

La mobilisation précoce du patient — Lever du patient en réanimation : pratiques et perspectives

Early patient mobilisation — Getting the patient out of bed in intensive therapy units: practice and prospects

E. Gourdin · N. Devos · K. Chergui · G. Plantefève · I. Camilatto · J.-L. Baudel · F. Jacobs · B. Lambermont · L. Liaudet · V. Das · C. Vinsonneau · L. Donetti · J.-P. Rigaud · Société de réanimation de langue française,^a

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

Introduction

Depuis 2007, des journées d'initiation à la recherche clinique en soins infirmiers de réanimation sont proposées par la Société de réanimation de langue française (SRLF) et animées par la Commission d'épidémiologie et de recherche clinique (CERC). Cette action originale et unique en France est déclinée sur le principe d'une « formation action » comprenant deux journées de formation théorique qui encadrent la réalisation d'une étude clinique effectuée dans les services respectifs des participant(e)s. Au cours de la première journée, des ateliers successifs permettent de se familiariser avec la méthodologie de recherche et les principes de réalisation d'une étude clinique. Puis, à partir d'un thème déterminé, il est élaboré le rationnel d'une étude clinique portant sur un soin infirmier en réanimation. Cette étude est ensuite intégralement réalisée par des infirmières de réanimation au cours des deux mois suivants. Une seconde journée permet d'en restituer les résultats et d'appréhender les principes de la communication scientifique. Si, en 2007, cette formation s'est limitée à une initiation théorique aux principes d'une étude de recherche clinique, il a été élaboré et réalisé en 2008 une étude clinique multicentrique dont les résultats ont été publiés récemment [1]. En 2009, la CERC a conduit

un nouveau projet de recherche infirmier sur le thème du Premier lever en réanimation. Peu d'études ont porté sur le lever des patients en réanimation ou évalué ses risques potentiels et il n'existe aucune recommandation à ce sujet bien qu'il soit communément admis que la mobilisation précoce fait partie de la prise en charge du patient en réanimation.

Matériels et méthodes

Les modalités de l'étude ont été définies à l'issue de la première journée de formation. Il s'agit d'une étude multicentrique, infirmière, de soin courant, sans intervention ni modification des pratiques en vigueur dans chacune des unités des participant(e)s. Durant deux mois, tous les patients hospitalisés en réanimation ou en unité de surveillance continue (USC), levés pour la première fois au bord du lit ou au fauteuil, ont été inclus dans l'étude. Les patients qui se levaient seuls n'étaient pas inclus. Seul le premier lever a été pris en compte. Le critère de jugement principal était la survenue d'événements indésirables (EI), et les critères de jugements secondaires étaient les conditions du lever et la satisfaction des patients et des soignants. L'âge, le sexe, la taille, le poids des patients, le score de gravité (IGS2), la durée de ventilation mécanique, la durée de séjour, l'état de conscience au moment du lever (score de Glasgow), le statut vivant ou décédé à j28, le délai du lever par rapport à l'admission, la durée de séjour au fauteuil, les paramètres cliniques et biologiques (hémoglobine), les différents dispositifs prothétiques et les accès vasculaires, les EI survenus lors des transferts lit-fauteuil et lors du séjour au fauteuil ont été relevés. Le nombre ainsi que la fonction des personnels soignants participant à ce premier lever ont été notés. La satisfaction des patients et des soignants pour ce soin a été évaluée à l'aide d'une échelle analogique visuelle (EVA).

E. Gourdin · N. Devos · K. Chergui · G. Plantefève · I. Camilatto · J.-L. Baudel · F. Jacobs · B. Lambermont · L. Liaudet · V. Das · C. Vinsonneau · L. Donetti · J.-P. Rigaud · Société de réanimation de langue française, Commission Epidémiologique et de Recherche Clinique de la SRLF, 48 avenue Claude Velfaux, 75010 Paris

^a A Berger, S. Henon Hilaire, A. Pernin, E. Boitrou, C. Garin, L. Leteurtrou, A. Brault, A. Vanduick, C. Levêque, I. Hauchard, I. Camilatto, E. Louro, L. Cossard, C. Noel, B. Moskala, S. Cousseau, C. Harang, C. Cotte, C. Sylvestre, M. Ogeas, T. Deveaux, A. Coutolleau, C. Paralaticci, N. Dumont, M. Lesny, L. Saidani, V. Soulie, E. Gaujard, E. Gourdin, I. Villard

Résultats

Trente infirmières (IDE) issues de 17 services de réanimation ont réalisé cette étude en mai et juin 2009. Malgré un soin particulier apporté au recueil des données par les participant(e)s, quelques données sont restées manquantes.

