

Cours Interentreprises			
Formation :	ASSC	Intervenant-e :	JRO

Connaissances préalables acquises

- Equilibre hydrique
- Anatomie et physiologie de la circulation sanguine (annexe 1), processus de coagulation
- Anatomie et physiologie du système locomoteur
- Règles en matière de précautions standard

Objectifs du cours

- Etre capable de décrire un lever avec l'aide d'une personne en nommant les actions prioritaires qu'il faut effectuer dans leur ordre chronologique.
- S'exercer au lever de personnes soignées et l'aide à la marche.
- Nommer les risques d'un premier lever et leurs manifestations cliniques principales.
- Expliquer les buts du bandage de contention des jambes.
- Etre capable d'effectuer un bandage de contention efficace.

LE PREMIER LEVER

1. Définition

Il s'agit d'aider le patient limité dans son autonomie à se lever, à se tenir debout et à marcher avec l'aide d'une ou deux personnes et /ou d'une aide matérielle tel qu'un lève-malade des cannes, un déambulateur.

2. Buts

- Verticaliser le patient : le mettre debout
- Renforcer la stabilité du patient lors de la mobilisation
- Développer le sentiment de sécurité et la reprise de la confiance en soi pour la mobilisation
- Lutter contre les complications liées à l'alitement : escarres, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, ankylose articulaire, atrophie musculaire, déminéralisation osseuse, encombrement et infection pulmonaire, infection urinaire, constipation, fécalome.
- Maintenir et ou améliorer l'autonomie physique du patient
- Transférer un patient d'une position à une autre ou d'un lieu à un autre

3. Réalisation du lever

3.1 Préparation du matériel

- Préparation du fauteuil (coussin, protection, repose pied, couverture). Le placer près du lit. Dans le cas du fauteuil roulant, **serrer les freins** et ôter ou relever les repose-pieds, ôter ou relever l'accoudoir.
- Bandes de contention pour les jambes ou bas à varices, robe de chambre, chaussons.
- Eventuellement lève-malade
- Appareil à tension et stéthoscope.
- Autre matériel si nécessaire (bandage abdominal, statif pour perfusion, etc.)

Si lever habituel d'un patient en situation chronique, stable, il faut adapter la prise en charge. Par exemple, prise de la T.A. seulement au 1^{er} lever ou si risque d'HOTA orthostatique.

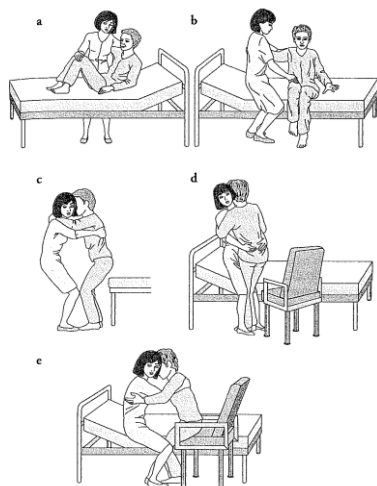
3.2. Préparation du patient

- **Expliquer** à la personne soignée ce qui va se passer et ce que le soignant attend d'elle.
- **Evaluer l'état général** et le niveau d'autonomie de la personne soignée : son degré de mobilité, ses capacités physiques (capacités à mobiliser les bras et les jambes, à changer de position, force physique), la nécessité d'accessoires d'aide à la mobilisation (cannes, déambulateur) ou l'aide physique d'une ou plusieurs personnes.
- **Apprécier les conséquences psychologiques** liées à une diminution de l'autonomie ou à une chute antérieure (peur, appréhension), mettre la personne en confiance par des paroles rassurantes et encourageantes
- **Contrôler la tension artérielle** et les pulsations si nécessaire (après une période d'alitement prolongée ou un 1^{er} lever post-opératoire) et comparer aux mesures antérieures.
- **Bander les jambes** si nécessaire (après alitement prolongé, pour 1^{er} lever ou pour autres raisons médicales)

