

Formation de l'approche adaptée à la personne âgée et prévention des risques (1^{ière} partie)

Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire

Révisé Novembre 2019

Priorité ministérielle depuis 2011

Soins de santé adaptés aux besoins spécifiques des personnes âgées deviennent prioritaires.

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Cadre de référence



2011-2015 Plusieurs actions posées pour adapter les organisations et les pratiques de soins des hôpitaux aux besoins et aux caractéristiques des personnes âgées.

2015-2020 Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées.

L'Approche adaptée à la personne âgée

Sensibiliser et outiller les professionnels, les gestionnaires et le personnel des centres hospitaliers au phénomène du déclin fonctionnel iatrogène (conséquence indésirable des soins et des traitements médicaux)

- Introduire les concepts généraux et les fondements de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA).
- Effectuer un retour sur les principes de prévention des chutes et des plaies de pression.
- Favoriser l'interdisciplinarité.



- ❖ Introduction à l'AAPA.
- ❖ Déclin fonctionnel: ***Délirium***
Syndrome d'immobilisation
- ❖ Continuum de soins --- de l'arrivée au congé
 - Dépistage/Repérage (***PRISMA-7***).
 - Évaluation et surveillance (***AINÉES***).
 - Interventions selon 3 paliers : ***Systématiques***
Spécifiques
Spécialisés
- ❖ Évaluation des risques: **Vieillessement normal versus pathologique.**
- ❖ Planification de congé dès l'arrivée.

❖ Prévention des chutes

- *Dépistage du risque*
- *Mise en place d'interventions préventives*
- *Mise en place d'un outil de communication de la mobilité*

❖ Travail interdisciplinaire

- *Rôles et responsabilités des intervenants*
- *Collaboration de la réadaptation*

Qui sont les aînés ?

Clientèle cible de 75 ans et plus ...

Caractéristiques :

- Diminution des réserves physiologiques et fonctionnelles
- Sensibilité médicamenteuse accrue
- Plus grande consommation de médicaments
- Récupération fonctionnelle plus longue
- Risque plus grand de déclin fonctionnel rapide
- Insécurité face à la maladie et l'hospitalisation
- Volonté de continuer à s'impliquer, autonomisation
- Vulnérabilité psychosociale
- Priorité axée sur la qualité de vie restante

Profil gériatrique: 65 ans à 74 ans présentant un ou plusieurs éléments suivants:

- Polymédication
- Diagnostic de maladie dégénérative ou débilitante (ex: Parkinson, AVC, ...)
- Trouble de marche ou d'équilibre ou chute dans les 6 derniers mois.
- Troubles cognitifs
- Difficulté à accomplir ses AVQ.
- Perte de poids dans les six derniers mois.
- Dépression dans les deux dernières années.

Le portrait des aînés au Québec

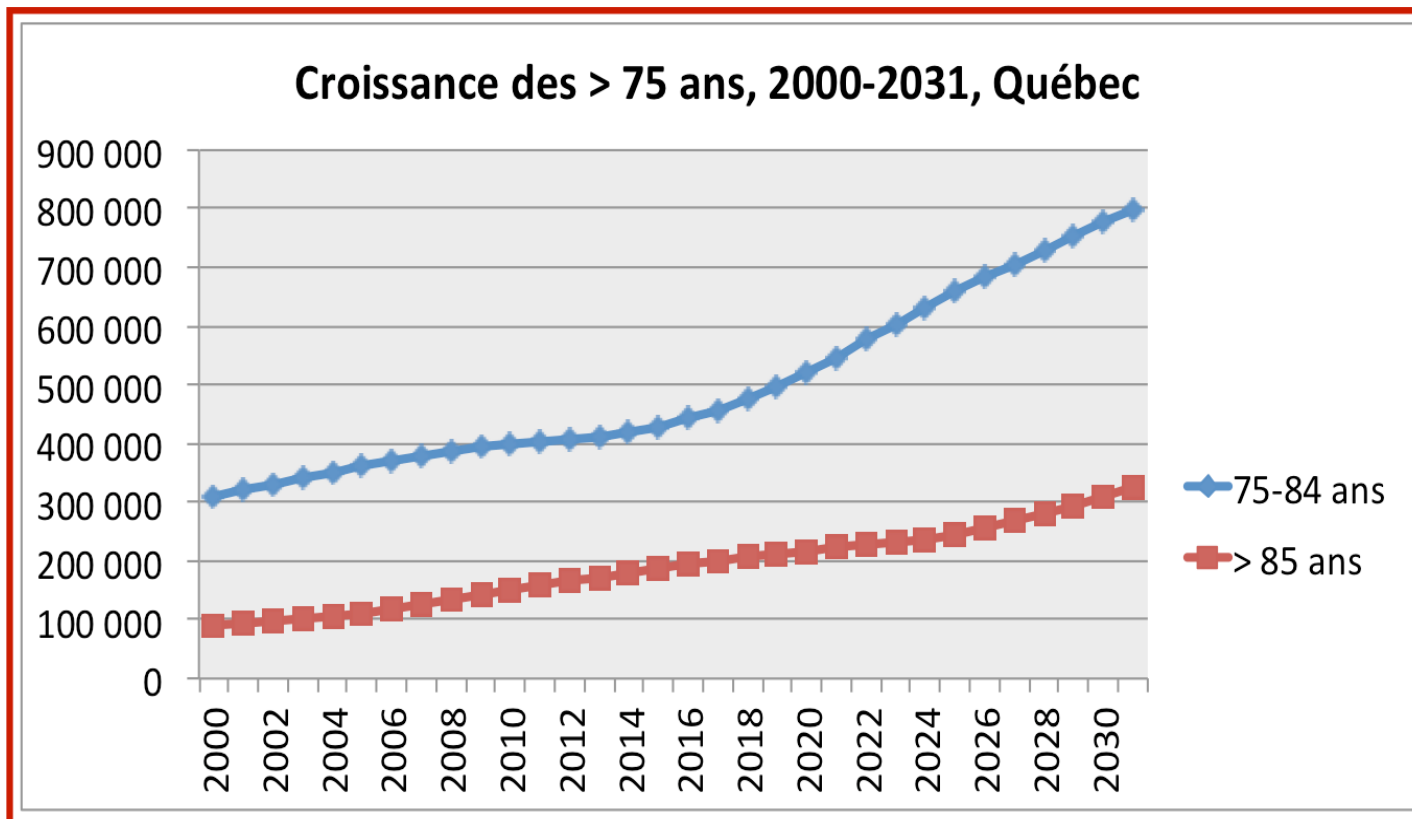
- Tendances démographiques et utilisation des services
 - **14,4 %** de la population ≥ 65 ans ; 6,6 % ≥ 75 ans
 - **45 %** des jours d'hospitalisation ≥ 65 ans; 31 % ≥ 75 ans
 - Séjour plus long à l'urgence et aux unités
- **Au CISSSMO** = 57 000 personnes de 65 ans et +

AAPÂ

Introduction

Vieillesse de la population québécoise

- D'ici 2031, la population > 65 ans va **DOUBLER** pour représenter le $\frac{1}{4}$ de la population totale.



(Institut de la statistique du Québec)

1. Mythes et croyances

- Guérison par le repos

2. Ignorance des besoins particuliers de la PA

- Objectifs non personnalisés
- Absence d'évaluation des capacités et du potentiel
- Peu d'interventions préventives ciblant les complications

3. Approche par organe

4. Manque de travail interdisciplinaire

Pratique non adaptée

Conséquences d'une pratique non adaptée

L'approche actuelle de soins est axée sur la réponse aux besoins de l'adulte en général et non pas sur les besoins spécifiques de la personne âgée, sur les facteurs de risque et sur la physiologie propres au vieillissement.

Les conséquences de cette lacune sont considérables!

Conséquences d'une pratique non adaptée en CHSGS

- ↑ retard du diagnostic
- ↑ délai d'intervention
- ↑ durée moyenne de séjour
- ↑ mortalité
- ↓ accessibilité des lits à l'urgence et dans les unités
- ↑ réadmissions à l'hôpital
- ↑ admissions en CHSLD
- ↑ charge de travail associée à la complexité des soins
- ↑ coûts



Jusqu'à maintenant, l'AAPÂ

Résultats probants

Des résultats encourageants

L'efficacité des interventions préventives systématiques préconisées par l'approche adaptée a été démontrée dans plusieurs études.

Amélioration de la santé des personnes âgées	
Déclin fonctionnel	↓ 30 %
Delirium et diminution de sa durée	↓ 25 - 70 %
Chutes	↓ 25 %
<u>Médicaments psychotropes</u>	↓ 50 %
Contentions	↓ 65 - 90 %
Satisfaction des patients	↑
Amélioration de l'organisation des services de santé	
Taux d'hébergement	↓
Durée de séjour à l'hôpital	↓
Coûts	↓
Satisfaction du personnel soignant	↑

Des hôpitaux québécois ont déjà mis en œuvre des actions concrètes en ce sens avec des résultats positifs et prometteurs.

L'hôpital : pour régler des problèmes, ne pas en causer

➤ **Avez-vous des exemples?**



Pourquoi l'AAPA ?

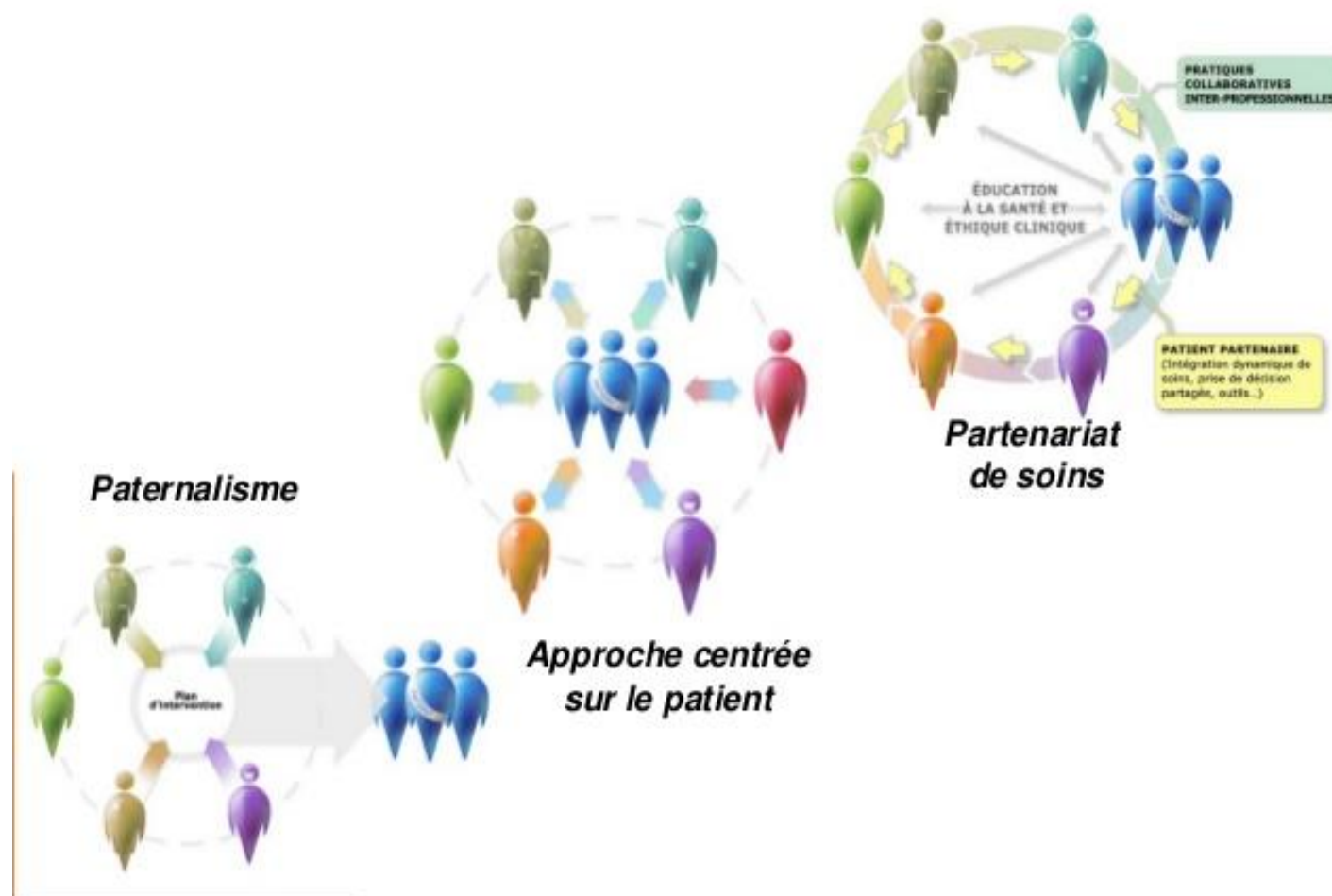
↓ le phénomène du déclin fonctionnel iatrogène

(conséquence indésirable des soins/ traitements médicaux)

Chute	Attitudes des soignants et des proches
Plaies nosocomiales	« Maternage» ou faire à sa place pour gagner du temps
Délirium	Solutés
Syndrome d'immobilisation	Sondes ou autres rendant la mobilisation très difficile
Environnement physique non adapté	Effets secondaires médication

Un peu d'histoire ...

