Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

# DÉMARCHE D'IMPLANTATION D'UN PROGRAMME DE MOBILITÉ ET DE STIMULATION À LA MARCHE POUR LA CLIENTÈLE ÂGÉE HOSPITALISÉE

**Hôpital Anna-Laberge**

**Hôpital du Suroît**

**Hôpital Barrie Memorial**

Mars 2017

Québec

**Auteur du projet pilote pour les unités de soins**

Étienne Kagimbi

*Chef de l'unité de médecine 2e Est de l'Hôpital Anna-Laberge*

**Rédaction du document**

Émilie Bouchard

*Conseillère-cadre au développement de la pratique*

**Révision du document**

Guy Lemay, *Conseiller en soins infirmiers en hébergement, support-conseil de l'AAPÂ en milieu de vie*

Christelle Robert, *Conseillère en soins infirmiers et répondante du comité AAPÂ de l'Hôpital Barrie Memorial*

Chantal Laroche, *Conseillère en soins infirmiers et répondante du comité AAPÂ de l'Hôpital du Suroît*

Sylvie Dugas, *Conseillère en soins infirmiers et répondante du comité AAPÂ de l'Hôpital Anna-Laberge*

Marie-Pier Mallet, *Infirmière support-clinique, Hôpital Anna-Laberge*

Monica Leclerc, *Infirmière support-clinique, Hôpital du Suroît*

**Validation du document**

Membres du comité tactique de l'Approche Adaptée à la Personne Âgée (AAPÂ) 2017 :

Chantal Careau, *Directrice adjointe aux soins infirmiers, qualité et évolution de la pratique*

Suzanne Chevrefils, *Coordonnatrice clinico-administrative, médecine spécialisée (DSPEU)*

Isabelle Allaire, *Coordonnatrice des soins infirmiers aux opérations volet 2ième ligne*

Karine Cervera, *Chef de service - réadaptation*

Yvan Girard, *Chef de l'accès aux services*

Guy Lemay, Conseiller en soins infirmiers support-conseil de l'AAPÂ en milieu de vie

Christelle Robert, *Conseillère en soins infirmiers et répondante du comité AAPÂ de l'Hôpital Barrie Memorial*

Chantal Laroche, Conseillère en soins infirmiers et répondante du comité AAPÂ de l'Hôpital du Suroît

Sylvie Dugas, *Conseillère en soins infirmiers et répondante du comité AAPÂ de l'Hôpital Anna-Laberge*

Brigitte Duquette, *Conseillère-cadre à la qualité et la surveillance de l'acte (DSIEU)*

Danielle Paquin, *Chef de service soutien gestion de la qualité et des risques (DQEPE*)

Isabelle Laperrière, *Adjointe au directeur- Prévention et contrôle des infections (DSIEU)*

# TABLE DES MATIÈRES


1 INTRODUCTION ..... 4
2 OBJECTIFS ..... 4
3 CLIENTÈLE VISÉE ..... 5
3.1 Critères d'inclusion ..... 5
3.2 Critères d'exclusion ..... 5
4 RÔLES ET RESPONSABILITÉS ..... 6
5 FICHE D'IDENTIFIATION VISUELLE DE LA MOBILITÉ ..... 7
5.1 Instructions d'utilisation de la fiche d'identification visuelle de la mobilité ..... 7
5.2 Indicateur d'implantation proposé ..... 7
6 LEVÉ DES USAGERS À CHAQUE REPAS ..... 8
6.1 Indicateur d'implantation proposé ..... 8
7 ACTIVITÉ D'ACCOMPAGNEMENT ET DE STIMULATION À LA MARCHE SUR LES UNITÉS DE SOINS ..... 8
7.1 L'identification de la clientèle ..... 9
7.2 L'activité d'accompagnement et de stimulation à la marche ..... 10
7.3 Indicateurs d'implantation proposés ..... 10
8 RAPPELS POUR UNE MOBILISATION SÉCURITAIRE ..... 11
9 IMPLICATION DE LA FAMILLE ..... 11
10 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI) ..... 12
11 ÉQUIPEMENTS FAVORISANT LA MOBILISATION DES USAGERS EN MILIEU HOSPITALIER ..... 12
12 RÉFÉRENCES ..... 14
13 ANNEXES ..... 15

# 1 INTRODUCTION

L'implantation d'un programme de mobilité et de stimulation à la marche s'inscrit dans le cadre de *l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* (AAPÂ) instituée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Par le terme «programme» nous faisons référence dans ce document à un ensemble d'activités et d'interventions concertées visant la mobilisation de l'usager tout au long de son continuum de soins à l'hôpital. Il est reconnu qu'une mobilisation rapide et constante est l'une des meilleures façons de prévenir les effets néfastes qu'un séjour à l'hôpital peut avoir sur l'autonomie des aînés (MSSS, 2011). Parmi ces effets, nommons le déclin fonctionnel, les chutes, les plaies de pression, la dénutrition, le délirium, les infections nosocomiales ainsi que le recours aux mesures de contrôle. Pour l'établissement, cela se traduit par plus de surveillances privées, une durée moyenne de séjour élevée et des usagers âgés, en attente de relocalisation monopolisant des lits de soins aigus. Des interventions systématiques et concertées visant l'augmentation de la mobilité de nos usagers âgés à l'urgence et sur les unités sont un moyen simple et efficace de travailler sur la problématique et de favoriser un retour rapide dans leur milieu de vie.

