



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CLINIQUE / *Revue de littérature*

Rappel explicite d'une ventilation mécanique à l'unité des soins intensifs : une revue narrative de la littérature



Explicit recall for mechanical ventilation in the intensive care unit: a narrative literature review

M.Sc.Inf Mylène Suzie Michaud (Infirmière, étudiante)*, PhD Marilou Gagnon (Professeure agrégée à l'université de Victoria)

Université d'Ottawa, faculté des sciences de la santé, école des sciences infirmières, Pavillon Guindon, RGN 3051, 451, rue Smyth, K1H 8M5 Ottawa, Ontario, Canada

Reçu le 12 septembre 2017 ; accepté le 19 juin 2018

MOTS CLÉS

État de stress
post-traumatique ;
Sédation ;
Soins critiques ;
Ventilation
mécanique

Résumé La ventilation mécanique à l'unité des soins intensifs (USI) nécessite l'administration de médicaments pour diminuer entre autres la douleur, l'inconfort, l'anxiété et l'agitation. Un rappel explicite fait référence au phénomène où la personne se rappelle les perceptions survenues sous sédation lors d'une ventilation mécanique (exemple : voix, rêves, hallucinations, incapacité à communiquer et frustration). À la suite d'un rappel explicite, des conséquences psychologiques graves peuvent survenir, voire un état de stress post-traumatique. Pour mieux comprendre le rappel explicite, une revue narrative de la littérature sur ce phénomène, les facteurs de risque et les conséquences psychologiques est effectuée. Aussi, des interventions infirmières vis-à-vis des soins aux personnes ventilés à l'USI et de la prise en charge d'un rappel explicite post-ventilation mécanique sont recommandées.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mylenesuziemichaud@gmail.com (M.S. Michaud).

<https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.06.003>

2352-8028/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Critical care;
Mechanical
ventilation;
Post-traumatic stress
disorder;
Sedation

Summary Mechanical ventilation in the intensive care unit requires the use of medications to reduce pain, discomfort, anxiety and agitation. An explicit recall refers to the phenomenon where a sedated patient remembers perceptions during mechanical ventilation (example: voices, dreams, hallucinations, inability to communicate and frustration). Following an explicit recall, serious psychological consequences may occur, and can even lead to post-traumatic stress disorder. To better understand an explicit recall, a review of the literature on the risk factors and psychological consequences was carried out. Also, nursing intervention towards mechanically ventilated patients in the ICU and the management of an explicit recall are discussed.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La ventilation mécanique est une technique complexe qui permet de traiter non seulement une insuffisance respiratoire, mais aussi d'autres problèmes physiologiques liés à des pathologies spécifiques telles qu'une intoxication médicamenteuse, un polytraumatisme, un trauma crânien, des lésions par inhalation, un choc et une défaillance multiviscérale, en plus de compléter des procédures douloureuses [1]. La ventilation mécanique, à l'aide de la sédation-analgésie, est un traitement largement utilisé et essentiel en soins de réanimation avancée à l'USI [2–4].

La ventilation mécanique s'effectue à l'aide d'un appareil (respirateur) qui déploie les poumons en exerçant une pression positive [1]. L'air du respirateur pénètre dans les voies respiratoires grâce à un tube endotrachéal introduit par voie buccale jusque dans la trachée ou via une canule trachéale à la suite d'une trachéotomie, c'est-à-dire, qu'une ouverture dans la trachée est pratiquée par dilatation percutanée au chevet du patient ou par approche chirurgicale en salle opératoire [5]. La diminution de la conscience, communément appelé l'analgésie-sédation ou la sédation, est couramment utilisée chez les personnes sous ventilation mécanique à l'unité des soins intensifs (USI) pour diminuer l'inconfort, la douleur, l'agitation, l'anxiété et la dyspnée, en plus de minimiser la consommation d'oxygène et favoriser la synchronie patient-ventilateur [3,4,6].

Bien que la personne soit sous sédation, elle peut se rappeler différentes perceptions (sensations et émotions) survenues sous ventilation mécanique en milieu de soins intensifs. En sciences infirmières, ce phénomène se nomme un rappel explicite et survient parce que la personne, à un moment ou à un autre, a été consciente sous sédation lors de la ventilation mécanique [7]. La conscience est un état dans lequel une personne est en mesure de traiter de l'information de son environnement [8]. Lors d'une diminution de la conscience à l'aide de médicaments, le cerveau est parfois excité par des stimuli qui sont stockés dans la mémoire et qui peuvent être rappelés ultérieurement [9]. En règle générale, pour être conscient de quelque chose, le cerveau doit être dans un état relativement élevé d'excitation, mais la personne a la capacité d'être

consciente, même à un niveau d'excitation faible [10,11]. Cette revue narrative de la littérature vise une clarification du phénomène d'une ventilation mécanique avec rappel explicite étant donné l'ignorance de ce phénomène par de nombreux professionnels de la santé, et l'absence de suivi post-ventilation mécanique à l'USI [12–14].

