



Rôle de l'aide-soignante auprès d'un patient intubé-ventilé

Évelyne Geoffroy, Clémence Rougeot

► To cite this version:

Évelyne Geoffroy, Clémence Rougeot. Rôle de l'aide-soignante auprès d'un patient intubé-ventilé. *L'Aide Soignante*, 2016, 30, pp.28 - 30. <10.1016/j.aidsoi.2016.09.010>. <hal-03487417>

HAL Id: hal-03487417

<https://hal.science/hal-03487417v1>

Submitted on 20 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Dothead Pratique
Sous-dothead Conduite à tenir

Rôle de l'aide-soignant auprès d'un **patient intubé-ventilé**

Évelyne Geoffroy
Aide-soignante

Clémence Rougeot*
Infirmière

Hôpital Central-CHRU Nancy
Service de réanimation médicale
Bâtiment Chalnot
29, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny,
54035 Nancy cedex, France

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail : clemencerougeot@hotmail.com (C. Rougeot).

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteurs n'ont pas transmis de liens d'intérêts.

Résumé

L'intubation d'un patient est indiquée afin de protéger les voies aériennes inférieures. La prise en charge du patient intubé-ventilé demande aux soignants une surveillance optimale du patient afin de répondre à tous ses besoins fondamentaux qu'il ne peut plus assurer seul. La communication verbale et non verbale sont des incontournables des soins relationnels qui sont parfaitement intégrés en parallèle des soins techniques.

© 2016

Mots clés – aspiration ; assistance respiratoire artificielle ; intubation ; réanimation ; surveillance

Illus Rougeot.jpg

© BODENHAM / LTH NHS TRUST/SPL/PHANIE

Légende : Patient sous assistance respiratoire hospitalisé dans un service de soins intensifs.

Les patients présentant une ou plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant en jeu directement leur pronostic vital sont orientés vers un service de réanimation. Fréquemment, ils y bénéficient d'une assistance respiratoire artificielle par le biais d'un respirateur relié à une sonde d'intubation. Ils sont intubés-ventilés. L'aide-soignant en collaboration étroite avec l'infirmier participe à la prise en charge globale du patient [1,2].

T1 Définitions

TEG1 L'intubation orotrachéale est un geste médical consistant à placer dans la trachée, en passant par la bouche ou la narine, un tube de 6 mm de diamètre environ. Cette sonde est équipée d'un ballonnet étanche qui empêche le passage de liquide dans les bronches.

TEG1 La ventilation artificielle est un procédé qui permet d'assurer la fonction respiratoire d'une personne lorsqu'elle ne peut plus l'assurer seule comme dans le cas d'un coma ou d'une insuffisance

respiratoire. Elle est assurée par un respirateur artificiel qui insuffle l'air à différentes pressions pour faciliter les échanges gazeux.

T1 L'intubation-ventilation

T2 Indications

TEG1 L'intubation d'un patient est indiquée afin de protéger les voies aériennes inférieures et le parenchyme pulmonaire contre le risque d'inhalation¹. Il est également préconisé d'intuber des patients nécessitant des aspirations trachéales parce qu'elles ne peuvent assurer le drainage correct de leur arbre trachéobronchique (sécrétions bronchiques abondantes, toux inefficace) avec risque d'atélectasie².

TEG1 La ventilation mécanique est utilisée également chez le patient en insuffisance respiratoire aiguë ou en situation de détresse vitale. D'autres indications sont à relever telles que la détresse respiratoire, l'œdème pulmonaire, le coma, entraînant une défaillance des commandes du système nerveux central, mais également en cas de traumatisme thoracique sévère. Cependant, l'intubation orotrachéale peut avoir lieu n'importe où.