Précisons que cette première version du programme circonscrit quelques interventions systématiques dans une perspective d'implantation harmonisée dans les trois milieux hospitaliers. Une gamme plus exhaustive d'interventions systématiques, spécifiques et spécialisées est proposée dans les documents de référence de l'AAPÂ. Les interventions préventives pour la clientèle à risque de développer des plaies de pression sont décrites quant à elles dans les programmes de prévention de plaies de pression.

# 2 OBJECTIFS

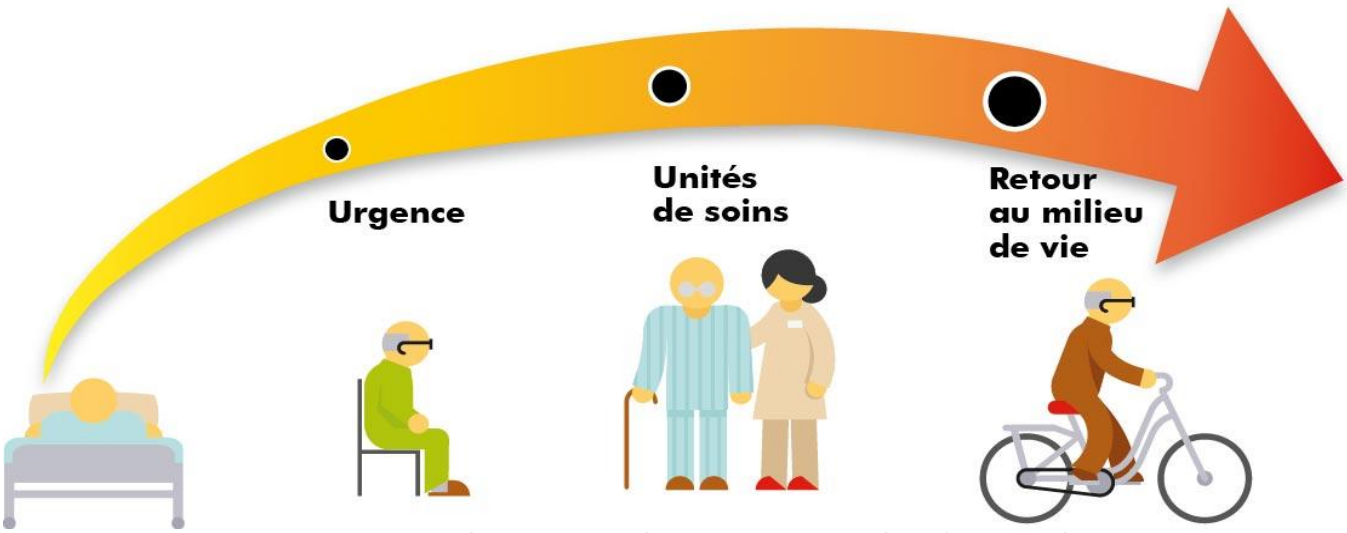
Ce document vise à outiller les chefs d'unité et leurs équipes en proposant des outils éprouvés et des recommandations d'implantation afin d'opérationnaliser concrètement les objectifs du programme :

### Urgence

- Verticaliser rapidement les usagers sur civières (éviter l'attente en position couchée)
- Lever les usagers aux 3 repas

### Unité de soins

- Faire marcher ou stimuler les usagers à la marche 2 fois par jour
- Lever les usagers aux 3 repas



# 3 CLIENTÈLE VISÉE

## 3.1 CRITÈRES D'INCLUSION

- Personnes âgées de 75 ans et plus;
- Usagers de moins de 75 ans présentant un profil gériatrique :
  - Atteinte de la mobilité (histoire de chute)
  - Comorbidité
  - Troubles cognitifs
  - Difficulté à accomplir au moins une activité de la vie quotidienne (AVQ)

## 3.2 CRITÈRES D'EXCLUSION

- Ordonnance médicale écrite spécifiant la contre-indication stricte au mouvement ou à la mise en charge;[1]
- Soins palliatifs en fin de vie;
- Cas de fracture suspectée.
- Maladies contagieuses ou infectieuses (ex : gastro, syndrome d'allure grippal, tuberculose)

[1] Le confinement au lit ou au fauteuil, ou la restriction d'activités, doivent découler d'une ordonnance médicale écrite de contre-indications strictes au mouvement ou à la mise en charge. Cette ordonnance doit s'accompagner de mesures de positionnement pour la prévention des plaies et d'exercices au lit (MSSS 2011, Cadre de référence de l'AAPÂ, p.46)

