

RECOMMANDATIONS

DE

BONNES PRATIQUES

DE SOINS

EN EHPAD

Dans nos sociétés occidentales, la population a le privilège de pouvoir vivre plus longtemps. L'espérance de vie est passée en un siècle de 47 à 79 ans. Dés maintenant, les plus de 60 ans représentent 21% de la population, les plus de 75 ans, 8% et les plus de 85 ans 2,5%.

Mais si les données médicales établissent qu'une grande majorité de la population âgée va vieillir dans de bonnes conditions de santé et d'autonomie, il est possible d'identifier une population de malades âgés à haut risque de décompensation ou d'évolution péjorative à l'occasion de l'apparition d'une nouvelle pathologie. Il s'agit de patients âgés dits « fragiles » ou gériatriques : c'est tout particulièrement cette population qui nécessite une prise en charge globale, adaptée et pluridisciplinaire, dans le respect des règles éthiques. La coexistence de plusieurs pathologies associées à une perte d'autonomie justifie une prise en charge spécifique articulant les traitements des affections avec la mise en œuvre d'actions de prévention de la dépendance et d'amélioration de la qualité de vie et de surveillance.

Du fait de l'aggravation de ces pathologies et de la dépendance qu'elles induisent, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes peuvent s'avérer être une étape de la vie pour certains de nos aînés. C'est pourquoi la qualité de la vie et des soins dans ces structures constitue pour nous une priorité. Cette qualité n'est certes pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels concernés mais depuis 1999, tous les établissements sont appelés à entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Celle-ci, centrée sur les résidents, s'appuie sur le projet d'établissement définissant les principes d'amélioration de la qualité des prestations offertes, des projets de vie et de soins.

Le médecin coordonnateur est un acteur essentiel de ce dispositif. Il a essentiellement un rôle de conseil et d'organisation des soins au sein de l'établissement. La complexité des problèmes rencontrés, la multiplicité des acteurs concernés et la spécificité des pathologies gériatriques nécessitent de définir des référentiels de bonne pratique communs à tous les acteurs. C'est dans cet objectif, que la DGAS et la DGS ont élaboré des recommandations afin d'aider les professionnels à améliorer leurs pratiques gériatriques.

Allier compétences techniques et humanité est sans doute le défi que doivent relever les professionnels travaillant en institution, mais aussi l'ensemble de notre société.

Directeur Général de la Santé



Professeur William DAB

Directeur Général de l'Action Sociale



Jean-Jacques TREGOAT

SOMMAIRE

Ont contribué à la réalisation de ce document	5
Agitation et agressivité	6
Arbre diagnostique.....	6
I – Définition de l’agitation.....	6
II – Comment rechercher la cause d’un état d’agitation ? (7 questions)	6
Protocole thérapeutique	8
I – Conduite à tenir dans l’urgence	8
II – Bilan à réaliser.....	8
III – Traitement en fonction du type d’agitation et de démence	8
Alimentation du résident en institution gériatrique	10
Chaleur	12
Prévenir les pathologies liées à un excès de chaleur.....	12
Chutes	14
Stratégie de prévention	14
Prise en charge du résident chuteur	16
Confusion du sujet âgé	18
Contention physique : en limiter les risques	20
Déambulation pathologique	22
Décision difficile	24
Déshydratation	26
Prévention.....	26
Traitement.....	27
Douleur	29
Particularités de la douleur chez le sujet âgé	29
Traitement.....	30
Prévenir la douleur induite par les soins.....	32
Escarres	33
I – Évaluer les risques	33
II – Prévenir en cas de risque	33
Évaluer	35
Comment ?.....	35
Fausses routes : des risques ?	37
Que faire ?.....	37

Incontinence	39
Stratégie de l'équipe soignante	39
Prise en charge de l'incontinence urinaire en EHPAD	41
Principes fondamentaux	41
Prise en charge de l'incontinence urinaire en EHPAD	43
Rôles des membres de l'équipe soignante dans le traitement du sujet âgé incontinent ...	43
Incontinence fécale du sujet âgé	44
Les points essentiels	44
Stratégie diagnostique et thérapeutique	45
Infections en EHPAD	47
Mesures de prévention	47
Insomnie	49
«Je ne dors pas»	49
Évaluer la plainte	51
Organes sensoriels	52
Optimisation de leur efficacité	52
Prescription médicamenteuse	54
Prescrire chez le sujet âgé	54
Du bon usage des médicaments la liste indicative des médicaments en EHPAD	56
Soins palliatifs	57
Accompagnement et soins de fin de vie	57
Facteurs influençant le deuil de l'accompagnant	61

Ont contribué à la réalisation de ce document :

* Comité de pilotage

Pr François	Puisieux,	gériatre Lille,
Dr Fabienne	Dubuisson	(DGAS),
Dr Benoît	Lavallart	(DGS),
Dr Alain	Lion,	généraliste,
		Président de l'Union Régionale
Mme Sylvie	Mrozech,	cadre infirmier Bonneuil
Dr Michel	Salom,	gériatre Magnanville

* Rédaction des fiches :

Dr Joël	Ankri	- Paris
Pr Marc	Berthel	- Strasbourg
Pr François	Blanchard	- Reims
Dr André	Boiffin	- Paris
Dr Philippe	Chassagne	- Rouen
Dr Monique	Ferry	- Valence
Dr Béatrice	Gaffet	- Saint Quentin
Dr Catherine	Gires	- Lille
Pr Régis	Gonthier	- St Etienne
Dr Florence	Lebert	- Lille
Dr Philippe	Leroux	- St Nazaire
Dr Jean	Maisondieu	- Poissy
Mme Évelyne	Malaquin-Pavan	- Issy les Moulineaux
Dr Marie-France	Maugourd	- Champcueil
Dr Sylvie	Meaume	- Paris
Dr Véronique	Morize	- Issy les Moulineaux
Pr Pierre	Pfitzenmeyer	- Dijon
Pr Murielle	Rainfray	- Bordeaux
Mme Monique	Rothan Tondeur	- Paris
Dr Renée	Sebbag-Lanoé	- Villejuif

Et leurs équipes

* Comité de lecture :

Dr Emmanuel Alix et Pr Pierre Jouanny (Société Française de Gériatrie et Gériatologie),
 Collège des enseignants de gériatrie
 Collège des enseignants de médecine générale
 Dr Corinne Attar, gériatre et médecin coordonnateur,
 Dr Dominique Héraud (association des généralistes des hôpitaux locaux),
 Dr Yves Lenoc (UNAFORMEC),
 Dr Serge Reingewirtz, gériatre, responsable d'un Diplôme Universitaire de médecin coordonnateur.

AGITATION ET AGRESSIVITE

Arbre diagnostique

L'agitation observée en EHPAD survient le plus souvent chez un patient ayant une démence, même peu sévère. Les recommandations porteront sur ce cas de figure. Nous rappelons les autres étiologies qui font l'objet d'autres fiches : l'anxiété, la résurgence de manifestations d'une pathologie psychiatrique (ex : psychose hallucinatoire chronique, psychose maniaco-dépressive...), la confusion, des effets iatrogènes (ex : la corticothérapie, les neuroleptiques)

I - Définition de l'agitation

L'agitation du sujet dément a été définie comme une activité **verbale, vocale ou motrice** inappropriée par sa **fréquence ou par sa survenue** dans le contexte social.

On en distingue 3 types : l'agitation verbale, l'agitation physique non agressive et l'agitation agressive. L'agitation fait partie des 3 catégories de troubles du comportement observables lors de démence.