SORTIR DU PATERNALISME



Le visiteur

- Échange, tient compagnie
- Encourage l'utilisateur

Le proche aidant/ Famille

- Échange, tient compagnie, encourage
- Contribue aux soins (ex: marche, habillage, repas)
- Aidait déjà souvent à la maison (ex: emplettes, habillage, repas)

Objectifs de l'AAPÂ

➤ *Pourquoi l'AAPÂ ?*

Favoriser le retour de la personne âgée dans son milieu.

➤ *Comment ?*

- En repérant et identifiant les patients à risque.
- En évaluant le profil d'autonomie du patient à l'admission.
- En mettant l'accent sur la prévention et les soins de base.
- En mettant en place une culture interdisciplinaire.

DÉCLIN FONCTIONNEL

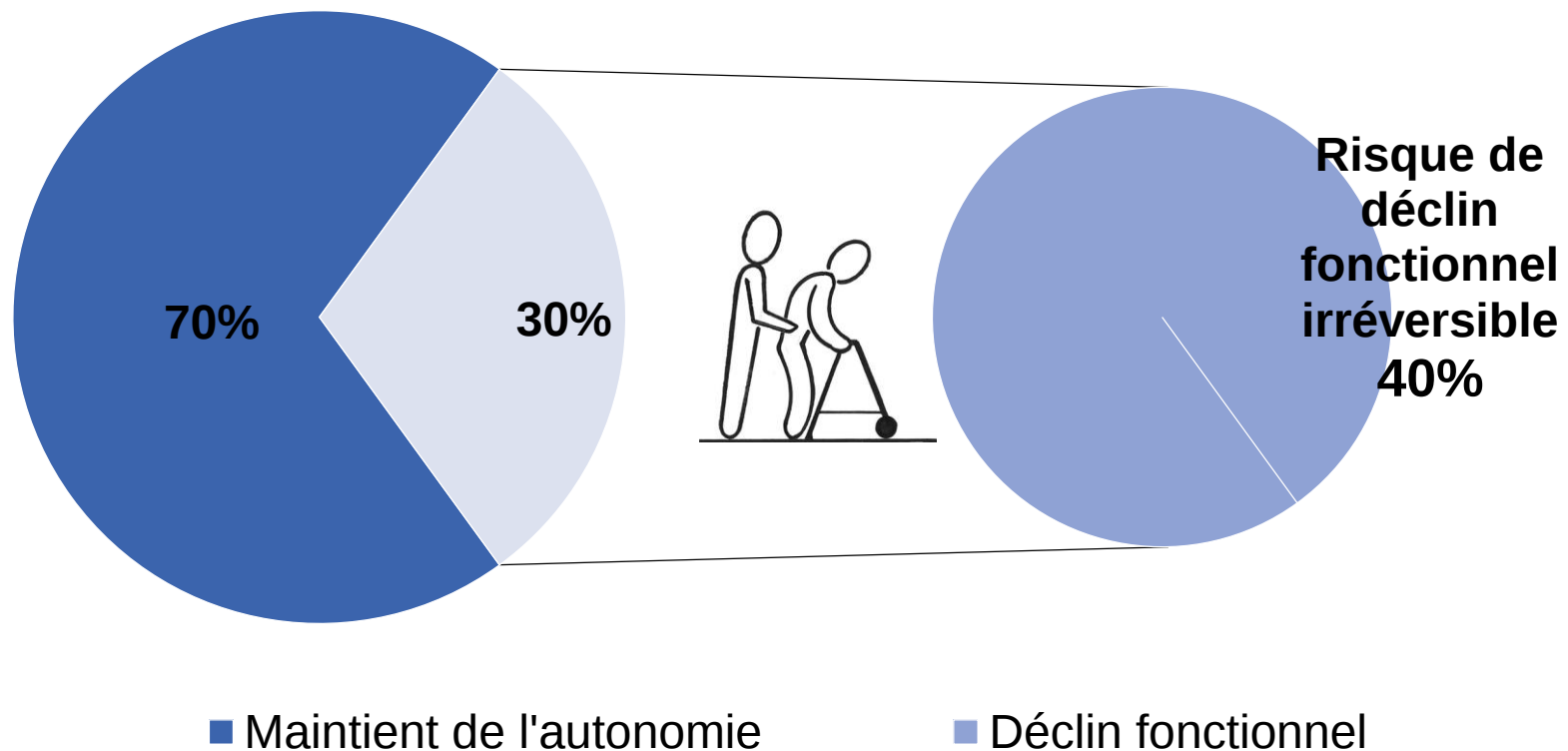
Déclin fonctionnel

Déclin des capacités fonctionnelles chez la personne âgée c'est-à-dire ; AVQ, AVD et les activités de la vie en société



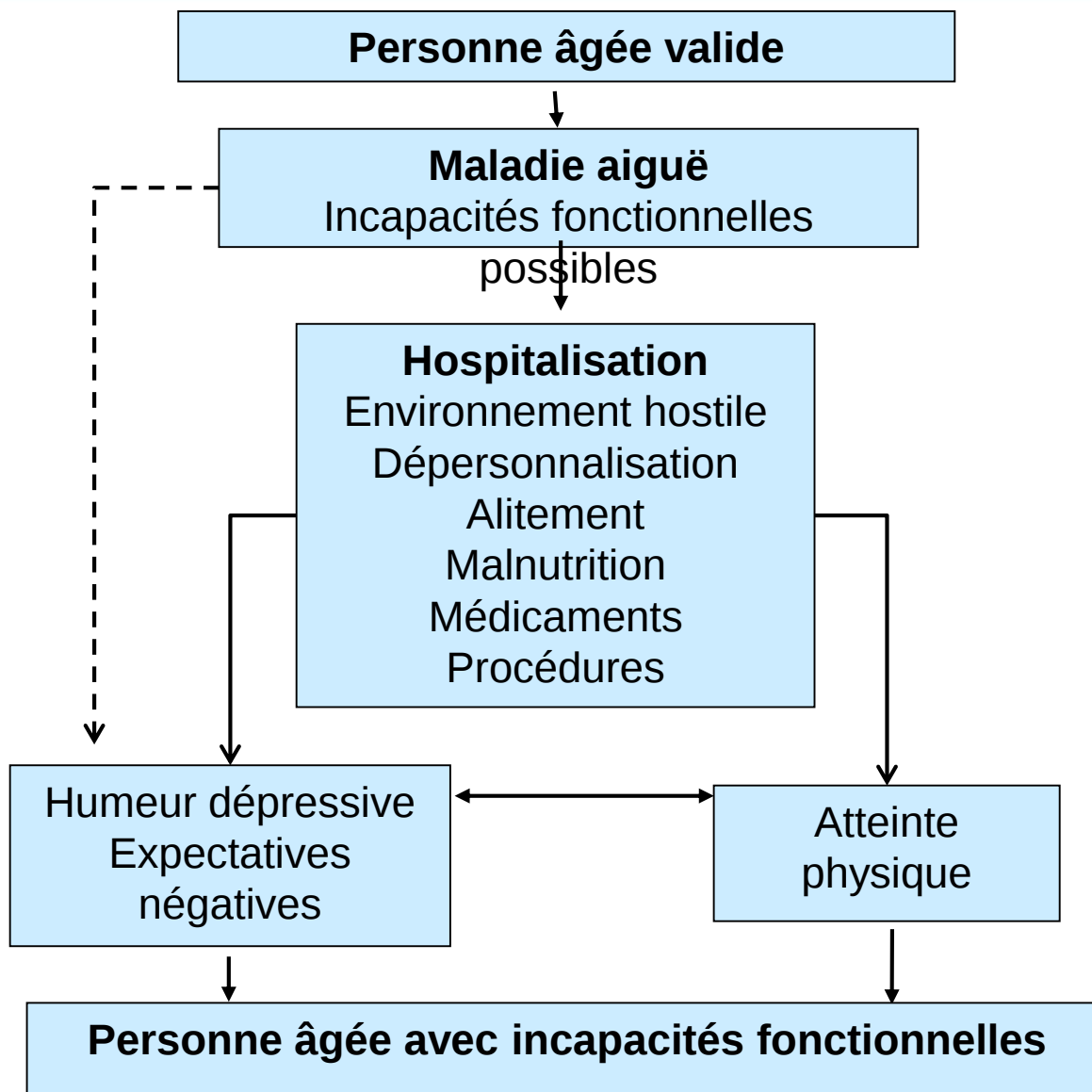
Déclin fonctionnel

Lors de l'hospitalisation



DÉCLIN FONCTIONNEL

22



Déclin fonctionnel

Prévenir le déclin fonctionnel :

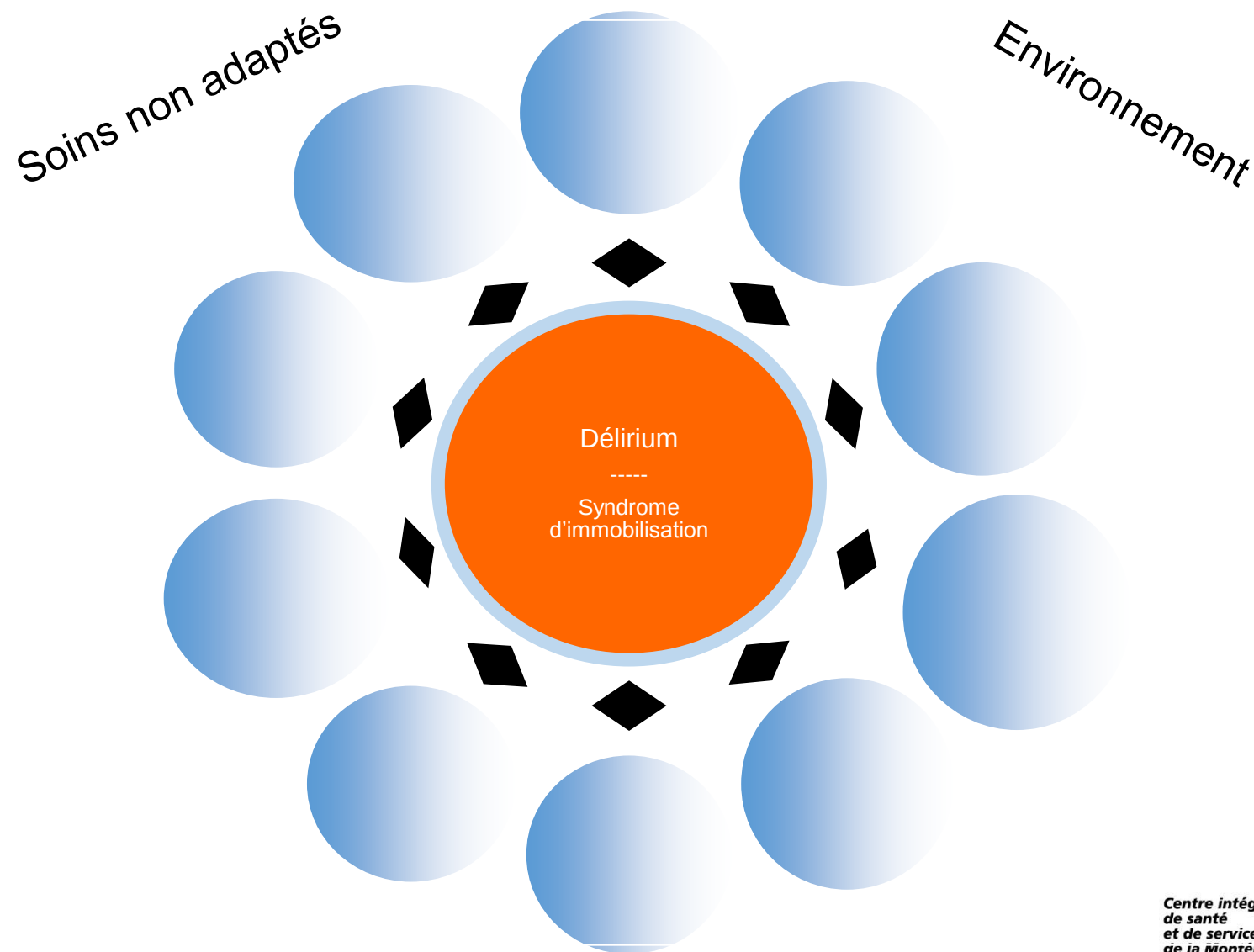
Agir sur le **Délirium** et le **Syndrome d'immobilisation**

Rappelez-vous ...

