

L'Auto-extubation et ses « à cotés »



Médecine Intensive Réanimation – Hôpital Saint André –

*Fanny DUCASSE : infirmière
Lynda CIZO : aide soignante
Isabelle AUPY : kinésithérapeute
Catherine PELLADEAU : cadre de santé
Gaëlle MOURISSOUX : PH Médecin anesthésiste-réanimateur*





Pas de conflit d'intérêt

Sommaire

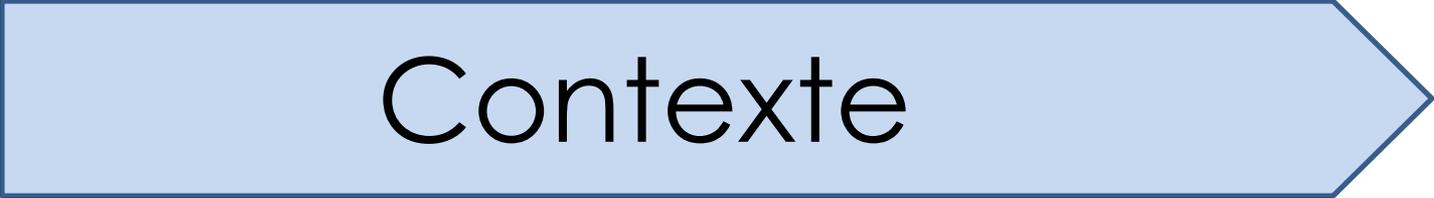
- ❖ Contexte
 - ❖ L'auto-extubation
 - ❖ Présentation du service
 - ❖ Cadre législatif
 - ❖ Mise en place du projet

- ❖ Méthodologie

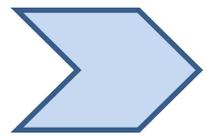
- ❖ Résultats et analyses

- ❖ Alternatives à la contention

- ❖ Conclusion



Contexte



L' Auto-extubation : Qu'est ce que c'est ?

✓ Définition :

Extubation non programmée « *unplanned extubation* » (en anglais) :

Incidence de 3% à 16%

Ablation de la sonde d'intubation servant à ventiler de manière artificielle un patient,

- soit de manière accidentelle : 20%
- soit par le patient lui-même = **Auto-Extubation (AE) : 80%**

✓ Complications potentielles :

Graves immédiates :

- Ré-intubation 50% (Versus 10% si extubations programmées)
- ACR hypoxique

Tardives : PAVM, augmentation de la durée de séjour

Réactionnelles : Œdème laryngé, lésions des cordes vocales

L'auto-extubation est un des indicateurs de qualité en réanimation

Présentation du service

8 Box de **réanimation médicale**

Ratio jour – nuit (idem) : 3 IDE – 2 AS en 7h30

Secteur 1	Secteur 2	Secteur 3
BOX 1, 2 ET 3	BOX 4 et 5 avec SAS	BOX 6, 7 ET 8
1 IDE / 3 Patients	1 IDE / 2 Patients	1 IDE / 3 Patients
1 AS / 4 Patients		1 AS / 4 Patients



Présentation des patients admis en réanimation en 2018

Nombre de patients en réanimation	376
Age moyen	58 ans
Sexe	H>F 42% de femmes 58% d'hommes
Taux d'occupation (%)	74 %
DMS (j)	7 jours
Intubation (%)	127 patients (34 %)
Durée moyenne d'intubation	5 jours 48 patients IV < 48H 79 patients (75%) IV > 48 H Parmi les 79 patients 38% >80ans
Intubation oro-nasotrachéale	Orotrachéale > nasotrachéale
IGS2 moyen	49
SOFA moyen	7
Mortalité (%)	17.0 % 39% parmi les patients intubés - 44% si intubés et ≥ 80 ans

Cadre législatif

Code de la santé publique

Actes professionnels - Article R4311-7 :

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application **d'une prescription médicale** qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

[...]

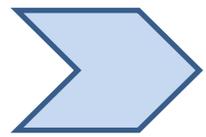
- **Soins et surveillance d'un patient intubé** ou trachéotomisé [...]
- Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils.

Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation : SRLF

L'infirmière connaît et comprend : (...) **la procédure de sevrage ventilatoire** de son service ; la procédure d'extubation.

L'infirmière est capable: (...) d'extuber un patient sur prescription médicale selon la procédure et d'en assurer la surveillance au décours.

L'infirmière prévient : (...) les différents risques liés à l'assistance respiratoire en évaluant l'évolution des signes cliniques et paracliniques.



Auto-extubation en réanimation à St André

Constat du nombre d'AE :

- de Janvier 2017 à septembre 2018 : 17 codages PMSI auto-extubations

RMM en octobre 2018 à partir d'un cas :

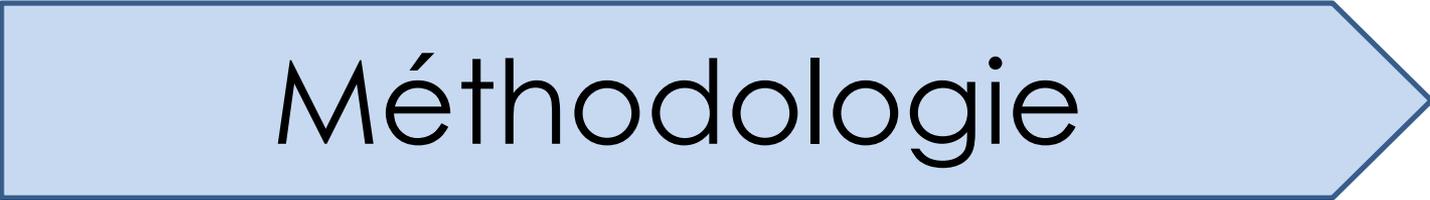
« L'auto-extubation : les contentions ne sont pas la seule solution »