3.3. Lever avec l'aide d'une seule personne

- **Immobiliser le lit** avec les freins, le mettre à la hauteur qui permettra au patient d'avoir les pieds au sol en position assise.
- Installer la personne en position semi-assise dans le lit
- Passer un bras sous les omoplates du patient et placer une main au niveau des genoux. **Faire pivoter** le patient sur les fesses et l'asseoir au bord du lit (rotation douce)
- Demander au patient de poser les mains à plat sur le lit, de regarder droit devant et de bien respirer.
- **Observer** le faciès du patient, surveiller signes de douleur, de malaise (tête qui tourne, pâleur, sueurs)
- **Mesurer sa tension artérielle** s'il s'agit d'un premier lever
- **Rafrâichir** la personne si elle le souhaite.

- **Mettre pantoufles et robe de chambre**, vérifier l'adaptation du chaussage (taille adaptée, arrière du pied tenu)
- S'installer face au patient, genoux et pieds parallèles et faire contrepoids en basculant le patient contre soi.
- Si il s'agit d'un **transfert au fauteuil**, maintenir le patient contre soi, les bras serrés autour du corps, les mains croisées dans le bas du dos, les jambes enserrant celles du patient, faire pivoter le patient pour l'amener dos au fauteuil préalablement installé, **freins serrés**
- Pour asseoir le patient, glisser les mains dans le dos du patient, basculer le tronc en arrière, faire contre poids et le faire asseoir.
- Demander au patient de faire part de son ressenti, le féliciter pour les efforts réalisés
- **Installer** le repose pied, l'accoudoir, un oreiller si nécessaire dans la nuque et au niveau lombaire.



3.4. Lever avec l'aide de deux personnes

- Un des soignants se place à l'arrière du patient et place un bras sous les omoplates du patient. L'autre soignant glisse les mains sous les cuisses.
- Les deux soignants se coordonnent pour réaliser le transfert.
- Ils respectent les mêmes précautions et effectuent les mêmes surveillances que dans le cas du lever avec l'aide d'une seule personne (cf ci-dessus)

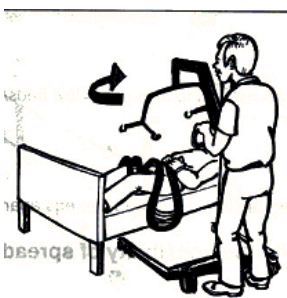
Lors d'un premier lever, l'ASSC ne doit jamais être seul(e) mais accompagné(e) d'un ou une infirmier(e)

3.5. Utilisation d'un lève-malade



Celui-ci permet de transférer aisément des personnes dépendantes du lit au fauteuil et du fauteuil au lit, de relever un patient à même le sol, d'installer le patient sur les toilettes. Dans tous les cas cet appareillage permet de prévenir les lombalgies en cas de manutention sans aide d'un patient impotent et/ou obèse. A considérer comme une aide au transfert, mais jamais comme moyen de transport d'un endroit à l'autre de l'institution. (Le patient ne doit pas être réduit, chosifié, à l'état de sac de patates).

- Préparer l'endroit où va être transféré le patient en dégagant l'espace afin de ne pas entraver l'utilisation de l'appareil.
- Expliquer au patient les principes du lève-malade, le rassurer et le mettre en confiance tout au long du soin.
- Avancer le lève-malade sous le lit afin de placer le cadre de l'appareil au-dessus du lit
- Glisser sous le patient la sangle ou ceinture porteuse du siège et du dos, les accrocher aux sangles selon le modèle de l'appareil
- Demander au patient de se tenir aux sangles
- Lever le patient grâce au levier de pompage ou la commande électrique
- Diriger le lève-malade et déposer le patient à l'endroit prévu
- Oter les sangles et installer confortablement le patient



