

APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE
ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

AUTONOMIE

SYNDROME D'IMMOBILISATION



Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-60947-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

SYNDROME D'IMMOBILISATION

DÉFINITIONS

Le syndrome d'immobilisation découle des conséquences de l'alitement ou de la réduction des mouvements et de la mobilité. Ses symptômes sont physiques, psychiques et métaboliques. Il résulte de la décompensation de l'équilibre physiologique précaire du vieillard par le seul fait de l'interruption ou de la diminution des activités quotidiennes habituelles. La prévention de ce syndrome doit devenir une priorité pour les soignants, car il peut causer des dommages irréversibles par son retentissement multisystémique :

- Contracture, ankylose, amyotrophie, ostéopénie, plaie de pression;
- Diminution de la réserve cardiaque, hypotension orthostatique;
- Insuffisance veineuse, formation de thrombus, embolie pulmonaire;
- Diminution du mouvement respiratoire, accumulation de sécrétions, atélectasie, pneumonie;
- Ralentissement du métabolisme basal, bilan azoté négatif, déshydratation, anorexie, constipation, fécalome, rétention vésicale, infection urinaire;
- Privation sensorielle, désorientation, anxiété, trouble de l'humeur, dépression.

DÉTÉRIORATION FONCTIONNELLE DANS LA MOBILITÉ

Apparition de limitations fonctionnelles ou d'incapacités qui entravent la liberté et l'aisance de la personne à se mouvoir volontairement dans l'environnement.

PRINCIPALES CAUSES DE LA DIMINUTION DE LA MOBILITÉ

- Maladie aiguë ou décompensation d'une maladie chronique avec alitement : neurologique, musculosquelettique, cardio-pulmonaire, endocrinienne, psychiatrique, etc.;
- Maladie systémique grave (cancer métastatique);
- Problèmes iatrogéniques :
 - » Attitudes des soignants et des proches : « maternage » ou « faire à la place pour gagner du temps »;
 - » Prescription de repos complet au lit;
 - » Solutés, sondes, drains ou autres rendant la mobilisation très difficile;
 - » Effets secondaires de la médication;
 - » Environnement physique non adapté.

PRINCIPALES MANIFESTATIONS CLINIQUES DE LA PERTE DE MOBILITÉ : (DEGRÉ DE SÉVÉRITÉ)

Incapacités à :

- Se mobiliser dans le lit;
- Se lever et se tenir debout en équilibre;
- Effectuer ses transferts;
- Marcher à l'intérieur ou à l'extérieur, circuler en fauteuil roulant.

ÉVALUATION CLINIQUE SYSTÉMATIQUE (INITIALE)

