AVANTAGES DE LA VERTICALISATION PRÉCOCE

Bonnes pratiques de verticalisation avec Total Lift Bed

Compilation des meilleures pratiques recueillies auprès des utilisateurs du Total Lift Bed™

arjo
with people in mind

Total Lift Bed : la mobilité par simple pression d'un bouton

En ne faisant appel qu'à un ou à deux membre(s) du personnel soignant, le Total Lift Bed™ peut progressivement amener les patients à se mettre debout et à supporter leur poids afin de faciliter leur rétablissement le plus tôt possible dans la phase aiguë d'une maladie grave. Sans quitter le lit, les patients nécessitant une transition graduelle de l'alitement au port du poids de leur propre corps peuvent progressivement passer en position debout. Lorsque le lit s'incline, la modification du port de poids réalisé par le patient s'affiche sur le pied de lit Foot Lifter. Ce retour visuel permet au personnel soignant de surveiller plus facilement les progrès et de poser les jalons des objectifs de réadaptation et de mobilité.

Importance de la mobilisation précoce

- La mobilisation précoce est sûre et réalisable[1,2]
- Une intervention précoce est importante (dans les premières 48-72 heures après l'admission) et dès que l'événement qui met en jeu le pronostic vital a été stabilisé[3,4]
- La verticalisation du Total Lift Bed est sûre et réalisable chez les patients en USI sous assistance respiratoire[3]
- Une verticalisation limitée et fréquente peut s'avérer plus bénéfique qu'une « rééducation plus longue en séances structurées »[6,7]
- Maintenir une régulation normale de l'homéostasie avec des changements de position fréquents[7]
- La verticalisation peut améliorer le niveau de conscience[8]
- Atteindre une mobilité fonctionnelle peut réduire la durée de séjour[9]
- Les systèmes de transferts et les aides à la mobilité des patients permettent de réduire les accidents du personnel[10]

Verticalisation précoce : sûre, précoce, fréquente

Ambition de la mobilité

L'objectif ultime est de rétablir le plus haut niveau de capacité fonctionnelle ainsi que la possibilité d'effectuer des transferts autonomes, afin que le plus grand nombre de patients possible puisse retrouver une qualité de vie optimale. En plus de la mobilité au niveau du lit et de la position assise fréquente, l'orientation vers une position verticale et le port du poids doivent être introduits dès que le patient est en mesure de le tolérer médicalement.

Au niveau respiratoire

Choisir vos patients : pneumonie et troubles respiratoires

Nous savons que l'immobilité augmente le risque de développer ou d'aggraver une pneumonie.

Volume courant

Il s'agit du volume d'air échangé pendant une respiration normale. Il se situe généralement autour de 500 ml. Chez une personne en position allongée, le poids du corps limite la liberté de mouvement de la cage thoracique, ce qui réduit le volume courant et augmente le travail respiratoire.

Volume résiduel

Il s'agit de l'air restant dans les poumons après une respiration forcée complète et qui s'élève généralement à environ 1,5 l. Le volume résiduel des poumons chute chez les patients alités en raison du déplacement des organes abdominaux internes vers le thorax, de l'augmentation de la pression exercée par le cœur sur les tissus pulmonaires et d'une migration centrale des fluides accrue, ce qui augmente potentiellement le risque de pneumothorax.

CVF et VEMS

La capacité vitale forcée (CVF) est la quantité d'air qui peut être expulsée des poumons après une inspiration maximale. Le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) correspond au volume de gaz expiré pendant la première seconde d'une manœuvre forcée de capacité vitale. Il s'agit de l'indice le plus sensible de la fonction pulmonaire.

Une étude comparative d'analyse de la variance multiple basée sur des mesures répétées[11,12] a permis de démontrer que les valeurs CVF et VEMS en position verticale étaient nettement supérieures qu'en positions allongée, assise et latérale droite et gauche.

L'objectif est de commencer par des mobilisations limitées et fréquentes. Au moins 4 à 5 fois par jour, pour des inclinaisons d'au moins 5 à 15 minutes. Le nombre de mobilisations par jour est plus important que la durée de verticalisation.

ATRIUM

Jour 1

Étape 1
Vérifiez avec l'équipe médicale que le patient répond aux critères pour commencer la verticalisation (évaluation de la verticalisation).

Étape 2
Sécurisez le patient à l'aide des sangles placées sur ses genoux, ses cuisses et sa poitrine.