A



B



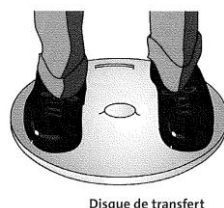
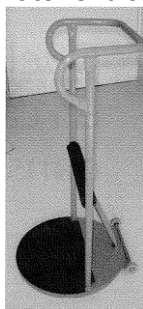
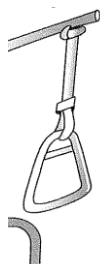
3.6. Transferts

Ils permettent de réaliser les activités de la vie quotidienne : aller aux toilettes, passer du lit au fauteuil ou au fauteuil roulant

Tenir compte de la force physique du patient

Privilégier les transferts latéraux

Veiller à ce qu'il n'y ait pas une trop grande différence de hauteur entre les deux plans
Utiliser le plus souvent possible du matériel d'aide au soulèvement du patient, disque de rotation.



4. Marche avec aide

Observer les éléments de l'environnement qui peuvent gêner ou faciliter les déplacements (sol, mobilier...).

S'assurer de la bonne posture de la personne avant le début de la marche.

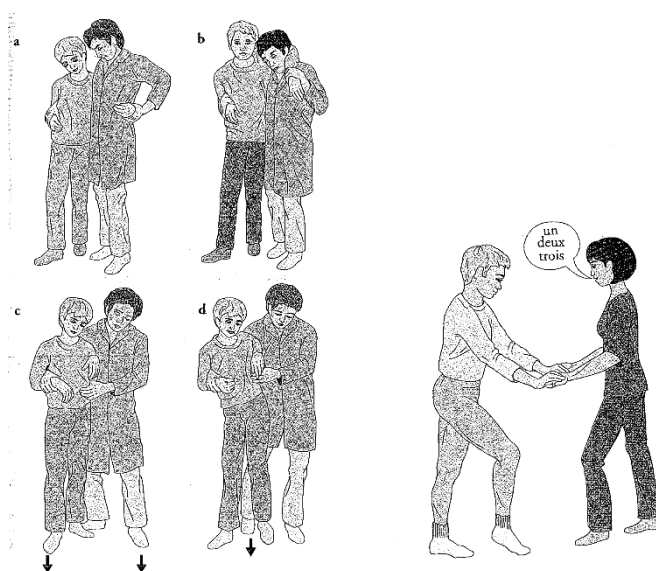
Créer un climat de confiance.

Assister le patient dans ses déplacements, en se plaçant légèrement en retrait, soit du côté opéré ou du côté sain selon les besoins et la pathologie.

Tenir le patient par le bras et placer le bras sous l'aisselle du patient.

Aider le déplacement des membres inférieurs en poussant légèrement du pied la jambe traînante, veiller à marcher à la vitesse du patient.

Dans le cas où la personne a des troubles de l'équilibre (penche en avant ou en arrière), se placer face au patient, les mains tournées vers le haut et prendre les mains du patient. Lui demander de marcher en poussant les mains du soignant et reculer à l'avancée du patient.



5. Incidents, accidents, complications

Les risques ci-dessous sont essentiellement présents lors d'un premier lever après un alitement prolongé.

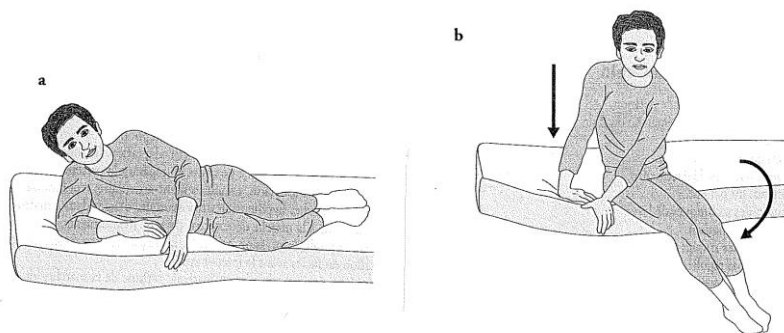
- Le risque d'**hypotension** orthostatique : la personne fait un malaise qui se manifeste par la tête qui tourne (vertiges), des sueurs, de la pâleur, voire une perte de connaissance.
- La personne soignée peut aussi **chuter** à cause d'une **faiblesse musculaire** liée à une fonte musculaire lors de l'alitement prolongé.
- **La thrombose veineuse** profonde est une occlusion d'une veine profonde par un thrombus. Le plus souvent au niveau des veines profondes de la jambe et du bassin, et dangereuse du fait de ses complications. Dans 60% des cas touche la jambe gauche, dans 10% les 2 jambes et dans 2% le(s) bras.
- La personne peut faire une **embolie pulmonaire** :