Au total, 297 patients ont été inclus, dont 261 patients en unité de réanimation (87,5 %) et 36 patients en USC (12,5 %). La plupart des admissions étaient d'origine médicale (80 %), 9 % étaient des admissions chirurgicales réglées et 11 % étaient des admissions chirurgicales urgentes.

L'âge moyen était de 61 ± 17 ans. Le sex-ratio était à 1,56. Le poids moyen était de 74 ± 19 kg avec un index de masse corporelle à $26,6 \pm 6$. L'IGS2 était à $42,6 \pm 8,7$ et la mortalité à j28 était de 8,4 %. La durée de séjour en réanimation était de $11,9 \pm 13,6$ jours, et la durée de ventilation mécanique était de $7,1 \pm 12,4$ jours. La durée d'hospitalisation était de 25 ± 21 jours. Sur la période de l'étude, 108 patients (36 %) n'ont pas été ventilés.

Le délai du premier lever par rapport à la date d'admission était de $8 \pm 9,7$ jours. Le lever a eu lieu essentiellement le matin (66 %). Soixante-dix-neuf pour cent des patients étaient levés au fauteuil, 18 % étaient levés au bord du lit seulement et 6 % ont déambulé lors de ce premier lever. La durée de séjour au fauteuil était de 141 ± 116 minutes.

Au moment de ce premier lever, 233 patients (79 %) n'étaient pas intubés, 43 patients l'étaient (14,5 %), et 17 étaient trachéotomisés (5,7 %). La majeure partie des patients n'étaient pas ventilés (243 patients soit 83 %), 278 patients (95 %) étaient conscients, mais il a été rapporté 13 patients somnolents (4,4 %) et deux patients « comateux » (0,6 %).

La plupart des patients (68 %) avaient une voie veineuse périphérique, 23 % avaient un ou deux cathéters veineux centraux et 20 % un cathéter artériel. Les patients étaient levés avec une contention veineuse des membres inférieurs pour 27 % d'entre eux. Parmi les traitements dispensés, certains patients avaient des catécholamines en perfusion continue (2 %), une sédation (1,6 %), un traitement anti-hypertenseur (6 %) ou diurétique (17 %).

Au niveau biologique, le taux d'hémoglobine plasmatique précédant le lever était à 11 ± 2 g/dl.

Lors de ce premier lever, parmi 187 patients mobilisés de façon active par le personnel soignant, 59 (31,5 %) l'ont été avec un lève-malade, et 115 sont portés par le personnel et/ou l'aide de draps (61,5 %). Le nombre de soignants concernés par ce premier lever était de 2,39 en moyenne dont 90 % d'IDE, 77 % d'aides-soignant(e)s, 19 % de kinésithérapeutes et 2 % de médecins.

Onze pour cent des patients ont eu une contention ou ont été attachés pendant le séjour au fauteuil.

Les EI survenus lors de ce premier lever étaient au nombre de 157 et concernaient 84 patients (28,3 %). Parmi ceux-ci, il a été rapporté des douleurs (21 %), un inconfort (19 %), une agitation (14 %) et des sueurs (5 %). Parmi les 34 % d'EI respiratoires, il a été relevé une polypnée (19 %), une chute de la SaO₂ à moins de 90 % (14 %), et une désadaptation du respirateur (2 %). Les EI d'origine cardiocirculatoire (19 %) ont été moins fréquents. Il s'agissait essentiellement d'épisodes transitoires à type d'hyper- ou d'hypotension (16 %) ou de tachy-/bradycardie (3 %). Des événements potentiellement graves ont été signalés. Il s'agissait de quatre chutes sans conséquence (2,5 %), de deux autoextubations non suivies de réintubations et de six ablations de matériel (4 %). Les EI ont essentiellement eu lieu au fauteuil (54 soit 34 %), alors que 18 EI sont survenus lors du transfert du patient de son lit au fauteuil (11 %) et huit EI, lors du transfert du fauteuil vers le lit (5 %).

Quarante et un pour cent de ces EI ont été à l'origine de mesures correctives concernant 35 patients dont 24 ont été recouchés en raison de la survenue de l'événement.

La satisfaction des patients, évaluée avec l'EVA, était à 4,75/6 et celle des soignant(e)s à 5,3/6.

Discussion

Ce travail est un véritable observatoire des pratiques et des conditions du premier lever des patients dans les services de réanimation en France. Le lever a lieu essentiellement le matin, ce qui reflète probablement des habitudes de service (« on lève les patients après leur toilette »). Il apparaît également que, pour un premier lever, les patients séjournent au fauteuil pendant une durée relativement longue (141 minutes) et qu'il y a peu d'EI. Très peu de patients ont un traitement par catécholamines ou une sédation, et le taux d'hémoglobine est satisfaisant. Ce premier lever est en majorité un lever actif, et peu de services, bien que ce matériel soit à leur disposition, utilisent le lève-malade, « les bras et les draps » étant alors préférés. La contention veineuse des membres inférieurs ne concerne qu'un patient sur quatre.

