Université de Lille

Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé (ILIS)

Master Ingénierie de la Santé

Parcours Healthcare Business et Recherche Clinique

Année universitaire : 2022/2023

Inès DIERYCKX

Mémoire de fin d'études de la 2ème année de Master

Sous la direction de Monsieur Régis LOGIER

La mobilisation précoce en service de réanimation

Compte tenu des bénéfices avancés par la littérature scientifique, comment est perçue la mobilisation précoce en service de réanimation ?

Composition du jury :

- Président du jury : Monsieur Régis LOGIER
- Directrice de mémoire : Madame Hélène GORGE
- Membre professionnel : Madame Sarah DUBOIS

Date de soutenance : Jeudi 6 juillet 2023 à 8h

Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé - ILIS

42 rue Ambroise Paré

59120 LOOS

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes, à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance et ma gratitude.

Je voudrais dans un premier temps remercier l'Université de Lille, ainsi que l'ILIS de donner l'opportunité aux étudiants de réaliser un mémoire sur un sujet qui nous intéresse et que nous pouvons choisir. C'est un travail riche en apprentissage, tant humainement qu'intellectuellement qui conclut nos cinq années d'études supérieures.

Également, je remercie ma directrice de mémoire, Madame Hélène GORGE, Responsable du Master Healthcare Business et Recherche Clinique à l'ILIS, pour ses précieux conseils et sa bienveillance à mon égard. Aussi, j'exprime toute ma reconnaissance à Monsieur Régis LOGIER et Madame Sarah DUBOIS de me faire l'honneur d'assister à ma soutenance de mémoire.

Je désire également remercier et exprimer ma gratitude à Messieurs Jean-Paul HAEBERLE et Nicolas TARDIVEL, respectivement Directeur Médico-Économique et Directeur Marketing qui m'accordent leur confiance et une large indépendance dans l'exécution de mes missions, dans le cadre de mon contrat d'apprentissage chez Arjo.

Je renouvelle l'expression de ma gratitude à l'ensemble de mes collègues Arjo, et plus particulièrement à ma chère collègue Clélia pour sa sympathie et sa disponibilité à mon égard.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux soignants pour m'avoir accordé des entretiens. Ils ont été d'un grand soutien dans l'élaboration de ce mémoire.

Enfin, je voudrais exprimer mes plus tendres remerciements envers mes parents, ma grand-mère, mon frère, mon petit ami Pierre et Albane, mon amie, qui m'ont apporté leur support moral tout au long de ma démarche.

Glossaire

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

CCNE : Conseil Consultatif National d'Éthique

CH : Centre Hospitalier

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux

DG : Dotation Globale

DM : Dispositifs Médicaux

DPI : Dossier Patient Informatisé

Dr. : Docteur

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ESD : Entretiens Semi-Directifs

FHF : Fédération Hospitalière Française

GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire

IFSI : Institut de Formation aux Soins Infirmiers

Mr. : Monsieur

MT2A : Mission de la Tarification à l'Activité

OMS : Organisme Mondial de la Santé

SDRA : Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SI : Soins Intensifs

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

T2A : Tarification À l'Activité

TLB : *Total Lift Bed*

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

USI : Unité de Soins Intensifs

Sommaire

INTRODUCTION **7**

PARTIE 1 : REVUE DE LA LITTERATURE **9**

I. UN CONTEXTE HOSPITALIER FRANÇAIS EN TENSION 9

II. LA MOBILISATION PRECOCE EN SERVICE DE REANIMATION : UN PAS EN AVANT POUR L'AMELIORATION DE LA SITUATION HOSPITALIERE 19

CONCLUSION INTERMEDIAIRE ET QUESTION DE RECHERCHE **37**

PARTIE 2 : METHODOLOGIE **38**

I. LES OBJECTIFS DE L'ENQUETE 38

II. LE CHOIX DE L'ENQUETE QUALITATIVE 39

III. UNE APPROCHE INDUCTIVE 40

IV. LE TERRAIN D'ETUDE 40

V. LA COLLECTE DES DONNEES 42

VI. L'ANALYSE DES DONNEES 44

PARTIE 3 : RESULTATS DE L'ANALYSE DES DONNEES **45**

I. L'OBJECTIVITE DE LA PRATIQUE 45

II. DE GRANDES DISPARITES ORGANISATIONNELLES QUI INFLUENCENT LA PRATIQUE 55

III. LE POIDS DU CHANGEMENT DE PRATIQUE 65

PARTIE 4 : PRECONISATIONS **72**

I. RECOMMANDATIONS POUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE 72

II. RECOMMANDATIONS POUR LES FABRICANTS 77

CONCLUSION **80**

BIBLIOGRAPHIE **82**

TABLE DES MATIERES **90**

TABLE DES ANNEXES **92**

Table des figures

FIGURE 1 : LA ROUE EXPLICATIVE DE LA T2A 11
FIGURE 2 : LA PYRAMIDE DE L'IMMOBILISATION : LA FONTE MUSCULAIRE EN FONCTION DES DIFFERENTS ETATS DE MOBILISATION 21
FIGURE 3 : LES DIFFERENTES ZONES D'APPUI LORS DE L'ALITEMENT 22
FIGURE 4 : UN EXEMPLE DE PROTOCOLE DE MOBILISATION PRECOCE 25
FIGURE 5 : LE RESUME DES TECHNIQUES DE MOBILISATION 27
FIGURE 6 : L'EXEMPLE D'UN PROTOCOLE DE MOBILISATION PRECOCE EN FONCTION DE L'ETAT DE CONSCIENCE 31
FIGURE 7 : L'EXEMPLE D'UN PATIENT VERTICALISE GRACE AU TLB 35
FIGURE 8 : LES OBJECTIFS DE LA MOBILISATION PRECOCE 77

Table des tableaux

TABLEAU 1 : LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LES INSATISFACTIONS GRANDISSANTES DU PERSONNEL HOSPITALIER 15
TABLEAU 2 : LE RECAPITULATIF DES RESULTATS SUITE A LA PRATIQUE DE LA MOBILISATION PRECOCE 33
TABLEAU 3 : LE RECAPITULATIF DES PROFESSIONNELS INTERVIEWES 42

Introduction

La prise en charge du patient en service de réanimation comprend diverses étapes. Chacune d'elles peut amener à un risque, que les établissements souhaitent diminuer de jour en jour.

Grâce aux avancées médicales, l'évolution de la médecine intensive a permis d'augmenter considérablement le nombre de personnes survivant à un séjour en réanimation. Ces progrès se traduisent par l'introduction de nouvelles approches de traitement, de nouvelles technologies et de nouvelles procédures médicales visant à façonner un avenir plus prometteur. Suivre un programme de rééducation dans un service de réanimation par exemple, pourrait avoir un impact positif sur le maintien de la qualité de vie des patients. [1]

La réanimation est un service hospitalier, décrit comme « *une discipline médicale dédiée à la prise en charge de patients et de leurs familles dans un contexte de pathologies complexes, menaçant le pronostic vital à court ou moyen terme* ». [2] Les niveaux de soins en réanimation sont définis en fonction de la complexité des soins nécessaires, du degré de surveillance et de l'intensité des interventions médicales requises pour maintenir la vie du patient. Depuis Mars 2022, nous distinguons deux niveaux de soins : la réanimation à proprement dite où le patient présente des défaillances multiples et nécessite des méthodes de suppléance prolongées, et les soins intensifs (SI) où le patient possède une seule défaillance et nécessite des méthodes de suppléance limitées. [3]

Ces patients sont alités de manière prolongée et parfois sous assistance respiratoire et/ou sédatés. Sur le long terme, ces conditions peuvent entraîner des répercussions importantes sur l'organisme et par conséquent détériorer leur qualité de vie. Or, des preuves incontestables démontrent les nombreux avantages de la mobilisation des patients en unité de soins intensifs (USI), ce qui encourage les professionnels de la santé à intégrer des programmes de mobilisation dans le parcours de soins des patients.

En effet, ces détériorations liées à l'immobilité peuvent être contrées via des programmes de mobilisation précoce. Les avantages de ces programmes sont destinés aussi bien aux patients, qu'au personnel soignant et aux établissements de santé Ainsi, leur introduction de ces programmes a pour but de lutter contre le déclin fonctionnel, de maintenir l'interdépendance et faciliter une sortie précoce des patients.

L'identification des divers aspects de cette pratique et sa perception par les soignants, dans le but d'améliorer son intégration dans les services de réanimation en France, amènent à la problématique de ce mémoire : **Compte tenu des bénéfices avancés par la littérature scientifique, comment est perçue la mobilisation précoce en service de réanimation ?**

Pour répondre à cette problématique, dans un premier temps, une revue de littérature a été réalisée afin de définir la mobilisation précoce et ses intérêts, et les défis auxquels le système de santé français doit faire face.

Dans un second temps, le choix de la méthodologie employée pour l'exploration de la partie empirique sera expliqué : de quelle manière le sujet a-t-il été abordé et analysé.

Puis, dans une troisième temps, les données obtenues à partir des entretiens menés avec divers professionnels de santé seront explicités dans différentes parties.

Enfin, sur la base des éléments examinés dans les précédentes parties, des recommandations seront formulées pour donner des éléments aux établissements hospitaliers et aux fournisseurs de dispositifs médicaux (DM) visant à améliorer la prise en charge des patients en service de réanimation.

Partie 1 : Revue de la littérature

Dans le cadre de cette revue de la littérature, qui se divise en deux parties, nous établirons d'abord un constat du contexte hospitalier en France illustré à travers un exemple : le service de réanimation. Puis, nous aborderons une pratique qui consiste à prendre en charge de manière précoce un patient, à savoir la mobilisation précoce.

I. Un contexte hospitalier français en tension

Une institution essentielle, l'hôpital, est un pilier du système de santé français. Lieu central dans la prestation de soins, l'hôpital offre une gamme de services dans le but de proposer des soins de qualité et adaptés à chaque patient. Or, depuis la création des premiers hôpitaux, ceux-ci sont marqués par une constante évolution qui s'avère complexe. Ils sont soumis à des pressions financières et organisationnelles importantes. En effet, les hôpitaux font face à diverses difficultés telles que le « *déficit généralisés de personnels* », un « *épuisement chronique* » des agents et des « situations critiques ». [4]

Il est légitime de se poser des questions concernant la gestion des hôpitaux français et de se demander si des modifications doivent être apportées aux services tels que la réanimation.

1. Le mode financier hospitalier : une maitrise controversée

Le contexte financier hospitalier a connu de nombreuses transformations en France. L'environnement dans lequel il évolue est toujours de plus en plus complexe avec l'émergence de nouvelles tendances : l'accélération des progrès médicaux, le pilotage régional à travers la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), l'évolution des traitements mais aussi par les pratiques médicales. [5,6]

Depuis les années 1970, le financement des hôpitaux reposait sur une allocation budgétaire donnée par l'État, en fonction du nombre de patients hospitalisés et la durée de leurs séjours. [5] Or, depuis ces années-là, l'expansion hospitalière a fortement bouleversé les dépenses de santé en France. En effet, d'après la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), en 1970, les soins hospitaliers représentaient 44% de la Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM). Cette part n'a cessé d'augmenter jusqu'en 1982, atteignant 55%. Avec la croissance de la CSBM, le mode de financement était finalement inadapté, c'est pourquoi les pouvoirs publics ont été contraint de réguler en plafonnant les dépenses des établissements de santé. [7]

Pour se faire, les autorités ont mis en place un système d'enveloppe globale pour les établissements participant au service public hospitalier à savoir, les hôpitaux publics et les hôpitaux privés non lucratifs. Ces établissements recevaient alors de la part de l'état une Dotation Globale (DG). Elle avait pour objectif de couvrir la part des dépenses prises en charge par l'assurance-maladie en versant une dotation mensuelle et forfaitaire aux établissements publics. Par ce fonctionnement, cette dotation a laissé place à une grande liberté mais comportait certaines limites telles que « *le financement des médicaments et des dispositifs innovant et coûteux* ». En effet, la DG était indépendante de l'évolution de l'activité. Elle rémunérait davantage la structure que son activité. Ce mode de fonctionnement était encore un fois inadapté face aux enjeux majeurs auxquels font face les établissements de santé : le vieillissement de la population, l'évolution des pathologies, le coût des dispositifs médicaux, etc. [8,9]

Pour y faire face, les autorités ont cherché à orienter davantage le financement des établissements de santé en fonction des soins dispensés. C'est dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » que la méthode actuelle de financement des établissements de santé, connue sous le nom de Tarification À l'Activité plus communément appelée T2A, a été mise en place. [10] Ce nouveau mode de tarification ne se base pas sur l'occupation des lits comme en 1970, mais sur les pathologies traitées. En d'autres termes, elle réfère sur l'activité hospitalière de l'établissement.

D'après un rapport réalisé par l'équipe de la Mission de la Tarification à l'Activité (MT2A), la T2A permettrait de rééquilibrer les dépenses. En effet, l'activité hospitalière est le début du processus qui « *génère des recettes qui autorisent l'engagement de dépenses transformées en moyens, qui permettent la réalisation d'un certain niveau d'activités, qui génère les recettes* ». Ce processus est résumé sur la *figure 1*. [11]

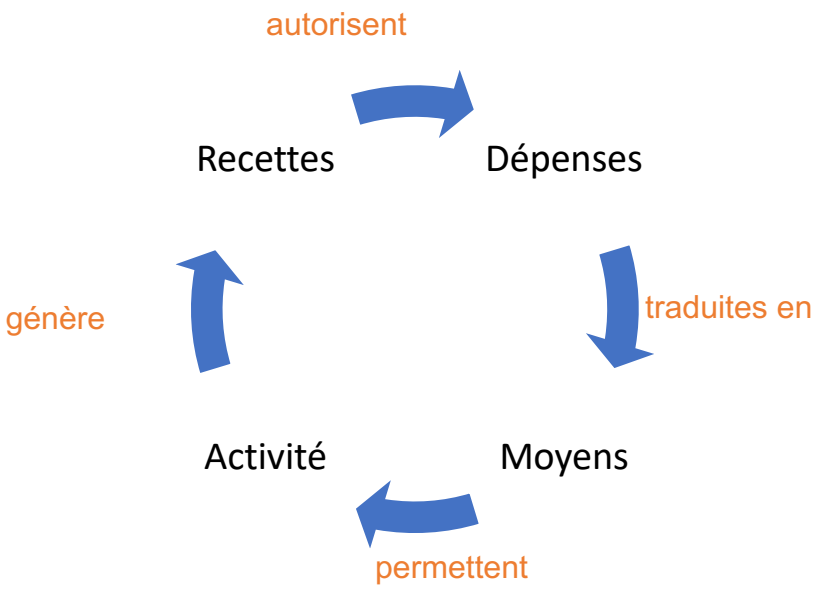

Figure 1 : La roue explicative de la T2A

Cette roue permet de mettre en lumière les principaux objectifs de la mise en place de la T2A :

- Maîtriser les coûts de l'assurance-maladie en rémunérant les établissements en fonction du nombre d'actes médicaux effectués plutôt que sur une dotation forfaitaire comme la DG,
- Fixer des tarifs différents pour chaque acte médical tout en favorisant les établissements de santé les plus performants.

Cependant, selon la Cour des Comptes, une étude révèle que la dette des établissements publics de santé a triplé en dix ans, s'élevant à 29,3 milliards d'euros en 2019. [12] De ce fait, les pouvoirs publics sont encore dans l'obligation de réajuster certains points pour diminuer ce déficit qui ne fait qu'augmenter d'années en d'années. Ils ont ainsi décidé de réduire les tarifs des actes médicaux de 5% entre 2009 et 2016 en raison du déficit de la sécurité sociale. Or l'activité des établissements est en augmentation de 16% depuis 2009. [5]

Cela nous montre bien que ce mode de financement nécessite un certain réajustement afin d'atteindre les objectifs initiaux qui était d' « *assurer la cohérence à la fois clinique et économique […] et établir le niveau des tarifs correspondant* ». [13]

Bien que la T2A soit le mode de financement actuel, elle ne parvient qu'à maîtriser partiellement les dépenses malgré une activité croissante. Par conséquent, il est maintenant essentiel de se pencher sur l'afflux des patients pour comprendre comment est gérer ce flux, car cela représente un deuxième défi majeur pour les établissements de santé.

2. L'afflux de patients : une gestion complexe

Depuis fin 2019, l'épidémie de Covid-19 a davantage mis le secteur hospitalier à rude épreuve et en évidence ses limites. Cette situation a engendré de fortes tensions et a entraîné une détérioration de la qualité des soins prodigués aux patients au sein des établissements de santé.

Avec par exemple, plus de 20 millions de passages par an dans les services d'urgences [14] et 270 000 patients accueillis en 2021 en service de réanimation [15], les hôpitaux font face à un problème majeur : la saturation de leur capacité. Or, la tendance n'est pas bonne puisque cette offre de soins diminue. Cette diminution est induite par un manque de personnel considérable, imposant aux établissements de fermer des lits. [16] Ces trois aspects sont alors corrélés.

Pour étayer ces propos, prenons un exemple concret : Lorsque le nombre de patients en réanimation augmente, cela entraine une pression considérable sur le personnel médical et paramédical. Cela conduit parfois à une intensification et une surcharge de travail au sein du service des urgences où les patients sont en attente d'une place en service de réanimation. Cet afflux de patients en attente peut aussi entraîner une détérioration des conditions de travail dans les deux services. Ainsi, cette dégradation peut à son tour entraîner une pénurie de personnels en raison de démissions ou d'arrêts de travail. C'est à partir d'une augmentation du nombre de patients à admettre, que les nombreuses conséquences se produisent et ont un impact direct sur la qualité des soins dispensés en raison de l'indisponibilité des lits dans les établissements de santé.

Pour argumenter notre exemple, un rapport du Sénat sur les services d'urgences explique qu' « *il ne serait pas rare que l'affluence entraîne un tel débordement des équipes que les prises en charge ne puissent plus être hiérarchisées avec toute l'efficacité nécessaire, ce qui ferait parfois passer à côté de véritables urgences.* ». [14] En effet, à cause de cet engorgement, les urgences sont dans l'obligation les patients qui doivent être pris en charge le plus rapidement possible. Cette hiérarchisation se base sur divers facteurs : l'âge du patient, la ou les pathologie(s), la dépendance, le risque d'infection et bien d'autres. Cela a pour but de prioriser le mieux possible les patients.

Selon Beauchamp et Childress, « *la décision d'admettre ou de renvoyer les patients […] implique souvent une forme de tri. ».* [17] Or, le refus d'admission d'un patient en état critique, sans la possibilité de trouver rapidement une place en service de réanimation pour le prendre en charge, peut soulever « *un problème moral* » autour de la décision d'admission. [18] Autour de ce problème, le Conseil Consultatif National d'Éthique (CCNE) a recommandé la mise en place de cellules éthiques de soutien dans les hôpitaux, pour accompagner les soignants dans ces décisions lourdes prises au quotidien. [17]

Aussi, en raison de l'absence de services spécialisés ou d'un engorgement des autres services, la demande d'admission en réanimation peut également croître. Cependant, il arrive que le service de réanimation ne soit pas adapté aux besoins des patients. Les compétences médicales et paramédicales ne sont pas toujours optimales pour répondre aux exigences spécifiques de chaque patient admis, faute de place dans un autre service.

L'afflux de patients aux urgences et dans les autres services a donc un impact direct sur le taux d'occupation dans les services de réanimation et peut avoir des conséquences sur le fonctionnement de la réanimation. [19]

Pour y faire face, nous constatons fin 2020, une augmentation de 4% du nombre de lits en soins critiques. Par conséquent, la capacité d'accueil en réanimation a augmenté et compte aujourd'hui 5 080 lits. [20,21] Cependant, l'offre de soins est inégale sur le territoire français et cela peut s'expliquer par les facteurs sociodémographiques. [22] En 2019, la densité de lits en soins critiques est de 29,2 lits pour 100 000 habitants et celle des lits en réanimation s'élève en moyenne à 8,1 lits. [23] Par exemple, la densité de lits en réanimation en Occitanie (8,2) est plus importante qu'en Bretagne (5,1).

Quoiqu'il en soit, le nombre de lits sur le territoire français n'est pas suffisant pour répondre aux besoins croissants sous l'effet du vieillissement de la population. En 2021, l'espérance de vie pour les femmes est de 85,4 ans, tandis que pour les hommes elle est de 79,3 ans. En 1954 en revanche, à la création de la réanimation médicale, l'espérance de vie chez les femmes était de 71,2 ans et chez les hommes, 65 ans. [24,25] La population française continue de vieillir, ainsi nous prévoyons que d'ici 2052, 16% des individus auront 75 ans ou plus. En comparaison, ce chiffre est seulement de 9% actuellement. [26]

S'ajoute à ce vieillissement de la population, des pathologies de plus en plus nombreuses qui surviennent dans les dernières années de vie. [19] Ces pathologies peuvent être chroniques et, représentent un défi en termes de prise en charge. Cette situation a donc un impact sur le fonctionnement actuel de la réanimation.
Les services de réanimation et d'urgence sont confrontés à une pression croissante, due à une demande de plus en plus élevée de la part de la population. Cette pression a une répercussion sur le personnel hospitalier et se traduit par des conditions de travail difficiles et dangereuses. Cependant, comment peut-on remédier à cette situation alors que les établissements hospitaliers font face à un déficit important de personnel ?

3. Le manque de personnel : une problématique majeure

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), d'ici 2030, il manquera 15 millions de professionnels de santé. Ce manque de personnel dans les établissements de soins de santé a des répercussions majeures sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Il affecte également la qualité de vie des professionnels de la santé, qui se retrouvent confrontés à une charge de travail accrue et à des conditions de travail stressantes. Cependant, comment peut-on expliquer que « *si rien n'est fait, le système risque de s'effondrer* » ? [27]

Selon une enquête de la Fédération Hospitalière Française, la situation des ressources humaines dans les établissements de soins de santé semble s'être gravement détériorée depuis plusieurs années. La source centrale du problème réside dans « *un absentéisme élevé [et] de larges difficultés de recrutement […]* ». [28] Un défi majeur s'ajoute à cela en Europe : le vieillissement de la population des professionnels de la santé.

Cette problématique est préoccupante en raison de l'épuisement professionnel et du découragement des étudiants qui abandonnent leurs études dans ce domaine. En effet, les Instituts de Formation aux Soins Infirmiers (IFSI) accueillent plus de 30 000 étudiants en première année, mais « *20% […] abandonnent leurs études* » au cours de leur cursus. Le Ministre de la Santé, Monsieur François Braun, explique ce pourcentage par la « *précarité* » des étudiants et la « *maltraitance* » subie durant les stages. [29] En effet, la santé physique et mentale des stagiaires issus des IFSI sont impactées par « *des conditions de travail peu attrayantes et le manque d'accès à des possibilités de formation continue sont autant des fléaux qui frappent les systèmes de santé* » déclare le docteur Hans Henri P. Kluge, directeur régional de l'OMS pour l'Europe. [30]

A cela s'ajoute une étude publiée par la DREES, qui met en évidence une détérioration des conditions de travail des professionnels de santé à l'hôpital ainsi qu'une augmentation de l'insatisfaction sur une période de 16 ans, de 2003 à 2019. [31] Ces dégradations et ces insatisfactions des soignants sont résumés dans le *tableau 1* ci-dessous.

Dégradation des conditions de travail	Horaires atypiques Une charge et un rythme de travail intense Des exigences émotionnelles
Insatisfactions grandissantes	Des tensions avec l'encadrement ou les collègues Des conflits de valeur Un manque de moyens de matériels Une moindre reconnaissance du matériel Des faibles rémunérations Des changements d'organisation mal préparés

Tableau 1 : Les conditions de travail et les insatisfactions grandissantes du personnel hospitalier

Ces conditions de travail difficiles et ces niveaux d'insatisfaction élevés sont le reflet d'un choix commun fait par de nombreux infirmiers : 9 infirmiers sur 10 déclarent avoir l'intention de quitter leur emploi. [30] Les raisons invoquées pour cette décision sont les suivantes :

- 57% des salariés jugent leur quantité de travail excessive,
- 39% disent devoir cacher leurs émotions et,
- 34% font état de tensions avec leur hiérarchie. [31]

Néanmoins, certains aspects comme l'autonomie au travail, l'entraide entre collègues ou encore, avoir le sentiment d'effectuer un travail utile sont des éléments positifs notifiés par les soignants. [31]

Malgré tout, cette situation hospitalière est préoccupante car « *environ un lit sur cinq est fermé dans les grands hôpitaux publics faute de personnel* ». [32] Il y a donc deux écarts :

- Les postes théoriques et les postes effectifs : le nombre de postes vacants augmente, [22]
- Le nombre de lits total et le nombre de lits occupés : environ 500 lits autorisés à ouvrir mais fermés en service de réanimation faute de personnel. [33]

Ainsi, il est intéressant de nous pencher sur la situation complexe des services de réanimation où le personnel est soumis à une forte pression. En effet, les professionnels de santé doivent prodiguer des soins complexes, tout en réagissant rapidement et efficacement aux situations d'urgence malgré un personnel très souvent en sous-effectif.

4. Les services de réanimation : un exemple de la situation hospitalière

La réanimation, est une unité spécialisée qui a été créée par l'émergence de techniques de suppléance vitale, à la suite d'épidémies comme l'épidémie de poliomyélite qui a foudroyé l'Europe dans les années 50. [34] En effet, la nécessité d'une organisation spécifique a rapidement été justifiée par la gravité de l'état des patients pris en charge. Cette organisation est ainsi centrée sur la multidisciplinarité, le travail en équipe et une permanence médicale sur place.

A partir de 1954, la réanimation est définie sous l'impulsion de Jean Hamburger dans Techniques de Réanimation Médicale, comme « *une discipline médicale nouvelle comportant l'ensemble des gestes thérapeutiques destinés à conserver un équilibre humoral aussi proche que possible de la normale au cours des états morbides aigus qu'elle qu'en soit la nature* ». [24] Aujourd'hui, c'est un service où les patients admis sont les plus graves. Leur admission se fait soit par entrée directe des urgences, d'un transfert d'autres unités hospitalières, du domicile ou encore suite à une opération.

Ces patients présentent au moins une défaillance, il est donc impératif de suivre constamment les fonctions vitales touchées qui peuvent être : la ventilation, l'oxygénation, la pression artérielle, les fonctions cardiaque et rénale. [35]

Afin d'avoir des soins spécialisés, il existe différents types de réanimation : des réanimations dites « polyvalentes » et d'autres réanimations dites « spécialisées » comme la pédiatrie, la chirurgie, la neurochirurgie, etc. Peu importe la spécialité de la réanimation, elles sont toutes soumises aux mêmes réglementations. Ce qui distingue ces unités, ce sont les qualifications requises pour le personnel médical qui y travaille.

Dans le but de prodiguer les soins optimaux aux patients dans chaque type de réanimation, le travail d'équipe est primordial. Il ne se résume pas simplement à l'association de deux personnes, mais implique plutôt la collaboration de plusieurs personnes de formations différentes. La notion d'équipe peut être définie à travers deux concepts :

- **L'homogénéité** : « *le niveau de culture similaire et les cadres mentaux de références qui sont des facteurs favorisant la coopération dans une équipe soumise régulièrement à des stress intenses. De même, l'adhésion à des valeurs morales ou éthiques identiques favorise la cohésion socio-émotionnelle, ainsi qu'un meilleur équilibre psychique de chaque individu, équilibre dont l'équipe bénéficie largement*. ». [36]

- **L'hétérogénéité** : « *la diversité des compétences et des connaissances au sein du groupe animé par un but commun ».* De plus, c'est un *« facteur de richesse des échanges, de créativité et d'une répartition efficace des rôles, ce qui dynamise et fédère le groupe dans son ensemble.* ». [36]

L'objectif étant de permettre à chaque membre du personnel en réanimation de « *s'insérer au sein d'un groupe de personnes pour sublimer l'individualité, au bénéfice d'une véritable complémentarité et d'une réelle collaboration.* ». [36] En effet, la réanimation requiert une équipe médicale spécialisée et multidisciplinaire.

Les médecins sont spécialisés en anesthésie-réanimation et collaborent étroitement avec une équipe paramédicale composée d'infirmiers, d'aides-soignants et de kinésithérapeutes. L'ensemble de cette équipe doit être capable de prendre en charge « *des situations d'urgence vitale jusqu'aux procédures de don d'organe* ». [37]

En service de réanimation, le nombre de soignants est régis par un décret. Il établit un nombre minimum de soignants par patients présents. Le décret a des exigences strictes : un nombre de patients présents dans le service équivaut à un nombre en personnel. Il prévoit, sous la responsabilité d'un cadre infirmier, deux infirmiers pour cinq patients et un aide-soignant pour quatre patients. [38] Les masseurs-kinésithérapeutes travaillent aussi en collaboration avec toute l'équipe médicale dans les services de réanimation. Cependant, le nombre affilié à la réanimation est dépendant de l'hôpital.

Néanmoins, malgré les normes, en raison de la crise de la Covid-19, les services de réanimation sont au cœur des tensions hospitalières et sont devenus un exemple représentatif du contexte hospitalier en France.

