de pratiques à travers un protocole de recherche.

Crozes Fanny
Infirmière de Réanimation
Assistante coordinatrice recherche paramédicale
CHU TOULOUSE



Patient 02001

IPREA-SFAR

Questionnaire bis : oui non

Nom : Prénom :

Date interrogatoire : .../.../... par (initiales, fonction) :

Date de naissance (jour/mois/année) : .../.../... Sexe : M F

Date d'entrée en réanimation : .../.../...	Type de patient (MED/CHIRp/CHIRi) :	IGS2 :
Date de sortie de réanimation : .../.../...	Ventilation invasive) : oui non / Nb de jours :	
Patient polytraumatisé : oui non	Intubation en réanimation : oui non	
Choc : oui non EER : oui non	VNI : oui non / Nb de jours :	Décès : oui non

Indiquer pour chaque source d'inconfort la valeur (à une décimale près) que vous lisez au dos de la règlette d'EV. Démarrez à chaque question de zéro. Heure de début : h

1	Avez-vous souffert du bruit (Alarmes, radios, sonneries de téléphone, conversations) de jour comme de nuit ?	
2	Avez-vous souffert de la lumière (éclairage trop important dans la chambre ou dans le couloir surtout la nuit ?	
	dur ou trop mou, matelas à eau, tête de lit trop ou pas arrières, mauvais oreillers, etc.) ?	
	sil par rapport à d'habitude ?	
	es étaient présentes avant l'hospitalisation, y compris les nges ou de la toilette matinale ?	
	aux (pour les perfusions, les connections des électrodes le nez ou sur le masque, la pince pour surveiller	
	e <i>intimité</i> ne soit pas suffisamment respectée (par ex. l'examen par les médecins, ou les visites médicales) ?	
	arfois panique par exemple qu'un appareil important déclenchement d'alarmes sonores) ou vous êtes vous tion ?	
	il dans votre chambre, parfois sans voir d'infirmiers ou de bruit ?	
	s visites des membres de votre famille ou de vos amis s le service?	
	iphone dans la chambre?	
	informé de votre état ou de ce qu'on allait vous faire, de	
	évolution de votre maladie, de votre date de sortie de réanimation, des suites, que ce soit par les infirmières ou les médecins?	

Heure de fin : h

Si questionnaire non ou mal rempli, indiquez la raison principale :

Troubles neuro-psy.	Barrière langue	Transfert ventilé	Sortie urgente	Refus du patient	NRP

NRP : non respect du protocole

Ouverture de l'enveloppe accrochée au verso :

→ Patient à ré-interroger : oui non (si oui soumettre nouveau questionnaire délai > 1h et < 24h)

Intensive Care Medicine

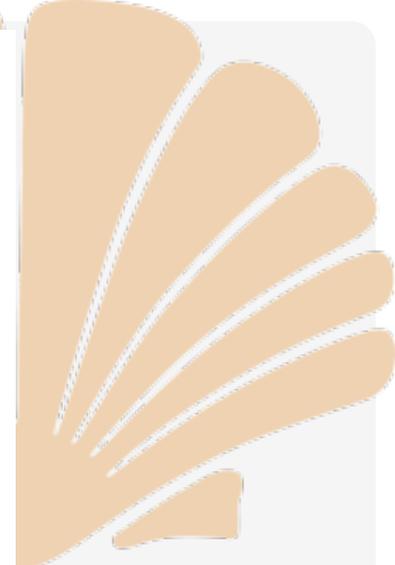
October 2010, Volume 36, Issue 10, pp 1751-1758

Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients

Pierre Kalfon, Olivier Mimoz, Pascal Auquier, Anderson Loundou, Rémy Gauzit, Alain Lepape, Jean Laurens, Bernard Garrigues, Thierry Pottecher, Yannick Mallédant