Obstruction brutale ou par étape de vaisseaux pulmonaire par des thrombus en provenance du réseau vasculaire veineux (dans 90% des cas, de la moitié inférieure du corps). C'est une des principales causes de « mort subite ». Elle est le plus souvent due à une thrombose veineuse profonde de la jambe ou du bassin, méconnue.

**En cas de malaise, recoucher la personne soignée immédiatement. Avertir une infirmière sans laisser le patient sans surveillance.
Mettre la personne en position de Trendelenburg (lever les pieds du lit). Contrôler ensuite les paramètres (signes vitaux tension artérielle = TA, pulsations)**

6. Information, éducation du patient

- Si le patient en a les ressources, l'encourager à se lever seul
- Se placer face à lui afin de prévenir les chutes
- Lui expliquer la chronologie des gestes pour se lever, réaliser des transferts, se mobiliser. Lui montrer les méthodes de soulèvement possible pour se hisser et les aides techniques telles que la potence, les barres d'appui
- L'informer sur les mesures de sécurité nécessaire (serrer les freins, dégager les espaces, ôter les tapis)
- Renforcer les explications données par le physiothérapeute.
- Enseigner à l'entourage les méthodes d'aide au lever, à la marche.
- Apprendre au patient la technique du lever en cas de lombalgie (voir schéma ci-dessous) :
- Jambes fléchies, demander au patient de rouler sur le côté, d'appuyer et pousser sur la main et sur l'avant-bras pour se redresser, étendre les jambes hors du lit et se lever.



7. Éléments de surveillance

- Vérifier l'usure des aides techniques et assurer une maintenance rigoureuse du matériel, avec changement des embouts usés des cannes, de déambulateur, renouvellement des patins de freins, graissage des essieux.
- Dégager les espaces de circulation et vérifier le bon éclairage, retirer les tapis, fixer les fils de téléphone, ranger les objets encombrants, etc.
- Adapter les prothèses auditives et les lunettes à la vue
- Identifier les patients à risque de chute en repérant la présence de facteurs suivants : faiblesse musculaire, enraidissement articulaire, troubles de l'équilibre et/ou à la marche, hypotension orthostatique, danger dans l'environnement, matériel d'aide à la marche défectueux, prise de médicaments
- Evaluer les capacités du patient : rythme de la marche, alternance du poids du corps sur chaque pied, vitesse, cadence, longueur du pas, fatigabilité, raideur des membres inférieurs
- Noter le ressenti du patient et son degré de satisfaction
- Effectuer les observations orales et écrites.

LE BANDAGE DES JAMBES

1. Buts

- Faciliter le retour veineux par pression exercée sur les muscles des jambes
- Diminuer l'œdème des membres inférieurs
- Eviter la chute de la pression artérielle lors du premier lever après un alitement prolongé ou en post-opératoire