1. **Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence** qui sont sous-tendus par une altération biologique de la même origine que la démence (lésions cérébrales, déficits de neurotransmetteurs...)
2. **Ceux en rapport avec une maladie somatique** à l'origine de gênes, de sensations douloureuses et d'un risque confusionnel, de loin la cause la plus fréquente de l'agitation
3. **Ceux en rapport avec une interaction négative patient - environnement**

II - Comment rechercher la cause d'un état d'agitation ? (7 questions)

1. Y a t'il un état confusionnel ?

- Brutalité de survenue
- Fluctuation
- Inversion nyctémérale
- Troubles de vigilance
- Troubles des perceptions
- Troubles de l'activité psychomotrice
- Perplexité anxieuse
- Aggravation des troubles cognitifs, évaluer l'évolution du MMS

2. Y a t'il un syndrome douloureux ?

penser notamment à une rétention aiguë d'urine ou un fécalome

3. Y a t'il des symptômes évoquant une maladie somatique ?

4. Y a t'il eu des changements de traitements ?

5. Y a t'il une utilisation d'alcool ou de sédatifs ?

6. Quelles sont les conditions de survenue de l'agitation (horaires, lieux, présence de l'entourage) ?

7. Quel est le type de démence et les autres SCPD ?

Conditions pour un avoir une réponse aux questions en EHPAD :

- Avoir des transmissions sur le comportement de jour comme de nuit concernant la vigilance, le sommeil, les troubles des perceptions, la fluctuation, la durée d'évolution des troubles. Une échelle comportementale comme le questionnaire de « dyscontrôle comportemental » (QDC) permet d'avoir une référence dans le temps
- Avoir un MMS daté (ou une autre grille d'évaluation cognitive)
- Avoir une grille d'autonomie datée (ex : IADL)
- Avoir un contact avec la famille qui témoignera du comportement du patient en leur présence à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement
- Disposer de l'ensemble du dossier médical

Conditions environnementales favorisant un état d'agitation

Relations interindividuelles	<p>La mise en échec</p> <p>Une sollicitation incessante</p> <p>Des réactions brutales de membres de l'équipe ou de la famille</p> <p>Une expression verbale complexe peu compréhensible pour le patient</p> <p>Un comportement infantilisant</p> <p>L'agitation d'autres patients</p>
Environnement matériel	<p>Une ambiance bruyante (télévision, visites de familles...)</p> <p>Des locaux exigus</p> <p>L'absence de luminosité</p> <p>L'absence de confort (lit, siège, chauffage...)</p>

Pour en savoir plus

Description et approche étiopathogénique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
 Lebert F, Pasquier F. (1999). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. In Encyclopédie Médico-Chirurgicale de Neurologie, 17-057-A-35.

Évaluation des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
 Lebert F, Pasquier F, Petit H. Evaluation comportementale dans la DTA par le questionnaire de dyscontrôle comportemental (QDC). Presse Med 1996 ; 25 : 665-667
 Echelle disponible sur Internet : <http://www.lille.inserm.fr/u422/CAMA.html>

Réflexions sur la formation d'une équipe devant faire face à des patients ayant une démence et des troubles du comportement
 Micas M. Troubles du comportement en institution. In Psychiatrie du sujet âgé, JM Leger, JP Clément, J Wertheimer. Flammarion, Paris 1999 ; pp : 293-305

AGITATION ET AGRESSIVITE

Protocole thérapeutique

I - Conduite à tenir dans l'urgence

Il faut d'abord examiner le malade dans une atmosphère calme et rencontrer l'entourage pour rechercher des signes d'appel.

Si le malade ne se laisse pas examiner, le **méprobamate** en comprimés ou en injectable est la molécule la moins dangereuse. La prescription facile d'antalgiques simples à bonnes doses est à recommander.

Indications de ce traitement d'urgence :

- permettre d'examiner le malade
- éviter un danger pour le malade lui-même ou son entourage

Si le méprobamate est insuffisant, vous pouvez utiliser ponctuellement :

- de l'hydroxyzine
- de faibles doses de benzodiazépines à 1/2 courte, ex lorazépam

II - Bilan à réaliser

L'examen du malade est très insuffisant pour éliminer une maladie somatique à l'origine de l'agitation. **Il faut systématiquement réaliser :**

Numération formule

Ionogramme, urée, créatinine

Bilan hépatique

CRP – VS Calcémie CPK – Troponine

Glycémie

Bandelette urinaire : si positif ECBU

En fonction des signes cliniques : abdomen sans préparation, radio de poumons

ECG, albuminémie et prélèvement de langue

III - Traitement en fonction du type d'agitation et de démence

1) Le traitement est le traitement de la cause

Et la cause est la plupart du temps en rapport avec une pathologie somatique négligée

2) Si le bilan paraclinique précédemment expliqué est normal et que le patient ne répond pas aux critères de confusion, seulement alors l'utilisation d'autres psychotropes est envisageable (cf tableau ci-dessous)

3) La mise en évidence d'interactions environnementales (ex : isolement constant dans la chambre, impatience de certains membres de l'équipe ou fauteuil inconfortable...) nécessite ensuite un travail avec l'équipe

Recommandations lors de maladie d'Alzheimer pour l'utilisation des psychotropes (Lebert et al, 2000)

Classes pharmacologiques	Indications	Posologies recommandées
Antidépresseurs Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine -Fluoxétine -Fluoxamine -Citalopram -Sertraline -Trazodone (non disponible en France actuellement)	Symptômes dépressifs, anxiété, irritabilité, + Idées délirantes + Instabilité psychomotrice	20-40 mg /j 50-150 mg /j 10-30 mg /j 20-50 mg /j 75-300 mg /j
Thymorégulateurs : -Carbamazépine -Valproate de sodium	Agitation Hostilité	100 mg /j, jusqu'à obtenir taux sanguin de 8 à 12ng/ml 125 mg /j, jusqu'à obtenir taux sanguin de 50-60ng/ml
Antipsychotiques atypiques : -Risperidone -Olanzapine	Agressivité, idées délirantes Agitation/agressivité et + délire et hallucinations	0.5-2 mg /j 5 mg /j

Aménagement de la prise en charge au sein des EHPAD : prévention possible de certaines agitations

Les patients présentant des signes comportementaux et psychologiques de démence doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée, parfois au sein d'unités de vie spécifiques. Ces unités permettent de proposer un projet de vie et de soins spécifiques prenant en compte une réelle qualité de vie de résidents présentant une détérioration intellectuelle, dans un lieu individualisé avec un environnement adapté ; elles sont dotées d'un personnel formé et la participation des familles y est favorisée.

Pour en savoir plus

- *Adaptation des établissements d'hébergement pour personnes âgées en vue d'une amélioration de la qualité de vie des résidents présentant une détérioration intellectuelle – DGAS / DHOS 1999*
 - *Indications et choix des traitements : Lebert F, Robert Ph, Rigaud AS. Prise en charge des troubles du comportement dans les démences. Rev Neurol 2000 ; 156 : 767-772.*
 - *Agitation en unité de vie Alzheimer Kutner NG, Bliwise DL. Agitation et phénomène du crépuscule en unités de soins spécialisées. In D Holmes et al, Unités de soins Alzheimer. Serdi (Paris) 2000 ; pp : 139-150.*
 - *Indications des unités de vie Alzheimer Lebert F, Hourtoule JL, Plets M et al.*
 - *Recommandations pour la prise en charge en unité de vie Alzheimer. Rev Geriatr 2002 (sous presse)*
- Disponible sur internet : <http://www.lille.inserm.fr/u422/CAMA.html>

