

Qu'est-ce que le déconditionnement?

Ensemble des conséquences physiques, mentales et sociales reliées à l'inactivité, à une période de sédentarité et à la sous-stimulation intellectuelle et sociale. (MSSS, 2020) Il faut agir rapidement !

CONSÉQUENCES

- ↓ participation aux AVQ, AVD et activités sociales
- ↑ du risque de lésions de pression
- ↓ masse musculaire et faiblesse
- ↓ masse osseuse et ↑ des risques de fractures
- ↑ pertes d'équilibre et le risque de chutes

A ⇒ AUTONOMIE ET MOBILITÉ

I ⇒ INTÉGRITÉ DE LA PEAU

N ⇒ NUTRITION ET HYDRATATION

É ⇒ ÉLIMINATION

E ⇒ ÉTAT COGNITIF

S ⇒ SOMMEIL

PTI – CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Exemples de problèmes ou besoins prioritaires

CONSTATS DE L'ÉVALUATION			
No	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	
1	Risque de chute		
2	Chute avec impact crânien		
3	Douleur		
4	Diminution de la force musculaire		
5	Diminution de l'autonomie aux AVQ		
SUIVI CLINIQUE			



SAVIEZ-VOUS QUE...?

- ↓ 1 à 5 % masse musculaire par jour inactif¹
- Un jour alité = 3 jours de récupération¹
- Le risque d'une nouvelle chute au cours de l'année suivante est 3 fois plus élevé²
- 20 % des aînés victimes d'une fracture par chute décèdent l'année suivante²
- Un dépistage du risque de chute (test talon-orteil ou échelle de Morse) doit être fait si : admission, changement de chambre ou de l'état de santé et suite à une chute
- Le recours à la contention n'a pas d'effet sur la réduction des chutes et ↑ les blessures graves, la perte d'autonomie fonctionnelle et les décès³
- Légalement, une mesure de contrôle ne peut être appliquée face à un danger imminent qu'en dernier recours si les mesures de remplacement sont insuffisantes³
- Toute mesure de contrôle doit au minimum être surveillée aux heures, aux 8 h par une infirmière et révisée aux 3 mois (PRO-10022)
- La douleur peut expliquer le changement de comportements ou une ↑ des SCPD
- La prévalence de la douleur chronique est estimée à plus de 80 % en CHSLD et est généralement sous-évaluée et sous-traitée⁴

UNE APPROCHE « AINÉES » ADAPTÉE ET INTERDISCIPLINAIRE

Intervenir au quotidien



DES INTERVENTIONS PRIORITAIRES QUOTIDIENNEMENT

Chaque petit geste compte !

Autonomie et mobilité

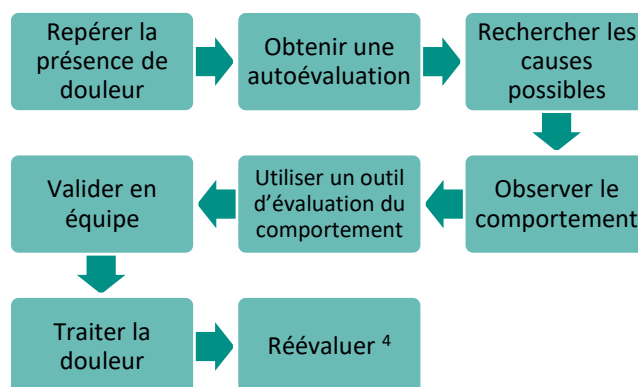
1. Surveiller/évaluer le risque de chutes : *médication, faiblesse, besoin pressant d'uriner, environnement dégagé, aide technique à portée, etc.*
2. Assurer la sécurité à la marche : *souliers, aide technique, lunettes, appareil auditif, degré d'autonomie, etc.*
3. Se référer et respecter le plan de travail : *plan d'assistance, SMAF – TAI, PTI, Portrait AINÉES, PII*
4. Impliquer et faire de l'enseignement aux usagers, aux proches, aux visiteurs, aux bénévoles, etc.
5. Surveiller et évaluer les signes de la douleur
6. Assurer la mobilisation aux 2h : *au lit, au fauteuil*
7. Assurer une séance au fauteuil minimum 2-3 fois par jour
8. Assurer la participation aux programmes d'exercices quotidiennement : *individuels, classes d'exercices, programmes de marche, Physifun, pédalier, etc.*
9. Faire participer activement aux AVQ-AVD et lors des déplacements : *respecter son rythme ; Ø faire à la place*
10. Favoriser l'utilisation de mesures de remplacement : *prévenir les mesures de contrôle, l'apparition des SCPD*

PRÉVENIR LES CHUTES ET PERTES D'AUTONOMIE

- Un plan d'interventions doit agir sur chaque facteur de risque de chute [AMC-DSIEU 6009](#)
- Encourager la mobilisation et réaliser des exercices (actifs ou passifs) lors des soins
- Utiliser une ceinture de marche au besoin
- Laisser à portée la cloche d'appel et les objets
- Encourager la verticalisation, la mise en charge et la flexibilité (laisser faire ses soins)
- Attendre quelques secondes au lever, avant de faire marcher et s'assurer de l'équilibre
- Ajuster le lit au niveau le plus bas afin d'assurer le transfert autonome et sécuritaire
- Désencombrer l'environnement (main courante libre sur un côté du corridor, cacher les tabourets à roulette, chaises de repos à l'errance, etc.)

SOULAGER LA DOULEUR

- Utiliser l'échelle PACSLAC pour évaluer l'intensité de la douleur et l'efficacité des interventions auprès de toutes les clientèles non communicantes ou atteintes d'un TNCM :
 - À l'admission, 1 fois/semaine x 4
 - Au minimum 1 fois par mois
 - Lors d'une détérioration de l'état de santé
 - Lors d'un diagnostic potentiellement douloureux
 - Lors d'un traitement analgésique en cours



OUTILS CLINIQUES ET FORMATIONS

- ☒ APTD # 5-10-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-26
- ☒ Page intranet : [Prévention des chutes](#) et [Mesures de contrôle](#)
- ☒ [CDR-10124 Cadre de référence de prévention des chutes](#) et [PRO-10212 Prévention des chutes](#)
- ☒ [CLI-60248 Dépistage - Risque de chute](#)
- ☒ [AMC-DSIEU 6009 Évaluation et interventions liées aux facteurs de risque de chute](#)
- ☒ [Affiche Tournée intentionnelle](#)
- ☒ [CLI-60058 Mesures de remplacement](#)
- ☒ [CLI-60287 Grille d'observation PACSLAC-F](#)
- ☒ [CLI-60296 Journal de la douleur PACSLAC-F](#)

REFERENCES

- ¹ Leblanc, J., (2020). COVID-19 – Particularités gériatriques – Guide de soins et revue de la littérature (version 2020.05.03). Montréal (Qc) : Service de gériatrie du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)
- ² Gouvernement du Canada, 2014. Chutes chez les aînés au Canada : Deuxième rapport
- ³ MSSS, 2002. Programme de formation : Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement
- ⁴ <https://www.aqiig.org/publications/La-Gerontoise-28-1.pdf>, 2017