Hôpitaux de Toulouse



ACTIONS

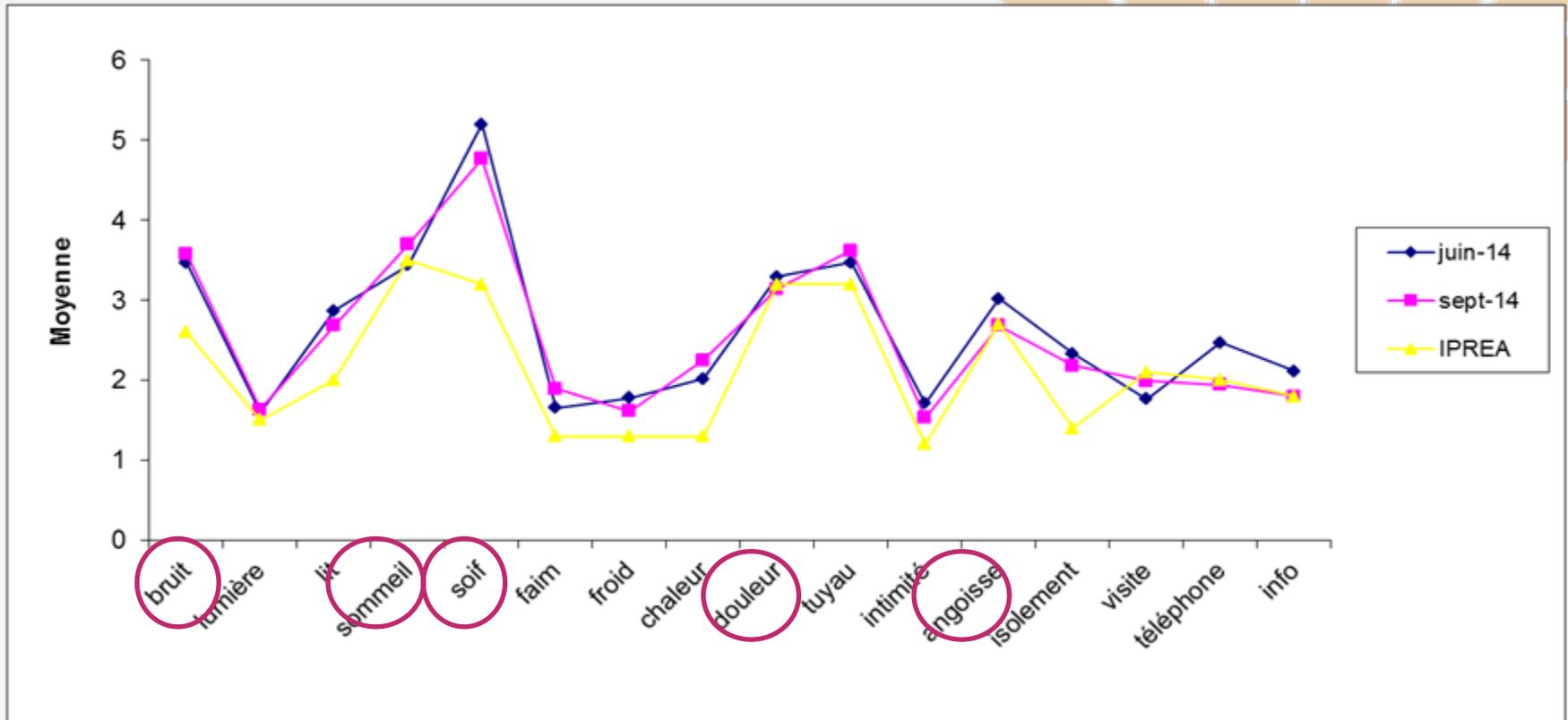


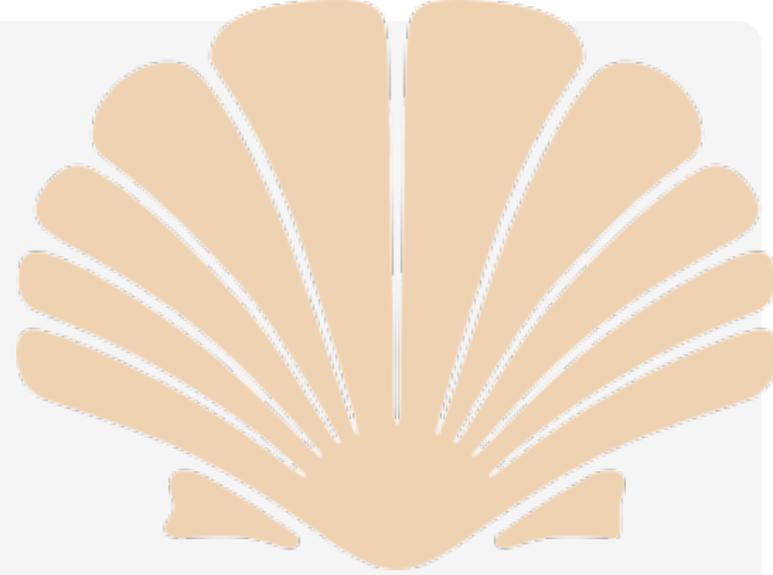
Figure 1 : Superposition des résultats des moyennes obtenues avec les 3 études (juin 2014, septembre 2014, IPREA) - CHU Toulouse Purpan, Réanimation polyvalente. France