Méthode

Tout d'abord cette revue narrative découle d'une étude plus large au niveau conceptuel d'un rappel explicite [7]. Les mots clés *Explicit Recall*, *Recall*, *Conscious*, *Memory* et *Mechanical Ventilation*, ont été recherchés dans les bases de données suivantes : *Medline* (*National Library of Medicine*), *ScienceDirect* (*Nursing and Health Professions*), *CINAHL* (*Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*), *Proquest* (*Nursing & Allied Health Source*), *Scopus* (*Health Sciences*) ainsi que *Web of Science* (*Science Citation Index*). Les mots clés choisis sont des termes utilisés de manière interchangeable dans la littérature pour signifier le phénomène à l'étude, ils ont donc été intégrés dans la collecte de données dans le but d'identifier une population appropriée pour l'échantillonnage [15]. Les termes ont été recherchés selon le fonctionnement et les résultats obtenus via les bases de données : titre et le résumé pour *Medline* ; titre, résumé et les mots clés pour *Science Direct* ; résumé pour *Scopus* et *Proquest* ; texte pour *CINAHL* ; sujet pour *Web of science*. D'autres articles ont été ajoutés à la suite d'une vérification des références ; il s'agit d'une méthode dite boule de neige. Les critères d'inclusion pour la sélection des articles étaient les suivants : ventilation mécanique, texte complet disponible via la base de données, articles revus par les pairs, écrit en anglais ou en français, dont rappel explicite est le sujet principal. Puis les critères d'exclusion appliqués sont : milieux hors hospitaliers, ventilation mécanique non invasive, ventilation mécanique chronique, aucune analgésie-sédation, unité des soins intensifs pédiatriques, soins palliatifs. Le processus de la sélection des articles obtenus à partir de la recherche dans les bases de données est présenté sous forme de schéma (Fig. 1). La date de publication n'a pas été un critère dans la collecte de données, afin d'obtenir

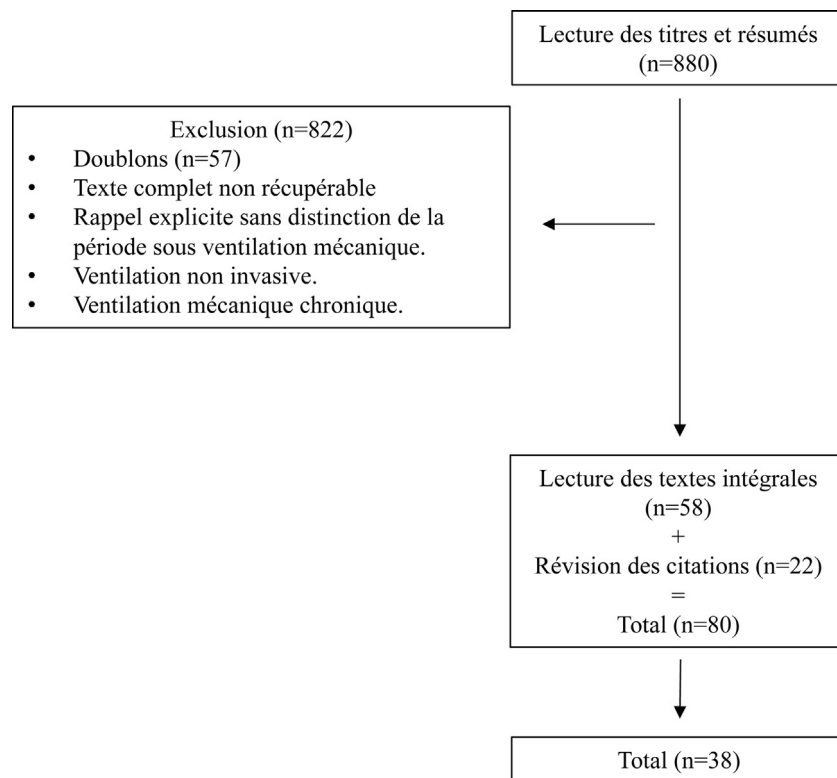


Figure 1. Sélection des articles aux fins de l'étude.

une description du phénomène dans le contexte clinique d'une ventilation mécanique à l'USI et non pas l'état des connaissances des dernières années. Qui plus est, les perceptions rappelées par les patients sont toutes comparables à celles rapportées dans les études au cours des 30 dernières années, et ce, même si les modalités de sédation ont beaucoup changé [7,16,17]. Enfin, les articles aux fins d'étude ont été choisis manuellement et non de manière aléatoire. Les articles que le chercheur jugeait les plus pertinents pour la description d'un rappel explicite ont été sélectionnés. En tout, 38 articles du domaine des sciences (médecine et sciences infirmières) de la santé ont été utilisés aux fins de cette revue narrative de la littérature.

Rappel explicite

La personne sous ventilation mécanique perçoit plusieurs perceptions tout au long du traitement [7]. Certaines sont agréables, comme le soutien de la famille, ainsi que les paroles réconfortantes et le *caring* des infirmières [18,19]. Dans l'étude descriptive corrélationnelle de Guttormson (2011), 80 % des patients ventilés se rappellent la présence réconfortante des membres de leur famille durant cette période difficile [19]. En revanche, la plupart des perceptions sont désagréables, tellement que certains patients tentent d'y échapper mentalement (exemple : expérience extracorporelle) et physiquement (exemple : extubation, sortir du lit) [17,18,20–22]. Selon Guttormson (2011), seulement 5,7 % des personnes ventilées à l'USI n'ont aucun rappel explicite, en outre elles se rappellent les voix