La prescription du bandage est médicale

2. Réalisation

1. Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique
2. Commencer à la racine des orteils et maintenir le pied à l'équerre
3. Le talon doit être couvert par le bandage
4. Deux alternatives :
 - Bander en spirale (ou circulaire) en respectant la technique de pose du fabricant par rapport à l'étirement de la bande et au chevauchement des couches (en général chevauchement de la moitié de la largeur de la bande).
 - Bander en faisant un épi (croisillon ou « spica ») une fois en haut, une fois en bas
5. Bander la jambe jusqu'à deux doigts du creux poplité
6. Fixer la bande (sparadrap ou adhésif) Idéalement, mettre deux longs adhésifs le long du bandage en latéral interne et latéral externe (dans l'axe de la jambe)
7. Contrôler que la bande soit indolore, ni trop lâche ni trop serrée
8. Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique

Remarques concernant les différents modes de compression/contention

Compression par bandes élastiques :

Mettre les bandes le matin, idéalement avant le premier lever ou dans les 15 minutes qui suivent le lever du patient (juste après la douche en gardant les jambes surélevées).

Enlever les bandes le soir au coucher ; pas nécessaire de les enlever pour les siestes de courte durée.

Contention par bandes peu élastiques :

Utilisées pour limiter les œdèmes (risques de compression d'une lésion cutanée ou lors d'épanchement articulaires) et le maintien de pansement.

Indications plus rares que pour les bandes élastiques, sur prescription médicale.

Ces bandes peuvent être laissées en place 24h sur 24h.

Bas antithrombose :

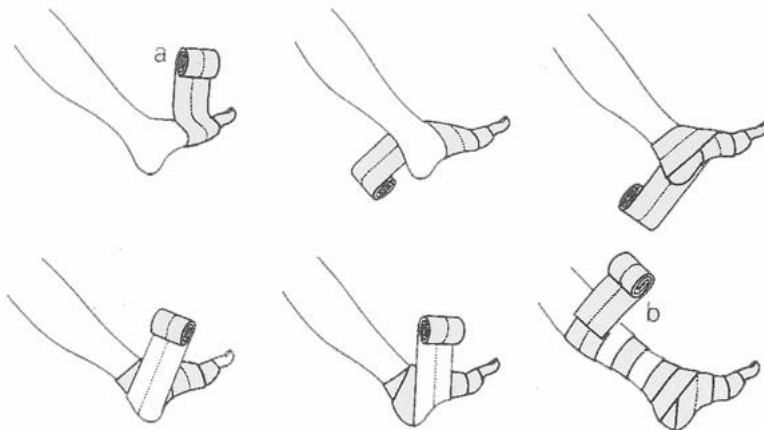
S'utilisent surtout en post- opératoire, tant que le patient n'a pas repris une déambulation normale.
 Choisir des bas adaptés à la taille du patient (en particulier, en cas d'utilisation de bas remontant au niveau des cuisses; mesurer les bas afin d'éviter qu'il ne roule vers le bas et fasse garrot (réf. sur l'emballage).

Bandage

Dérouler la bande de manière à la tenir de façon à ce que le rouleau soit tourné vers l'extérieur et le haut.



Bandage en spirale :



Contention élastique des membres inférieurs :



Bandage en épi :



Des règles simples

La prescription médicale est individuelle. On utilise les bandes ou les bas prévus pour la personne prise en charge. Le choix du matériel prescrit prend en compte de nombreux facteurs qu'il est nécessaire de respecter : type de bande, taille, largeur, force de contention (pour les bandes), classe de contention (pour les bas), ...

Les bas ou bandes de contention qui sont retirés pour la nuit (bandes élastiques de contention légère) seront mises en place avant le lever du matin, en position allongée. Les bandes adhésives d'élasticité réduite, pour des contentions fortes, sont laissées en place plusieurs jours.

Attention aux particularités anatomiques ! Il est parfois nécessaire de protéger des zones sensibles des effets de la compression, même légère, comme la crête tibiale ou le tendon d'Achille ou une plaie.

La compression doit être dégressive du pied vers le haut du membre. L'effet attendu est de rétablir la dégressivité physiologique en diminuant l'hypertension veineuse à la cheville.