ALIMENTATION DU RESIDENT EN INSTITUTION GERIATRIQUE

Résident	FAIRE	NE PAS FAIRE
s'alimente seul	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peser le résident chaque mois <input type="checkbox"/> Veiller à une alimentation variée et appétissante <input type="checkbox"/> Offrir le choix : fromages, fruits, parfums (laitage, glace, sirop, boisson), quantité à servir, nombre de tranches de pain, etc., selon ses préférences. <input type="checkbox"/> Communiquer avec l'équipe de cuisine au sujet des repas / de l'appréciation des plats pour répondre aux attentes. <input type="checkbox"/> Surveiller la consommation du plat d'origine animale (midi / soir) : viande, poisson, laitage <input type="checkbox"/> Veiller à la présence de 4 produits laitiers par jour <input type="checkbox"/> Planifier le service de boissons : toutes les 2 heures <input type="checkbox"/> Signaler tout changement de comportement lors du repas : appétit, refus, tristesse, endormissement, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Penser qu'une personne âgée, inactive, se nourrit « de peu ». Ses besoins nutritionnels sont identiques à ceux de l'adulte à activité équivalente. <input type="checkbox"/> Délaisser une personne qui n'est jamais « contente » des repas. Ceci traduit un état de mal être à prendre en considération. Le problème est à rechercher en dehors du contexte du repas (douleur, dépression). <input type="checkbox"/> Manquer de vigilance par rapport à la consommation des repas et à la prise de boissons. Même indépendante, la personne âgée court un risque de dénutrition et de déshydratation. <input type="checkbox"/> Laisser un résidant quitter la salle à manger sans s'assurer que ses mains et son visage soient propres.
a peu d'appétit	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Parler du menu et de ses composantes. Faire appel à la mémoire, à la saison, aux fêtes pour donner « envie ». <input type="checkbox"/> A l'office, un mixeur de bonne qualité permet de réaliser des mousses de fruits, des gaspachos (soupe froide de crudités d'été) et des veloutés (melon, pastèque). <input type="checkbox"/> Privilégier les produits laitiers pour pallier une insuffisance de consommation de viande ou de poisson. <input type="checkbox"/> Enrichir en priorité avec des aliments de base (œuf, laits concentrés, fromages) : béchamel, purées, gratins, flan, crèmes, clafoutis, far aux pruneaux, fromages blancs, yaourt, lait parfumé (caramel, vanille) sans augmenter le volume. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apporter le plat suivant avant que la personne ait fini le précédent. Ne pas laisser le temps de manger <input type="checkbox"/> Mixer les repas dès que des difficultés de mastication ou de déglutition apparaissent. Passer au menu mixé est une décision difficile à prendre par l'équipe de soins car souvent irréversible. Les plats doivent rester identifiables. <input type="checkbox"/> Rester indifférent à une perte d'appétit de plusieurs jours. <input type="checkbox"/> La perte d'appétit est un indicateur fiable à noter dans le dossier médical après l'avoir notifié au médecin.
a besoin d'aide	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Évaluer les capacités motrices afin de les utiliser au mieux et de les maintenir : cuillère à dessert, assiette à rebord, etc. Voir ce qui peut être réalisé ou non : couper, boire, mise en bouche. <input type="checkbox"/> Harmoniser l'aide et rassurer en cas de maladroites. <input type="checkbox"/> Proposer quelques gorgées d'eau pour faciliter la déglutition et pallier un manque de salive. <input type="checkbox"/> Stimuler la personne par la parole et le toucher augmente la prise alimentaire. La chaleur humaine, le sourire et les paroles aident à tolérer la dépendance. <input type="checkbox"/> Laisser le temps d'avaler 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mélanger les différents éléments du plat chaud. Ces mélanges sont peu esthétiques et de goût peu fidèle. <input type="checkbox"/> Se mettre face au résidant pour donner à manger. Préférer l'angle de la table (90 °) pour libérer le champ visuel, apporter une aide efficace et plus discrète. <input type="checkbox"/> Faire manger plusieurs personnes à la fois « machinalement ». Dans ce cas, dire quelques mots personnalisés pour « reconnecter » la communication <input type="checkbox"/> Parler avec des collègues pendant qu'une aide est apportée <input type="checkbox"/> Précipiter le repas

Résident	FAIRE
Pour le sujet dément	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Contrôler régulièrement son poids <input type="checkbox"/> Le solliciter doucement, avec patience pour absorber les aliments <input type="checkbox"/> Lui laisser la possibilité de : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mélanger les éléments du repas <input type="checkbox"/> manger debout s'il le souhaite <input type="checkbox"/> grignoter des aliments mis à sa disposition (biscuits, fruits frais ou secs)... L'essentiel est qu'il mange... <input type="checkbox"/> déambuler dans les couloirs

Mise en place d'une commission des menus

Tenter d'obtenir un temps de diététicienne (en mutualisant les moyens de plusieurs structures si nécessaire) .Mais surtout pas pour proposer des régimes qui sont à bannir après 75 ans (sauf indication médicale très spécifique) .

L'essentiel est de conserver le plaisir de manger...meilleure prévention de la dénutrition qui est le risque majeur du vieillissement ,avec ses conséquences délétères sur l'augmentation du risque infectieux et la diminution des capacités fonctionnelles.

Pour en savoir plus

- *GUIDE PRATIQUE du PNNS et / ou Les Apports nutritionnels conseillés (Ambroise Martin)*

- *Groupe de recherche en éducation nutritionnelle : aliments, alimentation et santé. 2^{ème} édition. TEC & DOC 2000*

Textes brefs qui répondent à des questions ponctuelles fréquentes qui concernent les aliments, les habitudes alimentaires, les relations entre alimentation et santé.

- *M. Ferry, E.Alix, P.Brocker, T.Constans, B.Lesourd, D. Mischlich, P.Pfitzenmeyer , B.Vellas . Nutrition de la Personne Âgée. Masson ed. Paris 2002.327 pages. 2^{ème} édition.*

Ce livre présente les aspects fondamentaux du vieillissement et ses relations avec la nutrition, dont les causes et conséquences de la malnutrition, les situations cliniques courantes avec des aides pratiques et des notions d'éthique, enfin les aspects psychosociaux, de la symbolique de l'alimentation aux considérations pratiques sur la distribution des repas...

- *Démarche HACCP en restauration. Clichy : éditions BPI*

Guide pratique pour la qualité de l'alimentation et l'analyse des dangers en restauration collective

- *B. Sidobre, M. Ferry, R. Hugonot. Guide pratique de l'alimentation. HERVAS éd. 1997*

Présente les aliments par ordre alphabétique, leurs qualités propres et leur contenu en vitamines et minéraux

- *Hygiène alimentaire : arrêté du 29 septembre 1997 : restauration collective à caractère social.*

- *CERIN propose une nouvelle édition de la brochure « bien manger après 70 ans » réalisée en collaboration avec les Club Francophone de Gériatrie et Nutrition*

- *Nutrition, maladie d'Alzheimer et promotion de la santé - pour tout renseignement contacter le service du Pr Vellas, CHU Toulouse*

CHALEUR

Prévenir les pathologies liées à un excès de chaleur

L'exposition prolongée à la chaleur peut avoir des conséquences gravissimes chez les personnes les plus vulnérables, notamment les personnes âgées fragiles et dépendantes.

Les facteurs de risque sont de différents ordres :

- co-morbidités : insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, diabète, maladie de Parkinson, maladie psychiatrique ou démence, trouble de l'alimentation, infection, fièvre d'autre origine...
- état de dépendance,
- isolement social,
- médicaments : principalement diurétiques, neuroleptiques, anti-cholinergiques, antihistaminiques, anti-parkinsoniens.
 - facteurs liés à l'environnement : absence de climatisation, exposition au sud, absence d'ombre (volets, arbres...), environnement urbanisé (asphalte, pollution), étages supérieurs dans un immeuble.

Mesures préventives

Les personnes âgées en institution doivent, en cas de forte chaleur, être l'objet d'une surveillance accrue.

Les résidents doivent s'exposer le moins possible au soleil

- si possible, rester à l'intérieur dans un espace frais, voire climatisé.
- pour sortir, préférer le matin tôt ou le soir tard. Rester hors des secteurs exposés et se reposer souvent dans des secteurs ombragés.

Les résidents doivent porter des vêtements légers

- porter un chapeau large, des vêtements légers et de couleur claire pour laisser la peau «respirer»

Les résidents doivent s'hydrater suffisamment (voir la fiche «déshydratation»)

- boire le plus possible de liquide sans attendre d'avoir soif,
- éviter les boissons très froides, qui peuvent causer des crampes d'estomac,
- en cas de difficulté à avaler les liquides, prendre de l'eau gélifiée ou des fruits tels que melon, pastèque, prune, raisin, ...
- si possible, prendre des douches ou des bains régulièrement ;
- pulvériser de l'eau sur le visage et les autres parties découvertes du corps, soit avec un brumisateuse, soit avec des bombes aérosols d'eau, ou appliquer des lingettes humides, éventuellement rafraîchies au réfrigérateur sur le visage ;
- humidifier la bouche : rinçages de bouche, pulvérisation d'eau, mâchonnement d'un linge humide.

L'habitation doit être le mieux possible isolé par rapport au variations de température :

- fermer fenêtres et volets, notamment sur les façades exposées au soleil ; les maintenir ainsi tant que la température extérieure est supérieure à la température intérieure du local ;
- ouvrir le plus possible d'ouvertures et provoquer des courants d'air dans tout le bâtiment dès que la température extérieure est plus basse que la température intérieure ;
- les ventilateurs ne sont utiles que si la peau des personnes exposées est humide (humidification artificielle ou sueur).