BIBLIOGRAPHIE

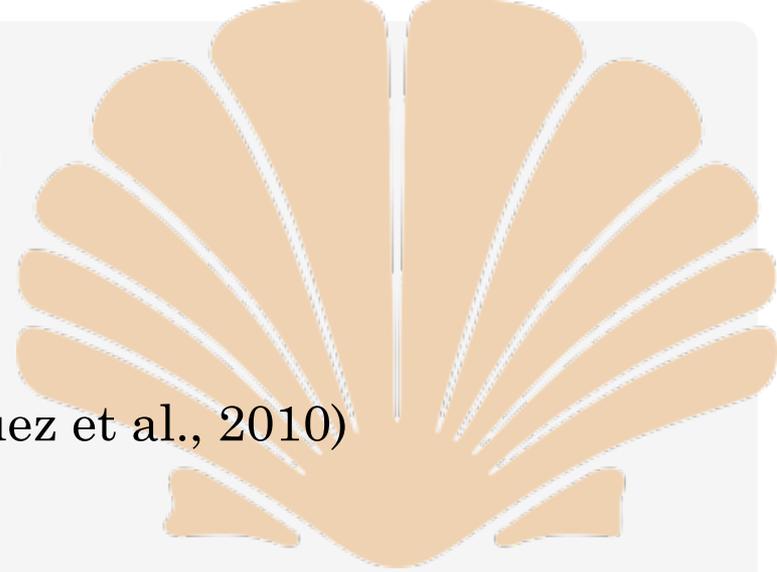
Delirium: Définition selon le DSM IV (Diagnosis and Statistics of Mental Disorders IV) :

- Changement brutal ou rapidement progressif de l'état mental, ou une modification de l'humeur
- Baisse des capacités de concentration
- Désorganisation de la pensée
- Confusion et altération du niveau de conscience
- Activité motrice normale, hypo ou hyperactivité
- Fluctuation au cours du temps des symptômes





RATIONNEL



Incidence:

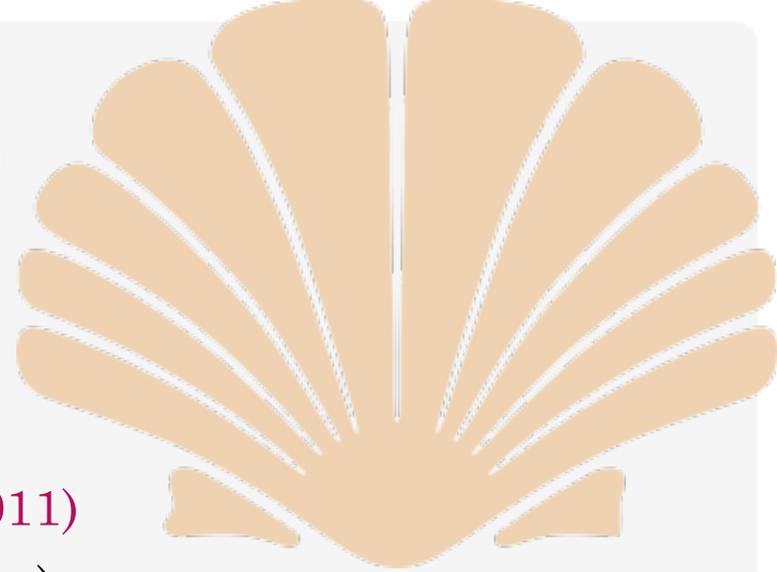
- Entre 54% (Mehta et al., 2014) et 80% (Luez et al., 2010)

Comorbidité :

- Augmentation de la mortalité en intra hospitalier et à distance du séjour hospitalier (Skrobik et al. 2008)
- Risque accru de déclin des fonctions cognitives (Pandharipande et al, 2013)
- Perte d'autonomie et difficultés de réhabilitation
- Apparition d'un syndrome de stress post-traumatique (Jones et al, 2001)



