

Promotion de la mobilité chez le patient hospitalisé

Implantation de pratiques exemplaires pour une éviter le déconditionnement associé à l'hospitalisation

Julie Arsenault, physiothérapeute
Assistante-chef du service de physiothérapie

Été 2020



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

RESEARCH
Université
de Montréal

Objectifs de la formation

- Définir le déclin fonctionnel et la réserve physiologique.
- Définir le déconditionnement associé à l'hospitalisation.
- Démystifier la mobilisation précoce.
- Connaître la démarche clinique pour la reprise de la mobilité du patient âgé hospitalisé.



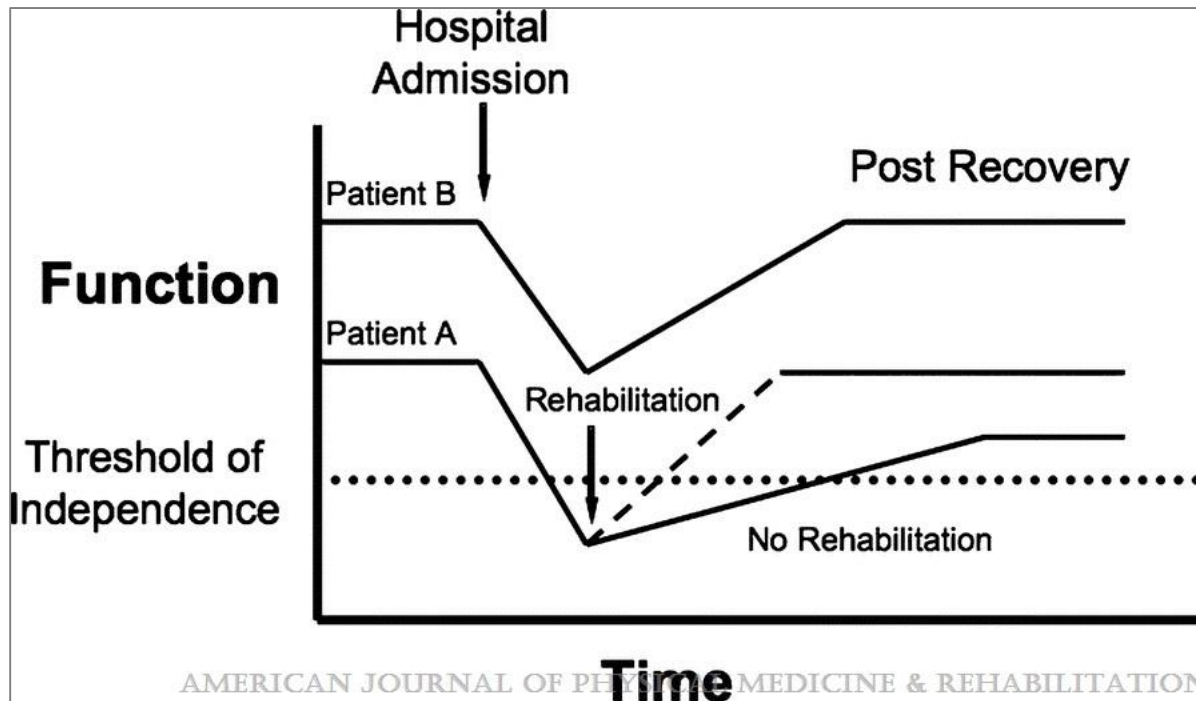
Déclin fonctionnel

- Le tiers des personnes âgées hospitalisées en soins de courte durée subissent un déclin fonctionnel.
- Définition: capacité réduite d'effectuer les AVQ liées à une altération du fonctionnement physique et cognitif.



Déclin fonctionnel (suite)

Réserve physiologique



Déconditionnement associé à l'hospitalisation

- 83% du temps d'hospitalisation est passé au lit
- 12% du temps dans le fauteuil



5 % d'activités



Déconditionnement associé à l'hospitalisation (suite)

- L'immobilisation prolongée à l'hôpital provoque de nombreux déficits chez la PA dont:
 - Diminution de la force musculaire.
 - Diminution de la masse musculaire.
 - Diminution du fonctionnement cognitif.
 - Diminution de la synthèse des protéines.
 - Diminution de l'endurance cardio-vasculaire.
 - Diminution de l'autonomie dans AVQ
 - ...



Déconditionnement associé à l'hospitalisation (suite)

- L'immobilisation prolongée n'est pas synonyme d'alitement.
- Déconditionnement associé à l'hospitalisation
→ déclin fonctionnel multisystémique



Déconditionnement associé à l'hospitalisation (suite)

- Un diagnostic qui coûte cher à tous les points de vue!
- Comment l'éviter?