Avant de poser une contention, on vérifie l'état cutané et on repère tout signe pathologique. En cas de doute, on fait appel au médecin. La compression peut aggraver des lésions et retarder une prise en charge adaptée. La contention ne doit pas être douloureuse.

Les bandes ou les bas ont un coût... mais il faut recommander au patient de renouveler un bas usé et devenu inefficace.

POSE DES BAS DE CONTENTION

Pose de bas en enfilant d'abord le pied (avec matériel accessoire si nécessaire) puis en tirant le bas sur la jambe. Le soignant se met sur le côté plutôt qu'en face du patient pour tirer sur le bas.

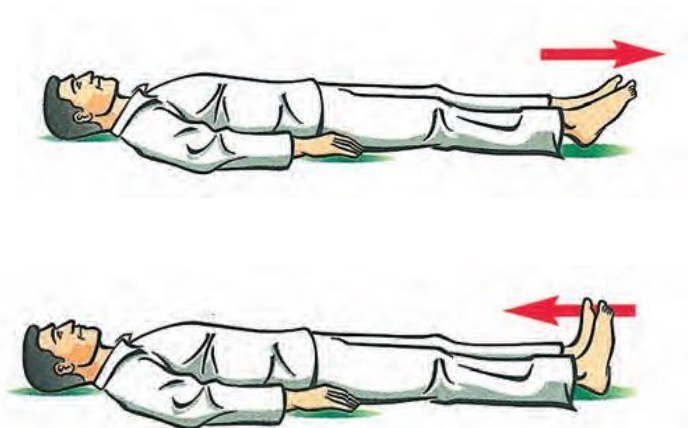
Mettre les bas lorsque la personne est allongée, avant le lever.

Si la personne s'est déjà levée, la faire se rallonger pendant 10 minutes avant de mettre les bas ou les bandes de contention.

EXERCICES DE PREVENTION THROMBOEMBOLIQUE EN CAS D'ALITEMENT

L'immobilisation (et donc l'alitement) est une des causes principales de la formation de caillots sanguins. C'est pourquoi il est très important de bouger le plus possible et de favoriser la marche et les exercices de kinésithérapie. Toutefois, ceci n'est pas toujours possible. Certains mouvements, même effectués au lit, contribuent à réduire le risque thromboembolique.

1. Étirement, le plus souvent possible, des muscles de la jambe par flexion et extension du pied: ceci stimule la circulation veineuse.