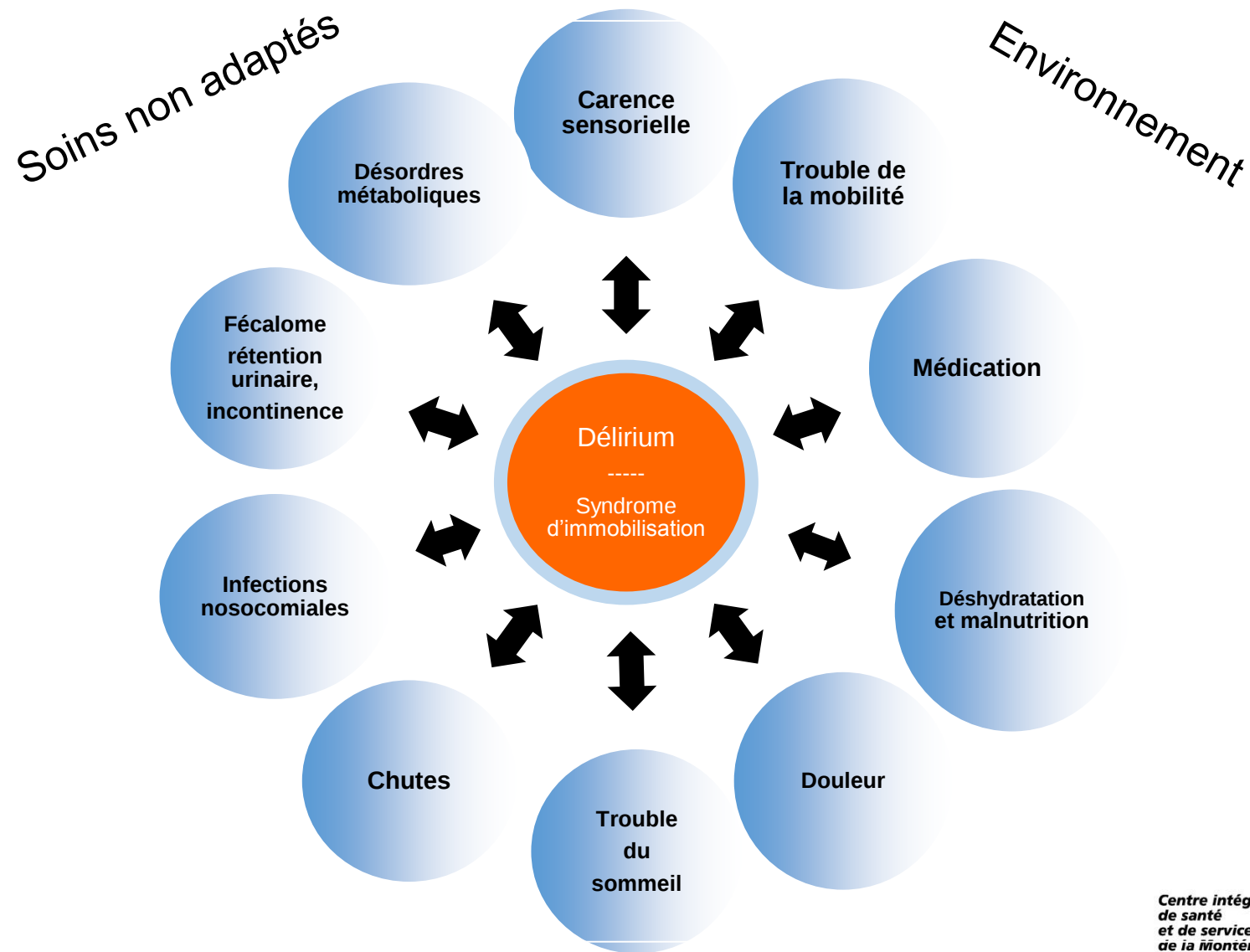
**LES CONTRES-INDICATIONS À LA
MOBILISATION SONT RARES !!!**

- Fractures instables : colonne, rachis...
- Angine instable
- État de choc

Déclin fonctionnel --- Facteurs de risque



Déclin fonctionnel --- Facteurs de risque



Le délirium

est un syndrome organique d'installation aiguë ou subaiguë, habituellement transitoire et réversible, qui peut se présenter à tout âge, mais qui est particulièrement fréquent chez la personne âgée.

Il peut être le mode de présentation d'une maladie aiguë, d'une complication postopératoire, d'une intoxication, de l'effet secondaire d'un médicament ou d'une combinaison d'événements, suffisamment intenses pour perturber l'état mental d'une personne âgée fragile.

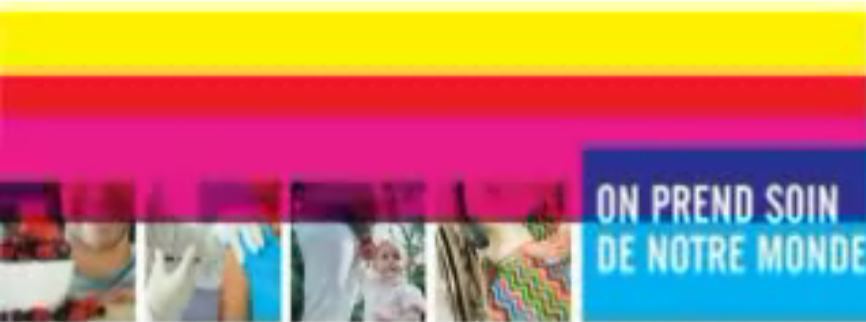
PRINCIPAUX FACTEURS PRÉDISPOSANTS ET PRÉCIPITANTS

FACTEURS PRÉDISPOSANTS	FACTEURS PRÉCIPITANTS
Déficit cognitif	Contention
Maladie grave (comorbidité importante)	Dénutrition
Abus d'alcool	Ajout de 3 médicaments et plus
Déshydratation, dénutrition	Cathéter urinaire
Atteinte sensorielle (déficit auditif, déficit visuel)	Événement iatrogénique
Histoire antérieure de maladie vasculaire cérébrale	Infection
Dépression	Perturbation métabolique, électrolytique et endocrinienne
Antécédents de delirium	Accident vasculaire cérébral, hémorragie intracérébrale
Âge	Sevrage alcoolique ou médicamenteux
Incapacité fonctionnelle	Douleur
Homme	Chirurgie

Prévention des chutes -- Facteurs de risque

Délirium vs Démence

Délirium	Démence
- Apparition soudaine	- Apparition graduelle
- Inattention	- Perturbation de mémoire
- Niveau de conscience anormal	- Niveau de conscience normal
- Fluctuation (minutes ou heures)	- Pas de fluctuation / un déclin graduel
- Réversible	- Irréversible
- Hallucination (courant)	- Hallucination (seulement dans un état avancé)



2016-11-28 16h00 Changement comportement depuis cet après-midi, désorganisée. Hallucination, dit voir son mari, parle avec lui. Collabore q soins, prend sa médication. Miction X 3, aucune dlr, T° 36.3. DRE Monette avisée.

19h00 ↑ agitation, veut quitter. Intolérance au bruit; ↓ son cloche d'appel.

01:00 Insomnie, assise au fauteuil, dit ne pas être fatiguée.

05:00 Calme, semble dormir

Signes AINÉES

Questionner à l'arrivée → Portrait habituel à domicile

- 1) Quel était l'AINÉES de ce patient avant sa venue à l'hôpital.
- 2) Que puis-je faire pour maintenir ses acquis AINÉES durant son séjour ?
- 3) Est-ce que j'observe une détérioration ou problème de l'AINÉES chez ce patient.
- 4) Que puis-je faire pour traiter les problèmes de cet AINÉES.
- 5) Le plan de traitement actuel est-il le meilleur pour favoriser l'AINÉES de ce patient ?
- 6) Comment faire en sorte que le patient et ses proches deviennent des partenaires pour maintenir cet AINEES.
- 7) Que dois-je communiquer et documenter pour assurer la continuité de l'AINÉES ?

Syndrome d'immobilisation

Définition :

Ensemble des détériorations musculaires, ostéoarticulaires, cutanées, neurologiques, psychiques, viscérales et métaboliques dues à un alitement prolongé et à la suppression des activités quotidiennes.

- Découle des conséquences de l'alitement ou de la réduction des mouvements.
- Peut causer des dommages **irréversibles** multisystémiques.
- Constitue un des plus grands problèmes menant à la perte d'autonomie chez la clientèle vieillissante.

33

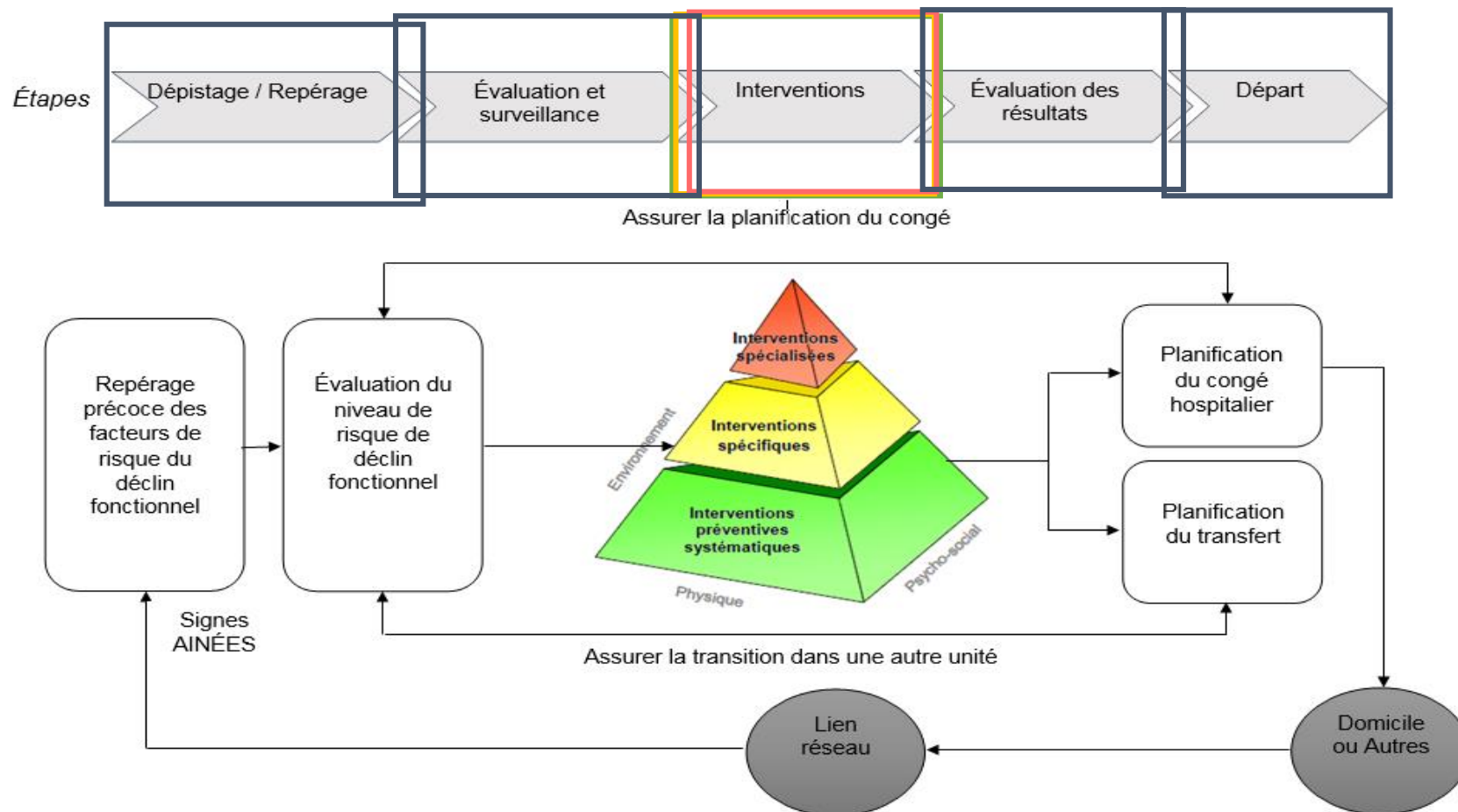
FIGURE 7



Syndrome d'immobilisation

Facteurs prédisposants	Facteurs précipitants
Grand âge (85 ans et plus)	Long séjour
Atteinte cognitive	Environnement non adapté
Genre (femme)	Maintien au lit
Difficulté dans les AVQ préhospitalisation	Aide systématique dans les AVQ
Cancer	Tolérance ou induction de la malnutrition
Race blanche	Utilisation prématurée de contention
Déplacement avec déambulateur ou fauteuil roulant préhospitalisation	Imposition de routine rigide
Plus de 4 comorbidités	Médication et interventions non-appropriées
Facteur culturel	

Approche adaptée à la personne âgée



PRISMA-7

Définition :

L'outil de repérage PRISMA-7 permet d'identifier les personnes en perte d'autonomie modérée à grave qui ne sont pas connues du réseau de la santé et des services sociaux.