Ces dernières années et plus récemment avec la crise de la Covid-19, l'afflux patient a considérablement augmenté, ce qui provoque un manque de fluidité en aval. Il est vrai qu'« *un certain nombre de patients, faute de débouché, occupent des lits de soins critiques qui font défaut pour des patients en ayant plus besoin. »*. [39] Cet engorgement est la conséquence d'un manque de ressources humaines qui se fait sentir dans tous les services hospitaliers, dont la réanimation.

Pour faire face à cette demande, nous avons remarqué une augmentation du capacitaire en réanimation mais malgré ça, le nombre de lits de réanimation de réanimation a baissé de 3,8%. [40] La diminution du nombre de lits est la conséquence directe du nombre de postes vacants résultant de la charge de travail des soignants, qui entraîne un épuisement professionnel. Étant donné que les services de réanimation doivent respecter des normes en matière de personnel, ils sont obligatoirement contraints de fermer des lits afin de maintenir le bon quota patients-soignants.

Aussi, la prise en charge de patients dits plus « lourds » par la diversité des pathologies, l'allongement de la durée de vie et l'augmentation de la morbidité ne facilite pas non plus la situation.

En tenant compte de tous ces éléments et de l'évolution des besoins, résultant de divers facteurs tels que la morbidité, le vieillissement de la population et la multiplication des pathologies, il devient essentiel de s'intéresser à de nouvelles pratiques. Celles-ci contribueraient à améliorer la situation hospitalière en termes de qualité des soins et aideraient à faciliter le parcours du patient.

II. La mobilisation précoce en service de réanimation : un pas en avant pour l'amélioration de la situation hospitalière

Au vu de la situation hospitalière, dans cette deuxième partie, nous détaillerons l'impact d'une immobilité prolongée sur la fonction physiologique et plus globalement sur la qualité de vie des patients. Nous ferons ensuite le lien entre l'immobilité et la mise en place d'une nouvelle pratique qui contribue au désengorgement des hôpitaux par ses nombreux avantages, tant sur le plan clinique que sur le plan économique. Nous finirons par énumérer ses limites, qui peuvent parfois contraindre sa mise en place.

1. L'immobilité des patients et ses conséquences

D'après Keane, même si un être humain dort, il change de position toutes les 11,6 minutes. Or, c'est rarement le cas pour les patients en service de réanimation. En effet, les patients en service de réanimation sont immobiles en raison de leur état critique, de leur possible sédation et des nombreux dispositifs et fils présents autour d'eux. [41]

Au cours du XIXème siècle, le repos au lit était perçu comme le traitement principal de nombreux troubles. Or, avec les recherches scientifiques, les médecins prennent de plus en plus conscience des effets néfastes que peut avoir l'alitement prolongé sur un patient en service de réanimation. [42]
L'immobilité des patients sur de longues durées peut provoquer des complications physiques et/ou psychiques sur celui-ci. Au départ, les patients en réanimation présentent généralement une altération importante. Par conséquent, de par leur altération et par le développement de complications liées à l'immobilité, cela provoque une importante détérioration de leur état de santé et engage leur pronostic vital. L'alitement prolongé a un impact sur le corps humain, entraînant de nombreuses conséquences comme celles-ci-dessous :

Impacts sur les poumons : Cet alitement peut entraîner une diminution de la capacité fonctionnelle résiduelle et provoquer un affaissement des poumons, connu sous le nom d'atélectasie. De plus, elle peut augmenter le risque de pneumonie et la dépendance à l'oxygénothérapie. [43] Sur le plan économique, cela entraîne un coût pour l'hôpital, estimé entre 8 902 et 18 547€ par patient, en raison de l'augmentation de la durée d'hospitalisation et l'assistante respiratoire prolongée. [44]

Impacts sur le cœur : Les anomalies cardiaques sont corrélées avec les anomalies pulmonaires.

On observe une diminution du volume de sang que le cœur éjecte à chaque battement au cours des 10 premières journées d'hospitalisation. En effet, les membres inférieurs, notamment le mollet, jouent un rôle majeur dans le retour veineux. Cependant, en raison de l'immobilisation du patient, sa fonction n'est plus exercée. Ce qui entraine une diminution de la vitesse du flux veineux, une augmentation de la viscosité sanguine et parfois le développement d'une Thrombose Veineuse Profonde (TVP). Par réflexe, le corps tente de compenser en augmentant la fréquence cardiaque du patient. [45]

Impacts musculaires : La combinaison de l'alitement prolongé et des pathologies, entraîne une perte musculaire plus importante que l'alitement seul. Il a été prouvé que l'atrophie musculaire apparait dès la première semaine, avec une diminution de 20% de la masse musculaire chez les patients présentant une défaillance d'organes. [46]

De plus, cette situation engendre des altérations de la composition musculaire, ce qui peut souvent conduire à des myopathies, communément connues sous le nom de fonte musculaire. Cette fonte se caractérise par une diminution progressive de la masse musculaire, d'une faiblesse musculaire et une perte de fonction musculaire. Cette diminution de la force musculaire peut atteindre 40% lors de la première semaine d'immobilisation. [47] On estime que 25 à 50% des patients en réanimation ont des faiblesses musculaires causée par l'immobilisation d'un membre ou de tout le corps. Au plus le patient est immobile, au plus il développe rapidement une faiblesse musculaire comme on le perçoit dans la *figure 2* ci-dessous. [48]

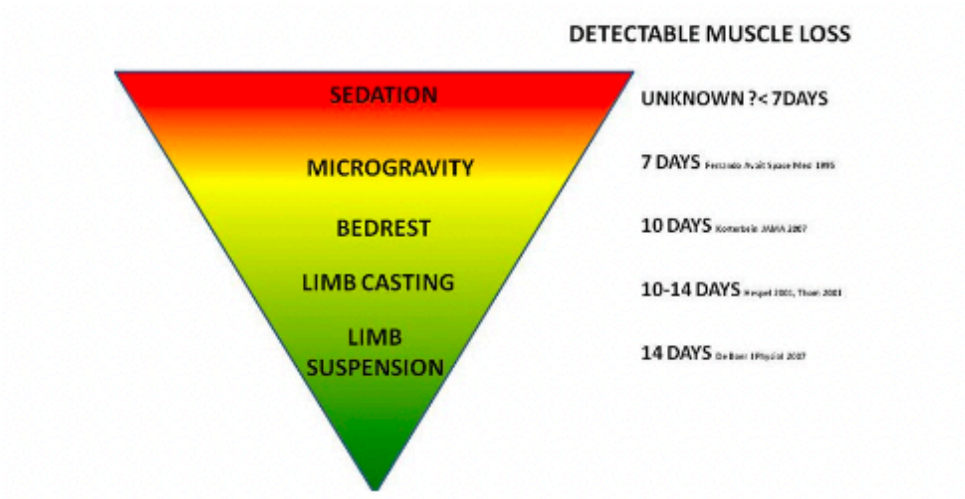

Figure 2 : La pyramide de l'immobilisation : la fonte musculaire en fonction des différents états de mobilisation

Impacts sur les os : De la même manière que la perte musculaire, l'immobilisation peut également avoir des conséquences néfastes sur les os des patients. En effet, il a été constaté que l'immobilisation entrainerait une diminution de la perte osseuse de 2% en un mois. Cette perte de masse osseuse peut entraîner par la suite une augmentation de 20% du risque de fractures chez les survivants du Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë (SDRA). Le SDRA est une inflammation des poumons qui provoque une insuffisance respiratoire chez un patient. [49,50,51]

Impacts sur la peau : L'immobilité associée à des facteurs intrinsèques tels qu'une mauvaise nutrition et une mauvaise circulation sanguine peut entraîner des altérations cutanées chez certains patients. Cela peut se manifester par le développement de lésions sur des zones de pression représentées sur la *figure 3*.

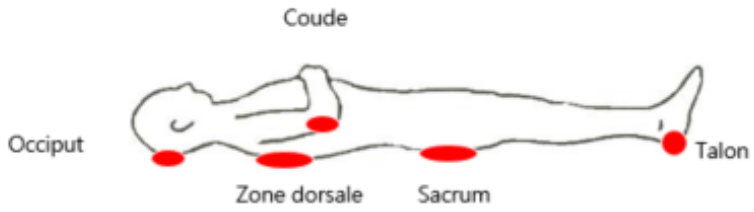

Figure 3 : Les différentes zones d'appui lors de l'alitement

Ces zones sont constamment en contact avec le lit, ce qui crée une pression continue sur les petites artères. En l'absence de changement de position, le patient est exposé au risque de développer une ou plusieurs escarres. Une escarre est définie comme « *une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses* ». [52]

Impacts sur le cerveau : Cela peut également contribuer à l'apparition de symptômes dépressifs, d'anxiété et d'autres problèmes de santé mentale tels que le délirium. En plus de l'immobilité, l'utilisation de sédatifs et d'analgésiques accroît également le risque de survenue du délire. Le délire est un événement grave qui peut entraîner des complications à court terme, une surmortalité à 6 mois et des séquelles chez plus de 30% des survivants. [53] Au Royaume-Uni, des études ont relevé que le délire était présent chez 65% des patients sous ventilation mécanique et de 25 à 87% chez les patients gravement malades. [54]

Nous remarquons au fur et à mesure de l'énumération des impacts qu'il existe bien évidemment une corrélation entre toutes ces conséquences. Par exemple, un patient qui a développé une faiblesse musculaire aura un besoin plus important d'oxygène pour effectuer ses mouvements.

Cette liste de conséquences est exhaustive mais globalement, le fait d'être en immobilisation prolongée détériore la qualité de vie des patients. Étant donné le nombre de conséquences négatives, il est essentiel d'empêcher ou de minimiser les conséquences physiques des maladies graves et de favoriser la convalescence post-soins intensifs. Cela passe par la mise en place d'une nouvelle pratique : la mobilisation précoce.

2. La mobilisation précoce : principes et objectifs

« *Ensemble de mouvements appliqués à un segment de l'organisme […] afin de rétablir la souplesse des articulations* », telle est la définition de la mobilisation. [55] Ces mouvements, réalisés de manière séquentielle, sont planifiés et effectués par le masseur-kinésithérapeute ainsi que par l'équipe soignante, notamment les infirmiers et les aides-soignants.

La Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) estime que chaque service de soins intensifs doit avoir au moins un masseur-kinésithérapeute formé aux techniques de réanimation incluses dans un programme de mobilisation précoce. En effet, idéalement, la mobilisation précoce doit être corrélée avec les séances de kinésithérapie pour obtenir de meilleurs résultats sur le long terme. Néanmoins, pour effectuer les techniques de mobilisation en toute sécurité, le kinésithérapeute doit être accompagné et soutenu par l'équipe soignante de réanimation. Cette équipe doit être composée de médecins anesthésistes-réanimateurs, d'infirmiers et d'aides-soignants. Cette pluridisciplinarité et cette complémentarité des différents acteurs dans le service sont essentielles pour garantir la réalisation des techniques de mobilisation.

Quant au terme précocité, il n'existe pas de définition précise mais on pourrait le désigner comme l'initiation rapide d'interventions dès lors qu'elles sont considérées comme sûres et appropriées pour le patient. L'objectif de la précocité est d'optimiser les chances de rétablissement en agissant de manière proactive sur la prise en charge du patient.

Comme dit précédemment, il n'existe pas de définition universelle et précise de la préciosité car les experts ne sont pas tous d'accord sur cette question. En effet, il y a un critère de jugement qui est interdépendant et varie selon chaque service de réanimation ou chaque acteur. Cependant les experts s'accordent à dire que cette mobilisation doit être initiée dès la stabilisation des perturbations physiologiques majeures du patient. En effet, dès que son état hémodynamique, respiratoire et neurologique le permet, le patient peut être mobilisé. Mais à partir de quand pour un praticien, ses états sont-ils considérés stables ? C'est ici que le critère de jugement ne permet pas de définir précisément le terme de la précocité.

Outre l'état du patient, il est crucial de procéder régulièrement à l'évaluation de la faisabilité et de déterminer quelle technique de mobilisation est la plus appropriée pour chaque patient. Pour ce faire, des indicateurs de mesure sont utilisés comme outils d'aide à la décision pour le personnel soignant. Ces indicateurs peuvent être consignés dans une fiche de surveillance ou dans un dossier patient informatisé (DPI), où les résultats sont enregistrés quotidiennement. Ils permettent ainsi une évaluation indépendante ou peu influencée par le diagnostic des soignants.

Dans ce cadre, sur cette fiche ou ce DPI, il pourrait y figurer par exemple :

- L'échelle CAM-ICU (Confusion Assesment Method), une évaluation de la confusion mentale ou du délirium du patient, composée de 4 critères : fluctuation des symptômes, l'inattention, la désorganisation de la pensée et le trouble de la vigilance. [56]

- L'échelle RASS (Richmond Agitation Sedation Scale), une cotation permettant d'évaluer l'agitation (valeur positive) et la sédation (valeur négative) du patient. Les valeurs sont comprises entre +4 et -4 correspondant respectivement à « *combatif* » et « *non réveillable* ». [57]

- Le score MRC (Medical Research Council) apprécie la force musculaire en évaluant le degré d'atteinte motrice sur 6 groupes musculaires, 12 au total. Grâce à cette évaluation, il est possible d'assigner à chaque groupe un score allant de 0 à 5. Le score total de tous les groupes va de 0 qui représente une tétraplégie complète, à 60 le score maximal qui correspond à une force musculaire normale. [58]

- **L'échelle BBS** (Berg Balance Scale*)* évalue l'équilibre statique et dynamique du patient dans différentes positions, qu'il soit assis ou debout. Son but principal est de prédire les éventuelles difficultés que le patient pourrait rencontrer lors de ses activités physiques quotidiennes. Cette évaluation se repose sur 14 exercices où le patient est évalué de 0 à 4. Un exemple de questionnaire est présent en Annexe I. [59]

A partir des scores obtenus, les soignants sont en capacité de choisir de façon objective le type de mobilisation adapté au patient. Cela permet d'atteindre une amélioration continue dans le processus de soins.

Afin que cela soit encore plus compréhensible pour les soignants, un protocole de mobilisation peut être rédigé par l'équipe médicale et paramédicale afin de déterminer à partir de quel score le patient peut être mobilisé d'une telle ou d'une telle manière. En effet, c'est ce qu'a réalisé le professeur Rik Gosselink à l'Unité de Soins Intensifs de Louvain dans l'optique de mobiliser quotidiennement chaque patient tout en s'adaptant à son évaluation initiale. Cette évaluation, présente sur une fiche de surveillance ou sur le DPI, est basée sur le score ou les échelles énumérés ci-dessus. [60]

Pas de coopération SSQ = 0	Coop. variable SSQ = 0-5	Coop. variable SSQ = 0-5	Coop. presque totale SSQ ≥ 4/5	Coop. totale SSQ = 5	Coop. totale SSQ = 5
Échec de l'évaluation de base	**Évaluation de base réussie**	**Évaluation de base réussie**	**Évaluation de base réussie**	**Évaluation de base réussie**	**Évaluation de base réussie**
	Transfert sur un fauteuil **non autorisé** à cause de l'état neurologique, chirurgical ou traumatique	Transfert actif sur un fauteuil **non autorisé** pour motif d'obésité ou à cause de l'état neurologique, chirurgical ou traumatique	Score MRC ≥ 36 (Score MRC_{UL} ≥ 18) Score BBS verticalisation = 0 Score BBS position debout = 0 Score BBS position assise ≥ 1	Score MRC ≥ 48 (Score MRC_{UL} ≥ 24) Score BBS verticalisation ≥ 0 Score BBS position debout = 0 Score BBS position assise ≥ 2	Score MRC ≥ 48 Score BBS verticalisation ≥ 1 Score BBS position debout ≥ 2 Score BBS position assise ≥ 3
Positionnement du corps • Rotation 2 h • Contention • Positionnement	**Positionnement du corps** • Rotation 2 h • Contention • Position de Fowler	**Positionnement du corps** • Rotation 2 h • Contention • En position assise à la verticale dans le lit • Transfert passif du lit sur un fauteuil	**Positionnement du corps** • Rotation 2 h • Transfert passif du lit sur un fauteuil • Position assise hors du lit • Verticalisation assistée (≥ 2 personnes)	**Positionnement du corps** • Transfert actif du lit sur un fauteuil • Position assise hors du lit • Verticalisation assistée (≥ 1 personne)	**Positionnement du corps** • Transfert actif du lit sur un fauteuil • Position assise hors du lit • Position debout
Kinésithérapie • Aucun traitement	**Kinésithérapie** • Amplitude articulaire passive/active • Mouvements répétés passifs/actifs des jambes ou des bras au lit • Stimulation électrique neuromusculaire • Activités quotidiennes	**Kinésithérapie** • Amplitude articulaire passive/active • Exercices de résistance pour bras et jambes • Mouvements répétés passifs/actifs des jambes et/ou des bras au lit ou sur fauteuil • Stimulation électrique neuromusculaire • Activités quotidiennes	**Kinésithérapie** • Amplitude articulaire passive/active • Exercices de résistance pour bras et jambes • Mouvements répétés actifs des jambes et/ou des bras au lit ou sur fauteuil • Verticalisation (assistée/avec dispositif d'aide) • Stimulation électrique neuromusculaire • Activités quotidiennes	**Kinésithérapie** • Amplitude articulaire passive/active • Exercices de résistance pour bras et jambes • Mouvements répétés actifs des jambes et/ou des bras au lit ou sur fauteuil • Marche (assistée/avec dispositif d'aide) • Stimulation électrique neuromusculaire • Activités quotidiennes	**Kinésithérapie** • Amplitude articulaire passive/active • Exercices de résistance pour bras et jambes • Mouvements répétés actifs des jambes et/ou des bras sur fauteuil • Marche (assistée) • Stimulation électrique neuromusculaire • Activités quotidiennes

Figure 4 : Un exemple de protocole de mobilisation précoce

Ces protocoles sont constitués d'un grand nombre de techniques de mobilisation en fonction de l'état de santé des patients et dont les 2 grandes catégories sont : la mobilisation passive et la mobilisation active.

La **mobilisation passive** peut être définie comme « *un déplacement d'un segment articulaire par une force extérieure manuelle ou instrumentale* ». C'est la mobilisation utilisée chez les patients qui ne sont pas capables de se mobiliser en raison de leur sédation, leur état comateux ou d'autres raisons. Cette forme de mobilisation peut être réalisée de différentes manières, soit de manière manuelle, soit de manière mécanique. [61]

En effet, la mobilisation passive manuelle est un type de mobilisation et aussi, un outil d'évaluation pour le kinésithérapeute. Cela lui permet de surveiller et de suivre l'évolution de l'amplitude articulaire et du tonus musculaire du patient. Cette mobilisation nécessite donc la présence d'une personne qui sollicite manuellement les membres inférieurs et/ou supérieurs des patients. [61]

La mobilisation passive mécanique est quant à elle un type de mobilisation qui ne nécessite pas la présence permanente d'un soignant. En effet, des appareils comme les cycloergomètres peuvent être utilisés pour induire un moment cyclique des membres inférieurs et/ou supérieurs des patients. Ces mobilisations sont réalisées sur des patients alités, qui sont dans l'incapacité de maintenir leur tronc pour être assis ou mis au bord du lit. Ces types de mobilisation peuvent être mis en place dès le premier jour d'admission d'un patient dans le service de réanimation. [61]

Et dès lors que le patient est capable de participer à sa mobilisation, le soignant privilégiera la **mobilisation active**. Il se soumettra à une évaluation de ces « *déficits neuromusculaires […], par exemple au moyen du score MRC avant de débuter les exercices de mobilisation active* ». [62] Cette mobilisation se décline en plusieurs types : active-aidée et active.

Le type de mobilisation active-aidée est un « *mouvement […] induit par le patient mais est accompagné ou aidé par une force extérieure* » alors que la mobilisation active est quant à elle « *obtenu par des contractions musculaires volontaires du sujet sans résistance ou contre résistance manuelle ou instrumentale* ». [61]

Durant ce type de mobilisation, l'équipe soignante doit en permanence scruter le scope, relié au patient pour maintenir la balance bénéfice-risque. En effet, le scope permet de mesurer les paramètres vitaux qui donnent des indications sur la tolérance du patient au type de mobilisation, à l'intensité, à la fréquence et à la durée de la séance.

À travers ces catégories, il existe différentes méthodes comme les postures, où il s'agit de maintenir une ou plusieurs articulation(s) dans une position donnée ou encore l'électrostimulation qui consiste « *à stimuler un muscle, un groupe musculaire ou un nerf par l'application de courants électriques* ». [61]

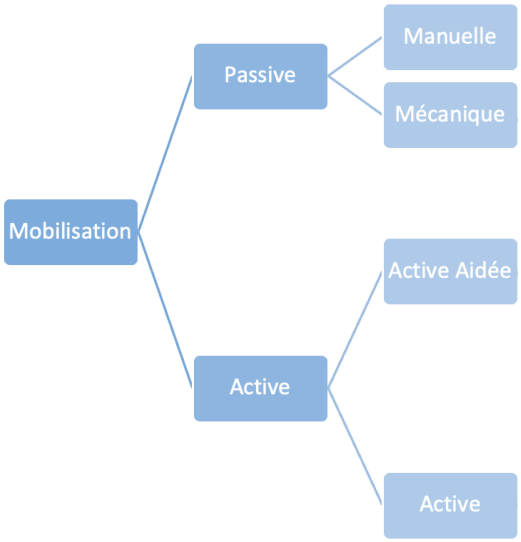

Figure 5 : Le résumé des techniques de mobilisation

Ces différents types de mobilisation précoce ont un impact bénéfique pour le patient. Ils peuvent procurer des résultats à long terme pour les survivants d'un séjour en service de réanimation. En effet, les scientifiques sont assez clairs sur les nombreux avantages, aussi bien pour le patient que pour l'établissement en termes d'économies réalisées.

3. Les avantages cliniques de la mobilisation précoce

La mobilisation précoce est considérée comme sûre et réalisable pour les patients admis en service de réanimation. Elle joue un rôle à la fois préventif, en ce qui concerne la neuromyopathie, et curatif lorsque celle-ci est déjà développée. [63] Mais ces techniques de mobilisation citées ci-dessus ont-elles fait leurs preuves sur le plan clinique ?
Plusieurs études ont été menées à ce sujet pour déterminer l'impact sur les patients de réanimation en incluant tous les types de mobilisation décrites précédemment.

Une récente étude a révélé que les patients intubés pour défaillance respiratoire aiguë qui étaient mobilisés précocement, passaient moins de temps en réanimation et à l'hôpital par rapport aux patients qui ne bénéficiaient pas de mobilisation précoce. [64]

Une autre étude similaire s'est penchée sur l'indépendance sur le plan fonctionnel à la sortie de l'hôpital. Une fois encore, les patients mobilisés étaient plus indépendants que les patients du groupe standard (59% vs. 35%). [65]

Pour citer une troisième étude menée sur 200 patients, le groupe mobilisé avait un niveau de mobilité significativement plus élevé que le groupe non mobilisé. De plus, les chercheurs ont remarqué une diminution de la durée de séjour en réanimation (7 jours vs. 10 jours) et moins de délirium. [63]

La réhabilitation précoce du patient est la résultante de ces bénéfices. En effet, les exercices qui reproduisent les activités quotidiennes constituent une source de motivation pour les patients. Ils reconnaissent l'importance de ces exercices pour leur rétablissement et constatent que certaines de leurs capacités fonctionnelles sont préservées. Ainsi, quels sont les avantages induits par la pratique de la mobilisation précoce ?

a. Une diminution de la perte musculaire

La mobilisation précoce peut contribuer à diminuer la perte musculaire associée à un alitement prolongé. Cette immobilisation peut entraîner une dégradation rapide des muscles, connue sous le nom d'atrophie musculaire, acquise en réanimation. Pour contrer ces effets néfastes, la mobilisation précoce vise à maintenir l'activité musculaire en la stimulant.

En effet, la Société Européenne de Pneumologie et la Société Européenne de Médecine Intensive incitent les soignants à débuter tôt les mobilisations chez les patients en service de soins intensifs. Ils affirment qu'il est possible de mettre en place un protocole de mobilisation précoce dans les services de réanimation. De plus, ils avancent que l'exécution d'exercices pendant une durée de 30 minutes par jour est efficace pour prévenir ou atténuer l'atrophie musculaire chez les patients en unité de réanimation. [66]

Cependant, il convient de noter que la mobilisation précoce doit être personnalisée en fonction des capacités et de la stabilité clinique de chaque patient. Une approche individualisée est essentielle pour optimiser les bénéfices.

b. Une amélioration de la santé psychologique des patients

L'immobilisation prolongée en réanimation peut contribuer à l'anxiété et à la dépression chez les patients. Cet alitement induit que le patient est très souvent en position allongée ayant pour conséquence une réduction de son champ de vision. En effet, il est limité au plafond blanc. Cela peut avoir un impact négatif sur la santé psychologique du patient.

La position semi-assise, voire assise, avec des lits adaptés permettrait de favoriser les interactions avec l'environnement, ce qui peut avoir un impact positif sur le moral du patient. Aussi, favoriser l'activité physique et la participation dès que possible des patients à leur réadaptation peut aider à réduire les symptômes de la baisse de moral. En effet, cet exercice régulier permet également de favoriser le sentiment de connexion sociale et d'encourager la communication entre le patient et les membres de l'équipe soignante.

Ainsi, l'impact de la mobilisation précoce sur le délirium pourrait s'expliquer par « *un effet de réorientation du patient en rapport avec sa stimulation visuospatiale pendant la séance de mobilisation* ». Par conséquent, la mobilisation des patients peut être perçue comme une intervention non médicamenteuse pour prévenir le délirium. [63]

c. Une diminution de la durée de séjour en réanimation et à l'hôpital

L'initiation précoce de la mobilisation chez les patients en réanimation, peut entraîner des résultats favorables en termes de récupération et de progression vers la sortie de l'unité de soins intensifs.

Il a été montré dans une étude que la mobilisation précoce diminue la durée de séjour en réanimation et la durée totale d'hospitalisation. [61] Cela a de même été confirmé par une autre étude menée par le Docteur Needham au sein de l'hôpital Johns Hopkins aux Etats-Unis dont les résultats sont positifs. En effet, on constate une diminution de la durée de séjour des patients lorsqu'ils étaient mobilisés. [67]

Outre la durée de séjour, grâce à la mobilisation précoce, le patient a de meilleurs résultats fonctionnels à la sortie de l'hôpital.

d. Une meilleure qualité de vie

Le retour à la vie active après un séjour en réanimation peut varier d'un individu à l'autre en fonction de nombreux facteurs, tels que la gravité de l'état initial, la durée de la réanimation ou encore la présence de complications.

Cependant, sur 109 patients qui ont survécu au SDRA et qui ont bénéficié d'une mobilisation précoce, 48% et 77% d'entre eux sont jugés aptes à retourner travailler respectivement 1 an et 5 ans après leur sortie de l'hôpital. En revanche, 23% des patients n'ont pas été en mesure de reprendre une activité professionnelle. [68] C'est pourquoi il est important de mobiliser précocement le patient.

Un essai contrôlé randomisé a montré qu'une séance d'exercice quotidienne de 20 minutes par jour au lit, grâce à un cycloergomètre de chevet, permet une récupération de capacité d'exercice fonctionnel et de l'état fonctionnel à la sortie de l'hôpital. [66]

Néanmoins, nous pouvons constater que les patients peuvent être tout de même atteints d'une faiblesse physique, d'une endurance réduite ou encore d'une dépendance aux autres pour certaines tâches de la vie quotidienne après un séjour en réanimation.

e. Une diminution de la durée de la ventilation assistée

Il est essentiel de limiter autant que possible la durée de la ventilation assistée des patients, afin de prévenir les complications respiratoires et musculaires. La mobilisation y contribue.

En effet, l'étude menée par le Dr. Schweickert montre que les patients ayant bénéficié d'un programme de mobilisation précoce ont eu une durée plus courte du délirium contrairement aux patients non mobilisés, respectivement de 2 jours et 4 jours. Aussi, cette mobilisation leur permet de passer moins de jours avec un ventilateur, 23,5 contre 21,1 jours, à savoir 2,4 jours de moins. [65]

L'ensemble de ces avantages cliniques reconnus par les scientifiques pousse les services de réanimation à mettre en place un protocole de mobilisation précoce au sein de leur service.

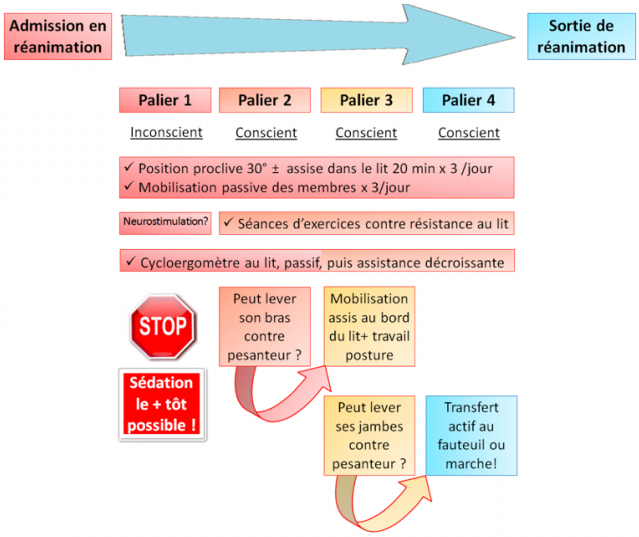

Figure 6 : L'exemple d'un protocole de mobilisation précoce en fonction de l'état de conscience

Ces protocoles sont différents d'un service à un autre, mais ont tous le même but. Ils visent à optimiser les pratiques de mobilisation et générer des économies financières pour l'établissement.

