



# Rôle infirmier dans la mobilisation précoce

Laurent FONTAINE – Infirmier

Soins intensifs

Cliniques Universitaires Saint-Luc - Bruxelles



# Préambule

- **Penser mobilisation**
    - Changer les mentalités / les habitudes de soins
    - L'infirmier a un rôle important à jouer
- Il est un des moteurs de la mobilisation





Un matin comme un autre  
aux soins intensifs M...



Noradrénaline : 39,6 gamma/min



Qui est d'accord de mettre ce patient au fauteuil ?



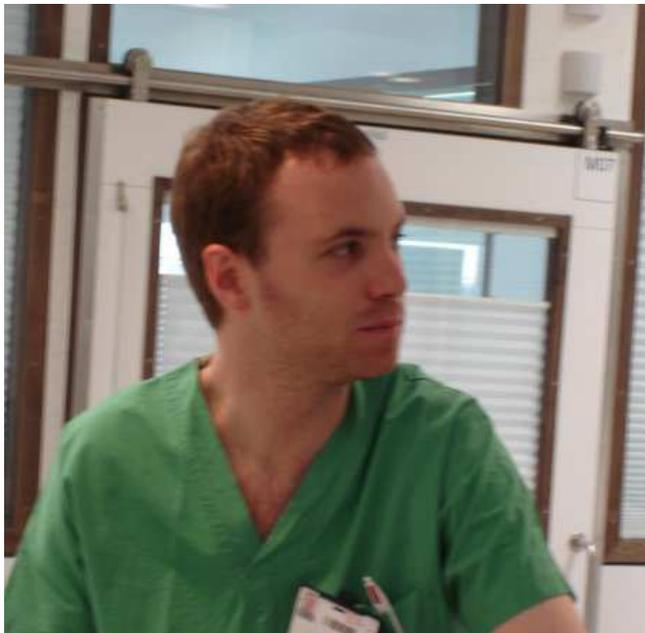
Bill, on va mobiliser Monsieur X aujourd'hui. On va le mettre debout et au fauteuil.

Tu es sûr, Jean ? On lui ferai pas simplement faire du vélo dans son lit ? Je suis pas sûr que la mise au fauteuil soit réalisable.



Tu crois ? Mais non, fils! Allez, accélère un peu la cadence et on le met au fauteuil! On va le faire pousser sur ses jambes!

*Comme je dis toujours, c'est  
dangereux de contredire les fous...  
Laissons-le faire...*



Ok, Jean! Je t'appelle dès que les  
médecins auront vu le patient et  
qu'il sera prêt.

Une demi-heure plus tard...



# Généralités

- Au sein d'une équipe multidisciplinaire dont tous les intervenants sont convaincus du bienfait de la mobilisation !

**1) Il faut que le programme de mobilisation se décide conjointement par l'ensemble de l'équipe de réanimation et de kinésithérapie, en fonction de l'état du patient, de l'évolution de sa pathologie et de ses capacités de mobilisation. (accord fort) (avis d'experts)**

- Médecin + Kinésithérapeute + Infirmier + Aide-soignant = Mobilisation de qualité et efficace !



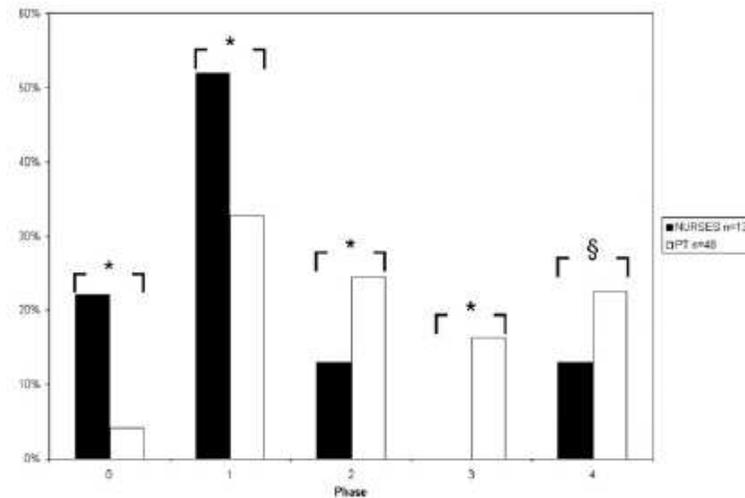
## Early Mobilization in Critically Ill Patients: Patients' Mobilization Level Depends on Health Care Provider's Profession