RATIONNEL

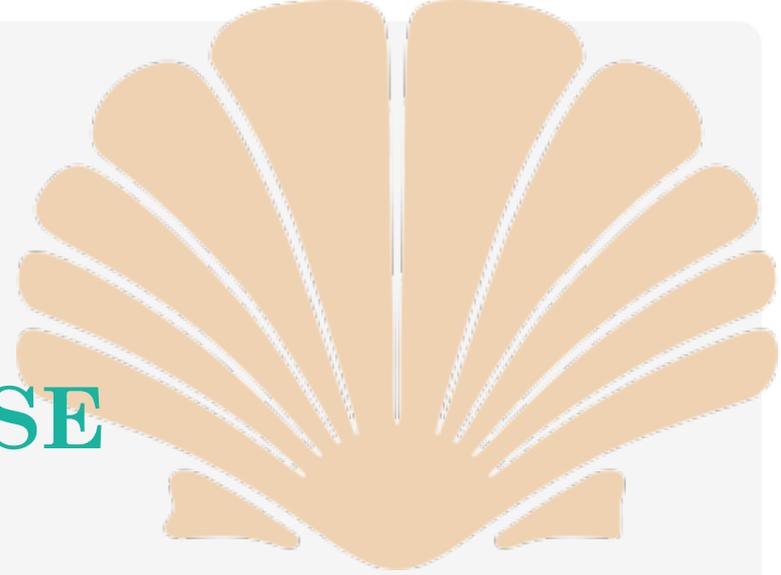


Etiologie multifactorielle: (Morandi et al, 2011)

- Facteurs médicaux (sédation, psychotropes..)
- Facteurs environnementaux (cycle nyctéméral...)



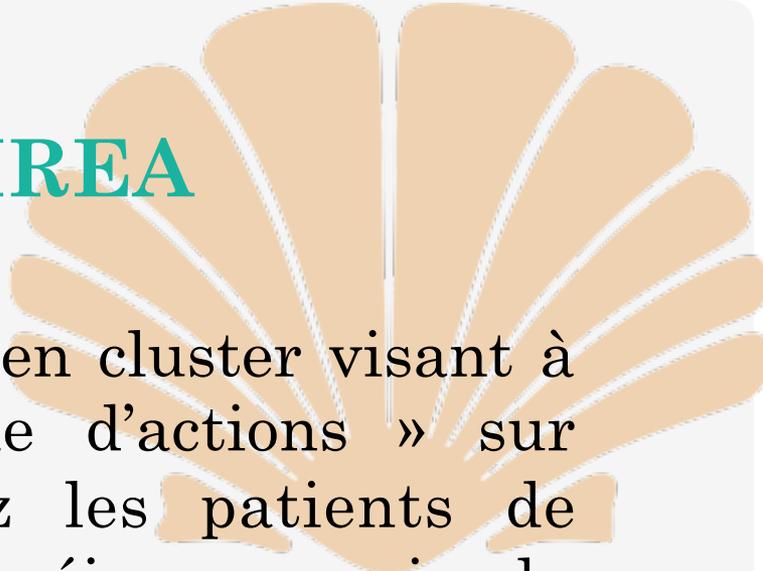
HYPOTHESE



Le rôle IDE pourrait jouer un rôle majeur dans l'évaluation du diagnostic et dans sa prévention.



ETUDE DELIREA

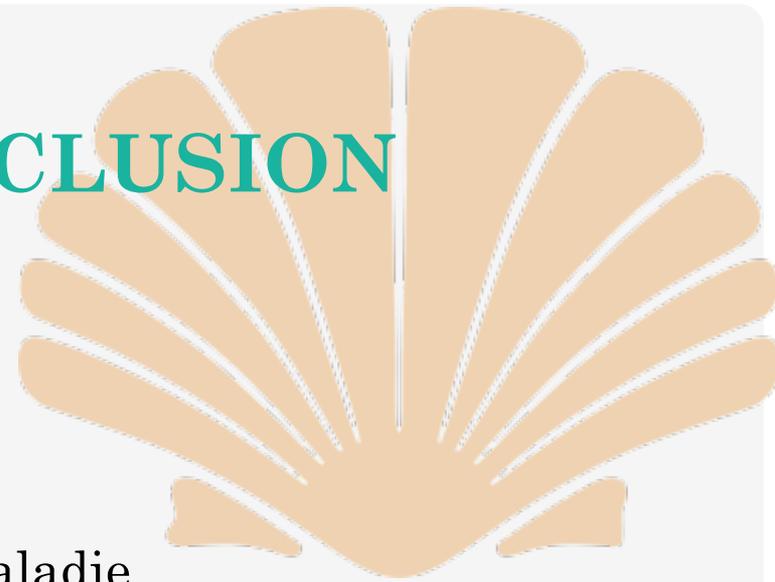


Etude prospective randomisée en cluster visant à évaluer l'impact du « bundle d'actions » sur l'incidence du délirium chez les patients de réanimation au cours de leur séjour au sein du service, en comparaison à une prise en charge dite conventionnelle.