Étape 3
Assurez-vous que les cathéters et drains sont sécurisés et libres de se déplacer lors de la verticalisation du lit.

Étape 4
Commencez progressivement la verticalisation jusqu'à 20°. Vérifiez les moniteurs et les signes vitaux et surveillez le patient pour vous assurer qu'il tolère le changement de position. Si des signes vitaux se situent en dehors des valeurs indiquées comme sûres lors de l'évaluation de la verticalisation, replacez le patient selon un angle dans lequel les valeurs atteignent de nouveau des limites sûres et où le patient tolère la position. En cas de doute, consultez le médecin du patient.

Étape 5
Si le patient tolère une verticalisation de 20° pendant 5 minutes, continuez progressivement jusqu'à 25°, évaluez à nouveau pour vous assurer que le patient tolère la position et, si tous les signes vitaux sont bons, inclinez-le à 30°. Restez dans cette position pendant 15 minutes maximum en vérifiant les signes vitaux et la tolérance du patient.

Étape 6
Après 15 minutes, ramenez le patient en position horizontale avec la tête de lit levée ou en position fauteuil.

Étape 7
Répétez la procédure 4 à 5 fois, tant que le patient tolère la position et que les constantes restent dans une plage de sécurité.

Signes vitaux sûrs à vérifier :[1,2]

Le patient doit être capable de répondre aux stimuli verbaux 3 à 4 fois en pressant votre main ou par une autre forme de communication afin de vous indiquer qu'il est conscient et qu'il ressent ce qu'il se passe.

- SPO2 ≥90 %
- Pression artérielle systolique >90 et <200 mmHg sans assistance ou avec une assistance de bas niveau. La tension artérielle moyenne est supérieure à la limite inférieure de la plage cible sans assistance ou avec une assistance de bas niveau
- Rythme cardiaque <120 bpm au repos
- Fréquence respiratoire ≤30 cpm au repos
- Niveau de douleur acceptable
- Pas de fatigue ou d'anxiété excessive

Jour 2 et jours suivants

Répétez les étapes 1 à 4 réalisées le jour 1

Étape 5
Verticalisez progressivement jusqu'à 30°. Si le patient tolère 30° sans problème, augmentez l'angle de verticalisation à 35°, puis à 40°. Observez le patient et les moniteurs pour vous assurer de la tolérance et des signes vitaux. Évaluez à 40° pendant 2 à 3 minutes.

Étape 6
Continuez à augmenter de 5° à la fois, ou plus lentement si le patient doit aller plus lentement, en progressant à chaque fois jusqu'à ce que le patient soit complètement vertical à 82°. Vérifiez en permanence que les signes vitaux se situent dans des limites sûres et surveillez le patient pour vous assurer qu'il ne subit pas de douleurs excessives ou un inconfort excessif et qu'il est toujours positionné confortablement.

Étape 7
Répétez 4 à 5 fois par jour, à chaque fois pendant 15 minutes maximum, à l'angle maximal toléré par le patient.

Gardez à l'esprit la chose suivante : bien que l'objectif soit de se tenir debout et de marcher et que les angles supérieurs à 60° présentent des avantages accrus pour l'état neurologique, la fonction respiratoire et la fonction intestinale et vésicale, il est plus important de se tenir debout fréquemment tout au long de la journée que de parvenir à un angle plus élevé une fois par jour. Cherchez à augmenter la tolérance du patient à une position de plus en plus verticale en augmentant la durée, mais en maintenant la fréquence à au moins 4 à 5 fois au cours de la journée.

- Le personnel infirmier peut intégrer plusieurs verticalisations pendant les soins quotidiens apportés aux patients
- Le kinésithérapeute peut effectuer une verticalisation par jour pendant la rééducation
- L'ergothérapeute peut effectuer une verticalisation par jour pendant les séances

L'exemple ci-dessous peut être utilisé pour documenter la tolérance du patient à une verticalisation vers la position debout.[1,2]

L'objectif est d'atteindre la position debout (82°) ou de verticaliser le patient jusqu'à son niveau de tolérance tant que ses signes vitaux se situent dans les limites de sécurité.

Verticalisation 20° : évaluez pendant 2 à 3 minutes puis progressez par incréments de 5°.