Le médecin et les soignants doivent :

- adapter les prises médicamenteuses, en priorité les neuroleptiques ;
- traiter précocement toute hyperthermie, toute diminution des apports hydriques ainsi que de toute augmentation des pertes : vomissements, diarrhée.
- au moindre signe inquiétant, prendre la température du patient ;
- ne pas oublier que le **coup de chaleur** est une **urgence médicale**.

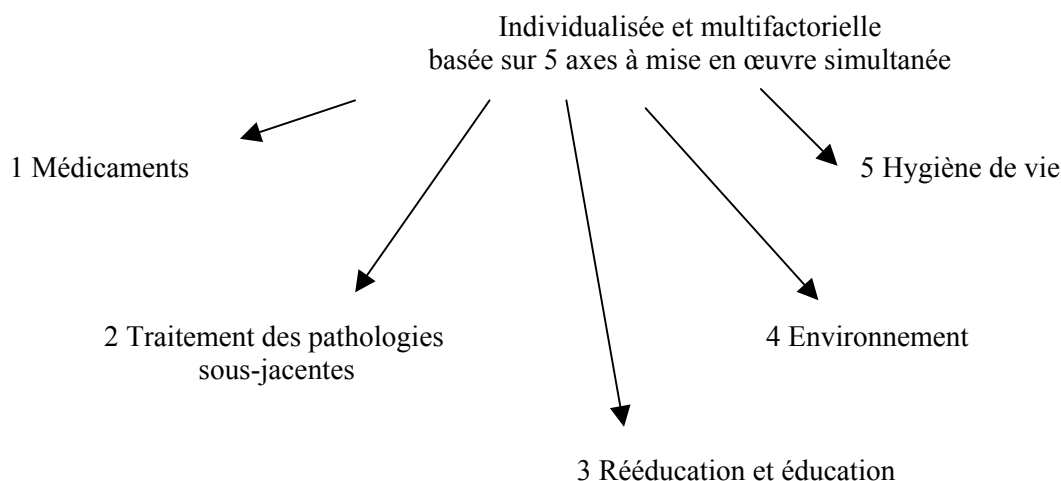
CHUTES

Stratégie de prévention

Les Points essentiels :

- Plusieurs actions peuvent être menées pour réduire le risque de chute :
 - sensibiliser le personnel au problème des chutes,
 - aménager les locaux afin de réduire au minimum les facteurs de risque environnementaux,
 - repérer les sujets les plus à risque (ceux qui sont déjà tombés, ceux qui cumulent les facteurs de risque de chute),
 - pour tous les individus à risque, identifier les facteurs de risque individuels et environnementaux et corriger ceux qui sont modifiables
 - éviter le déconditionnement physique et inciter les résidents à maintenir une activité physique régulière (marche, groupe de gymnastique),
 - réduire les temps d'alitement des personnes âgées malades et les remettre rapidement à la marche.
 - faire adopter aux soignants de bonnes stratégies pour assurer les transferts, la verticalisation et l'accompagnement à la marche
 - prévenir la dénutrition
 - prescrire aux individus à haut risque de chute des séances de rééducation par un masseur kinésithérapeute pour un travail progressif de l'équilibre et de la marche
 - éduquer les patients sur les situations à risque et les gestes dangereux à éviter.
- Les périodes les plus à risque de chutes sont l'apparition d'une maladie aiguë (ex : température avec déshydratation), l'exacerbation d'une maladie chronique (ex : déclin moteur dans une maladie de Parkinson) et les changements de lieu de vie (ex : retour à domicile après hospitalisation, période suivant l'admission du résident).
- L'usage des contentions physiques doit être limité et codifié. Les contentions entraînent un déconditionnement physique et souvent une confusion mentale qui sont à l'origine d'un risque plus élevé de chute.
- Les séances de rééducation de l'équilibre et de marche sont efficaces à condition d'être proposées pour une période de plusieurs semaines.

Prise en charge du résident chuteur ou à haut risque de chute



1. **Médicaments** : revoir l'ordonnance (cf fiche prescription médicamenteuse – éviter si possible d'employer des médicaments à haut risque (benzodiazépine, neuroleptique, antidépresseur, anticonvulsivant, antiarythmique de classe I).
2. **Pathologies sous-jacentes potentiellement en cause** : vision (changement de lunettes, opération de la cataracte, augmentation de l'éclairage), neurologique (en cas de déficit de la sensibilité adapter le chaussant approprié, réduction des médicaments interférant sur la cognition), cardiologique (réduction des hypotenseurs si hypotension orthostatique, pacemaker si syncope...), force musculaire (supplémentation protéique et vitamino-calcique si sarcopénie, antalgique si arthrose...), aide psychologique si phobie de la station debout (désadaptation psychomotrice).
3. **Rééducation et éducation** : kinésithérapie (maintien des amplitudes articulaires, réduction des troubles du tonus, correction des attitudes vicieuses, correction de la force des muscles impliqués dans la statique si AVC, Parkinson), apprentissage du relever du sol, exercices centrés sur l'équilibre, utilisation correcte des aides techniques (cane à hauteur adéquate, attelles...), protection de hanche si sujet à haut risque, soins podologiques (traitement des ongles, des callosités...).
4. **Environnement** : espaces de déambulation sans obstacle, éclairage suffisant, rampes dans les couloirs et les escaliers, sol ni glissant, ni antidérapant, sans rupture de couleur, barres de maintien (siège WC, salle de bain), rehausse WC, fauteuil et chaises stables munis d'accoudoirs et de hauteur d'assise adaptée au résident, lit à hauteur variable, bonne accessibilité des étagères, appel - malade simple à utiliser et facilement accessible, signalisation visible.
5. **Hygiène de vie** : marche régulière (> 30 minutes, 3 fois par semaine), éventuellement gymnastique de type Tai Chi.

Pour en savoir plus

Tinette ME. Preventing falls in elderly persons. N Engl J Med 2003 ; 348 : 42 - 49.

Province MA, Hadley EC, Hornbrook MC et al. The effects of exercise on falls in elderly patients : a preplanned mets-analysis of the FICSIT trials. JAMA 1995 ; 273 :1341 - 47.

Robertson MC, Campbell AJ, Gardner MM, Devlin M. Preventing injuries in older people by preventing falls a mets-analysis in individuel level date. J Am Geriatr Soc 2002 ; 50 : 905 - 11.

Neufeld RR, Libow LS, Faley WJ et al. Restreint réduction reduces serious injuries among home residents. J Am Geriatr Soc 1999 ; 47 : 1202 - 7.