- Réflexion sur les systèmes d'attaches et la contention
- Identification du delirium par la mise en place de l'échelle CAM ICU
- Révision du protocole de sédation
- Mise en place d'un recueil prospectif des AE

Création d'un groupe de travail autour de l'AE :

- Mieux identifier le risque
- Mieux identifier le patient à risque
- Identifier des mesures à mettre en œuvre





Méthodologie



Méthodologie (1)

Analyse des dossiers patients :

- Analyse rétrospective de janvier 2017 à septembre 2018 : **17 dossiers** d' AE via les codages PMSI
- Analyse prospective d'octobre 2018 à mai 2019 : **8 dossiers**

Objectifs :

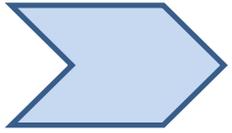
Recherche des facteurs favorisant l'AE et un profil patient à risque

Recueil de données : guidé par la littérature

- **Patient** : Age – Genre - Motif Hospitalisation – ATCD - Nombre de jours d'H°
RASS prescrit / évalué - Sevrage des sédation
Contentions prescrites ou non

- **Intubation** : IOT / INT - Sevrage respiratoire
Extubation programmée - Complications (Ré intubation ?)

- **Contexte environnemental** : Date – Heure – box - Charge de travail –
Ancienneté en réanimation des IDE



Méthodologie (2)

Questionnaires soignants :

Distribution 28 Mars – Clôture le 9 Mai 2019 - Questions ouvertes et fermées

Nombre de répondants : 44 /49 dont 27 IDE et 17 AS

Ratio homme/femme : 7 hommes pour 37 femmes

Age moyen : 34 ans (8 personnes n'ont pas répondu)

Ancienneté moyenne du DE : 11 ans (3 mois à 36 ans)

Ancienneté moyenne dans le service : 6 ans (3 mois à 28 ans)

2 Objectifs :

- Evaluer les pratiques
- Recueillir la perception du risque autour de l'AE

Critères recherchés : Connaissances/Ressentis

Protocole Sédation (connaissance et utilisation – si modification sédation: surveillance mise en place)

RASS (Utilisation par les soignants)

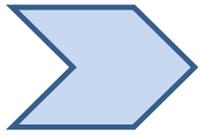
Facteurs favorisant l'AE (Moments ou situations identifiés)

Connaissance des critères requis pour l'extubation

Complications d'AE

Sensibilisation du risque AE – Problèmes rencontrés

Pistes d'amélioration



Les Limites

Dossiers patients :

Codages PMSI AE non exhaustifs : **sous-estimation** du nombre de dossiers AE avant le début du recueil prospectif.

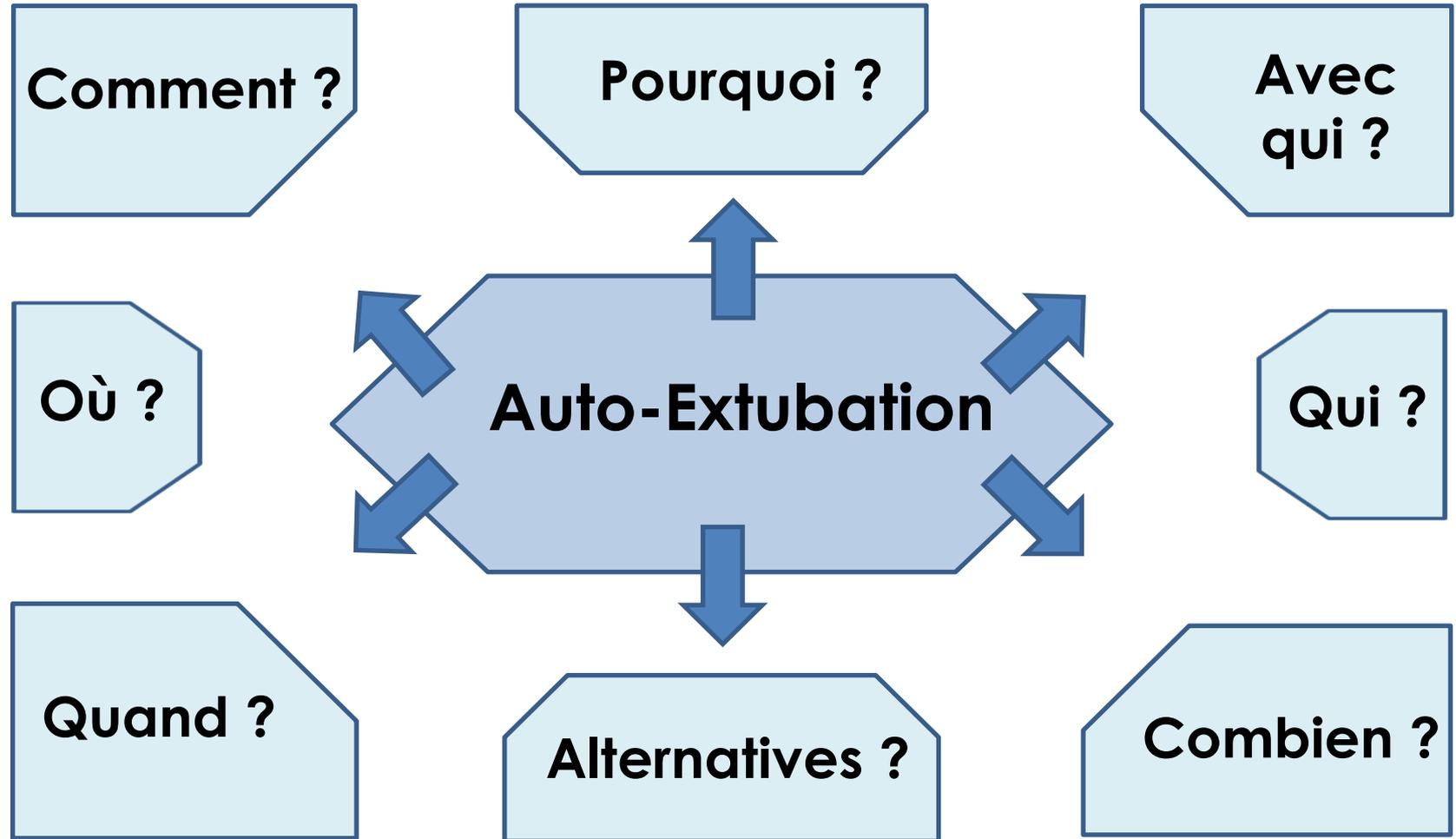
Le recueil rétrospectif est de 17 dossiers