Le but est avant tout de repérer les usagers en perte d'autonomie à la salle d'urgence, pour qu'ils soient pris en charge par le CLSC.

Dépistage / Repérage

PRISMA-7

Questionnaire important, car permet de faire connaître la clientèle vulnérable et possiblement d'évaluer leurs besoins afin de leur donner des services adaptées.

Le but ultime est d'éviter des visites répétées à l'urgence par une meilleure prise en charge du SAD.

Présentement, des travaux d'optimisation sont en cours.

Le questionnaire *PRISMA-7*

Question	réponse	
1. Avez-vous plus de 85 ans ?	oui	non
2. Sexe masculin ?	oui	non
3. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ?	oui	non
4. Avez-vous <u>besoin</u> de quelqu'un pour vous aider régulièrement ?	oui	non
5. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à rester à la maison ?	oui	non
6. Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ? *	oui	non
7. Utilisez-vous régulièrement une canne ou une marchette ou un fauteuil roulant pour vous déplacer ?	oui	non

Nombre de « oui » et de « non »

—

—

Outils AINÉES

A Autonomie et Mobilité

I Intégrité de la peau

N Nutrition et Hydratation

É Élimination

E État cognitif et comportement

S Sommeil

À la maison	À l'hôpital	* L'objectif...
A I N É E S	A I N É E S	Réduire l'écart entre son état actuel et notre objectif à atteindre d'ici son congé de l'hôpital Collecte de données PTI

Signes AINEES

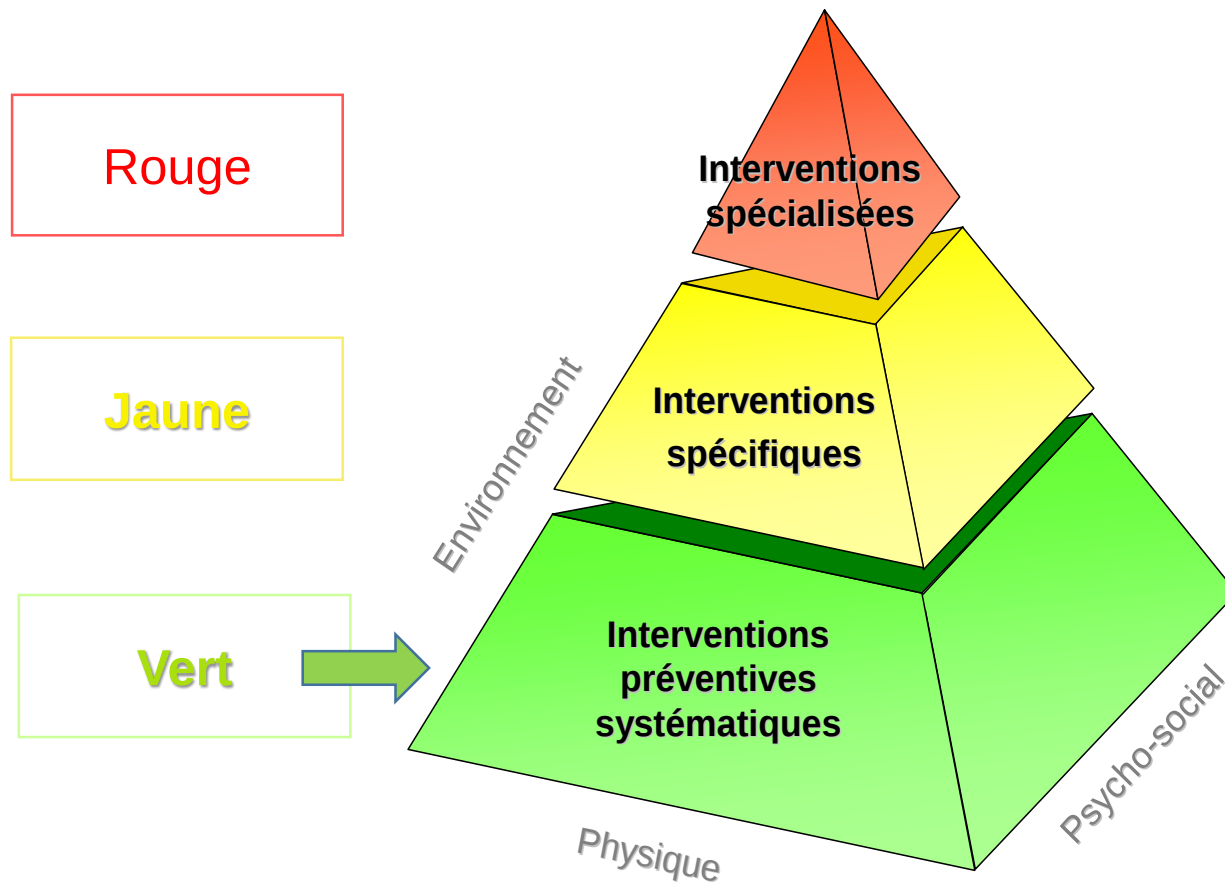
- Questionner à l'arrivée → Portrait habituel à domicile
- Évaluer → Portrait actuel
- Prévenir / Intervenir :
 - A** mesures favorisant l'Autonomie fonctionnelle, la mobilité
 - I** mesures favorisant l'Intégrité cutanée
 - N** mesures favorisant la santé Nutritionnelle, l'hydratation
 - É** mesures favorisant l'Élimination
 - E** mesures favorisant le maintien de l'État cognitif et comportemental
 - S** mesures favorisant le Sommeil
- Surveiller / Communiquer / Documenter

AAPÂ

Interventions types

Systematiques – Spécifiques – Spécialisées

Les paliers



1 journée d'alitement = 3 jours de réadaptation

1 semaine d'alitement, il faudra compter 3 semaines de réadaptation

AINÉES





Saviez-vous qu'il est NORMAL de ...

1. Marcher avec le tronc légèrement penché vers l'avant
2. Se reposer au milieu d'un long trajet
3. Présenter un ralentissement dans l'exécution de ses soins personnels ou de fractionner l'activité
4. Marcher plus lentement avec une réduction de la hauteur et de la longueur des pas

AINÉES



Vieillesse pathologique



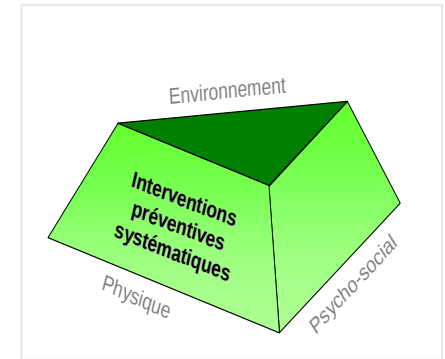
1. Prendre 2 essais et plus pour se lever d'une chaise
2. Circule en se retenant aux meubles ou aux murs
3. Présente des douleurs à la mobilisation
4. A chuté ou a peur de chuter

AINÉES



Pistes d'interventions

1. Encourager une mobilisation précoce
2. Favoriser les prises de repas au fauteuil
3. Évaluer et traiter la douleur
4. Encourager la marche (impliquer la famille/proche aidant)
5. S'assurer du port des prothèses (auditives, lunettes, dentaires)



Avez-vous d'autres exemples ?

AINÉES

Vignette clinique 1
2015-11-03

M. Desmarais, 79 ans, est hospitalisé pour une chute à domicile ayant occasionné une fracture de l'humérus droit. Il habite seul et était autonome dans ses AVQ. Il nécessite de l'aide de son fils et de sa voisine pour l'entretien de sa maison. Il consomme parfois de la bière avant le souper. Il porte des lunettes et des prothèses dentaires. Il est alerte et orienté dans les 3 sphères.

Ses antécédents médicaux sont : dyslipidémie, HTA, IM en 2010, délirium lors de l'hospitalisation de 2010 et arthrite.

Sa liste de médicaments est la suivante :

- Imdur 60 mg po die
- Hydrodiuril 25 mg po die
- Lipitor 20 mg po die HS
- Ibuprofène 200 mg 1 co q 6h PRN
- Nitroglycérine 1 inh q 5 min x 3 PRN si douleur angineuse
- Serax 7.5 mg po die HS PRN
- Le médecin a ajouté à sa médication usuelle : Supeudol 5 mg po q 4h PRN

✚ Selon vous, quels sont les facteurs de risque de déclin fonctionnel présents chez M. Desmarais?

HISTOIRE DE CAS

Infirmière

M. Desmarais, 79 ans, est hospitalisé pour une chute à domicile ayant occasionné une fracture de l'humérus droit. Il habite seul et était autonome dans ses AVQ. Il nécessite de l'aide de son fils et de sa voisine pour l'entretien de sa maison. Il consomme parfois de la bière avant le souper. Il porte des lunettes et des prothèses dentaires. Il est alerte et orienté dans les 3 sphères.

Ses antécédents médicaux sont : dyslipidémie, HTA, IM en 2010, délirium lors de l'hospitalisation de 2010 et arthrite.

Sa liste de médicaments est la suivante :

- Imdur 60 mg po die
- Hydrodiuril 25 mg po die
- Lipitor 20 mg po die HS
- Ibuprofène 200 mg 1 co q 6h PRN
- Nitroglycérine 1 inh q 5 min x 3 PRN si douleur angineuse
- Serax 7.5 mg po die HS PRN
- Le médecin a ajouté à sa médication usuelle : Supeudol 5 mg po q 4h PRN

Selon vous, quels sont les facteurs de risque de déclin fonctionnel présents chez M. Desmarais?

Âge	Antécédents de délirium
Chute	Trouble de la mobilité
Fracture récente	Douleur
Risque d'effets secondaires de la médication	

Intégrité de la peau



Un ulcère de pression peut survenir en seulement 3 heures d'alitement

Une lésion ischémique des talons ... à l'intérieur d'un quart de travail

52% des plaies de stade 4 prennent 1 an pour guérir

AINÉES



Saviez-vous qu'il est NORMAL d' ...

1. Avoir une texture plus sèche de la peau
2. Avoir un temps de cicatrisation plus long et de moins bonne qualité
3. Avoir un amincissement de la peau



AINÉES

Vieillissement pathologique

1. Apparition de rougeur au siège et aux talons après un positionnement prolongé de plus de 2 heures
2. Cisaillement de la peau après un déplacement au lit
3. Prurit et lésions de grattage



AINÉES

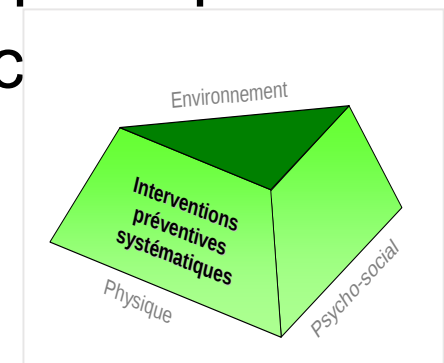


Pistes d'interventions

1. Assurer un positionnement adéquat au lit et au fauteuil
2. Encourager la mobilité (impliquer la famille)
3. S'assurer du contrôle de l'humidité donc diminuer la friction et du cisaillement
4. Faire une demande de surface thérapeutique PRN
5. Éviter port de la culotte d'incontinence

Avez-vous d'autres exemples ?

AINÉES



N

Pour une personne âgée hospitalisée, les besoins en protéines sont presque le double de ceux d'un adulte en bonne santé afin de conserver sa masse musculaire

60 ml/heure, i.e. 4 cuillères à soupe d'eau suffisent pour maintenir une hydratation adéquate

AINÉES



Saviez-vous qu'il est **NORMAL** de ...