- 268.000 €
- Etude multicentrique : 14 centres
- 952 patients prévus (70 par centre)
- Etude retenue pour le financement le 2 décembre 2015
- Promoteur CHU Toulouse



INCLUSION / NON INCLUSION



Critères d'inclusion:

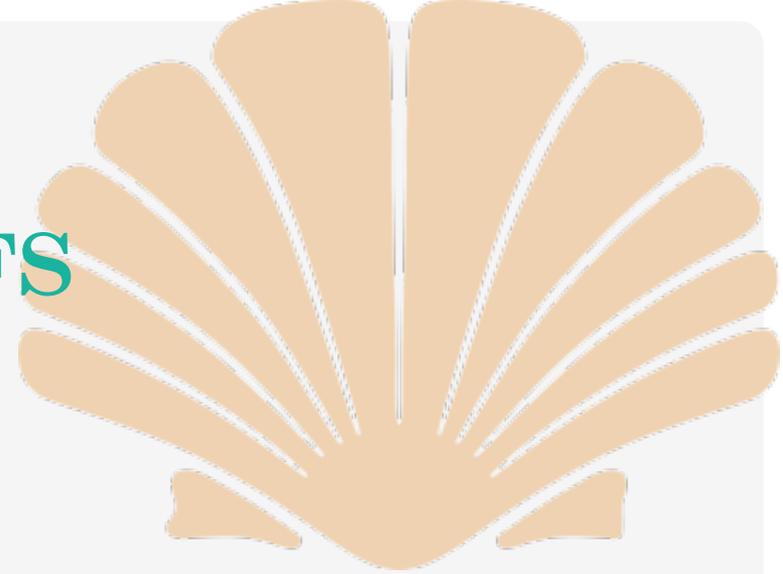
Hospitalisation en réanimation
48h de sédation
Consentement du patient
Affiliation à un régime d'assurance maladie

Critères de non inclusion :

Maladies psychiatriques diagnostiquées
Femmes enceintes
Patients âgés de plus de 80 ans
Maladies neurologiques diagnostiquées (parkinson, Alzheimer...)
Traumatisés crâniens
Adultes protégés par la loi
Mineurs



OBJECTIFS



Objectif Principal:

Evaluer l'impact du « bundle d'actions » sur l'incidence du délirium chez les patients de réanimation au cours de leur séjour au sein du service, en comparaison à une prise en charge dite conventionnelle



OBJECTIFS

Objectifs secondaires:

- 1- Mesurer l'impact du bundle sur la durée du délirium chez les patients diagnostiqués positifs au délirium, hospitalisés en service de réanimation, en comparaison à une prise en charge dite conventionnelle.
- 2- Affiner la symptomatologie du délirium de réanimation et évaluer ses conséquences à moyen terme chez 35 patients diagnostiqués positifs au délirium dans le centre Toulousain
- 3- Evaluer l'impact du délirium sur la qualité de vie un an après la sortie du service de réanimation chez 35 patients diagnostiqués positifs au délirium dans un centre du bras expérimental, et chez 35 autres patients diagnostiqués positifs au délirium d'un centre du bras contrôle.