T2 Matériel

Le matériel nécessaire à l'intubation se compose : d'un laryngoscope, d'une lame (différentes tailles), d'une pince de Magill (qui permet de pousser la sonde d'intubation mais aussi de récupérer des objets dans les voies aériennes), d'une paire de ciseaux, d'une sonde d'intubation (différentes tailles), d'une seringue de 10 mL pour gonfler le ballonnet de la sonde d'intubation, d'un cordon de fixation, d'un spray lubrifiant, d'un mandrin avec curseur si nécessaire pour guider la sonde d'intubation, de lunettes de protection, d'un stéthoscope, d'un insufflateur manuel, d'une canule oropharyngée et d'un manomètre de contrôle, permettant de mesurer le gonflage et la pression du ballonnet de la sonde d'intubation.

T2 Mise en place de la sonde d'intubation

TEG1 Plusieurs médicaments sont administrés par voie intraveineuse, avant l'intubation. Ainsi, le patient est généralement sédaté et curarisé. La sédation a une action sur son état de conscience, et la curarisation agit sur la jonction neuromusculaire provoquant, un relâchement musculaire.

TEG1 Lors de l'intubation, l'aide-soignant et l'infirmier vérifient que le patient ne porte pas de prothèse dentaire. Le patient intubé doit être manipulé avec soin et vigilance. Des précautions indispensables sont à prendre afin d'éviter l'extubation et de garantir sa sécurité. Il s'agit essentiellement de la mise en place de contentions (mains, plus rarement pieds), et de la surveillance visuelle et clinique du patient.

TEG1 Une sonde nasogastrique est mise en place par l'infirmière après l'intubation permettant de vider l'estomac du patient de son contenu gastrique afin d'éviter toute inhalation.

T1 Rôle de l'aide-soignant

En service de réanimation, le patient intubé demande des soins spécifiques que l'aide-soignante dispense en binôme avec l'infirmière. À l'arrivée du patient, l'aide-soignante réalise l'ensemble des surveillances de base, et garantit des soins d'hygiène et de confort.

À sa prise de poste, de jour comme de nuit, l'aide-soignant débute par la prise de transmissions concernant les patients dont il a la charge, de son leur motif d'hospitalisation et de leur son environnement (dispositifs invasifs ou non).

T2 Mobilisation du patient intubé-ventilé

T3 Installation du patient

TEG1 Le patient est installé, sauf contre-indication médicale, en position demi-assise (30 degrés), afin de favoriser le drainage postural des sécrétions bronchiques.

Le décubitus dorsal nécessite une prévention accrue des escarres de l'occiput et des points d'appuis corporels comme les talons, le sacrum, les coudes.

Le décubitus latéral est choisi en cas d'atélectasie, afin de drainer et mobiliser les sécrétions bronchiques.

Le décubitus ventral est nécessaire lors de détresses respiratoires aiguës sévères car cela favorise le recrutement de territoires bronchiques et améliore l'état respiratoire du patient.

TEG1 Quand l'état clinique du patient le permet, et en collaboration avec l'infirmier et le kinésithérapeute, l'aide-soignante mobilise le patient intubé-ventilé au fauteuil. Lors de la réalisation de ce soin, elle effectue également une pesée du patient par le biais d'un lève-malade, et assure le déplacement de celui-ci en surveillant le suivi des dispositifs médicaux.

T3 Latéralisation du patient intubé-ventilé

Lorsque le patient est intubé, la muqueuse nasale n'assure plus son rôle de filtration de l'air inspiré et il y a diminution du réflexe de toux, ce qui provoque des troubles de la déglutition. Les sécrétions non évacuées stagnent et entraînent un encombrement bronchique.

TEG1 L'aspiration vise à éliminer les sécrétions des voies aériennes chez le patient intubé ou trachéotomisé afin d'en assurer la liberté et de prévenir la surinfection pulmonaire. Il en existe différents types comme l'aspiration buccale, nasale ou endotrachéale.

TEG1 Les aspirations bronchiques se réalisent en fonction de la survenue de différents signes :

- bruits dans le tuyau du respirateur ;
- augmentation de la pression d'expiration ;
- signes d'hypercapnie (sueur, tachycardie, rougeurs faciales) ;
- toux.