© 2011 by the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation

Vol. 3, 307-313, April 2011

DOI: 10.1016/j.pmrj.2010.12.022

Jaime Garzon-Serrano, MD, Cheryl Ryan, RN, Karen Waak, DPT,  
Ronald Hirschberg, MD, Susan Tully, RN, Edward A. Bittner, MD, PhD,  
Daniel W. Chipman, BS, RRT, Ulrich Schmidt, MD, PhD, Georgios Kasotakis, MD,  
John Benjamin, MD, Ross Zafonte, DO, Matthias Eikermann, MD, PhD



**Figure 2.** Patients' mobilization level accomplished by physical therapists (PT, open bars) and registered nurses (RN, filled bars). PTs compared with nurses reported higher levels of mobilization. PTs achieved activities above phase 2 in 38% of cases versus 13% by RN. 0 = No activity, 1 = in bed only, 2 = sitting in a chair, 3 = standing, 4 = ambulating. \* $P < .05$ , §  $P = .04$ , mixed linear models analysis of variance.

**Conclusions:** This study showed that physical therapists mobilize their critically ill patients to higher levels compared with nurses. Nurse and physical therapists identify different barriers for mobilization. Routine involvement of physical therapists in directing mobilization treatment may promote early mobilization of critically ill patients.

# Généralités

- L'infirmier joue le rôle de coordinateur en adaptant son plan de soins. Il doit anticiper le programme de mobilisation !

*L'infirmière rend possible la mobilisation en programmant ses soins conjointement avec le kinésithérapeute en fonction du programme de mobilisation.*

- Nécessite certains protocoles (sédation/analgésie, mobilisation,...)

**3) L'absence de kinésithérapeute ne doit pas empêcher la réalisation de certaines techniques de mobilisation (avis d'experts). (accord fort)**

Les barrières à la mobilisation identifiées par le personnel sont différentes entre infirmier et kinésithérapeute. La présence d'un protocole peut améliorer l'application de certaines techniques de mobilisation en l'absence d'un kinésithérapeute [56]. Un manque de personnel peut conduire à une diminution, voire une absence de mobilisation [55].

## Rehabilitation Quality Improvement in an Intensive Care Unit Setting: Implementation of a Quality Improvement Model

*Dale M. Needham, MD, PhD,<sup>1-3</sup> and Radha Korupolu, MBBS, MS<sup>1</sup>*

Barrier	Performance measure	Pre-QI period (n=27 patients with 312 MICU patient days)	QI period (n=30 patients with 482 MICU patient days)	P
Lack of staffing	Proportion of ICU days with no therapy for patients	41%	7%	.004
Lack of physician	Physical therapy consultations, proportion patients	59%	93%	.004

Table 1. Barriers to early physical medicine and rehabilitation in the Johns Hopkins MICU

Barrier	Strategy to overcome barrier
Lack of leadership	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Designated an overall leader who was involved and committed to quality improvement (D.M.N.)</li> <li>• Involved a champion from every discipline, including physician, PT, OT, RN, and RT</li> <li>• Obtained strong support from both MICU and PM&amp;R leadership</li> </ul>
Lack of staffing & equipment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtained dedicated full-time OT &amp; PT in MICU and part-time technician</li> <li>• Initiated PM&amp;R physician consultations in MICU</li> <li>• Purchased 2 wheelchairs to assist with sitting patients out of bed interventions</li> <li>• Created simple guidelines for consultation of OT &amp; PT in the MICU setting</li> <li>• Consulted neurologists regarding patients with severe and/or persistent muscle weakness</li> <li>• Cross-trained staff, including:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Training PTs regarding basic EKG interpretation and suctioning</li> <li>• Orienting PTs and OTs to ventilator settings, use of portable ventilator, and troubleshooting alarms</li> <li>• Training RNs regarding patient transfer from bed to chair</li> </ul> </li> </ul>
Lack of physician referrals	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Project coordinator (R.K.) screened patients using pre-defined eligibility criteria<sup>6</sup></li> <li>• Project coordinator (R.K.) prompted physicians for timely consultations to PT and OT when screening criteria met</li> </ul>
Oversedation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interdisciplinary education regarding changing from continuous infusion to “as needed” boluses for sedation</li> <li>• Screening patients’ sedation status using the validated RASS scale<sup>43</sup></li> <li>• For specific MICU patients who were deeply sedated, the project leader (D.M.N.) had:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• One-on-one discussions with MICU clinical fellows and attending physicians</li> <li>• Frequent bedside discussions with day and night shift nurses regarding changes in sedation practice</li> </ul> </li> </ul>
Delirium	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Screening for delirium by PTs and OTs, using the validated CAM-ICU instrument<sup>44</sup></li> <li>• Minimized use of drugs associated with delirium (eg, benzodiazepines)</li> <li>• Encouraged use of antipsychotics to treat agitated delirium</li> </ul>
Perceived pain and discomfort	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assessed pain and ordered pain medication, as needed, prior to rehabilitation therapy</li> <li>• Requested patient feedback on comfort during and after rehabilitation therapy</li> </ul>
Physiological instability	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Created guidelines for screening patients for physiological stability for PM&amp;R therapy<sup>6</sup></li> <li>• PT and OT screened patients on a daily basis to ensure safety before therapy initiated</li> <li>• Changed mechanical ventilation mode and increased FiO<sub>2</sub> by 0.2, as needed, prior to starting therapy</li> </ul>
Safety	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PTs and OTs ensured securement of devices prior to therapy</li> <li>• Untangling of lines and tubes occurred prior to therapy to avoid accidental dislodgement</li> </ul>