(68,6 %), les hallucinations (42,9 %), les cauchemars (31,4 %), le sentiment d'anxiété (57,1 %) et de panique (42,9 %), en plus de ressentir de la douleur (37,1 %) [19]. Les perceptions désagréables rappelées reliées au tube endotrachéal se résument à l'inconfort du tube dans la bouche, la succion endotrachéale, la soif, la suffocation et l'incapacité à communiquer [17,20,23–25]. Les patients, qui ne peuvent pas s'exprimer verbalement, ressentent de la panique, de l'impuissance, de la frustration et un sentiment de perte de contrôle [17,19–21,23,26]. De telle sorte que les difficultés de communication sont la principale source de détresse émotionnelle chez les patients ventilés mécaniquement : « Je ne pouvais pas m'exprimer... terrible... je voulais expliquer que je me sentais mourir et que je ne pouvais pas respirer, mais j'en étais incapable » (traduction libre, [27], p. 78). Certes, sous ventilation mécanique, les patients développent un sentiment de dépendance au ventilateur et aux personnels soignants vis-à-vis de leur survie [22–24]. À titre d'exemple, une cloche non répondue à temps ou qui prend trop de temps contribue au sentiment d'impuissance et de dépendance chez les patients ventilés [28]. Les cauchemars et les hallucinations sont aussi nombreux et terrifiants chez les patients ventilés à l'USI [18,20,24,27]. Les rêves, les cauchemars et les hallucinations au cours de la ventilation mécanique sont interprétés comme des événements bien réels par les patients [19]. Notamment, les patients avec délire se sentent souvent persécutés, croient que le personnel tente de les tuer ou de leur nuire [18,19,29–32]. La différenciation entre ce qui est un rêve et ce qui ne l'est pas est quasi-impossible et les patients vont jusqu'à se demander si leur état est permanent, voire s'ils

sont bel et bien vivants ou morts [13,18,22,27,33]. La mort est un thème récurrent dans le récit des patients sous ventilation mécanique à l'USI [18,20,22]. De plus, les diverses perceptions « secouent le corps au travers des émotions fortes qu'elles contiennent, de même que l'intensité émotionnelle est décisive sur l'ancrage des perceptions dans la mémoire » (traduction libre, 12, p. 93). En définitive, le va-et-vient d'un état de conscience et d'inconscience crée une distorsion de la réalité et rend difficile pour les patients d'interpréter leurs perceptions [17,18,24,31,34].

Facteurs de risque

Il a été démontré par plusieurs études que la profondeur de la sédation a un impact sur la durée de la ventilation mécanique, le type de rappel, en plus d'influencer les perceptions qu'ont les patients sous ventilation mécanique [30,35,36]. Un état d'éveil moindre et une plus grande exposition aux sédatifs (*sedation intensity score* [SIS]) sont associés à une augmentation de la durée de la ventilation mécanique, tandis que l'arrêt quotidien de l'analgésie-sédation et une sédation légère réduit le nombre de jours sous ventilation mécanique [19,37]. Une sédation profonde est associée au rappel explicite d'hallucinations, de cauchemars et de délires, tandis qu'une sédation légère augmente le risque de se rappeler les expériences de soins sous ventilation mécanique en plus de les rendre plus désagréables (exemple : succion endotrachéale et positionnement) [19,29,36,38,39]. Lors de leur séjour aux soins intensifs, les patients plus jeunes et ceux dont la sévérité de la maladie est moindre semblent être plus enclins à se rappeler leurs expériences sous ventilation mécanique [16,23,38,40]. Les femmes (<60 ans) se rappellent en plus grand nombre la période sous ventilation mécanique, en plus de signaler, dans une autre étude, plus souvent le rappel explicite d'émotions ($\chi^2 = 9,0$, $p < 0,01$) que les hommes [16,35]. Les patients souffrant de problèmes psychologiques tels qu'anxiété, agoraphobie, crise de panique ou dépression sont plus susceptibles de se rappeler les délires, les hallucinations et les cauchemars [41,42]. En résumé, la réponse aux médicaments est difficilement prévisible chez les patients nécessitant des modalités de sédation, compte tenu de la variabilité individuelle (exemple : âge, obésité, métabolisme, l'effet de la maladie sous-jacente, polypharmacie, personnalité, altération de la fonction hépatique et rénale) [29,36,38,43,44].

Manifestation

Le rappel explicite d'une ventilation mécanique peut être spontané, émerger progressivement ou suscité à l'aide d'outils (exemple : *intensive care unit memory tool* [ICUMT]) et d'entretiens à différents moments durant ou après le séjour des patients à l'USI [22,29,45,46]. Même si les patients ne sont pas en mesure de se rappeler certains moments spécifiques, ils conviennent que les entretiens ravivent des perceptions précédemment oubliées, comme si « vous trieux ma mémoire » (traduction libre, 22, p. 197). Le rappel explicite des cauchemars, des délires et des hallucinations est souvent vif, détaillé et effrayant, et il tend à

se maintenir dans le temps, alors que le rappel explicite des procédures quotidiennes s'érode avec le temps [12,41]. Il a été rapporté par deux études que le temps écoulé depuis la ventilation mécanique n'influence pas la capacité des patients à se rappeler [16,45]. Les perceptions, les interprétations et les expériences subjectives rappelées sont là pour rester comme de la « colle forte » ou encore des « clous » (traduction libre, 12, p. 90). De plus, les perceptions corporelles émergent à nouveau au moment d'un rappel explicite « Oh ! Je ressens encore ça aujourd'hui ! », comme la dyspnée, « Je me souviens la sensation d'étouffer ! » (traduction libre, 12, p. 89). Manifestement, les patients sont hésitants à parler de leurs expériences, car le rappel lui-même semble être traumatisant et pénible [20,34].