4. Les avantages économiques de la mobilisation précoce

La détérioration de la santé des patients constitue à la fois un défi clinique majeur mais aussi un poids financier considérable pour les établissements hospitaliers. Les coûts associés représentent la plus grande part des dépenses de santé, car cela représente 48% du budget global en 2020. Parmi ces coûts, 78% sont attribués au secteur public tandis que 22% sont dépensés pour le secteur privé. [69] Aujourd'hui, les établissements sont confrontés à une double exigence : assurer des soins de qualité tout en recherchant une diminution de la CSBM.

Par la reconnaissance des bénéfices cliniques de la mobilisation précoce chez les patients en réanimation, la pratique est de plus en plus reconnue. L'introduction de la mobilisation précoce peut apporter des avantages économiques significatifs pour les établissements de santé.

En effet, la mise en place d'un programme de mobilisation précoce en réanimation peut engendrer des économies financières nettes pour les hôpitaux. Une étude a démontré que même en tenant compte des hypothèses les plus conservatrices, le coût net estimé de la mise en place d'un tel programme est modeste par rapport aux améliorations significatives des résultats pour les patients avec la mobilisation précoce. [67]

Une autre étude menée en 2015 montre que l'approche de la réhabilitation précoce des patients en service de réanimation, permet de réduire la durée de l'assistance respiratoire, la durée de séjour et le nombre de réadmissions au sein du même hôpital. Ces résultats sont présentés dans le *tableau 2*, dans les encadrés. [70]

Results

	Pre-QI (n = 202)	QI (n = 225)	*P*
ICU LOS (d)[a]	16.9 (15.4-18.5)	14.4 (13.5-15.4)	.007
Post-ICU LOS (d)[a]	14.5 (12.4-17.1)	12.6 (11.0-14.5)	.197
Total hospital LOS (d)[a]	35.3 (31.9-39.0)	30.1 (27.7-32.8)	.016
Advanced respiratory support days[a]	11.7 (10.7-12.9)	9.3 (8.5-10.2)	.05
Sedation days[a]	5.9 (5.3-6.5)	5.2 (4.8-5.8)	.12
Readmission during same hospital episode	21 (10%)	19 (8%)	.45
ICU mortality	88 (30%)	67 (23%)	.091
In-hospital mortality	114 (39%)	83 (28%)	.028

[a] Geometric means and 95% confidence intervals.

Tableau 2 : Le récapitulatif des résultats suite à la pratique de la mobilisation précoce

Par conséquent, en minimisant l'impact de l'immobilité prolongée, cette pratique contribue à réduire la durée de séjour en réanimation. Une diminution de la durée de séjour permet non seulement une utilisation plus efficiente des ressources hospitalières, mais également une réduction des coûts hospitaliers. En d'autres termes, cela se traduit notamment par une diminution des dépenses liées à l'utilisation des ventilateurs par exemple. [70]

Prenons l'exemple de l'utilisation des ventilateurs mécaniques, nous savons dorénavant que la mobilisation a un impact bénéfique sur le patient et le rend moins dépendant à la ventilation mécanique. Par conséquent, il y a une diminution de la durée d'utilisation de cet équipement, réduisant ainsi les coûts associés. Si bien que les économies réalisées sur les coûts de ventilation mécanique peuvent être importantes en raison des frais d'achats et de maintenance des ventilateurs.

Comme vu précédemment, l'introduction d'un protocole de mobilisation précoce permettrait non seulement d'apporter des bénéfices cliniques, mais aussi un avantage économique pour les établissements de santé. Mais si cette pratique ne présente que des avantages, pourquoi n'est-elle pas systématique dans les services de réanimation en France ?

5. Les limites de la mobilisation précoce

La méthode bundle [Annexe II] destinée au service de réanimation, incite tous les membres du service à pratiquer la mobilisation précoce. Dans la mesure où l'objectif est d'amener les patients à un état de conscience, d'éveil et d'activité physique plus précoce, ils ont intégré dans leurs préconisations, la lettre E pour « une mobilisation et un exercice précoce » traduit de l'anglais « *Early mobility and exercice* ». [63,71]

Cependant, malgré les avantages et les préconisations, peu d'études démontrent les limites auxquelles sont confrontés les hôpitaux alors qu'il existe des obstacles à la mise en place et à l'exécution de la pratique de la mobilisation précoce en service de réanimation.

Tout d'abord, l'un des obstacles est la réticence des patients. Certaines personnes peuvent exprimer des réticences à être mobilisé précocement, ce qui peut entraver une mise en œuvre efficace de la pratique. Il est vrai que des patients peuvent craindre que la mobilisation précoce accentue leur douleur ou leur état de santé. À cela s'ajoute des craintes psychologiques chez certains patients, qui peuvent se traduire par une anxiété. En effet, les patients peuvent craindre de ne pas être capables de réaliser les exercices demandés. Ainsi, les patients peuvent manquer de confiance et douter de leurs capacités physiques. Ils sont persuadés de ne pas en tirer de bénéfices, et donc il est parfois très difficile pour les soignants de les motiver et les convaincre de la réelle plus-value que peut avoir la mobilisation précoce sur eux.

De plus, il existe de multiples contraintes à l'organisation d'une telle pratique. Ces contraintes peuvent être liées au manque de kinésithérapeutes et/ou de matériels. Il existe des normes en termes de personnels infirmiers ou aides-soignants mais pas pour les kinésithérapeutes comme expliqué précédemment. Le choix de mettre à disposition un ou plusieurs kinésithérapeute(s) est dépendant de chaque établissement. Cependant, il existe un décret où des préconisations sont faites en termes de ressources humaines, nécessaires pour pratiquer la mobilisation des patients en service de réanimation.

La mobilisation des patients requiert un personnel important et peut être réalisée de manière occasionnelle en l'absence d'un kinésithérapeute, même si cela suscite des réticences de la part des autres soignants. En effet, les mobilisations sont souvent perçues comme une charge supplémentaire pour les autres membres de l'équipe soignante, qui peuvent manquer de temps pour les réaliser. Le rôle du kinésithérapeute est donc indispensable. Il sera perçu comme le leader dans le travail collaboratif entre lui, les infirmiers, les aides-soignantes et le médecin. [63] Dans ce sens, la SRLF préconise qu' « *il faut au moins un kinésithérapeute formé et attaché à la réanimation* ». [61]

En plus de cela s'ajoute le manque de matériel disponible pour la pratique de différents types de mobilisation. Les experts sont unanimes sur la question des DM. En effet, ce manque n'empêche aucunement la réalisation de certains types de mobilisation. Cependant, pour un certain nombre de typologie de patients, le matériel est indispensable et pour autant, manquant au sein des services de réanimation. [61]

Prenons pour exemple le cas d'un patient pour lequel la mobilisation en dehors du lit n'est pas réalisable, car cela peut être difficile pour lui pour diverses raisons, et que le soignant est seul lors de la mobilisation. En l'absence d'un lit comme le *Total Lift Bed* (TLB) commercialisé par Arjo, le patient ne pourrait être mobilisé, voire verticalisé.

En effet, grâce à l'acquisition d'une table de verticalisation comme le TLB, le patient pourrait progressivement être positionné à la verticale par la simple pression d'un bouton. Cela ne nécessite qu'un ou deux soignants au maximum pour amener les patients à se mettre debout précocement. [72]

Figure 7 : L'exemple d'un patient verticalisé grâce au TLB

De ce fait, l'accès à ce type de matériels permettrait de répondre aux nombreux niveaux de mobilisation et de les réaliser en toute sécurité.

Cependant, il est difficile pour les équipes d'obtenir ce genre de matériel, étant donné la priorisation des achats, le coût onéreux de ce type de matériel et parfois de la philosophie de l'unité. En effet, « *la mobilité précoce n'est souvent pas une priorité élevée dans les soins quotidiens aux patients en USI* » en raison des « *approches établies de la sédation, des connaissances incomplètes et du manque de ressources* ». [43] Le manque de compétences et de connaissance entraîne une appréhension de la part des soignants, de par la stabilité physiologique des patients mais aussi par « *des éléments externes tels que les cathéters artériels, veineux, épiduraux, de dialyse, les tubes endotrachéaux, les drains de pression intracrânienne, les pacemakers externe* ». [73] Toutes ces limites nous montrent la nécessité d'un important changement de philosophie au sein des USI, pour mettre en œuvre un programme de mobilisation précoce.

Toutefois, certaines croyances persistent et vont à l'encontre de la promotion de l'activité physique précoce. Il est donc important de prendre en compte que cette mise en place impliquerait une modification des habitudes, ancrées dans les mœurs de chacun des acteurs : médecins, infirmiers ou kinésithérapeutes.

Conformément à beaucoup de protocoles existants, ces derniers sont ancrés dans les habitudes de travail à l'hôpital. Cependant, une fois établis, ces protocoles sont rarement modifiés et les habitudes rarement remises en question. Alors que les recommandations évoluent, les protocoles ne devraient-ils pas évoluer de la même manière ?

Pour aller plus loin à ce sujet, une étude terrain a été réalisée afin de mettre en lumière la perception de la mobilisation précoce, mais aussi ses bénéfices et ses limites perçus par le personnel soignant.

Conclusion intermédiaire et question de recherche

En analysant la documentation scientifique relative à la mobilisation précoce, nous avons clairement pu établir les enjeux de sa mise en place en service de réanimation. Il nous a été possible de confronter les avantages et les limites d'une mise en place d'un protocole de mobilisation précoce. Aussi, cela a mis en lumière les problématiques majeures auxquelles font face les établissements de santé en France.

Toutefois, il y a encore une zone d'ombre concernant ce sujet : à ce jour, aucune étude n'a examiné la perception des soignants à l'égard de cette pratique. Plus précisément, il n'existe aucune recherche sur les raisons expliquant son absence dans le parcours de soins des patients en services de réanimation en France.

De ce fait, à travers l'étude de terrain, nous pourrons mettre en évidence les problématiques auxquelles font face les hôpitaux français et la perception des soignants face à l'implantation de la mobilisation précoce en service de réanimation. Par conséquent, au terme de l'analyse, nous tenterons de répondre à la problématique suivante : **Compte tenu des bénéfices avancés par la littérature scientifique, comment est perçue la mobilisation précoce en service de réanimation ?**

Cette enquête est influencée par les objectifs de recherche, cependant, ces résultats sont basés sur l'analyse des données brutes et non sur des réponses désirées ou attendues.

Partie 2 : Méthodologie

Grâce à la revue de la littérature préalablement réalisée, nous avons pu situer notre sujet de recherche dans son contexte. Dans cette partie, la méthodologie utilisée est expliquée en détail, afin de comprendre l'objectif, les choix et l'analyse des données, recueillies via des interviews.

I. Les objectifs de l'enquête

Bien que des recommandations aient été publiées par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) ou par la SRLF, la pratique de la mobilisation précoce est encore très peu intégrée dans le parcours de soins d'un patient en service de réanimation. Ainsi, l'objectif de ces interviews est de comprendre comment est perçue cette pratique par les soignants et quelles sont les causes de ce constat.

Cette enquête vise à explorer et à répondre aux différentes interrogations suivantes :

- Comment les soignants définissent-ils la mobilisation précoce ?
- Quel est l'avis des soignants sur cette pratique ?
- Quels sont les acteurs de la mise en place de protocole ?
- Quels sont les freins ?
- Comment la mobilisation précoce pourrait être appliquée systématiquement dans le programme de soins ?

Suite aux réponses des professionnels de santé interrogés et à une analyse de ces dernières, nous développerons ainsi des préconisations dans une quatrième partie.

II. Le choix de l'enquête qualitative

L'étude de la mobilisation précoce en France est davantage propice à une collecte de données qualitatives basée sur des entretiens semi-directifs (ESD). En effet, une méthodologie qualitative nous permet de récolter des données qui ne peuvent pas être quantifiées. Aussi, ils aident à comprendre les divergences entre les différents établissements de santé et les avis contingents des soignants sur la place de la mobilisation précoce en service de réanimation.

Cependant, cette méthodologie présente certaines limites, comme le fait de ne pas pouvoir interroger un échantillon représentatif et donc l'impossibilité de généraliser les résultats de l'analyse. Néanmoins, cette méthode permet d'analyser les attitudes, les opinions, mais également d'identifier les pratiques, les motivations et l'expérience des personnes interviewées dans le cadre de l'ESD.

L'ESD offre l'avantage d'une plus grande liberté d'expression pour l'interviewé, par rapport à un entretien directif basé sur un questionnaire. Cela permet de recueillir un volume plus important d'informations sur différentes thématiques et de les approfondir si besoin. L'entretien est légèrement orienté via un guide d'entretien (Annexe III) réalisé à l'avance, qui couvre les principales thématiques sous forme de questions ouvertes.

De plus, l'étude empirique d'un tel sujet amène à collecter des informations auprès d'individus avec des fonctions différentes, dont les avis divergent. Ainsi, avec cette méthodologie, les données collectées donneront du sens à notre analyse. Les informations recueillies ont permis de légitimer les résultats et les discussions avec les parties prenantes, en mettant l'accent sur la complexité de la mise en place de nouvelles pratiques.

III. Une approche inductive

En raison de l'analyse de la littérature scientifique, réalisée dans la première partie de ce mémoire, il est clair que la pratique de la mobilisation précoce en service de réanimation a de réels avantages pour les hôpitaux et pour les patients. Il est donc intéressant de découvrir la perception de chaque soignant, sans essayer de confirmer ou réfuter les publications scientifiques. En effet, cette approche inductive semble être la plus appropriée pour éviter de se contraindre à une théorie ou à des confirmations avancées par la littérature scientifique.

De plus, aucun auteur n'a encore montré pourquoi la mobilisation précoce n'est pas encore systématique dans le parcours de soins d'un service de réanimation. Il est donc pertinent d'étudier la perception des soignants pour essayer d'en comprendre les raisons. Nous allons ainsi essayer d'y répondre et d'apporter des réponses, en analysant les entrevues avec les différents soignants.

Finalement, il convient de souligner que la méthode inductive est particulièrement appropriée pour l'analyse des données qualitatives, car elle permet de synthétiser une grande quantité de données variées, afin d'en tirer une conclusion générale.

IV. Le terrain d'étude

Le domaine de la santé présente une pertinence notable en raison de son écosystème important, de par la multitude de parties prenantes impliquées telles que patients, le personnel médical, le personnel paramédical et bien d'autres mais aussi par l'émergence de nouvelles pratiques.

Plusieurs catégories de professionnels sont impliquées dans la mise en place d'une nouvelle pratique dans un service de réanimation. Pour cette raison, il est pertinent d'interroger les principaux intéressés.

Il faut savoir que les thèmes abordés étaient communs à toutes les parties prenantes, bien que certaines questions aient été adaptées en fonction de leur profession. La pertinence de recueillir le point de vue de ces professionnels repose sur deux raisons principales. Tout d'abord, leur connaissance de la pratique et aussi, le poids qu'ils exercent dans le processus de décisions pour la mise en place d'une nouvelle pratique.

Ainsi, nous avons choisi d'inclure dans notre étude : les médecins anesthésistes-réanimateurs, les cadres de santé, les infirmières et les kinésithérapeutes. Ce sont ces personnes qui ont un réel pouvoir de décisions sur les pratiques utilisées. Néanmoins, il est à noter que le médecin, dans le système français, est la personne qui a le pouvoir de décision finale. Il est donc pertinent de les interroger mais malheureusement il est très difficile d'obtenir des retours positifs. Un médecin, qui est également chef de service, a tout de même accepté de donner son opinion.

Autre que les catégories professionnelles, l'aspect à ne pas négliger, est le choix des personnes interviewées. Il est en effet important que le panel de personnes interrogées soit représentatif sur le plan géographique, et dans ce mémoire, il l'est. Les personnes interviewées exercent dans différentes régions de France, comme indiqué dans le *tableau 3* ci-dessous et travaillent dans divers types d'établissements hospitaliers. La finalité est d'essayer d'obtenir une représentation à l'échelle nationale. En effet, les pratiques et les avis peuvent être très différents d'une région ou d'un établissement à un autre.

Pour finir, le nombre de personnes interrogées n'a pas été fixé en amont. Figer un nombre d'interviews peut entraîner un manque de diversité dans les réponses obtenues, ou encore ne pas atteindre la saturation théorique, c'est-à-dire le point où de nouvelles interviews n'apportent plus d'informations significatives. [74]

V. La collecte des données

Dans le cadre de cette étude, nous avons obtenu la perception de 11 intervenants aux fonctions différentes et exerçant dans divers établissements. Ces entretiens ont eu une durée moyenne de 33 minutes et ont été menés sur une période de deux semaines.

Identité	Fonction	Spécialité du service	Établissement	Durée de l'entretien
M. P	Kinésithérapeute	Pneumologie	Groupe Hospitalier du Havre	40 min.
Mme. S	Kinésithérapeute	Polyvalente	CHU de Toulouse	26 min.
M. H	Infirmier	Médico-chirurgicale	CH de Versailles	26 min.
Mme. D	Kinésithérapeute	Cardiologie et Chirurgie cardiaque	CHU Grenoble	46 min.
Mme. J	Infirmière	Polyvalente	APHP	31 min.
Mme. N	Cadre de santé	Polyvalente	APHP	35 min.
Mme. K	Cadre de santé	Polyvalente	CHI Meulan les Mureaux	35 min.
Mme. O	Infirmière	Chirurgicale	APHP	29 min.
Mme. G	Infirmière & Formatrice en simulation médicale	*En intérim*	*En intérim*	30 min.
Mme. K	Kinésithérapeute	Soins intensifs	Clinique Universitaire de Bruxelles	42 min.
Dr. O	Médecin Anesthésiste-Réanimateur, Neurologue et Chef de service	Polyvalente	CHI Meulan les Mureaux	23 min.

Tableau 3 : Le récapitulatif des professionnels interviewés

Le recrutement de ces personnes s'est basé sur un critère simple : il s'agit de professionnels médicaux ou paramédicaux exerçant en réanimation et ayant un pouvoir décisionnaire dans l'adoption de nouvelles pratiques au sein de leur service.

Pour entrer en contact avec ces professionnels de santé, les méthodes retenues sont l'e-mail et le réseau professionnel, LinkedIn. Pour l'obtention des adresses mails, nos connaissances nous ont permis d'obtenir le contact de certaines personnes. Pour LinkedIn, grâce à des mots clés renseignés dans la barre de recherche tels que « kinésithérapeute réanimation » ; « médecin réanimateur » ; « infirmière réa », nous avons sélectionné de nombreux soignants au niveau national pour optimiser nos chances d'obtenir une réponse positive. A la suite de ce choix, nous demandions à rentrer en contact avec eux via une invitation.

Ainsi, les professionnels ont été contactés par e-mail ou via LinkedIn après l'acceptation de notre demande. Répertorié dans un tableur Excel, tout ce travail en amont, nous le tracions via un tableau qui est visible en Annexe IV.

Dans le message de contact (Annexe V), les informations suivantes étaient mentionnées :

- L'objet de la demande
- Le contexte
- Les options de communication
- La durée approximative de l'entretien
- Les remerciements

À l'obtention d'une réponse positive, nous organisons et réalisons ensuite un entretien par visioconférence ou par téléphone. Afin de recueillir les données de manière exhaustive et précise, les 11 interviews ont été enregistrées et retranscrites. En effet, la retranscription de tous les entretiens est une étape importante dans la réalisation ce mémoire car par la suite, elle facilite l'analyse des données. Il est à noter que les retranscriptions ont été fidèlement écrites afin de conserver l'intégralité du sens des échanges.

Enfin, le guide d'entretien a été utilisé comme fil conducteur pour structurer la discussion, tout en laissant suffisamment de liberté aux participants pour fournir le maximum d'informations possible. Au cours de ces entretiens, nous avons parfois pu demander de reformuler ou d'expliquer davantage une information afin de l'approfondir ou de la clarifier.

VI. L’analyse des données

Suite à la retranscription de toutes les interviews réalisées, il a été nécessaire de procéder à une analyse, dans le but de déterminer les concepts clés de la mobilisation précoce perçus par les soignants. L’Annexe VI contient la retranscription complète d'un de ces entretiens.

L’objectif de l’analyse des données est d’extraire le sens et les thèmes mis en avant, en utilisant une technique : la codification. Il s’agit d’un « *processus de sélection, de simplification, d’abstraction et de transformation des données* » qui consiste à attribuer des codes à des segments de données afin de les catégoriser. [75] Vous trouverez l’exemple d’une catégorie dans l’Annexe VII. Il convient de souligner que l'analyse des retranscriptions met en lumière les différences de points de vue, qui constitueront alors le cœur de l’analyse dans la partie 3.

Bien que certaines catégories aient été identifiées lors de la création du guide d'entretien, une approche inductive a été privilégiée pour comprendre au mieux le sujet.

Partie 3 : Résultats de l'analyse des données

Dans cette partie, à la suite de la collecte des avis des différents soignants, les réponses aux interrogations ont été analysées afin d'en ressortir les idées principales : l'objectivité de la pratique perçue par les soignants, les contraintes qui influencent la pratique, et le poids du changement au sein d'un service. Leur point de vue est alors essentiel pour enrichir ce présent travail.

I. L'objectivité de la pratique

En tant qu'acteurs dans la prise en charge des patients, les professionnels de santé ont perçu une émergence de nouvelles pratiques au fil des années. Nous verrons que évolution peut être dû à divers facteurs, dont la prise de conscience des scientifiques et des soignants sur les effets néfastes que peut avoir l'alitement sur le patient. Ensuite, nous aborderons les intérêts cliniques et fonctionnels perçus par les soignants.

1. L'avancée des pratiques en service de réanimation

A la suite des entretiens, plusieurs points ont pu émerger, celui qui est revenu le plus souvent est la plus-value des études scientifiques sur l'évolution des pratiques en réanimation. Cette évolution est constatée par le Docteur (Dr.) B, également chef de service : « *beaucoup de dogmes et de mythes […] ont été remis en question, maintenant, il y a de nouvelles façons de faire en réanimation.* »

En effet, à mesure que la médecine progresse, les pratiques avancent également. Cette évolution a toujours eu pour but de répondre aux besoins croissants des services hospitaliers, dont le service de réanimation. Ainsi, ces nouvelles approches dans la prise en charge des patients sont rendues possibles grâce aux études scientifiques. Elles sont d'ailleurs très appréciées par les soignants, dont Madame K : « *C'est bien que des gens réfléchissent […] et prouvent par A + B qu'il y a un gain potentiel derrière dans le cadre d'une étude* ».

Suite à ces études publiées, Madame N affirme que « *les connaissances évoluent […], la SRLF […] effectue les recherches et publie régulièrement des publications notamment sur la mobilisation précoce et aussi, sur la gestion de la sédation. Ça a un lien puisqu'il y a 20 ans, les patients en réanimation étaient sédatés fortement* » et ils pensaient que « *ça préservait à la fois l'organisme du traumatise, de la pathologie mais aussi, que c'était mieux psychiquement.* ».

Or, alimentées par la recherche, les pratiques ont évolué et peuvent parfois tout remettre en question comme l'utilisation de la sédation : « *ça a été prouvé que la sédation, il faut l'arrêter le plus rapidement possible pour éviter un certain nombre d'effets secondaires. Du coup les patients sont régulièrement réévalués au niveau de la sédation donc réveillés très rapidement. Qui dit réveillé, dit mobilisé.* » - Madame N, cadre de santé. Monsieur P, kinésithérapeute ajoute qu' « *en préconisant de baisser la sédation, le patient s'agitera tout seul dans son lit, ce qui lui permettra d'entretenir un peu sa musculature et nous de le faire travailler.* »

Il est donc vrai que si nous comparons les pratiques d'aujourd'hui et du siècle dernier, ces dernières, ainsi que les avis ont évolué comme en témoigne Madame N, cadre de santé : « *en 1996, dans les premières années de pratique, les mobilisations n'étaient pas forcément très développées. Les patients avaient des durées de séjour bien plus élevées qu'actuellement. Aujourd'hui, la durée moyenne de séjour doit être entre 5 et 6 jours. C'était beaucoup plus long en 1996. Notamment, ce qu'il y changé, ce sont les pratiques : la mobilisation précoce, les sédations et les modes de ventilations. Ce sont 3 facteurs qui sont corrélés et qui permettent ainsi de réduire la durée de séjour des patients.* »

Ainsi, les services de réanimation évoluent grandement sous l'influence des recommandations émises par les différentes associations de réanimation. Ces recommandations sont fondées sur des études scientifiques et ont pour objectif de standardiser et d'améliorer les soins prodigués aux patients en réanimation. En effet, Madame N a été infirmière dans un service dont elle est cadre actuellement, après 7 ans dans un autre hôpital, et admet avoir perçue *« l'évolution des pratiques au regard des nouvelles recommandations. La mobilisation est bien mise en avant* ».

Au regard des nouvelles recommandations publiées par les différentes sociétés de réanimation, telles que la SFAR, l'ASRLF ou encore la SRLF, la mobilisation précoce est donc une des pratiques mises en avant. Ces directives permettent d'orienter les soignants sur leur perception de la mobilisation des patients en USI, comme le souligne, Monsieur P, kinésithérapeute : « *plus on avance dans le temps, plus les thérapeutiques avancent, ces images qu'on avait des patients intubés et ventilés, aujourd'hui elles n'ont plus trop de sens. Si un patient est capable de marcher, il n'a plus besoin de son tube.* »

De plus, ces recommandations fournissent des directives précises pour orienter les professionnels de santé dans leurs interventions. Elles ont pour but constant d'offrir des soins de qualité supérieure, comme le souligne Madame K, cadre de santé : « *on est quand même dans une dynamique de mettre au fauteuil le plus précocement possible les patients, qu'ils soient intubés ou non, ou trachéotomisés d'ailleurs ou encore qui soient encore sous respirateur. Ils peuvent être dépendants du respirateur pour autant on peut les mettre au fauteuil. Fin voilà, il y a des études qui ont été faites dans ce sens en termes de récupération, de maintien de la capacité pulmonaire, il y une réelle plus-value à tout ça.* ». Et pour Madame N, cadre de santé également : « *c'est la norme […] puisque de toute façon lorsqu'on lit les études, il n'y aucune discussion là-dessus.* ».

Cette prise de conscience et ces changements de pratique reflètent la volonté des services de réanimation à améliorer les soins prodigués aux patients. Cet engagement n'est possible que si une approche multidisciplinaire est choisie. En effet, cette approche implique une collaboration entre le chef de service, les médecins, les infirmières et les kinésithérapeutes, comme l'évoque Madame D, kinésithérapeute « *à la demande du médecin, du chef de service, la mobilisation précoce est utilisée parce qu'il y a de plus en plus de besoins. […]. Cependant depuis sa demande, on a énormément progressé sur ces 18 dernières années sur la mobilisation passive jusqu'à la marche, en passant par les exercices pour les patients qui vont trainer un petit peu plus chez nous, les exercices dans le couloir à partir de la marche, etc, etc. ».*

On en conclut que les recommandations servent à sensibiliser et à informer sur les pratiques à adopter. Ainsi, elles jouent un rôle essentiel dans la prise de conscience des professionnels de santé en les informant et en leur préconisant de favoriser les pratiques fondées sur des preuves cliniques.

2. La prise de conscience des soignants pour les complications liées à l'alitement

« *L'alitement, c'est très mauvais*. » et « *Plus ton patient est allongé et, souvent ils sont trop allongés, plus tu risques si ils sont ventilés ou trachéotomisés que la salive stagne au-dessus du ballonnet, ce qui donne des pneumopathies. Cela ne parait rien… mais mis tout bout à bout, cela entraine beaucoup de complications »* déclarent respectivement Madame K et Madame D, toutes deux kinésithérapeutes.

En conséquence, au fil des années, les professionnels de santé, conscients des complications causées par l'alitement prolongé des patients en réanimation, ont pris des mesures pour y remédier. Le Dr. B, chef de service et médecin anesthésiste-réanimateur, souligne que leur objectif est « *de lutter contre l'alitement car on sait qu'il y a des complications causées par le décubitus.* ».

De nombreux professionnels de santé nous ont souligné que l'alitement prolongé peut entraîner de nombreuses complications. Ces dernières peuvent avoir un impact significatif sur la santé des patients comme le souligne par exemple Madame K, cadre de santé : « *mais c'est bien parce qu'ils sont restés alités longtemps qu'ils ont perdu cette capacité pulmonaire. C'est une des complications du décubitus. Ces atélectasies où les poumons finissent par se collaber un peu. ».* À cela, Dr. B ajoute de nombreuses complications : *« […] les escarres, les thromboses veineuses, les phlébites, les troubles du transit et pour le principal c'est la perte musculaire et neuromusculaire parce qu'on sait que les patients vont prendre des mois à récupérer ce qu'ils ont perdu en quelques jours. ».*

Pour certains professionnels, l'immobilité a véritablement des effets néfastes, mais ils soulignent également que l'état du patient est aggravé lorsqu'il est sous sédatifs, comme le souligne Monsieur H, infirmier : « *[…] quand il est sédaté, il est alité, il n'y plus de transmission entre les nerfs, les muscles qui par la suite eux, s'éteignent, se dégradent. Il y a aussi une réaction inflammatoire qui ne favorise pas tout ça.* » et Madame O ajoute, « *il faut savoir qu'ils perdent énormément en tonicité musculaire quand ils sont hospitalités, sédatés et alités pendant 1 semaine ou 10 jours*. ».