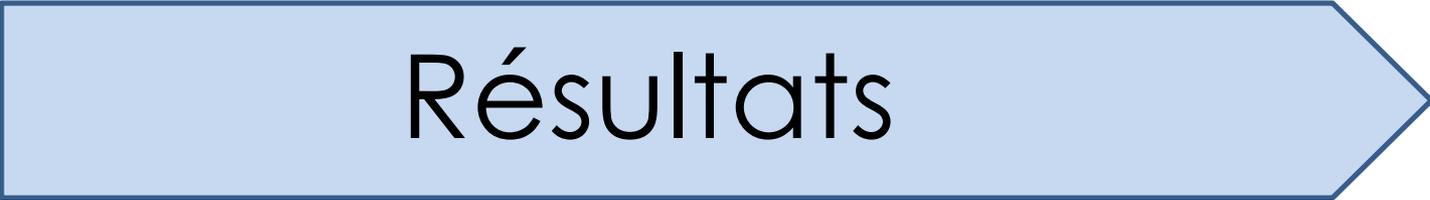
C'est un biais à l'analyse globale des 25 dossiers

Questionnaires soignants :

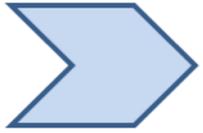
Questions ouvertes

Recueil de données + Questionnaires



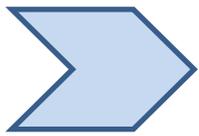


Résultats



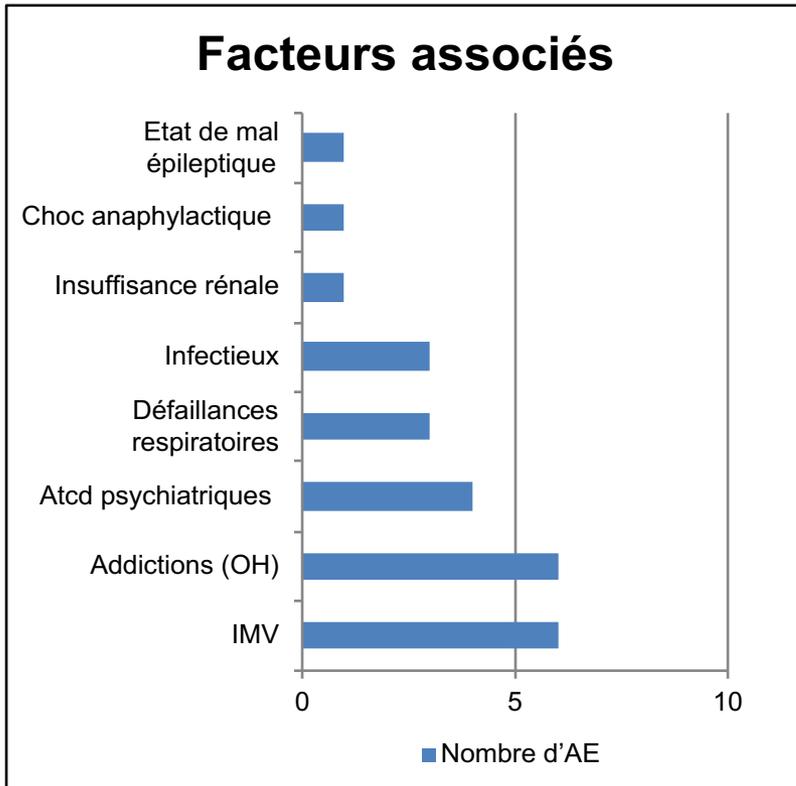
Combien ?

- 8 dossiers d'AE / 98 patients I/V depuis la RMM à ce jour
- Soit **8,15 % AE**
- Adéquation avec l'incidence de 3% à 16 % retrouvée dans la littérature