Conséquences

Après le rappel explicite d'une ventilation mécanique, diverses conséquences psychologiques sont susceptibles de survenir. L'anxiété, les crises de panique, les rêves, les cauchemars, les *flashbacks* et les troubles du sommeil sont souvent cités dans les études [12,13,18,19,41,47]. En milieu de soins intensifs, la dépression est aussi citée [19,28]. À titre d'exemple, un patient qui appréhende d'aller à l'hôpital, qui a l'impression d'étouffer soudainement et qui décrit des images de corps autopsiés à l'USI manifeste un évitement, une crise de panique et un *flashback* [12]. Les résultats d'une étude de cohorte effectuée par da Costa, Marcon, Macedo, Jorge et Duarte (2014) indiquent que les patients sous sédation légère ou modérée (RASS, -2 et -3) ont moins souffert d'anxiété (16,7 %) et de dépression (8,3 %) que ceux sous sédation profonde (RASS, -4 et -5) — respectivement 36,5 % et 13,5 % — ou aucune sédation (33,3 % ; 11,9 %) [48]. De surcroît, aucun n'a souffert d'un état de stress post-traumatique (ESPT) dans ce groupe, contre 17,6 % dans le groupe de sédation profonde et 11,9 % dans le groupe sans sédation. Toutefois, les résultats entre les groupes (sédation légère à modérée et sédation profonde) n'ont pas atteint une différence statistiquement significative ($p = 0,0483$) [48]. Les rêves ou les cauchemars récurrents, l'évitement des soins médicaux et les *flashbacks* peuvent conduire à un ESPT [34]. Selon le DSM-5, un manuel a-théorique, l'ESPT est un trouble qui survient suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique. Le diagnostic d'un ESPT repose sur plusieurs critères [49]. En premier lieu, la personne expérimente, témoigne ou confronte un ou plusieurs événements traumatiques impliquant soit un décès, une blessure grave, une menace à la vie, une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui. Puisque la présentation clinique d'un ESPT varie, la réaction émotionnelle de la personne (peur, détresse ou terreur) ne fait plus partie des critères du diagnostic [49]. Selon l'*American Psychiatric Association* (2013), les symptômes d'un ESPT durent plus d'un mois et incluent par exemple une remémoration constante de l'événement traumatique sous forme de cauchemars, sentiments et *flashbacks* [49]. Aussi, il y a un évitement de tout stimulus ou situation associée au traumatisme vécu, un isolement social, une apathie, une insomnie, une diminution de la concentration, une anxiété et une irritabilité [49].

En milieu de soins intensifs, Jones, Griffiths, Humphris & Skirrow (2001) proposent qu'un ESPT soit plus lié au rappel explicite de délires, d'hallucinations et de cauchemars, alors que le rappel explicite d'événements réels, même si désagréable, a un effet protecteur contre le développement d'un ESPT [41]. Une autre étude indique que le rappel explicite de délires a été associé à des symptômes d'ESPT plus sévères, mais il n'y avait pas d'association entre les symptômes d'ESPT et le rappel d'événements réels [39]. Aussi, les résultats n'ont pas été en mesure de confirmer que le rappel d'événements réels avait un effet protecteur contre l'apparition d'un ESPT [39]. D'autant plus que les symptômes d'un ESPT étaient moins fréquents chez les patients plus éveillés, également chez les moins éveillés durant la ventilation mécanique [39].

En ce qui concerne les caractéristiques individuelles, les femmes sont 2,2 fois plus susceptibles que les hommes de développer un ESPT, mais cette différence n'a pas atteint une signification statistique [39]. Les personnes plus jeunes signalent des niveaux plus élevés de symptômes d'évitement et d'intrusion [32]. En fait, l'état d'éveil pendant la ventilation mécanique a une plus grande influence sur le rappel explicite et les symptômes d'un ESPT que l'exposition aux médicaments, la durée de la ventilation mécanique, le diagnostic et la sévérité de la maladie [19,32,39].

Implications infirmières

Rôles de l'infirmière en milieu de soins intensifs

L'environnement à l'USI (exemple : bruits, lumières, voix, alarmes) pose davantage problème chez les patients sous ventilation mécanique qui le perçoivent à travers un brouillard induit par les médicaments ou la maladie [18,19]. Pour y remédier, il faut procurer, si possible, une chambre individuelle pour chaque patient ventilé [50,51]. L'utilisation des contentions de manière systématique est déconseillée à cause des effets néfastes, tant physiques que psychologiques, en plus de l'inefficacité rapportée dans les cas d'auto-extubations [42,52–54]. Les infirmières doivent porter une attention particulière aux discussions tenues au chevet, vu les nombreuses perceptions auditives rappelées par les patients [34]. Il faut aussi trier les alarmes des équipements technologiques pour ne garder que celles utiles au monitoring du patient [19,24,26]. Une lumière tamisée et l'organisation des soins afin de réduire au minimum les interventions durant la nuit permettent de favoriser le sommeil chez le patient ventilé à l'USI [18,19].

La communication avec l'équipe soignante est souvent rappelée par les patients comme inefficace et l'information insuffisante [19,22]. Ceci contribue aux émotions négatives ressenties, comme l'anxiété et la frustration chez les patients ventilés qui ne peuvent pas parler [17,20,21,23,26]. Voici des interventions pour améliorer la communication entre l'infirmière et le patient sous ventilation mécanique :

- parler au patient du quotidien, même s'il ne semble pas alerte [18,22,26] ;
- parler dans un ton de voix calme et plaisant [55] ;

- expliquer les procédures et les soins prodigués au patient [18,22,55] ;
- expliquer des stratégies concrètes de *coping* au patient ventilé mécaniquement, par exemple comment synchroniser leur respiration avec le ventilateur [19,22] ;
- orienter le patient dans l'espace et le temps, en plus de lui expliquer sa condition de santé et les traitements en cours, dont la ventilation mécanique [18,21,28,31] ;
- s'adresser au patient lors des tournées multidisciplinaires à son chevet [22] ;
- répéter les informations [19,23] ;
- faciliter une bonne communication à l'aide de divers moyens et d'outils (exemple : affiche avec images ou alphabet) [19,21,47] ;
- assigner la même infirmière au patient pour assurer une continuité dans les soins et faciliter la communication [20].

