

Physiothérapie		
Procédure:	J. Kizlik, R. Meynet-Gauthier, J. De Buretel De Chassey	
DS:	Juin 2016	
Validation:	A. Laubscher, Directeur des soins HUG	Visa:
	Pr A. Perrier, Directeur médical HUG	Visa:
Classement sous:	Secteur Médecine Interne Réhabilitation Gériatrie	
N°:	2.07	

MOBILISATION PRECOCE  
AUX SOINS INTERMEDIAIRES EN GERIATRIE

### Domaine

Musculo-squelettique et système interne

### Définition

La mobilisation dans le cadre d'un traitement de physiothérapie est définie par une série de mouvements planifiés de manière séquentielle.

- Il existe différents types de mobilisations
  - **Passive**: déplacement d'un segment articulaire par une force extérieure manuelle ou instrumentale (appareils mobilisateurs) ou par le patient lui-même (mobilisation auto-passive);
  - **Active-assistée**: le mouvement est induit par le patient mais est accompagné ou aidé par une force extérieure;
  - **Active**: le mouvement articulaire est obtenu par des contractions musculaires volontaires du sujet sans résistance ou contre résistance manuelle ou instrumentale;
  - **Postures**: maintien d'une ou plusieurs articulations dans une position donnée.

L'intérêt d'une mobilisation précoce (dans les 24-48 heures) a été démontré, y compris chez les patients sous sédation.

La précocité d'un traitement de physiothérapie dès les premiers jours, y compris en milieu de soins aigus ou de réanimation influence positivement la durée d'hospitalisation et la récupération fonctionnelle.

Ce bénéfice semble particulièrement vrai parmi une **population d'âge gériatrique** et atteintes de comorbidités, à condition de respecter la sécurité du patient.

## **Indications**

Un(e) physiothérapeute doit évaluer tous les patients admis aux soins continus du site des 3 Chêne (unité 13+) durant les 48 premières heures qui suivent leur admission.

Cette évaluation se fait en concertation avec l'équipe médicale et l'équipe soignante afin de déterminer ensemble les objectifs de soins en fonction des indications et contre-indications inhérentes à l'état clinique du patient. Suite de quoi le médecin établit une prescription ciblée.

## **Objectifs**

### **Objectifs généraux:**

- maintenir les amplitudes articulaires et l'extensibilité des tissus mous (muscles et fascias),
- prévenir les complications de l'alitement (escarre) et de l'intolérance à l'activité,
- entretenir la trophicité et la contractilité musculaire (active et active assistée)
- prévenir la sarcopénie = lutter contre le déconditionnement, l'incapacité à la marche et l'atrophie musculaire,
- maintenir le schéma moteur,
- prévenir les attitudes vicieuses,
- stimuler la nutrition des composants articulaires (cartilage, synoviale)
- participer à l'antalgie

### **Objectifs à court terme:**

- diminuer les risques et complications iatrogènes liés à l'hospitalisation: suivi du nombre d'escarres, de chutes,
- diminuer la durée de séjour aux soins continus,
- meilleure adaptation aux traitements généraux,
- reprendre les AVQ et récupérer l'autonomie fonctionnelle,
- améliorer le status nutritionnel.

### **Objectifs à moyen et long terme:**

- diminuer la durée de séjour à l'hôpital,
- diminuer le risque de réadmission aux soins continus,
- améliorer l'indépendance fonctionnelle et la qualité de vie afin que le patient puisse réintégrer le plus rapidement son environnement d'origine: amélioration de la Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) comme indicateur cible,
- stimuler et augmenter la force et la masse musculaire,
- améliorer la fonction physique.

Il s'agit de définir à l'avenir également des critères cliniques objectifs afin de permettre une évaluation de l'impact de cette mobilisation précoce par rapport aux objectifs fonctionnels attendus.

Ces indications complètent la physiothérapie cardio-respiratoire spécifique.