Dépistage et prévention du syndrome d'immobilisation et des risques de chutes chez l'ensemble de la clientèle âgée.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Niveau d'indépendance de la personne (seule ou avec supervision, aide partielle ou aide totale) avant et depuis l'hospitalisation pour**
 - » Se mobiliser au lit;
 - » Effectuer ses transferts;
 - » Circuler avec une aide technique ou un fauteuil roulant, s'il y a lieu;
 - » Marcher sur une courte distance;
 - » Marcher sur une longue distance.
- **Limitations fonctionnelles aux membres inférieurs qui pourraient entraver les mouvements et la marche**
 - » Trouble moteur, musculaire ou articulaire : paralysie, parésie, faiblesse, ankylose, spasticité, contracture, fracture, douleur, inflammation, déformation, rigidité d'opposition;
 - » Pertinence ou non des contentions (à n'utiliser qu'en dernier recours).
- **Problèmes d'équilibre, de vertiges, d'étourdissements observés lorsque la personne**
 - » Se lève du lit;
 - » Se tient debout sans bouger;
 - » Effectue des transferts;
 - » Marche;
 - » Se relève du sol après s'être penchée.
- **Endurance à la marche**
 - » Fréquence des déplacements, durée et distance parcourue;
 - » Présence de symptômes tels que : dyspnée, sudation, fatigue;
 - » Augmentation de la fréquence respiratoire et cardiaque;
 - » Augmentation de la pression artérielle.
- **Caractéristiques de la démarche de la personne**
 - » Marche précautionneuse, hésitante et à très petits pas;
 - » Marche avec élargissement du polygone de sustentation;
 - » Piétinement au démarrage ou au demi-tour;
 - » Pieds traînants;
 - » Boiterie, genoux ou hanches en flexion;
 - » Rétropulsion.
- **Douleur ou inconfort à la mobilisation, s'il y a lieu, procéder à l'évaluation selon l'acronyme PQRSTU**
 - » **P** = Provoque (ce qui provoque la douleur)/Pallie (ce qui soulage la douleur);
 - » **Q** = Qualité (description de la douleur)/Quantité (échelle de douleur de 0 à 10);
 - » **R** = Région (localisation)/Irradiation (dans d'autres zones);
 - » **S** = Signes/Symptômes associés (autres malaises ressentis);
 - » **T** = Temps (début de la douleur, moments de la journée, continu ou intermittent). Pour les personnes avec atteintes cognitives ou incapables de s'exprimer adéquatement, porter attention aux comportements pouvant indiquer une douleur: faciès grimaçant, position antalgique, résistance aux soins, agressivité physique lors des mobilisations, des soins ou des traitements, etc.;
 - » **U** = *Understanding* (Compréhension) – ce que la personne comprend de sa situation, ce qu'elle en perçoit.

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Activités physiques pratiquées avant l'hospitalisation**
 - » Marche intérieure et extérieure (fréquence, distance parcourue, etc.);
 - » Activités de loisirs, sportives (type d'activité, fréquence, durée, etc.).
- **Éléments psychosociaux pouvant avoir un impact sur la mobilisation**
 - » Degré de motivation de la personne à récupérer son état fonctionnel antérieur;
 - » Capacité cognitive à faire de nouveaux apprentissages;
 - » Présence d'éléments dépressifs.
- **Connaissances et croyances de la personne et des proches concernant les bienfaits de la mobilisation précoce**

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX ET MATÉRIEL ADAPTÉ

- **Qualité de l'environnement**
 - » Favorable au repos et au sommeil;
 - » Sécuritaire pour les transferts et déplacements.
- **Nécessité d'une aide technique pour**
 - » Se mobiliser au lit;
 - » Effectuer ses transferts;
 - » Marcher;
 - » Se mobiliser sur une courte distance;
 - » Se mobiliser sur une longue distance.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Prévention du syndrome d'immobilisation**
 - » Mobiliser la personne dès que possible;
 - » Réduire l'utilisation des cathéters, sondes, drains dès que possible pour faciliter la mobilité;
 - » Allonger les tubulures d'O₂ pour la personne sur compresseur non portatif;
 - » Réduire l'emploi des contentions physiques (mesures de dernier recours);
 - » Assurer une bonne posture lorsque la personne est au lit et au fauteuil;
 - » Faire participer la personne à ses soins ou aux changements de position;
 - » Planifier des exercices passifs des membres pour la personne alitée;
 - » Introduire les exercices dans les activités de la vie quotidienne;
 - » Lever la personne dès que possible pour aller aux toilettes et pour la prise des repas;
 - » Planifier l'ensemble des soins et traitements de manière à mobiliser la personne toutes les 2 heures.

- **Entraînement à la marche**
 - » S'assurer que la personne porte ses lunettes et ses prothèses auditives, s'il y a lieu;
 - » Établir un horaire de marche graduelle, selon la tolérance;
 - » Encourager les proches à participer à l'entraînement à la marche de la personne;
 - » Introduire l'entraînement à la marche à travers des activités significatives telles que se rendre aux toilettes, au fauteuil pour les repas, au salon avec les visiteurs, etc.;
 - » Superviser l'utilisation adéquate des aides techniques à la marche;
 - » Encourager les efforts et souligner les progrès, si minimes soient-ils.