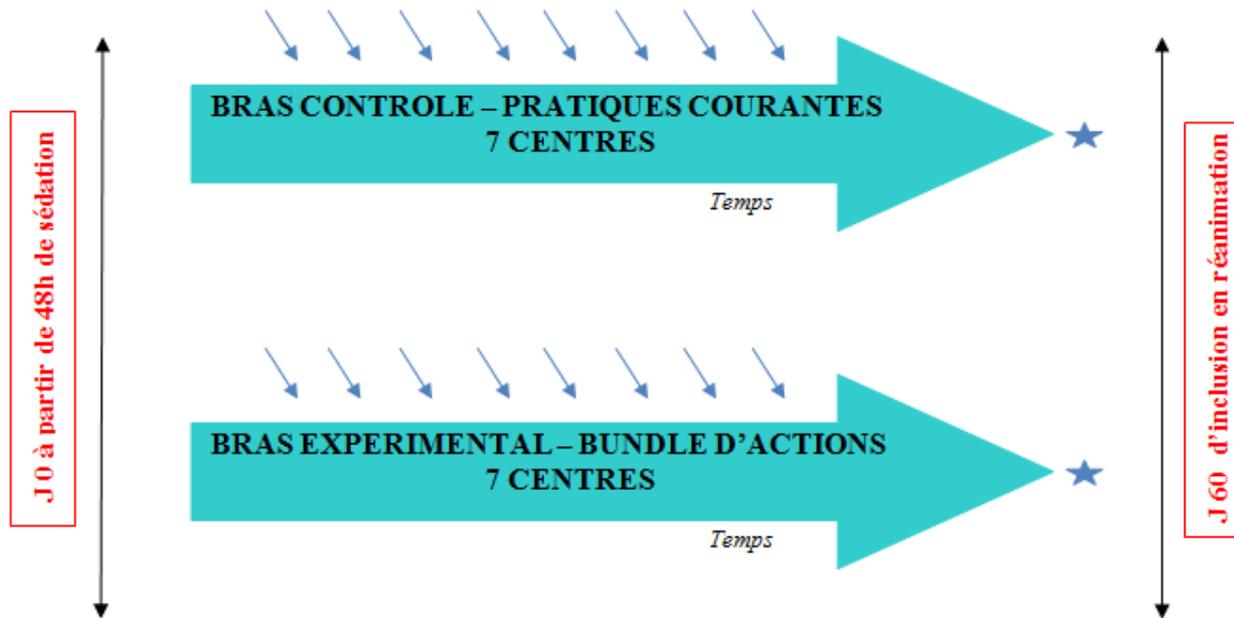
SCHEMA DE LA RECHERCHE

Outil de mesure :

CAM-ICU

Résultats : + (positif)
- (négatif)
NE (non évaluable)

Si + : mettre en place un traitement thérapeutique (selon les recommandations) et maintenir les évaluations CAM-ICU



Légende :