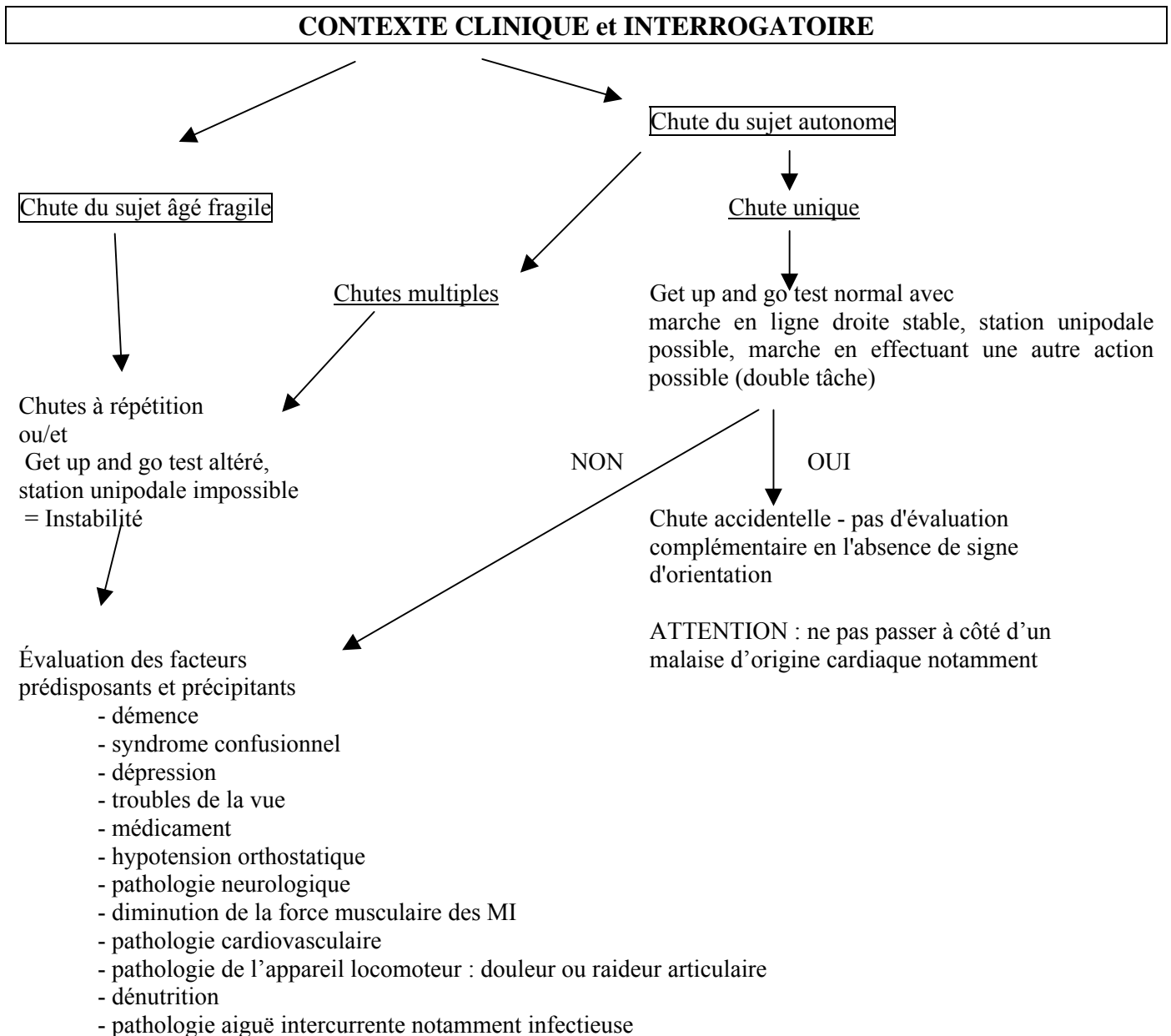
CHUTES

Prise en charge du résident chuteur

Les Points essentiels

- La chute ne doit pas être banalisée, car dans la moitié des cas, elle est récurrente et peut se compliquer de la peur de rechuter menant à l'isolement social et dans 10 % des cas à des traumatismes graves (fracture, contusion, hématome).
- Toute chute doit être signalée et donner lieu à une évaluation médicale à la recherche des facteurs de risque de rechute.
- La chute est rarement liée à une étiologie unique. Elle résulte le plus souvent de l'interaction de facteurs de risque intrinsèques ou prédisposants en partie réversibles et de facteurs de risque précipitants occasionnels ou liés à l'environnement.
- Plus les facteurs de risque sont nombreux, plus le risque de récurrence de chute est élevé.
- La prévention de la rechute est basée sur la recherche et la correction des facteurs prédisposants et précipitants.

Stratégie diagnostique



Exemple d'une fiche de déclaration d'une chute

Date :

Nom : Prénom :

Soignant ayant constaté la chute :

Autres soignants présents dans l'unité :

Infirmière présente :

- Le patient

Température :

Était-il à jeun ? oui non

Portait-il des chaussures ; des chaussons ; des chaussettes ou bas ; ou était-il pieds nus ?

A-t-il présenté un malaise ? oui non

Un état d'ébriété a-t-il favorisé la chute ? oui non

Le patient est-il agité ? oui non

Le patient utilise-t-il une aide technique habituellement lors de ses déplacements ? oui non

Si oui, canne ; béquille ; déambulateur

Si oui, cette aide technique était-elle utilisée au moment de la chute ? oui non

Si le patient porte habituellement des lunettes, les portait-il au moment de la chute ? oui non

- L'environnement

Heure de la chute :

Lieu de la chute :

Quelle était l'action en cours ?

- En se levant du lit ou en se couchant
- En se levant d'une chaise ou d'un fauteuil ou en s'asseyant
- En se déplaçant pour des activités diverses
- Pendant la toilette
- En se rendant au WC ou en revenant des toilettes
- Au cours de l'habillage ou du déshabillage
- A l'ouverture ou à la fermeture d'une porte
- Autre :

Un obstacle peut-il avoir été responsable de la chute ? oui non

Si oui, lequel :

Le sol était-il glissant ; collant ?

L'éclairage était-il suffisant ? oui non

- Conséquences

La chute a-t-elle causé des traumatismes physiques oui non

Si oui les décrire :

Un médecin a-t-il été appelé d'urgence ? oui non

Le patient a-t-il été transporté vers l'hôpital ? oui non

- Évaluation médicale

Nom du médecin :

Date :

Conclusions du médecin :

Pour en savoir plus

Guideline for the prevention of falls in older persons établi par les sociétés savantes anglosaxonnes de Gériatrie et d'Orthopédie. J Am Geriatr Soc 2001 ; 49 : 664 - 72.

Jacquot JM, Strubet D, Pélissier. La chute de la personne âgée. Paris Masson 1999.

Vellas B, Wayne SJ, Romero L. One-leg balance in an important predictor of injurious falls in older persons. J Am Geriatr Soc 1997 ; 45 : 735 - 38.

Podsiado D, Richardson S. The timed "Up and Go" ; a test of basic functional mobility for frai) elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991 ; 39 : 142 - 8.

CONFUSION DU SUJET ÂGÉ

- Le syndrome confusionnel se définit par une **altération globale, fluctuante et réversible** des fonctions cognitives.
- Le diagnostic repose sur l'existence de **3 signes cardinaux** :
 - les troubles de la vigilance (obnubilation),
 - l'inversion du rythme veille-sommeil,
 - la fluctuation de la sémiologie neuropsychique dans le temps.

Et la recherche des facteurs précipitants aiguës **volontiers multiples** dont les pathologies infectieuses, métaboliques, cardiovasculaires et les facteurs iatrogènes.

- **Examens de première intention** :
 - ionogramme sanguin, calcémie, glycémie, urée et créatinine sérique
 - numération formule sanguine et vitesse de sédimentation
 - électrocardiogramme
 - examen cytobactériologique des urines.
- En seconde intention ou en fonction de signes anamnestiques ou cliniques d'orientation :
 - **radiographie pulmonaire**
 - gazométrie sanguine, enzymes cardiaques, tests hépatiques, TSHu, folates et B12
 - ponction lombaire, E.E.G., scanner cérébral
 - accessoirement : sérologie HIV et sérologie syphilitique
- La prise en charge repose tout d'abord sur une **attitude préventive** : utilisation limitée des différentes drogues à potentialité confusio-gène, maintien d'une hydratation et d'une nutrition adaptée chez tout sujet âgé malade ou hospitalisé
- Sur le plan curatif, **la démarche diagnostique et le traitement rapide des facteurs déclenchants représente une urgence**. Les principes de prise en charge sont les suivants :
 - rassurer le patient et son entourage
 - placer le sujet dans une ambiance calme en évitant la contention.
 - pallier les déficits neurosensoriels (port de lunettes, de prothèse auditive)
 - s'acharner à éviter les complications de déshydratation, de dénutrition et de décubitus.
- **Les psychotropes ne représentent en aucun cas un traitement curatif du syndrome confusionnel**. A l'inverse, ils sont pour la plupart confusio-gènes. S'il est parfois nécessaire de les utiliser, **l'indication doit être ponctuelle, les doses initiales étant faibles et réévaluées quotidiennement**.
- La difficulté habituelle réside dans le diagnostic différentiel entre démence et syndrome confusionnel, tout en sachant que l'une cohabite souvent avec l'autre. En cas de doute, il faut retenir que toute aggravation apparemment aiguë des capacités cognitives d'un sujet âgé doit être considérée, jusqu'à preuve du contraire, comme un syndrome confusionnel et nécessite donc une démarche diagnostique et une attitude thérapeutique actives.