- **Augmentation de l'endurance à la marche**
 - » Augmenter progressivement les activités tout en respectant la tolérance de la personne;
 - » Alternier les périodes de repos (sieste de 30 minutes l'avant-midi et l'après-midi) et de mobilisation pour les AVQ;
 - » Fractionner la marche en fonction de l'endurance de la personne en lui permettant de se reposer quelques minutes au cours de l'activité;
 - » Insister sur la contribution d'une bonne alimentation à l'endurance à l'exercice;
 - » Privilégier l'entraînement à la marche le matin, soit lorsque la personne âgée est moins fatiguée;
 - » Ne pas sous-estimer l'effort exigé par certaines procédures d'investigation.

- **Soulagement de la douleur**
 - » Offrir les analgésiques prescrits en PRN 30 minutes avant la mobilisation;
 - » Planifier les soins et les activités de mobilisation en tenant compte des périodes de soulagement de la douleur;
 - » Expliquer à la personne chaque étape avant la mobilisation ou le transfert pour diminuer la peur d'avoir mal;
 - » Expliquer les effets attendus des analgésiques prescrits;
 - » Conseiller à la personne d'amorcer les mesures de soulagement de la douleur avant que la douleur ne devienne trop importante.

- **Identification d'hypotension orthostatique**
 - » Chez tous les patients : mesurer la tension artérielle et la fréquence cardiaque selon la technique de soins : après un décubitus dorsal de 15 minutes et debout à 1 minute et 3 minutes.

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX

- **Motivation, capacité d'apprentissage et expression des émotions**
 - » Encourager la personne à se mobiliser au lit, à effectuer ses transferts et à se lever;
 - » Encourager les efforts et souligner les progrès, si minimes soient-ils;
 - » Rappeler régulièrement à la personne les progrès réalisés depuis le début;
 - » Utiliser des consignes courtes et concrètes pour guider la personne dans sa mobilisation;
 - » Faire des démonstrations pour faciliter les apprentissages;
 - » Privilégier les enseignements le matin, soit lorsque la personne est plus alerte et reposée;
 - » Permettre à la personne d'exprimer ses craintes et ses attentes pour mieux intervenir.
- **Transfert des connaissances à la personne et à ses proches concernant les bienfaits multisystémiques de la mobilisation précoce**

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX ET MATÉRIEL ADAPTÉ

- **Environnement favorisant le repos et le sommeil réparateur (cf. fiche Risque d'insomnie).**
- **Environnement sécuritaire pour les déplacements**
 - » Prévoir un éclairage suffisant la nuit, surtout pour le trajet menant à la toilette;
 - » Garder la chambre bien rangée et les corridors désencombrés;
 - » Dégager en tout temps un côté du corridor afin de faciliter l'accès à la main courante;
 - » Conserver les planchers secs, sans fils ni obstacles.
- **Aides techniques pour se mobiliser et se transférer**
 - » Fournir les aides techniques nécessaires pour se mobiliser (cane simple ou tripode, marchette, fauteuil roulant, planche de transfert, trapèze, barre d'appui, etc.);
 - » Superviser l'utilisation adéquate des aides techniques.

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

MAINTIEN OU AMÉLIORATION DE LA MOBILITÉ?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.



NON

ALERTE : faire appel à l'équipe multiprofessionnelle et passer au **PALIER SPÉCIFIQUE**.

ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIFIQUE

Évaluation par les membres de l'équipe multiprofessionnelle en collaboration avec l'équipe soignante.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Problèmes de santé pouvant expliquer la perte d'autonomie dans la mobilité**
 - » Identifier le risque associé aux maladies justifiant l'hospitalisation et aux comorbidités présentes.
- **Examen physique des membres inférieurs**
 - » Force musculaire;
 - » Mobilité articulaire;
 - » Équilibre en statique et dynamique;
 - » État des pieds;
 - » Coordination des mouvements;
 - » Si nécessaire : examen pulmonaire (échelle dyspnée).
- **Nécessité d'une prothèse, orthèse ou attelle, s'il y a lieu, évaluation de la capacité à l'installer (seul ou avec supervision, aide partielle ou aide totale)**
- **Type de douleur et traitement approprié**
 - » S'assurer que le traitement de la douleur entraîne un soulagement avec le moins d'effets secondaires indésirables.
- **Évaluation des facteurs de risques de chute de la personne**
 - » Histoire de chute antérieure;
 - » Déficits visuels et auditifs;
 - » Faiblesse des membres inférieurs;
 - » Altération des fonctions cognitives perceptuelles;
 - » Incontinence urinaire;
 - » Hypotension orthostatique;
 - » Trouble de la démarche;
 - » Trouble de la mobilité;
 - » Effets secondaires de la médication.
- **Présence d'hypotension orthostatique**
 - » Vérifier s'il y a présence de symptômes suspects aux changements de position, tels que : diaphorèse, nausée, tachycardie et étourdissements.
- **Impact de la médication sur la mobilité**
 - » Observer s'il y a somnolence, étourdissements, hypotension orthostatique, faiblesse, delirium, etc.

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Nécessité de renseigner sur les mesures de sécurité pour**
 - » Les transferts;
 - » La marche;
 - » L'utilisation des aides à la marche;
 - » La conduite en fauteuil roulant.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX ET MATÉRIEL ADAPTÉ

- **Éléments environnementaux pouvant affecter la mobilité**
 - » Absence de mains courantes dans les corridors;
 - » Encombrement des corridors;
 - » Mauvais éclairage;
 - » Planchers glissants (cirés ou mouillés);
 - » Encombrement par des fils électriques, tubulures, sondes, etc.;
 - » Hauteur inadéquate du lit, fauteuil, siège de toilette, etc.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus des éléments de l'intervention systématique, entreprendre les actions suivantes et assurer l'application des recommandations formulées par les membres de l'équipe multiprofessionnelle.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Prévention des symptômes d'hypotension orthostatique**
 - » Éviter tous les changements brusques de position;
 - » Enseigner à se lever lentement du lit, en 3 étapes :
 1. Demeurer assis dans son lit pendant une minute,
 2. S'asseoir au bord du lit, les jambes pendantes pendant une minute,
 3. Se lever doucement en s'appuyant sur le bord du lit;
 - » Porter des bas de compression le jour pour éviter la stase veineuse dans les jambes;
 - » Rappeler que les symptômes d'hypotension sont plus prononcés : au premier lever le matin, après un repas copieux et une à deux heures après la prise d'un antihypertenseur;
 - » Enseigner à la personne à effectuer des exercices de pompage des mains et des pieds lorsqu'elle est couchée, et ce, avant de se lever.
- **Application du programme de prévention des chutes**
- **Mise en application d'un programme d'entraînement à la marche**

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Enseignement des mesures de sécurité**
 - » Apprendre à la personne à appliquer les freins sur son fauteuil avant de se lever;
 - » Rappeler à la personne de toujours utiliser les barres d'appui, planches de transfert pour effectuer ses transferts;
 - » Enseigner les mesures de sécurité lors de la marche;
 - » Montrer à se servir correctement des aides à la marche et corriger au fur et à mesure;
 - » Rappeler les règles de circulation en fauteuil roulant;
 - » Conseiller le port de vêtements ajustés, de chaussures à talons peu élevés avec semelles antidérapantes;
 - » Prévoir des temps d'arrêt dès que la personne présente des signes de fatigue.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX ET MATÉRIEL ADAPTÉ

- **Matériel préventif en cas d'immobilisation prolongée pour prévenir les plaies de pression**
 - » Prévoir une surface thérapeutique qui diminue la pression (cf. fiche Plaie de pression).

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

MAINTIEN OU AMÉLIORATION DE LA MOBILITÉ?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.