# 4 RÔLES ET RESPONSABILITÉS

| Coordonnateurs | Chefs d'unité | ASI |
|---|---|---|
| • S'assure de l'implantation du programme dans ses secteurs;<br>• Suit globalement et régulièrement les indicateurs de résultats. | • S'assure de l'implantation et de l'application du programme dans son secteur;<br>• Soutient et encourage les membres de son équipe;<br>• Surveille les indicateurs de résultats et en informe son équipe;<br>• Réorganise les quotas aux besoins (réorganisation de l'équipe);<br>• Identifie dans son équipe les intervenants qui procéderont aux audits. | • S'assure que le niveau de mobilité des usagers est évalué par les professionnels via la fiche d'identification visuelle de la mobilité;<br>• Valide quotidiennement (tournée visuelle) que les usagers visés soient levés régulièrement et le plus souvent possible en position assise;<br>• Sur les unités de soins, s'assure que les usagers visés par l'activité de stimulation à la marche sont bien inscrits sur la liste;<br>• Encourage et fait des rappels à l'équipe lorsque nécessaires. |
| **Infirmières** | **Infirmières auxiliaires** | **Préposés aux bénéficiaires (PAB)** |
| • Repère la clientèle visée par le programme sous sa responsabilité;<br>• Évalue le niveau de mobilité des usagers ciblés et complète la fiche d'identification visuelle de la mobilité;<br>• Émets des directives spécifiques documentées au PTI destinées aux membres de son équipe (infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires) au besoin;<br>• Fait une référence à un professionnel de la réadaptation pour les cas complexes;<br>• Inscrit les usagers ciblés sur la liste du programme de stimulation à la marche et s'assure qu'ils ont marché;<br>• Saisit toute opportunité de soins pour mobiliser la clientèle;<br>• Implique l'usager et sa famille dans le processus; | • Repère la clientèle visée par le programme sous sa responsabilité;<br>• Collabore à l'évaluation du niveau de mobilité des usagers ciblés (la fiche d'identification visuelle de la mobilité);<br>• Collabore à l'inscription des usagers ciblés sur la liste d''activité et de stimulation à la marche;<br>• S'assure que les usagers à sa charge sont levés pour les repas;<br>• Saisit toute opportunité de soins pour mobiliser la clientèle;<br>• Implique l'usager et sa famille dans le processus. | • Participe au repérage de la clientèle visée;<br>• Aide à l'identification du niveau de mobilité de la clientèle en partenariat avec l'infirmière auxiliaire et l'infirmière;<br>• Valide la présence et respecte les consignes de la fiche d'identification visuelle de la mobilité;<br>• Respecte les directives spécifiques du PTI et les recommandations de l'équipe de réadaptation :<br>• Lève les usagers de sa section pour les repas;<br>• Fait marcher ou stimule à la marche les usagers inscrits sur la liste;<br>• Consigne les informations (durée, distance, etc.) sur la feuille de marche;<br>• Saisit toute opportunité de soins pour mobiliser la clientèle;<br>• Implique l'usager et sa famille dans le processus. |
| **Professionnels de la réadaptation** | **Infirmières support clinique** | **Médecins** |
| • Évalue les cas nécessitant une évaluation du niveau de mobilité plus approfondie;<br>• Émet des recommandations au plan d'intervention et sur la feuille d'identification visuelle de la mobilité et les transmet à l'équipe de soins;<br>• Inscrit les usagers ciblés sur la liste du programme de stimulation à la marche;<br>• Implique l'usager et sa famille dans le processus. | • Soutient les équipes dans l'application du programme de mobilité;<br>• Agit en tant que personne ressource pour les cas complexes;<br>• Participe au suivi des indicateurs;<br>• Encourage et fait des rappels à l'équipe lorsque nécessaire. | • Inscrit les usagers ciblés sur la liste du programme de stimulation à la marche;<br>• Évalue le niveau de mobilité des usagers ciblés et complète la fiche d'identification visuelle de la mobilité;<br>• Précise dans ses ordonnances les contre-indications à la mobilité et spécifie les mesures de positionnement à adopter en cas de restriction. |

***N.B. :*** *Tous les acteurs sont visés par le respect des mesures de prévention et contrôle des infections*

# 5 FICHE D'IDENTIFIATION VISUELLE DE LA MOBILITÉ

L'évaluation de la condition de l'usager et le choix du niveau d'assistance approprié sont des préalables incontournables à toutes mobilisations sécuritaires. Selon la situation, il s'agit de superviser l'usager, de l'assister partiellement ou totalement. Dans tous les cas, la communication est centrale (ASSTSAS, 2017). La capacité de mobilisation de l'usager doit être connue de toute l'équipe. Par conséquent, l'utilisation d'un outil de communication accessible à tous est nécessaire. Les hôpitaux du CISSS de la Montérégie-Ouest ont adopté une fiche de couleur orangée avec pictogrammes qui précise le niveau d'autonomie de l'usager lors de ses transferts, à la marche, et lors de la mobilisation au lit (ANNEXE 1). En cas de transfert sur les unités de soins, cette fiche d'identification visuelle de la mobilité doit suivre l'usager.

## 5.1 INSTRUCTIONS D'UTILISATION DE LA FICHE D'IDENTIFICATION VISUELLE DE LA MOBILITÉ

1) Qui peut la remplir?