Par conséquent, à travers ces nombreuses complications liées à l'alitement et ces recommandations faites par les associations de réanimation, les professionnels sont sensibilisés sur la question de l'alitement grâce aux « *publications de recherche et donc [le service se] tient au courant de toutes les publications. Aussi, […] l'équipe soignante […], au moins une dizaine de soignants par an participent à la SRLF donc ils s'informent des nouvelles recommandations.* » souligne Madame N, cadre de santé.

Grâce au congrès que la SRLF organise, les recommandations incitent les soignants à mobiliser les patients, dans le but de minimiser au maximum les complications du décubitus : « *nous essayons donc dès que possible de les mettre au fauteuil et après quelques jours, on les fait marcher.* » souligne Madame O, infirmière. Par contre si la mobilisation n'est pas réalisée, un allongement du temps de séjour des patients en SI est constaté : « *je pense qu'à chaque fois, cela implique des soins intensifs parce qu'en fait les complications du décubitus sont très importantes.* » - Madame K, infirmière.

D'où la prise de conscience des soignants sur la nécessité de mobiliser les patients en service de réanimation comme le précise le Docteur B, chef de service et médecin réanimateur-anesthésiste, « *les patients en réa, leur position privilégiée c'est d'être en décubitus dorsale donc allongés sur le dos avec le haut du corps relevé à 30° et une inclinaison à 30°. L'idée de la mobilisation précoce c'est de limiter cette position. »*

Néanmoins, pour éviter ces complications et favoriser une récupération rapide, il est primordial de sensibiliser en premier lieu les professionnels de santé, puis mettre en œuvre la mobilisation précoce dans les services en leur fournissant les ressources requises. A ce propos, le Dr. B s'exprime au sujet de son service : « *le challenge pour […] est de limiter ces complications pour faire sortir les patients le plus vite possible. Ça fait partie de la rééducation et on sait qu'il faut s'y prendre le plus précocement possible puisque plus on retarde ces mesures de mobilisation, plus les muscles vont s'atrophier et plus les patients sont susceptibles de faire ces complications.* ».

Tout bien considéré, cette pratique consiste à mobiliser les patients dès que possible et présente de nombreux avantages pour les patients.

3. Les intérêts cliniques et fonctionnels de la mobilisation précoce

La mobilisation précoce suscite un intérêt croissant pour nombre de professionnels de santé, conscients de ses nombreux avantages. En favorisant précocement l'activité physique et la mobilité des patients malgré leurs pathologies, la mobilisation précoce présente divers intérêts comme le souligne Madame K, kinésithérapeute : « *La mobilisation précoce a vraiment un tas d'avantages, de bénéfices différents.* »

Les disparités sont significatives entre les services qui adoptent un protocole de mobilisation précoce et ceux qui ne l'adoptent pas. La période de pandémie de Covid-19 a particulièrement mis en lumière un point dans les services où ils la pratiquent. En définitive, les soignants qui mettent en pratique la mobilisation précoce ont vu l'importance de cette approche pour les patients.

Effectivement, les praticiens ont dû faire face à des changements dans leur routine de travail, en raison de la mise en place de mesures restrictives durant la période de Covid-19. Les soignants ont été restreints sur la possibilité de réaliser une mobilisation précoce de manière traditionnelle. Madame J, infirmière, explique la situation face à laquelle ils ont été confrontés : « *Dans mon service, la moyenne de séjour est de 4 jours mais la durée de séjour est déjà relativement courte. Par exemple, en période Covid, notre période de séjour était de 3 semaines voire un mois et on voyait bien qu'au tout début les kinés avaient un positionnement moindre parce qu'ils étaient quasiment tous curarisés. Dès qu'ils ont commencé à remobiliser les patients, à refaire des choses parce qu'en fait au début, c'était presque interdit. Il y avait pleins de choses qu'ils n'avaient pas le droit de faire. Dès qu'elles ont pu de manière générale reprendre leur travail comme elles le faisaient avant, on a très vite vu une amélioration très nette des patients contrairement à ceux chez qui on n'avait pas pu le faire parce qu'on nous interdisait entre guillemets d'y toucher.* »

En somme, dès que la mobilisation précoce peut être réalisée, elle présente un certain nombre de bénéfices pour le patient. De ce fait, en adoptant cette pratique, les professionnels de la santé peuvent contribuer de manière significative sur l'amélioration de l'état clinique du patient.

Le premier avantage qui est ressorti, est l'impact positif sur le plan respiratoire. Il permet une amélioration de la fonction respiratoire et une diminution des complications pulmonaires liées à l'alitement comme l'indique Madame D, kinésithérapeute : « *On les améliore clairement, on a pleins de bénéfices : plan respiratoire, diminution des alactasies, diminution des infections pulmonaires.* »

D'autres avantages ont été cités :

- Madame K, kinésithérapeute : « *Plus vite vous verticalisez un patient, mieux ça sera et plus vite il retrouvera une fonction respiratoire correcte. Rien que de verticaliser un patient, vous aurez une position basse du diaphragme et donc un travail respiratoire facilité. Plus vous stimulez un patient, plus il est éveillé, plus il va fournir des efforts donc un réentrainement. La mobilisation, c'est pour […] les muscles respiratoires, ça va les aider à être sevrés plus rapidement de la ventilation artificielle. Et aussi, un impact hémodynamique puisque le cœur est également un muscle.* »

- Madame D, kinésithérapeute « *Sur le plan respiratoire, tu vas améliorer leur hématose puisque tu améliores leur apport en perfusion dès que tu les mobilises. Aussi, tu améliores les échanges gazeux avec le vélo puisque tu améliores les débits. Il y en a qui disent qu'ils n'y croient pas et que le patient, s'il est là pour de la respi, faut lui faire de la respi. Alors que pour moi, si on fait du fonctionnel, on améliore le respi et si on fait du respi, on améliore le fonctionnel. Et surtout dans les études, ils montrent que le fonctionnel améliore largement le côté respiratoire notamment au niveau ton diaphragme, ta musculature périphérique et tes abdos* »

Un second avantage est mentionné par les soignants, c'est la préservation de la masse musculaire. La mobilisation précoce vise en effet à limiter la dégradation des muscles, et à maintenir la force et la masse musculaire. Cependant, comme le précise Madame K, kinésithérapeute, la mobilisation ne permet pas de la maintenir en intégralité, mais permet de limiter la perte causée par l'alitement : « *Aussi, elle diminue la fonte musculaire même s'il n'y a pas de potion magique, un patient en sepsis, alité, avec des sédations, il y aura de toute manière une fonte musculaire mais la mobilisation permet d'éviter des pertes trop importantes* ».

Aussi, il convient de noter que sur le plan osseux, de nombreux patients peuvent être exposés à un risque accru de fragilité osseuse et de complications telles que les fractures, comme le souligne Madame N, cadre de santé : « *dans le cas des alitements prolongés, il y peut aussi y avoir une perte osseuse qui donne des fractures spontanées.* ». De ce point de vue, il est donc également important de mobiliser précocement les patients pour éviter des complications osseuses.

En plus des avantages mentionnés précédemment, les professionnels de santé en ont énuméré de nouveaux, liés à l'amélioration générale des patients où Madame N, cadre de santé les énumère : « *c'est la limitation de tous les effets secondaires : la fonte musculaire, à la stase de tous les liquides : stase urinaire, stase des secrétions pulmonaires, tout ce qui est au niveau de la circulation sanguine, du système digestif, les phénomènes thrombotiques, la prévention d'escarres, etc, etc.* ».

De façon générale, nous l'aurons compris cela apporte beaucoup d'avantages cliniques, comme l'indique Madame O, infirmière : « *je pense que de les solliciter de manière générale et si c'est précocement alors ça ne pourra être que bénéfique pour le patient. Il faut simplement que le patient soit en état.* »

Outre les avantages cliniques, on remarque que les soignants ont une appétence à rendre les soins comme une expérience positive pour les patients : « *Sur le plan cognitif et moral, si tu viens voir un patient […] tu lui permets de regarder autre chose que le plafond, comme regarder devant lui ou qu'il se rattache à sa vie d'avant. […] Le bénéfice est énorme puisque c'est difficile pour les patients qui ne bougent pas, qui pensent toute la journée qu'avant ils étaient d'une certaine façon et que demain, ils ne seront plus comme avant. Ils pensent qu'ils ne pourront plus rentrer chez eux, ils pensent qu'ils ne pourront plus être le père, le mari, la femme qu'ils étaient et par conséquent, être une contrainte à leur famille. Il y a toute cette problématique et notre but est de leur donner espoir que tout redeviendra comme avant après leur séjour en réanimation sauf atteinte particulière comme la paraplégie, l'hémiplégie qui sont arrivées au milieu.* » souligne Madame D, kinésithérapeute.

Effectivement, les soignants ont toujours pour objectif d'accompagner les patients. Cet accompagnement par l'équipe soignante se caractérise par la prise en considération de tous les aspects de la santé des patients. En d'autres termes, ils prennent en compte non seulement les aspects cliniques, mais aussi les aspects fonctionnels, psychologiques et sociaux.

C'est ainsi que les soignants interrogés ici, ont témoigné leur désir de prendre en compte ces nombreux aspects au-delà de la dimension clinique. Par exemple, l'infirmière Madame J, nous explique l'impact psychologique que peut avoir la mobilisation précoce sur les patients au fil des jours : « *mentalement parlant ils se sentent quand même vachement mieux même […]. Après ils se disent « hier j'ai été 5 min au fauteuil, c'est difficile au bout de 5 minutes, aujourd'hui ça va être un quart d'heures, demain ça va être une demi-heure ». Certains patients ont conscience de cette amélioration. Ce sont des choses factuelles sur lesquelles ils réussissent à s'appuyer.* ». Néanmoins, il est important de noter que l'appréciation de cette amélioration peut varier en fonction de la gravité de la pathologie et des traitements reçus par les patients. Dans certains cas, les patients peuvent être conscients de leur amélioration, tandis que dans d'autres, leur état peut ne pas leur permettre de le percevoir directement. Cependant, même si le patient n'est pas capable de le remarquer, être stimulé peut contribuer à son rétablissement.

En outre, l'état fonctionnel des patients peut se dégrader très rapidement. Être en capacité de manger seul, de se gratter ou même de faire un signe de la main peuvent être des choses difficiles à effectuer pour certains patients, comme le souligne Madame J, infirmière : « *avec cette mobilisation là ils disent « hier je n'arrivais pas à lever la main pour prendre mon verre d'eau » par exemple et en fait une semaine après il est capable de manger tout seul* ». Madame J s'exprime à nouveau sur le maintien de l'état fonctionnel de ces patients : « *Ils ont beaucoup de chance de tomber dans notre service où la mobilisation précoce est réalisée au quotidien et qui a permis à ces patients de garder de leur autonomie.* ». Madame G, infirmière ajoute à son tour : « *On sait que la résultante dans les semaines à venir sera bien améliorative puisque les patients qui sont au fauteuil respirent la plupart du temps bien mieux.* »

Un dernier point a été soulevé par les soignants : les complications à long terme. En effet, un séjour en réanimation peut avoir des conséquences néfastes sur la qualité de vie d'un patient. Cependant, ces complications peuvent être minimisées avec la pratique de la mobilisation précoce comme le mentionne Monsieur H, infirmier « *je suis donc tout à fait pour la mobilisation précoce qui derrière améliore la réhabilitation du patient car c'est quelques jours, semaines ou mois de gagné. Si un patient reste 3 mois sédaté et qu'on ne le touche pas, il aura une grosse perte fonctionnelle à sa sortie.* ». C'est donc en intervenant de manière proactive et en favorisant la réhabilitation précoce, que les soignants peuvent réduire les séquelles potentielles à long terme et prévenir les récidives ou encore les réadmissions.

Aussi, nous souhaitons mettre en avant un point souligné par Monsieur H qui n'est pas à négliger : les patients sédatés. C'est un défi en réanimation de stimuler un patient qui est endormi sous l'effet de la sédation. Effectivement, lorsqu'un patient est sous sédatifs, il est dans l'incapacité de participer activement à la mobilisation. Il se trouve dans un état passif et inconscient. Par conséquent, des approches spécifiques sont nécessaires afin de limiter les complications. Monsieur P, kinésithérapeute nous explique : « *en créant des contractures alors que le patient dort, ça préserve le muscle. Il va quand même se dégrader mais peut-être moins ou en tout cas même s'il se dégrade peut-être que le patient récupérera plus vite. »*. Cependant, des études doivent être encore réalisées à ce sujet dans le but de « *savoir si le patient récupérera vraiment plus vite avec de l'électrostimulation* ». La méthode de mobilisation en réanimation utilisée dépend donc de l'état du patient et, ses bénéfices sont plus ou moins prouvés par la littérature scientifique et perçus par les soignants.

Dans cette partie, nous avons pu voir les bienfaits de la mobilisation précoce identifiés par les soignants. Ceux-ci ont balayé un certain nombre d'avantages que cette dernière procure aux patients. Voyons maintenant les disparités organisationnelles au sein des établissement de santé, qui ne permettent pas toujours de mettre en place ce genre de pratique.

II. De grandes disparités organisationnelles qui influencent la pratique

La plupart des personnes interrogées sont unanimement d'accord sur l'existence de disparités organisationnelles d'un établissement hospitalier à un autre. Ces disparités semblent exercer une influence sur la pratique de la mobilisation précoce en service de réanimation. Madame K, kinésithérapeute, souligne que « *tout le monde est convaincu de ses bienfaits mais tout le monde a sa charge de travail donc ce n'est pas toujours facile.* ».

Dans cette partie, nous nous pencherons ainsi sur l'implication nécessaire du corps médical dans la mobilisation précoce, en tenant compte des différentes cultures de service d'un hôpital à un autre. Nous étudierons également les différentes pratiques de mobilisation adoptées par les professionnels de santé.

1. Les cultures de service foncièrement différentes

Certains services accordent une grande importance à cette pratique, la considérant comme essentielle pour la récupération des patients en réanimation, et d'autres connaissent ses bienfaits mais elle passe en second plan ou n'est pas utilisée. Le Dr. B, médecin anesthésiste-réanimateur et chef de service prétend que « *cela ne dépend pas que des acteurs mais de l'ensemble du service, l'état d'esprit du service.* ». Il justifie ses propos en prenant un exemple concret : « *si vous allez en Thaïlande, personne ne porte de casques sur les motos, c'est une culture. En France, même si on avait le droit de ne pas porter de casque, tout le monde le mettrait quand même parce qu'il y a cette culture qui est inculquée depuis très longtemps. Et ben… c'est pareil dans un service. Si les médecins ou les cadres de santé, parce que ça vient d'eux, inculquent cette culture […], le nouveau soignant qui arrive dans le service est d'emblée dans le bain car il sait que c'est super important de mobiliser le patient, donc ils vont le faire.* ».

Pour bénéficier des nombreux avantages de la mobilisation précoce, il est essentiel de susciter la conviction et l'engagement des soignants. Ce qui n'est pas toujours le cas d'après Monsieur P, kinésithérapeute : « *Quand on est kiné, […] nous ne sommes pas à temps complet, c'est toujours un peu difficile de franchir les portes de la réanimation et d'avoir toute l'attention de l'équipe. Attention, ça dépend aussi des équipes, il y a des équipes qui sont très proactives. Ça dépend vraiment de l'environnement dans lequel on se trouve.* »

En effet, il est crucial de convaincre le personnel des bienfaits de la pratique dans la préservation de la santé du patient. Il faut donc ne pas la considérer comme un soin non essentiel. Cette conviction et cette envie doit être menée par une personne interne au service. À ce propos Monsieur P, kinésithérapeute nous explique : « *il y a toujours ce problème d'hiérarchie qui est très important. Le problème dans la hiérarchie, c'est que c'est le médecin qui a toujours le dernier mot quoiqu'il arrive. Vu que c'est lui aura toujours le dernier mot, c'est lui qui sera le meilleur levier pour implémenter une pratique.* ». Or, les avis divergent sur la question puisque Madame J, infirmière nous donne son opinion sur la question : « *moi je trouve que les kinés sont quand même les moteurs de cette démarche».*

À travers ces avis convergents, nous constatons que la dépendance est à la fois liée à la personne et au service. En effet, Dr. B remarque que si « *il n'y a pas cet état d'esprit, de mettre les patients au fauteuil, vous ne pouvez rien faire. Par contre il y en a au contraire, c'est sans réfléchir. Ce sont les infirmières et les aides-soignantes qui font les mobilisations dans la grande majorité du temps. Ils savent qu'à 9h tous les patients doivent être levés ».* Cependant toutes les infirmières et aides-soignantes ne sont pas aussi proactives, en effet, certaines personnes trouveront toujours un moyen de ne pas le faire, comme en témoigne Dr. B de son expérience : « *il faut quand même être conscient que c'est du boulot […] et si c'est un patient qui est lourd, qui pèse lourd, qui est compliqué à mobiliser, les infirmières diront « si je peux éviter de le faire, je ne le fais pas ». Là vient le rôle du médecin […] c'est à lui de dire « mais non c'est chiant mais il faut quand même le faire car c'est important » mais ça nécessite d'être très vigilant et d'être derrière les équipes* ».

Nous constatons que la réalisation de la mobilisation des patients est différente d'un service à un autre. Dans certains services, elle est réalisée en trinôme comme le précise Madame J, infirmière : « *c'est vraiment infirmier, kiné, aide-soignant qui mettront les patients au fauteuil […], on est tous habitués à le faire là aujourd'hui ça peut être aussi bien l'infirmière que le kiné que l'aide-soignante qui dit : « à quelle heure on le met au fauteuil ?* » et Madame S, kinésithérapeute : « *Pour les transferts, nous sommes deux, l'infirmier et le kiné et parfois vaut mieux être trois avec l'aide-soignant. On essaye d'être trois sur les patients qui sont fortement équipés.* ». Et pour finir, d'autres services comme celui de Monsieur H, infirmier, ce sont les « *kinés […] qui vont réaliser la mobilisation précoce sur les patients qu'ils soient intubés ou ventilés.* »

À travers ces retours d'expérience de la part de différents soignants, nous constatons qu'il existe des différences notables entre les établissements hospitaliers, telles que l'implication des soignants dans la mobilisation des patients. Or la mobilisation peut-elle être faite sans l'implication de l'ensemble du corps médicale ? et sans une cohésion parfaite ?

2. La nécessaire implication du corps médical

Pour assurer une mobilisation optimale des patients, il est essentiel que les équipes de soins s'engagent pleinement dans le processus. D'ailleurs, la mobilisation devrait systématiquement faire partie des soins comme le précise, Madame K, cadre de santé : « *cela fait partie du soin dans sa globalité comme la prescription de tel ou tel médicament, bouger le patient au même titre de prendre sa tension toutes les 3h. Cela devrait vraiment faire partie de la prise en charge de base d'un patient. »*

Cependant, la mobilisation, ce n'est pas aussi facile que d'administrer un médicament ou de prendre la tension. En effet, pour peu de temps de mobilisation, cela demande beaucoup d'énergie à l'ensemble des soignants comme le souligne Madame K, cadre de santé : *« c'est 30 à 40 minutes d'organisation entre le lever et le coucher pour 5 minutes au fauteuil. C'est vrai que pour les équipes, ça peut être difficilement entendable […] de prendre autant de temps […] ».*

Le kinésithérapeute peut venir en soutien de l'équipe soignante par sa profession car « *seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne* ». [76] Par conséquent, du fait de sa fonction, il peut jouer un rôle essentiel dans la pratique de la mobilisation en service de réanimation. Cette contribution est la résultante de son expertise et de ses compétences spécifiques comme le souligne de nombreux soignants : Madame J, infirmière « *c'est vraiment les kinés qui sont les moteurs […], on a la chance que les kinés soient acteurs et très volontaires.* ». et Madame K, cadre de santé : *« c'est un grand métier en tension et pourtant c'est ceux qui nous aident beaucoup dans la mobilisation pour être cohérent dans les mouvements avec des patients, qui n'ont plus tous leurs réflexes en fonction du temps sous sédation et, donc d'être le plus physio avec des corps qui sont en souffrance. »*

Cependant, la présence de kinésithérapeutes en réanimation n'est pas normée comme le souligne Madame D, kinésithérapeute : « *Les kinés […] c'est la seule population où nous n'avons pas de normes sur le temps de présence dans le service de réanimation. On doit être présent 24h sur 24 7 jours sur 7 car on est susceptibles d'être appelés mais tu n'es pas obligé d'être présent dans le service ».* Certains services font donc le choix de ne pas avoir de kinésithérapeute à temps plein, ce qui peut parfois rendre la pratique compliquée comme l'explique 3 infirmiers : Madame J, « *c'est vrai que la mobilisation des patients moi ça me prend du temps sur ma journée et donc ça me chamboule totalement mon organisation* », Madame O, « *Je pense que les kinés ont énormément à faire dans le service pour nous aider* » et Monsieur H « *[…] avoir un kiné à temps plein nous permettrait, de savoir ce que l'on fait de bien et pas bien, pour le patient et pour nous*. »

En se basant sur la charge de travail conséquente des infirmiers et des aides-soignantes, le kinésithérapeute peut être une aide précieuse. Par ailleurs, il joue un rôle majeur certes, mais parfois le kinésithérapeute n'est parfois pas en capacité de mobiliser seul un patient. Il demande donc de l'aide aux collègues comme le précise Madame K, kinésithérapeute : « *c'est quand même une grosse organisation, il faut être quand même plusieurs soignants pour pouvoir le faire afin d'assurer que tout se passe bien* ». Madame J, infirmière témoigne de sa collaboration avec le kinésithérapeute : « *quand le kiné arrive et qu'il me dit « écoute tu me dis quand est-ce que t'es disponible mais il faut que tu me trouves un moment dans la journée » je le trouve ce moment-là mais c'est vrai que si le kiné ne me le propose pas*

[…], je ne trouve pas le temps de les mobiliser si le kiné venait pas me le dire. ». Aussi, Madame D donne sa vision en tant que kinésithérapeute : « *l'équipe infirmière a plus tendance à te suivre, ça c'est plutôt cool mais seulement si elle n'a pas tout à faire et que ça ne leur fait pas une grosse charge de travail supplémentaire. ».* Les propos de Madame D sont corrélés avec les dires de Madame O, infirmière : « *j'y adhérerais à 100% si j'ai des kinés qui sont avec moi. […] J'estime que mon rôle d'infirmière n'est pas dans la mobilisation. Ces tâches doivent être faites par les kinés avec l'aide de l'infirmière ou aide-soignante.* »

Par conséquent, le kinésithérapeute travaille en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe soignante, pour assurer une mobilisation efficace et en toute sécurité pour le patient, mais aussi pour eux en tant que soignants. Cette collaboration ne se limite pas à la mise en œuvre de la mobilisation. En effet, le rôle du kinésithérapeute consiste également à former et à rassurer ses collègues quant aux techniques de mobilisation. Madame J, infirmière raconte : « *depuis que je suis arrivée […] les kinés étaient extrêmement bien formés, ils étaient très acteurs et incitaient les soignants, du coup j'ai appris à leurs côtés. En revanche, je pense quand ce n'est pas une volonté de l'ensemble du service […] ça met en difficulté tout le monde. ».* Si c'est le cas, alors le kinésithérapeute bénéficiera d'une aide précieuse à son tour, comme l'explique Madame S, kinésithérapeute : « *Je me sens assez soutenue, il y a toujours quelqu'un qui sera prêt à m'aider sauf si c'est le feu pour eux. En règle générale, tous les soignants sont disponibles pour nous aider. »*

Cependant, au sein d'un même service, il est possible que les opinions puissent diverger sur un même sujet. Dans ce cas, il est donc très difficile de demander de l'aide à un soignant qui ne croit pas aux bienfaits de la mobilisation précoce. Madame D, kinésithérapeute s'exprime à ce sujet : « *j'ai des collègues qui ne voient pas du tout l'intérêt. Ça a été des sujets de heurt entre nous car nous ne sommes pas d'accord. Là, c'est compliqué quand on travaille ensemble. […] Après avoir travaillée avec un collègue anti-mobilisation, j'ai essayé de le convaincre, je lui ai apporté les articles mais ça n'a pas fonctionné. Je ne saurais pas dire pourquoi.* »

A travers ce retour d'expérience et les avis de plusieurs infirmières ainsi que de kinésithérapeutes, nous nous apercevons que leur implication et leur collaboration est primordiale. Cela permet la mise en œuvre de la mobilisation précoce comme le souligne Madame K, kinésithérapeute : « *la collaboration kiné-infirmière est très importante* ». Entre eux, ils assurent une coordination efficace en ayant toujours pour but d'optimiser les résultats pour le patient. Mais quelles sont les techniques de mobilisation utilisées ?

3. Les pratiques de mobilisation précoce

Afin d'approfondir notre compréhension des techniques en vigueur, nous avons orienté nos entretiens de manière à recueillir des informations sur ces dernières. Dans cette optique, il nous a semblé judicieux d'explorer les différentes pratiques des professionnels de santé à travers les trois éléments suivants : Quelle est leur définition de la mobilisation précoce ? Quels sont les critères guidant la sélection des patients à mobiliser précocement ? Et, quelles sont les méthodes utilisées pour effectuer cette mobilisation ?

Premièrement, dans la littérature scientifique, aucune définition précise de la mobilisation précoce n'est donnée. Seule l'étude menée par Hodgson et al. donne une définition d'un protocole, qualifié comme « *un programme d'exercices physiques actifs, dirigé par un masseur-kinésithérapeute, et vise à maximiser le niveau d'activité physique fonctionnel du patient* ». [77] Il nous semble donc intéressant d'analyser les définitions données par les soignants, car l'absence de définition précise laisse supposer qu'il peut y avoir des variances dû à la perception individuelle de chacun.

Chaque établissement, chaque service, chaque soignant admet une signification qui lui est propre. Il peut donc y avoir des nuances sur le terme « précocité ». En effet, à partir de quel moment pouvons-nous dire que la mobilisation est réalisée précocement ? Certains soignants interviewés ont tenté d'y répondre en donnant une définition de la mobilisation précoce :

- Madame D, kinésithérapeute : « *Mobiliser le plus vite possible, le plus rapidement possible un patient à partir du moment où il est stable en vue de réduire les complications et d'améliorer son pronostic fonctionnel à moyen et à long terme.* »

- Monsieur P, kinésithérapeute : « *Pour moi, la mobilisation précoce, j'ai tendance à plutôt parler de mobilisation active c'est-à-dire réveil rapide du patient pour accélérer le sevrage et donc le faire travailler le plus rapidement possible.* »

- Madame O, infirmière : « *Pour définir, la précocité, je ne pourrais le faire que pour mes patients. Mes patients n'ont pas d'atteinte entre guillemets au niveau hémodynamique, il n'y a donc pas de soucis. […]. Pour eux, on les mobilise très rapidement lors de nos interventions. Pour les patients sédatés, nous n'avons pas le matériel nécessaire pour répondre à cette demande de verticalisation. Pour les tétraplégiques, nous les verticalisons J10 post-découverte. Nous les mettons au fauteuil aussi à J10.* »

- Madame S, kinésithérapeute : « *Ensemble des mesures qu'on utilise pour éviter toutes les complications de l'alitement. Tous les traitements que nous sommes capables de faire précocement pour éviter toutes les complications liées à l'alitement, à la sédation… dans le but de le réautonomiser le plus rapidement possible.* »

En analysant les définitions données par les soignants, nous remarquons qu'il y a quelques différences à distinguer comme l'avait prédit Monsieur P, kinésithérapeute : « *la mobilisation précoce n'est pas forcément définie de la même manière dans tous les établissements.* ». Des soignants, comme Madame D et Madame S, sont plus axés sur la minimisation des complications liées à un séjour de réanimation alors que Monsieur P est plus orienté sur la période pendant laquelle la mobilisation active pourra être possible.
Deuxièmement, il existe différents critères qui permettent de prendre la décision si un patient peut être mobilisé ou non. En service de réanimation, ce sont des personnes qui sont atteintes de diverses pathologies. Les patients sont très diversifiés de par leur pathologie et par leur stabilité, comme le souligne le Dr. B : « *en réanimation on a un panel de patients, nous avons des patients conscients comme vous et moi et qui ont un problème qui n'entrave pas leur motricité […]. Par contre […], plus vous êtes malade, plus vous êtes dépendant donc une personne qui est sédatée, qui est sous anesthésie générale, qui est endormie et sous respirateur artificiel, cela va être difficile de le mobiliser.* ». Ainsi, le décideur se basera sur différents critères comme la stabilité du patient : « *Tout dépendra donc de l'état du patient, de son niveau de stabilité, de la raison qu'il est là. »* Cependant, le choix reste une nouvelle fois interdépendant de l'établissement dans lequel les soignants travaillent.