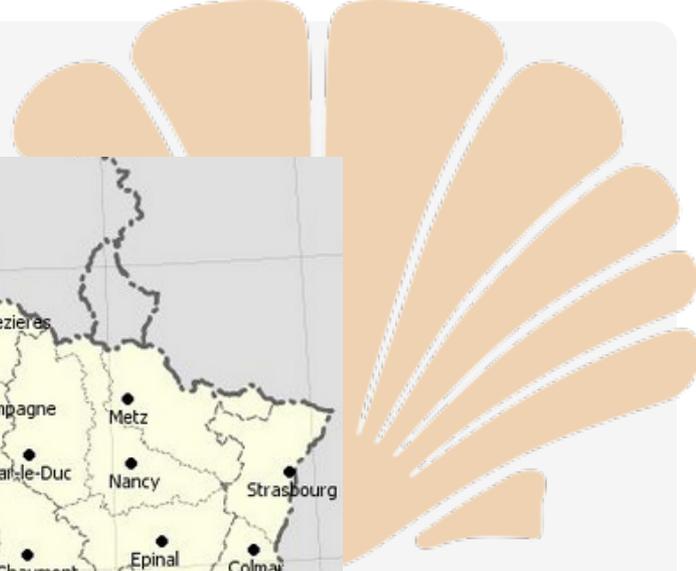


Evaluation bi-quotidienne du délirium par la CAM-ICU



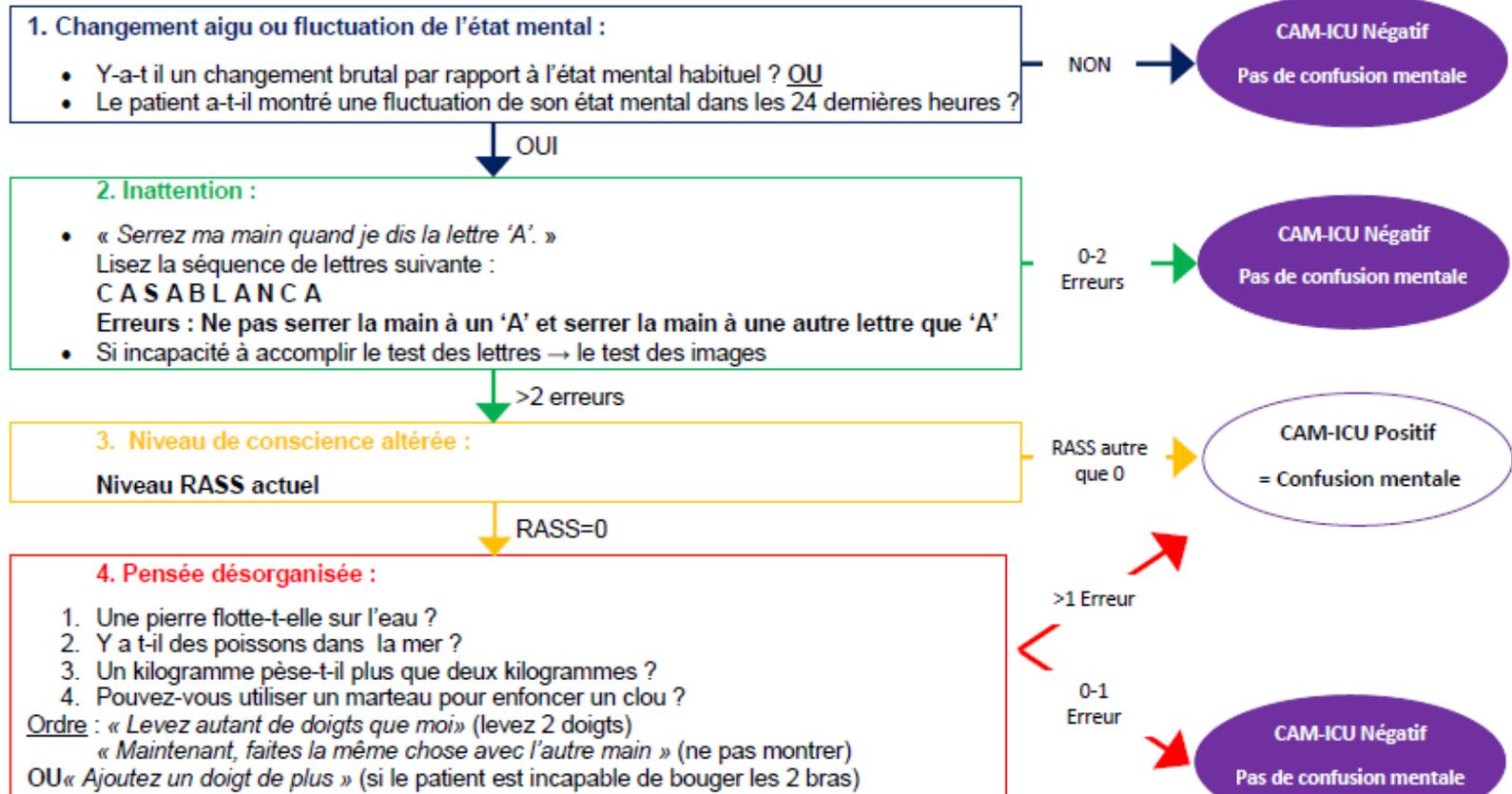
Mesure de la durée totale des épisodes de délirium





ACTIONS

Organigramme de la méthode d'évaluation de la confusion mentale pour la réanimation (CAM-ICU)



Copyright©2002, E. Wesley Ely, MD, MPH et Vanderbilt University, tous droits réservés.
Traduction française 2016, Gerald Chanques et al., CHU et Université de Montpellier, France.

ACTIONS



ABC: Awakening and breathing coordination:

- Protocole sédation (éviter la sur sédation et favoriser le réveil précoce).
- Protocole de sevrage respiratoire
- Position demi-assise (sauf contre-indication)

D: Delirium monitoring and management:

- Dépistage biquotidienne du délirium (CAM-ICU)
- Evaluation des patients par une neuropsychologue si CAM-ICU positif au délirium (dans le centre investigateur)

E: Early mobility:

- Lever des patients en systématique (si pas de prescription de contre indication) ou lit-fauteuil
- Prise en charge de la douleur (vigilance aux neuropathies de réanimation)



ACTIONS

F: Factors of environment:

SOIF : Gel buccal et brumisateur en systématique avec les soins de bouche

BRUIT : Réglage des alarmes des moniteurs et respirateurs, portes fermées

DOULEUR ET BIEN ÊTRE : Evaluation de la douleur (EVA, EN...), hypnose conversationnelle durant les soins, sensibiliser aux douleurs neuropathiques, discussion centrée sur le patient dans la chambre du patient, réassurance

SOMMEIL : Respect du cycle nyctéméral, pas de néon la nuit et le moins possible de lumière artificielle, veilleuse dans les chambres, lampes de poche pour les soignants

ISOLEMENT : ✧ Réorientation temporo-spatiale systématique (heure-date-lieux) avec présence d'horloges et calendrier à la vue du patient

✧ Activité occupationnelle au cours de la journée, rééducation fonctionnelle (Kiné), participation aux actes de la vie quotidienne



BÉNÉFICES - CONCLUSION

A court terme :

Réduction de l'incidence et de la durée du délirium

Diminution du nombre d'incidents

Diminution du temps d'hospitalisation

A long terme :

Réduction comorbidités (SSPT)

Amélioration de la qualité de vie

En santé publique :

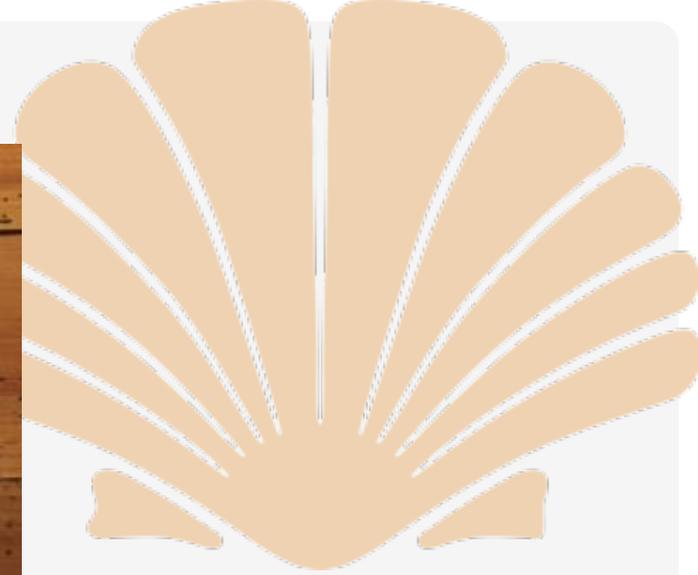
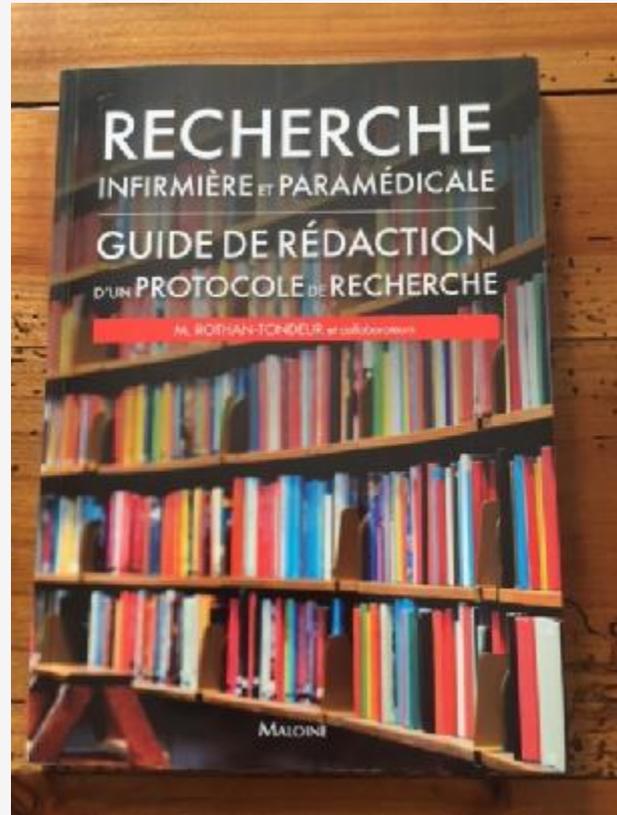
Sensibilisation et formation des soignants

Meilleure description de la symptomatologie

Médicoéconomique :

Diminution de la durée moyenne de séjour





MERCI pour votre attention...



Hôpitaux de Toulouse