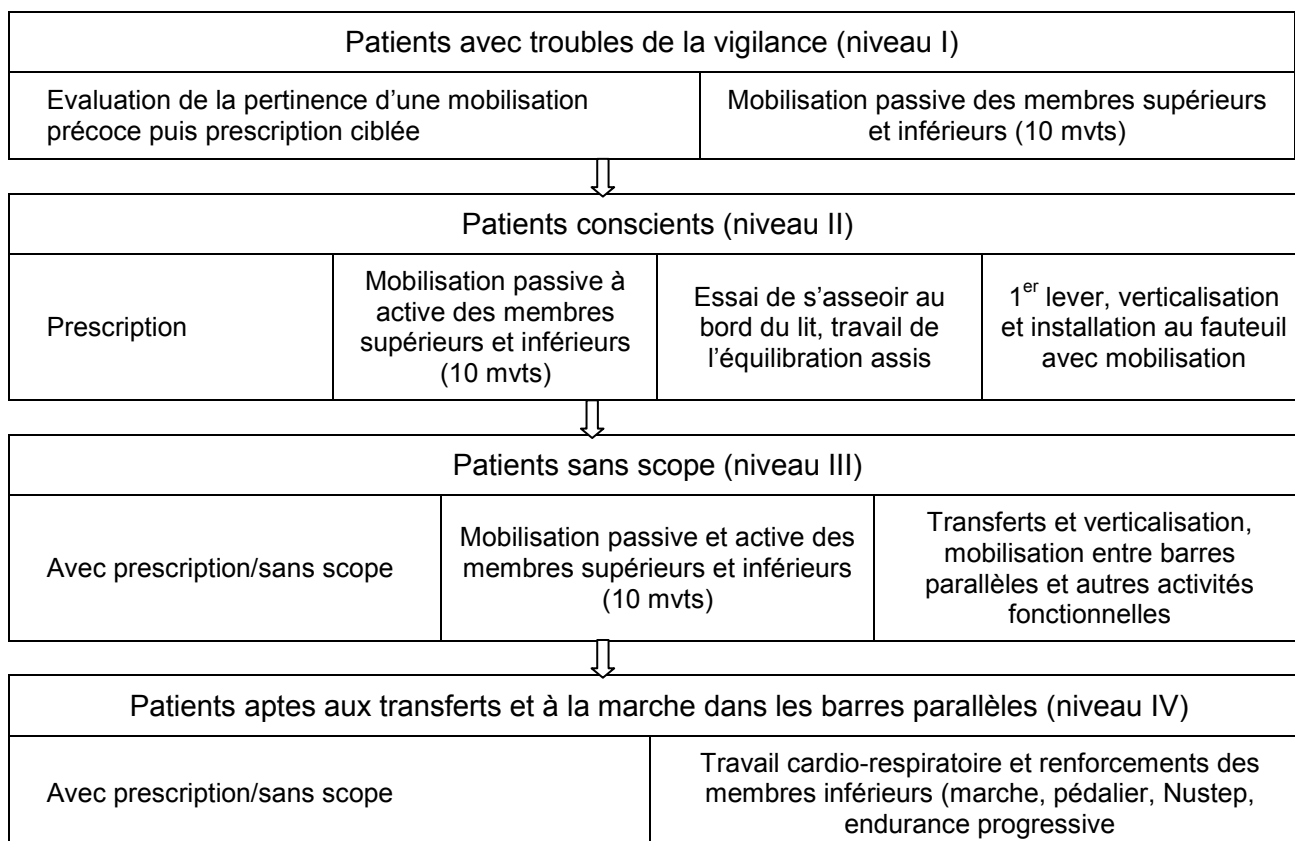
## Risques

Les risques sont essentiellement liés aux modifications des constantes vitales.

- **Intolérance cardiovasculaire:**
  - bradycardie ou tachycardie,
  - hypo ou hypertension artérielle.
  
- **Intolérance respiratoire:**
  - désaturation,
  - tachypnée ou bradypnée,
  - échelle de Borg augmentée,
  - signe de tirage.
  
- **Intolérance neurologique:**
  - paresthésies,
  - exacerbation d'une symptomatologie douloureuse.
  
- **Troubles de vigilance et conscience:**
  - état confusionnel aigu,
  - altération de la vigilance.
  
- **Appareillages**
  - déplacement de la sonde naso-gastrique,
  - retrait de voie veineuse ou de sonde urinaire.

## Déroulement du traitement

Début de traitement: tout patient admis aux soins continus sans contre-indications médicales et sous monitoring pendant l'effort (niveau 1 et 2):



## Situations particulières

Lors du premier lever, la pression artérielle est mesurée en position couchée, en position assise et une fois que le patient est installé au fauteuil. Les autres paramètres vitaux seront également surveillés attentivement (scope ECG, saturation en O<sub>2</sub>, fréquence respiratoire).

### Pas de mobilisation:

- pas de séance de physiothérapie si la fréquence cardiaque > 130 BPM et < 50 au repos, à discuter si elle se situe entre 100 et 130 BPM ou entre 50 et 60 BPM,
- fréquence respiratoire supérieure à 35 c/min et SpO<sub>2</sub> inférieure à 88%,
- refus du patient,
- douleur thoracique,
- cyanose.