N

1. Perdre un peu de masse musculaire
2. Moins ressentir la soif
3. Préférer prendre des petits repas mais de manger souvent

AINÉES



Vieillesse pathologique

N

1. Présente une perte d'appétit ou du dégoût alimentaire
2. Perdre du poids durant l'hospitalisation
3. Devenir confus, désorienté, propos incohérents (suite à la déshydratation)
4. Présente un retard dans la guérison des plaies

AINÉES

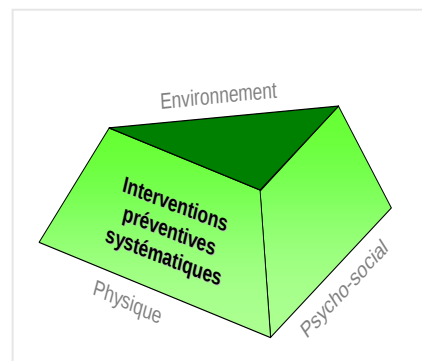


Pistes d'interventions

1. Assurer le port des prothèses dentaires
2. Stimuler à boire et manger (impliquer la famille)
3. S'assurer de positionner le patient adéquatement avant de servir le repas
4. Offrir l'assistance nécessaire à chaque repas (PAB – membres de la famille)

Avez-vous d'autres exemples ?

AINÉES



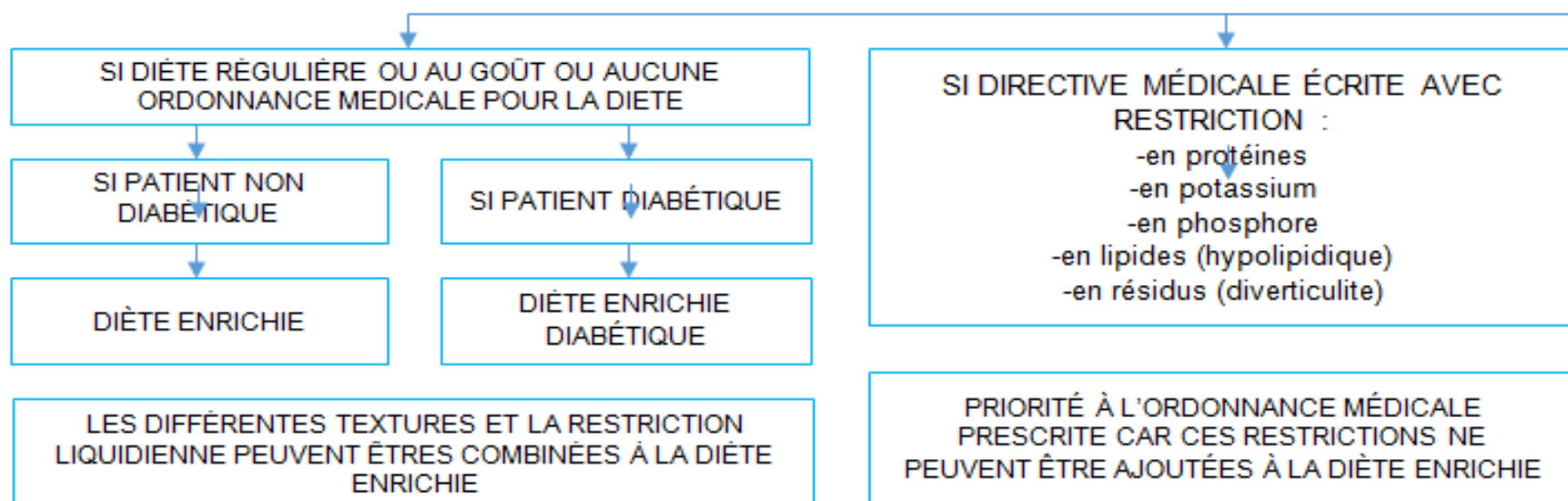
Nutrition / Hydratation

MODALITÉS D'APPLICATION DE LA DIÈTE ENRICHIE

Les diètes enrichie et enrichie diabétique sont des diètes riches en énergie et en protéines qui correspondent davantage aux besoins des personnes âgées en milieu hospitalier que la diète régulière.

PATIENTS 75 ANS ET PLUS NON DIALYSÉS

ÉVITEZ LES DIÈTES RESTRICTIVES



Adapté de : L'Approche interdisciplinaire OPTIMisation des soins aux personnes Agées à l'Hôpital (OPTIMAH) du CHUM.



L'utilisation précoce et inappropriée de produits d'incontinence et de sondes urinaires sont des facteurs qui contribuent à l'apparition de l'incontinence de façon permanente chez la personne âgée hospitalisée

AINÉES





Saviez-vous qu'il est NORMAL de ...

1. Ressentir durant la journée le besoin d'urine q 2 à 3 heures
2. Se lever 1 à 2 fois la nuit pour uriner
3. D'avoir un résidu post mictionnel entre 50 à 100 ml
4. Que la vessie devienne plus sensible aux irritants vésicaux (Caféine-Bière-Vin-Mets épicés)

AINÉES





Vieillesse pathologique

1. Se plaindre de douleur ou brûlure mictionnelle
2. Présenter une urine trouble ou malodorante
3. Perdre ses urines lorsque la personne tousse ou effectue un effort physique
4. Se lever plus de 2 fois par nuit pour uriner

AINÉES

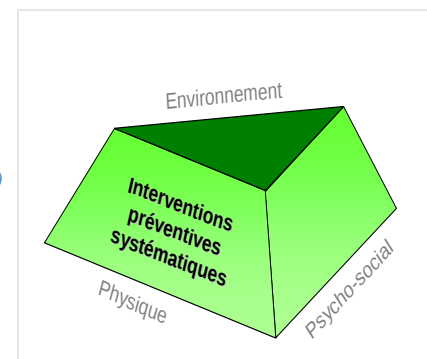


Pistes d'interventions

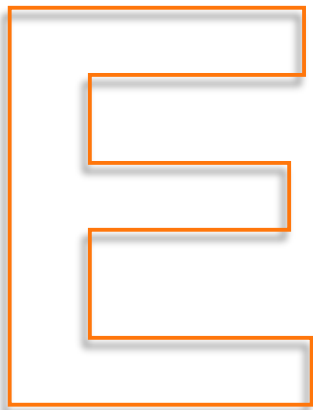
1. Instaurer un horaire mictionnel pour éviter l'incontinence
2. Favoriser la tournée intentionnelle
3. Assurer un environnement sécuritaire; espace dégagé, luminosité adéquate
4. Encourager la marche jusqu'à 15 minutes ou 15 mètres 2 à 3 fois/jour

Avez-vous d'autres exemples ?

AINÉES



État cognitif et comportemental



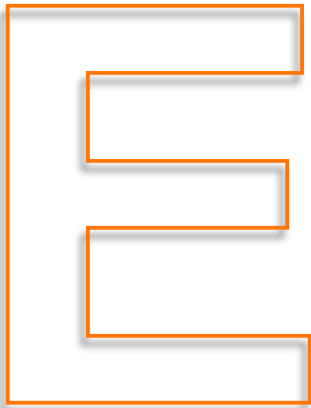
La douleur, le manque de sommeil, le changement de milieu, l'anxiété, la prise de nouveaux médicaments ou une anesthésie peuvent occasionner des épisodes de confusion appelé délirium

Cette situation se manifeste chez 30% des personnes âgées hospitalisées et est généralement temporaire

AINÉES



Saviez-vous qu'il est **NORMAL** de ...

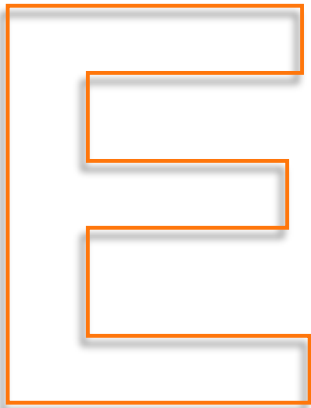


1. Porter ses appareils auditifs et lunettes pour mieux communiquer
2. Utiliser des points de repère pour s'orienter dans un nouvel environnement
3. Avoir souvent recours à un calendrier pour s'orienter dans le temps
4. Avoir une meilleure mémoire pour les faits anciens plutôt que pour les récents
5. Devoir répéter un enseignement pour l'apprentissage de nouvelles consignes

AINÉES



Vieillesse pathologique



1. Être incapable maintenir un contact visuel lorsqu'on lui parle
2. Être incapable de raconter les événements survenus dans la même journée
3. Être incapable d'identifier la période de la journée, la date, le jour, le mois ...
4. Être incapable de saisir une consigne ou une demande
5. Changement dans son humeur, agitation, apathie

AINÉES

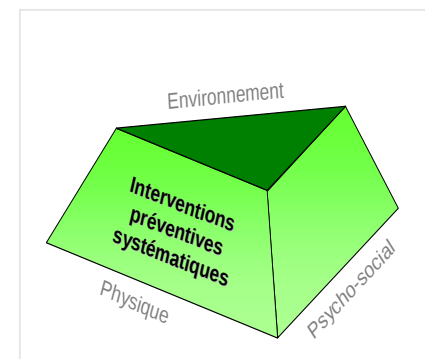


Pistes d'interventions

1. Éviter l'isolement, les sur-stimulations et le changement fréquents de chambre
2. Assurer le port des lunettes et le port des prothèse auditives PRN
3. Réduire dès que possible les divers cathéters
4. Demander à la **famille** d'apporter 2 ou 3 objets personnels, significatif ..

Avez-vous d'autres exemples ?

AINÉES





Le manque de sommeil constitue un problème rencontré chez 40% à 60% des personnes âgées

Un minimum de 90 minutes de sommeil consécutif par nuit permet de compléter un cycle de sommeil. Ceci est essentiel pour la récupération physique et le contrôle de la douleur de toutes personnes, mais surtout pour la personne âgée hospitalisée

AINÉES





Saviez-vous qu'il est NORMAL de ...

1. Prendre un peu plus de temps pour s'endormir (jusqu'à 30 minutes)
2. Être plus sensible aux bruits
3. Se réveiller une à 1 à 2 fois par nuit et de se rendormir par la suite
4. Dormir en moyenne 7 heures par nuit
5. Conserver les habitudes de préparation au sommeil propres à chacun

AINÉES



Vieillesse pathologique



1. Présente de l'agitation motrice ou verbal durant son sommeil
2. Avoir souvent recours à des médicaments pour dormir
3. Faire plus de 2 siestes par jour