- **Facteurs précipitants d'un syndrome confusionnel classés par ordre de fréquence**
 - Infections (bronchopulmonaires et urinaires notamment)
 - Troubles métaboliques : hypo ou hypernatrémie, hypercalcémie, hypo ou hyperglycémie, insuffisance rénale
 - Troubles cardio-vasculaires : insuffisance cardiaque, troubles du rythme paroxystique, infarctus du myocarde et embolie pulmonaire
 - Douleur aiguë, syndromes rétentionnels (rétention aiguë d'urine et fécalome)
 - Affections neurologiques: lésions expansives, accident vasculaire cérébral, épilepsie
 - Dérèglements endocriniens: dysthyroïdies, hyperparathyroïdie
 - Facteurs iatrogènes médicamenteux : Syndrome de sevrage aux benzodiazépines et apparentés
 - Facteurs psychologiques : deuil, changement du cadre de vie: hospitalisation, intervention chirurgicale....
En institution : Refus, période d'adaptation, difficultés de voisinage, rejet par les autres résidents, mésentente avec le personnel....
- **Réassurer le patient** et son entourage est un élément fondamental de la prise en charge : le « réancrage » du patient passe par le recueil d'une anamnèse complète, la connaissance des éléments de vie constituant un bagage commun entre le patient et le soignant. Le caractère aigu et réversible de l'affection doit rester présent à l'esprit des intervenants qui par là même pourront adopter une conduite de réassurance efficace vis-à-vis de l'entourage familial.
- Dans certains cas, l'agitation et/ou l'anxiété sont telles qu'elles représentent un risque pour le patient et l'entourage, nécessitant alors le recours à l'utilisation ponctuelle et mesurée de psychotropes. Les recommandations quant à l'utilisation de l'une ou l'autre famille médicamenteuse (benzodiazépines ou neuroleptiques) sont plus fonction de l'expérience clinique que d'études contrôlées. La tendance anglo-saxonne recommande plutôt l'utilisation des neuroleptiques atypiques aux effets anticholinergiques et extra-pyramidaux modérés.
- En EHPAD l'attitude pratique est fonction des possibilités de diagnostic et de surveillance de l'établissement.

Si la cause est évidente, le traitement simple, pour un temps limité, requérant une surveillance réalisable, sans dangerosité pour le malade et son environnement, en accord avec la famille on évitera l'hospitalisation.

Si des examens complémentaires ou une surveillance en particulier nocturne sont nécessaires sans personnel compétant et plateau technique facilement mobilisable, si un état d'agitation ou d'agressivité n'est pas rapidement maîtrisable ou si une angoisse persistante de la part de la famille ou du personnel s'exprime il vaut mieux organiser le transfert vers le secteur sanitaire.

Pour en savoir plus

1. *P Pfitzenmeyer. Conduite à tenir devant un syndrome confusionnel du sujet âgé. Rev Gériatrie 1999 ; 24 : 481-488*
2. *Inouye SK. Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. Dement Geriatr Cogn Disord 1999; 10 : 393-400*

CONTENTION PHYSIQUE : EN LIMITER LES RISQUES

Les recommandations de cette fiche ont été diffusées par l'ANAES : elles concernent tous les établissements et constituent une référence. Il convient que les professionnels se l'approprient, dans un objectif de limiter l'usage des contentions, encore trop fréquent en EHPAD.

Référentiel de pratique pour la contention physique :

Critère 1 : La contention doit être réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.

Critère 2 : La prescription est faite après appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.

Critère 3 : Une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.

Critère 4 : La personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.

Critère 5 : Le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient. Il présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée.

Dans le cas de contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières.

Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient.

En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.

Critère 6 : L'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.

Critère 7 : Selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel, la contention est levée aussi souvent que possible.

Critère 8 : Des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.

Critère 9 : Une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 24 heures de retranscrite dans le dossier du patient.

Critère 10 : La contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

Critères pour conduire une politique de réduction de la contention

Critère 1 : Une politique de l'établissement ou du service concernant l'usage de la contention physique est traduite dans un document accessible aux soignants, aux patients/résidents et à leurs proches.

Critère 2 : Le taux d'utilisation de la contention est mesuré, enregistré et analysé.

Critère 3 : Le recueil et l'analyse des incidents et accidents liés à la contention donnent lieu à des plans d'action préventifs.

Critère 4 : Des actions d'information sur les dangers de la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes.

Critère 5 : Des actions de formation sur l'usage approprié de la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes.

Critère 6 : Des actions de formation sur les différents outils d'évaluation de l'état de santé des personnes âgées sont réalisées auprès des équipes soignantes.

Critère 7 : Des formations sur les alternatives à la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes.

Critère 8 : L'utilisation d'alternatives à la contention est encouragée et facilitée. L'évaluation de ces méthodes est organisée.

Critère 9 : Dans les cas de reconduction de la mesure de contention sans issue satisfaisante pour la personne âgée, l'établissement est en mesure de prévoir le recours à un professionnel présentant une expertise sur le thème de la contention (médecin, infirmier, psychologue) dans le but d'aider les équipes à clarifier les avantages et inconvénients de la contention et à trouver des alternatives.

Pour en savoir plus

« Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » : texte téléchargeable sur le site de l'ANAES www.anaes.fr

DÉAMBULATION PATHOLOGIQUE

Préserver autant que faire se peut la déambulation, c'est préserver une part de la liberté et de la dignité du malade.

Définition

Il s'agit d'un comportement répétitif de marche et de déplacements incessants, non contrôlable et à risque pour le patient.

Population à risque

Tous les patients souffrant de démences sont susceptibles de déambuler. Cependant, elle est plus fréquente dans la maladie d'Alzheimer et la démence fronto-temporale. Ce comportement se rencontre également chez les malades psychiatriques vieillissants.

Il n'y a pas de période privilégiée au cours des 24 heures. Les patients peuvent déambuler le jour ou/et la nuit. Les déambulations peuvent durer plusieurs heures.

Facteurs favorisant

- Confusion mentale aiguë ou surajoutée d'origine somatique ou psychologique,
- Absence de prise en considération de besoins vitaux : faim, soif, envie d'uriner,
- Manifestations psychiatriques : anxiété, angoisses, dépression, hallucinations ou délire,
- Réaction d'opposition et de fuite à une situation vécue comme un enfermement : entrée en institution,
- Intolérance des soignants, des familles, des autres résidents.

Évaluation

Pour un patient donné, il est nécessaire d'évaluer avec l'ensemble de l'équipe :

- les périodes privilégiées de déambulation au cours du nyctémère,
- leur fréquence,
- leur intensité,
- les situations susceptibles de déclencher ce comportement,
- les manifestations comportementales associées,
- le retentissement du trouble sur les soignants.

L'observation de l'équipe est fondamentale pour l'élaboration d'un diagnostic et la mise en place d'une stratégie thérapeutique.

Bénéfices et risques de la déambulation

La déambulation peut être bénéfique en favorisant l'exercice physique et musculaire lorsqu'elle est limitée dans le temps et ne s'accompagne pas d'une compulsion à sortir de l'institution. Cependant, elle s'accompagne souvent de risques.

	Bénéfices	Risques
Personne âgée	<ul style="list-style-type: none"> - Préserver la liberté de la personne, - Préserver ses capacités motrices 	<ul style="list-style-type: none"> - traumatismes avec chutes et fractures, - égarement du fait de la désorientation fréquemment associée,* - rejet de la personne, - dénutrition et épuisement du fait de déambulations durant des heures * - malveillance et agression lors de sortie hors de l'institution*
Les autres	Préservation autonomie	<ul style="list-style-type: none"> - Épuisement des soignants, - Implication dans des situations médico-légales* - Intolérance par les autres résidents, les familles*

* en l'absence d'un accompagnement adapté pour ces personnes, associé à une organisation pertinente des espaces

Prise en charge

Objectif = préserver la liberté de la personne et préserver son autonomie

<u>Prévention des risques</u> Les systèmes utilisés doivent être conformes aux normes de sécurité, les « bricolages » sont à proscrire. Explications aux proches indispensables.	Utiliser un système d'identification du patient quand existent des possibilités de sortir de l'EHPAD : bracelet, étiquettes cousues au niveau des vêtements Conserver une photo d'identité récente dans le cas où il faudrait entreprendre des recherches du patient. Utiliser des fermetures de sécurité au niveau des portes, des fenêtres
<u>Prise en charge psychocomportementale</u> Analyse et discussion en équipe et avec les proches, favorisant compréhension et positionnement	Pédagogie, formation, repérage de la problématique ; projet de soins (et vie) individualisé Éviter de s'opposer au patient car les situations de contrainte exacerbent les troubles. Proposer une promenade ou une activité, faisant diversion
<u>Traitements médicamenteux</u>	Utiliser avec prudence car peu d'efficacité dans ce comportement et possiblement inducteurs d'effets iatrogènes (confusion, chutes et traumatismes) Utiliser un antidépresseur sérotoninergique quand existe une dépression et/ou des comportements d'impulsivité associés Utiliser un anxiolytique comme le méprobamate ou la buspirone et/ou un thymorégulateur quand existe une anxiété et/ou des troubles du sommeil associés.