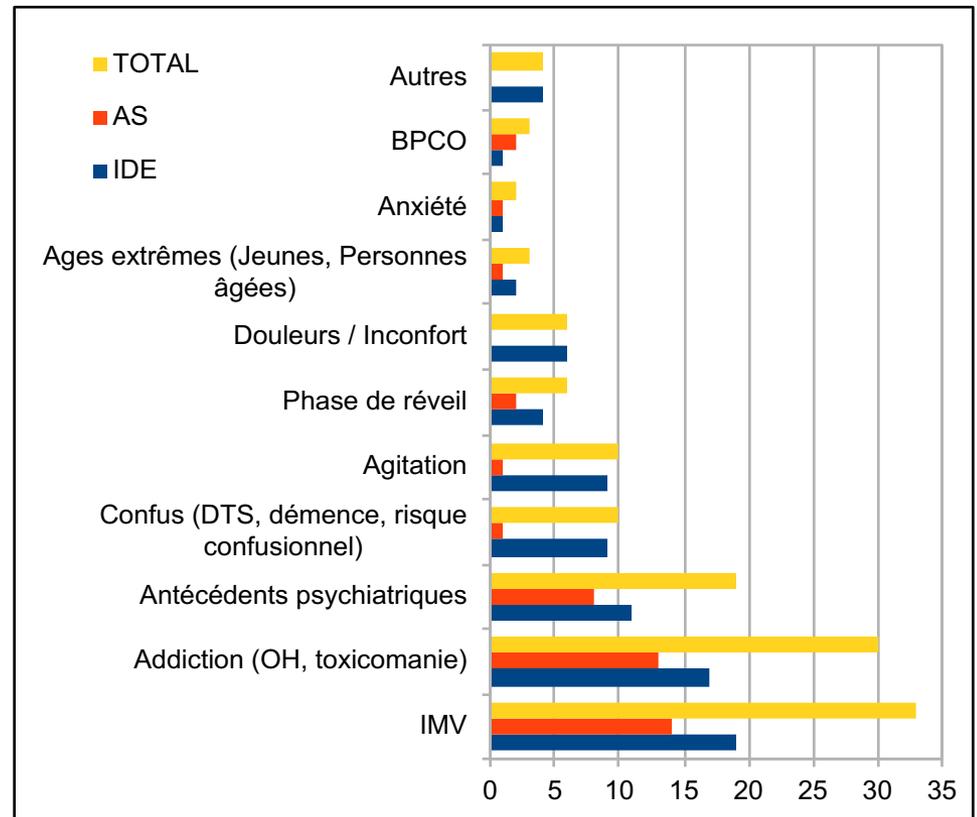
Qui ?

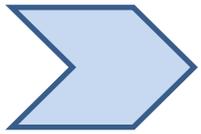
Dossiers 25 patients : 60 % hommes



Questionnaires soignants :

Selon vous, quel(s) profil(s) de patient(s) présente(nt) le plus de risques d'auto-extubation ? :

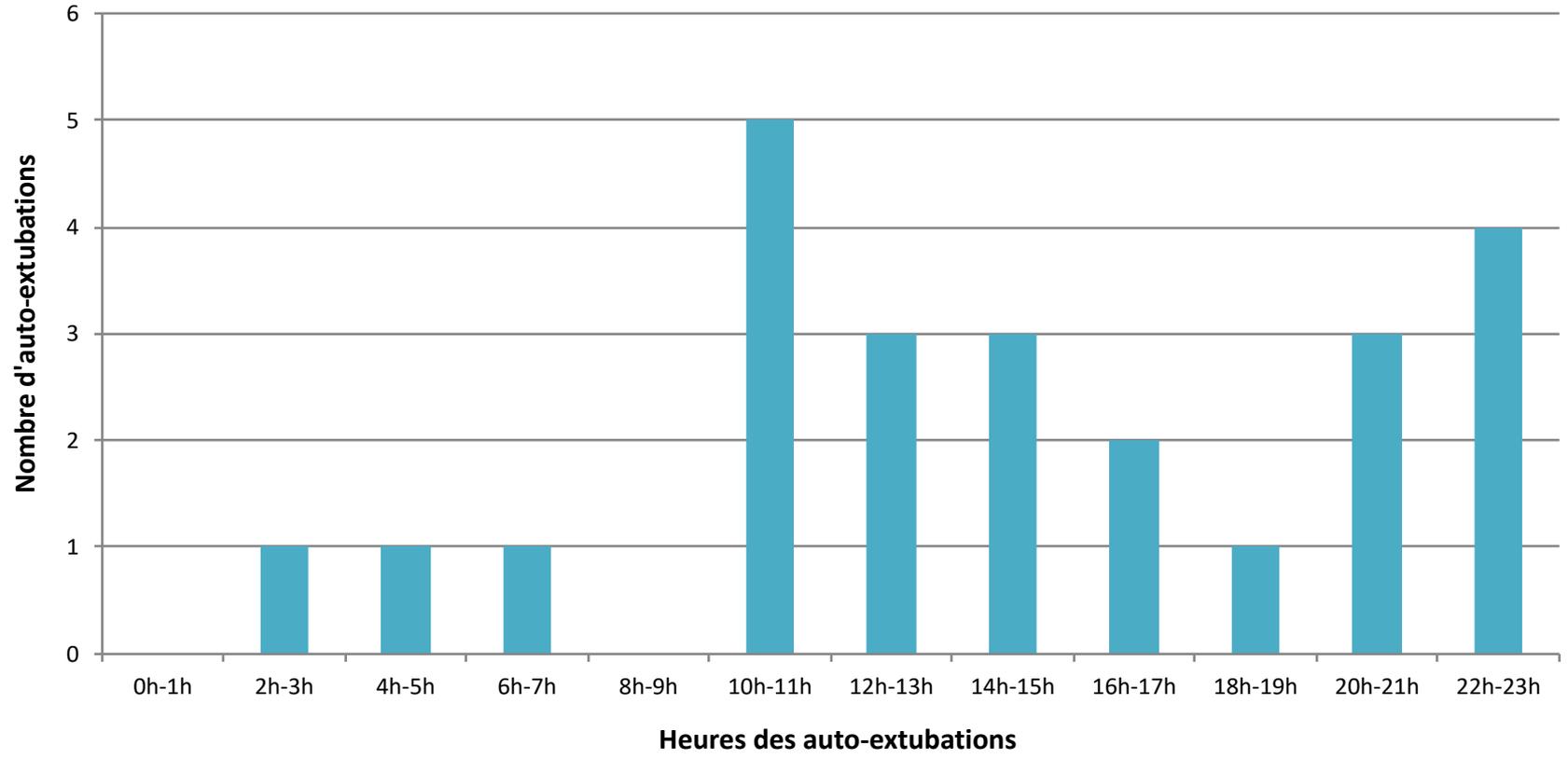


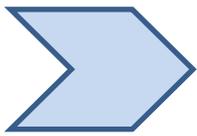


Quand ?