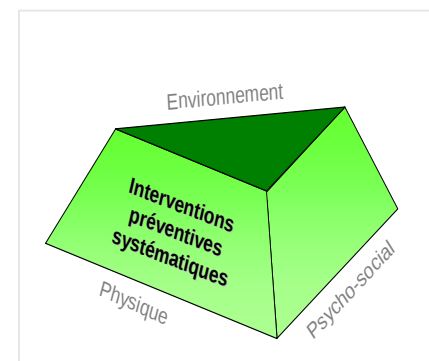
AINÉES



Pistes d'interventions

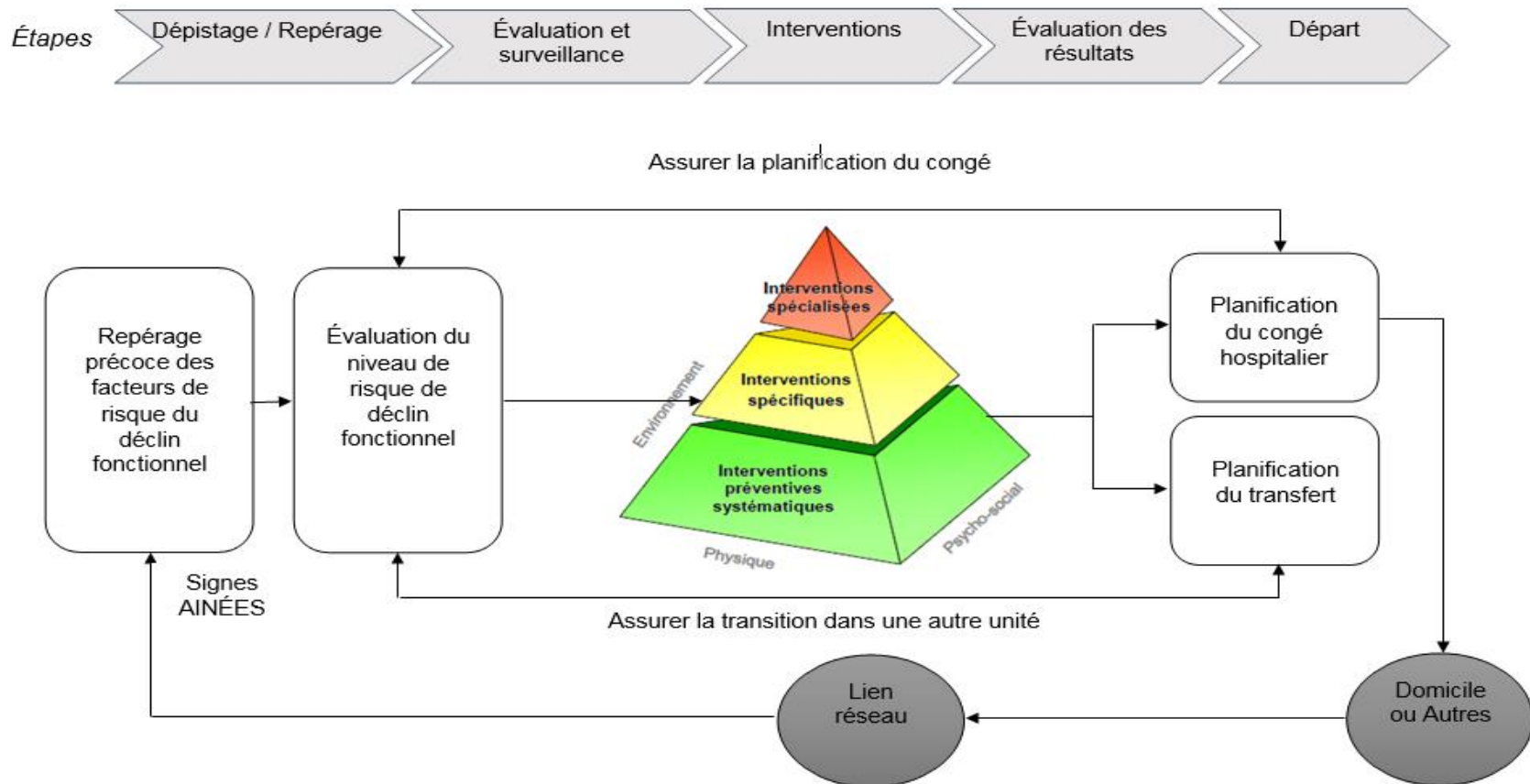
1. Demander à la famille d'apporter des effets personnels (oreillers)
2. Tenter de regrouper les soins, les traitements, la médication
3. Minimiser l'éclairage et le bruit

Avez-vous d'autres exemples ?



Continuum de soins – de l'arrivée au congé

Approche adaptée à la personne âgée



Saviez-vous que ...

- 1) La préparation du congé commence dès le début de l'hospitalisation, et ce, pour optimiser le retour dans le milieu de vie antérieur. C'est l'objectif et le travail de tous les intervenants !!
- 2) Un congé bien planifié diminue les réadmissions
- 3) Le repérage d'AINÉES à risque, permet d'anticiper les besoins des plus vulnérables et de prioriser les interventions en conséquences.

Saviez-vous que ...

- 4) L'utilisateur et ses proches sont des partenaires importants et doivent pouvoir participer activement au processus de planification de congé.
- 5) *Des travaux sont en cours au soutien à domicile afin d'optimiser l'offre de services pour répondre aux besoins de la clientèle !!!*



voici le lien :

<http://www.csssntl.qc.ca/Publication/Pages/Videos.aspx>

<http://www.csssntl.qc.ca/Publication/Pages/Videos.aspx>

Rôles et Responsabilités

Équipe médicale

- Indiquer les restrictions et les limitations à la mobilité au dossier.
- Préparer la planification du congé en lien avec les principes de l'AAPÂ auprès des personnes âgées vulnérables.
- Ajuster les pratiques pour tenir compte de la vulnérabilité des personnes âgées. (sonde, soluté...)
- Tenir compte de la vulnérabilité de la personne âgée lors de l'introduction d'une nouvelle médication.

Rôles et Responsabilités

Chef de service

- Être porteur de la démarche AAPÂ sur son unité.
- Assurer le suivi de la qualité soins et de l'application AAPÂ.
- Transmettre les résultats de suivi de l'implantation.
- Assurer un lien direct de communication entre l'équipe, les ambassadeurs, la conseillère en soins...

Rôles et Responsabilités

Assistance infirmière chef

- Être un modèle de rôle auprès de l'équipe
- Être un leader positif au niveau de l'approche et du climat de travail au sein de l'équipe, en temps de changement particulièrement (supporter, valoriser, encadrer)
- Avoir des connaissances à jour au niveau de l'AAPA
- Favoriser la collaboration interdisciplinaire
- Préparer , soutenir et faciliter la planification des congés

Rôles et Responsabilités

Ambassadeur

- Être un modèle de rôle auprès de l'équipe.
- Accompagner et susciter des questionnements sur la pratique.
- Agir comme accompagnateur auprès des équipes.
- Agir comme leader positif dans l'implantation des projets AAPÂ.
- Être proactif dans les projets et initiatives AAPÂ sur son unité.

Rôles et Responsabilités

Infirmières

- Identifier les personnes âgées à haut risque afin d'éviter le déclin fonctionnel (syndrome d'immobilisation et délirium).
- Évaluer et gérer les symptômes de la douleur + meilleur mobilisation.
- Évaluer et gérer les manifestations du délirium.
- Faire une consultation aux professionnels au besoin.
- Élaborer le PTI et le communiquer à l'équipe.
- Limiter la mise en place de cathéters (sonde ,soluté...).
- Impliquer pro activement le patient et sa famille dans ses soins.
- Agir comme facilitateur pour la collaboration inter- service.

Rôles et Responsabilités

Infirmière auxiliaire

- Travailler en collaboration afin de respecter les principes en lien avec AAPÂ.
- Contribuer à l'identification des personnes âgées à haut risque afin d'éviter le déclin fonctionnel (syndrome d'immobilisation et délirium).
- Favoriser l'autonomie de l'utilisateur durant son hospitalisation.
- S'assurer d'impliquer l'utilisateur et la famille dans ses soins.
- Travailler en interdisciplinarité.
- Appliquer les consignes du PTI.

Rôles et Responsabilités

Préposé aux bénéficiaires

- S'assurer de tenir le niveau du lit haut plus bas et de limiter l'usage des ridelles.
- Éviter de mettre les culottes d'incontinences inutilement.
- Favoriser le lever pour les toilettes ou la chaise d'aisance.
- Encourager l'usager se mobiliser.

Rôles et Responsabilités

Préposé aux bénéficiaires

- S'assurer de tenir le niveau du lit haut plus bas et de limiter l'usage des ridelles.
- Éviter de mettre les culottes d'incontinences inutilement.
- Favoriser le lever pour les toilettes ou la chaise d'aisance.
- Encourager l'usager se mobiliser.

Rôles et Responsabilités

Infirmière de liaison

- Intervenir et participer dans les situations de soins complexes afin de mieux planifier les soins de l'utilisateur.
- Agir comme facilitateur pour la collaboration inter.
- Soutenir et faciliter la planification des congés (demande SAD, demande réadaptation).
- Travailler en étroite collaboration avec l'assistance, l'équipe, le médecin et les professionnels.
- Assurer un lien de communication direct avec tous les intervenants qui gravitent autour de l'utilisateur.

Rôles et Responsabilités

Physiothérapeute/ Ergothérapeute

- Évaluer les besoins complexes sur consultation au besoin.
- Participer à l'élaboration du plan de traitement.
- Travailler en interdisciplinarité.
- Assurer une bonne communication avec l'équipe.
- Élaborer des programmes d'exercices individuels en lien avec la condition de la PA.
- Participer à la formation AAPÂ.
- Participer à la planification du congé.

- Prévention des chutes

 - Dépistage du risque*

 - Mise en place d'interventions préventives*

 - Mise en place d'un outil de communication de la mobilité*

- Travail interdisciplinaire

 - Rôles et responsabilités des intervenants*

 - Collaboration de la réadaptation*

Prévention des chutes

Ampleur du problème

- 20% à 30% de PA feront une chute cette année
- 95 % des fractures de la hanche chez les PA est le résultat d'une chute
- En moyenne, 10 jours d'hospitalisation seront nécessaire suite à une chute
- 33% des admissions dans les centres d'hébergement sont le résultat de chutes

Prévention des chutes -- Définition

Chute :

Évènement à l'issu duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment. (OMS, 2012)

Quasi-Chute :

Évènement au cours duquel un usager aurait fait une chute s'il n'avait pas été retenu par quelque chose ou quelqu'un.



Prévention des chutes -- Définition

Chute avec blessure

Sévère : Fractures ou admission à l'hôpital, lacérations qui nécessitent des sutures.

Modérée : Ecchymoses, entorse, abrasion, éraflure ou réduction de la mobilité jusqu'à 3 jours suivants la chute ou recours à des soins médicaux (Campbell et al., 1997)

Chutes à répétition :

Personne qui subit plus de 2 chutes dans une période de 6 mois (Nabil, 2013)

Prévention des chutes -- Définition

Syndrome post-chute (peur de tomber) :

Peur de tomber à nouveau, suite à une chute, peut créer un niveau d'anxiété exagéré. Apparaît dans les jours suivants une chute chez une personne âgée.

Conséquences :

- ↓ de l'autonomie
- ↓ de la mobilité
- Isolement

Syndromes dépressifs → Restriction des activités →
↑ Risque de rechute (Who, 2007) →
↑ Risque de relocalisation

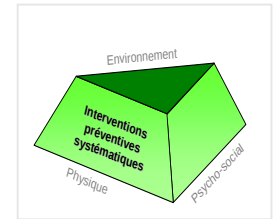
Prévention des chutes -- Facteurs de risque

ÂGE

Risque de
chutes ↑ avec
l'âge



Interventions préventives



Repérage/Dépistage de la clientèle
âgée hospitalisée

Impliquer la **famille**

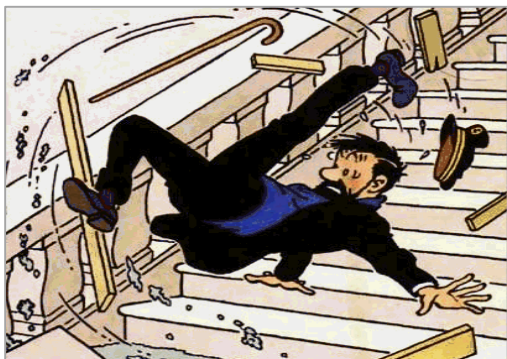
Communication du risque de chutes

Interventions en équipe
interdisciplinaire

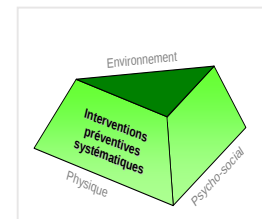
Prévention des chutes -- Facteurs de risque

Antécédent de chutes

Chutes au cours des derniers mois



Interventions préventives



Maintenir et améliorer l'autonomie fonctionnelle en maximisant la participation aux soins

Encourager l'usager à bouger avec l'aide de sa **famille**

Communiquer à l'équipe de soins et à la **famille** le «risque de chute».

Faire un PTI.

Prévention des chutes -- Facteurs de risque

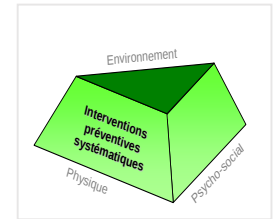
État cognitif

Associé à +++
causes

(délirium, démence
dépression, douleur,
infection urinaire,
Alzheimer, etc.)



Interventions préventives



Réorienter fréquemment l'usager

Utiliser des repères (photos de
famille, horloge, calendrier)

Évaluer la possibilité d'utiliser un
système sonore (tabs) lit ou fauteuil

Avoir une approche calme et
chaleureuse

Avoir l'aide de la **famille**

Prévention des chutes -- Facteurs de risque

Hypotension
orthostatique

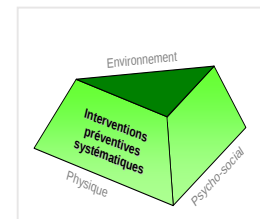
Si ↓ de la TA
syst. ≥ 20 mm Hg

Ou

diast. ≥ 10 mm
Hg



Interventions préventives



Enseignement à l'usager et à sa **famille** la technique de lever progressive

Garder la tête de lit élevée à 30 degrés

Supervision lors des transferts si requis

Faire un PTI

Prévention des chutes -- Facteurs de risque

Saviez-vous que ...

