

La mobilisation des patients : avantages et risques — Le lever au fauteuil précoce des patients intubés, ventilés et non sédatisés

Patient mobilisation: advantages and risks — Early transfer from bed to chair for ventilated and unsedated intubated patients

V. Bile · K. Blanchet · V. Corfa · M. Jougleux · J. Nunes · F. Leboucher · A. Thivellier · K. Levoivenel · F. Thiollière

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

Introduction

Nos patients de réanimation présentent communément des complications neuromusculaires significatives et prolongées qui atteignent leurs fonctions physiques et leur qualité de vie après la sortie de l'hôpital. L'alitement et la ventilation mécanique peuvent jouer un rôle important dans la pathogénèse de la faiblesse neuromusculaire. Une nouvelle approche de la prise en charge des patients ventilés comprend la réduction de la sédation en durée et en quantité, mais aussi l'augmentation de la kinésithérapie et de la mobilisation débutées précocement après l'admission en réanimation.

Notre service réalise le lever au fauteuil des patients intubés en pratique courante depuis plusieurs années. Il s'agit d'une technique simple et peu coûteuse. Cependant, cette technique reste relativement peu utilisée par les services de réanimation. En effet, à ce jour, aucune étude n'a apporté la preuve définitive de son impact sur le pronostic vital des patients. De plus, le lever précoce au fauteuil de patients encore intubés est perçu comme une technique complexe qui alourdit la charge de travail et comporte un risque élevé de complications pour les patients.

L'intérêt de cette technique, dans le cadre d'une unité de réanimation, provient de publications récentes qui décrivent l'innocuité d'une mobilisation précoce chez des patients ventilés plus de quatre jours dans une unité de réanimation respiratoire avec moins de 1 % d'effets indésirables graves [1], une diminution significative de la durée de séjour hospitalière [2] et une amélioration significative de l'autonomie fonctionnelle des patients à la sortie de l'hôpital [3].

Il est important que le lever précoce au fauteuil soit pratiqué dans le cadre d'une procédure écrite claire et complète, connue et appliquée par tous les soignants. Il est aussi important de connaître les éventuels effets secondaires et complications potentielles afin d'adopter les mesures préventives nécessaires. Enfin, le lever précoce au fauteuil doit être réalisé par des équipes entraînées.

Cadre légal

Le lever au fauteuil des patients intubés s'effectue sur prescription médicale après un examen clinique.

Les infirmières se réfèrent donc à leur décret de compétence de la profession d'infirmier diplômé d'État du 29 juillet 2004, article R.4311-5.

« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes [...] pour assurer le confort de la personne [...] : lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ».

Et à l'article R.4311-7 :

« L'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui [...] est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée par un médecin. [...] ».

Les aides-soignants exerçant leur rôle sous la responsabilité de l'infirmier se réfèrent au décret de compétence infirmier article R.4311-4 :

« Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement [...] hospitalier, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants ».

Préparation au lever au fauteuil

Le médecin décide, après l'examen clinique au regard de critères précis, s'il n'y a pas de contre-indications au lever

V. Bile · K. Blanchet · V. Corfa · M. Jougleux · J. Nunes · F. Leboucher · A. Thivellier · K. Levoivenel · F. Thiollière
Service de réanimation médicale,
centre hospitalier sud-francilien,
59, boulevard Henri-Dunant,
F-91100 Corbeil-Essonnes, France

Tableau 1 Critères de faisabilité ou d'instabilité du lever au fauteuil

<p>Certains critères précis empêchent le lever au fauteuil ou peuvent nécessiter l'arrêt de la séance</p> <p>Non réactif à la stimulation (réponse aux ordres simples) ou sédations en cours</p> <p>FiO₂ supérieure à 60 % et/ou PEP supérieure à 10</p> <p>FR supérieure à 40 amplitude thoracique par min et/ou saturation en oxygène inférieure à 80 %</p> <p>Présence de perfusion croissante de vasopresseurs</p> <p>PAM < 65 ou PAM > 110 ou TAS > 200</p> <p>Bradycardie inférieure à 40/min ou tachycardie supérieure à 130/min</p> <p>Hémorragie digestive active</p> <p>Syndrome coronarien aigu</p> <p>Nécessité d'une épuration extra-rénale continue</p> <p>Fatigue du patient et/ou inconfort au fauteuil exprimé par le patient</p> <p>Si présence d'une escarre sacrée, il faut préconiser des levers d'une durée de deux heures plusieurs fois dans la journée, plutôt qu'un lever de quatre heures consécutives [4]</p> <p>EVA > 8</p>

PEP : pression expiratoire positive ; FR : fréquence respiratoire ; TAS : tension artérielle systolique ; EVA : échelle visuelle analogique.

au fauteuil. De son côté, le kinésithérapeute évalue le tonus musculaire du patient. Dans notre service, nous nous sommes référés à la littérature pour dégager les critères de contre-indications au lever au fauteuil (Tableau 1). De façon systématique, avant la première mise au fauteuil (car on peut comprendre qu'il est nécessaire de faire un bord de lit avant chaque séance), le patient est mis au bord du lit sur une période de dix minutes afin de tester sa tolérance. L'apparition d'un des critères physiques et cliniques est une contre-indication à la mise au fauteuil.