### Mobilisation vigilante:

- si la fréquence respiratoire se situe entre 30 et 35 c/min ou la saturation entre 88 et 90%
- patients polytraumatisés,
- en cas de chirurgie cardiaque, digestive, orthopédique et/ou neurologique → accord médical avant traitement,
- en cas de suspicion de saignement actif → accord médical avant traitement,
- en cas d'hyperthermie ou d'hypothermie → accord médical avant traitement,
- en cas d'incertitude diagnostique (ex: suspicion de syndrome coronarien aigu) → accord médical avant traitement.

## Précautions, contre-indications

L'évaluation du rapport bénéfice/risque de la mobilisation se fait quotidiennement et avant chaque séance. Il faut également prendre en considération l'environnement du patient (tour de lit, appareillage invasif ou non, équipements), ainsi que ses comorbidités (cf. note d'admission dans le DPI). Le physiothérapeute prend part aux discussions de l'équipe médicale et l'équipe soignante tout au long du séjour du patient afin de définir au mieux les objectifs de soins et les contraintes ou contre-indications éventuelles. Dans la mesure du possible, il participe à la visite médicale quotidienne du matin effectuée conjointement par le chef de clinique et l'équipe soignante.

### Précautions:

Surveiller les paramètres hémodynamiques lors de toute activité.

- Orthopédique: en cas de décharge, de montage non stable = consulter le contre-rendu opératoire.
- Isolement: appliquer les mesures VigiGerme® appropriées.
- Gastro-entérite: adapter la mobilisation.

### Contre-indications:

- Instabilité hémodynamique et respiratoire: syndrome de détresse respiratoire aiguë, œdème aigu du poumon instable, arythmie cardiaque sévère, etc... et FiO<sub>2</sub> supérieure à 60%.
- Agitation et troubles cognitifs sévères.
- Neurologique: diagnostic d'AVC en cours avec mobilisation selon les recommandations du service de neurologie (cf. document infirmier en cours de rédaction par le Dr Roman Sztajzel) et comitialité non contrôlée.
- Orthopédique: fracture rachidienne instable ou compression radiculaire invalidante

## Matériel utilisé

Theraband®  
Fauteuil  
Lit  
Barres parallèles  
Pédalier ou Nustep®

## Poursuite du traitement le week-end

A évaluer en fonction de la présence ou non d'un risque de péjoration ou de décompensation cardio-respiratoire. Les informations seront alors transmises à la garde de physiothérapie.

## Arrêt du traitement

Entrée: dans les 48h de son arrivée aux soins continus, une évaluation doit être effectuée par le physiothérapeute en charge du service et une note dans le dossier doit justifier de la prise en soin ou non.

Sortie: lorsque le patient est transféré dans une unité conventionnelle ou en cas de nouvelles contre-indications.

## Bibliographie

- Roeseler, J., Sottiaux, T., Lemiale, V., Lesny, M., Beduneau, et al. Prise en charge de la mobilisation précoce en réanimation, chez l'adulte et l'enfant (électrostimulation incluse). *Réanimation*. 2013; 22(2), 207-218.
- Pandullo, S.M., Spilman, S.K., Smith, J.A., Kingery, L.K., Pille, et al. Time for critically ill patients to regain mobility after early mobilization in the intensive care unit and transition to a general inpatient floor. *J Crit Care*. 2015 Dec; 30(6):1238-42.
- Sosnowski K., Lin F., Mitchell M.L., White H., Early rehabilitation in the intensive care unit: An integrative literature review. *Aust Crit Care*. 2015 Nov.; 28(4):216-25.
- Morris, P. E., Goad, A., Thompson, C., Taylor, K., Harry, B., et al. Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure\*. *Critical care medicine*. 2008; 36(8), 2238-2243.
- Société de réanimation de langue française (SRLF). Recommandations.
- Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), *Directives «Mesures de soins intensifs»: version définitive*, Bulletin des médecins suisses. 2013; 94:24.
- Dousse, N. La mobilisation précoce du patient – Les différentes techniques de mobilisation passive et active aux soins intensifs. *Réanimation*. 2011;20, 698-701.
- Hodgson, C.L., Stiller, K., Needham, D. M., Tipping, C. J., Harrold, M., et al. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Crit Care*. 2013; 18(6), 658.
- Weiss, L. Soins intermédiaires gériatriques à l'hôpital des Trois-Chêne: une expérience genevoise de dix ans. *Gérontologie*. 2012; 361(39), 2133-2137.
- Klein, K., Mulkey, M., Bena, J.F., Albert, N.M. Clinical and psychological effects of early mobilization in patients treated in a neurologic ICU: a comparative study. *Crit Care Med*. 2015 Apr.; 43(4) :865-73.
- Bell, L., Early passive mobility. *Am J Crit Care*. 2013 Jul.; 22(4):350.