- 1) L'ingestion rapide de 500 ml d'eau augmente de façon immédiate et significative la TA (Young et Mathias, 2004)

Dans l'absence de contre-indications, l'infirmière peut laisser un verre d'eau au chevet du patient et lui recommander d'en boire avant de se lever.

Prévention des chutes -- Facteurs de risque

Saviez-vous que ...

- 1) Il est possible de réduire les manifestations de l'hypotension orthostatique en modifiant simplement l'heure de prise de certains médicaments.

Il pourrait donc être pertinent de solliciter la participation

du médecin et/ou du pharmacien dans le but de réviser le profil pharmacologique (BCM).

Prévention des chutes -- Facteurs de risque

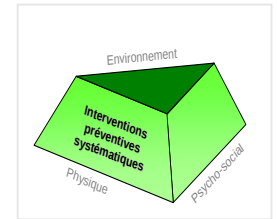
Médication

Changement
récent de la
médication

Polymédication
(+ de 4 méds)



Interventions préventives



Révision du profil pharmaceutique par le médecin et/ou le pharmacien (BCM)

Évaluer les besoins non comblés avant d'administrer un psychotrope

Surveiller les effets indésirables de la médication (étourdissements, vertiges, vision trouble, faiblesse, fatigue)

Aviser le médecin traitant, au besoin, de ces effets secondaires

Prévention des chutes -- Facteurs de risque

Saviez-vous que ...

- 1) La réduction des tranquillisants et des somnifères mènent à une diminution des risques de tomber.

Une étude a démontré une ↓ des risques de chute de 66 % chez les aînés ayant cessé la prise de certains médicaments et commencé un programme d'exercices.

- 2) L'ajout de 3 médicaments (surtout psychotropes) augmente le risque de Délirium = 2,9 plus de risques

Prévention des chutes -- Facteurs de risque

- Nommez trois classes de médicaments qui sont associées à un risque de chute.

Classe de médicaments		
- Alcool	- Benzodiazépine	- Laxatif / Émollient
- Anesthésique	- Diurétique	- Narcotiques
- Antihistaminique	- Hypoglycémiant	- Psychotropes
- Antihypertenseur	- Anticonvulsivant / Antiépileptique	- Sédatif / Hypnotique

Prévention des chutes -- Facteurs de risque

Mobilité

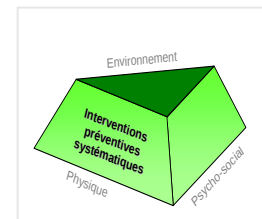
Difficulté à la
marche

Équilibre
instable

Transfert



Interventions préventives



S'assurer que l'auxiliaire à la marche
soit à la portée de l'utilisateur

Favoriser la mobilisation en sollicitant
la participation de la **famille**

Déterminer l'assistance à la marche
ou lors des transferts

Évaluation des chaussures,
collaboration de la **famille**

Prévention des chutes -- Facteurs de risque

Mobilité

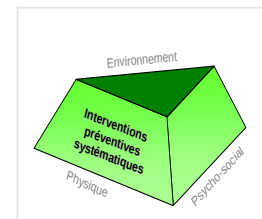
Difficulté à la
marche

Équilibre
instable

Transfert



Interventions préventives



Mettre le lit en position basse

S'assurer du dégagement de l'espace

Favoriser un éclairage suffisante
dans la chambre et aux toilettes

S'assurer de la stabilité du mobilier
(appliquer les freins au besoin)

Faire le PTI

Prévention des chutes -- Facteurs de risque

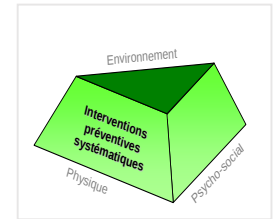
Déficit
sensoriel

Problèmes
visuels

Problèmes
auditifs



Interventions préventives



S'assurer que l'utilisateur porte :
lunettes et appareil auditif

Favoriser un éclairage suffisant
dans la chambre et aux toilettes

Dégagement de l'espace (chambre,
couloir)

Participation de la **famille** pour
apporter les appareils

Faire le PTI

Prévention des chutes -- Facteurs de risque

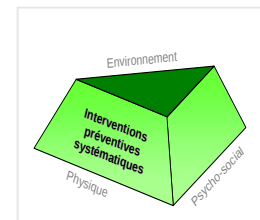
Élimination

Incontinence/
Incontinence
nocturne

Augmentation
de la fréquence



Interventions préventives



Déceler une infection urinaire

Planifier un horaire pour aller ou
conduire aux toilettes

Évaluer le besoin d'une chaise
d'aisance dans la chambre (surtout la
nuit)

Faire le PTI

Saviez-vous que ...

- 1) Les cathéters vésicaux et autres procédures invasives rendent le patient âgé plus dépendant et moins mobile.

L'infection urinaire sur sonde est la première cause d'infection liée aux soins aux États-Unis.

Le risque de développer une bactériurie sur sonde est estimé à 25 %, avec un risque qui augmente de 5 % par jour où la sonde est laissée en place.



Prévention des chutes -- Facteurs de risque

Autres Facteurs de risque...

Dénutrition

Consommation d'alcool

Sommeil

Maladie ou invalidé chronique

L'effet cumulatif des différents facteurs de risque augmente le risque de chute.

Prévention des chutes

Tout usager à risque de chutes doit être identifié avec un bracelet vert

❖ Inscription sur le bracelet vert :

Aide X 1

Aide X 2

M = Marchette

C = Canne



Chambre/Civière _____

☐ Tête de lit à ____°maximum et ____°minimum

☐ Mise en charge permise : _____ % MI ☐ Gauche ☐ Droit

☐ Port du corset

☐ Mobiliser en bloc au lit

☐ Repos au lit

Autres : _____

Peut circuler accompagné de la famille ☐ Oui ☐ Non

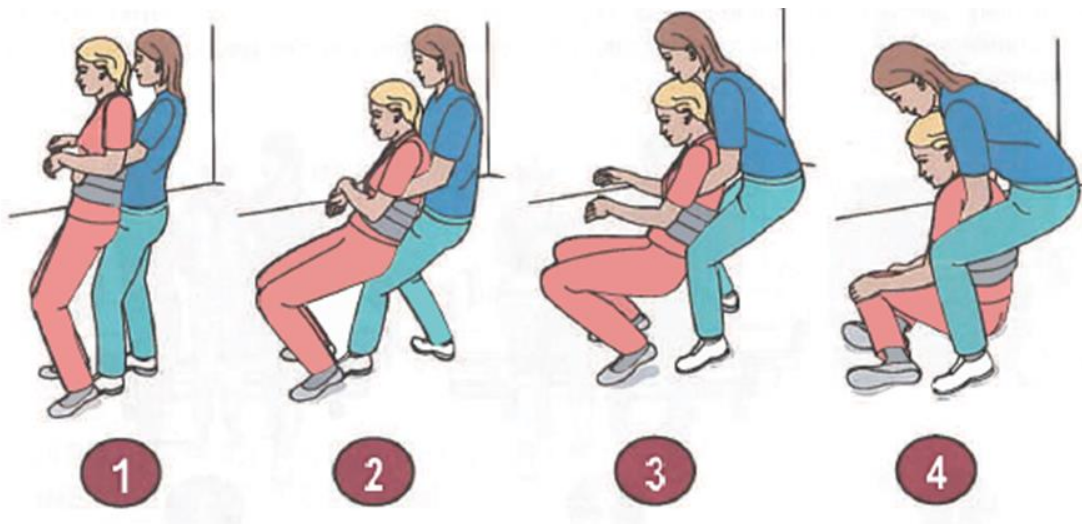
<u>Mobilisation au lit</u>	<u>Transferts</u>
 Autonomie  Supervision  	 Autonomie  Supervision    AUTRES _____ _____ _____
<u>Marche et déplacements</u>	
SANS AIDE TECHNIQUE   	 Autonomie  Supervision  

Signature de l'intervenant : _____

Date : _____
aaaa / mm / jj

Lors d'une intervention, il est possible que l'utilisateur ait une faiblesse. Afin d'éviter des blessures:

- **L'intervenant tente de guider l'utilisateur dans sa chute**
- Cette méthode se fait relativement rapidement **en suivant le mouvement naturel**
- En **évitant de retenir l'utilisateur**.



Particularités du mouvement :

- **Entraîner l'utilisateur** vers soi pour ne pas être déporté vers l'avant ou vers l'extérieur et perdre l'équilibre
- **Faire glisser** d'abord l'utilisateur sur sa cuisse, si possible
- **Fléchir les genoux** et écarter les pieds
- **Faire glisser** l'utilisateur entre ses jambes
- **Poursuivre la descente** en reculant à petits pas jusqu'au sol pour amortir l'impact
- **Permettre à l'utilisateur** de s'allonger, au besoin
- **Rassurer l'utilisateur**
- **L'installer confortablement** en attendant de déterminer les gestes à faire

Post- chute -- DONNÉES OBJECTIVES

DESCRIPTION DE LA CHUTE :

- Date, heure ;
- Lieu : corridor, chambre, escaliers, etc. ;
- Personnes impliquées ;
- Activités ou manœuvre en cours lors de la chute ;
 - transfert du fauteuil au lit
 - en se levant du lit
 - en se tournant dans le lit
 - en circulant
 - en montant les escaliers
 - en descendant escaliers
 - en exécutant un virage
 - en sortant du bain/douche
 - assis à la toilette
 - en se penchant
 - en transportant quelque chose,
 - en tentant de saisir un objet
 - etc.

Post- chute

AVANT de déplacer l'usager, les intervenants de l'équipe devrait rassurer l'usager et NE PAS TENTER DE LE LEVER avant que l'infirmière n'a évalué la situation à l'aide du formulaire *évaluation initiale et surveillance postchute*.



L'infirmière :

Fait un **examen sommaire** de l'usager avant même de le déplacer :

- Évaluer immédiatement l'état de conscience, selon le jugement clinique
- Évaluer la présomption d'impact crânien
- Contrôler immédiatement les signes neurologiques, selon le jugement clinique
- Vérifier la présence de sang ou de blessure
- Évaluer la douleur
- Vérifier l'alignement des membres et des sites douloureux
- Demander à l'usager de plier lentement ses bras et ses jambes
- Effectuer la palpation des membres
- Contrôler les signes vitaux.

Communique avec le médecin suite à son évaluation, au besoin, et selon son jugement clinique

Prévention des chutes

L'infirmière :

- Poursuit l'examen physique selon le formulaire d'*évaluation initiale et surveillance postchute*
- Prodigue les premiers soins
- Demande à l'usager d'expliquer la situation qui a causé la chute
- Met en place la surveillance postchute, selon le formulaire
- Avise les intervenants concernés
- Complète le formulaire d'*évaluation initiale et surveillance postchute*
- Rédige une note au dossier complémentaire au besoin.

Post-chute

Si l'infirmière soupçonne :

- une fracture au niveau cervical ou vertébral :
 - Ne pas mobiliser l'usager
 - Aviser le médecin
- une fracture de hanche :
 - Aviser le médecin
 - Mobiliser l'usager selon les directives suggérées

Post- chute

L'infirmière, en collaboration avec l'infirmière auxiliaire :

- Effectue le dépistage et l'évaluation des facteurs de risque de chute.
- Poursuit la surveillance postchute jusqu'à 48 heures.
- Surveille l'apparition du syndrome postchute.
- Avise l'équipe multidisciplinaire, qui ajustera leur PID au besoin

Post- chute

Autres documents à consigner

- Note d'observation au dossier
 - S'il n'y a pas de note complémentaire, elle peut indiquer que l'utilisateur a fait une chute et référer à la feuille d'évaluation postchute.
- Rapport d'incident/accident AH-223 (par la personne qui a constaté l'événement)
- Constats et directives au PTI

Post- chute

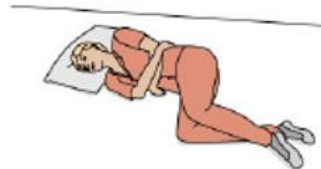
SE RELEVER DU SOL ET S'ASSEOIR

Supervision



Caractéristiques de la cliente : fait les mouvements par elle-même, mais peut avoir besoin d'être guidée ou stimulée.

Étape 1



- Se tourner sur le côté.

Étape 2



- Prendre appui sur les mains pour redresser le tronc.

Étape 3



- S'agenouiller et s'appuyer sur la chaise.