La mise au fauteuil nécessite une certaine organisation et rigueur lors de la préparation, ce qui permettra de limiter les effets secondaires et les éventuelles complications. Tout d'abord, il faut préparer l'ensemble du matériel nécessaire au lever et à l'installation confortable du patient (Tableau 2).

En effet, afin d'éviter tout incident lié aux différentes sondes et cathéters, une vérification de leur bonne fixation ainsi que la longueur des différentes tubulures est impérative pour

éviter toute gêne ou incident lors du transfert. Par ailleurs, la vérification et la notification du repère de la sonde d'intubation ainsi que la pression du ballonnet sont indispensables.

Selon notre expérience, le nombre de soignants nécessaire au lever au fauteuil est de trois à quatre personnes, en fonction de la masse corporelle du patient.

Afin de favoriser un confort optimal du patient, un nursing est effectué au préalable, le patient est habillé d'une casaque, et les poches de recueil sont vidées. Il est important d'expliquer le déroulement du soin au patient.

Lever au fauteuil

Généralement, le lever au fauteuil se déroule sans complication lorsque la préparation initiale a été correctement suivie. Il n'existe aucune recommandation pratique lors de cette manœuvre. De ce fait, voici la procédure de lever au fauteuil telle qu'elle est pratiquée dans notre service.

Tout d'abord, il faut se positionner à un ou deux soignants côté fauteuil, qui se situe toujours du côté du respirateur, et deux personnes de l'autre côté du lit. Il faut prendre soin de laisser le malade scopé lors du transfert afin de maintenir une surveillance optimale. Une vérification de la mobilité des lignes de perfusion, des tuyaux du respirateur et des différentes sondes (intubation, gastrique et urinaire) s'impose.

Le patient est tourné à l'aide du drap, du côté opposé au respirateur afin de glisser le *roller-board* sous celui-ci, et ensuite le patient est remis à plat dos. Après avoir installé près du lit le fauteuil dans la position la plus horizontale possible, il suffit d'approcher le patient au bord du lit. Ensuite, deux soignants se positionnent côté fauteuil et une ou deux personnes du côté opposé de manière à déplacer le

Tableau 2 Matériel nécessaire au lever au fauteuil

<p>Matériel essentiel</p> <ul style="list-style-type: none"> Un fauteuil à hauteur variable permettant l'horizontalité Un <i>roller-board</i> Une chemise patient Une alèse (jambes patient) Chaussons ou surchaussures <p>Matériel facultatif</p> <ul style="list-style-type: none"> Protections Assise de confort Matériel préventif de positions vicieuses (bottes de maintien) Un drap si verticalisation
--

patient du lit au fauteuil. La personne placée à la tête du patient côté respirateur assure le suivi et la surveillance de la sonde d'intubation. Finalement, le transfert du patient est fait du lit au fauteuil à l'aide du *roller-board*. Ce dernier est retiré en tournant le patient du côté opposé au lit.

Le patient doit être installé confortablement : remonter l'assise et le dossier, mettre un oreiller s'il le désire et placer les pieds sur le repose-pied. Il est préconisé de positionner les fesses du patient vers l'arrière pour éviter un éventuel glissement. Ses mains sont placées sur les accoudoirs, lui permettant ainsi de changer seul ses appuis et de travailler la tonicité du haut du corps s'il le peut, autrement il incombe aux soignants de pallier à cette incapacité.

Pour sa sécurité, la technique du « parachute » est utilisée, le drap du dessous est passé entre ses jambes et noué derrière le fauteuil. En cas d'agitation et/ou de risque d'autoextubation, il faut lui attacher les poignets à l'aide d'attaches médicales sur prescription médicale, qui seront installées sur une partie fixe du fauteuil.

Il faut ensuite s'assurer que le matériel soit bien positionné : respirateur, sonde d'intubation, sondes gastrique et urinaire et perfusions.

Afin de respecter la pudeur du patient, il faut veiller à lui couvrir les jambes, lui mettre des chaussons et vérifier qu'il soit confortablement installé ; sans oublier de lui mettre la sonnette à disposition.

Une procédure standard simplifiée a été mise en place dans notre service pour récapituler l'intégralité du déroulement du lever au fauteuil (Tableau 3).

Surveillance

La surveillance paramédicale du patient est primordiale et influe directement sur le bon déroulement des séances. Elle s'effectue du début du lever jusqu'au coucher, toutes les 30 minutes.

La surveillance hémodynamique est essentielle. Avec le lever au fauteuil, l'apparition de troubles hémodynamiques peut être accentuée. Il faut penser à régler l'intervalle de la prise de la pression artérielle toutes les 15 minutes et révérier le seuil des alarmes. Si le patient est porteur d'un cathéter artériel, il faut refaire systématiquement le zéro, après avoir repositionné le support et la tête de pression à proximité du patient.