 Encourager la mobilisation précoce!

Mobilisation précoce: définition

Dès que possible, atteindre le plus haut niveau de mobilité pour chaque patient et ce, 4x /jour minimalement.



« *Dès que possible* »

- Au bon moment, « just-in-time »
- Notion de sécurité
 - Selon état clinique
 - Selon instrumentation
 - Selon collaboration
 - Selon éveil/douleur



«atteindre le plus haut niveau de mobilité pour chaque patient »

- Selon chaque patient
- Etapes par étapes
- Respecter les pré-requis
- Connaître le niveau fonctionnel pré-hospit?



« et ce, 4x /jour minimalement. »

« Movement is medecine »

- Le mouvement est un médicament prescrit aussi important que les autres.



Mobilisation précoce du patient hospitalisé (suite)

- Dès que possible, il faut donc que le patient se mobilise tel qu'il le faisait à la maison tout en respectant les critères de stabilité médicale et ce 4x/jour minimalement afin d'éviter tous les effets néfastes nommés précédemment.



Mobilisation précoce du patient hospitalisé (suite)

- Oui mais ... pas à n'importe quel prix!!
- Important de ne pas sauter d'étapes
- Surtout si le patient a été alité quelques jours
- A quelle étape de mobilisation mon patient est-il rendu?



Démarche clinique

Étapes pré-fauteuil

- Informer le patient, verticaliser 30 minutes
- Exercices de pompage des membres inférieurs
- Asseoir au bord du lit
- Évaluer: SV, S/S, équilibre, force, ...
- Attendre 2-3 minutes assis
 - Si adéquat → Progresser vers station debout
 - Si non-adéquat → **STOP-réessayez plus tard**