   La grille peut être remplie en collaboration avec toute l'équipe de soins. Cependant, un professionnel doit obligatoirement la signer pour entériner l'information qui s'y trouve suite à son évaluation.

   Professionnels :

   - Infirmières;
   - Professionnels de la réadaptation (physio, ergo, technicien en réadaptation);
   - Médecins.

2) Quand?
   - Dès l'admission de l'usager à l'urgence ou sur l'unité de soins s'il y est admis directement;
   - Lors d'un changement de la condition de santé ayant un impact sur le niveau de mobilité de l'usager.

3) Comment la compléter?
   - Valider avec l'usager et sa famille son niveau de mobilité avant d'être admis à l'hôpital de même que son historique de chute en posant simplement la question « Avez-vous déjà chuté? ». Cette information peut être recherchée par tous les membres de l'équipe de soins ce qui inclue les PAB. Ces derniers la communiquent à l'infirmière, le professionnel de la réadaptation ou le médecin;
   - L'infirmière doit ensuite procéder à une évaluation sommaire de l'usager afin d'identifier sur la fiche les pictogrammes qui correspondent le mieux à la situation de l'usager en tenant compte de l'information que ses collègues lui auront transmise. Il est recommandé de procéder au dépistage du risque de chute par la même occasion;
   - Les cas plus complexes doivent être référés au service de la réadaptation afin qu'une évaluation plus poussée soit réalisée. Le professionnel en réadaptation devra alors compléter la fiche d'identification visuelle de la mobilité à la lumière de ses recommandations.

## 5.2 INDICATEUR D'IMPLANTATION PROPOSÉ

Effectuez un audit sous forme de tournée visuelle 1 fois semaine et colligez le nombre de fiches remplies par rapport au nombre d'usagers de 75 ans et plus sur civière.

<u>Suggestions :</u>

- L'audit peut être accompli par n'importe quel intervenant incluant le commis de l'unité. Il est gagnant de confier cette responsabilité à un intervenant ciblé par le chef, ce dernier pourra effectuer les suivis;

- L'audit devrait être effectué à tous les jours en période d'implantation de l'outil, puis espacé graduellement jusqu'à 1 fois semaine par la suite. À des fins de comparaison des résultats, une constance dans les heures et les jours est souhaitable;
- La transmission des résultats à l'équipe favorise la responsabilisation collective.

# 6 LEVÉ DES USAGERS À CHAQUE REPAS

Dans nos trois hôpitaux, le levé de tous les usagers avant l'heure des repas est une priorité qui doit être bien campée dans la routine. Les avantages associés à cette pratique sont multiples dont notamment :

- Les usagers ont meilleur appétit;
- Moins de problématiques de dysphagie sont rapportées (réduction des consultations);
- La tournée infirmière est beaucoup plus efficiente lorsque les usagers sont déjà assis;
- Les soins de base sont facilités;
- Une réduction notable des cloches d'appel le matin, car les besoins de base ont été répondus au moment de l'installation au fauteuil;
- Une réduction de l'agitation et des incidences de délirium.

## 6.1 INDICATEUR D'IMPLANTATION PROPOSÉ

Effectuez un audit sous forme de tournée visuelle 1 fois semaine et colligez le nombre d'usagers levés par rapport au nombre d'usagers total d'usager.

Suggestions :

- L'audit peut être accompli par n'importe quel intervenant incluant le commis de l'unité. Il est gagnant de confier cette responsabilité à des intervenants ciblés par le chef, ce dernier pourra effectuer les suivis;
- La tournée visuelle devrait être effectuée à tous les jours en période d'implantation de l'outil, puis espacée graduellement jusqu'à 1 fois semaine par la suite. À des fins de comparaison des résultats, une constance dans les heures et les jours est souhaitable;
- La transmission des résultats à l'équipe favorise la responsabilisation collective;
- Les soins d'hygiène peuvent être faits après le déjeuner.

# 7 ACTIVITÉ D'ACCOMPAGNEMENT ET DE STIMULATION À LA MARCHE SUR LES UNITÉS DE SOINS

La démarche et les outils présentés dans cette section ont tous été éprouvés dans le cadre d'un projet pilote de 4 mois en 2016 sur une unité de médecine de l'Hôpital Anna-Laberge. L'implantation réussie d'une activité d'accompagnement et de stimulation à la marche est tributaire d'un processus consultatif avec l'équipe de soins tout au long de son déploiement. Plusieurs essais et erreurs sont souvent nécessaires avant de trouver les stratégies gagnantes avec l'équipe. Nonobstant, le chef doit identifier clairement ses attentes à son équipe et donner à cette dernière de la latitude sur le «comment» les choses pourraient être réalisées.

Suggestions :

- Avant le début du projet, il est fortement recommandé au chef de faire un état de situation de l'utilisation du temps moyen consacré à l'usager dans l'organisation du travail de son équipe de soins.