Toutefois, nous avons soulevé un point, qui est commun à tous les établissements. Un patient peut être mobilisé seulement s'il est stable au niveau hémodynamique comme le soulignent plusieurs soignants tels que Monsieur H, infirmier « *Ce sont les patients qui sont stables sur le plan hémodynamique. »,* ; Madame D, kinésithérapeute : « *Nous mobilisons les patients stables sur le plan hémodynamique ou respiratoire.* […] *Tout patient s'il est stable est susceptible d'être pris en charge.* » ; Madame O, infirmière : « *Nous, ça serait vraiment les patients stables au niveau hémodynamique qui n'ont pas de problème de tension, qui n'ont pas de problème de tachycardie ou autre ».*

Outre ce critère commun, d'autres critères existent pour décider si un patient peut être mobilisé et de quelle façon. Ces critères peuvent varier en fonction des échelles utilisées et des protocoles établis au sein du service. Madame D, nous en parle : « *Tous ces patients vont pouvoir être mobilisés et nous avons des critères de jugement qui nous permettent de savoir si on peut les mobiliser.* » et donne l'exemple d'un critère qui est utilisé dans son service : « *Tu as des critères dans les recommandations qui vont prendre en charge la saturation, encore que, la saturation est donnée pour être supérieure à 90. Nous, ça nous arrive de prendre en charge des patients en dessous de 90. C'est justement pour les améliorer en les mobilisant et en améliorant le rapport perfusion-ventilation. […] Sinon tu as des critères sur la tension, la fréquence cardiaque, il faut que ton rythme cardiaque soit… il ne peut pas toujours être sinusal, régulier mais du coup il faut savoir où on est là-dedans. […] Ça, ce sont des critères de recommandation qui existent avec la tension systolique, où il existe une moyenne qui correspond à la perfusion périphérique donc ce sont des critères qu'on a tous et qu'on connait.* » D'autres services ont un fonctionnement différent. Ils s'appuient sur des échelles comme celles listées dans la littérature scientifique. Madame N, cadre de santé nous explique : « *On va calculer le RASS. Entre un RASS de – 1 et 1, ce sont des patients qui ont un petit état de vigilance et qui permet d'avoir ce tonus requis. Pour les patients qui sont sédatés, on évalue aussi le BPS : Behavioral Pain Scale. C'est l'échelle de la douleur qui est évaluée en même temps que le RASS. Cela permet de s'assurer que la mobilisation ne soit pas inconfortable pour le patient dans la mesure du possible.* »

Peu importe la façon dont les services jugent la possibilité de mobiliser un patient, nous pouvons remarquer que les critères de mobilisation peuvent varier d'un service à un autre, en fonction de la spécialité de la réanimation comme le précise Madame D, kinésithérapeute : « *Après il y a des habitudes de service et de type de patient, moi dans mon service, je peux peut-être mobiliser les patients plus facilement que d'autres services.* »

Et troisièmement, une fois que les soignants ont déterminé si un patient peut être mobilisé ou non, comment mobilisent-ils les patients ? Madame K, kinésithérapeute nous explique comment choisissent-ils la technique de mobilisation : « *On a un protocole de mobilisation […]. Un patient qui va être dans le coma va être mobilisé mais passivement. Et, nos prises en charge sont tentées d'aller le plus vite possible vers la mobilisation active en fonction de sa stabilité hémodynamique, neurologique et ce qu'il sait faire.* »

Les mobilisations passives sont adaptées aux patients qui n'ont pas la capacité de se mouvoir seul comme nous l'explique Monsieur P, kinésithérapeute « *Quand il ne peut pas travailler parce qu'il est sédaté, pas chez tous […] on met en place un programme d'électrostimulation sur les quadriceps.* ». Certains soignants vont utiliser d'autres techniques et outils pour mobiliser les patients : *« Alors les mobilisations sur un patient sédaté ça va surtout être de la mobilisation passive avec le kiné de façon manuelle donc […] il n'y a pas spécialement d'outils qui vont être des appareils utilisés sur le patient intubé et sédaté* » comme le souligne Monsieur H, infirmier. Aussi, grâce aux dépenses consacrées à la mobilisation précoce, certains soignants, comme Madame S ont à leur disposition des tables de verticalisation ou encore *« des lèves-malades dans chaque chambre sur rails au plafond ».*

En revanche, si la mobilisation choisie est la mobilisation active, d'autres méthodes et matériels vont permettre de mobiliser dans le lit, au fauteuil ou en dehors du lit. Il existe donc une multitude d'équipements qui le permettent et dont certains soignants nous ont expliqué l'utilité : « *On a des ergocycles au lit, des ergocycles au fauteuil quand ils sont capables d'aller au fauteuil, on a un Walker qui nous permet de faire marcher les patients même s'ils sont très faibles, ils sont en appuis sur les coudes pour marcher. […] Nous avons du matériel qui n'est pas électrique et qui est parfois plus facile à utiliser. Ce matériel nous permet par exemple d'aider le patient à sortir du lit pour le mettre dans un fauteuil avec une*

aide. C'est une aide verticale qui permet aux patients d'avoir un appui et de se lever à la force des jambes. » - Madame K, kinésithérapeute.

Nous avons pu remarquer que Madame K dispose de beaucoup de matériels, mais si nous comparons sa situation à un autre service comme celui de Madame O, la disponibilité en termes de matériels n'est pas la même : « *Déjà les lits, nous n'avons pas de lits adaptés. On a simplement le lever de pieds, le lever de jambes. On ne peut rien articuler. On ne peut pas articuler, on ne peut pas lever autre chose, on ne peut pas choisir un angle qu'on voudrait ou même il nous faudrait des lits obèses.* », ou de Madame S, kinésithérapeute : « *En mobilisation passive, nous n'avons pas de matériels pour remplacer nos mains et faire plus de mobilisation active. […]. Le pédalier serait donc une très bonne chose pour nous. Nous aimerions aussi peut-être des lits verticalisateurs. »*

Le parc de matériels n'est donc pas le même en fonction des établissements et des convictions. En effet, de nombreux soignants ont parlé du cycloergomètre, qui est un vélo avec lequel « *le patient peut être toujours allongé dans le lit et peut mobiliser ses membres de façon passive ou active […] en semi-automatique ou soit en mode autonome si le patient a récupéré un peu d'impulsion* » [Madame N, cadre de santé]. Or Monsieur P, kinésithérapeute, est très sceptique face à son utilisation alors qu'il l'a utilisé pendant de nombreuses années : « *on s'est beaucoup battus pour en avoir et on l'utilise plus du tout pour plusieurs raisons. Premièrement, c'est chronophage à mettre en place. C'est difficile pour nous de perdre 10 minutes d'installation et 10 minutes de désinstallation, de le passer d'un patient à un autre, de le passer d'un service à un autre à chaque fois. […] Deuxièmement, ce qui nous a conforté dans notre idée, c'est que toutes les études, vraiment de façon systématique et récentes sur l'effet du vélo cycloergomètre de lit, toutes les grosses études bien faites au niveau méthodologique sont négatives. […] nous le faisons donc plus si ça ne change rien pour le patient.* » De cette manière, le parc de matériels dépend de plusieurs aspects qui influencent généralement la pratique ou non de la mobilisation précoce dans un service de réanimation.

Nous avons pu voir les disparités entre les établissements hospitaliers. Elles peuvent avoir un impact sur la qualité des soins fournis d'un hôpital à un autre. Ces écarts en termes de culture de service, d'implication des équipes soignants ou encore de convictions, peuvent influencer la mise en place ou la pratique de la mobilisation précoce. Voyons maintenant ce que représente le changement de pratique et quels sont les défis à relever.

III. Le poids du changement de pratique

On constate souvent que les Français sont perçus comme étant réticents au changement et cette attitude se reflète également dans le domaine hospitalier français. Malgré les ressources mises à disposition, le système de santé français n'est pas adepte des changements. Il est important de se demander pourquoi cela se produit.
De nombreux témoignages soulignent la difficulté pour les praticiens de mettre en place la pratique de la mobilisation précoce à cause de la disposition d'un service de réanimation et d'un manque de moyens matériels. Nous analyserons donc comment les professionnels de santé peuvent se comporter face au changement de pratique malgré ces difficultés.

1. Un environnement inadapté

La réanimation, en tant qu'environnement spécifique, pose de nombreux défis pour la mise en œuvre de la mobilisation précoce. L'un de ces défis majeurs concerne l'organisation du matériel au sein d'un service de réanimation.

Il existe un véritable frein à cette mise en place : l'agencement du matériel. En effet, un patient en réanimation est très souvent sous assistance respiratoire, sous surveillance des paramètres vitaux, tels que la pression artérielle, le rythme cardiaque, la saturation en oxygène, etc. Cela implique que les dispositifs doivent être disposés autour du lit du patient car c'est l'endroit où il passe le plus de son temps comme le précise Madame K, kinésithérapeute : « *On apprend à travailler avec un patient dans un lit, c'est comme ça qu'on sait faire. Et nos chambres sont organisées autour du lit du patient et non du fauteuil donc tous nos dispositifs avec lesquels on travaille autour du patient, ils sont organisés autour de son lit et non de son fauteuil, qui lui ne va pas être centré.* »

De surcroît, le patient est relié à ces dispositifs par des capteurs, des fils, des tuyaux qui sont parfois très nombreux. De ce fait, la mobilisation d'un patient peut s'avérer difficile comme le souligne Madame K, kinésithérapeute : « *c'est quand même une grosse organisation, il faut être quand même plusieurs soignants pour pouvoir le faire […] avec la contrainte des fils un peu partout.* »

D'autre part, malgré le nombre insuffisant de matériels, la conception du bâtiment et les pièces non ergonomiques peuvent aussi enfreindre la pratique de la mobilisation précoce. Il n'est pas rare de rencontrer une situation comme celle dans l'établissement de Madame N : « *il y a des matériels qui ne sont pas adaptés à des chambres de réanimation. Ce sont des chambres qui sont assez grandes, nous sommes aux alentours de 20 à 22 m^2. Malgré ça quand on rentre dedans, elle paraît toute petite car il y a beaucoup de matériels. Il faut donc des dispositifs qui ne prennent pas trop de place, il faut qu'ils aient un grand rayon de braquage, qu'ils ne soient pas trop lourds non plus. Pourtant on a parfois du matériel qui est très lourd à mobiliser.* ».

Cet agencement constitue un frein et en engendre un autre : la crainte des soignants. En effet, les infirmières ont pour but de garantir la gestion de la stabilité car l'état de santé des patients est souvent instable : *« un soignant par définition, surtout les infirmières, aime bien quand le patient est stable. Lorsque les kinés mobilisent le patient, il y a de fortes probabilités qu'il le soit moins stable et donc elles ne sont jamais très contentes qu'on bouge les patients.* » souligne Monsieur P, kinésithérapeute. Par conséquent, les soignants peuvent développer une peur ou des angoisses dans le cas où le patient devient très instable ou si la mobilisation ne se passe bien comme l'explique Monsieur P : « *Si un patient est en réanimation, c'est qu'il n'est pas très stable donc il y a la peur de le rendre un patient encore plus instable. La première raison, c'est la peur : ne pas franchir le pas et le fait de ne pas avoir d'expérience. Quand on a peur, c'est compliqué de franchir le pas et d'essayer. La deuxième raison, ce sont les personnes qui ont essayé mais par malheur, ça s'est mal passé et il y a toujours une probabilité que ça ne se passe pas bien. Ces personnes ont une mauvaise expérience donc ils ont décidé de ne pas continuer.* »

Madame K, cadre de santé nous exprime une autre expérience pour appuyer les propos de Monsieur P : « *[…] on se sentira moins en sécurité d'avoir un patient au fauteuil, si on doit faire une réanimation sur un arrêt cardiaque […]. Si c'est le cas, il faut donc recoucher le patient et on perd quelques minutes, le temps de le recoucher. C'est une situation très délicate et très stressante pour les soignants* »

Nous remarquons que l'environnement de la réanimation n'est pas évident de par l'agencement qui induit le stress des soignants. Ces facteurs ne contribuent pas à l'implantation de la mobilisation précoce dans tous les services de réanimation mais est-ce les seuls facteurs ?

2. Le manque de matériels de mobilisation

Le manque de matériels en réanimation est un constat et auquel de nombreux services sont confrontés. Attention, ce constat ne peut être généralisé à tous les services. Un manque de matériel peut être dû à une multitudes de facteurs tels que les contraintes budgétaires, l'ordre des priorités du service ou encore les croyances des décideurs par exemple.

En réanimation, un manque d'équipements spécifiques peut contribuer à des restrictions de mise en œuvre de pratiques comme la mobilisation précoce. Madame K, kinésithérapeute indique : « *Nous n'avons pas le matériel adapté. […] avec ce que je détiens dans le service, on ne peut pas se permettre de le faire. »* et Madame D, également kinésithérapeute : *« Par exemple, quand on mobilise un tétraplégique, il faut être entre 4 et 6 personnes : 1 à la tête, 2 du côté gauche, 2 du côté droit et 1 qui se met au niveau du pied. Il faut quasiment porter le patient pour le mettre au fauteuil. Quand […] il faut le mettre sur la table de verticalisation, c'est le même problème, il faut être 6.* ». En conclusion, à défaut d'avoir du matériel à leur disposition et adapté, soit les équipes ne sont pas en capacité de mobiliser les patients soit elles mettent en danger leur santé comme le souligne Madame K : « *Les équipes se cassent le dos quand elles le font.* ».

Ces conditions de travail ne facilitent pas la mise en place d'un protocole de mobilisation précoce. En effet, la pratique nécessite d'avoir du matériel adapté comme le précise Madame K, « *Si on avait des outils beaucoup plus performants, ça serait beaucoup plus simple.* ». Effectivement, ce constat induit que si elle avait le matériel adapté, elle pourrait faire davantage de choses : « *si dès le début on avait la possibilité finalement de les verticaliser, […] je pense qu'on se confronterait à moins de problématiques comme ça et que finalement si c'est encore plus précoce, on n'aurait pas ce côté derrière. Je pense qu'on gagnerait en temps d'intubation et de ventilation probablement pour une bonne partie de nos patients. »*

Mais à l'inverse, si un service de réanimation met en pratique la mobilisation précoce et constate une réduction des complications et de la durée de séjour des patients et par conséquent une diminution des coûts, l'hôpital pourrait réinvestir cet argent dans le matériel manquant ou non adapté. Cependant, pour les hôpitaux, concilier les aspects administratifs et cliniques devient très difficile car ces économies permettent simplement de ne pas augmenter les dettes des hôpitaux car en effet, comme le souligne Madame K, « *ce sont des budgets que les hôpitaux publics n'ont pas. Donc c'est bien beau de le vouloir mais les hôpitaux ne peuvent pas donner davantage. ».*

Outre les conditions de travail, un deuxième aspect est à prendre compte : l'évolution de la prise en charge des patients de plus en plus lourds. Cette évolution complique la situation hospitalière dont la réanimation par la demande croissante de matériels adaptés à la corpulence des personnes obèses. Nous constatons, en effet, une augmentation du nombre de patients atteints d'obésité sévère voir morbide. Or, la prise en charge de ces personnes demande du matériel spécifique par leur poids. A ce sujet, Madame D, kinésithérapeute s'exprime « *pour les soignants, en termes de charge et poids physique pour aider ces patients, c'est assez lourd. Même avec des aides, c'est assez compliqué à faire et à mettre en place […]. Notre matériel n'est pas toujours adapté ».*

Cette difficulté à prendre en charge des personnes de plus en plus lourdes en termes de poids engendre des coûts considérables pour l'hôpital en termes de matériels. Certains services de réanimation ne sont pas en capacité de s'en procurer comme l'explique Madame N, cadre de santé : « *[…] les équipes se retrouvent en difficultés ou se blessent avec des patients de plus en plus lourds. Certains patients ont des IMC très élevées, ce qui était avant très rare et est de plus en plus fréquent. Il nous arrive d'en avoir parfois plusieurs à la fois. On aimerait par exemple une table verticalisation pour nous aider. »* et Madame O, infirmière : « *Déjà des lits, nous n'avons pas de lits adaptés. […] il nous faudrait des lits pour obèses. »*

Il est évident que le matériel est un point clé dans la mise en œuvre de la mobilisation précoce notamment pour répondre aux besoins des patients en surpoids, par exemple. Il est alors essentiel que les dispositifs soient en quantité suffisante et adaptés aux besoins spécifiques du service de réanimation. Pour cela, il est nécessaire d'investir en tenant compte de la population, du nombre de lits disponibles et de la structure de l'établissement. S'investir et investir pour agir en faveur de la pratique de la mobilisation est essentiel.

3. Les professionnels de santé face au changement

"Il n'y a rien dont l'exécution est plus difficile ou la réussite plus douteuse ou le maniement plus dangereux que l'instauration d'un nouvel ordre des choses." Machiavel [78]

Au cours des dernières années, les professionnels de santé hospitaliers ont été témoins d'une profonde transformation dans les besoins croissants du système de santé qui aspirent à une amélioration en termes de qualité et de sécurité des soins. Par conséquent, les soignants doivent adapter leurs pratiques professionnelles et modifier leurs comportements dans un environnement hospitalier soumis à de fortes pressions. Ces changements permettent d'intégrer des pratiques qui étaient largement méconnues il y a quelques années, telles que la mobilisation précoce des patients ou la gestion de la sédation, par exemple.

Plusieurs soignants se sont mis en accord sur la difficulté à remettre en question les pratiques médicales qui sont utilisées depuis de nombreuses années : « *Il y en a qui se plaisent dans leur routine et se dise « Je suis convaincu que c'est efficace pour le patient ce que je fais* » [Mr. P, kinésithérapeute]. Cette difficulté à se remettre en question n'est pas évident chez tout le monde « […], c*e n'est pas inné chez tout le monde. ».*

Chaque professionnel de santé aspire à fournir des soins de qualité et à améliorer le bien-être du patient. Cependant, remettre en question les pratiques initiales peut parfois être difficile, surtout lorsqu'il s'agit d'accepter des recommandations qui peuvent remettre en cause ces pratiques. En effet, même face à des preuves convaincantes tirées de revues scientifiques, bien souvent les habitudes sont enracinées et les pratiques n'évoluent plus pensant que la pratique utilisée est la meilleure comme le souligne Monsieur P : « *Dans tous les cas, on a tous l'envie de faire quelque chose qui sera bénéfique pour le patient. On n'a pas envie de se dire : « ça ne sert à rien »* ».

A cette constatation s'ajoute, la croyance de la pratique. Pour changer une pratique bien ancrée dans un service, « *il faut déjà y croire personnellement.* » souligne Madame D, kinésithérapeute. On remarque que si seulement une personne y croit, il est difficile de faire changer les choses, c'est un cercle vertueux : « *si un médecin lit des études sur ce sujet mais que ces kinés ne sont pas adeptes à cette pratique ou la pratiquent pas, c'est difficile de dire à ces kinés « il faut que tu fasses ça » et les kinés auront certainement des raisons pour ne pas le faire : « ça ne sert à rien », « nous n'avons pas assez de matériels », « c'est nul », « le patient est trop lourd. » ».*

Un dernier point a été mentionné par ces soignants concernant la charge supplémentaire que peut induire la mise en place de nouvelles pratiques. En effet, cela peut amener les infirmières à tourner le dos à cette pratique : « *Toutes les pratiques pourraient être mis en place si nous étions suffisamment nombreux et impliqués. Si on a l'humain alors je veux bien y participer et mettre des choses en place.* » [Madame O, infirmière].

Or, le changement commence par la prise de conscience et l'implication des infirmières dans le changement car elles sont au contact direct des patients et des kinésithérapeutes pour appui lors des mobilisations. Madame K, kinésithérapeute exprime la mise en place de la mobilisation précoce dans son service : « *On a sollicité les aides-soignantes et les infirmières pour qu'elles donnent leur avis et surtout qu'elles y adhérent. Nous ne sommes qu'au début de cette mise en place mais cela ne nous empêche pas de la pratiquer. Aussi, l'intérêt de les inclure est de permettre une interaction interdisciplinaire plus forte afin que le patient bénéfice d'encore plus de mobilisations.* » et ajoute « *La mobilisation précoce est efficace et optimale si tout le monde s'y met même les infirmières.* »

De plus, afin de favoriser le changement, de nombreux hôpitaux incitent les médecins, infirmières et même parfois les aides-soignantes à participer à des événements extérieurs pour en apprendre davantage sur des pratiques encore méconnues. Cela permet de mettre les soignants au cœur de l'amélioration continue des soins : « *il y a des choses qui sont mises en place pour que l'on ne se pose plus la question : la participation aux congrès, lors de l'intégration des journées de formation sont réalisées par des infirmières qui ont un DU de réanimation, ou des aides-soignantes qui sont particulièrement impliquées dans la formation et la réalisation d'un protocole de sédation. En effet, il y a un grand lien entre la gestion de la sédation et la mobilisation précoce. Là aussi, ça a été travaillé entre les infirmiers, les médecins et les cadres.* »

Nous avons ainsi remarqué que si les soignants sont impliqués dans la prise de décision, le changement est mieux accepté comme le souligne Madame J, infirmière : « *Là aujourd'hui c'est vraiment entrer dans mon état d'esprit et dans ma manière de travailler. Tous les jours, tous les patients doivent être mobilisés et on voit que c'est mieux pour eux.* ».

Dans cette troisième partie, nous avons examiné les réponses recueillies lors des entretiens afin d'identifier les grandes thématiques. Cela nous a permis de prendre connaissance des avantages et des obstacles à la mise en œuvre de la mobilisation précoce, ainsi que la perception des soignants.

Ainsi, l'analyse des résultats recueillis sur le terrain nous offre une opportunité de comprendre les freins à la mise en place de cette pratique et trouver des solutions aux problèmes rencontrés. Par conséquent, dans la dernière partie, nous donnerons des recommandations à destination des établissements hospitaliers et des fabricants de dispositifs médicaux. Ces recommandations visent à améliorer la mise en œuvre de la mobilisation précoce et à faciliter son intégration dans les pratiques cliniques.

Partie 4 : Préconisations

Suite aux données obtenues grâce à la revue de la littérature et aux entretiens auprès des professionnels sur le terrain, des limites ont été observées. Ainsi, l'objectif de cette quatrième et dernière partie est de donner des solutions aux résultats obtenus, sous forme de recommandations pour les hôpitaux et pour les fabricants.

Cette partie exposera différentes recommandations afin de fournir des pistes d'amélioration. L'objectif de ces mesures est de réduire les obstacles et, par conséquent, d'encourager un plus grand nombre de services de réanimation à mettre en pratique lors de la mobilisation précoce.

I. Recommandations pour les établissements de santé

Depuis de nombreuses années, les services de soins de santé sont confrontés à des défis importants. La mobilisation précoce apparaît comme un atout précieux pour les établissements hospitaliers mais n'est pas encore systématiquement ancrée dans les pratiques en service de réanimation. Donc, comment les hôpitaux peuvent-ils s'y prendre ?

1. Sensibiliser et former davantage les soignants

L'alitement ou la réduction de la mobilité, causés par une immobilisation prolongée, entraînent des effets néfastes sur l'état de santé du patient. Cependant, même si l'importance de mobiliser un patient est indéniable et ne fait l'objet d'aucune contestation, les études qui le prouve ne suffisent pas. Les soignants sont parfois réticents face à la mobilisation précoce.

Afin de sensibiliser les soignants à ces effets néfastes de l'immobilité prolongée, il est essentiel de mettre en place des mesures pour passer de l'information à la sensibilisation des soignants.

La première étape ne consiste plus à donner des preuves aux soignants mais de les sensibiliser par l'action. Nous préconisons donc aux établissements hospitaliers de sensibiliser sur l'importance de mobiliser les patients en réanimation et de les former.

> Le secret du changement consiste à concentrer son énergie pour voir du nouveau, et non pas pour se battre contre l'ancien.
>
> Dan Millman [79]

En s'appuyant sur la citation de Monsieur MILLMAN, professeur et écrivain, nous préconisons aux établissements hospitaliers de consacrer leur énergie dans l'accompagnement des soignants pour appuyer les revues scientifiques. Le but est d'ancrer cette pratique dans les mœurs des soignants. Cet accompagnement doit être de préférence scinder en deux : la sensibilisation et la formation.

Il est essentiel de sensibiliser en premier lieu les médecins, qui sont considérés comme les prescripteurs, car ils sont chargés de garantir la sécurité de leurs patients. En tant que responsables du traitement, ils accordent une grande importance à l'amélioration de la santé de leurs patients. Il est donc très probable qu'une formation de sensibilisation suscite un vif intérêt chez ces professionnels de santé.

Ensuite, l'objectif est de sensibiliser les infirmières qui sont souvent les plus réticentes à la pratique de la mobilisation précoce causées par leur rythme de travail effréné comme le souligne Madame O, infirmière : « *j'estime que mon rôle d'infirmière n'est pas dans la mobilisation à cause de mes nombreuses tâches au quotidien* ». Alors, l'objectif de la sensibilisation est de donner envie aux infirmières de pratiquer la mobilisation et qu'elles ne la perçoivent plus ou pas comme une contrainte supplémentaire. Pour cela, il est donc nécessaire de la faire adhérer et d'accompagner les infirmières dans ce processus de changement. Cela permettra de faire accepter ces nouvelles méthodes.

Ces sensibilisations consisteraient à exposer les risques liés à l'immobilité prolongée et de montrer aux infirmières qu'il est possible de les minimiser ou de les éviter grâce à la mise en place d'une nouvelle pratique : la mobilisation précoce.

Pour rendre ces sensibilisations moins « scolaires », elles pourraient s'accompagner d'un retour d'expérience de la part d'un soignant ou d'un patient dans le but de donner leur avis et leur expérience. Ces sensibilisations pourraient également s'accompagner par l'utilisation d'un outil ludique. En effet, un outil appelé « Sauve ma peau 2.0 » initialement développé par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France a été renouvelé par l'équipe de Plaies et Cicatrisation du Groupe Hospitalier Sud Île-de-France. Cet outil est disponible sur smartphone ou Internet. [80] L'objectif de cette plateforme est de proposer au joueur d'incarner un soignant chargé de diverses missions : prévenir, détecter et soigner des escarres. Pourquoi cet outil a-t-il été développé ? Car « *nous n'arrivions pas à améliorer durablement la prévention de ce risque au sein de nos services de soins. Nous avons donc voulu proposer un nouvel outil ludique et rapide pour diversifier la formation accessible dans ce domaine »* explique une soignante du projet. [81] Ainsi, un outil similaire pourrait être développé pour sensibiliser d'une autre manière les soignants aux complications du décubitus.

De plus, un outil comme celui-ci pourrait être introduit dans des sessions de formation comme introduction. A ce propos, il est pertinent de réaliser des formations interdisciplinaires réunissant à minima le cadre de santé, des médecins, des infirmiers, des aides-soignants et des kinésithérapeutes.
Ces formations auraient pu but de compléter la sensibilisation et la mise en place d'un protocole. Cela permettrait de maintenir une communication et une discussion autour du sujet de la mobilisation précoce. Par conséquent, l'intérêt est de renforcer cette complémentarité car la collaboration professionnelle entre ces professionnels de santé représente un enjeu crucial. Chacun doit être conscient de sa complémentarité tout en continuant à remplir son rôle au sein du service hospitalier. L'organisation de formations pluridisciplinaires offre un cadre idéal pour favoriser ces conditions. Si les équipes ne parviennent pas à assimiler la notion de "complémentarité", il est probable que la pratique de la mobilisation précoce ne sera pas mise en place ou utilisée de façon optimale. Mais comment cette complémentarité pourrait être ancrée chez tous les soignants acteurs de cette pratique ?

2. Intégrer un groupe de travail pour la mise en place de la mobilisation précoce

Plus les soignants seront impliqués dans la mise en place du protocole de mobilisation, plus ils seront en capacité d'adhérer au changement comme le souligne Madame G, infirmière : L'« *introduction d'une nouvelle pratique dans un service de réanimation est toujours possible si elle n'est pas introduite de force et sans explication. Si vous dites, maintenant, c'est comme ça, vous exécutez, personne n'adhérera.* »

La mise en place d'un protocole doit être encadrée par une équipe multidisciplinaire interne à l'établissement. Cette équipe doit être représentée par chacun des acteurs tels que le cadre de santé, les médecins, les infirmières, les kinésithérapeutes, voire les aides-soignantes. Ainsi, cela offrirait aux soignants une occasion de contribuer activement à l'amélioration des pratiques de soins en mettant l'accent sur l'importance de la mobilisation précoce des patients comme l'a souligné Madame G lors de notre entrevue : « *Un groupe de travail doit être pluridisciplinaire pour prendre en compte toutes les contraintes de chaque métier présent en service de réanimation. Ils doivent réfléchir sur le pourquoi, comment, quand et qui. De ce groupe de travail doit ressortir une procédure ou un protocole qui est validé par l'ensemble et réévaluable. En effet, on a réfléchi, on le met en place, on teste et on réévalue s'il y a quelque chose qui ne va pas.* »
Afin de mettre en œuvre ce projet, nous recommandons au service de réanimation de planifier des réunions hebdomadaires en interne pour obtenir les avis et les objectifs de chaque acteur concerné. Le brainstorming est une des solutions pour encourager la participation de chacun. Cependant, il est essentiel que chaque acteur garde à l'esprit que les décisions prises doivent avant tout profiter aux patients et être réalisables.

Une fois ce travail de réflexion effectué, nous préconisons d'inclure des acteurs externes pour les aider dans l'analyse et la recherche de solutions. Il est également important pour les établissements hospitaliers de travailler en collaboration avec les professionnels des dispositifs médicaux. Les fabricants pourront apporter leur expertise dans les solutions envisageables pour mobiliser précocement les patients de manière sécurisée et optimale.