NON

- » **CE PROBLÈME S'INSCRIT-IL DANS UNE PLURIPATHOLOGIE?**
 - » **Y A-T-IL UNE COMPLEXITÉ ÉLEVÉE?**
 - » **EST-CE LE MOMENT DE FAIRE APPEL À L'EXPERTISE DE LA GÉRIATRIE?**
-
- » **ALERTE** : faire appel à l'équipe spécialisée et passer au **PALIER SPÉCIALISÉ**.

ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIALISÉE

Évaluation par les membres de l'équipe spécialisée selon les difficultés rencontrées, car une détérioration à ce stade peut être l'indice d'un problème non diagnostiqué ou d'une complication iatrogénique. S'assurer de la collaboration de l'équipe multiprofessionnelle et de l'équipe soignante.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus d'assurer l'application des éléments pertinents de l'intervention spécifique, appliquer les recommandations formulées par les membres de l'équipe spécialisée et assurer la continuité des soins.

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

MAINTIEN OU AMÉLIORATION DE LA MOBILITÉ?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats.
Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.



NON

ALERTE : poursuivre les interventions.
Le médecin traitant et les consultants visés devront envisager des mesures adaptées pour le long terme (PII).

AUTEURS

MONIQUE BOURQUE, INF., M.A.

Conseillère clinicienne en soins infirmiers, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Conseillère clinicienne en soins infirmiers gériatriques, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke

Professeure associée, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

MARIE-JEANNE KERGOAT, M.D., CCFP, FCFP, CSPQ

Géiatre

Chef du Département de médecine spécialisée

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Directrice du programme réseau de résidence en gériatrie du Québec

Professeure titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal

Chercheuse, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

DIANE BOYER, M.SC.(PS-ÉD), MAP

Coordonnatrice, projet « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier »

Adjointe administrative, Centre d'expertise sur la santé des personnes âgées et des aidants (CESPA)

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie est classée par ordre alphabétique d'auteurs. Elle comprend les références des documents qui ont inspiré la réflexion des membres du groupe et ont abouti à la création de cette fiche thématique sur la prévention du syndrome d'immobilisation.

La bibliographie a été réalisée à partir d'une sélection d'ouvrages, d'articles, de rapports (résultats d'études d'instituts de recherche...).

La recherche de données probantes a été privilégiée.

Barry, H. C., & Eathorne, S. W. (1994). Exercise and aging. Issues for the practitioner. *Medical Clinics of North America*, 78(2), 357-376.

Bottomley, J. M., & Lewis, C B. (2008). *Geriatric rehabilitation : a clinical approach* (3 ed.). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall, 517 p.

Brach, J., Rosano, C., & Studenski, S. (2009). Mobility. In J. B. Halter, J. G. Ouslander, M. E. Tinetti, S. Studenski, K. P. High & S. Asthana (Eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology* (6 ed., p. 1397-1409). New York: McGraw-Hill.

Browse, N. L. (1965). *The physiology and pathology of bed rest*. Springfield, Ill.: C. C. Thomas, 221 p.

Brûlé, M., Cloutier, L., & Doyon, O. (2002). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique, 676 p.

Counsell, S. R., Holder, C. M., Liebenauer, L. L., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Kresevic, D. M., et al. (2000). Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients : a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1572-1581.

Elward, K., & Larson, E. B. (1992). Benefits of exercise for older adults. A review of existing evidence and current recommendations for the general population. *Clinics in Geriatric Medicine*, 8(1), 35-50.

Evans, W. J. (1995). Effects of exercise on body composition and functional capacity of the elderly. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 50 Spec No, 147-150.

Fuller, G. F. (2000). Falls in the elderly. *American Family Physician*, 61(7), 2159-2168.

Gosselin, S. (2007). Faiblesse musculaire des membres inférieurs. In M. Arcand & R. Hébert (Eds.), *Précis pratique de gériatrie* (p. 615-633). Acton Vale; Paris: Edisem; Maloine.