- Il est également encouragé de faire une réunion avec l'équipe pour présenter les constats de l'état de situation, écouter leurs préoccupations en lien avec le projet et prendre en considération leurs suggestions. Il est important de mettre l'emphase sur le bénéfice de l'usager dans la démarche afin d'augmenter le degré d'adhésion au projet;
- Il est souhaité de laisser l'équipe s'identifier des objectifs graduels d'implantation;
- De façon soutenue, le chef doit montrer un intérêt constant au projet, à la documentation et au suivi des résultats avec l'équipe;
- En phase d'implantation, le chef doit solliciter les équipes pour les faire adhérer au projet, mais également faire preuve de souplesse et de compréhension lorsque nécessaire;
- Enfin, l'identification de champions et la création d'un comité de mobilisation sur l'unité sont deux stratégies favorisant la pérennisation du projet.

## 7.1 L'IDENTIFICATION DE LA CLIENTÈLE

Afin de structurer l'activité de marche, il est nécessaire d'établir un système d'identification de la clientèle à faire marcher. Une liste divisée selon les sections de l'unité sur laquelle apparaissent les noms et les numéros de chambre est un outil qui facilite grandement cette organisation (ANNEXE 2). Des critères d'inscription à cette liste doivent être connus de toute l'équipe :

### Clientèle visée

- Personnes âgées de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique à risque de déconditionnement;
- Stabilité sur le plan médical (selon jugement de l'infirmière);
- Usagers en précautions additionnelles respectant les mesures de prévention et contrôle des infections identifiées à la porte de la chambre et accompagnés d'un membre du personnel en tout temps (selon recommandations du Service de la prévention et contrôle des infections).

### Critères d'exclusion

- Prescription médicale de repos au lit (valider quotidiennement la pertinence);
- Soins palliatifs en fin de vie;
- Conditions cliniques qui entraînent l'utilisation du levier;
- Cas de fracture suspectée;
- Modifications importantes de l'état de santé (référence à l'infirmière pour dépistage du risque de chute);
- Condition cardiaque qui s'emballe à l'effort;
- Tout usager présentant une maladie contagieuse ou infectieuse (ex. : gastro, syndrome d'allure grippal, influenza, tuberculose, etc.) (selon les recommandations du Service de prévention et contrôle des infections).

La responsabilité de gestion de la liste doit être assurée par une personne clairement nommée par le chef d'unité. Tous les membres de l'équipe de soins doivent participer quotidiennement à la mettre à jour en fonction des usagers sous leur responsabilité. Il va s'en dire que le dépistage du risque de chute par l'infirmière est une donnée essentielle qui permet de donner des directives spécifiques au besoin.

Commentaire :

Lors du projet pilote, l'assistante de soir responsable de la mise à jour de la liste s'est révélé un choix judicieux. Cependant, l'assistante de nuit aurait également été un bon choix.

## 7.2 L'ACTIVITÉ D'ACCOMPAGNEMENT ET DE STIMULATION À LA MARCHE

Les préposés aux bénéficiaires sont les principaux acteurs d'un programme de mobilité et de stimulation à la marche, car ce sont eux qui l'opérationnalisent concrètement avec l'usager. Ils se réfèrent à liste pour identifier les usagers qu'ils doivent accompagner ou stimuler à la marche, puis à la fin de l'activité, documentent sur la liste les éléments suivants :

- Identification du quart de travail, de l'heure et de la distance parcourue (idéalement, les usagers auraient avantage à marcher 2 fois par jour);
- Apposition des initiales (l'objectif est de permettre à l'infirmière de se référer à la bonne personne en cas de questionnement);
- Inscription des périodes de mobilisation au corridor;
- Inscription du libellé « autonome » lorsque l'usager se mobilise seul au corridor (avec ou sans aide technique) ou qu'il a simplement besoin de stimulation la marche;
- Documentation des refus (tenter à nouveau de différentes façons au courant du quart).

Commentaires :

- Plusieurs usagers peuvent marcher sans supervision. Cependant, ils n'auront pas le réflexe de se mobiliser s'ils ne sont pas encouragés à le faire. C'est la raison pour laquelle il est aussi important d'inscrire sur la liste ceux qui ont besoin d'un peu de stimulation;
- Un usager utilisant une aide technique peut être « autonome ». C'est le risque de chute qui détermine le niveau d'autonomie et le degré de supervision durant l'activité de marche;
- Lors du projet pilote, l'horaire d'une préposée aux bénéficiaires sur le quart de travail de soir a été décalé de 1 heure et l'horaire de jour a été décalé de 30 minutes. En rentrant plutôt, leur temps de présence auprès des usagers a été optimisé facilitant ainsi la tournée du matin pour les levés au fauteuil et l'activité de marche en après-midi (cette initiative a été proposée par les PAB);
- Le programme de l'ASSTSAS propose des outils simples prêts à être utilisés comme rappel avec l'équipe des PAB ASSTSAS | Fiches générales Manœuvres d'accompagnement à la marche;
- Afin de faciliter le calcul de la distance parcourue, il est aidant d'établir un système de marquage ou de repères. Un plan de l'unité avec les distances inscrites peut aussi faire l'affaire. Le service de réadaptation peut collaborer dans cette démarche;
- On peut prévoir une « aire de repos » à mi-parcours pour les usagers qui se fatiguent plus facilement. Une chaise que l'on range après l'activité de marche est un bon moyen;
- Enfin, des corridors dégagés exposant la main courante sont essentiels pour permettre des déplacements sécuritaires.

