

Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques

Prise en charge de la mobilisation précoce en réanimation

Audit clinique

Contexte

Depuis longtemps, la littérature rapporte chez les patients séjournant en réanimation, la survenue d'atteintes neuromusculaires touchant les membres et les muscles respiratoires. Les conséquences parfois sévères de ces atteintes sont maintenant bien décrites : difficultés de sevrage de la ventilation mécanique, augmentation de la durée du séjour en réanimation et à l'hôpital, dégradation de la qualité de vie à moyen et à long termes. Les mécanismes pathogéniques invoqués sont soit une neuropathie sensitivo-motrice, soit une atteinte des muscles squelettiques, soit une association des deux phénomènes. Des travaux anciens réalisés en médecine spatiale et sur volontaires sains ont démontré le rôle de l'alitement et l'immobilisation. En réanimation, de nombreux facteurs aggravant ont été identifiés tels que le syndrome de réponse inflammatoire systémique, le sepsis, l'insuffisance circulatoire, l'hyperglycémie et la défaillance multi-viscérale. Le rôle des traitements (stéroïde et curares notamment) a aussi été suggéré. Les études cliniques les plus récentes ont démontré la faisabilité et les effets bénéfiques d'une mobilisation précoce des patients séjournant en réanimation. La mobilisation précoce en réanimation a fait récemment l'objet d'un travail de recommandations organisé par la SRLF. A partir de ce référentiel, un outil d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été élaboré sous la forme d'un audit clinique.

Promoteurs

- Société de Réanimation de langue Française (SRLF)
- Organisme de DPC de Réanimation (DPC Réa)

Groupe de travail

Virginie Lemiale, Sonia Kouki et Karim Chaoui

Groupe de lecture

Commission des Référentiels et d'Evaluation de la SRLF : Jérôme Boué, Thierry Boulain, Olivier Brissaud, Karim Chaoui, Laure de Saint-Blanquat, Laurence Donneti, Sonia Kouki, Khaldoun Kuteifan, Virginie Lemiale, Cyrille Mathien, David Osman, Jean-Christophe Richard, David Schnell, Ly Vong

Référence

- Prise en charge de la mobilisation précoce en réanimation, chez l'adulte et l'enfant (électrostimulation incluse), Réanimation 2013

Cibles Professionnelles

- Médecins réanimateurs
- Médecins anesthésistes réanimateurs

Patients concernés

Tous les patients hospitalisés en réanimation adulte ou pédiatrique. Il doit être réalisé chez tous les patients pendant 5 jours consécutifs.

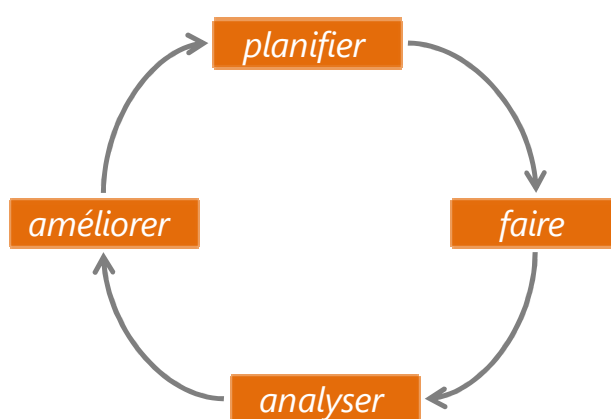
Utilisation des critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques

Un programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste en l'**analyse des pratiques professionnelles en référence à des recommandations** et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (<http://www.has-sante.fr>).

Le programme comporte ensuite, obligatoirement, la **mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques**. Les critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques reposent sur des objectifs de qualité à atteindre. Ces critères ont vocation à être intégrés dans des démarches variées d'amélioration de la qualité.

D'une manière générale, les démarches d'amélioration de la qualité s'inscrivent dans le modèle proposé par *W.E. Deming*. Ce modèle comprend quatre étapes distinctes se succédant indéfiniment : **planifier, faire, analyser, améliorer**.

1. **Planifier** : étape de définition de la démarche d'amélioration de la qualité, d'évaluation traduite par le référentiel, d'identification des professionnels et des structures impliquées et enfin de programmation des étapes et des critères choisis.
2. **Faire** : étape de mesure de la pratique au regard du référentiel, au cours de laquelle les données sont recueillies.
3. **Analyser** : le praticien analyse sa pratique en référence aux critères sélectionnés (identification des points forts et analyse des écarts par rapport au référentiel) et selon la démarche d'amélioration de la qualité adoptée.
4. **Améliorer** : Les professionnels mettent en œuvre des actions correctrices en vue d'améliorer leur organisation et leurs pratiques. Ils en évaluent périodiquement l'impact.



1. Premier objectif : structure

Stratégie globale de mobilisation (critères structurels)

- a. Au moins un kinésithérapeute est disponible pour la réanimation.
Répondre oui si un kinésithérapeute est attaché à la réanimation et appelé si nécessaire.

- b. Il existe un protocole écrit dédié à la mobilisation précoce qui comprend au minimum :
Les techniques de mobilisation réalisables dans le service, les contres indications temporaires, la place des intervenants pour chacune des techniques et l'organisation des soins à adapter pour favoriser la mobilisation. (exemple de protocole en annexe)
Répondre oui si un protocole écrit existe et comprend ces items

- c. La mobilisation des patients ventilés est réalisée.
Répondre oui si dans les 3 jours précédents au moins un patient ventilé a été mobilisé quelle que soit la méthode utilisée (en dehors des mobilisations de nursing)

Il n'est pas obligatoire d'avoir répondu oui à toutes les questions de l'objectif 1 pour passer à l'objectif 2

2. Second objectif : audit clinique

Audit clinique à réaliser pendant 5 jours, tous les jours en fin de journée. Un tableau correspond à un patient et à un jour. Tous les patients sont inclus.

Critères de jugements :

- Pourcentage de patients intubés plus de 24 h et mobilisés
- Pourcentage de patients éveillés ayant une mobilisation active (fauteuil ou debout)
- Nombre d'événements indésirables survenus pendant la mobilisation

Patient N°			
Délai depuis l'intubation (jours)			
	Oui	Non	NA
Le patient présente des contre-indications à la mobilisation telle que décrites dans le protocole du service.			
Le patient est éveillé (RASS>1)			
Le patient est mobilisé au lit			
Le patient est mobilisé au fauteuil			
Le patient est mobilisé debout			
Le patient est mobilisé par une autre technique (table de verticalisation, cycloergomètre.....)			
La stratégie de mobilisation est adaptée à l'état d'éveil du patient Répondre oui si un patient inconscient (RASS <1) est mobilisé au lit ou si un patient conscient (RASS >1) sans contre-indication est mobilisé au fauteuil ou debout. (Quelle que soit la technique utilisée)			
Le kinésithérapeute est disponible			
Les cathéters et sondes ont été assurés avant la mobilisation			
Si le patient est mobilisé debout <ul style="list-style-type: none"> - Un fauteuil est en permanence présent - Le patient reste scopé - Un respirateur de transport et une bouteille d'oxygène sont présents 			
La douleur a été évaluée et traitée en début, au cours et en fin de séance de mobilisation			
La tolérance (TA, saturation, clinique) de la séance a été évaluée tout au long de la séance par une infirmière et/ou un médecin			
Les progrès sont évalués par une échelle utilisée régulièrement			
Les éventuels événements indésirables survenus pendant la mobilisation sont consignés dans le dossier du patient			