Le rappel explicite d'une douleur est fréquemment vécu par les patients en raison de l'incapacité à communiquer pendant la ventilation mécanique et à l'interférence des modalités de sédation [21]. Lors du traitement, l'analgésie doit toujours être administrée en premier et en perfusion intraveineuse (IV), les interventions infirmières non pharmacologiques considérées, puis, en dernier, l'utilisation des sédatifs [55–57]. L'adoption d'une échelle de douleur comportementale à l'USI, soit la *behavioral pain scale* (BPS) ou la *critical-care pain observation tool* (CPOT) est de la plus haute importance afin d'améliorer la gestion de la douleur lorsque le patient ne peut pas s'exprimer [56]. Aussi, il est recommandé de titrer les médicaments pour maintenir une sédation légère plutôt que profonde [56]. La *Richmond agitation-sedation scale* (RASS) et la *sedation-agitation scale* (SAS) sont les outils de mesure les plus fiables pour évaluer l'état d'éveil et la profondeur de la sédation des patients sous ventilation mécanique [56].

Les patients ventilés se sentent souvent laissés à eux-mêmes pendant la ventilation mécanique, ce qui peut même mener à un rappel explicite d'un état de confusion et d'incompréhension [18,51,58]. Puisque l'infirmière, en milieu de soins intensifs, passe beaucoup de temps au chevet du patient, elle peut répondre au besoin continu d'informations du patient sous ventilation mécanique et l'orienter fréquemment, ce qui diminue la confusion ressentie [18,58]. Les USI peuvent adopter une approche de soins centrés sur le patient et la famille qui débute par une libéralisation des heures de visites [59,60]. Cette approche encourage la participation du patient et de la famille aux soins et aux prises de décisions [19,22,33]. En effet, la présence de la famille au chevet est très bénéfique pour le patient ventilé, et permet, entre autres, de réduire l'anxiété et la confusion, aide le patient à distinguer l'irréalité de la réalité, en plus d'améliorer les échanges entre le patient et l'infirmière par une meilleure communication [18,21,22,34,59,61].

Rôles de l'infirmière post-ventilation mécanique

Même si les infirmières peuvent jouer un rôle bénéfique sur le rappel explicite, les perceptions désagréables, comme la douleur, l'incapacité à communiquer, la succion

endotrachéale, la dyspnée et les cauchemars ne peuvent pas être supprimées en totalité [23,27,62]. Vu l'inévitabilité de la manifestation d'un rappel explicite, la prise en charge de celui-ci post-ventilation mécanique est primordial afin de réduire au minimum les conséquences psychologiques, en plus d'éviter un ESPT. Les infirmières sont bien placées pour adresser le rappel explicite, car elle possède un large éventail de connaissances et de compétences afin de répondre aux besoins du patient, en plus d'être le pivot de l'équipe multidisciplinaire. Bien qu'il y ait des lignes directrices sur les modalités de sédation, les soins aux patients ventilés à l'USI et la réhabilitation générale à la suite d'un état de santé critique, il n'en existe aucune sur la gestion d'un rappel explicite d'une ventilation mécanique et les conséquences psychologiques associées [63]. Toutefois, certaines études se sont penchées sur les besoins des patients et les interventions infirmières après le séjour à l'USI pouvant modifier la trajectoire psychologique vers une résilience ou une amélioration des conséquences psychologiques.

Les patients ont verbalisé un besoin d'informations sur ce qui leur était arrivé lors de leur séjour à l'USI, sur ce à quoi s'attendre lors de leur rétablissement, en plus d'un besoin d'éduquer leurs membres de la famille [51]. Un moyen de répondre à ce besoin est d'implanter un suivi post-ventilation mécanique par une infirmière de l'USI ou qui possède une expérience en milieu de soins intensifs [13,64]. Aussi, un journal intime peut être utilisé pour combler les trous de mémoire et aider le patient à faire sens d'un rappel explicite [20,65,66]. Plus précisément, la famille, les visiteurs et les infirmières écrivent dans le journal intime pour refléter les événements majeurs de la journée, ce journal est ensuite remis au patient post-ventilation mécanique pour qu'il puisse le lire et transcrire lui aussi ses pensées ainsi que les événements marquants qui surviennent durant son rétablissement [65]. La remise du journal intime au patient a un effet positif très important sur la trajectoire psychologique à la suite d'un séjour à l'USI, voire une diminution de la sévérité des symptômes de la dépression et de l'anxiété, en plus d'une réduction de l'incidence d'un ESPT [67,68]. Par contre, quelques patients refusent de lire leur journal intime, préférant oublier ce qui est arrivé durant l'hospitalisation [20,68]. Une attention particulière à ces patients est de mise vu la possibilité d'un symptôme d'évitement, suivi d'un ESPT. Aussi, des chercheurs avancent qu'une visite à l'USI après leur séjour a le potentiel d'aider le patient à comprendre le rappel explicite de certaines perceptions survenues sous ventilation mécanique [18]. En revanche, l'état de santé mentale du patient doit être pris en considération avant une visite, car l'environnement de l'USI peut être un élément déclencheur de l'apparition des symptômes d'un ESPT, tel un *flashback* [12].

Par la suite, les patients mentionnent le besoin de partager avec d'autres personnes qui ont vécu la même chose et qui le comprennent vraiment, ainsi des sessions avec un groupe de soutien peuvent aider [64]. Malheureusement, le patient hésite parfois à parler de son expérience avec les professionnels de la santé puisque les émotions et les sensations corporelles sous ventilation mécanique resurgissent lors d'un rappel explicite [12,20,34,45]. En revanche, de nombreux patients se sont révélés soulagés d'être en mesure de partager leur expérience d'une ventilation mécanique à l'USI avec rappel explicite au cours d'entretiens réalisés par

des chercheurs [19]. Donc, un suivi post-ventilation mécanique à l'USI est de rigueur pour tous les patients dans le but de déceler un rappel explicite et aider le patient à y faire face. En résumé, le patient, à la suite d'une ventilation mécanique a besoin de comprendre ce qui lui est arrivé durant son séjour à l'USI, comprendre la signification d'un rappel explicite et ce qui va lui arriver à sa sortie ou son transfert à une autre unité de soins [64].