Pour en savoir plus

Quatre références présentant les recommandations et consensus internationaux

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's Disease and other dementias of Late Life. *Am J Psychiatry* 1997, 154 (suppl): 1-39.
2. Small GW, Rabin PV, Barry PP et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer's disease and related disorders. Consensus Statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's association, and the American Geriatrics Society. *JAMA* 1997 : 278, 1363-1371
3. Petit H, Bakchine S, Dubois B et al. Travaux d'un groupe d'experts sur la maladie d'Alzheimer. Convergences d'un groupe pluridisciplinaire d'experts français sur les modalités du diagnostic et du traitement médicamenteux de la maladie d'Alzheimer au stade démentiel. *La Revue de Gériatrie* 1998, 23(6) : 499-505
4. Patterson CJS, Gauthier S, Bergman H et al. Diagnostic, évaluation et traitement de la démence : conclusions de la Conférence canadienne de consensus sur la démence. *CMAJ* 1999, 15, 160 (12suppl) : SF1-SF18

DÉCISION DIFFICILE

Les décisions difficiles surviennent lorsque différentes valeurs entrent en contradiction surtout si elles sont portées par des intervenants différents (liberté - sécurité ; dignité - égalité ; autonomie - protection des faibles ...).

Le directeur est le responsable civil et pénal de la bonne marche de son établissement ; il doit être partie prenante d'une telle démarche.

Un trépied de base

- 1) Rendre au malade âgé sa place de sujet à part entière avec son identité propre et son histoire propre.
 - Importance de la qualité de l'écoute sans projection, en aidant le sujet à s'exprimer, en cherchant le sens de ces comportements non verbaux.
- 2) Se donner du temps (les urgences engageant le pronostic vital sont rares)
 - Ce temps permet de prendre la distance indispensable pour comprendre ce qui se passe, dénouer et apaiser les crises.
- 3) Créer une triangulation
Il est nécessaire d'introduire un tiers, de ne pas s'enfermer dans une relation à deux où le malade est en position de faiblesse.
 - Ce tiers peut-être un psychologue, un médecin consultant extérieur, tout autre référent non impliqué et dont les compétences et la notoriété sont reconnues. Il n'est pas souhaitable qu'il soit en position d'autorité hiérarchique et administrative.

Une démarche en dix points

1) Analyser la situation

- a) Retourner auprès du sujet âgé, rechercher ses souhaits, ses choix, ses désirs par ce qu'il dit et par son comportement non verbal.
- b) Chercher plus d'informations pour éclairer la décision.
 - Sur le sujet : histoire de vie, comportement antérieur...
 - Sur la maladie : degré d'évolution, pronostic, pathologie associée.
 - Sur le problème : niveau de connaissance et enjeux pour les différents acteurs.
- c) Identifier les problèmes éthiques, quelles sont les valeurs qui sont en conflit ?
 - Rechercher le niveau de connaissance des différents acteurs sur le problème.

2) Rechercher une solution

- a) Prendre du recul, trouver un moment et un lieu de discussion avec l'équipe.
- b) Être créatif, trouver plusieurs solutions : une solution est une impasse, deux solutions sont binaires enfermantes, trois solutions commencent à donner du choix et ouvrent à d'autres possibilités.
- c) Vérifier la faisabilité, le coût et la conformité juridique.
 - Adapter la solution au contexte qui peut changer.

3) Prendre une décision

- a) Prendre effectivement une décision et en assumer la responsabilité : c'est le rôle du médecin.
- b) Laisser des traces écrites de la décision prise et le contexte dans le dossier médical et dossier de soins (obligation légale).
- c) Faire connaître et expliquer la décision au malade, à la famille, à l'équipe soignante et aux autres intervenants. Les points 8 et 9 sont indispensables pour éviter des décisions contraires ultérieures prises en urgence.

4) Réévaluer

Les solutions sont toujours uniques, temporaires et doivent être régulièrement réadaptées.

- Identifier les problèmes résiduels et si nécessaire refaire la demande.

Repérer les circonstances

1) La personne âgée

- Le plus souvent, un sujet âgé fragile et vulnérable non reconnu comme acteur.
- Le vécu affectif et relationnel et les désirs ne sont pas connus.
- Manque d'informations sur l'histoire de vie.

2) La décision

Comporte :

- Des choix avec des risques.
- Des incertitudes sur les résultats des actions entreprises.
- Des contraintes avec privation des libertés.
- Un coût économique élevé pour des ressources rares.

3) La maladie

- Maladie avec troubles cognitifs et difficultés de communication.
- Diagnostic imprécis et insuffisant et polyopathologies associées mal identifiées.

4) L'entourage familial

- L'histoire familiale comporte conflits et ruptures avec divergences entre les membres de la famille sur la décision.
- Conflit d'intérêt (financier ou autre) avec la personne âgée.

5) L'entourage professionnel

- Contexte de surcharge de travail, de sous qualification du personnel, d'insuffisance de compétence gériatrique, de sous encadrement du personnel.
- Défaut de connaissance et de contrôle de projection et des fantasmes face à la vieillesse, à la maladie et à la mort.

N.B. : *Les décisions difficiles fréquentes et spécifiques à l'approche de la fin de vie ne sont pas traitées dans cette fiche.*

DESHYDRATATION

Prévention

- Le rein du sujet âgé retient moins bien l'eau et le sel que celui de l'adulte. Il est donc moins apte à lutter rapidement contre la déshydratation. Nombre de personnes âgées, en particulier les déments et les patients ayant des séquelles d'AVC, ont par ailleurs un trouble de la soif qui les empêche de s'hydrater correctement.
- Les besoins quotidiens en eau sont de 1,5 à 2 l par jour (30 ml/kg)
- Les circonstances favorisant la déshydratation sont bien connues :

Pertes d'eau et de sel : Anorexie prolongée
Diurétiques
Troubles digestifs : vomissements, diarrhée
Ulcères suintants
Décompensation diabétique

Pertes d'eau pure : Chaleur excessive (locaux mal isolés en été ou surchauffés en hiver)
Fièvre
Transpiration – Hyperventilation
Diabète insipide médicamenteux (lithium, vancomycine)

Mesures de prévention

- Isoler les locaux en cas de forte chaleur extérieure. Ne pas surchauffer l'hiver.
- Supprimer les traitements diurétiques non indispensables
- Arrêter les diurétiques en cas de troubles digestifs
- Donner une alimentation suffisamment salée (4 à 6 g /jour)
- Veiller aux apports hydriques des patients ayant une alimentation entérale
- Donner à boire, plusieurs fois par jour, aux personnes âgées dépendantes (eau, thé, café, jus de fruits, bouillon)
- Augmenter les apports dans les circonstances favorisant la déshydratation qui ont été rappelés ci dessus
- Dans les situations à haut risque de déshydratation (par exemple patient dément présentant un problème médical aigu), il est possible de perfuser préventivement le patient la nuit par voie sous-cutanée (hypodermoclyse cf ci-dessous).

Technique de l'hypodermoclyse (perfusion sous-cutanée)

Lieu : cuisses – Abdomen (latéral). Changer de site chaque jour.

Aiguille : aiguille pour IV ou SC, orientée à 45°.