Ce processus peut prendre plusieurs semaines voire quelques mois de travail afin d'aboutir à l'élaboration d'un protocole favorisant la mobilisation précoce des patients.

Il convient toutefois de noter que des défis significatifs peuvent se présenter, tels que le turn-over du personnel, le manque de kinésithérapeutes ou encore la motivation du personnel. Ces facteurs peuvent constituer des freins importants qui empêchent d'investir le temps nécessaire. Il est donc crucial de prendre ces défis en compte et de trouver des solutions appropriées pour les surmonter, en accordant une attention particulière à la gestion des ressources humaines et à la motivation du personnel pour que ce protocole trouve sa place au sein du parcours de soins des patients.

3. Mettre à la disposition des soignants les ressources adéquates

Pour mettre en place un protocole de mobilisation, les ressources tant humaines que matérielles doivent être prévues par les établissements hospitaliers.

Les kinésithérapeutes étant les principaux acteurs et moteurs dans la mise en place de la mobilisation précoce, nous préconisons que chaque établissement mette à minima un kinésithérapeute à temps plein en service de réanimation.
En effet, comme vu dans les précédentes parties, cela pose bien trop souvent de problèmes, le manque de kinésithérapeutes. Cependant, les hôpitaux ne sont pas hors la loi puisque le décret stipule qu'il faut la présence d'« *un masseur-kinésithérapeute en mesure d'intervenir sept jours sur sept dans l'unité, justifiant d'une expérience attestée en soins critiques* ». [82]
En d'autres termes, cela signifie que le kinésithérapeute n'est pas forcément affilié au service mais présent au sein de l'hôpital. Or, l'absence de kinésithérapeutes dans un service de réanimation peut entraîner un manque de suivi, augmenter le risque de complications et prolonger le séjour des patients en réanimation. Ainsi, la non-présence d'un kinésithérapeute à temps complet peut retarder le processus de récupération, retardant ainsi la sortie des patients de l'unité de réanimation.

Outre la présence d'un kinésithérapeute à temps plein, la mobilisation précoce nécessite également des soignants formés pour qu'elle puisse être mis en place dans de bonnes conditions. Les soignants doivent être formés pour garantir la sécurité du patient et la leur lors des mobilisations.

Cependant, même si un hôpital met les ressources nécessaires à la formation, ça ne sera pas suffisant. Derrière la mobilisation précoce, il y a un réel besoin en termes de matériels spécifiques pour mobiliser les patients qui sont admis en service de réanimation. [60]

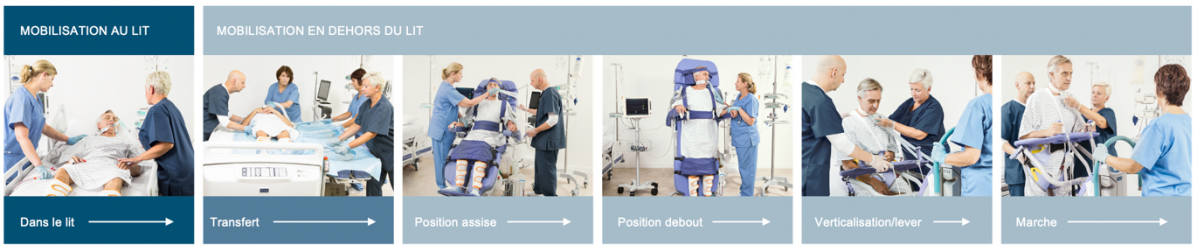

Figure 8 : Les objectifs de la mobilisation précoce

Comme nous pouvons le voir ci-dessus, il est important que chaque service ait du matériel adapté à chaque étape de la mobilisation. En effet, la mobilisation au lit est la mobilisation qui nécessite le moins de matériel. Cependant, à partir du moment où le patient est sorti du lit, qui reste l'objectif premier de la mobilisation précoce, du matériel est nécessaire.

II. Recommandations pour les fabricants

À travers les différentes interviews menées, nous avons pu constater que la plupart des soignants étaient convaincus des bienfaits de la mobilisation précoce aussi bien pour les établissements hospitaliers que pour les patients. En réponse à ces constatations, il est essentiel que les fabricants répondent aux besoins des professionnels de santé par la conception de dispositifs adaptés, par l'organisation de journées de « pratique » ou encore par la participation à des événements nationaux.

1. Concevoir des dispositifs adaptés à la réanimation

« *Selon moi, si nous avions le matériel adéquat […], nous ne serions pas autant et la mobilisation prendrait moins de temps.* » et « *Aussi, il y a des matériels qui ne sont pas adaptés. On a essayé des dispositifs n'étant pas adaptés à des chambres de réanimation.* » souligne respectivement Madame O, infirmière et Madame N, cadre de santé.

A travers ces retours d'expérience des deux personnes citées ci-dessus, nous préconisons activement aux fabricants de s'entretenir avec différents professionnels de santé pour améliorer la conception de leurs dispositifs destinés aux services de réanimation.
Tout d'abord, les entreprises ont tout intérêt d'écouter activement les suggestions et les avis des professionnels de santé pour répondre aux défis rencontrés sur le terrain et améliorer l'expérience des utilisateurs. Afin d'obtenir les retours d'expérience suite à un essai, une vente ou une location, les entreprises doivent pousser leurs commerciaux ou ingénieurs d'application à organiser des réunions ou distribuer des questionnaires de satisfaction. Ils se chargeront ensuite de les communiquer en interne aux chefs produits ou au service de recherche et de développement pour prendre en considération les remarques et avis. Puis, d'eux-mêmes, les commerciaux ou les ingénieurs d'application peuvent observer le terrain pour obtenir des informations sur ce qui convient d'être mis en place pour les soignants.

Pour finir, les fabricants peuvent, grâce à la réalisation d'études cliniques en collaboration avec des médecins, recueillir des données objectives sur l'efficacité du dispositif sur le patient en situation réelle ainsi que sur son utilisation. Par exemple, l'entreprise Arjo qui commercialise du matériel pour la mobilisation précoce, a déjà réalisé une étude clinique en collaboration avec des médecins du CHU de Clermont Ferrand. Avant tout, l'objectif était d'étudier l'impact d'une verticalisation complète des patients au sein d'un lit dédié (le TLB) en étudiant notamment l'impact hémodynamique et ventilatoire de cette verticalisation. L'objectif d'Arjo était de promouvoir leur dispositif mais aussi de recueillir l'avis des utilisateurs.

Nous encourageons ainsi les fabricants à s'engager dans cette démarche pour proposer du matériel adapté. Leurs actions peuvent jouer un rôle déterminant dans la mise en œuvre efficace de la mobilisation précoce en réanimation.

2. Effectuer des journées « pratique »

En prenant en compte l'avis des infirmiers lors des entrevues, nous préconisons aux entreprises d'organiser des journées « pratique ». En effet, certains infirmiers peuvent craindre de mal réaliser telle ou telle technique de mobilisation par leur manque d'expérience comme le souligne Madame J, infirmière : « *je pense qu'il y a une part de peur de la part des soignants. Moi quand j'ai commencé en tant qu'infirmière et qu'on m'a dit*

qu'on allait mettre un patient intubé au fauteuil, j'étais terrorisée à l'idée d'exhumer le patient pendant la mobilisation et que ça pouvait avoir des contre-indications ou des effets indésirables […]. »

Les journées pratiques seront des moments privilégiés où l'apprentissage théorique réalisé en amont pourra se transformer en une expérience terrain. A travers la manipulation du matériel et des mises en situation, ces journées pourraient offrir une occasion d'appliquer les connaissances acquises et développer des compétences pratiques essentielles sur le terrain. Ces formations devraient être accessibles à tout le monde dans le but fournir des informations détaillées sur les fonctionnalités des dispositifs, ainsi que des conseils pratiques sur leur utilisation efficace et sûre en réanimation.

3. Participer à des événements nationaux de réanimation

Les congrès nationaux offrent un moment privilégié pour les professionnels de la santé et pour les entreprises. En effet, ces événements nationaux permettent aux participants d'échanger et de partager leurs connaissances.

Cependant, en tant que participante au congrès de la SRLF l'année dernière, Madame N souligne : « […] *j'ai d'ailleurs été étonnée au congrès de la SRLF car je trouve qu'il y a très peu de matériels de mobilisation pour les patients de réanimation au niveau des stands. Je trouve qu'il y a beaucoup de matériels médicaux mais peu de matériels encore considérés comme paramédical. Je pense qu'ils auraient tout intérêt à être présent mais malheureusement il y a très peu de stands sur le matériel de mobilisation et je trouve ça dommage.* ». Les professionnels de santé ont pour objectif d'approfondir leurs connaissances et rester à la pointe des développements technologiques et médicaux. La participation des soignants à un congrès peut avoir un impact pour les entreprises comme le souligne respectivement Madame N et Monsieur P : « *Généralement, après les congrès, les infirmiers et les aides-soignants rentrent et nous disent : « j'ai essayé ça sur ce stand, il faudrait absolument l'essayer.* » » et, « *Je pense que les congrès véhiculent des messages et qui poussent à faire des essais ».*

Ces dires prouvent qu'il y un réel intérêt de participer à des événements nationaux de réanimation comme la SRLF ou la SFAR car ils présentent de très grands enjeux pour les fabricants. En effet, ce sont des évènements qui sont considérés comme une opportunité de sensibiliser et influencer les soignants. Aussi, la concurrence est de plus en plus accrue due à la perpétuelle évolution du système hospitalier. Il est donc important pour les fabricants d'être présent lors de ces événements nationaux.
Cette grande partie a exposé différentes recommandations qui ont été identifiées en réponse aux problèmes constatés et aux besoins exprimés lors des entretiens. Ces recommandations nous semblent réalisables tant pour les fabricants de matériel médical que pour les hôpitaux.

Conclusion

Les services de réanimation sont confrontés à un environnement de plus en plus exigeant. Leur objectif est d'améliorer continuellement les soins prodigués aux patients tout en contrôlant les coûts, en réduisant les durées d'hospitalisation, les réadmissions et les complications. À l'aide de nombreuses études scientifiques qui ont démontré les avantages de la pratique de la mobilisation précoce, les soignants ont pris conscience des bénéfices de cette pratique.

En effet, la mobilisation apparait comme une solution permettant principalement d'éviter aux patients des complications liées à l'alitement prolongé ainsi qu'une diminution des dépenses liées à la réanimation pour les établissements hospitaliers. La revue de la littérature a en effet révélé de nombreux avantages cliniques et économiques.

Malgré tous ces avantages, l'introduction de cette pratique suscite de nombreuses interrogations par les soignants qui évoluent dans un contexte hospitalier français complexe. Ainsi, la question de recherche préalablement soulevée, à savoir : « **Compte tenu des bénéfices avancés par la littérature scientifique, comment est perçue la mobilisation précoce en service de réanimation ?** » a pu être étudiée au moyen d'interviews menées avec divers soignants tels que des infirmiers, des cadres de santé, des kinésithérapeutes et un médecin.

Au cours de l'analyse de ces interviews, plusieurs problématiques ont émergé concernant la mise en place de cette pratique. Par exemple, on note que l'organisation hospitalière pose problème et s'explique par le manque de matériels et de kinésithérapeutes au sein des établissements. Ainsi, analyser, comprendre les limites, en dégager les causes et avancer des préconisations sont les objectifs du mémoire.

Les préconisations viseraient à rendre la mobilisation précoce comme une pratique systématiquement utilisée en réanimation. Il est donc important que les hôpitaux et les fabricants soient aptes à se remettre en question et à vouloir s'améliorer pour y favoriser l'implémentation de la pratique dans les services de réanimation.

Les informations avancées dans ce mémoire soulèvent certaines questions pouvant faire l'objet de recherches futures. Tout d'abord, il serait intéressant de réaliser des études non sur les preuves cliniques mais médico-économiques montrant la plus-value économique que la pratique pourrait engendrer pour les hôpitaux. Cela pourrait inciter davantage les hôpitaux à investir. Ensuite, l'acceptation de la mobilisation précoce en service de réanimation n'a encore jamais été évaluée. L'idée pourrait être d'observer la perception de chaque acteur concerné à l'échelle nationale et fonder sur des caractéristiques bien définies.

Bibliographie

[1] KRESS J., SCHWEICKERT W., 2011. « Implementing early mobilization interventions in mechanically ventiladed patients in the ICU. Recent advances in CHEST médicine »

[2] La Société de réanimation de langue française, « Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation » [en ligne]. Disponible sur : https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/12/20110419-Référentiel-IDE-final.pdf.

[3] C Dahyot-Fizelier et al. « Les points essentiels des décrets relatifs aux conditions d'implantation et techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques » [en ligne]. Disponible sur : https://sfar.org/les-points-essentiels-des-decrets-relatifs-aux-conditions-dimplantation-et-techniques-de-fonctionnement-de-lactivite-de-soins-critiques/.

[4] France Info. « Déficit de personnels, difficulté d'accès au soin... La situation alarmante des hôpitaux publics du Centre-Val de Loire » [en ligne]. Disponible sur : https://france3-regions.francetvinfo.fr/centre-val-de-loire/deficit-personnels-difficulte-acces-au-soin-situation-alarmante-hopitaux-publics-du-centre-val-loire-1629930.html.

[5] La Rédaction. « Entre T2A et Ondam, quel financement pour l'hôpital ? » [en ligne]. Disponible sur : https://www.vie-publique.fr/eclairage/272716-entre-t2a-et-ondam-quel-financement-pour-lhopital.

[6] « Groupements hospitaliers de territoire » [en ligne]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/.

[7] L.Caussat, A.Fenina et Y.Geffroy. « Les comptes de la santé de 1960 à 2001 » [en ligne]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtss54.pdf.

[8] A. Grimaldi, J-P. Vernant. « Réflexions sur les modalités de financement des hopitaux » [en ligne]. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2017-1-page-21.htm

[9] Ministère de la Santé et de la Prévention. « Dotation globale de financement (DGF) » [en ligne]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/dotation-globale-de-financement-dgf.

[10] Vie Publique. « Soins hospitaliers : T2A et autres modes de financement » [en ligne]. Disponible sur : https://www.vie-publique.fr/fiches/37927-financement-des-soins-lhopital-la-tarification-lactivite-t2a.

[11] C. Andréoletti. « La tarification des établissements de santé » [en ligne]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rappel_des_enjeux_des_modalites_des_schemas_cibles_et_transitoires.pdf.

[12] Cour des comptes. « Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'assemblée nationale » [en ligne]. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/14/budget/mecss/rapport_cdc_eps.pdf.

[13] Z. Or et al. « Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères » [en ligne]. Disponible sur : https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT23PrincipEnjeuxTarificActiviteHopital.pdf.

[14] Vie Publique. « Crise des urgences médicales : un malaise persistant » [en ligne]. Disponible sur : https://www.vie-publique.fr/eclairage/272843-crise-des-urgences-medicales-un-malaise-persistant

[15] ATIH. « Analyse de l'activité hospitalière 2021 » [en ligne]. Disponible sur : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4482/202210_aah2021_mco.pdf.

[16] 20 minutes. « Hôpital : 5.700 lits ont été supprimés en 2020 » [en ligne]. Disponible sur : https://www.20minutes.fr/sante/3135787-20210929-hopital-5700-lits-supprimes-2020.

[17] Philippe, Sanchez. « Le tri des patients accédant aux soins intensifs : quels critères, quelles exclusions, quelles vertus pour les décideurs ? [en ligne]. Disponible sur : https://www.ethique-hdf.fr/detail-article-covid-19/?tx_news_pi1%5Bnews%5D=680&cHash=a28d3f5f47a6b0d73d3ff3b2ce6d0194.

[18] F. Pochard, E. Azoulay. « Décision de non-admission en réanimation » [en ligne]. Disponible sur : https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/0103-Reanimation-Vol10-N2-p244_250.pdf.

[19] Cairn. « La gestion des flux de malades dans les services de réanimation » [en ligne]. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2004-2-page-99.htm#no17

[20] Sénat. « Accélération de la fermeture de lits et risque de rupture du système de soins » [en ligne]. Disponible sur : https://www.senat.fr/basile/visio.do?id=qSEQ220700320&idtable=q424429%7Cq416712%7Cq427586%7Cq416849%7Cq416345%7Cq416677%7Cq417892%7Cq416281&_c=soins+intensifs&rch=gs&de=20220306&au=20230306&dp=1+an&radio=dp&aff=sep&tri=p&off=0&afd=ppr&afd=ppl&afd=pjl&afd=cvn.

[21] O.Felix. « L'offre de soins critiques, réponse au besoin courant et aux situations sanitaires exceptionnelles » [en ligne]. Disponible sur : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-017r.pdf.

[22] Vie publique. « Soins critiques : comment mieux répondre aux besoins ? » [en ligne]. Disponible sur : https://www.vie-publique.fr/en-bref/284432-soins-critiques-comment-mieux-repondre-aux-besoins.

[23] DREES. « Les capacités d'accueil en soins critiques » [en ligne]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2013%20-%20Les%20capacités%20d'accueil%20en%20soins%20critiques.pdf.

[24] A. Larcan. « La réanimation médicale contribution de l'École française à son développement » [en ligne]. Disponible sur : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/La_reanimation_medicale_contribution_de_l_Ecole_francaise_a_son_developpement.pdf.

[25] INSEE. « Tableaux de l'économie française » [en ligne]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291.

[26] DREES. « L'état de santé de la population en France » [en ligne]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102EMB.pdf.

[27] Le Monde. « La grande pénurie de soignants est une réalité dans toute l'Europe » [en ligne]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/international/article/2022/07/27/crise-des-systemes-de-sante-en-europe-la-grande-penurie-de-soignants_6136283_3210.html.

[28] A.Parvais. « L'hôpital, malade du manque de soignants » [en ligne]. Disponible sur : https://www.infirmiers.com/profession-ide/lhopital-malade-du-manque-de-soignants.

[29] 20 minutes. « Pénurie de soignants : Précarité, maltraitance… » [en ligne]. Disponible sur : https://www.20minutes.fr/sante/4009127-20221108-penurie-soignants-precarite-maltraitance-environ-20-infirmieres-decrochent-ecole-regrette-braun.

[30] CFDT. « Pénurie de personnel dans la santé et les services sociaux : une bombe à retardement » [en ligne]. Disponible sur : https://sante-sociaux.cfdt.fr/portail/sante-sociaux/actualites/penurie-de-personnel-dans-la-sante-et-les-services-sociaux-une-bombe-a-retardement-srv1_1279044.

[31] Vie Publique. « Hôpital : des conditions de travail de plus en plus difficiles » [en ligne]. Disponible sur : https://www.vie-publique.fr/en-bref/282444-hopital-des-conditions-de-travail-de-plus-en-plus-difficiles.

[32] Libération. « Hôpital public : 20% de lits fermés faute de soignants » [en ligne]. Disponible sur : https://www.liberation.fr/societe/sante/hopital-public-20-de-lits-fermes-faute-de-soignants-20211026_VG7R2S3SXRGCRAPLRXCTYEVYAY/.

[33] Le progrès. « Des milliers d'infirmiers vont être recrutés dans les services de soins critiques » [en ligne]. Disponible sur : https://www.leprogres.fr/sante/2022/03/10/des-milliers-d-infirmiers-vont-etre-recrutes-dans-les-services-de-soins-critiques.

[34] P.-E. Bollaert. « Structures, modalities of education and practice of critical care in France » [en ligne]. Disponible sur : https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/0501-Reanimation-Vol14-N1-p036_040.pdf.

[35] SFAR. « Information médicale sur la réanimation » [en ligne]. Disponible sur : https://sfar.org/pour-le-grand-public/information-medicale-sur-la-reanimation/#:~:text=Qu%27est%2Dce%20que%20la,les%20fonctions%20cardiaque%20et%20rénale.

[36] B.Vermeulen P.-N. Carron. « Importance du concept de travail d'équipe dans la formation en médecine d'urgence » [en ligne]. Disponible sur : https://www.revmed.ch/view/643560/5034145/RMS_121_1813.pdf.

[37] SRLF. « Guide to abilities and skills required for the intensivists » [en ligne]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_reanimation.pdf.

[38] Légifrance. « Techniques de fonctionnement pour les services de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue » [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000585557#:~:text=%2D%20L%27établissement%20de%20santé%20doit,712%2D111.

[39] Sénat. « Enquête de la Cour des comptes sur les soins critiques » [en ligne]. Disponible sur : https://www.senat.fr/rap/r20-841/r20-8411.html.

[40] JDD. « Hôpital : les fermetures de lits ont continué en 2021 pendant l'épidémie de Covid-19 » [en ligne]. Disponible sur : https://www.lejdd.fr/Economie/hopital-les-fermetures-de-lits-ont-continue-en-2021-pendant-lepidemie-de-covid-19-4137205.

[41] C. Forster, M.Wagnières. « La mobilisation active précoce des patients intubés » [en ligne]. Disponible sur : https://patrinum.ch/record/17952/usage.

[42] Kristin J. Stuempfle, Daniel G. Drury. 2007. « The Physiological Consequences of Bed Rest ». p41.

[43] A.Truong, E.Fan, R.Brower, D. Needham. 2009. « Bench-to-bedside review : mobilizing patients in the intensive care unit from pathophysiology to clinical trials ».

[44] Victor D. Rosenthal, MD, MSc, CIC. 2011. « International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 36 countries, for 2004-2009 ».

[45] V. Convertino, J Hung, D Goldwater and R F DeBusk. 1982. « Cardiovascular responses to exercise in middle-aged men after 10 days of bedrest. »

[46] Z. Puthucheary. 2013. « Acute skeletal muscle wasting in critical illness. »

[47] Topp, Robert et al. 2002. « The effect of bed rest and potential of prehabilitation on patients in the intensive care unit ».

[48] Angela K.M. Lipshutz et al. 2012. « Early Mobilization in the Intensive Care Unit: Evidence and Implementation ».

[49] Shannon M. Fernando. « Diagnostic et traitement du syndrome de détresse respiratoire aiguë » [en ligne]. Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8248466/#:~:text=Le%20syndrome%20de%20détresse%20respiratoire%20aiguë%20(SDRA)%20est%20une%20forme,un%20œdème%20pulmonaire%20non%20hydrostatique.

[50] Joseph E. Zerwekh et al. « The Effects of Twelve Weeks of Bed Rest on Bone Histology, Biochemical Markers of Bone Turnover, and Calcium Homeostasis in Eleven Normal Subjects » [en ligne]. Disponible sur : https://asbmr.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1359/jbmr.1998.13.10.1594.

[51] Kaikitry, Rawal. 2015. « A pilot study of change in fracture risk in patients with acute respiratory distress syndrome ».

[52] Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris. 2001. « Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé ».

[53] R. Sonneville. 2011. « Confusion and agitation in the intensive care unit - Management ».

[54] Bannon, Leona et al. 2016. « Impact of non-pharmacological interventions on prevention and treatment of delirium in critically ill patients : protocol for a systematic review of quantitative and qualitative research Leona Bannon ».

[55] Larousse. « Définition "mobilisation" » [en ligne]. Disponible sur : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mobilisation/51883#:~:text=Ensemble%20de%20mouvements%20appliqués%20à,rétablir%20la%20souplesse%20des%20articulations.&text=9.

[56] Aileen Kharat et Martine Louis Simonet. « Outils diagnostiques de l'état confusionnel aigu » [en ligne]. Disponible sur : https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-370/outils-diagnostiques-de-l-etat-confusionnel-aigu#tab=tab-read.

[57] SFAR. « Échelle RASS ou échelle de vigilance-agitation de Richmond » [en ligne]. Disponible sur : https://sfar.org/download/echelle-rass/?wpdmdl=27854&refresh=646d1354ace4a1684869972.

[58] B. De Jonghe, T. Sharshar, J.-C. Raphaël. 2004. « Neuromuscular abnormalities acquired in the intensive care unit ».

[59] Consortium National de Formation de Santé. « Échelle d'évaluation de l'équilibre de Berg (BBS) » [en ligne]. Disponible sur : https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-la-capacite-physique/echelle-d-evaluation-de-l-equilibre-de-berg-bbs.

[60] Arjo. « Comment réussir la mobilisation précoce des patients en soins intensifs ? » [en ligne]. Disponible sur : https://www.arjo.com/fr-fr/connaissances/arjo-blog/fr/comment-reussir-la-mobilisation-precoce-des-patients-en-soins-intensifs-/

[61] Roeseler et al. 2013. « Management of early mobilisation (including electrostimulation) in adult and pediatric patients in the intensive care unit ».

[62] M.Lemaire. 2013. « Mobilisation précoce : est-ce possible ? »

[63] G. Chanques et al. 2017. « La réhabilitation en réanimation ».

[64] Peter E. Morris. 2008. « Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure ».

[65] W.Schweickert. 2009. « Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial ».

[66] C.Burtin. 2009. « Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery ».

[67] K Lord, Robert. 2013. « ICU early physical rehabilitation programs: financial modeling of cost savings ».

[68] Mrgaret S. Herridge. 2011. « Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome ».

[69] Vie Publique. « Quelles sont les dépenses du secteur hospitalier ? » [en ligne]. Disponible sur : https://www.vie-publique.fr/fiches/37904-quelles-sont-les-depenses-du-secteur-hospitalier.

[70] McWilliams, David. 2015. « Enhancing rehabilitation of mechanically ventilated patients in the intensive care unit: a quality improvement project ».

[71] B.Pun. 2019. « Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15000 Adults ».

[72] Arjo. « Total Lift Bed » [en ligne]. Disponible sur : https://www.arjo.com/fr-fr/products/medical-beds/intensive-and-critical-care/total-lift-bed/.

[73] Norrenberg N. Vicent J-L. 2011. « Rééducation motrice dans le cadre d'un séjour en réanimation ».

[74] Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France. « Réaliser une étude qualitative en santé » [en ligne]. Disponible sur : https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/21658.pdf.

[75] J-P. Pourtois, 1993. « Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes ».

[76] IFRES de Normandie. « Définition "masso-kinésithérapie" » [en ligne]. Disponible sur : https://www.ifres-alencon.com/institut-de-formation-masso-kinesitherapie/definition/.

[77] J. Berthet. 2020. « La mobilisation précoce en service de réanimation: une plus-value dans la prise en charge des patients ».

[78] C. Fiorini. 2001. « Face au changement, comment faire évoluer les pratiques professionnelles des hospitaliers ? »

[79] Le Figaro. « Citation de Dan Millman / Le Guerrier Pacifique » [en ligne]. Disponible sur : http://evene.lefigaro.fr/citation/secret-changement-consiste-concentrer-energie-creer-nouveau-non-73045.php.

[80] ARS Ile-de-France. « Sauve Ma Peau 2.0 » [en ligne]. Disponible sur : https://sauvemapeau2.fr/?v=1.

[81] EHPADIA. « Des outils pour mieux sensibiliser au risque d'escarres » [en ligne]. Disponible sur : https://www.ehpadia.fr/Des-outils-pour-mieux-sensibiliser-au-risque-d-escarres_a585.html.

[82] Légifrance. 2022. « Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques » [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668631.