TEG1 L'aide-soignante pratique les aspirations buccales et nasales. Lors des aspirations endotrachéales pratiquées par l'infirmière, l'aide-soignante participe à la surveillance de la tolérance du patient et à détecter des complications potentielles : microlésions sur la trachée, hypoxie, bronchospasme, risque infectieux, collapsus de reventilation (risque d'une chute brutale de la pression artérielle dès que la ventilation du patient est correcte), œdème de la trachée, escarre de lèvre causée par le positionnement de la sonde d'intubation.

TEG1 Le changement de la canule d'aspiration buccale, de la poche d'aspiration et du flacon de rinçage est effectué toutes les 24 heures ou plus si nécessaire. Le soin est tracé. Le matériel est éliminé dans une poubelle de déchets d'activité de soins à risque infectieux.

T2 Surveillance

TEG1 Les paramètres à surveiller sont : la saturation pulsatile en oxygène, la coloration de la peau, le faciès et l'état de conscience, la fréquence cardiaque, la pression artérielle, l'hyperthermie (signes d'infections pulmonaires ou autres), la fréquence respiratoire, l'état clinique du patient.

La surveillance porte également sur les alarmes du respirateur réglées selon des valeurs liées à la pathologie du patient, des soins d'hygiène et de confort adaptés, une alimentation entérale, la perméabilité de la sonde nasogastrique et le bon fonctionnement de la pompe.

TEG1 Le malade intubé nécessite d'être régulièrement bronchoaspiré, d'une part pour son confort et d'autre part pour ne pas aggraver son état respiratoire.

TEG1 L'aide-soignante surveille l'état cutané et met en œuvre des techniques de mobilisation pour prévenir les escarres, notamment des effleurages ; il transmet l'information de toute altération de l'état cutané du patient auprès de l'infirmier.

TEG1 L'aide-soignant effectue des soins oculaires en appliquant de la vitamine A ou du collyre pour éviter le dessèchement de la cornée, surtout si le patient est curarisé, et change le sparadrap qui tient la sonde nasogastrique.

TEG1 Elle assure aussi l'hygiène de l'environnement du patient, et aide l'infirmier dans ses soins tels que les pansements. Il décontamine, désinfecte le matériel, nettoie et entretient le matériel à usage multiple avant son rangement, et approvisionne les postes de soins et les réserves.

TEG1 Pour garantir la sécurité du patient, l'aide-soignant réfère à l'infirmier de tout changement de comportement de celui-ci afin d'adapter la prise en charge.

T2 Toilette

Au moment de la toilette, en collaboration avec l'infirmier, l'aide-soignante assure les soins de bouche, à effectuer six fois par jour, avec utilisation d'un antiseptique bactéricide et/ou d'un antifongique en cas de mycose, et sur prescription médicale. Lors du rasage et du changement de cordon de fixation de la sonde d'intubation, l'aide-soignante, sous le regard vigilant de l'infirmier, manipule délicatement la sonde afin d'éviter de sectionner l'extrémité du ballonnet, de la déplacer ou provoquer une extubation accidentelle.

T2 Communication

TEG1 Le rôle de l'aide-soignante est d'informer le patient à son réveil sur la nécessité de ses contentions qui garantissent avant tout sa sécurité (éviter le risque de déconnexion ou détérioration des équipements médicaux ainsi que son auto-extubation).

TEG1 La relation d'aide est un soin qui fait partie intégrante de la communication avec le patient.

La communication verbale est complexe avec un patient intubé-ventilé. Un patient en phase de réveil ne peut s'exprimer, se sentir incompris, devenir anxieux et donc s'agiter.

TEG1 L'aide-soignante peut utiliser des supports pour échanger avec le malade par le biais d'une ardoise, de cartes imagées, et peut également utiliser la communication non verbale, les gestes, les attitudes de réassurance. La communication permet de créer une alliance thérapeutique entre le soignant, le patient et sa famille.

Notes

1 Inhalation : absorption par les voies respiratoires du contenu gastrique lors d'un vomissement, pouvant provoquer une pneumopathie.

2 Atélectasie : affaissement des alvéoles de tout ou une partie d'un des deux poumons par absence de ventilation.

Références

[1] Arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant.
www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449527

[2] Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier