

La mobilisation des patients : avantages et risques — Expérience de l'équipe du service de réanimation polyvalente du centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer

Patient mobilisation: advantages and risks — Experience of the general intensive care department of the Montreuil-sur-Mer local hospital centre

F. Hermetz · E. Gourdin · A. Lalouette · M. Maréchal · F. Bertrand · G. Codron · C. Jamin · N. Caloin · M. Daumal

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

Introduction

Parmi les thèmes présentés lors du congrès 2011 de la Société de réanimation de langue française (SRLF), celui concernant la mobilisation des patients en réanimation a particulièrement retenu toute notre attention. Après avoir participé à une étude sur le « premier lever des patients en réanimation », et fort de ces résultats, nous avons voulu profiter de ce thème pour pousser plus loin l'évaluation de nos pratiques en regard de ce soin.

La prise en charge médicalisée en réanimation, peut-elle faire éloigner les soignants de la perception de leur rôle propre et plus particulièrement par rapport au diagnostic infirmier prévalent intitulé « le syndrome d'immobilité ».

Notre questionnement principal était le suivant : mobilise-t-on assez les patients au sein de notre service de réanimation ?

Matériel et méthode

C'est une étude monocentrique, observationnelle, prospective réalisée sur une période de trois mois (juillet à septembre 2010). Notre critère de jugement principal était « mobilise-t-on suffisamment les patients en réanimation ? » Les critères de jugement secondaires concernaient la connaissance sur le syndrome d'immobilité, la prise en charge de la douleur lors de ces mobilisations et les éléments pouvant limiter la mobilisation (humain, environnemental et contextuel). Nous nous

interrogeons aussi sur le fait de savoir si l'équipe souhaitait aller vers une mobilisation plus précoce. Nous avons utilisé trois questionnaires différents, mais ayant des points communs pour évaluer notre questionnement. Le premier s'adressait aux familles dont un membre était hospitalisé dans notre service, le deuxième aux patients et le troisième à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Les questions étaient dirigées et ouvertes. Une analyse uni- et multivariée a été utilisée pour élaborer les résultats. L'étude a été présentée aux familles, à la personne de confiance quand elle était nommée, à la personne référente (désignée par la famille lors de l'entretien d'entrée) en leur expliquant les raisons et l'objectif, et ce, soit dans la salle d'attente, soit dans la chambre du patient. Nous attendions que la phase aiguë d'hospitalisation de leurs proches soit passée pour leur proposer le questionnaire. Nous n'avions retenu que les patients qui pouvaient s'exprimer, étaient orientés et coopérants. Quant à l'équipe, tout le personnel médical et paramédical s'est investi dans le questionnaire pour mener à bien cette étude.

Résultats

Nous avons réalisé une analyse qualitative et quantitative des trois questionnaires distribués. L'analyse quantitative a été mise en parallèle avec le taux d'occupation mensuel (74,5 %), la durée moyenne de séjour (7,7 jours) et le pourcentage de ventilés (48,5 %) pendant ces trois mois d'enquête. En ce qui concerne les soignants (34 observations), l'analyse préliminaire semblait indiquer que l'équipe estimait mobiliser suffisamment les patients (82 %). Pour 91 % des soignants, la douleur lors des mobilisations était prise en charge. Une méconnaissance du syndrome d'immobilité concernait 48 % du personnel. Par ailleurs, les différents freins possibles à la mobilisation du patient ont été évalués et représentaient essentiellement le surpoids du

F. Hermetz · E. Gourdin (✉) · A. Lalouette · M. Maréchal · F. Bertrand · G. Codron · C. Jamin · N. Caloin · M. Daumal
Service de réanimation polyvalente,
centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer,
BP 8, F-62180 Rang-du-Fliers,
France
e-mail : egourdin@ch-montreuil.fr

patient (64,7 %), la ventilation mécanique invasive n'était pas un obstacle à la mise au fauteuil pour 70 % des soignants, mais elle était fonction de la prise en charge médicale. Par ailleurs, 79 % des soignants semblaient ouverts à la verticalisation précoce des patients avec aide technique en présence du kinésithérapeute et sur prescription médicale. Pour les familles (15 observations), seulement un tiers d'entre elles connaissait la nécessité de mobiliser leurs proches, et paradoxalement deux tiers connaissaient les dangers et risques liés à l'alitement prolongé. Le ressenti des familles sur la mise au fauteuil et la prise en charge de la douleur de leurs proches ont été évalués : deux tiers d'entre elles étaient incapables d'estimer si leur proche était douloureux ou non. Pour les patients (13 observations), les résultats concernaient essentiellement leurs sentiments sur leur confort pendant et après les mobilisations associées à la prise en charge de la douleur. Cela représentait une évaluation pertinente de leurs efficacités. Quatre-vingt-douze pour cent estimaient être bien installés après les nursings et les appréciaient à 85 %. Les patients déclaraient préférer être repositionnés plus souvent entre deux nursings (54 %) malgré un sentiment de bonne installation dans le lit au cours de leur séjour pour 77 % d'entre eux. Pour seulement 46 % des patients, on pouvait noter une absence totale de douleur liée à la mobilisation. L'évaluation du ressenti des patients sur les moyens utilisés lors des mobilisations (leviers ou transferts) montraient que les patients (70 %) préféreraient une manutention humaine que matérielle, corroborant l'étude du premier lever réalisé par la Commission d'épidémiologie et de recherche clinique (CERC) de la SRLF en 2009. Il semblait par ailleurs que la

moitié des patients connaissaient les dangers et risques de l'alitement prolongé.

Conclusion

Même si le ressenti commun des soignants et des patients semble montrer une mobilisation suffisante, 50 % des patients déplorent glisser dans leurs lits et peinent à se repositionner seuls. Nous pouvons donc nous interroger sur le positionnement du patient et l'utilisation adéquate du matériel. Malgré un sentiment d'efficacité dans la prise en charge de la douleur au niveau du soignant, plus de la moitié des patients estiment avoir une mobilisation douloureuse à divers degrés (échelle visuelle analogique (EVA) moyenne : 5,14). Ne devrions-nous pas nous interroger sur notre protocole d'analgésie ? La moitié des familles et patients connaissent certaines complications et risques liés à l'alitement prolongé, alors que dans les mêmes proportions, le personnel soignant ne semble pas connaître toutes les caractéristiques du syndrome d'immobilité. Le frein majeur à la non-mobilisation des patients pour les soignants est le surpoids de ceux-ci, lié à un matériel inadapté. Néanmoins, le personnel est très favorable à une évolution de leur pratique professionnelle vers une mobilisation et une verticalisation précoce du patient.

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