## 7.3 INDICATEURS D'IMPLANTATION PROPOSÉS

La compilation des données de mobilisation à partir de la liste des usagers à mobiliser permet de générer des statistiques qui permettront de suivre l'implantation du programme sur l'unité, mais également fournira un indice de performance de cette dernière. En effet, une unité qui mobilise systématiquement ses usagers prévient le déconditionnement, les chutes, les plaies de pression et le délirium. De plus, contrairement aux déclarations de plaies et de chutes qui sont des « indicateurs de conséquence », le pourcentage d'usagers ayant participé à l'activité de marche est un « indicateur d'activité » de l'unité; donc un indicateur très positif qui reflète le travail accompli. La comptabilisation des statistiques se fait à partir d'un outil *Excel* (ANNEXE 3) qui permet de générer des statistiques par période. Les données sont saisies à toutes les périodes par la responsable de la liste des usagers à mobiliser et celles-ci sont communiquées à toute l'équipe (voir exemple de communication en ANNEXE 4).

Suggestions de cible d'implantation :

- Cible au premier mois : 30 % des usagers inscrits sur la liste de marche auront marché une fois par jour;
- Cible au deuxième mois : 45 % des usagers inscrits sur la liste de marche auront marché une fois par jour;
- Augmenter de 15 % à chaque période jusqu'à 80 % à la fin de la période d'implantation du projet.

Commentaires :

- L'implication des professionnels en réadaptation a insufflé cohésion et énergie au projet;
- Au moins 4 usagers qui étaient en attente d'un lit en réadaptation gériatrique ont pu recevoir leur congé à domicile avant d'être admis;
- Nous constatons que la durée moyenne de séjour (DMS) sur l'unité du projet pilote atteint et se maintien selon la cible attendue pour les unités de médecine (N.B. DMS n'a pas été retenue comme indicateur de projet).

# 8 RAPPELS POUR UNE MOBILISATION SÉCURITAIRE

On oublie parfois qu'une mobilisation sécuritaire des usagers passe par un simple rappel des *Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires* (***PDSB)*** ASSTSAS | Approche globale de la situation de travail .
Avant de mobiliser un usager, il est primordial de :

- S'informer de sa capacité de mobilisation avec ou sans aide technique (fiche d'identification visuelle de la mobilité);
- Évaluer l'environnement (espace suffisant, obstacle, plancher sec et propre, éclairage);
- Communiquer avec l'usager sur la stratégie de mobilisation;
- Faire participer l'usager en utilisant 100 % de ses capacités.

En cas d'incertitude sur la capacité physique de l'usager, le test suivant peut-être effectué par tous les intervenants qui œuvrent auprès de l'usager:

**TEST : Le lever des jambes contre résistance** (Voyer (2011), *L'examen clinique de l'aîné*, p. 174)

**Objectif :** Vérifier le tonus, la symétrie et la force musculaire des membres inférieurs.

**Technique :** Demandez à l'aîné de lever sa jambe contre la force de résistance de votre main placée juste au-dessus de son genou.

**Résultat :** L'aîné doit avoir une force musculaire suffisante dans les deux jambes pour être en mesure de lever chacune d'elles malgré la pression de votre main. Si sa force musculaire est asymétrique ou qu'il n'arrive pas à lever sa jambe malgré une faible pression de votre main, ce n'est pas normal.

# 9 IMPLICATION DE LA FAMILLE

Toutes les occasions sont bonnes d'impliquer la famille dans l'épisode de soins de leur proche. Le programme de mobilité est une belle occasion de les encourager à participer, particulièrement chez les usagers autonomes ou n'ayant besoin que d'un peu de stimulation.

# 10 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI)

Les usagers en précautions additionnelles peuvent être mobilisés en appliquant rigoureusement les mesures de prévention et contrôle des infections identifiées sur l'affichette apposées à leur chambre. De plus, ces usagers devront être accompagnés d'un professionnel en tout temps. Certains usagers devront être évalués et des recommandations pourront être émises par le service de prévention et contrôle des infections, l'objectif étant de conserver un milieu sécuritaire pour tous les usagers, employés, professionnels, médecins, stagiaires, bénévoles et visiteurs.

Les équipements favorisant la mobilisation doivent avoir été évalués et autorisés par le service de prévention et contrôle des infections avant l'introduction de ceux-ci dans le milieu. L'évaluation permettra de déterminer si l'équipement respecte les normes de la prévention et contrôle des infections ainsi que d'émettre des recommandations pour le nettoyage et la désinfection de celui-ci.