Si la majorité des patients n'ont pas de prothèse trachéale au moment du premier lever, il faut relever que des patients intubés ou trachéotomisés sont mobilisés. Et la plupart des patients ont un ou plusieurs accès vasculaires périphériques ou centraux et une ou plusieurs sondes et/ou drains.

Peu d'EI ont eu une conséquence notable ou ont justifié une mesure corrective. Il est intéressant de noter que, contrairement à ce que nous aurions pu penser, les EI se sont produits essentiellement au fauteuil et non lors des transferts.

À ce jour, les études portant sur la mobilisation des patients en réanimation sont essentiellement orientées vers la mobilisation précoce et son bénéfice en termes de

diminution de durées de ventilation, de séjour en réanimation et d'hospitalisation [2–5].

Cette étude menée exclusivement par des infirmières est un travail original qui a permis, en un temps court, d'inclure un nombre important de patients. Cette étude observationnelle sur le lever des patients en réanimation est l'une des premières de cette ampleur dans la littérature. Il faut noter cependant que le recueil de données a été réalisé par des infirmières ayant une expérience inégale en ce qui concerne la recherche clinique. Le nombre de patients inclus et de données manquantes ne nous permettent pas de préciser l'existence de facteurs de risque d'EI ou de proposer des indications du lever. Il ne peut qu'être constaté que les patients levés pour la première fois sont des patients conscients, non ventilés et sans soutien hémodynamique. Ils supportent une première durée de séjour au fauteuil relativement prolongée. Nous constatons aussi que la satisfaction des patients à être levés est importante et qu'elle l'est également pour les personnels soignants. Il est également important de noter que ce sont les infirmier(e)s et les aides-soignant(e)s qui lèvent les patients et que la présence du kinésithérapeute est ténue. Et enfin que la technique « bras & draps » a la vie dure... !

Ce travail a permis d'initier des IDE à la conduite d'une étude clinique, ce qui était son premier objectif. Au-delà de ses résultats remarquables en termes d'évaluation d'une pratique professionnelle, elle pourrait constituer un préalable à une réflexion portant sur le lever en réanimation. En effet, si nous ne sommes guère étonnés de voir les patients supporter relativement bien ce premier lever, ce que nous constatons d'ailleurs au quotidien, il serait intéressant de savoir si, dans nos services, des patients qui pourraient être levés, ne le sont pas, et ce, par manque de temps, de fauteuils, de personnels, de convictions, ou peut être parfois, en raison même du refus du patient ? La réalisation d'une étude prospective randomisée pourrait permettre de répondre à cette question.

Centres participants

Berger Adeline (Versailles), Henon-Hilaire Sophie et Pernin Aurélien (Dôle), Boitou Emmanuelle, Garin Christelle et Leteurtois Laurène (Argenteuil), Brault Amélie et Vanducik Aurélie (Angers), Levêque Camille et Hauchard Inès (Rouen), Camilatto Isabelle (Mulhouse), Louro Emmanuelle (Boulogne), Cossard Laura et Noel Catherine (Dieppe), Moskala Bozena, Cousseau Sandra et Harang Cyrille (Paris, Tenon), Cotte Céline et Sylvestre Chantal (Lyon), Ogeas Myriam et Deveaux Thérèse (Dijon), Coutolleau Anne (La Roche-sur-Yon), Paralaticci Charlotte (Paris, Saint-Joseph), Dumont Nathalie et Lesny Martine (Nancy), Saidani Lydia (Paris, Bichat), Soulie Virginie (Paris, Saint-Antoine), Gaujard Emmanuelle (Nancy), Gourdin Emmanuelle (Montreuil sur mer), Villard Isabelle (Beaujon).

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

Références

1. Quenot JP, Plantefève G, Baudel JL, et al (2010) Bedside adherence to clinical practice guidelines for enteral nutrition in critically ill patients receiving mechanical ventilation: a prospective, multi-centre, observational study. *Crit Care* 14(2):R37
2. Thomsen GE, Snow GL, Rodriguez L, Hopkins RO (2008) Patients with respiratory failure increase ambulation after transfer to an intensive care unit where early activity is a priority. *Crit Care Med* 36(4):1119–24
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. Burtin C, Clerckx B, Robbeets C, et al (2009) Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery. *Crit Care Med* 37(9):2499–505
5. Needham DM (2008) Mobilizing patients in the intensive care unit: improving neuromuscular weakness and physical function. *JAMA* 300(14):1685–90