

INSTALLATION AU LIT DU PATIENT

Définition

Il s'agira aussi bien du positionnement que du matériel nécessaire à son installation, pour le patient qui du fait d'une altération de son état général, reste alité en décubitus dorsal au moins 20 heures sur 24. Il sera nécessaire d'adapter les soins en fonction des étiologies de cette altération de l'état général et des objectifs de la prise en charge (patient tétraplégique, phlébite, compression médullaire, asthénie, phase terminale...)

Objectif

Maintien du confort du patient et prévention des complications du décubitus dont les plus fréquentes sont l'escarre, la phlébite, l'enraidissement articulaire et l'encombrement pulmonaire (Syndrome restrictif ⇒ troubles de la ventilation)...

Préalable

L'homme n'est fait pour rester en permanence ni debout, ni assis, ni couché. Lorsque son état général se dégrade, il passe le plus clair de son temps dans son lit, ce qui devient vite inconfortable, dangereux pour son intégrité corporelle et démotivant.

Nous ne parlerons pas de l'installation des patients présentant des pathologies associées nécessitant une installation particulière (exemples: insuffisance cardiaque, paraplégie, fracture, lymphœdème, artérite, escarre...).

Nous ne décrivons pas non plus les différents types de matelas anti-escarres.

Matériel

1. un lit à sommier articulé à lattes et à 3 vérins électriques : un pour monter et baisser le lit, un pour monter et baisser la tête du lit et un pour relever horizontalement la moitié inférieure du lit en position « relax »
2. matelas standard
3. matelas CLINIPLOTS
4. matelas à pression alternée (SENTRY)
5. oreillers
6. matériels de posture : blocs de mousse, bottes de décharge...

Installation en décubitus dorsal

Il n'y a pas de position universelle offrant à tous le même confort. Voici cependant les « trucs » qui marchent en général.

Positionnement du malade pendant la journée

Le patient souhaite souvent avoir la tête de lit relevée. Il faudra veiller à ce que le bassin se situe au niveau de l'articulation entre lit et tête de lit. Lorsque le tronc est relevé, la pesanteur fait glisser le patient vers le pied du lit. La cassure du sommier se retrouve au milieu du dos. Il faudra donc remonter plusieurs fois par jour le patient pour repositionner le bassin à sa bonne place. Le malade pourra aider les soignants en prenant appui sur ses pieds (MI en crochet) pour soulever le bas du tronc et en tirant avec les bras sur la potence du lit pour soulever les épaules et la tête. Ou alors pour éviter d'avoir à le remonter trop souvent on peut caler entre l'extrémité du lit et les pieds du patient, une mousse qui pourra limiter le glissement.

Positionnement de la tête

Un oreiller calé sous la tête compense l'antéflexion de la colonne cervicale. Cet oreiller ne doit pas soulever les épaules au risque d'entraîner une cyphose dorsale limitant le confort et l'amplitude respiratoire. Il ne doit pas non plus être trop gros sinon il crée une mauvaise position.

Positionnement des pieds

Un oreiller bien étalé sous les mollets ou le pied du lit électrique relevé diminue l'appui des talons et maintient un léger flexum des genoux, relâchant ainsi les coques condyliennes et la colonne lombaire, sans entraver les mouvements actifs du patient. On pourra aussi ajouter un traversin ou oreiller au bout du lit pour éviter l'équinisme. Les mobilisations quotidiennes du patient et surtout ses installations et réinstallations en position de référence seront déterminantes pour une bonne posture et éviter les malpositions.

Positionnement du malade la nuit

Le lit sera si possible remis à plat un oreiller sous la nuque.

Installation en décubitus latéral

- Le décubitus latéral (2/3 arrière) peut être une alternative en cours de journée au décubitus dorsal. Le lit sera mis à plat. On calera le patient avec des oreillers dans le dos (coincés entre la barrière et le dos), un petit oreiller entre les genoux et un oreiller sous la tête.
-  Positionnement de l'épaule déclive en antépulsée + dos calé

Risques précautions contre-indications

1- Risque d'ankyloses

Les postures « anti-équinisme » ne sont pas très efficaces soit parce qu'elles représentent une contrainte entraînant un risque d'escarre soit parce que le malade s'en échappe en bougeant les jambes. Une mobilisation quotidienne réalisée par un kinésithérapeute devrait suffire à prévenir tout risque d'enraidissement articulaire : équinisme, flexum de genoux de hanche...

2- Risque de perte d'autonomie

La position à plat dos, enfoncé dans un matelas moelleux, limite énormément les possibilités fonctionnelles du patient. Il est un peu comme une tortue à l'envers, incapable d'attraper son téléphone sur la table de chevet si celle-ci n'est pas collée au lit, de boire si son adaptable est resté à 50cm du lit, de sonner si sa sonnette ne pend pas au dessus de son nez... Il faudra donc toujours s'assurer après toute intervention des soignants que tous les accessoires qui lui sont utiles sont à portée de main.

3- Pieds relevés

Si, pour diverses raisons, les pieds du patient doivent être relevés (œdème des membres inférieurs ou risque de phlébite), il sera toujours plus confortable d'incliner le lit entier en déclive (la tête légèrement en bas) puis de relever le dossier plutôt que de relever le pied du lit. Car relever le pied du lit, augmente l'appui sur les talons, tire sur les ischio-jambiers, et met le genou en hyper extension.

4-Risque d'escarres

Quelles que soient la posture et l'installation du patient, la bonne prévention des escarres passe par la surveillance et le changement régulier de position et l'effleurage des points d'appui.