Il faut surveiller ses paramètres ventilatoires et être vigilant aux sécrétions bronchiques, l'aspiration trachéale n'est pas systématique et se fait en fonction des besoins du patient. Le matériel d'aspiration trachéale (tuyau d'aspiration suffisamment long...) est vérifié pour pouvoir être réactif au moindre souci ou besoin. Une surveillance de la sonde d'intubation est préconisée : son repère, sa fixation et la pression du ballonnet, et la présence ou non de sécrétions.

Le confort du patient au fauteuil est primordial, elle prédispose au bon déroulement de la séance. En plus de l'autoévaluation (par le patient lui-même) de la douleur, effectuée en début et fin de séance, à l'aide de l'échelle EVA (échelle visuelle analogique) ou de l'échelle visuelle numérique (EVN), il faut réaliser une hétéroévaluation (par l'équipe soignante), grâce à l'échelle BPS (Behavioral Pain Scale). Elles permettront d'évaluer l'intensité de la douleur et le confort du patient.

Les mesures de prévention d'escarres doivent être maintenues, si le patient n'est pas en mesure de se mobiliser seul, une mobilisation passive est nécessaire par deux soignants effectuant un soulèvement du corps du patient pour soulager les points d'appui. Elle est effectuée toutes les 30 minutes. Si cela est possible, il faut éduquer le patient à effectuer des soulèvements réguliers en prenant appui sur les accoudoirs et en mobilisant fréquemment ses membres. Il ne faut pas mettre systématiquement un coussin antiescarre, en cas de nécessité, on privilégie un coussin à mémoire de forme qu'il conviendra de repositionner régulièrement afin d'éviter les plis et les frottements.

Tableau 3 Procédure simplifiée à quatre personnes du lever au fauteuil

Positionner deux personnes côté fauteuil et respirateur et deux personnes côté opposé
Tourner le patient à l'aide du drap, glisser le <i>roller-board</i> et le remettre à plat dos
Glisser le patient au bord du lit avant d'installer le fauteuil
Vérifier les lignes de perfusions, les tuyaux du respirateur et les sondes
Assurer le maintien du tube par une personne placée à la tête
Transférer le patient en le faisant glisser sur le fauteuil
Retirer le <i>roller-board</i> , remonter l'assise et le dossier du fauteuil
Assurer la sécurité du patient par la technique du « parachute »
Utiliser, si nécessaire, les liens de sureté
Installer confortablement le patient
Prendre les constantes hémodynamiques et respiratoires

Il faut vérifier la perméabilité des abords vasculaires et positionner la sonde urinaire la plus en déclive possible. Suivant la tolérance clinique et paraclinique du patient, la durée de la séance de fauteuil peut varier d'une à plusieurs heures.

Coucher

Tout en respectant les règles de sécurité, le *roller-board* est placé sous le drap au fauteuil afin de translater le patient. Le fauteuil est remis en position horizontale. Deux soignants se positionnent côté fauteuil et une ou deux personnes du côté opposé de manière à déplacer le patient du fauteuil au lit. La personne placée à la tête du patient côté respirateur assure le suivi et la surveillance de la sonde d'intubation.

Finalement, le transfert du patient est fait du fauteuil au lit à l'aide du *roller-board*. Ce dernier est retiré en tournant le patient. Un nursing est alors réalisé. Le patient est réinstallé en position décubitus dorsal ou décubitus latéral (droit ou gauche) s'il n'y a aucune contre-indication médicale, afin de soulager les points d'appui.

Conclusion

La mobilisation précoce des patients de réanimation et notamment le lever précoce au fauteuil de patients encore intubés et ventilés n'est pas un geste spécifique de la rééducation, mais incombe à toute l'équipe soignante en charge du malade. Les équipes expérimentées qui le pratiquent au quotidien s'accordent à dire que c'est une technique facile à mettre en œuvre, mais qui requiert une organisation sans faille et une réflexion préalable formalisée par une procédure écrite, spécifique et complète.

L'intérêt de la mobilisation précoce dans le cadre d'une unité de réanimation provient de publications récentes qui décrivent les complications auxquelles font face les patients, particulièrement les malades les plus graves nécessitant une ventilation mécanique prolongée. Cette technique, en améliorant les capacités musculaire et respiratoire, peut être bénéfique chez les patients ventilés en termes de délai de sevrage de la ventilation mécanique et en termes de récupération physique.

Si la faisabilité de cette technique est certaine, de nombreux points restent à étudier et à démontrer, notamment le bénéfice sur la fonction respiratoire indispensable au sevrage de la ventilation mécanique, en améliorant la cinétique ventilatoire et en facilitant le travail diaphragmatique, mais aussi en luttant contre l'amyotrophie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Bailey P, Thomsen GE, Spuhler VJ, et al (2007) Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Crit Care Med* 35 (1):139–45
2. Morris PE, Goad A, Thompson C, et al (2008) Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Crit Care Med* 36(8):2238–43
3. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, et al (2009) Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet* 373 (9678):1874–82
4. Anaes (2001) Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé : conférence de consensus, décembre 2001. Anaes