

Der Irrtum mit dem Intensivbett – oder warum die Einlieferung der «schlimmste Tag Ihres Lebens» sein kann

Das Intensivbett ist eigentlich kein Bett. Es ist eine Werkbank, auf der
Sie nie liegen wollen.

L'erreur avec le lit de soins intensifs

Le lit de soins intensifs n'est pas
vraiment un lit. C'est un établi sur
lequel vous ne voudriez sans doute
jamais être allongé

Michael Schilliger, 2021-12-30

Parfois, on a l'impression qu'ils communiquent entre eux. Un bip aigu, là, au fond de l'aile, immédiatement suivi d'un bip sombre ici, devant, puis quelque part entre les deux, un autre son retentit, un peu plus long, se terminant brusquement, pause, silence, jusqu'à ce que, soudain, là, un bip, l'un des lits de soins intensifs se mette à nouveau à parler.

Il est tôt le matin, un jour de fin novembre, dans un hôpital du

canton de Zurich, que nous ne nommerons pas, tout comme les personnes, parce que ce qui se passe ici se déroule simultanément dans d'autres endroits. C'est la visite dans l'unité de soins intensifs et nous, c'est-à-dire trois médecins, une infirmière et moi-même, nous trouvons auprès d'une patiente dont le cœur a changé de rythme à plusieurs reprises pendant la nuit. Les médecins ne s'inquiètent pas, cela va probablement se stabiliser, du moins ils l'espèrent.

Ils sont encore devant l'ordinateur, entrent le dosage des médicaments qui ont été administrés pendant la nuit et qui le seront dans les heures à venir, cochent les différentes étapes du protocole et s'apprêtent à passer au deuxième patient, mais au bout du couloir apparaît une silhouette enveloppée d'un manteau vert :

Infirmière A : "Pouvez-vous sauter cette étape et regarder d'abord le seul patient ici, chez nous?"

"Ici, chez nous", c'est une pièce séparée du reste de l'aile : l'unité de soins intensifs Covid.

Il y a ici trois lits de soins intensifs avec trois patients, dont l'un aura quitté son lit dans quelques heures, l'autre aura poursuivi son sommeil profond et l'un d'entre eux ne pourra peut-être plus respirer par lui-même.

Le lit, le lit, le lit !

Depuis le début de la pandémie, on parle de vaccins, de variantes, d'incidences - mais surtout, on parle tout le temps de lits de soins intensifs.

Pourquoi n'en avons-nous pas assez? Où sont-ils tous passés? Pourquoi ont-ils été supprimés, même maintenant, pendant la pandémie? Pourquoi ne pas les reconstruire? C'est une sorte de soliloque confus. Une partie du pays négocie quelque chose qu'elle connaît à peine. Certes, les

médecins et les infirmières
interviennent de temps en temps
par des messages vidéo, donnant
l'impression qu'autour d'eux, les
patients meurent comme des
mouches. Mais leurs paroles se
perdent, non pas sans être
entendues, mais en quelque sorte
incomprises. Au lieu de cela, ils
demandent simplement plus. Plus
de lits de soins intensifs. Comme si
c'était la solution. Il faut bien
trouver quelque chose à opposer à
cet ennemi invisible. Mais qu'est-ce
qu'un lit de soins intensifs? Et

pourquoi, oui, pourquoi est-ce si compliqué avec ces lits?

Il existe de nombreuses idées étranges sur les lits de soins intensifs. Par exemple, qu'il suffirait d'en avoir plus - et tout irait bien.

Ce n'est qu'une des nombreuses erreurs.

Les médecins se tiennent maintenant près du lit du patient 1, vers lequel l'infirmière A les a

appelés. Quelque chose est différent ici, dans l'unité de soins intensifs Covid. Ça bipe aussi, comme dans l'aile normale, mais il y a aussi un bruissement, comme le vent qui souffle dans une forêt. Mais il n'y a pas d'oiseaux qui piaillent, ni de vent, mais des appareils de perfusion, appelés perfuseurs, dont le contenu s'épuise, et l'oxygène qui sort d'un tuyau devant le nez du patient 1.