Démarche clinique

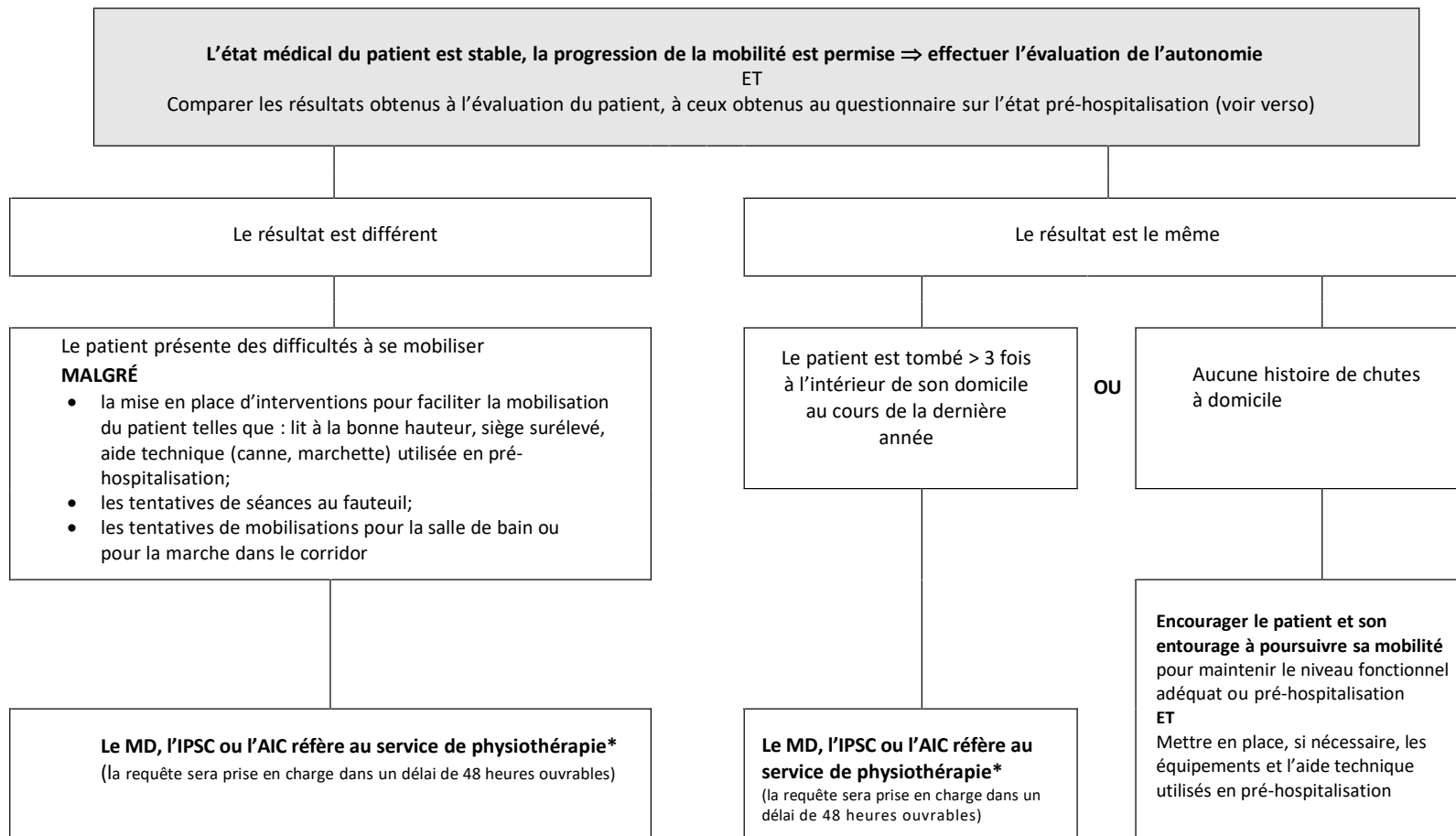
Étapes pré-fauteuil

- Debout:
 - si bon redressement et force, pas de S/S → progressez vers fauteuil
 - Sinon → **STOP-réessayez plus tard**
- Bénéfices cumulatifs à chacune des mobilisations.
- Prendre son temps.





Algorithme de référence en physiothérapie (4C, 4Est, UC) Dépistage de la clientèle en perte d'autonomie



N.B. AVC aigu n'est pas considéré comme une clientèle en perte d'autonomie. Il doit être référé au service de physiothérapie dès que l'état médical est considéré stable.

* Lors d'une nouvelle requête, avisez le service de physiothérapie au poste 3441 et télécopiez celle-ci au 514-593-2530. Les fins de semaine, pour urgence respiratoire, contactez le téléavertisseur clinique au 514-201-1356. Pour information sur l'utilisation de l'algorithme, contactez l'assistante-chef via son téléavertisseur au 514-218-1059.

Révisé juin 2015, juillet 2019



Démarche clinique (suite)

Repas au fauteuil

- Valeur ajoutée de la séance au fauteuil plutôt que bord de lit
 - Sollicitation des quadriceps
 - Plus sécuritaire et stable
 - Plus longtemps hors du lit



Démarche clinique (suite)

Aide minimale requise: PDSB

- Dès la première mobilisation, (et les suivantes) toujours viser l'aide minimale requise.
- Aide X 1 ou supervision avec consignes souvent suffisante → **participation active du patient**
- Utiliser chaque transfert pour faire progresser le patient, penser enseignement!
- **Prendre le temps de lui enseigner vous fera gagner du temps dès la prochaine fois.**



Démarche clinique (suite)

Aide minimale requise: PDSB

- Trucs pour le **Transfert couché à assis**
 - La tête de lit est à 30/45° ou plus selon les besoins du patient.
 - Encouragez le patient à plier ses jambes, se tourner et sortir les jambes du lit. Par la suite, il peut utiliser son coude et sa main pour s'asseoir.
 - Une aide légère peut être nécessaire pour compléter la manœuvre.



Démarche clinique (suite)

Aide minimale requise: PDSB

- Quelques trucs pour le transfert assis à debout :
 - Incitez le patient à s'avancer au bord du lit et se pencher vers l'avant
 - Il peut ensuite se donner un léger élan pour se pousser et se lever avec l'aide de ses jambes et de ses bras.
 - La hauteur du lit peut être ajustée afin de faciliter le décollement du bassin.



Démarche clinique (suite)

Etapes pré-marche

- Progresser vers la marche
 - Marche sur place/quelques pas
 - Marche dans la chambre
 - Marche au corridor
- Aide technique au besoin, suivre avec FR PRN
- Si laborieux malgré essai → PHYSIO



Points à retenir

- La mobilisation précoce est bénéfique pour contrer le déconditionnement associé à l'hospitalisation.
- Retarder la reprise de la mobilité lorsque possible est néfaste pour le patient.
- Toujours viser **le plus haut** niveau de mobilité 4x/jour minimalement.



Points à retenir (suite)

- En respectant la démarche clinique et en y allant étape par étape, la mobilisation précoce est sécuritaire.
- C'est la responsabilité de tous! Incluant le patient!



« Movement is medicine »



- Julie Arsenault, pht, ass-chef service de physiothérapie