Lors d'un suivi, les soins psychologiques nécessaires post-ventilation mécanique vont au-delà des discussions avec des professionnels de la santé ou groupe de soutien et l'utilisation d'un journal intime, à savoir, une évaluation psychologique est nécessaire pour détecter la présence d'un rappel explicite et traiter les conséquences psychologiques potentielles telles que la dépression et l'ESPT [41,42]. La présence de la famille du patient lors des rencontres est encouragée, car des problèmes psychologiques ont également été observés à la suite du séjour de leur proche à l'USI [65,69]. Aussi, le suivi post-ventilation mécanique du patient doit débuter lors de son hospitalisation à l'USI et non pas à son congé, en plus d'avoir lieu de façon périodique puisque le rappel explicite peut se manifester immédiatement après le traitement ou de manière progressive dans le temps [46]. Pareillement, les services et les traitements psychologiques doivent être disponibles de manière continue et sur plusieurs mois [64]. Selon la validation préliminaire du UK-PTSS-14, cet instrument de dépistage peut être utilisé pour identifier les patients nécessitant des services psychologiques spécialisés et à risque de développer un ESPT selon les critères de diagnostic du DSM-IV [70]. Ainsi, si le patient présente des conséquences psychologiques ou des symptômes prédisant un ESPT, il peut être référé dans un court délai aux professionnels de la santé dont il a besoin, tel un psychologue. Des cliniques ont vu le jour en Angleterre, où des suivis ont été effectués par des infirmières auprès des patients à la suite de leur hospitalisation à l'USI [71]. Ces consultations se sont avérées efficaces pour réduire la détresse psychologique chez les patients, selon l'évaluation du changement dans la perception de leurs problèmes à la suite des consultations (*psychological outcome profiles*, [PSYCHOLOPS]) [71]. Dans l'ensemble, 89 % des patients se sont sentis beaucoup mieux et 13 % se sentaient un peu mieux [71]. Donc l'implantation d'un suivi post-ventilation mécanique à l'USI guidé par des infirmières a le potentiel de répondre aux nombreux besoins du patient et de réduire les conséquences psychologiques d'un rappel explicite, en plus éviter un ESPT.

Conclusion

L'infirmière joue un rôle central à l'égard d'une ventilation mécanique avec rappel explicite du fait qu'elle doit étroitement surveiller et titrer les médicaments à l'aide de divers instruments de mesure et monitoring afin d'éviter les conséquences de la sur-sédation et de la sous-sédation [72]. Les modalités de sédation ont un impact indirect sur le développement des symptômes d'un ESPT, car elles influencent le contenu du rappel de la ventilation mécanique et l'état d'éveil [19,39]. Au cours des années, plusieurs études ont tenté de réduire la dose des sédatifs administrés jusqu'à n'utiliser aucun sédatif pour éliminer spécifiquement le