Table des matières

REMERCIEMENTS **2**

GLOSSAIRE **3**

SOMMAIRE **5**

TABLE DES FIGURES **6**

TABLE DES TABLEAUX **6**

INTRODUCTION **7**

PARTIE 1 : REVUE DE LA LITTERATURE **9**

I. UN CONTEXTE HOSPITALIER FRANÇAIS EN TENSION 9

1. Le mode financier hospitalier : une maitrise controversée 9

2. L'afflux de patients : une gestion complexe 12

3. Le manque de personnel : une problématique majeure 14

4. Les services de réanimation : un exemple de la situation hospitalière 16

II. LA MOBILISATION PRECOCE EN SERVICE DE REANIMATION : UN PAS EN AVANT POUR L'AMELIORATION DE LA SITUATION HOSPITALIERE 19

1. L'immobilité des patients et ses conséquences 19

2. La mobilisation précoce : principes et objectifs 23

3. Les avantages cliniques de la mobilisation précoce 28

a. Une diminution de la perte musculaire 29

b. Une amélioration de la santé psychologique des patients 29

c. Une diminution de la durée de séjour en réanimation et à l'hôpital 30

d. Une meilleure qualité de vie 30

e. Une diminution de la durée de la ventilation assistée 31

4. Les avantages économiques de la mobilisation précoce 32

5. Les limites de la mobilisation précoce 34

CONCLUSION INTERMEDIAIRE ET QUESTION DE RECHERCHE **37**

PARTIE 2 : METHODOLOGIE **38**

I. LES OBJECTIFS DE L'ENQUETE 38

II. LE CHOIX DE L'ENQUETE QUALITATIVE 39

III. UNE APPROCHE INDUCTIVE 40

IV. LE TERRAIN D'ETUDE 40
V. LA COLLECTE DES DONNEES 42
VI. L'ANALYSE DES DONNEES 44

PARTIE 3 : RESULTATS DE L'ANALYSE DES DONNEES 45

I. L'OBJECTIVITE DE LA PRATIQUE 45
1. L'avancée des pratiques en service de réanimation 45
2. La prise de conscience des soignants pour les complications liées à l'alitement 48
3. Les intérêts cliniques et fonctionnels de la mobilisation précoce 50
II. DE GRANDES DISPARITES ORGANISATIONNELLES QUI INFLUENCENT LA PRATIQUE 55
1. Les cultures de service foncièrement différentes 55
2. La nécessaire implication du corps médical 57
3. Les pratiques de mobilisation précoce 60
III. LE POIDS DU CHANGEMENT DE PRATIQUE 65
1. Un environnement inadapté 65
2. Le manque de matériels de mobilisation 67
3. Les professionnels de santé face au changement 69

PARTIE 4 : PRECONISATIONS 72

I. RECOMMANDATIONS POUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE 72
1. Sensibiliser et former davantage les soignants 72
2. Intégrer un groupe de travail pour la mise en place de la mobilisation précoce . 75
3. Mettre à la disposition des soignants les ressources adéquates 76
II. RECOMMANDATIONS POUR LES FABRICANTS 77
1. Concevoir des dispositifs adaptés à la réanimation 77
2. Effectuer des journées « pratique » 78
3. Participer à des événements nationaux de réanimation 79

CONCLUSION 80

BIBLIOGRAPHIE 82

TABLE DES MATIERES 90

TABLE DES ANNEXES 92

Table des annexes

Annexe I : Questionnaire pour l'évaluation de l'équilibre (échelle BBS)……..……..93

Annexe II : Méthode bundle : paquet de bonnes pratiques « ABCDEF »…….……97

Annexe III : Guide d'entretien semi-directif……...……97

Annexe IV : Liste des personnes contactées……..…….……..……....99

Annexe V : Message de la prise de contact…….…….…….……...……100

Annexe VI : Retranscription de l'entretien avec Madame D., kinésithérapeute.….....101

Annexe VII : Exemple de verbatims classés par codes et catégories……...……....113

Annexe I

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'ÉQUILIBRE *

{PRIVATE **}**

Nom du sujet:_____ Date:_____

Lieu:_____ Nom de l'évaluateur:_____

ITEM	DESCRIPTION	SCORE (0-4)
1.	Passer de la position assise à debout	_____
2.	Se tenir debout sans appui	_____
3.	Se tenir assis sans appui	_____
4.	Passer de la position debout à assise	_____
5.	Transferts	_____
6.	Se tenir debout les yeux fermés	_____
7.	Se tenir debout les pieds joints	_____
8.	Déplacement vers l'avant bras étendu(s)	_____
9.	Ramasser un objet par terre	_____
10.	Se retourner pour regarder en arrière	_____
11.	Pivoter sur place (360 degrés)	_____
12.	Placer en alternance un pied sur un tabouret	_____
13.	Se tenir debout un pied devant l'autre	_____
14.	Se tenir debout sur une jambe	_____
	TOTAL	_____

* références à la fin

Instructions générales

Veuillez faire une démonstration et/ou lire les instructions à haute voix. Pour la notation, cochez plutôt la note la plus basse. Le sujet perd des points s'il ne respecte pas le temps ou la distance imposés, s'íl a besoin d'être surveillé, s'il prend appui sur un support ou s'il a recours à l'aide de l'examinateur. Le sujet doit bien comprendre qu'il doit maintenir son équilibre sans assistance. Il est libre de choisir la jambe sur laquelle il va se tenir ou la distance qu'il peut atteindre. Une mauvaise estimation baissera la note.

Matériel requis: un chronomètre ou une montre avec trotteuse
une règle ou une marque de 5, 12 et 25 cm

Pendant l'examen, on devra utiliser des chaises d'une hauteur raisonable. Pour l'item #12 on pourra utiliser une marche ou un tabouret de même hauteur qu'une marche normale.

1. **PASSER DE LA POSITION ASSISE A DEBOUT**
INSTRUCTIONS: Veuillez vous lever en essayant de ne pas vous aider avec les mains.

( ) 4 peut se lever sans l'aide de ses mains et garder son équilibre
( ) 3 peut se lever seul avec l'aide des mains
( ) 2 peut se lever en s'aidant de ses mains, après plusieurs tentatives
( ) 1 a besoin d'un peu d'aide pour se lever ou pour garder son équilibre
( ) 0 a besoin d'une aide modérée ou importante pour se lever

2. **SE TENIR DEBOUT SANS APPUI**
INSTRUCTIONS: Essayez de rester debout deux minutes sans prendre appui.

( ) 4 peut rester debout sans danger pendant 2 minutes
( ) 3 peut se tenir debout pendant 2 minutes, sous surveillance
( ) 2 peut se tenir debout 30 secondes sans prendre appui
( ) 1 doit faire plusieurs tentatives pour se tenir debout pendant 30 secondes sans prendre appui
( ) 0 est incapable de rester debout 30 secondes sans l'aide de quelqu'un

3. **SE TENIR ASSIS, DOS SANS APPUI, MAIS PIEDS AVEC APPUI AU SOL OU SUR UN TABOURET**
INSTRUCTIONS: Asseyez-vous les bras croisés pendant deux minutes.

( ) 4 peut rester assis(e) 2 minutes sans danger
( ) 3 peut rester assis(e) 2 minutes, sous surveillance
( ) 2 peut rester assis(e) 30 secondes
( ) 1 peut rester assis(e) 10 secondes
( ) 0 incapable de rester assis(e) sans appui, 10 secondes

4. **PASSER DE LA POSITION DEBOUT A ASSISE**
INSTRUCTIONS: Veuillez vous asseoir.

( ) 4 peut s'asseoir correctement en s'aidant légèrement des mains
( ) 3 contrôle la descente avec les mains
( ) 2 contrôle la descente avec le derrière des jambes sur la chaise
( ) 1 s'assoit sans aide, sans contrôler la descente
( ) 0 a besoin d'aide pour s'asseoir

5. **TRANSFERTS**
INSTRUCTIONS: Arranger les chaises pour un transfert pivot. Demander au sujet de s'asseoir sur le siège avec accoudoirs et ensuite sur le siège sans accoudoirs. On peut utiliser deux chaises (l'une avec et l'autre sans accoudoirs) ou un lit et une chaise.

( ) 4 exécute l'exercice sans difficulté, en s'aidant un peu de ses mains
( ) 3 exécute l'exercice sans difficulté, en s'aidant beaucoup de ses mains
( ) 2 peut exécuter l'exercise moyennant des instructions verbales et(ou) une surveillance
( ) 1 a besoin d'être aidé par quelqu'un
( ) 0 a besoin de l'aide/surveillance de deux personnes afin d'être sécuritaire

6. **SE TENIR DEBOUT LES YEUX FERMÉS**
INSTRUCTIONS: Fermez les yeux et restez immobile pendant 10 secondes.

( ) 4 peut se tenir debout sans appui pendant 10 secondes, sans danger
( ) 3 peut se tenir debout pendant 10 secondes, sous surveillance
( ) 2 peut se tenir debout pendant 3 secondes
( ) 1 incapable de fermer les yeux plus de 3 secondes mais garde l'équilibre
( ) 0 a besoin d'aide pour ne pas tomber

7. **SE TENIR DEBOUT PIEDS JOINTS**
INSTRUCTIONS: Placez vos pieds ensemble.

( ) 4 peut joindre les pieds sans aide et rester debout pendant 1 minute, sans danger
( ) 3 peut joindre les pieds sans aide et rester debout pendant 1 minute, sous surveillance
( ) 2 peut joindre les pieds sans aide et rester debout durant moins de 30 secondes
( ) 1 a besoin d'aide pour joindre les pieds mais peut rester debout 15 secondes
( ) 0 a besoin d'aide pour exécuter l'exercice et ne peut se tenir debout plus de 15 secondes

8. **DÉPLACEMENT VERS L'AVANT BRAS ÉTENDU(S)**
INSTRUCTIONS: Levez les bras à 90 degrés. Étendre les doigts et aller le plus loin possible vers l'avant. (L'évaluateur place une règle à l'extrémité des doigts du patient lorsque celui-ci les a levés à 90 degrés. Ses doigts ne doivent pas toucher la règle. On mesure la distance parcourue par les doigts lorsque le sujet atteint sa position antérieure maximale. Si possible, demander au sujet d'utiliser deux bras lorsqu'il se penche en avant afin d'éviter la rotation du tronc.

( ) 4 peut se pencher sans danger, 25 cm et plus
( ) 3 peut se pencher sans danger, 12.5 cm et plus, moins que 25 cm
( ) 2 peut se pencher sans danger, 5 cm et plus, moins que 12.5 cm
( ) 1 peut se pencher mais sous surveillance
( ) 0 a besoin d'aide pour ne pas tomber

9. **RAMASSER UN OBJET PAR TERRE**
INSTRUCTIONS: Ramassez votre chaussure/pantoufle qui est devant vos pieds.

( ) 4 peut ramasser sa chaussure facilement et sans danger
( ) 3 peut ramasser sa chaussure mais sous surveillance
( ) 2 ne peut pas ramasser sa chaussure mais s'arrête à 2-5 cm de l'objet et garde l'équilibre
( ) 1 ne peut pas ramasser sa chaussure et a besoin d'être surveillé(e)
( ) 0 est incapable d'essayer l'exercice/ a besoin d'aide pour ne pas tomber

10. **SE RETOURNER POUR REGARDER PAR-DESSUS L'ÉPAULE GAUCHE ET L'ÉPAULE DROITE**
INSTRUCTIONS: Retournez-vous et regardez directement derrière vous par-dessus votre épaule gauche. Faites le même mouvement à droite. L'examinateur pourra placer derrière le sujet un objet à regarder afin d'encourager une meilleure rotation.

( ) 4 se retourne des deux côtés; bon déplacement du poids
( ) 3 se retourne d'un côté seulement; mauvais déplacement du poids de l'autre côté
( ) 2 se tourne de profil seulement en gardant son équilibre
( ) 1 a besoin de surveillance
( ) 0 a besoin d'aide pour ne pas tomber

11. **PIVOTER SUR PLACE (360 degrés)**
INSTRUCTIONS: Faites un tour complet de 360 degrés et arrêtez, puis faites un autre tour complet de l'autre côté.

( ) 4 peut tourner 360 degrés sans danger de chaque côté, en moins de 4 secondes
( ) 3 peut tourner 360 degrés sans danger d'un seul côté, en moins de 4 secondes
( ) 2 peut tourner 360 degrés, sans danger mais lentement
( ) 1 a besoin de surveillance ou de directives verbales
( ) 0 a besoin d'aide pour ne pas tomber

12 **DEBOUT ET SANS SUPPORT, PLACEMENT ALTERNATIF D'UN PIED SUR UNE MARCHE OU TABOURET**

INSTRUCTIONS: Placez en alternance un pied sur la marche ou tabouret. Continuez jusqu'à ce que chaque pied ait touché le tabouret au moins quatre fois.

( ) 4 peut se tenir debout sans appui, sans danger et toucher le tabouret 8 fois en 20 secondes
( ) 3 peut se tenir debout sans appui et toucher le tabouret 8 fois en plus de 20 secondes
( ) 2 peut toucher le tabouret 4 fois sans aide et sous surveillance
( ) 1 ne peut toucher le tabouret plus de 2 fois; a besoin d'aide
( ) 0 a besoin d'aide pour ne pas tomber/ ne peut pas faire l'exercice

13. **SE TENIR DEBOUT SANS APPUI, UN PIED DEVANT L'AUTRE**

INSTRUCTIONS: (FAIRE UNE DÉMONSTRATION devant le sujet)
Placez un pied directementdevant l'autre. Si cela vous est impossible, faites un plus grand pas. (Pour obtenir trois points, la longueur du pas devra dépasser la longueur de l'autre pieds et l'écart entre les pieds devra être a peu près l'équivalent d'un pas normal.)

( ) 4 est capable de placer un pied directement devant l'autre sans aide et de tenir la position 30 secondes
( ) 3 est capable de faire un grand pas sans aide et de tenir la position 30 secondes
( ) 2 est capable de faire un petit pas sans aide et de tenir la position 30 secondes
( ) 1 a besoin d'aide pour faire un pas mais peut tenir la position 15 secondes
( ) 0 perd l'équilibre en faisant un pas ou en essayant de se tenir debout

14. **SE TENIR DEBOUT SUR UNE JAMBE**

INSTRUCTIONS: Tenez-vous debout sur une jambe le plus longtemps possible, sans prendre appui.

( ) 4 peut lever une jambe sans aide et tenir plus de 10 secondes
( ) 3 peut lever une jambe sans aide et tenir de 5 à 10 secondes
( ) 2 peut lever une jambe sans aide et tenir 3 secondes ou plus
( ) 1 essaie de lever une jambe mais ne peut tenir la position plus de 3 secondes mais reste debout, sans aide
( ) 0 ne peut exécuter l'exercice ou a besoin d'aide pour ne pas tomber

SCORE TOTAL _____
maximum = 56

***References**

Wood-Dauphinee S, Berg K, Bravo G, Williams JI: The Balance Scale: Responding to clinically meaningful changes. Canadian Journal of Rehabilitation 10: 35-50,1997

Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI: The Balance Scale: Reliability assessment for elderly residents and patients with an acute stroke. Scand J Rehab Med 27:27-36, 1995

Berg K, Maki B, Williams JI, Holliday P, Wood-Dauphinee S: A comparison of clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. Arch Phys Med Rehabil 73: 1073-1083, 1992

Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI, Maki, B: Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. Can. J. Pub. Health July/August supplement 2:S7-11, 1992

Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI, Gayton D: Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. Physiotherapy Canada 41:304-311, 1989

Annexe II

A	**A**ssess, prevent and manage pain	*Évaluer, prévenir et gérer la douleur*
B	**B**oth awakening and spontaneous breathing trials	*Réaliser une épreuve quotidienne d'arrêt de la sédation et une épreuve de ventilation spontanée*
C	**C**hoice of drugs	*Choisir les sédatifs de demi-vie courte en évitant les benzodiazépines (propofol ou dexmédétomidine)*
D	**D**elirium monitoring and management	*Mesurer le delirium (confusion mentale) et traiter ses facteurs de risque (sepsis, dysnatrémies, toxiques médicamenteux…)*
E	**E**arly mobility and exercice	*Pratiquer une mobilisation et un exercice précoce*
F	**F**amily engagement and empowerment	*Impliquer et valoriser les familles dans la prise en charge des patients*

Annexe III

Sujet 1 : Connaitre la personne

> Pour faire connaissance, pouvez-vous me parler de vous et de votre rôle au sein de l'établissement ?
> Comment percevez-vous la mobilisation des patients dans votre journée de travail ?
> Quelle est sa place dans l'ordre de vos priorités ?

Sujet 2 : La mobilisation précoce *Je vous pose ces questions car j'aimerais discuter avec vous de la mobilisation précoce, des freins, de ses avantages mais avant ça j'aimerais m'intéresser à vos pratiques habituelles.*

> Quels sont les patients que vous mobilisez ?
> Pensez-vous que vous pourriez mobiliser plus de patients avec d'autres méthodes/programmes mis en place ?

Certaines études montrent que la mobilisation précoce a des effets positifs sur l'état de santé des patients, mais avec vos propres mots…

> Comment la définiriez-vous ? Parlez-moi un peu de la mobilisation précoce.
> Pourquoi pensez-vous que la mobilisation précoce est très peu présente ?
> Voyez-vous d'autres raisons qui font que ce n'est pas mis en place aujourd'hui ?
> Selon vous, quels sont les avantages qui se dégage de cette pratique :

- Pour le patient ?
- Pour l'hôpital ?

> *Si mobilisation précoce dans le service :* Pouvez-vous me partager une de vos expériences ?

Sujet 3 : La mobilisation précoce en service de réanimation

> Quelles sont les principales problématiques auxquelles votre service doit faire face ?
> Comment est-ce que vous pourriez introduire la mobilisation précoce dans votre service ou Comment avez-vous introduit la MP dans votre service ?
> Quels impacts pourrait-elle avoir sur le service ? ou Quels impacts a-t-elle eu sur le service ?

Sujet 4 : Limites et avenir de cette pratique dans le parcours de soins

> Quels sont les freins/inconvénients de la mobilisation précoce ?
> Le personnel soignant accepterait-il ce système ou Le personnel a-t-il adhéré à cette nouvelle pratique ?
> Selon vous, comment la mobilisation précoce pourrait être appliquée systématiquement dans le programme de soins ? Par quels moyens, outils, quels biais ?
> Avez-vous des commentaires, des remarques à me communiquer s'il vous plait ?

Annexe IV

Etablissement / Ville	Fonction	Mo	Invitation envoyée	Invitation acceptée	Message envoy	Relance	RDV	Commentaires
Paris	Anesthésiste-Réanimateur	Linkedin	OK	19/03/2023	20/03/2023	22/03/2023		
Mastaing	Etudiante Kiné Réa	Linkedin	OK					
CHU Dupuytren	Cadre de santé Inf. Référente	Mail	OK					
Lille	Docteur Anesthésie Réanimateur	Linkedin	OK	21/03/2023	22/03/2023			
Hopital de la Piti	Cadre de santé Médecine Int. et réa.	Linkedin	OK	21/03/2023	22/03/2023			
Lyon	Anesthésiste-Réanimateur	Linkedin	OK					
Le Havre	Président Association Rééduc'Acteurs - Kiné	Linkedin	OK	19/03/2023	20/03/2023			N'exerce plus en réanimation mais va me donner plusieurs noms de kinésithérapeutes
APHP	Professeur	Linkedin	OK					Intervention SFAR (Verticalisation des patients : pourquoi, comment ?
Lille	Anesthésiste	Linkedin	OK					
	Anesthésiste-Réanimateur	Linkedin	OK					
CH Saint Jean	Kinésithérapeute	Mail			27/03/2023			
CH Versailles	Inf. Réa	Linkedin	OK					
Paris Saint Josep	Cadre de santé Réa. Poly	Linkedin	OK					
Paris	Anesthésiste-Réanimateur	Linkedin	OK					
Lyon	Inf. en pratique avancée	Linkedin	OK					
Paris	Cadre de santé Réa/USC/Urgences/UHCD	Linkedin	OK	19/03/2023	20/03/2023		OK	
CH de Cernay	Ergothérapeute	Mail			27/03/2023			
Saint Médard en	Inf. Réa	Linkedin	OK	19/03/2023	20/03/2023			
CH Saint Lô	Kinésithérapeute	Mail			27/03/2023			
Fondation A. de	Cadre de santé anesthésie/soins critiques	Linkedin	OK	19/03/2023	20/03/2023			
CHU Montpellier	Kinésithérapeute	Mail			27/03/2023			
CHRU de Lille	Anesthésiste-Réanimateur	Linkedin	OK					
CH Grenoble	Kinésithérapeute	Mail			27/03/2023		OK	
	Inf. Réanimation / Formatrice Simulation Médicale	Linkedin	OK	19/03/2023	20/03/2023	27/03/2023	OK	
	PH Anesthésiste Réanimation	Linkedin	OK	21/03/2023	22/03/2023			
CHU Caen	Kinésithérapeute Réanimation	Linkedin	OK					
Paris Saint Josep	Responsable projet parcours patient	Linkedin	OK					
CH Chateauroux	Cadre de santé Réa.	Mail			27/032023		OK	RDV ANNULÉ
Paris	Kinésithérapeute Réanimation	Linkedin	OK					
Montpellier	Professeur titulaire Critical Care Université de Montp	Linkedin	OK					
Lille	Anesthésiste-Réanimateur	Linkedin	OK	19/03/2023	20/03/2023			N'exerce plus en tant que réanimateur mais en tant qu'anesthésiste
Le Havre	Kinésithérapeute Pathologies respiratoires	Linkedin	OK	21/03/2023	22/03/2023		OK	
Bruxelles	Kinésithérapeute Réanimation	Linkedin	OK	21/03/2023	27/03/2023		OK	
CH Sud Essonne	Inf. Réa	Linkedin	OK					
Paris	Anesthésiste-Réanimateur	Linkedin	OK	21/03/2023	23/03/2023			
CH Montauban	Kinésithérapeute	Mail		21/03/2023	27/03/2023			
Hauts de France	Inf. Réa	Linkedin	OK					
	Inf Réa et Doctorant Défense Sanitaire	Linkedin	OK	19/03/2023	20/03/2023			
Valenciennes	Inf. Réa	Linkedin	OK					
Niort	Kinésithérapeute Polyvalente	Linkedin	OK					
Val de Loire	Inf. Cadre de santé Réanimation	Linkedin	OK	21/03/2023	23/03/2023	27/03/2023		
Université de Bo	Prof d'Anesthésie et Réanimation Médecine Périopér	Linkedin	OK		27/03/2023			Anesthésie
APHP	Cadre de santé spé. Clinique réanimation	Linkedin	OK	19/03/2023	20/03/2023		OK	Invitation acceptée 19/03
Arras	AS Réa	Linkedin	OK	19/03/2023	20/03/2023	27/03/2023		Accepté mais beaucoup de travail
CHU Bordeaux	Directrice des soins	Linkedin	OK					
Metz	Inf. Réa	Linkedin	OK	21/03/2023	27/03/2023			

	Code Couleurs
	Invitation acceptée
	Message envoyé
	Accepté
	Entretien passé
	Refus

Annexe V

Bonjour Monsieur/Madame …,

Je suis actuellement étudiante en deuxième année de Master Ingénierie de la Santé à l'ILIS. Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. En effet, je souhaiterais recueillir votre avis sur la pratique de la mobilisation précoce en service de réanimation.

Je m'intéresse précisément à la place qu'occupe la mobilisation précoce dans les services de réanimation compte tenu des bénéfices avancés par la littérature scientifique. Je souhaiterais donc m'entretenir avec vous afin d'obtenir votre avis.

L'entretien a une durée approximative d'une demi-heure dont je garantis à la fois l'anonymat et le libre choix de répondre ou non aux questions posées.
Si cela vous intéresse et que vous acceptez, cet entretien sera réalisé via la méthode de votre choix (téléphone, zoom, teams).

En vous remerciant par avance pour votre retour, je vous souhaite une très bonne journée.

Bien à vous,

Inès Dieryckx

Annexe VI

Madame D. : Moi je travaille dans cette même réanimation depuis 18 ans. C'est mon 2ème poste. Je suis arrivée au CHU, j'ai pas commencé par là. Je suis arrivée dans le service et là je n'aimais pas trop la kiné respiratoire. La demande du médecin, du chef de service, c'était la mobilisation parce qu'il y avait de plus en plus de besoins. Moi je suis arrivée dans ce cadre-là. Ça me convenait bien puisque j'étais vachement dans le fonctionnel et puis, on a énormément progressé sur ces 18 dernières années sur la mobilisation. En effet, elle peut être passive jusqu'à la marche, aux exercices pour les patients qui vont trainer un petit peu plus chez nous, aux exercices dans le couloir à partir de la marche, c'est très large. On a demandé un « youpala », qu'on devrait avoir bientôt pour faire de la marche. On fait de la marche dans le couloir avec tout type de patient, ventilé, non ventilé, aussi avec assistance respiratoire. En fait, en fonction des équipements et de nos possibilités, on se met peu de limites mais il y a en a forcément. Il y a des choses qu'on ne fait pas, comme tu as pu l'entendre à Paris, la marche avec des équipements par exemple. Je ne dis pas qu'on ne le fera jamais avec les patients intubés qui peuvent marcher mais ce n'est pas fréquent. On a une population de patients qui sont post-op chirurgicale, cardio/thoracique programmée et l'autre partie, ce sont des patients qui ont eu un arrêt cardiaque, une défaillance cardiaque avec nécessité d'une circulation extracorporelle ou encore une assistance cardiaque temporaire du type LPA. En ce moment, nous avons beaucoup de patients très lourds. Ils sont lourds, en poids, en termes de soins, avec peu d'autonomie, de grosses neuromyopathies de réanimation, des hémiplégies et pour certains paraplégiques. C'est un des risques de la chirurgie cardiaque. Et aussi, avec les progrès, on réalise des réanimations chez des patients qui n'auraient peut-être pas survécu avant et les patients ont plus de comorbidités qu'avant. On se retrouve avec des patients beaucoup plus lourds.

Inès : Actuellement, vous mobilisez tous les patients de votre service ?

Madame D. : Nous mobilisons les patients stables sur le plan hémodynamique ou respiratoire. Tous ces patients vont pouvoir être mobilisés et, nous avons des critères de jugement qui nous permettent de savoir si on peut les mobiliser. Si on a un doute alors on demande aux médecins. On a beaucoup de médecins en réanimation. Il y a soit des médecins juniors soit des médecins seniors. Les mobilisations sont prescrites par le médecin : kiné respiratoire ou kiné de mobilisation. Ensuite on fait ce que l'on veut.

En fonction de ce qu'on a choisi, on va demander l'approbation au médecin de façon orale pour être sûr… si on veut lever un patient et qu'on a un doute. Si un patient n'est pas stable qu'il a des aides, qu'il a des traitements spécifiques qui vont stimuler la tension par exemple, alors, on va se poser la question. Et puis, si tu as un patient sur le plan respiratoire trop instable, ce n'est peut-être pas le moment de le mobiliser ou alors le tenter mais en étant très prudent. Sinon, tout patient s'il est stable est susceptible d'être pris en charge.

Inès : Vous m'avez parlé des critères de jugement. Ce sont des critères internes à l'hôpital ou ce sont des critères nationaux ?

Madame D : Tu as des critères dans les recommandations qui vont prendre en charge la saturation, encore que, la saturation est donnée pour être supérieure à 90. Nous, ça nous arrive de prendre en charge des patients en dessous de 90. C'est justement pour les améliorer en les mobilisant et en améliorant le rapport perfusion-ventilation. Ça, je trouve que ce critère n'est pas valable. Sinon, tu as des critères sur la tension, la fréquence cardiaque, il faut que ton rythme cardiaque soit… il ne peut pas toujours être sinusal, régulier…mais du coup il faut savoir où on est là-dedans s'ils ont des pics, des dérivations lombaires, des équipements supplémentaires, il faut que l'on demande. Ça, ce sont des critères de recommandation qui existent avec la tension systolique où il existe une moyenne qui correspond à la perfusion périphérique donc ce sont des critères qu'on a tous, qu'on connait. Après, il y a des habitudes de service et des types de patients pris en charge. Moi, dans mon service, je peux peut-être mobiliser les patients plus facilement que d'autres services.

Inès : Et, comment percevez-vous la différence de pratiques entre les différents services de réanimation ?

Madame D : La limitation est surtout humaine. Au départ, il faut déjà avoir des médecins promob, ce qui est beaucoup le cas aujourd'hui. Et puis, c'est un esprit d'équipe. Il faut que le kiné soit promob et il faut entrainer une équipe car tout seul, tu ne fais rien. Déjà aujourd'hui, pour moi, s'il n'y avait pas l'équipe, ça serait compliqué. Il faut déjà y croire personnellement. C'est chronophage donc il faut être en effectif suffisant de kinésithérapeutes.

Les kinés je ne sais pas si tu sais mais c'est la seule population où nous n'avons pas de norme sur le temps de présence dans le service de réanimation. On doit être présent 24h sur 24, 7 jours sur 7 car on est susceptibles d'être appelés mais tu n'es pas obligé d'être présent dans le service. Dans certains établissements il y a des kinés dedans… nous on est 180% de kinés dans cette réa ; 2 à 50% et moi je suis à 80%. Cela varie beaucoup d'un établissement à un autre. Dans les autres réa, je ne peux pas te le dire. Dans celle où je suis, pour 12 lits de réanimation et 8 lits d'USC, tous les patients sont susceptibles d'être pris en charge d'un point de vue kiné mais c'est vrai que si tu n'y crois pas… cela engage du temps, de l'énergie et tu dois engager une équipe derrière toi pour les convaincre de l'intérêt que ça peut avoir même si au départ, ça peut paraître complètement absurde. Donc, selon moi, le premier facteur limitant c'est le facteur humain. Ensuite, c'est le facteur matériel parce que depuis que j'y suis, on a réussi à avoir pas mal de matériels et justement je négociais pour avoir un Sara Plus. J'ai appelé pour dire que nous avions un besoin urgent au regard de la population actuelle de la réa. On a dû emprunter à un autre service, une autre table SaraCombilizer à cause de nos patients lourds. Il faut donc du matériel parce que ça te permet d'aller plus vite, plus progressif on va dire mais j'ai commencé… au départ, on avait juste un lève-malade qui servait à tout le monde. Ensuite, j'ai emprunté à un service, un lève-malade tout con. Ensuite on a eu un pédalier offert par un chef de service qui croyait en nous, c'était une pépite. Et puis de ce pédalier, nous avons eu un gros vélo et nous avons eu le MétoMed, il y a deux ans. Il a fallu beaucoup d'années pour négocier car c'est un investissement. Dans le budget de la réanimation, le médecin doit faire le choix entre un respirateur et ton appareil. Donc, il faut que tu l'utilises, que tu lui montres que tu veux l'utiliser, que ça a un intérêt pour les patients sinon il ne va pas l'acheter. Un pédalier, ce n'est pas cher, c'est de 60 à 80 balles. Mais un guidon de transfert, c'est 150 euros et c'est déjà un budget. Si on achète ce matériel, c'est une table roulante que nous n'achèterons pas. Il faut que la cadre infirmière donne aussi son avis car nous n'avons pas de budget propre pour les kinés. On nous donne un budget très restreint au CHU qui est commun à tous les services donc tout n'est pas destiné à la réa sous prétexte que c'est de la réa. Cela demande d'embarquer tout le monde dans tes pratiques. Nous, on est la réa qui a le plus d'équipements et ça donne envie. Moi j'ai deux binômes qui sont à fond derrière moi mais ça n'a pas toujours été le cas. Des personnes trouvent toujours une excuse pour ne pas lever un patient ou pas le mobiliser. Un patient peut toujours dire qu'il est fatigué et qu'il n'a pas envie. C'est un critère que je tiens moyennement en compte sinon on ne fait rien.