Étape 4



- Lever un genou et s'appuyer sur les appuie-bras.

Étape 5



- Pousser sur la jambe et les appuie-bras pour se relever.

Étape 6



- Prendre appui sur l'appuie-bras et se tourner pour s'asseoir.

Post- chute

RELEVER LA CLIENTE DU SOL ET LA TRANSFÉRER AU LIT AVEC LE LÈVE-PERSONNE MOBILE AU SOL

Équipement

1^{re} étape : installer la toile double cuissarde

Caractéristiques de la cliente : pas de fracture, ne peut se relever par elle-même | faiblesse dans les membres inférieurs et supérieurs.



Avant d'utiliser le lève-personne, l'infirmière doit évaluer l'état de santé de la cliente. L'utilisation d'une toile dotée de sangles au niveau des hanches apporte une sécurité supplémentaire pour des clients agités et anxieux qui risquent de basculer latéralement.

Étape 1



INTERVENANTE 1

- Placer un oreiller sous la tête de la cliente, puis tourner la cliente sur le côté.

INTERVENANTE 2

- Installer la toile sur la cliente en utilisant des repères afin de la centrer.
- Insérer une partie de la toile sous la cliente.

Étape 2



INTERVENANTE 2

- Ramener la cliente sur le dos et la tourner légèrement vers soi.

INTERVENANTE 1

- Sortir la toile placée sous la cliente et l'étendre.

Étape 3



INTERVENANTE 2

- Ramener la cliente sur le dos, au centre de la toile.

Étape 4



INTERVENANTES 1 ET 2

- Croiser les petites sangles l'une dans l'autre, puis insérer chacune des grandes sangles extérieures dans la boucle de la petite sangle.

Mise en garde : la manœuvre telle que décrite ne peut remplacer une formation complète en PDSB et ne garantit pas la sécurité en toute circonstance. Des adaptations peuvent être nécessaires selon la situation de travail.

Le genre utilisé correspond à celui présenté dans les illustrations.

www.asstsas.qc.ca/fiches-pdsb.html

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

Québec

Post- chute

RELEVER LA CLIENTE DU SOL ET LA TRANSFÉRER AU LIT AVEC LE LÈVE-PERSONNE MOBILE AU SOL

Équipement

2^e étape : relever la cliente du sol

Caractéristiques de la cliente : pas de fracture, ne peut se relever par elle-même | faiblesse dans les membres inférieurs et supérieurs.



Avant d'utiliser le lève-personne, l'infirmière doit évaluer l'état de santé de la cliente. L'utilisation d'une toile dotée de sangles au niveau des hanches apporte une sécurité supplémentaire pour des clients agités et anxieux qui risquent de basculer latéralement.

Étape 1



INTERVENANTE 1

- Ouvrir la base du lève-personne et l'approcher de la cliente.
- Appliquer les freins et descendre le cintre du lève-personne pour pouvoir y accrocher les sangles de la toile.

Étape 2



INTERVENANTES 1 ET 2

- Accrocher les sangles de la toile au cintre du lève-personne.
- Retirer les freins du lève-personne.

Étape 3



INTERVENANTE 1

- Actionner la manette du lève-personne pour relever la cliente en s'assurant que sa tête ne heurte pas le mât.

INTERVENANTE 2

- Établir un contact visuel avec la cliente et la sécuriser.
- Une fois les sangles tendues, vérifier qu'elles sont bien insérées dans les crochets.

Étape 4



INTERVENANTE 1

- Lever la cliente à une hauteur facilitant son transfert sur une chaise ou sur un lit.

INTERVENANTE 2

- Sécuriser la cliente au besoin.

Mise en garde : la manœuvre telle que décrite ne peut remplacer une formation complète en PDSB et ne garantit pas la sécurité en toute circonstance. Des adaptations peuvent être nécessaires selon la situation de travail.

Le genre utilisé correspond à celui présenté dans les illustrations.

www.asstsas.qc.ca/fiches-pdsb.html

Post- chute

Aviser les personnes concernées

L'infirmière :

- Avise le médecin de garde selon son jugement clinique
- Avise la famille ou le représentant légal de l'usager dès qu'il y a des conséquences mineures et temporaires (divulgation E1 à I):
 - Après avoir obtenu le consentement de l'usager selon la situation
- Avise le gestionnaire ou son remplaçant lorsqu'il y a une chute avec conséquence grave

Post- chute

- Organiser une rencontre interdisciplinaire au besoin ou consulter un membre de l'équipe multidisciplinaire.
- Ajuster
 - le plan d'intervention
 - les directives au PTI
 - le plan de travail
 - ou tout autre outil de communication nécessaire selon le champ d'exercices des professionnels.

RÉADAPTATION

Pourquoi travailler en interdisciplinaire ?

- **Partager** des responsabilités.
- Travaillent **en synergie** et en interaction à la compréhension globale des besoins de la personne et de sa **famille**
- Poursuivre des objectifs **communs**, avec le souci d'une **communication** efficace

Ensemble, chaque expert apporte sa pièce du puzzle et permet de résoudre le casse-tête.



RÉADAPTATION

Rôle de l'équipe interdisciplinaire :

Déterminer les moyens d'atteindre le retour dans le milieu dans les cas complexes ou problématiques.

Comment ?

En se rencontrant de façon hebdomadaire pour discuter de l'évaluation et de l'évolution du patient, du contexte social afin de planifier les interventions à venir et la planification du congé (ex : Rencontre avec la famille).

Qui ?

Les intervenants :

Ergothérapeute - Physiothérapeute – Nutritionniste

Infirmière - Infirmière de liaison(tandem) - Travailleuse sociale- Préposé aux bénéficiaire- Médecin – Pharmacien-orthophoniste



Que fait-on spécifiquement ?

ERGOTHÉRAPIE :

- Évaluer l'autonomie fonctionnelle en lien avec AVQ soit Hygiène – Habillage – Préparation de repas – Gestion du budget...
- Recommande (AT, positionnement..) et l'entraînement requis selon les problématiques pendant l'hospitalisation et celles à plus long termes à domicile
- Analyse les problématiques en terme de composante cognitive pour faciliter l'intégration de méthode de remplacement soit en termes d'activité quotidienne et éventuellement en lien avec le sevrage des contentions

RÉADAPTATION

PHYSIOTHÉRAPIE

- Évaluer la capacité fonctionnelle de la personne.
- Faire de l'entraînement requis selon la problématique.
Mobilité – Force – Équilibre – Contrôle moteur –
Coordination – Marche – Transfert – Escalier- bilan
neuro
- Aider pour les suivis de recommandations dans les
cas d'orthopédie (orthopédiste, orthésiste..)
- Collabore au sevrage des contentions

RÉADAPTATION

Comment aider l'équipe interdisciplinaire ?

- En répertoriant les données sur l'AINÉES tel que
 - A AUTONOMIE** → à l'hygiène et à l'habillement
Transfert/ déplacement, Chute et contexte associé, Mobilité et équipement, Douleur
 - I INTÉGRITÉ DE LA PEAU** →
 - N NUTRITION** → aide donné à l'alimentation, le poids de l'usager, portion du repas mangé, hydratation
 - É ÉLIMINATION** → présence d'incontinences
 - E ÉTAT COGNITIF / Comportement** → délirium, désorientation, hallucination, mesures de remplacement (succès ou échec)
 - S SOMMEIL** →

RÉADAPTATION

Favoriser la communication ...

Si vous observez

- Une problématique en lien à une recommandation faite par l'équipe de la réadaptation = Aviser le professionnel concerné (ex : transfert difficile, aide technique +/- efficace)
- un changement significatif de l'utilisateur autant une amélioration que la détérioration

ce qui permettra de réajuster les recommandations pour le bien de l'utilisateur et mieux planifier le congé.

Préserver l'autonomie...

Physique et cognitif

- ❖ Alimentation
- ❖ Hygiène, Habillage et soins personnels
- ❖ Transfert et Déplacement

Comment évaluer un patient pour le 1^{er} lever

- 1) Vérifier au dossier ou auprès de l'infirmière la condition générale de la personne (SV) et si **présence de restrictions** pour le mouvement, (la MEC ou présence d'attelle.)
- 2) Vérifier l'**état d'éveil** de la personne (somnolent vs éveillé, comprend consignes simples)
- 3) Vérifier si la personne utilise une **aide technique** à la maison et lui fournir cette aide si elle ne l'a pas avec elle (ex : canne, marchette)

Comment évaluer un patient pour le 1^{er} lever (suite...)

- 4) Demander à la personne de plier une jambe après l'autre **sauf si restrictions**.
- 5) Demander à la personne à s'asseoir au bord du lit, vérifier le niveau de participation et compréhension des consignes, s'assurer qu'elle maintienne la posture assise sans appui.
- 6) Demander de lever la jambe vers le plafond, une à la fois.

Petits trucs ...

- Si un côté du corps semble plus fort, faire le pivot de ce côté.



Si présence de **forte douleur** au mouvement, d'un **état d'éveil altéré**, ou d'un **trouble important de la posture assis...**

On ne mobilise pas le patient, on discute avec l'infirmière qui est responsable du l'usager.

- 7) Transfert au fauteuil, séances progressives et régulières
- 8) Effectue déplacement sur chaise d'aisance et toilette
- 9) Effectue déplacement au corridor et augment progressivement la distance.

Si, un problème est noté et selon l'évolution, voir avec l'infirmière; faire une référence au physio

Mme Leloup, 82 ans, a été victime d'un AVC qui a affaibli de façon permanente son côté gauche et qui restreint en partie l'usage de son bras et de sa jambe. Elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade modéré depuis deux ans. Il y a 2 jours, elle est arrivée à l'urgence pour DEG. Mme a fait une chute sans conséquence chez sa fille, c'était une chute isolée. Mme parle continuellement de son mari qui est décédé l'an dernier après une longue maladie. Elle le cherche partout et pleure beaucoup

Elle utilise très peu sa marchette et oublie régulièrement de mettre ses lunettes. En fait, elle l'oublie à côté de son lit. Mme prend du Coumadin pour sa FA. Elle fait un peu d'embonpoint et souffre d'HTA qui est contrôlée par des médicaments. Mme souffre d'incontinence urinaire la nuit qui est entièrement compensé par des «pull-up ». Récemment, médecin lui a prescrit des antidépresseurs et des somnifères, car elle se réveillait souvent la nuit et se sentait seule et déprimée.

- Identifier les facteurs de risque présents chez Madame Leloup

Mme Leloup, 82 ans, a été victime d'un AVC qui a affaibli de façon permanente son côté gauche et qui restreint en partie l'usage de son bras et de sa jambe. Elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade modéré depuis deux ans. Il y a 2 jours, elle est arrivée à l'urgence pour DEG. Mme a fait une chute sans conséquence chez sa fille, c'était une chute isolée. Mme parle continuellement de son mari qui est décédé l'an dernier après une longue maladie. Elle le cherche partout et pleure beaucoup

Elle utilise très peu sa marchette et oublie régulièrement de mettre ses lunettes. En fait, elle l'oublie à côté de son lit. Mme prend du Coumadin pour sa FA. Elle fait un peu d'embonpoint et souffre d'HTA qui est contrôlée par des médicaments. Mme souffre d'incontinence urinaire la nuit qui est entièrement compensé par des «pull-up ». Récemment, médecin lui a prescrit des antidépresseurs et des somnifères, car elle se réveillait souvent la nuit et se sentait seule et déprimée.

Conclusion

Pour améliorer le **séjour de l'aînée à l'hôpital** et pour mieux **planifier le congé**, les notes au dossier de façon

- ❖ Pertinentes
- ❖ Chronologiques
- ❖ Complètes
- ❖ Précises

Les notes au dossier représentées sont le reflet l'état **biopsychosocial** du client.



Si questions ou suggestions, la personne ressource est:

Fany Boulerice, conseillère en soins infirmiers pour les hôpitaux au CISSSMO, DSIEU

450-699-2425 poste 4170

Haley R.W., Culver D.H., White J.W., Morgan W.M., Emori T.G. (1985) *The nationwide nosocomial infection rate. A new need for vital statistics.* Am J Epidemiol ; 121 : 159-167.

Maki D.G., Tambyah P.A.(2001) *Engineering out the risk for infection with urinary catheters.*
Emerg Infect Dis; 7 : 342-7.

MSSS. (2011). *Approche adaptée à la personne âgée: cadre de référence.* Gouvernement du Québec.

Procédure clinique *Prévention des chutes centre hospitalier, hébergement dépendance, URFI et UTRF, CISSSMO;*
Révisé 2 juillet 2019.