rappel explicite des cauchemars, des hallucinations et des délires, mais les résultats se sont avérés non concluants [17,35,57]. Il serait ainsi préférable d'individualiser les modalités de sédation selon les préférences et besoins spécifiques du patient plutôt que d'imposer un état d'éveil précis pour tous les patients sous ventilation mécanique à l'USI [7]. Des recherches en sciences infirmières sur les préférences des patients en matière de sédation à l'USI sont donc nécessaires afin de savoir si les patients préfèrent être éveillés ou sous sédation durant la ventilation mécanique, en plus de déterminer si l'attitude des infirmières a un impact sur l'administration de l'analgésie-sédation [17,73]. De nouvelles questions empiriques sont donc soulevées à la lumière de cette revue de la littérature : quelles sont les préférences des patients sous ventilation mécanique à l'USI en matière d'analgésie-sédation ? Quelle est la perception des infirmières en ce qui concerne les modalités d'analgésie-sédation chez le patient ventilé à l'USI ? Étudier ces questions davantage a le potentiel de fournir des informations précieuses afin d'améliorer les soins infirmiers aux personnes ventilées, de réformer l'administration de l'analgésie-sédation et d'atténuer les conséquences psychologiques à la suite d'un rappel explicite.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Smeltzer SC, Bare B, Brunner LS, Suddarth DS. Soins infirmiers en médecine et en chirurgie : fonctions respiratoires, cardiovasculaire et hématologique. Saint-Laurent: Édition renouveau pédagogique; 2006.
- [2] Constan A, Bourgeon-Ghittori I, Schortgen F. Surveillance du patient sous ventilation mécanique invasive. *Réanimation* 2012;21(1):96–105.
- [3] Gros A, Le Tulzo Y. Sédation et sevrage de la ventilation mécanique. *Réanimation* 2010;19(1):43–9.
- [4] Mélot C. Sédation et analgésie du patient ventilé. *Réanimation* 2003;12:53–61.
- [5] Urden LD, Lough ME, Stacy KM, Houle J, Tanguay A, Milhomme D, et al. Soins critiques. Montréal: Chenelière éducation; 2014.
- [6] Luer J. Sedation and neuromuscular blockade in mechanically ventilated patients. In: Burns SM, editor. AACN protocols for practice: care of mechanically ventilated patients. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2007. p. 253–84.
- [7] Michaud MS. Rappel explicite d'une ventilation mécanique à l'unité des soins intensifs : une analyse conceptuelle. Université d'Ottawa; 2017.
- [8] Apfelbaum JL, Arens J, Cole D. American Society of Anesthesiologists task force on intraoperative awareness. Practice advisory for intraoperative awareness and brain function monitoring: a report by the American Society of Anesthesiologists task force on intraoperative awareness. *Anesthesiology* 2006;104:847–64.
- [9] Ghoneim MM, Block RI, Haffarnan M, Mathews MJ. Awareness during anesthesia: risk factors, causes and sequelae: a review of reported cases in the literature. *Anesth Analg* 2009;108(2):527–35.
- [10] Sanders RD, Tononi G, Laureys S, Sleigh JW. Unresponsiveness ≠ unconsciousness. *Anesthesiology* 2012;116(4):946–59.
- [11] Vanini G, Baghdoyan HA, Lydic R. Relevance of sleep neurobiology for cognitive neuroscience and anesthesiology. *Conscious Awareness Anesth* 2010;25:1–23.
- [12] Storli SL, Lindseth A, Asplund K. A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care. *Nurs Crit Care* 2008;13(2):86–96.
- [13] Löf L, Berggren L, Ahlström G. Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay – 3 and 12 months after discharge. *Intensive Crit Care Nurs* 2006;22(3):154–66.
- [14] Osterman JE, Hopper J, Heran WJ, Keane TM, van der Kolk BA. Awareness under anesthesia and the development of post-traumatic stress disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23(4):198–204.
- [15] Rodgers BL, Knalf KA. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. 2nd ed Philadelphia: Saunders; 2000. p. 77–102.
- [16] Bergbom-Engberg I, Hallenberg B, Wickström I, Haljamae H. A retrospective study of patients' recall of respirator treatment (1): study design and basic findings. *Intensive Care Nurs* 1988;4(2):56–61.
- [17] Holm A, Dreyer P. Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *Nurs Crit Care* 2017;22(2):81–8 [Epub 2015 Jul 15].
- [18] Magarey JM, McCutcheon HH. Fishing with the dead – recall of memories from the ICU. *Intensive Crit Care Nurs* 2005;21(6):344–54.
- [19] Guttormson JL. Patients' recall and evaluation of mechanical ventilation: impact of sedation. University of Minnesota; 2011 [Disponible sur : <https://login.proxy.bib.uottawa.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2012257824&fr&site=ehost-live> Available from EBSCOhost cin20 Database].
- [20] Engström Å, Nyström N, Sundelin G, Rattray J. People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2013;29(2):88–95.
- [21] Fink RM, Makic MBF, Poteet AW, Oman KS. The ventilated patient's experience. *Dimens Crit Care Nurs* 2015;34(5):301–8.
- [22] Jablonski R. The experience of being mechanically ventilated. *Qual Health Res* 1994;4(2):186–207.
- [23] Bergbom-Engberg I, Haljamae H. Assessment of patients' experience of discomforts during respirator therapy. *Crit Care Med* 1989;17(10):1068–72.
- [24] Wang K, Zhang B, Li C, Wang C. Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. *J Clin Nurs* 2009;18(2):183.
- [25] Samuelson KA. Adult intensive care patients' perception of endotracheal tube-related discomforts: a prospective evaluation. *Heart Lung* 2011;40(1):49–55.
- [26] Karlsson V, Bergbom I, Forsberg A. The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive Crit Care Nurs* 2012;28(1):6–15.
- [27] Samuelson KA. Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients – findings from 250 interviews. *Intensive Crit Care Nurs* 2011;27(2):76–84.
- [28] Hofhuis JGM, Spronk PE, van Stel HF, Schrijvers AJP, Rommes JH, Bakker J. Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs* 2008;24(5):300–13.