Note: CAM-ICU = Confusion Assessment Method for the ICU; EKG = electrocardiogram; MICU = medical intensive care unit; OT = occupational therapist; PM&R = physical medicine and rehabilitation; PT = physical therapist; RASS = Richmond Agitation and Sedation Scale; RN = registered nurse; RT = respiratory therapist.

# Généralités

- L'infirmier assure la sécurité du patient et des différents appareillages
- Il adapte les appareillages pour faciliter la mobilisation, en accord avec le médecin



# Généralités

- La mobilisation précoce passe par de l'information et de la formation





# Mobilisation au lit

- Active ou passive, avec ou sans matériel
- Essentiellement du rôle du kinésithérapeute
- L'infirmier coordonne ses soins avec le kinésithérapeute afin de permettre la mobilisation au lit









# Verticalisation

11) Il faut installer le patient sur l'appareil de verticalisation avec le nombre de soignants nécessaire selon l'état clinique et la corpulence du patient (au minimum 2 soignants). (avis d'experts) (accord fort)

12) Il faut que le kinésithérapeute supervise le bon déroulement de la séance de mobilisation passive et/ou active sur l'appareil de verticalisation. (avis d'experts) (accord fort)

- L'infirmier aide à l'installation du patient
- Il s'assure de la sécurité des différents appareillages et du maintien de la surveillance



# Permettre les mouvements





# Mise au fauteuil

**19) Le transfert au fauteuil doit probablement être réalisé par 2 personnes minimum en garantissant la surveillance des dispositifs médicaux liés au patient (avis d'experts). (accord fort)**

- L'infirmier aide à l'installation du patient
- Il s'assure de la sécurité des différents appareillages et du maintien de la surveillance



# Mise au fauteuil

- L'absence d'un kiné ne doit pas empêcher la mise au fauteuil !!!
- Aide mécanique possible mais idéalement, il faut réaliser un transfert actif





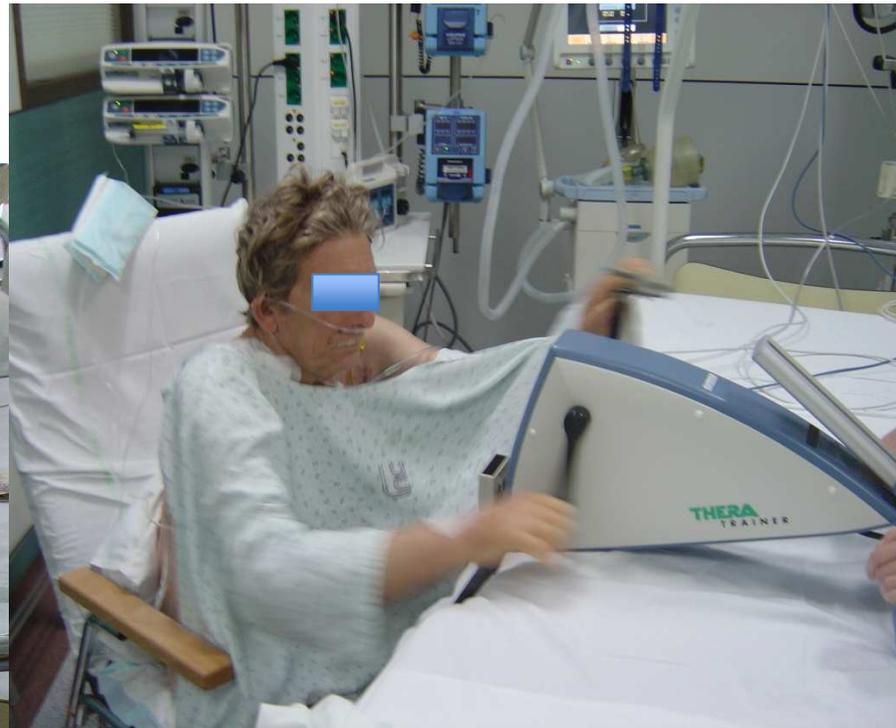
Sous VNI



Sonde endotrachéale



# Exercices !





# Bien-être des patients

La mise au fauteuil du patient permet également  
« plus de mobilité »