Le patient 1 respire de manière autonome - encore. Il a une

soixantaine d'années, est "en pleine forme", dit le médecin, n'a pas d'antécédents médicaux, mais surtout est doublement vacciné, "le premier cas de ce genre", et ce sera le seul dans cette unité de soins intensifs des semaines plus tard, à l'exception d'un patient qui souffre également de leucémie et ne peut donc pas produire d'anticorps. Le patient 1 reçoit plus d'oxygène par le biais du tube, la saturation dans son sang est malgré tout basse, les médecins étudient la courbe : "Nous devrons peut-être bientôt l'intuber."

Dans une demi-heure environ".

L'infirmière s'y oppose : "Attendons, il est en fait en forme. Nous essaierons de le remettre sur le ventre plus tard".

L'intubation est la dernière étape, la dernière étape que l'on voudrait en fait éviter. Avant cela, on épuise tous les autres moyens dont dispose la technique médicale moderne. Ce qu'on appelle les aides respiratoires non invasives, c'est-à-dire un tuyau qui souffle de l'air enrichi en oxygène vers le nez. Ces lunettes

nasales permettent d'obtenir de l'air contenant plus d'oxygène, 45 pour cent au lieu de 21. Si cela ne suffit pas, un masque est posé dessus, ce qui permet d'augmenter encore la teneur en oxygène, le volume et la pression de l'air. Lorsque tout est ouvert, "ils se retrouvent pratiquement comme sur un vélo de course avec un vent contraire", compare l'un des médecins. On ne peut pas faire plus.

Le patient 1 reçoit de nombreux médicaments, mais il n'a pas encore besoin de soins aussi intensifs qu'un patient intubé. Il faut le surveiller en permanence et le repositionner ; il n'a plus assez de force pour se déplacer lui-même. Plus tard dans la matinée, lorsqu'il doit faire pipi, deux soignantes l'aident à s'asseoir et lui apportent un récipient dans lequel il peut uriner. Son taux d'oxygène s'effondre alors de manière inquiétante.

Le patient 1 nécessite donc lui aussi des soins intensifs. Une soignante observe ses paramètres en permanence. Elle essaie maintenant de le mettre en position ventrale avec une collègue. Le drap est là pour ça. Il aide à repositionner le patient. C'est de la mécanique grossière, on pousse et on tire sur le patient, un morceau de chair et d'os sans défense, la blouse glisse parfois de telle sorte qu'il se retrouve presque nu. Un médecin raconte que les patients de la vague actuelle sont nettement

plus obèses. "Dans les vagues précédentes, il nous fallait trois personnes pour déplacer quelqu'un. Maintenant, nous avons besoin de trois personnes fortes".

Allongé sur le ventre, la respiration est plus facile, en théorie. Lors du transfert, le patient 1 perd une sonde, les valeurs sur l'écran de contrôle s'effacent complètement, une ligne droite apparaît à la place des courbes. Les médecins rient. Il est trop évident que le patient 1 n'a pas pu mourir à ce moment-là, il

rôle trop fort pour cela. Ils ajustent rapidement la sonde et repositionnent correctement le tuyau d'oxygène. Mais peu de temps après, il est clair que même la position ventrale ne sert pas à grand-chose.

Le médecin s'approche du lit du patient 1. "Comment ça va? Vous m'entendez? Bon, regardez, vous vous en sortez très bien. Vraiment. Mais nous sommes maintenant à la limite de ce que nous pouvons donner comme oxygène avec ces

moyens. On ne peut guère faire plus. Si les valeurs ne s'améliorent pas, il se peut que nous devions bientôt intuber. Nous en avons déjà parlé hier. Qu'il faudra donc vous plonger dans un coma artificiel et vous mettre le tube. Pour que vous surviviez. Ou avoir une chance de survivre".

Le patient 1 acquiesce.

Un croissant

Séparé du patient 1 par une fine paroi de verre, le patient 2 est allongé.

Le médecin s'approche de lui.