Grossman, M. D., Miller, D., Scaff, D. W., & Arcona, S. (2002). When is an elder old? Effect of preexisting conditions on mortality in geriatric trauma. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 52(2), 242-246.

Grumbach, R., & Blanc, A. (1973). Le syndrome d'immobilisation du vieillard. *Nouvelle Presse Medicale*, 2(30), 1989-1991.

Gupta, V., & Lipsitz, L. A. (2007). Orthostatic hypotension in the elderly : diagnosis and treatment. *American Journal of Medicine*, 120(10), 841-847.

Hanks, R. A., & Lichtenberg, P. A. (1996). Physical, psychological, and social outcomes in geriatric rehabilitation patients. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 77(8), 783-792.

Hébert, R., & Roy, P. M. (2007). Syndrome d'immobilisation. In M. Arcand & R. Hébert (Eds.), *Précis pratique de gériatrie* (3 ed., p. 477-491). Paris: Edisem; Maloine.

Hirsch, C. H., Sommers, L., Olsen, A., Mullen, L., & Winograd, C. H. (1990). The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(12), 1296-1303.

Hopkins, D. R., Murrah, B., Hoeger, W. W., & Rhodes, R. C. (1990). Effect of low-impact aerobic dance on the functional fitness of elderly women. *Gerontologist*, 30(2), 189-192.

Inouye, S. K., Acampora, D., Miller, R. L., Fulmer, T., Hurst, L. D., & Cooney, L. M., Jr. (1993). The Yale Geriatric Care Program : a model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(12), 1345-1352.

Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Baker, D. I., Leo-Summers, L., & Cooney, L. M., Jr. (2000). The Hospital Elder Life Program : a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1697-1706.

Inouye, S. K., Wagner, D. R., Acampora, D., Horwitz, R. I., Cooney, L. M., Jr., & Tinetti, M. E. (1993). A controlled trial of a nursing-centered intervention in hospitalized elderly medical patients : the Yale Geriatric Care Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(12), 1353-1360.

Kannus, P., Sievanen, H., Palvanen, M., Jarvinen, T., & Parkkari, J. (2005). Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. *Lancet*, 366(9500), 1885-1893.

Kortebein, P., Symons, T. B., Ferrando, A., Paddon-Jones, D., Ronsen, O., Protas, E., et al. (2008). Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 63(10), 1076-1081.

Kozier, B., Glenora, E., Berman, A., & Snyder, S. (2005). *Soins infirmiers : théorie et pratique : volume 1 / Barbara Kozier ... et al.; adaptation française de la septième édition de Fundamentals of nursing : concepts, process and practice, sous la direction de Sophie Longpré et Lyne Cloutier; avec la participation de Caroline Longpré ... et al.* (Vol. 1). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique, 915 p.

Kozier, B., Glenora, E., Berman, A., & Snyder, S. (2005). *Soins infirmiers : théorie et pratique : volume 2 / Barbara Kozier ... et al.; adaptation française de la septième édition de Fundamentals of nursing : concepts, process and practice, sous la direction de Sophie Longpré et Lyne Cloutier; avec la participation de Caroline Longpré et la collaboration de Hugo Laplante* (Vol. 2). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique, 1707 p.

Mahoney, J. E., Sager, M. A., & Jalaluddin, M. (1998). New walking dependence associated with hospitalization for acute medical illness : incidence and significance. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 53(4), M307-312.

McCusker, J., Kakuma, R., & Abrahamowicz, M. (2002). Predictors of functional decline in hospitalized elderly patients : a systematic review. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 57(9), M569-577.

Miller, C. A., Simoneau, I. L., & Raymond, N. (2007). *L'essentiel en soins infirmiers gérontologiques / Carol A. Miller; adaptation de Ivan L. Simoneau avec la collaboration de Nathalie Raymond; [traduction, Johanne Roy]*. Montréal: Beauchemin, 258 p.