Dossiers patients :

A quel moment les patients s'auto-extubent ?



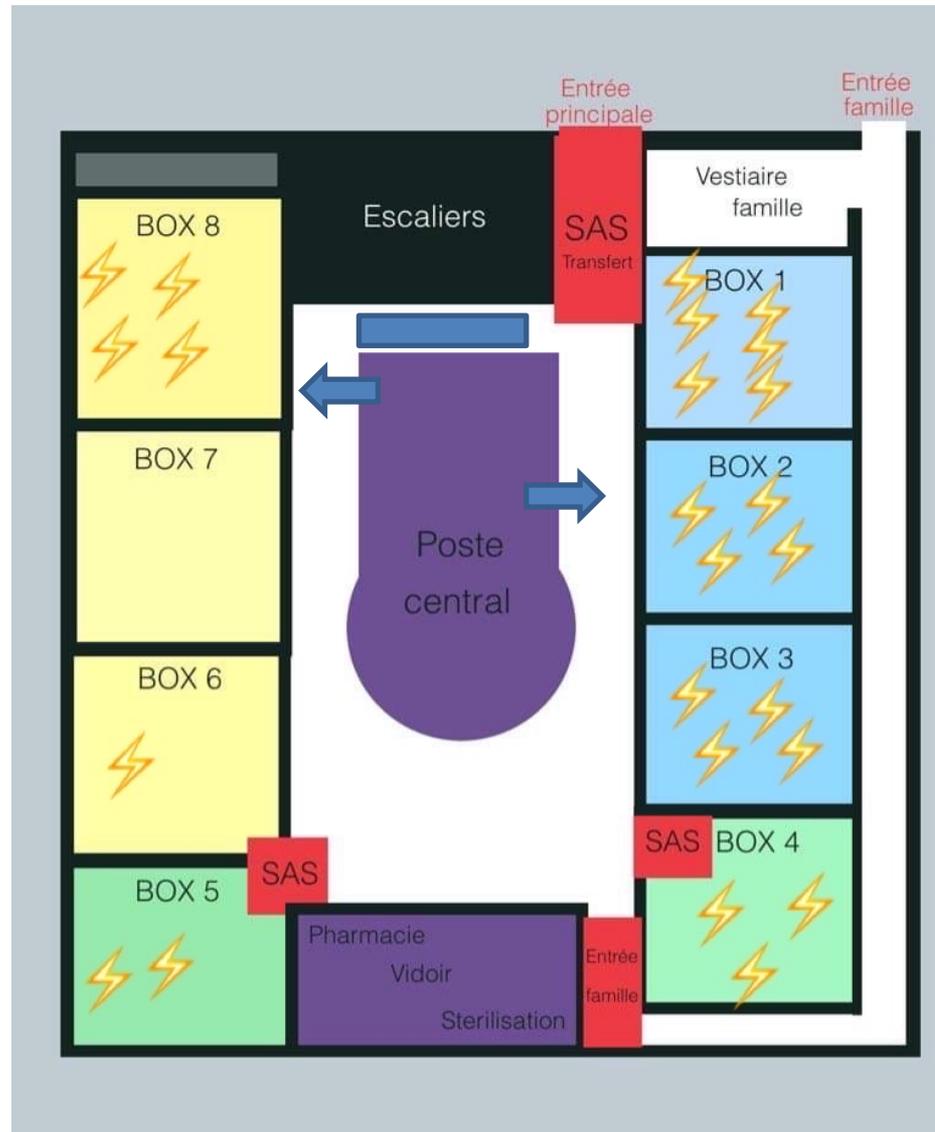


Où – Contexte géographique

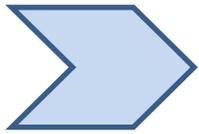
Dossiers patients :

Hypothèse :

Certains box seraient surexposés aux **bruits** à la **lumière**, favorisant la **confusion** des patients en **phase de réveil**.



Etude « *Inconfort et impact sur le sommeil* » réalisée en 2012 par la réanimation de Libourne



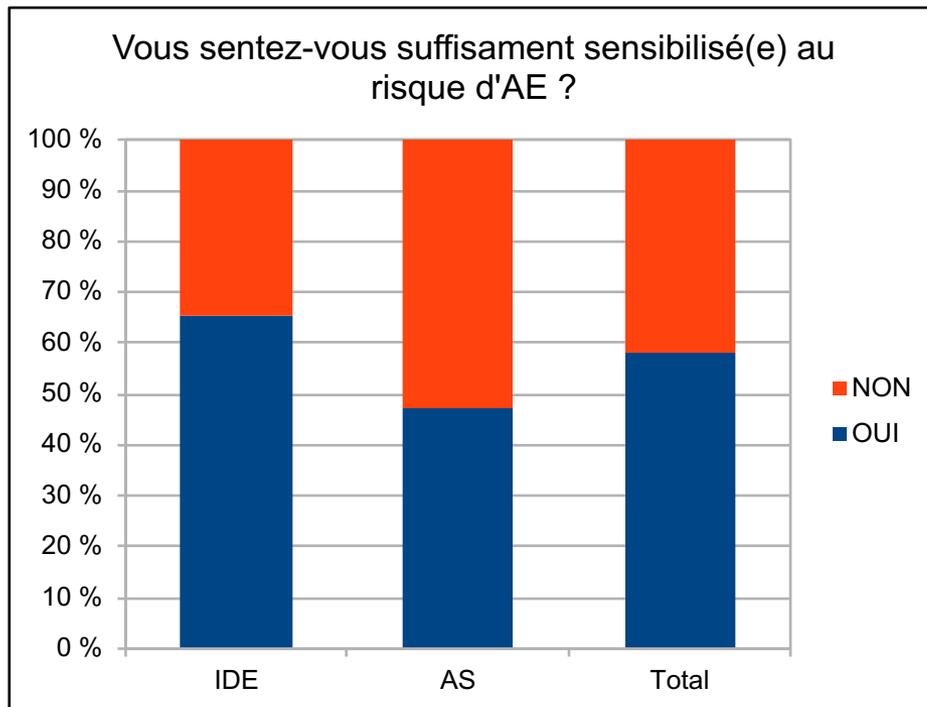
Avec qui ?