Inès : Si les soignants ne désirent pas mobiliser certains patients, selon vous, quels sont les freins ou plutôt les raisons pour lesquelles ils ne veulent pas mobiliser ?

Madame D : Alors il y en a qui n'y croient pas et, pense que si le patient est là pour de la respi, faut lui faire de la respi. Alors que pour moi, si on fait du fonctionnel, on a amélioré le respi et, si on fait du respi, on améliore le fonctionnel. Dans les études, ils montrent que le fonctionnel améliore largement le côté respiratoire notamment au niveau de ton diaphragme, de ta musculature périphérique et de tes abdos. Donc il y en a qui n'y croient pas et il y en a qui ont peur. C'est vrai qu'au fur et à mesure des années, t'as beaucoup de fils, t'as beaucoup de tuyaux, tu as des choses qui sonnent tout le temps et ce n'est pas toujours facile à appréhender le moment où ça peut basculer donc ça peut faire peur et je peux le comprendre. Moi, par exemple, j'ai levé un patient sur table de vertic, ça a fait bouchon à ce moment-là et je pense que les étudiants qui étaient avec moi, ils se sont retrouvés dans l'angoisse. D'un coup, tout peut partir très vite. C'est assez rare mais c'est quand même arrivé vendredi ça. Quand tu n'es pas habitué, tu n'oses pas forcément prendre ce risque. Moi j'ai eu la chance d'être parti de rien, quasiment, du lever post-op classique à la mobilisation passive à ce qu'on arrive aujourd'hui, le lever des patients même sous faible dose de noradrénaline, faire marcher les patients intubés mais… ça s'est fait progressivement. Donc, j'essaye de les mettre en confiance en disant « n'aie pas peur, ça passe ». Puis, je pense qu'il y a l'œil d'expertise qui me dit « là je sais ce qu'il va tenir assis », « là je sais qu'il va être tenir debout ». Ils ne le font pas et puis, aussi, parce que tu vois tout à l'heure on avait un patient, il fallait être à 4 donc il faut demander de l'aide à une infirmière ou une aide-soignante, recruter encore quelqu'un… Et, parfois c'est trop si t'es pas sûr de ton coup. Embarquer une équipe derrière qui te dit « mais j'y crois pas », c'est compliqué. Alors, du coup, avec le temps, tu as plus d'expérience, tu oses demander des choses, tu as plus de recul. Il y a ça et le manque de temps. Quand on ne le fait pas, quand mes collègues ne le font pas, c'est qu'ils sont moins nombreux et ils ne vont donc pas le faire. On va prioriser les patients avec certaines priorités. Même si c'est important, on fait ce qu'on peut avec le temps qu'on a. Et puis, ce qui a été assez délétère, c'est le nouveau texte du gouvernement sur la présence du personnel paramédical. Il a diminué le nombre d'aides-soignantes dans notre service. On avait un nombre d'aides-soignantes et le texte demandait une de moins. Ça a été vraiment compliqué dans le service, on s'est retrouvés avec une aide-soignante de moins pour faire les lever et les recoucher. Puis, si tu commences à lever, coucher, c'est chronophage. Si on te dit, « si tu le lèves, tu le recouches » et que si l'équipe

derrière ne peut pas assurer l'autre partie, tu ne peux pas le faire tout seul.

Inès : Tout à l'heure quand vous avez levé le patient à 4, cela provient d'un manque de matériels ?

Madame D : Oui. Notre matériel a cassé, un service nous en a prêté un mais c'est un matériel qui aide les patients à se lever mais pas adapté au service de réa. Mais je suis tout de même très contente de l'avoir. L'autre a cassé avec le poids d'un patient et les années. Quand tu demandes du matériel, tu demandes petit à petit. Je n'avais pas anticipé que ce matériel allait casser. Donc, tout à l'heure, tu lèves un patient avec un appareil qui n'a même pas les pieds qui s'écartent électriquement, nous devions donc être chacun d'un côté du patient. C'est un patient hospitalisé depuis un mois. Depuis 15 jours, il est alité et ponctionné car il avait des infections. Il a un genou qui a un déficit d'extension donc c'est un peu compliqué. On l'avait installé au bord du lit vendredi. On a continué à le mobiliser même s'il n'a pas marché depuis plus d'un mois, il a pas de mal de comorbidités, il ne marchait pas beaucoup avant et, en plus il est assez obèse. Du coup, on est chacun d'un côté, un qui tirait sur les fesses avec un drap qui remplace une sangle et une aide-soignante qui finissait de verrouiller le système. On aurait eu le SaraPlus, pas de problème. C'est sûr que plus tu as du matériel avancé, plus tu es à l'aise.

Inès : Pour vous, quels sont les avantages pour un patient comme ce monsieur d'être mobilisé précocement ?

Madame D : Déjà, tu vas réduire les complications liées au décubitus qui sont les escarres. Sur le plan respiratoire, tu vas améliorer leur hématose puisque tu améliores leur apport en perfusion dès que tu les mobilises. Aussi, tu améliores les échanges gazeux avec le vélo puisque tu améliores les débits. Sur le plan cognitif et moral, si tu viens voir un patient que tu lui permets de regarder autre que chose que le plafond, regarder devant lui ou qu'il se rattache à sa vie d'avant, il va pouvoir manger tout seul, il va pouvoir se gratter le nez tout seul, aller au fauteuil, marcher. Le bénéfice est énorme puisque c'est difficile pour les patients qui ne bougent pas, qui pensent toute la journée qu'avant ils étaient d'une certaine façon et que demain, ils ne seront plus comme avant. Ils pensent qu'ils ne pourront plus rentrer chez eux, ils pensent qu'ils ne pourront plus être le père, le mari, la femme qu'ils étaient et entrainer une contrainte à leur famille. Il y a toute cette problématique où notre

but est de leur donner espoir que tout redeviendra comme avant après leur séjour en réanimation sauf atteinte particulière comme la paraplégie, l'hémiplégie qui sont arrivées au milieu. On réduit les complications donc on réduit la durée de séjour, on les améliore sur le plan fonctionnel. On va les garder en réa jusqu'à ce qu'on puisse les transférer assez facilement au fauteuil avec deux personnes. Si c'est le cas, on les passe en soins continus et ensuite dans un service conventionnel quand ils seront faciles à gérer. Pour le patient, s'il est trop dépendant et que personne le lève, ça entrainera des inconvénients pour lui et pour l'équipe. Si le patient est trop lourd, ça sera très difficile et tu épuises une équipe en face car ils sont moins nombreux. En effet, en réa, on est plus nombreux. Même si c'est difficile, on a plus de moyens humains. C'est 1 infirmier pour 2-3 patients en réa, 4 pour soins continus, 1 aide-soignante pour 3-5 patients selon les secteurs. Nous sommes donc plus disponibles. Si tu vas dans un service conventionnel où l'infirmière elle a 13-15 patients, c'est compliqué. Nous, on va diminuer les complications clairement en les mobilisant et en les stimulant. On va aussi réduire leur durée de séjour en réanimation, réduire les comorbidités car plus tu restes en réanimation, plus tu risques de développer de nouvelles complications et plus tu risques de mourir. Quand ils sont ventilés, le but est de les extuber le plus rapidement possible s'ils sont dépendants de la ventilation. S'ils ne peuvent pas être extubés, ils vont être trachéotomisés de façon percutanée pour que l'on puisse les mobiliser plus facilement. On peut plus facilement les faire marcher et les mobiliser car avec une sonde d'incubation c'est plus risqué et moins pratique. En les mobilisant, on va arriver au sevrage de la trachéotomie, le but c'est qu'ils sortent de chez nous sans leur trachéotomie si c'est possible mais c'est le cas la plupart du temps sauf cas extrême.
On les améliore clairement, on a pleins de bénéfices : plan respiratoire, diminution des alactasies, diminution des infections pulmonaires. Plus ton patient est allongé, souvent ils sont trop allongés, plus tu risques s'ils sont ventilés ou trachéotomisés que la salive stagne au-dessus du ballonnet, ce qui donne des pneumopathies. Cela ne parait rien… mais mis tout bout à bout, cela les améliore nettement. Chez un patient qui a été opéré au niveau cardiaque, si je leur fais faire du vélo précocement alors ils reprennent plus vite la marche, un périmètre de marche important même sur un patient qui n'est pas trop touché, il y a vraiment un bénéfice à court terme.

Inès : À long terme, aussi ?

Madame D : À long terme, le but c'est que les patients aient le moins de complications qui les limite plus tard : moins de problèmes cutanés à cause d'escarres apparues au niveau de la tête, des talons, des fesses…avec des pansements et des soins. Forcément, on les améliore de ce point de vue au niveau de leur pronostic. Et, il y a une consultation post-réanimation. Les médecins proposent aux patients de venir 6 mois après leur sortie avec eux et leur famille si besoin. Cela permet de voir comment ils vont sur le plan… du stress post-traumatique après la réanimation. Les médecins veulent donc évaluer ce stress et il y en a forcément. Mais, très souvent, ils sont ravis de pouvoir marcher. Souvent les patients reviennent nous voir car on a un lien assez privilégié avec les patients, nous, les kinés. Moi je suis complètement convaincue, on intervient sur pleins de choses.

Inès : Et voyez-vous des avantages pour l'hôpital ?

Madame D : Ça coûtera moins cher. Si ton patient sort plus vite, tu as une place potentielle pour un autre patient qui n'a peut-être pas de place car parfois ça bloque. Et puis, le prix dépend du service où tu es, si tu es en réanimation ou dans un service conventionnel de médecine, ça ne coûtera pas le même prix. Ça coûtera moins cher plus vite tu le passes. Mais, l'idée c'est de ne pas le passer plus vite dans un service conventionnel où ça coûte moins cher s'il y reste plus longtemps. Du coup tu as cet intérêt-là. Aussi, nous, c'est une satisfaction personnelle je pense. Toutes les personnes dans les bureaux n'en ont rien à faire mais pour l'équipe sur le terrain qui pratique la mobilisation précoce, c'est important de voir l'évolution d'un patient. Voir un patient qui sort de notre service de réanimation, qui est capable de se mettre au fauteuil avec une petite aide, tu as une réelle satisfaction. Quand on le revoit, dans un service conventionnel, sans aide, sans rien, alors qu'on est parti de loin, cela s'est vraiment une satisfaction.

Inès : Et, pensez-vous que votre manque de matériels peut allonger le temps de séjour d'un patient ?

Madame D : Le problème c'est qu'ils vont coûter moins cher mais un autre va prendre sa place qui va coûter tout aussi cher. C'est toujours plein. En fait, l'administration se dit que pour une journée à 4 000 euros en réanimation, une table de verti vaut trois jours, ça paye le SaraPlus. Il ne résonne pas comme ça. Ce sont des budgets très détachés. Je pense qu'ils ne se rendent pas compte. Personne des bureaux vient voir ce qu'on fait avec les

patients et voir ce que nous pourrions faire avec le matériel ou ce que nous faisons déjà. C'est peut-être le plus gros regret, peu de personnes dans les achats et dans l'administration viennent voir ce qu'on fait avec les produits achetés ou désirés. C'est ce qu'on ne comprend pas forcément. En revanche dans certains hôpitaux, c'est différent. Certains kinés arrivent à avoir beaucoup plus de matériels que nous. Il y a des hôpitaux plus réactifs de ce point de vue-là. Nous, nous sommes obligés de se battre pour négocier du matériel. Tout ce travail est fait par la cadre mais il faut une équipe derrière pour soutenir ce besoin.

Inès : Nous avons examiné les avantages et les inconvénients, et il me semble évident que les bénéfices pèsent beaucoup plus dans la balance bénéfice/risque. De ce fait, comment, selon vous, on peut expliquer que certains établissements ne pratiquent pas la mobilisation précoce ?

Madame D : En fait si tu ne mets pas les arguments en face de l'intérêt, de pourquoi tu le fais et, que les gens n'ont pas envie, c'est difficile de leur montrer les avantages de cette pratique. J'avais demandé à mes collègues de m'accompagner à la table ronde sur le sujet de la mobilisation précoce à Lyon en septembre dernier, personne n'est venu. Pour les autres établissements, je pense que cela vient du peu d'intérêts qu'ils portent à cette pratique. Et aussi, on ne prend pas en charge nos trajets lorsque l'on veut participer à un événement extérieur pour se former et en apprendre davantage. J'étais la seule motivée, je n'ai pas eu de réponse positive de mes collègues. Souvent les personnes qui participeront à tes interviews ou à des événements sur ce sujet, ce seront des personnes qui sont intéressées par cette pratique. Aussi, j'ai des collègues qui ne voient pas du tout l'intérêt, ça a été des sujets de heurts entre nous car nous ne sommes pas d'accord. Là, c'est compliqué quand on travaille ensemble. Pour un médecin, c'est pareil, c'est un cercle vertueux. Si un médecin lit des études sur ce sujet mais que ces kinés ne sont pas adeptes de cette pratique ou ne la pratiquent pas, c'est difficile de dire à ces kinés « il faut que tu fasses ça ». Les kinés auront certainement des raisons pour ne pas le faire : « ça ne sert à rien », « nous n'avons pas assez de matériels », « c'est nul », « le patient est trop lourd ». Ça a causé du tort à mes collègues car après le COVID, il y a eu un intérêt à mobiliser les patients pour limiter ou éviter certaines complications. Et, il s'avère que les traumatises au niveau du poumon sont induits par le patient lui-même. C'est le patient qui en forçant trop sur son diaphragme va léser un poumon qui était déjà fragile. Lever un patient où il est dans

une phase trop inflammatoire, ça avait un effet délétère sur le patient. Certains collègues se rattachent à ça en disant « tu vois, on lui fait plus de mal qu'autre chose ». Après quand tu as une conviction, c'est difficile d'en sortir.

Inès : Comment on pourrait les convaincre que la mobilisation a de réels bénéfices pour le patient ?

Madame D : Après avoir travaillé avec un collègue anti-mobilisation, j'ai essayé de le convaincre, je lui ai apporté les articles mais ça n'a pas fonctionné. Je ne saurais pas dire pourquoi. Aujourd'hui, j'ai la chance d'avoir deux personnes à mes côtés qui me ressemblent, on est vraiment dans le même truc donc c'est vraiment cool. Sinon, l'équipe des infirmières a plus tendance à te suivre, c'est plutôt cool mais seulement si elle n'a pas tout à faire et que ça ne leur fait pas une grosse charge de travail supplémentaire. Après le temps, la charge de travail, ils l'acceptent mais si tu gères du début jusqu'à la fin. Ils sont en général plutôt motivés et derrière toi. Si tes collègues n'accrochent pas, ils n'accrochent pas. Certaines personnes auront toujours quelque chose à dire pour ne pas le faire « mon patient est trop fatigué », « mon patient est trop instable », « il a trop de matériels », « je n'ai pas assez de temps », « le médecin ne veut pas ». On peut avoir 10 000 arguments pour ne pas lever un patient.

Inès : Du coup d'après ce que vous me dites, certaines personnes ne sont pas proactives face à cette pratique. Pensez-vous qu'il peut y avoir des freins qui empêcherait la pratique ?

Madame D : Probablement le manque de personnel. On estime ne pas être assez nombreux. Il y a des services quand tu prends la neurochirurgie, ils sont…100%, peut-être qu'ils sont 150% aujourd'hui pour une vingtaine de patients comme nous. Or, c'est trop peu pour mobiliser les patients qui évoluent lentement et qui sont très dépendants. Donc, clairement le manque d'effectif kiné, c'est un frein. Aussi, il y a le matériel car les patients qui sont trop douloureux, trop cassés de partout avec les multiples traumatismes, ils ont beaucoup de machines autour d'eux. Ça demande donc beaucoup de monde et aussi, « est-ce que tu te sens de le faire ou pas « et « est-ce que les médecins t'autorisent à le faire. » Donc il y a quand même ces éléments à prendre en compte même si la douleur est plutôt bien contrôlée chez nous. Mais, peut-être qu'en réanimation polyvalente chirurgicale, il y a

des patients qui ont eu des multi-traumatismes, un accident de la voie publique, un accident de montagne, c'est peut-être différent. Moi je ne les vois pas au quotidien, je les vois qu'en garde ces patients-là. Lorsque je suis de garde, j'aurais envie de les sortir du lit des fois…. En neurochirurgie, je pense que c'est vraiment un service qui est lourd. En réa médicale, ce sont des patients avec pleins de comorbidités, lourds, qui sont là longtemps alors, oui il faudrait être probablement plus nombreux aussi je pense.

Inès : Est-ce au cas par cas ?

Madame D : Oui, cela dépend de la prise en charge du patient, des comorbidités, des patients qui sont lourds. Les patients qui ont une hémiplégie ou qui sont myopathes ou tétra et qui arrive en réanimation, forcément, c'est déjà long de les prendre en charge sur le plan respiratoire et parfois le respiratoire reste… Pour certains patients, nous pouvons améliorer le côté respiratoire avec le fonctionnel mais parfois il faut passer par le respiratoire quand les patients sont épuisés. Il y a aussi la fatigue du patient à prendre en compte. Le patient quand tu as déjà fait du respiratoire, rien que ça, c'est parfois suffisant. C'est par exemple du sevrage de trachéotomie. Aussi, il y a l'envie du patient, il peut te dire « aujourd'hui je ne veux pas », « je ne veux pas faire d'efforts », « je n'ai pas envie », « je veux en finir » ou « je veux que ça s'arrête » ou encore « je ne vois pas l'intérêt ».

Inès : Du coup, est-ce que vous auriez une expérience à me raconter d'un patient qui est arrivé en réanimation avec lequel vous avez pu le mobiliser précocement ?

Madame D : J'en ai beaucoup mais du coup on va partir sur le patient que j'ai fait marcher cet après-midi. C'est un patient qui a subi une chirurgie cardiaque. Au départ, ça a été compliqué car il avait une instabilité hémodynamique et a dû rester intubé un certain temps. Il a aussi une spondylarthrite ankylosante dans ces antécédents donc avec des raideurs au niveau de la nuque. Il était tellement instable que nous n'avons pas pu le voir pendant une certaine période. Il avait des doses de sédation importantes. Quand on le voyait, on le voyait en kinésithérapie respiratoire mais c'était très limité. Il était neuromyopath de réa donc tétra parétique de réanimation au réveil. On a commencé à le voir s'améliorer au niveau fonctionnel quand on l'a mis sur la table SaraCombilizer. Dans la nuit, il était agité, il est passé au-dessus des barrières et il est tombé malgré que le lit était en bas. Il s'est cassé des vertèbres. Il a dû être en alitement strict. On a dû attendre qu'il soit pris au bloc pour

être tigé dans le dos sur pas mal de niveaux. Ensuite, dès qu'il était re-réveillable, re-extubable, il faut tout recommencer en sachant qu'on partait d'une neuromyopathie. Le seul avantage, c'est qu'il avait commencé à récupérer et que même si il lui est arrivé ça, on ne part pas de zéro. On part juste légèrement avant. C'est cool car on se dit « ok, il y a eu cet événement mais on ne part pas de zéro, c'est assez confort. ». On a donc recommencé à le remettre sur la table de verticalisation. On le voyait sur le plan respiratoire car il est corpulent et aussi encombré avec des alactasies. Et puis, on l'a fait sortir du lit pour le faire marcher 50 mètres. Au début, ce n'était que 20 mètres ensuite le lendemain, il a marché 50 mètres avec le déambulateur, l'oxygène et une attelle de releveur. C'est assez fréquent cette attelle. Aujourd'hui, on le revoit, ça fait 3 semaines qu'il est sorti de la réanimation et marche 120 mètres sans aide. C'est chouette, ce sont des parcours qu'on prend au tout début et qu'on voit évoluer. Quand on voit ça, nous sommes fiers de nous et surtout de lui. En effet, même si tu es promob, si le patient te dit « non », tu n'iras nulle part. Ça, c'est vraiment un point important. J'essaye de rassurer mes collègues, si le patient ne veut pas, on n'avancera pas de toute manière.

Inès : Pouvez-vous me décrire un peu plus ce que vous avez mis en place depuis le début avec ce patient ? entre le moment où vous avez pu le mobiliser et ces premiers pas ?

Madame D : C'est dur car ça s'est fait en deux temps. Dès qu'il a été stable après sa première chirurgie, on l'a mobilisé au lit passivement dans un premier temps. Ensuite, en active-aidé, parallèlement à ça on mettait le MOTOmed pour les jambes. On l'a assis au bord du lit ensuite car tout ne se fait pas le même jour. On a travaillé l'équilibre assis et le tonus axial car si tu n'as pas de force dans les bras et dans les jambes, le dos ne tient pas. Ensuite, comme on ne pouvait pas le verticaliser autrement, on l'a verticalisé à l'aide de la table SaraCombilizer au bout de 2 semaines de mobilisation. Une fois que j'étais trop contente qu'il soit sur la table de verticalisation et, que tout se soit bien passé, c'est cette nuit-là où il est tombé de la table. Le matin, on arrive, il est intubé. Vraiment, on se dit « zut ». Sur le plan respiratoire, ça n'allait pas, il fallait ventiler sur la douleur. Il s'est fait opérer tardivement puisqu'il n'était pas stable sur le plan respiratoire et les chirurgiens ne pouvaient pas le mettre sur le ventre. Entre sa chute, son opération et l'accord du médecin, nous ne l'avons pas touché pendant 10 jours. Et, après on a recommencé entre le moment où on l'a remobilisé et le moment où il a marché, je dirais qu'il s'est passé 2-3 semaines. Là, il a dû se repasser 2-3 semaines entre ses premiers pas et sa marche d'aujourd'hui sans aide. Il a

dû se passer 15 jours entre chaque étape. Ça peut aller assez vite mais tout dépend de la spécialité de la réanimation. Je pense que nous allons plus vite qu'en neurologie par exemple. Quand on a des patients paraplégiques ou hémiplégiques, nous n'irons pas aussi vite pour le coup car nous ne sommes pas certains de les remettre à la marche. Pour les neuromyopathies de réanimation où je suis, ils récupèrent bien et assez vite car on les mobilise.

Inès : Merci pour ce partage d'expérience. J'ai une dernière question, si on vous demandait de définir la mobilisation précoce assez simplement. Comment la définiriez-vous ?

Madame D : Mobiliser le plus vite possible, le plus rapidement possible un patient à partir du moment où il est stable en vue de réduire les complications et d'améliorer son pronostic fonctionnel à moyen et à long terme.

Annexe VII

	A	B	C	D	E	F
1	ENTRETIENS	QUESTIO	VERBATIMS	Codes	Catégories	Commentaires
17	K		Je pense qu'aujourd'hui ils le sont. **En fait finalement aujourd'hui on attend que les patients soient conscients, on récupère quelque chose qu'on n'est pas capable de faire avant donc on se retrouve à devoir justement les mettre au fauteuil pour récupérer ce que je disais tout à l'heure, de la capacité pulmonaire, mais c'est bien parce qu'ils sont restés alité longtemps qu'ils ont perdu cette capacité pulmonaire.** Fin, c'est une des complications du décubitus. **Ces atélectasies où les poumons finissent par se collaber un peu**. Et donc voilà **si dès le début on avait la possibilité finalement de les verticaliser, au moins du tronc, et ben je pense qu'on se confronterait à moins de problématiques comme ça et que donc en fait finalement si c'est encore plus précoce on n'aurait pas ce côté derrière. Je pense qu'on gagnerait en temps d'intubation et ventilation probablement pour une bonne partie de nos patients.**	Freins	Matériels	
19	K		Aujourd'hui ce n'est pas le cas parce que nous n'avons pas le matériel adapté. C'est à dire que nos fauteuils ne permettent pas d'avoir un patient inconscient dedans. Ce sont des fauteuils coquilles et donc ça reste un fauteuil droit si le patient n'est pas capable de se tenir un peu même si c'est un peu contentionné tout ça enfin c'est pas possible. Si sa tête, ça ne sera pas, fin, on n'a pas ce matériel et aussi probablement car nous avons encore certaine crainte de mobiliser ces patients inconscients.	Freins	Matériels	
22	K		Je pense que, **en tout cas, par exemple moi, avec le matériel que je détiens dans le service que j'ai actuellement, on ne peut pas se permettre de le faire.**	Freins	Matériels	
27	K		Dans les services de soins critiques, **on a l'avantage d'être normé donc en fait il y a un cadre légal qui dit que pour X patients vous avez X infirmières et X aides-soignantes. Dans ces services-là, je pense aux effectifs tout est relatif en fait on se retrouve à fermer des lits pour correspondre aux ressources humaines que nous avons.**	Freins	Moyens humains	
28	K		C'est en adéquation mais par contre vous aurez pas une charge de travail supérieure à ce qu'un soignant est capable. Fin **c'est relatif car un patient n'est pas égal à un autre mais pour autant le cadre légal est respecté, c'est l'avantage de ce service**. C'est une classification, **vous avez une 2 infirmiers pour 5 lits ouverts de réanimation**. Ces professionnels ne sont pas en sous-effectif en tout cas au regard du nombre de patients parce qu'on a pas le droit au regard de la loi par contre le problème souvent c'est que bah **vu qu'on a pas assez de personnel pour X lits alors on ferme des lits. S'il y a 15 lits on va en ouvrir que 10, il y a moins d'offres de soins oui c'est le problème aujourd'hui en fait c'est tout le problème aujourd'hui.** Au final **on ferme des lits pour toujours être en adéquation avec ce que la loi nous impose.** Donc je pense que d**ans les services de soins critiques, vous avez quand même des professionnels qui sont assez proactifs comme ça dans la recherche, dans ces démarches de recherche d'amélioration pratique** etc et qui en soit sont plutôt confortables parce que vu que c'est normé on peut pas les essorer comme malheureusement dans d'autres unités parfois. Il peut parfois avoir 10 ou 20 patients et l'infirmière sera seule et c'est comme ça. Là là au moins il y ce frein bien sûr que vous entendrez que « oui c'est une charge supplémentaire on a déjà plein de choses » et oui c'est vrai. Aujourd'hui, c'est pas un leurre, on fait beaucoup plus avec beaucoup moins.	Freins	Moyens humains	
32			Comme tout patient qu'on met au fauteuil, s'il y a une situation d'urgence avec ce patient, on est quand même beaucoup moins confortable. Donc le temps de recoucher le patient, on perd un peu de temps dans sa prise en charge et ce n'est pas la marge dans un service de réanimation donc ça arrive. Donc **on se sentira beaucoup moins sécure d'avoir un patient fauteuil si on doit faire une réanimation sur un arrêt cardiaque pour l'avoir déjà vécu au fauteuil. Il faut donc recoucher le patient et on perd quelques minutes le temps de le recoucher et faire attention que les fils suivent.** Après je sais pas est-ce qu'il y a des fauteuils prévus pour la possibilité de pouf on les couche ça fait un plan dur et on peut masser. Dans le monde du futur de je ne sais où. **Aujourd'hui on a des matelas avant on avait des lits où quand on faisait un massage, le patient s'enfonçait dedans. Maintenant ils ont tous dans tous les matelas à air, on a un bouton, il**	Freins	Temps de pratique	
34				Freins	Organisation autour du lit	

Inès DIERYCKX

LA MOBILISATION PRECOCE EN REANIMATION

Une meilleure prise en charge des complications liées à un alitement prolongé passe par l'implémentation de nouvelles pratiques. La **mobilisation précoce** des patients hospitalisés en réanimation est une des nouvelles pratiques récentes. Elle est venue bousculer la culture de repos. Même si certains restent partisans de repos, des études cliniques tendent à démontrer les nombreux **bénéfices** de cette pratique. D'ailleurs, la mise en place de programmes de mobilisation précoce en **réanimation** a des enjeux, certes pour les patients, mais aussi pour les établissements hospitaliers. Or, on constate une faible émergence de cette pratique dans les services de réanimation français. C'est pourquoi, une **étude qualitative** a été menée auprès d'onze soignants pour analyser leur perception de la pratique. Les résultats observés montrent principalement un écosystème hospitalier très diffèrent d'un hôpital à un autre. Au regard de cette analyse, des **préconisations** sont disponibles afin de mettre en lumière les possibles améliorations pour étendre cette pratique à l'ensemble des services de réanimation en France.

Mots-clés : mobilisation précoce, bénéfices, réanimation, étude qualitative, préconisations

EARLY MOBILIZATION IN INTENSIVE CARE

Better management of complications related to prolonged bed rest requires the implementation of new practices. **Early mobilization** of hospitalized patients in intensive care is one of the new practices. This practice shakes up the rest culture. Although some remain advocates of rest, clinical studies tend to demonstrate the many **benefits** of this practice. Moreover, the implementation of early mobilization programs in **intensive care** has challenges, not only for patients, but also for hospitals. However, there is a slight emergence of this practice in French resuscitation services. Therefore, a **qualitative study** was conducted among eleven caregivers to analyze their perception of the practice. The observed results show mainly a hospital ecosystem very different from one hospital to another. Based on this analysis, **recommendations** are available to highlight possible improvements to extend this practice to all resuscitation services in France.

Key words : early mobilization, benefits, intensive care, qualitative study, recommendations