- ☐ 82° atteints avec des signes vitaux stables et une bonne tolérance
- ☐ Angle de traitement (si différent de l'angle maximal) : _____ pendant _____ minutes
- ☐ Arrêté à _____ degrés car : (cochez toutes les cases qui conviennent)
  - ○ Chute de la SPO_2 en dessous de 90 %
  - ○ Tension artérielle systolique <90 ou >200 mmHg
  - ○ Pression artérielle moyenne <65 ou >110 mmHg TAM (tension artérielle moyenne) inférieure à la limite inférieure de la plage cible
  - ○ Rythme cardiaque >120 bpm
  - ○ Fréquence respiratoire >30 cpm
  - ○ Niveau de douleur inacceptable
  - ○ Fatigue ou anxiété excessive
  - ○ Autre :

Précautions à prendre :

Utilisation de la position fauteuil

Entre les périodes de verticalisation et de repos, le patient doit utiliser la position fauteuil pour s'asseoir et supporter son poids sur ses pieds à l'aide du pied de lit.

Dans quels cas installer le patient en dehors du *Total Lift Bed* :

1. Lorsque le patient est capable de s'asseoir sur le bord du lit et de se tenir debout avec une assistance minimale, il doit progresser vers l'utilisation d'un lit classique et continuer à améliorer sa mobilité avec le personnel soignant.
2. Lorsque le patient est capable de marcher sur place et de déplacer son poids d'un côté à l'autre à 60° de verticalisation, réévaluez la position debout au bord du lit avec le personnel soignant, sauf si l'équipe médicale identifie encore des raisons laissant supposer qu'il est dangereux pour le patient de se tenir debout sans soutien.
3. L'installation dans un autre lit que le *Total Lift Bed* doit avoir lieu lorsque le patient peut se déplacer fréquemment tout au long de la journée en toute sécurité sans le lit. Évaluez s'il sera à même de se lever et de se tenir debout au moins 3 fois par jour et de s'asseoir au moins 3 fois par jour s'il se trouve dans un lit classique.

Exemple de tableau de suivi de verticalisation

NOM DU PATIENT : _____ **CHAMBRE :** _____ **DATE :** _____

% DE PORT DU POIDS, PRÉCAUTIONS ÉVENTUELLES : _____ **PRÉCAUTIONS :** _____

VERTICALISATION	ANGLE ATTEINT	PORT DU POIDS	DURÉE DE VERTICALISATION	NOTES POUR LE KINÉ	NOTES POUR LE MÉDECIN
1					
2					
3					
4					

Idées pour intégrer la verticalisation dans les soins infirmiers

L'intégration de la verticalisation dans les soins infirmiers est essentielle pour vous permettre de réaliser ce geste autant de fois que possible chaque jour. Le personnel infirmier peut verticaliser le patient en même temps que la prise des médicaments.

- Lorsque les proches rendent visite au patient, verticalisez-le pour qu'il puisse les accueillir et interagir avec eux tout en restant en position verticale.
- Lorsque le médecin, lors de sa tournée, vient évaluer l'état du patient, verticalisez ce dernier pour qu'il puisse être plus alerte et interagir avec lui au niveau du regard.
- Lorsque vous faites des pansements, ce qui facilite souvent la tâche en raison de la hauteur et de l'angle.
- Lorsque vous effectuez des activités quotidiennes avec le patient.

Autres populations de patients susceptibles de bénéficier d'une verticalisation

1. Les patients sous sédatifs. Généralement, ces patients ne sont pas mobilisés, mais la verticalisation est sûre et réalisable (Qutab and Morris 2015) et peut améliorer le niveau de conscience (Toccolini, 2015).
2. Si le patient porte un cathéter fémoral et qu'il n'est pas mobilisé en raison de problèmes de flexion de la hanche et de déplacement du cathéter, la verticalisation peut permettre d'atteindre une tolérance progressive à l'orientation verticale sans flexion au niveau de la hanche.
3. Si le patient n'a pas une force abdominale suffisante/s'il a subi plusieurs interventions chirurgicales et qu'il ne peut pas utiliser ses muscles abdominaux, il est soutenu par l'arrière par le *Total Lift Bed* plutôt que de pousser sur ses bras (ou d'être soulevé par les bras).
4. Les patients dont la colonne vertébrale nécessite des précautions particulières et pour lesquels les mouvements de flexion et de torsion pour se lever de la manière traditionnelle sont considérés comme dangereux par l'équipe médicale. Le *Total Lift Bed* les aide à se lever sans se pencher au niveau de la taille ou fléchir/potentiellement tordre la colonne vertébrale.
5. Si le patient ne tolère pas les changements rapides de position, il peut être verticalisé progressivement de quelques degrés à la fois.