- Patients chroniques
- Ne nécessite pas la présence d'un kinésithérapeute





# Marche

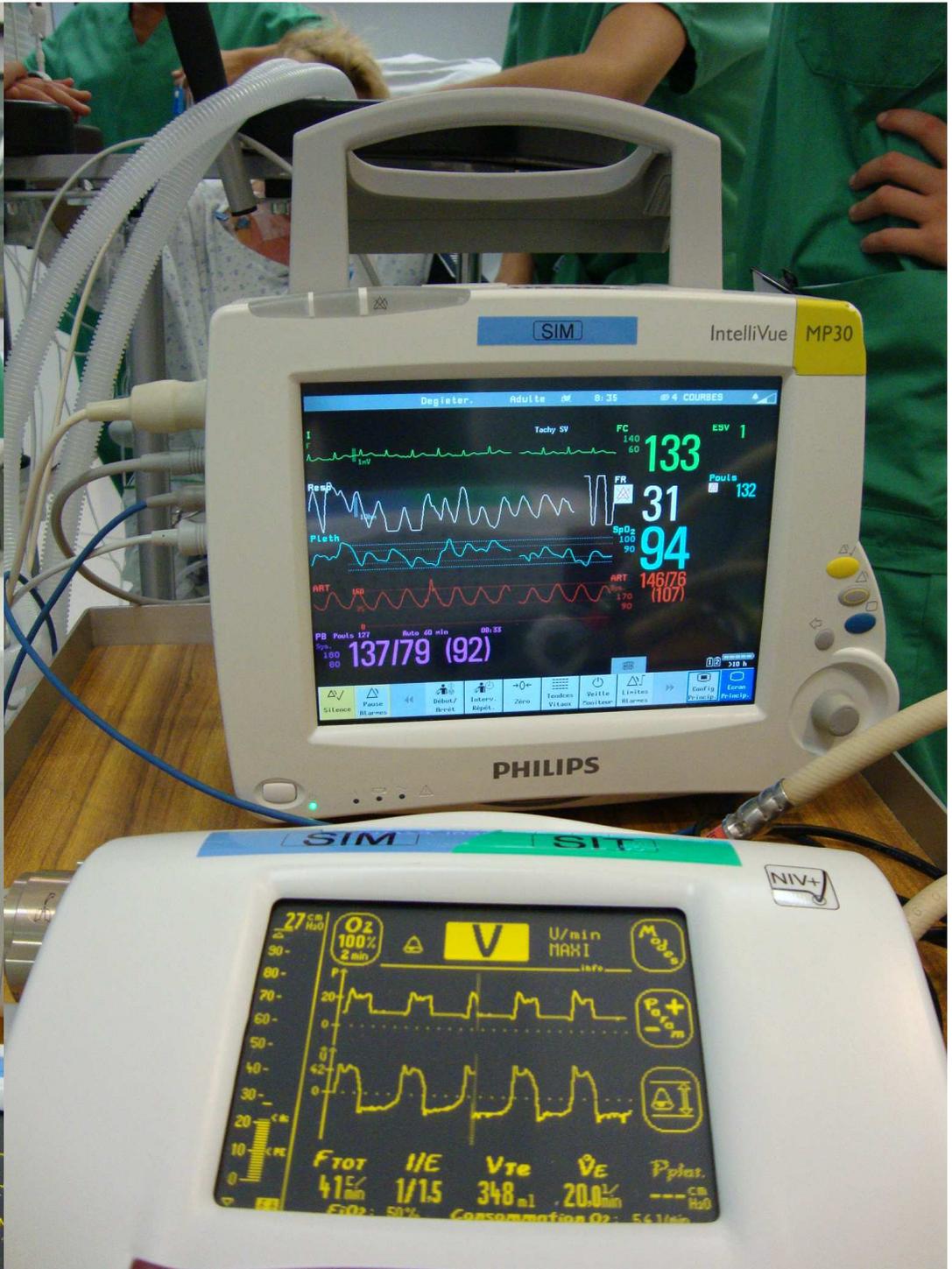
- Nécessite deux personnes minimum, voire trois en fonction de l'appareillage du patient
- Le kinésithérapeute réalise la mobilisation  
L'infirmier adapte le matériel nécessaire et assure la surveillance tout en participant à la mobilisation















En duo...



# Conclusion

- La mobilisation doit devenir un réflexe!
- Nous devons adapter notre méthode de travail et la prise en charge de nos patients
- L'infirmier doit repérer les patients susceptibles d'être mobilisés
- Il anticipe ses soins et favorise la mobilisation

# Conclusion

- L'infirmier et le kinésithérapeute sont les « chevaux de traits » de la mobilisation !



**Merci de votre attention !**