"Comment allons-nous? Vous avez réussi. Aujourd'hui, vous allez dans le service Covid normal".

Le patient 2, non vacciné, a passé les pires jours. Il n'a pas eu besoin d'être intubé, mais la maladie l'a rongé. Certains patients perdent plus de dix pour cent de leur masse musculaire. Le patient 2 est si

faible que sa voix n'est plus qu'un croassement rauque.

"J'ai mangé aujourd'hui", dit-il, puis il doit inspirer, prendre des forces, "pour la première fois depuis trois semaines", nouvelle pause que le médecin attend patiemment, "à nouveau quelque chose". Pause.

"Un croissant". Pause, non pas à cause de l'air, mais parce que des larmes roulent sur la joue du patient 2, "avec de la confiture".

Le lit de soins intensifs du patient 2 ne bipe presque plus. Les derniers tuyaux sont décrochés pendant ces minutes, une soignante cherche un sac dans lequel le patient pense avoir mis ses chaussures. Il avait été transféré ici d'un plus grand hôpital, où il n'y avait plus de place. Le sac est actuellement introuvable, mais cela n'a aucune importance. Finalement, un lit d'hôpital normal arrive, le patient 2 est transféré à quatre dans le lit ordinaire et évacué.

Le lit est maintenant vide, il a l'air dévasté, avec les draps et les oreillers, mais il ne reste pas une seconde ainsi, le matériel de lit est retiré, et il est là, ce cadre de lit, nu, prêt à être emporté, à la cave, où il sera complètement désinfecté, comme un avion qui va dans le hangar pour que les vis soient serrées, les bosses réparées.

Le matelas? Pas de mousse, mais des chambres à air comprimé, chacune gonflable à des degrés différents, ce qui réduit le risque

que les patients soient endoloris. Et il est facile à nettoyer.

Les données du patient 1 continuent de varier fortement. Entre-temps, les médecins ont fait une anatomie d'intubation : ils ont étudié le pharynx, de sorte qu'une intubation pourrait être effectuée immédiatement. D'autres perfusions sont déjà posées, on ne veut pas affaiblir davantage le corps à ce moment-là.

L'infirmière se bat toujours pour le patient 1. Elle plaide pour qu'on ne l'intube pas, il s'en sortira tout seul.

Un corps, rien de plus

Un rideau sépare la vie du combat à mort, le patient 2, qui a réussi, du patient 3, qui est intubé sur le lit.

Le combat à mort a l'air paisible. Car le patient 3, non vacciné, dort profondément. Il est plongé dans un coma artificiel, un tube est fixé au-dessus de sa bouche par lequel il

est ventilé, une sonde lui fournit de la nourriture, des poches sont suspendues d'un côté du lit pour recueillir l'urine et les selles. De nombreux tuyaux conduisent des médicaments au patient 3 et un tube permet de mesurer en permanence la pression artérielle.

Le lit de soins intensifs n'est pas vraiment un lit. C'est une sorte d'établi dans un atelier. Et cet atelier dispose de presque tous les outils médicaux qui permettent de remplacer le corps. L'être humain

est allongé là comme une voiture dont le moteur doit être ponté. On le fait tourner jusqu'à ce qu'il redémarre. Un médecin dit : "La médecine intensive est un pont vers la vie, un pont vers la transplantation, un pont vers la récupération".

Bien sûr, au milieu, au centre de tout ce que l'on doit compter comme lit de soins intensifs, il y a un sommier, mais même ce terme est insuffisant. Un sommier de lit de soins intensifs est un objet

techniquement très complexe. Il peut être réglé, à l'avant, à l'arrière, au milieu, il peut être radiographié de côté, certains cadres de lits de soins intensifs peuvent être redressés à tel point que le patient, s'il était arrimé, pourrait se tenir debout. On voit alors ce qu'est vraiment le cadre du lit de soins intensifs : une plateforme élévatrice sur laquelle repose le corps à réparer.