Novice VS Expert

Dossiers patients : Sur 25 AE :

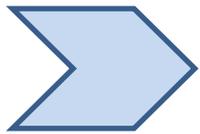
- 44% d'IDE novices < 5 ans de réa
- 56% d'IDE expertes

Questionnaires soignants :



Formation des soignants :

- Besoin de formation exprimé surtout par les AS
- Pas de culture du risque dans la formation des nouveaux IDE/AS



Pourquoi ?



Dossiers patients :

Taux de ré-intubation :

- Sur les 25 AE analysées : 2 ré-intubations (0 sur les 8 prospectifs)
- Dans la littérature : 50 % après une AE

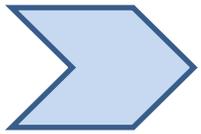
Questionnaires soignants :

Question : Au vu des pratiques du service, que souhaiteriez-vous voir modifier pour contribuer à l'amélioration de la prise en charge ? :

« Extubation plus précoce ! Pourquoi renvoyer au lendemain ? »

« Extuber les patients quand ils sont prêts et non quand nous le sommes ! »

On ventile trop longtemps les patients ?



Pourquoi ?

Protocole de sédation et objectif de RASS (en place depuis 2014)

Questionnaires soignants :

Tout le monde connaît le protocole mais peu l'utilisent (23% des IDE) !

« Je vois directement avec le médecin »

Dossiers patients :

Absence de prescription de l'objectif de RASS (6 patients /25 AE)

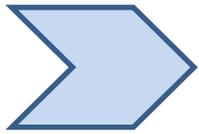
ou

Objectif de RASS non réactualisé en fonction du niveau de sédation (6 patients/25AE)

➤ Résultat : 1/3 des IDE ne tiennent pas compte du RASS prescrit

= Moins d'autonomie pour les IDE

= Augmente le temps de sédation et donc de ventilation



Comment ?

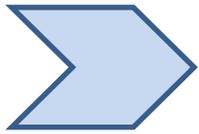
Agitation du patient en phase de réveil

Dossiers patients :

- Contexte **d'agitation** tracé dans 52% des cas d'AE (13 AE sur 25)
- **Peu d'informations** sur les modalités d'AE
(Glisser dans le lit pour s'approcher du tuyau du respirateur, attraper la sonde d'IOT, rotation du corps et de la tête...)
- Importance de la traçabilité ++

Questionnaires soignants :

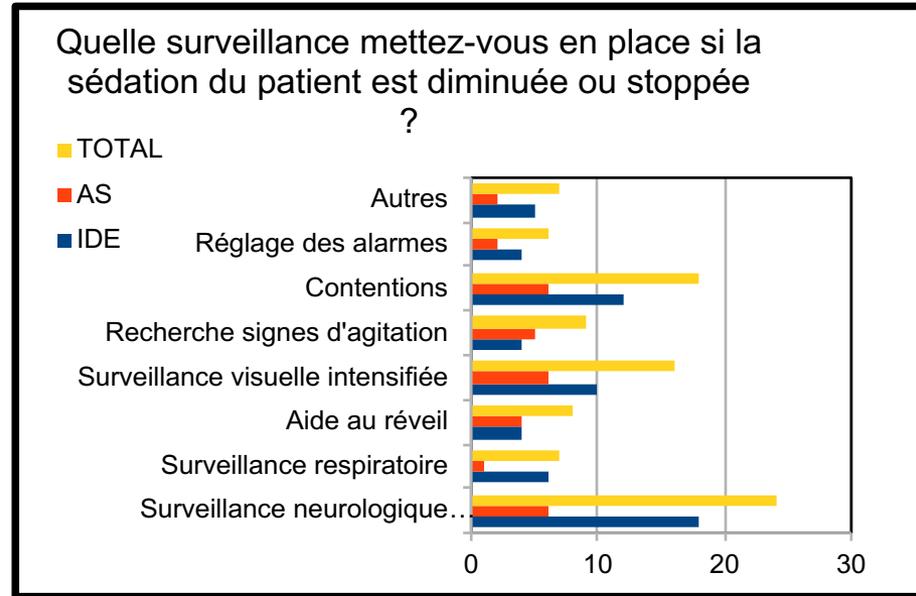
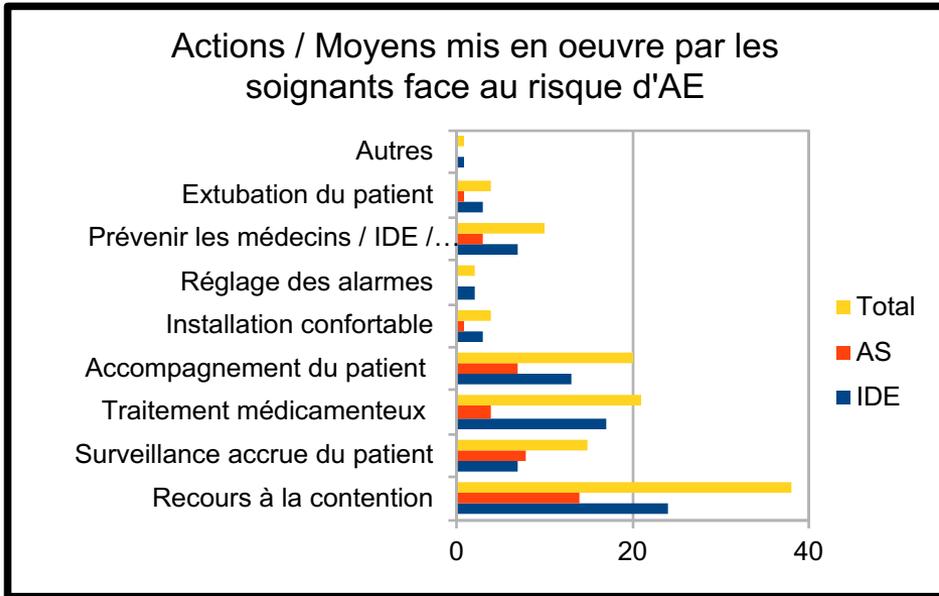
- Changement d'attache de sonde (lie) : 22% des soignants l'identifient comme **soin à risque d'AE**
- Depuis
 - Soins d'attache de sonde en **binôme IDE/AS**
 - Test d'un **nouveau matériel**



Comment ?

Avec ou sans contention

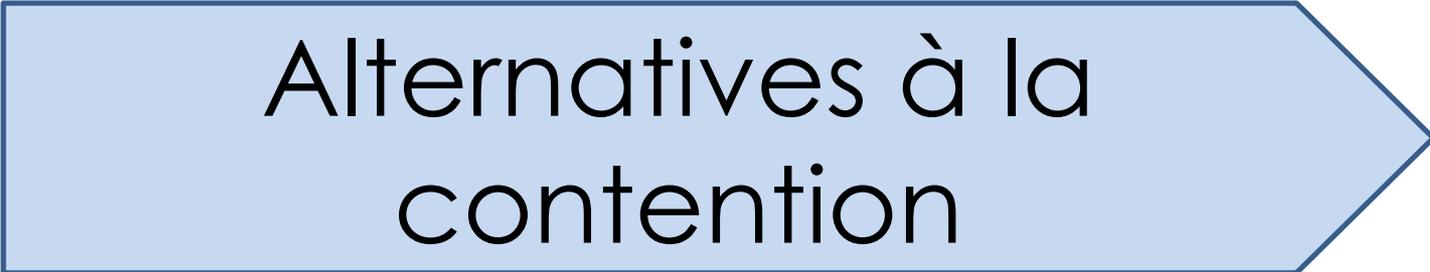
Questionnaires soignants : contention = 1ère action mise en place



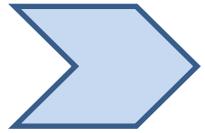
Dossiers patients : contentions présentes dans 56% des AE

Les contentions n'empêchent pas l'Auto-extubation et seraient peut-être même un facteur favorisant !

Quelles sont nos alternatives à la contention ?



Alternatives à la
contention

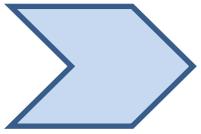


Alternatives à la contention

- Techniques d'hypno-analgésie
- Toucher massage
- Enveloppement sec

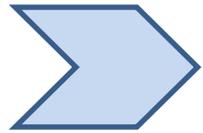
Enveloppement Sec

Une alternative aux contentions ?



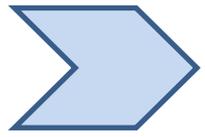
Principes

- Clinique du « sujet extrême »
 - Le « réanimatoire » : état psychotiforme chez un sujet non psychotique, où se déchaînent des expériences infantiles d'angoisse, de catastrophe, de persécution et de détresse.
 - Le « Moi-peau » comme élément de construction
- ➔ Rétablir une limite corporelle
- ➔ Contenir le patient **sans le contensionner**



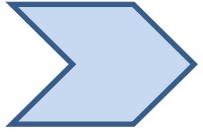
Déroulement (séance de 30 à 45')

- Préparation du matériel et du patient
 - Mise en place des draps
 - Diminuer le volume des alarmes
 - Découvrir le patient
- Massage corps entier, si possible à 4 mains
- Enveloppement dans des draps secs



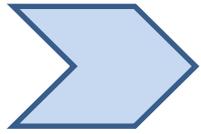
Massage MI





Massage MI / Enveloppement





Enveloppement MI

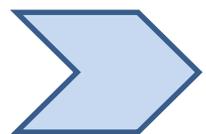


➤ Massage MS



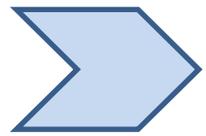
➤ Massage MI / Cervicales





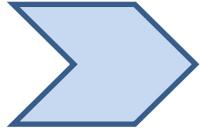
Enveloppement MI





Enveloppement MI

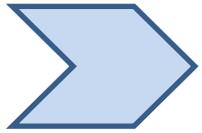




Modalités d'action

Le massage initial permet :

- une relation de communication par le toucher avec le patient
- un soin de détente et de confort dans un contexte de stress post-traumatique et de soins invasifs
- de rétablir un schéma corporel par stimulation sensitive dans un contexte de déstructuration somatique majeure

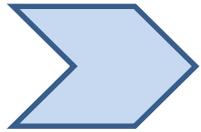


Modalités d'action

Après le massage, la mise en place d'un enveloppement sec dans des draps permet :

- de contenir le malade,
- de participer à la redéfinition du schéma corporel en redonnant au corps ses limites
- de prolonger la stimulation cutanée du massage
- un effet cocon qui maintient le patient dans un environnement calme et sécurisant, délimité et non intrusif

On remarque une modification dans l'interaction des soignants autour d'un patient enveloppé



Contre-indications

- Lésions traumatiques périphériques ne permettant pas la manipulation inhérente au traitement
- Patient présentant des causes traitables d'agitation :
métaboliques, septiques, fièvre, état de mal épileptique,
troubles respiratoires (encombrements, désadaptation au respirateur...)
- Refus du patient

Conclusion

L'Auto-Extubation est **MULTIFACTORIELLE**

Pas de recette miracle pour l'éviter !

mais on peut toujours faire mieux...



Merci
pour
votre
attention

Bibliographie

1. Ai Z-P, Gao X-L, Zhao X-L. Factors associated with unplanned extubation in the Intensive Care Unit for adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018 Aug;47:62–8.
2. Danielis M, Chiaruttini S, Palese A. Unplanned extubations in an intensive care unit: Findings from a critical incident technique. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018 Aug;47:69–77.
3. Kim Curry, Sarah Cobb, Mary Kutash, Crystal Diggs. Characteristics associated with unplanned extubations in a surgical intensive care unit. - PubMed - .pdf. 2008 Jan;17(1):45–51.
- 4 : 6. Huang Y-T. Factors leading to self-extubation of endotracheal tubes in the intensive care unit. *Nurs Crit Care.* 2009 Mar;14(2):68–74.
5. Grosclaude, Michèle. « Le réanimatoire : quelle écoute du psychologue ? », *Le Journal des psychologues*, vol. 275, no. 2, 2010, pp. 38-43.
6. Grosclaude, Michèle. « Le corps réanimé : un sujet extrême », *Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation*, Dunod, 2015, pp. 83-89.
Anzieu Didier. « Le Moi-peau », 1985, p. 236-237



Annexes

PATIENT INTUBE

RASS : R (objectif prescrit par médecin entre 0 et -5)

R = objectif
faire BPS
(sauf si R = -5)

R > objectif
autonomie IDE

Bolus de sédation :
-hypnotique 3ml
-morphinique 3ml (si BPS>4)

☎ Médecin pour réadapter les posologies de sédation

R < objectif
autonomie IDE

- sédation de 1 ml / h hypnotique + morphinique (pas d'arrêt de la morphine ou du sufentanil sans avis médical : minimum 1 ml/h)
- Réévaluation toutes les 3h
- Faire BPS

RASS : score de + 4 à - 5	
	Niveau
Combatif	+ 4
Très agité	+ 3
Agité	+ 2
Ne tient pas en pla ce	+ 1
Eveillé et calme	0
Somnolent	- 1
légère de la vigilance	- 2
modéré de la vigilance	- 3
profonde de la vigilance	- 4
Non réveillable	- 5

BPS (Behavioral Pain Scale) : score entre 3 et 12		
VISAGE	détendu	1
	plissement du front	2
	fermeture des yeux	3
	grimace	4
TONUS MEMBRES SUPERIEURS	aucun	1
	flexion partielle	2
	flexion complète	3
	rétraction	4
ADAPTATION AU RESPIRATEUR	adapté	1
	déclenchem' ponctuel	2
	lutte / respirateur	3
	non ventilable	4

BPS au repos ou lors d'un soin

≤ 4
rien

> 4

Sans SE
analgésiques

Avec SE
analgésiques

5-7
Autonomie IDE
Paracétamol 1g

8-9
☎ médecin
Néfopam 20 mg
ou
Tramadol 50mg

≥ 10
☎ médecin
Titration de Morphine *

Autonomie IDE
Bolus unique
Sufenta 2 ml
ou
Morphine 3ml

envisager ultérieurement une prescription systématique d'analgésiques

CAM-ICU : Échelle d'évaluation des états confusionnels en réanimation



RASS supérieure à -4
(entre -3 et +4)

Aller à l'étape 2

RASS égale -4 ou -5

Stop

Ré-évaluer le patient plus tard

Échelle RASS

Niveau	Description	Définition
+4	Combatif	Combatif, danger immédiat envers l'équipe.
+3	Très agité	Tire, arrache tuyaux ou cathéters et/ou agressif envers l'équipe.
+2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur.
+1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressif.
0	Éveillé et calme	
-1	Somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10s).
-2	Diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10s).
-3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex: ouverture des yeux), mais pas de contact visuel.
-4	Diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum).
-5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum).



Évaluation de la confusion (échelle CAM-ICU) : 1 et 2 et (3 ou 4)

1

Altération ou variation

- Modification de l'état mental basal ?
- Variation du RASS au cours des 24 dernières heures ?

Non

STOP
Absence de confusion

Oui

et

2

Inattention

Lire les dix lettres suivantes : « **A B R A C A D A B R A** »

Erreur : Si le patient ne serre pas la main sur une lettre « A » ou si il la serre sur tout autre lettre que « A ».

En cas d'incertitude sur le résultat faire le test des images.

< 3 erreurs

STOP
Absence de confusion

≥ 3 erreurs

et

3

Niveau de conscience altéré (vrai « RASS »)

Si RASS = 0 aller à l'étape suivante.

si RASS ≠ 0

Confusion

RASS = 0

ou

4

Pensée incohérente

- 1) Est-ce qu'une pierre flotte sur l'eau ? (ou : Est-ce qu'une feuille flotte sur l'eau ?)
- 2) Y a t'il des poissons dans la mer ? (ou : Y a t'il des éléphants dans la mer ?)
- 3) Est-ce qu'un kilogramme pèse plus que 2 kilogrammes ? (ou : Est-ce que 2 kg pèsent plus que 1 kg ?)
- 4) Peut-on utiliser un marteau pour enfoncer un clou ? (ou : Pouvez-vous utiliser un marteau pour couper du bois ?)
- 5) Dire : « Montrez autant de doigts que moi » (en montrant 2 doigts au patient). « Maintenant faites pareil avec l'autre main » (sans répéter le nombre de doigts). Si un bras est indisponible dire « Ajouter un doigt ».

≥ 2 erreurs

Confusion

< 2 erreurs

STOP
Absence de confusion