Paffenbarger, R. S., Jr., Hyde, R. T., Wing, A. L., Lee, I. M., Jung, D. L., & Kampert, J. B. (1993). The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *New England Journal of Medicine*, 328(8), 538-545.

Palmer, R. M., & Meldon, S. W. (2003). Acute care. In W. R. Hazzard, J. P. Blass, J. B. Halter, J. G. Ouslander & M. E. Tinetti (Eds.), *Principles of geriatric medicine and gerontology* (p. 157-168). New York; Toronto McGraw-Hill Professional.

Rogers, R. L., Meyer, J. S., & Mortel, K. F. (1990). After reaching retirement age physical activity sustains cerebral perfusion and cognition. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(2), 123-128.

Smith, E. L., & Gilligan, C. (1983). Physical activity prescription for the older adults. *The physician and sportsmedicine*, 11(8), 91-101.

Stanley, M., & Gauntlett Beare, P. (2005). *Soins infirmiers en gériatrie : vieillissement normal et pathologique / Mickey Stanley; traduit de l'américain par Françoise Hallet*. Bruxelles: De Boeck Université, 507 p.

Teague, M. L., & Hunnicutt, B. K. (1989). An analysis of the 1990 Public Health Service physical fitness and exercise objectives for older Americans. *Health Values*, 13(4), 15-23.

Tinetti, Mary E. (2003). Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 348(1), 42-49.

Santé
et Services sociaux

Québec



ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES	CONSULTATION	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES
ÉLÉMENTS PHYSIQUES			
<p>Dépistage d'un déclin fonctionnel avant et depuis l'hospitalisation sur le plan de la mobilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour se mobiliser au lit • Pour marcher ou circuler en fauteuil roulant • Pour les transferts (lit, fauteuil, toilette) <ul style="list-style-type: none"> » Intervenir promptement si forme aiguë : installation du déficit en quelques heures à quelques jours ou si ↑ depuis l'hospitalisation 		<p>Compléter l'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membres inférieurs : force musculaire, mobilité articulaire • Équilibre en statique et dynamique • Sensibilité des pieds • Syndrome post-chute 	<p>Consultations spécialisées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les recommandations • Poursuivre les soins
<p>Problèmes associés et collecte de données</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitations fonctionnelles des membres inférieurs (MI) : ankylose, hémiplégie, fracture, tremblements, etc. • Alignement corporel, démarche et équilibre • Présence de douleur à évaluer selon le PQRST • Tolérance : essoufflement, fatigue, épuisement • Dépistage des risques de chutes 	<p>Physiothérapie si jugé nécessaire</p>	<p>Étude de l'impact de la médication sur la mobilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hypotension, étourdissement • Somnolence, agitation • Soulagement de la douleur 	
<p>Gestes favorisant la mobilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Port des lunettes et des appareils auditifs • Réduction, dès que possible, des cathéters (facilite la mobilisation) • Mobilisation précoce intégrée dans les AVQ : lever pour conduire à la toilette ou pour la prise des repas • Programme d'exercices au lit pour personne alitée • Participation des proches pour encourager la marche • Côté de lit abaissé en permanence, de préférence celui où la personne a l'habitude de se lever, sauf si contre-indication médicale 			
ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE			
<p>Habitudes favorisant la mobilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marche (fréquence, distance parcourue et aide technique) • Motivation, capacité d'apprentissage 		<p>Application d'un programme de prévention des chutes</p>	
<p>Assistance à la personne présentant des déficits cognitifs et un comportement téméraire (prend des risques sans les mesurer adéquatement)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesure de remplacement : système d'alarme lorsqu'elle se lève, etc. • Participation des proches : surveillance au chevet pour éviter les contentions physiques et accompagnement à la marche, etc. 		<p>Application d'un programme de marche</p>	
ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX			
<p>Environnement adapté</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chaussures sécuritaires, plancher sec et exempt d'obstacles • Aides techniques pour circuler, placées à la portée, près du lit ou du fauteuil 	<p>Ergothérapie si jugé nécessaire</p>		