# 11 ÉQUIPEMENTS FAVORISANT LA MOBILISATION DES USAGERS EN MILIEU HOSPITALIER

À l'urgence, idéalement le minimum serait d'avoir une chaise droite avec appui-bras par civière, bien que l'architecture de certaines urgences peut rendre difficile l'atteinte de ce ratio. Sur les unités de soins, la marchette et la ceinture de marche disponibles en quantité suffisante sont les équipements les plus utiles à avoir sur une unité ayant une activité d'accompagnement et de stimulation à la marche. Le tableau suivant présente des suggestions d'équipement favorisant la mobilité de la personne âgée à l'urgence et sur les unités soins :

## Équipements favorisant la mobilité de la personne âgée en milieu hospitalier

| ITEM | DESCRIPTION | COÛT (approximatif) |
|---|---|---|
|  | **Coussin sonore**<br>Avise le personnel lorsque le patient se lève pour éviter ainsi des contentions. Diminue le risque de chute | 86.40 |
|  | **Marchette avec ski**<br>Favorise l'autonomie des usagers | 81.95 |
|  | **Chaise**<br>Stimule la mobilisation des usagers à l'urgence. | 94.50 |
|  | **Chaise d'aisance**<br>Permet l'élimination en position assise pour éviter le recours à une bassine ou pire une culotte d'incontinence | 1 200 |
|  | **Ceinture de transfert**<br>Pour le transfert des patients et la marche | 67.95 |
|  | **Fauteuil gériatrique** | 1 290 |
|  | **Fauteuil**<br>avec haut dossier | 575 |
|  | **Verticalisateur**<br>Aide l'usager à prendre la position verticale | 2 750 |

# 12 RÉFÉRENCES

ASSTSAS (2012), *Approche globale de la situation de travail*. Document disponible en version électronique à l'adresse : http://asstsas.qc.ca/publication/approche-globale-de-la-situation-de-travail

MSSS (2011), *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence*. Édition La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Document disponible uniquement en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publication.

Voyer, P. (2011), *L'examen clinique de l'aîné : Guide d'évaluation et de surveillance clinique (pp. 171-174)*. St-Laurent (QC) : Édition du renouveau pédagogique inc.

http://asstsas.qc.ca/dossier-thematiques/pdsb-deplacement-de-personnes, Site consulté le 16 février 2017

## 13 ANNEXES

ANNEXE 1

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
Québec

# Identification visuelle de la mobilité

**Dossier #**_____ **Chambre/Civière** _____

☐ Tête de lit à ____°maximum et ____°minimum
☐ Mise en charge permise : _____ % MI ☐ Gauche ☐ Droit
☐ Port du corset
☐ Mobiliser en bloc au lit
☐ Repos au lit

**Autres :** _____

**Peut circuler accompagné de la famille** ☐ Oui ☐ Non

| **Mobilisation au lit** | **Transferts** |
|---|---|
|  Autonome<br> Supervision<br> Une personne<br> 2 personnes |  Autonome<br> Supervision<br> Une personne<br> 2 personnes<br> Levier<br>**AUTRES**<br>_____<br>_____<br>_____ |
| **Marche et déplacements** | |
| **SANS AIDE TECHNIQUE**<br> Canne/Quadripode<br> Marchette<br> Chaise roulante |  Autonome<br> Supervision<br> Une personne<br> 2 personnes |

**Signature du professionnel :** _____ **Date :** _____
aaaa / mm / jj

ANNEXE 2

Date : 03/10/2016

# PERSONNES À MOBILISER AU 2E EST

## Module 1

| Ch. | Nom du patient | | Inf. : | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Heure | Init. | Temps |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | M | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |

## Module 2

| Ch. | Nom du patient | | Inf. : | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Heure | Init. | Temps |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |

## Module 3

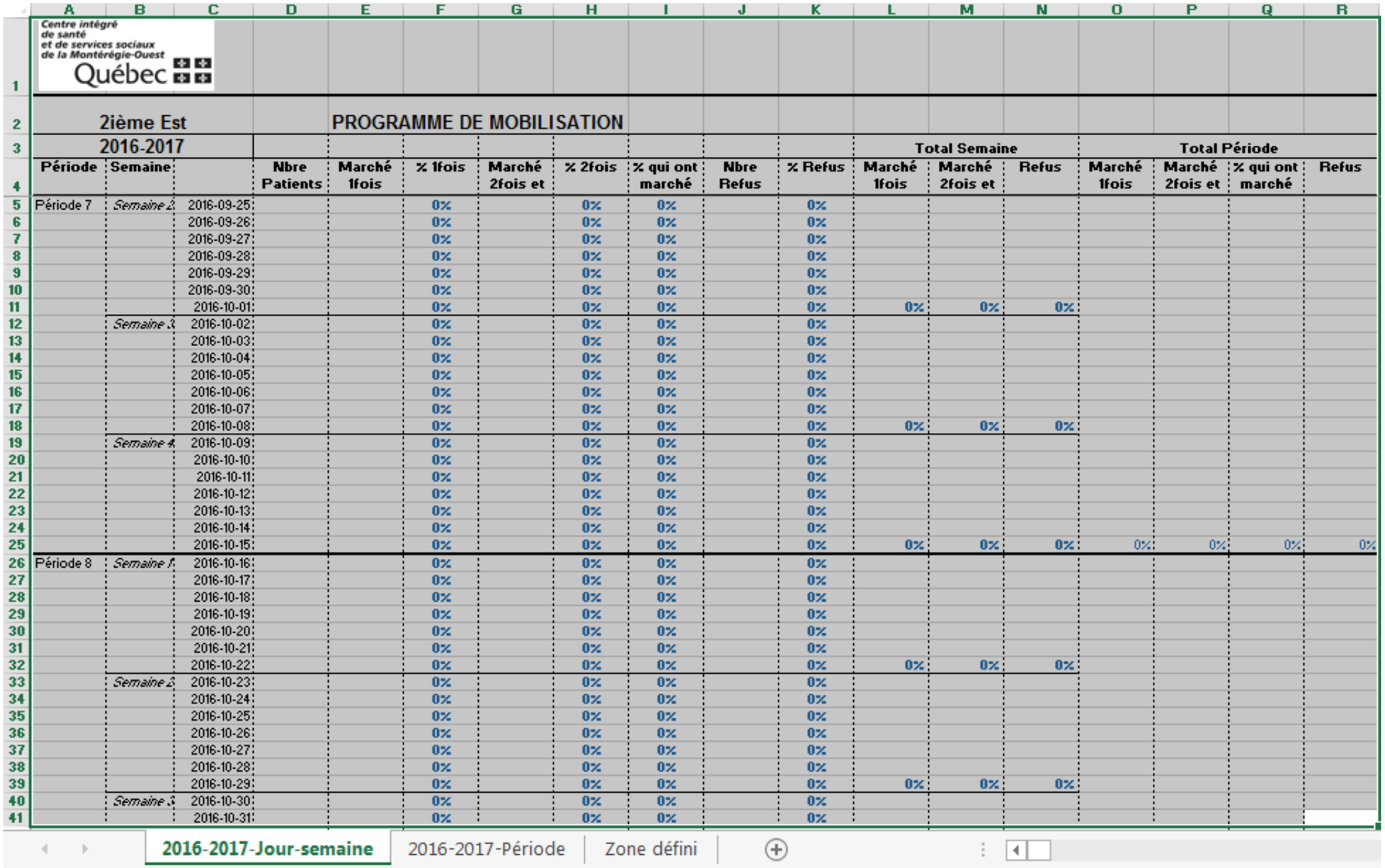
| Ch. | Nom du patient | | Inf. : | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Heure | Init. | Temps |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |
| | | N | | | |
| | | J | | | |
| | | S | | | |

## Module 4

| Ch. | Nom du patient | | Inf. : | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Heure | Init. | Temps |
| | | J | | | |
| | | J | | | |
| | | J | | | |
| | | J | | | |
| | | J | | | |
| | | J | | | |
| | | J | | | |

| Init. | Noms | Titre |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANNEXE 3



Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
Québec

2ième Est
2016-2017

PROGRAMME DE MOBILISATION

| Période | Semaine | | Nbre Patients | Marché 1fois | % 1fois | Marché 2fois et | % 2fois | % qui ont marché | Nbre Refus | % Refus | Total Semaine: Marché 1fois | Total Semaine: Marché 2fois et | Total Semaine: Refus | Total Période: Marché 1fois | Total Période: Marché 2fois et | Total Période: % qui ont marché | Total Période: Refus |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Période 7 | *Semaine 2* | 2016-09-25 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-09-26 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-09-27 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-09-28 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-09-29 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-09-30 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-01 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | 0% | 0% | 0% | | | | |
| | *Semaine 3* | 2016-10-02 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-03 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-04 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-05 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-06 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-07 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-08 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | 0% | 0% | 0% | | | | |
| | *Semaine 4* | 2016-10-09 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-10 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-11 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-12 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-13 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-14 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-15 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Période 8 | *Semaine 1* | 2016-10-16 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-17 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-18 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-19 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-20 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-21 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-22 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | 0% | 0% | 0% | | | | |
| | *Semaine 2* | 2016-10-23 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-24 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-25 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-26 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-27 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-28 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-29 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | 0% | 0% | 0% | | | | |
| | *Semaine 3* | 2016-10-30 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |
| | | 2016-10-31 | | | 0% | | 0% | 0% | | 0% | | | | | | | |

2016-2017-Jour-semaine | 2016-2017-Période | Zone défini

ANNEXE 4

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

## Pour la P11 (8 janvier au 4 février 2017) :

Vous avez réussi à mobiliser 73% des patients ciblés en moyenne. WOW!

- → 50% des patients ciblés ont été mobilisé 1 fois (↑11 %)
- → 22% des patients ciblés ont été mobilisé plus de 2 fois (idem)

Légère augmentation des refus à 7% (↑2%)

## Ce que cela signifie…

- --→ Continuer nos objectifs de marche par quart de travail (PAB de jour 5 patients minimum, PAB de 14h30 à 15h30: 6 patients minimum et PAB de soir : 6 patients minimum)
- --→ Meilleur identification des patients pouvant bénéficier du programme de mobilisation en équipe.
- --→ Implication des leaders

## Objectifs :

- --→ Continuer collaboration avec équipe de soins pour cibler les patients
- --→ S'assurer que la feuille de mobilisation orange soit affichée
- --→ Augmentation l'implication des professionnels (inf. et inf. aux.)