Pour voir une démonstration du Total Lift Bed, consultez la chaîne YouTube d'Arjo.

www.youtube.com/playlist?list=PLHsfhjMWAXwoa0xANdt1l4YHvvIOkf66Y

Références

1. Bailey P, Thomsen GE, Spuhler VJ, Blair R, Jewkes J, Bezdjian L, Veale K, Rodriquez L, Hopkins RO. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Crit Care Med.* 2007;35:139–145.
2. Hodgson CL, Stiller K, Needham DM et al. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Crit Care.* 2014; 18(6):658.
3. Qutab et al. Poster to American Thoracic Society, 2015.
4. Hashem MD, Parker AM, and Needam DM. Early Mobilization and Rehabilitation of Patients Who Are Critically Ill. *Chest.* Sept 2016; 150(3):722-31. doi: 10.1016/*J.Chest.*2016.03.003. *Epub.* 2016 Mar 18.
5. Cameron S et al. Early mobilization in the critical care unit: A review of adult and pediatric literature. *J Crit Care.* 2015;30:664-672.
6. Bernhardt J, Churilov L, Ellery F et al. Pre-specified dose-response analysis for A Very Early Rehabilitation Trial (AVERT). *Neurology.* 2016;86:2138-2145. Publication en ligne avant impression - 17 février 2016. DOI 10.1212/WNL.0000000000002459.
7. Vernikos J. Space and Aging, In. L Young & R Sutton Eds Encyclopedia of Bioastronautics. Springer. References RE. 2018.
8. Toccolini BF, Osaku EF, Lima de Macedo Costa CR, Teixeira SN, Costa NL, Candia MF, Leite MA, Eduardo de Albuquerque, Joroge AC, and Duarte PAD. Passive Orthostatism (Tilt Table) in Critical patients: Clinicophysiologic evaluation. *Journal of Critical Care* 2015, http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.12.018.
9. Hoyer EH, Friedman M, Lavezza A et al. Promoting mobility and reducing length of stay in hospitalized general medicine patients: a quality-improvement project. *J Hosp Med.* 2016;11(5):341-347. doi: 10.1002/jhm.2546.
10. Cope-Powell et al. Effects of a National Safe Patient Handling Program on Nursing Injury Incidence Rates. *JONA*. 2014; 44(10):525-534.
11. Ganapathi L. and Vinoth S. The estimation of pulmonary functions in various body postures in normal subjects. *International Journal of Advances in Medicine.* 2017; 2(3):250-254. doi:http://dx.doi.org/10.18203/2349-3933.ijam20150554.
12. Katz S, Arisz N, Rokach A et al. The effect of body position on pulmonary function: a systematic review. *BMC Pulm Med. 2018:* 18:159. https://doi.org/10.1186/s12890-018-0723-4.

Septembre 2020 Seules les pièces Arjo, spécialement conçues, doivent être utilisées sur les équipements et accessoires Arjo. Notre objectif est de poursuivre le développement de nos produits. Nous nous réservons le droit de les modifier sans préavis. ® et ™ sont des marques déposées du groupe de sociétés Arjo.
© Arjo, 2020

Chez Arjo, nous pensons qu'il est essentiel de favoriser le mouvement au sein des environnements de soins afin d'obtenir des soins de qualité. Nos produits et solutions sont conçus pour promouvoir une expérience sûre et digne grâce à un transfert ergonomique des patients, aux lits médicalisés, à l'hygiène personnelle, à la désinfection, au diagnostic et à la prévention des escarres et de la thrombo-embolie veineuse. Avec plus de 6 500 collaborateurs dans le monde et 65 ans d'expérience concernant la prise en charge des patients et le soutien des professionnels de soins, nous nous engageons à améliorer la santé des personnes confrontées à des problèmes de mobilité.

Arjo AB · Hans Michelsensgatan 10 · 211 20 Malmö · Sweden · +46 10 335 4500
Arjo France SAS · 2, Avenue Alcide de Gasperi · CS 70133 · 59436 Roncq Cedex · France · +33 03 20 28 13 13
Arjo Switzerland AG · Fabrikstrasse 8 · 4614 Hägendorf · Suisse · +41 (0) 61 337 97 77
Arjo Belgium sa · Evenbroekveld 16 · 9420 Erpe-Mere · Belgique · +32 (0) 53 60 73 80

www.arjo.com

Arjo.A00349.1.0.FR.FR