- [29] Samuelson KAM, Lundberg D, Fridlund B. Light vs. heavy sedation during mechanical ventilation after oesophagectomy – a pilot experimental study focusing on memory. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008;52(8):1116–23.
- [30] Aitken LM, Castillo MI, Ullman A, Engstrom A, Cunningham K, Rattray J. What is the relationship between elements of ICU treatment and memories after discharge in adult ICU survivors? *Aust Crit Care* 2016;29(1):5–14.
- [31] Hupcey JE, Zimmerman HE. The need to know: experiences of critically ill patients. *Am J Crit Care* 2000;9(3):192–8.
- [32] Talisayon R, Buckley T, McKinley S. Acute post-traumatic stress in survivors of critical illness who were mechanically ventilated: a mixed methods study. *Intensive Crit Care Nurs* 2011;27(6):338–46.
- [33] Johnson KL, Cheung RB, Johnson SB, Roberts M. Therapeutic paralysis of critically ill trauma patients: perceptions of patients and their family members. *Am J Crit Care* 1999;8(1):490.
- [34] Ballard N, Robley L, Barrett D, Fraser D, Mendoza I. Patients' recollections of therapeutic paralysis in the intensive care unit. *Am J Crit Care* 2006;15(1):86–94.
- [35] Capuzzo M, Pinamonti A, Cingolani E, Grassi L, Bianconi M, Contu P, et al. Analgesia, sedation, and memory of intensive care. *J Crit Care* 2001;16(3):83–9.
- [36] Samuelson K, Lundberg D, Fridlund B. Memory in relation to depth of sedation in adult mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive Care Med* 2006;32(5):660–7.
- [37] Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF, Hall JB. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med* 2000;342(20):1471–7.
- [38] Samuelson KA, Lundberg D, Fridlund B. Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nurs Crit Care* 2007;12(2):93–104.
- [39] Weinert CR, Sprenkle M. Post-ICU consequences of patient wakefulness and sedative exposure during mechanical ventilation. *Intensive Care Med* 2008;34(1):82–90.
- [40] Rundshagen I, Schnabel K, Wegner C, Schulte am Esch J. Incidence of recall, nightmares, and hallucinations during analgosedation in intensive care. *Intensive Care Med* 2002;28(1):38–43.
- [41] Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM. Memory, delusions, and the development of acute post-traumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med* 2001;29(3):573–80.
- [42] Jones C, Bäckman C, Capuzzo M, Flaatten H, Rylander C, Griffiths RD. Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: a hypothesis generating study of diversity in care. *Intensive Care Med* 2007;33(6):978–85.
- [43] Ma P, Liu J, Xi X, Du B, Yuan X, Lin H, et al. Practice of sedation and the perception of discomfort during mechanical ventilation in Chinese intensive care units. *J Crit Care* 2010;25(3):451–7.
- [44] Siegel MD. Management of agitation in the intensive care unit. *Clin Chest Med* 2003;24(4):713–25.
- [45] Löf L, Berggren L, Ahlström G. ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: follow-ups after 3 and 12 months. *Intensive Crit Care Nurs* 2008;24(2):108–21.
- [46] Osterman JE, van der Kolk BA. Awareness during anesthesia and post-traumatic stress disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20(5):274–81.
- [47] Samuelson KAM, Lundberg D, Fridlund B. Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients – a 2-month follow-up study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007;51(6):671–8.
- [48] Da Costa JB, Marcon SS, De Macedo CRL, Jorge AC, Duarte PAD. Sedation and memories of patients subjected to mechanical ventilation in an intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 2014;26(2):122–9.
- [49] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013.
- [50] Cheng EY. Recall in the sedated ICU patient. *J Clin Anesth* 1996;8(8):675–8.
- [51] Granberg A, Engberg IB, Lundberg D. Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I. *Intensive Crit Care Nurs* 1998;14(6):294–307.
- [52] Birkett KM, Southerland KA, Leslie GD. Reporting unplanned extubation. *Intensive Crit Care Nurs* 2005;21(2):65–75.
- [53] Kiekkas P, Theodorakopoulou G, Spyrtos F, Baltopoulos GI. Psychological distress and delusional memories after critical care: a literature review. *Int Nurs Rev* 2010;57(3):288–96.
- [54] Parenteau M, Houle J, Cloutier L. Contention aux soins intensifs : le recours à la contention physique pour les patients ventilés mécaniquement impose une réflexion. *Perspect Infirm* 2010;7(6):35–40.
- [55] Clukey L, Weyant RA, Roberts M, Henderson A. Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients. *Am J Crit Care* 2014;23(3):216–20.
- [56] Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas 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(1):263–306.
- [57] Mehta S, Burry L, Cook D, Fergusson D, Steinberg M, Granton J, et al. Daily sedation interruption in mechanically ventilated critically ill patients cared for with a sedation protocol: a randomized controlled trial. *JAMA* 2012;308(19):1985–92.
- [58] Bergbom-Engberg I, Haljamae H. A retrospective study of patients' recall of respirator treatment (2): nursing care factors and feelings of security/insecurity. *Intensive Care Nurs* 1988;4(3):95–101.
- [59] Bell L. Family presence: visitation in the adult ICU. *American Association of Critical-Care Nurses practice alert*, 32; 2012. p. 76–8.
- [60] Johnson BH, Abraham MR, Shelton TL. Patient-and family-centered care: partnerships for quality and safety. *NC Med J* 2009;70(2):125–30.
- [61] Powers PH, Goldstein C, Plank G, Thomas K, Conkright L. The value of patient-and family-centered care. *Am J Nurs* 2000;100(5):84–8.
- [62] Rose L, Nonoyama M, Rezaie S, Fraser I. Psychological well-being, health related quality of life and memories of intensive care and a specialised weaning centre reported by survivors of prolonged mechanical ventilation. *Intensive Crit Care Nurs* 2014;30(3):145–51.
- [63] Tan T, Brett SJ, Stokes T. Guidelines: rehabilitation after critical illness: summary of NICE guidance. *BMJ* 2009;338(7697):767–9.
- [64] Deacon KS. Re-building life after ICU: a qualitative study of the patients' perspective. *Intensive Crit Care Nurs* 2012;28(2):114–22.
- [65] Jones C. Recovery post ICU. *Intensive Crit Care Nurs* 2014;30(5):239–45.
- [66] Glimelius Petersson C, Ringdal M, Apelqvist GI. Diaries and memories following an ICU stay: a 2-month follow-up study. *Nurs Crit Care* 2015 [Epub ahead of print].
- [67] Jones C. Post-traumatic stress disorder in ICU survivors. *J Intensive Care Soc* 2010;11:12–4.
- [68] Knowles RE, Tarrier N. Evaluation of the effect of prospective patient diaries on emotional well-being in intensive care

- unit survivors: a randomized controlled trial. *Crit Care Med* 2009;37(1):184–91.
- [69] Jones C, Bäckman C, Griffiths RD. Intensive care diaries and relatives' symptoms of post-traumatic stress disorder after critical illness: a pilot study. *Am J Crit Care* 2012;21(3): 172–6.
- [70] Twigg E, Humphris G, Jones C, Bramwell R, Griffiths RD. Use of a screening questionnaire for post-traumatic stress disorder (PTSD) on a sample of UK ICU patients. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008;52(2):202–8.
- [71] Jones C, Hall S, Jackson S. Benchmarking a nurse-led ICU counselling initiative. *Nurs Times* 2008;104(38):32–4.
- [72] Blasco V, Richter E, Albanèse J. Protocoles d'administration de la sédation. *Analgésie et sédation en réanimation*; 2010. p. 91–103.
- [73] Guttormson JL, Chlan L, Weinert C, Savik K. Factors influencing nurse sedation practices with mechanically ventilated patients: a U.S. national survey. *Intensive Crit Care Nurs* 2010;26(1):44–5.