Au-dessus du lit, deux gros bras s'écartent, auxquels sont accrochés

des appareils et qui encadrent le cadre du lit. A gauche du patient 3 s'empilent les appareils de perfusion, dans lesquels sont fixés du sérum physiologique, des analgésiques, des somnifères, de l'insuline, des médicaments pour la tension artérielle et des relaxants musculaires.

Sur le côté droit se trouve le respirateur et un moniteur, ainsi que tout ce qui est nécessaire pour l'alimentation artificielle. D'autres appareils peuvent être ajoutés et

raccordés. Il y a bien sûr une échographie mobile, une prise de gaz et des appareils de dialyse. Douze prises de courant sont nécessaires pour un lit de soins intensifs, mais quand on voit tous les câbles et les machines, le nombre semble bien trop petit. Dans les hôpitaux spécialisés en cardiologie, on trouve encore une machine cœur-poumon. Cela permettrait de remplacer complètement aussi bien le cœur que les poumons, du moins pendant un certain temps.

"Depuis combien de temps est-il intubé? Dix ou douze jours?", demande le médecin.

"Non, six", répond l'infirmière.

"Ah oui, six ou sept".

Le nombre de jours n'a guère d'importance. Normalement, un patient reste 3,6 jours aux soins intensifs. Avec le Covid-19, c'est deux à trois semaines. L'un des médecins raconte : "Même après six

semaines, ils ne doivent pas encore jeter l'éponge. Les évolutions peuvent se prolonger longtemps sans s'aggraver; il faut leur laisser le temps. La question est de savoir si on a les lits".

Pour les médecins, une nouvelle maladie est toujours une découverte. "C'est comme un nouveau continent. Où trouver de l'eau, de la nourriture, quels dangers se cachent où?", c'est ainsi qu'un médecin de soins intensifs décrit la situation. Dans le cas des

patients Covid, les médecins ne savaient pas au début : comment ventiler, avec quelle pression, combien de temps, à quels intervalles? De combien de médicaments les patients ont-ils besoin et à quelle vitesse leur état évolue-t-il?

Le médecin raconte que les images de Bergame, au début de la pandémie, les ont également choqués. C'était impressionnant ; quoi que l'on fasse, les patients mouraient. Beaucoup trop

nombreux. Il a fallu du temps pour comprendre ce qui rend les patients Covid particuliers : ils ont un risque plus élevé d'embolie pulmonaire et leur corps résiste plus fortement que celui des autres patients aux somnifères et aux relaxants musculaires. Ils ont besoin de beaucoup plus de médicaments.

Cela semble être une constatation banale, mais elle permet de sauver des vies. Car les patients Covid respirent de manière très irrégulière. Un médecin-chef des

soins intensifs le formule ainsi : "*Ils vous soufflent un gheu zäme*¹, c'est à peine supportable". Cela rend à son tour la ventilation assistée difficile, voire dangereuse. Si les poumons respirent contre l'air avec lequel on soutient le patient, cela peut le déchirer. Il faut donc le sédater jusqu'à ce que les poumons cessent leur travail et que l'on puisse le reprendre complètement avec le respirateur. Si l'on donne trop peu de myorelaxants, trop peu de somnifères, cela se passe mal. Mais l'intubation est également

¹ Die schnaufen Ihnen ein Gheu zäme. Aucune idée du sens ; c'est probablement du suisse. Je me renseigne.

dangereuse, chaque respiration artificielle endommage les poumons. Le tube est un risque d'infection. Et surtout : celui qui doit être intubé a déjà les poumons très atteints. Seule la moitié des personnes intubées parviennent à revenir.

Le patient 3, intubé, sous respiration artificielle, éliminant ses excréments et son urine dans des poches, sa tension artérielle et sa glycémie régulées par des médicaments, est ici, dans son lit de

soins intensifs, réduit à l'essentiel.
Un cœur qui bat, un cerveau qui dort. Un système immunitaire qui lutte contre le virus.