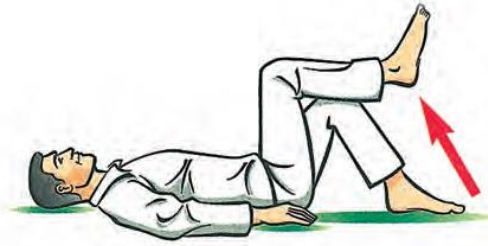


2. Position des jambes: de préférence surélevée.

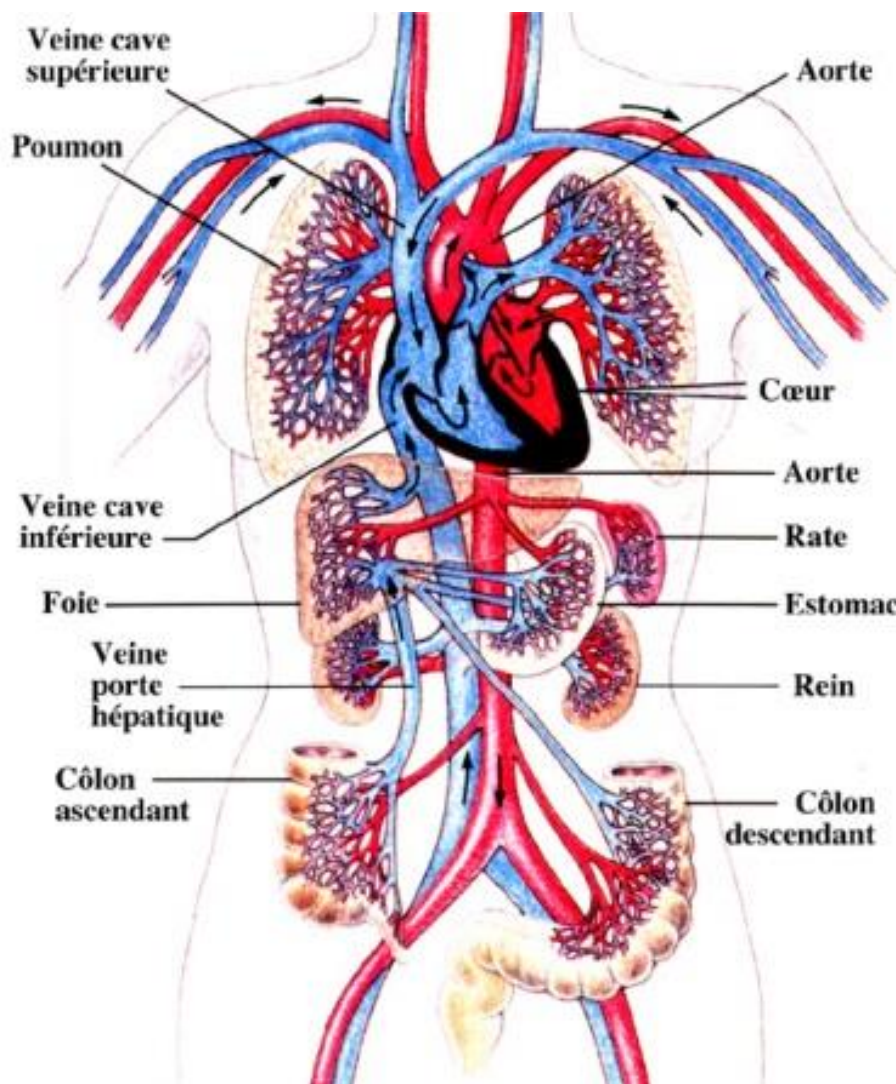


3. Exercice de pédalage, ou étirement des jambes vers le pied du lit puis retour vers la poitrine





ANNEXE 1

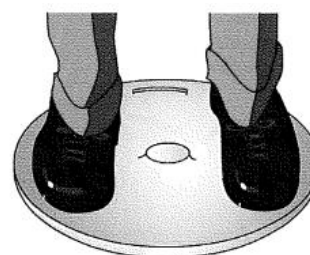
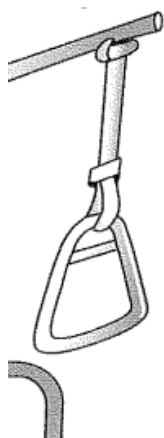


Bibliographie

A-F Pauchet-Traversat, Soins infirmiers, fiches techniques, Maloine, 4^{ème} édition, Paris, 2003
 CHUV, fiches techniques en soins infirmiers

A Schäffler et N Menche, Médecine et soins infirmiers, Maloine, Paris, 2002
GlaxoSmithKline, Prévention traitement de la thrombose veineuse et de l'embolie pulmonaire, Brochure
d'information pour le patient

Moyens accessoires possibles au lever



Disque de transfert



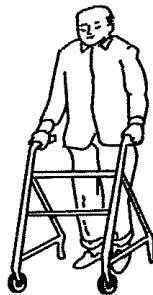
Les cannes simples sont des aides à la marche avec un pied et une poignée sans support d'avant-bras.



Les cannes anglaises ont un appui antébrachial et un pied, une poignée et un support d'avant-bras ou une manchette.



■ Un déambulateur est composé d'un cadre métallique avec des barres de liaisons horizontales muni de poignées et de quatre pieds.



■ D'autres modèles sont avec un cadre métallique muni de poignées et de deux pieds et deux roulettes à l'avant.