C'est peut-être la plus grande erreur dans toute la discussion sur les lits de soins intensifs : que si l'on tombait gravement malade, on serait déjà sauvé tant qu'il y aurait suffisamment de lits de soins intensifs. Il n'y a pas encore de médicament qui soigne ce virus. Celui qui est intubé dans une unité de soins intensifs ne peut

qu'espérer que son système immunitaire soit suffisamment fort pour gagner la bataille contre le virus. Un médecin dit : "Le corps doit se régénérer lui-même, nettoyer l'inflammation, rafistoler les poumons et, dans la lutte contre le virus, laisser suffisamment de tissu pulmonaire pour qu'ils puissent à nouveau respirer".

Chez le patient 3, les médecins essaient aujourd'hui de réduire un peu la ventilation, du moins la pression. Ils ne réduisent celle-ci

que très doucement. Essai et erreur. C'est souvent comme ça que ça se passe en médecine.

Il n'y a guère plus à faire ici pour les médecins - ils doivent encore une fois regarder le patient 1, dont les paramètres continuent de fluctuer. Intuber ou ne pas intuber? L'infirmière se consacre maintenant au patient 3. Trois fois par équipe, elle essaie de le repositionner pour qu'il ne soit pas à vif. Les nombreux tuyaux et sondes doivent également être

déplacés en permanence. Si l'un des tuyaux reste trop longtemps à la commissure des lèvres, si la sonde d'intubation est trop longtemps fixée de la même manière, les tissus manquent là aussi d'irrigation. Bien sûr, il faut laver le patient 3, lui brosser les dents, lui laver la bouche, le rincer, changer les poches de selles et d'urine. Ensuite, ça sent mauvais dans l'unité de soins intensifs.

Le patient 3, ventilé artificiellement, nourri

artificiellement, vidé
artificiellement, n'est plus
beaucoup un être humain ici, dans
le lit de soins intensifs, mais un
corps que l'on maintient en vie.
L'infirmière ne sait pas ce qu'il
perçoit des travaux d'entretien
dans son sommeil profond. Elle lui
parle comme s'il était conscient.

Plus tard, sa femme vient lui
rendre visite. Elle s'assied à ses
côtés, puis lui prend la main. Son
rythme cardiaque change, les
données sur le moniteur indiquent

qu'il dort désormais un peu moins profondément. "Je pense déjà qu'il sent que je suis là", dit-elle.

"C'est peut-être bien", dit l'aide-soignante. Elle raconte plus tard que dans un autre hôpital, elle a un jour demandé à d'anciens patients s'ils se souvenaient de quelque chose de leur période de coma.

"L'un d'entre eux a raconté qu'il avait entendu le bruit de l'aspiration, qu'il ne savait pas de quoi il s'agissait, mais qu'il avait été suivi à chaque fois d'une

sensation désagréable. Un autre s'est souvenu que quelqu'un avait dit que tout irait bien".

Trois semaines plus tard

Le patient 1 a réussi à s'en sortir sans intubation. Et le patient 3 s'est réveillé. Moins de patients meurent que lors des vagues précédentes. Environ 10 pour cent. Ce n'est donc pas si grave que ça? Il suffit d'installer plus de lits de soins intensifs et le problème est résolu?

Le chef de l'unité de soins intensifs dit : "On peut le faire, mais alors nous nous occupons simplement de plus de patients avec le même personnel. Il arrive que quelqu'un soit blessé, qu'il ait une infection. Peut-être que cela se passera bien. Peut-être pas".

L'infirmière dit : "Celui qui atterrit chez nous est très malade. Il a besoin d'une prise en charge intensive, matérielle, médicale, technique - mais ensuite aussi

psychique. Beaucoup sont
traumatisés. On ne planifie pas
cela. On planifie de nombreuses
opérations - on ne planifie jamais le
séjour dans un lit de soins intensifs.
Pour beaucoup, le jour où ils
arrivent aux soins intensifs est le
pire de leur vie".

Extrait de l'e-Paper du 30.12.2021

paru sur

<https://www.nzz.ch/schweiz/der-irrtum-mit-dem-intensivbett-ld.1662456>

Traduit par DeepL et revu « à la main » par Wergosum le jour de la parution.