Volume : 500ml à 1000 ml en 8h (maximum 1,5 l/24 heures)

Type de soluté : sérum salé physiologique ou G5 % +/- NaCl ; KCl à éviter

En cas de mauvaise diffusion : changer de site

Pour en savoir plus

Guide pratique de Gériatrie. Sylvie Legrain, Yves Kagan. Ed.MMI Déshydratation. p.58

Weinberg, K.Winaker. Dehydration. Evaluation and management in older adults. JAMA 1995 ; 274 : 1552-1557

DESHYDRATATION

Traitement

- **Il faut penser au diagnostic devant des signes peu spécifiques** : Asthénie inhabituelle – Confusion – Somnolence – Inappétence – Fébricule – Baisse de la TA ou hypotension orthostatique – Chute – Malaise....
- **La déshydratation est le plus souvent globale associant déficit hydrique et déficit sodé.**
- **Une cause déclenchante doit être recherchée**: Infection, troubles digestifs récents, chaleur excessive, introduction de diurétiques
- **Il faut arrêter temporairement** ou diminuer les traitements ayant des effets hypotenseurs : diurétiques, antihypertenseurs, vasodilatateurs ...
- **Certains examens sanguins doivent être demandés** : Ionogramme sanguin, urée, créatinine, protides, glycémie
- **L'hospitalisation est nécessaire dans trois circonstances** (1) en présence de signes de gravité ; (2) si la cause déclenchante n'est pas diagnostiquée ou nécessite elle-même l'hospitalisation ; (3) si les moyens humains et matériels disponibles dans l'établissement sont insuffisants pour assurer un traitement et une surveillance optimal

<p style="text-align: center;">SIGNES DE GRAVITE Troubles de conscience Collapsus ou instabilité hémodynamique Natrémie ≥ 150 mmol/l Glycémie ≥ 30 mmol/l</p>

- **La quantité totale de liquides à administrer correspond au déficit** (qui peut être apprécié par la perte de poids souvent difficile à évaluer en pratique) **additionné des besoins quotidiens normaux**. En pratique, il convient de réhydrater jusqu'à ce que les paramètres perturbés soient revenus à leur état antérieur : protides, natrémie, créatininémie, pression artérielle.
- **Le déficit doit être compensé progressivement** en 24 à 72 heures. Il ne faut jamais faire varier la natrémie de plus de 10 mmol / l / 24 heures (risque de myélinolyse centro-pontine)
- **Si la déshydratation est modérée, et en l'absence de signes de gravité, la voie orale est préférable**. Elle exige cependant la coopération de l'entourage et une surveillance clinique quotidienne.
- **La perfusion intraveineuse s'impose en cas de signes de gravité, de troubles digestifs, ou de déshydratation sévère** (définie par une quantité à perfuser $\geq 1,5$ l / 24h).
- La perfusion sous-cutanée peut être une alternative à la voie orale pour corriger des déshydratations modérées. Elle ne nécessite pas la coopération du patient.
- **Le choix de la solution de réhydratation est fonction de l'importance relative des déficits en eau et en sel**. Une hypernatrémie signifie que la carence en eau est plus profonde que la carence en sel et implique des apports hypotoniques. Une hyponatrémie signifie que la carence en sel est plus profonde que la carence en eau et implique des apports isotoniques au sérum physiologique.

► Choix de la solution de réhydratation :

Normo ou hyponatrémie	Hypernatrémie
<u>Eau + sel – Soluté salé isotonique</u>	<u>Eau pure – Soluté hypotonique sans sel</u>
Bouillon de légume salé (9 g/l) : 1 l / 24h ou Perfusion : sérum salé physio : 1 l / 24h et Restriction hydrique orale : 500 cc / 24h	Eau pure : 2 à 4 litres / 24h ou Perfusion : G5 % ou G2,5 % ou sérum salé hypo. (2 – 4 g/l) : 2 à 4 l / 24h
	En cas d'hyperglycémie > 15 mmol/l : Insuline SC ou IV (seringue auto-pulsée)
Contrôle biologique : 24 ^h * et plus si besoin	Contrôle biologique : 24 ^h * et plus si besoin

Pour en savoir plus

Analyse des troubles de l'hydratation :

Les troubles de l'hydratation – Gériologie Fondamentale Clinique et Sociale (MF Maugourd) Ed Sauramps Médical – p.229-239

Processus de vieillissement rénal favorisant la déshydratation :

M.Rainfray et al. Effets du vieillissement sur la fonction rénale. Presse Médicale 2000 ; 29 :1373-1378

Evaluation et traitement des déshydratations des sujets âgés :

Weinberg, K.Winaker. Dehydration. Evaluation and management in older adults. JAMA 1995 ;274 : 1552-1557

Analyse et traitement des hypernatrémies :

H.Adrogué, N.Madias. Hyponatremia . N Engl J Med 2000 ; 342 : 1493-1499

DOULEUR

Particularités de la douleur chez le sujet âgé

- La personne est seule juge de sa douleur. Il faut toujours croire une personne qui se plaint de douleur
- Toute modification du comportement peut correspondre à une douleur. (expressions faciales, grognements, gémissements, raidissement, agitation, refus alimentaire, troubles du sommeil, irritabilité...)
- Il existe des échelles spécifiques pour évaluer la douleur des personnes âgées.
- Quelle que soit l'intensité attendue de la douleur (importance d'un traumatisme, d'une chirurgie) il faudra toujours s'interroger sur l'intensité effectivement ressentie par la personne et donc l'évaluer
- Attention aux facteurs de sous-estimation : peur de « déranger », peur du diagnostic, des investigations, du traitement (morphine ++), de la mort prochaine, troubles sensoriels, de la mémoire, du langage, des fonctions intellectuelles, comportements atypiques (anorexie, confusion, mutisme).

1) Identifier si possible les mécanismes de la douleur

Le traitement dépendra du type de douleur même si bien souvent les douleurs sont mixtes : douleurs par excès de nociception, douleurs neuropathiques, douleurs idiopathiques (lombalgie banale, fibromyalgie ...), les douleurs psychogènes.

2) Évaluer la douleur

Les échelles globales permettent d'évaluer l'intensité d'une douleur : il peut s'agir de l'échelle visuelle analogique, échelle numérique simple...

S'il existe des troubles de la communication verbale, l'échelle Doloplus 2 et l'échelle comportementale sujet âgé (ECPA) permettent de démasquer la douleur

3) Principes de traitement de la douleur

Prescrire l'antalgique adéquat dont on connaît la durée d'action, les effets secondaires en commençant rapidement à dose faible

Puis réévaluer régulièrement.

Le traitement antalgique est fonction de l'intensité de la douleur et non de la pathologie

Préférer des horaires fixes pour couvrir toute la journée, une voie simple (bouche, peau), prévenir et surveiller les effets indésirables

Il n'y a pas de dépendances aux antalgiques même morphiniques.

Pour en savoir plus :

“ Soins infirmiers et douleur ”. Christiane Metzger, Martine Schwetta, Christiane Walter. Douleurs, 2000, 1, 3 : 158-170.

Livre “ Soins infirmiers et douleur ”, Masson, Paris, 2000.

Les évaluations complexes de la douleur - Cours supérieur - 2° congrès annuel de la Société d'Etude et de Traitement de la Douleur (SETD) - Lyon 2002

Vaincre la douleur. Encyclopédie médicale pratique du Reader's Digest, 1999 Wary B.

A propos des échelles d'évaluation de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale : Intérêt, limites et conseils pratiques.

Gérontologie, 1/7, 1, 35-39, 2001

DOULEUR

Traitement

Le traitement de la douleur des personnes âgées repose sur les mêmes principes que celui des personnes plus jeunes.

Recommandations

- 1) Toujours évaluer la douleur avant de faire un choix thérapeutique : intensité, périodicité, caractéristiques (douleurs nociceptive ou neurogène).
- 2) En cas de douleurs nociceptives, selon l'intensité de la douleur, utiliser les produits des paliers 1, 2 ou 3 décrits par l'OMS en y associant si besoin des coanalgésiques.
- 3) Ne pas réserver la morphine aux douleurs cancéreuses ou de la fin de la vie : c'est l'intensité de la douleur qui guide sa prescription (exemple de pathologie non cancéreuse : tassement vertébral hyperalgique).
- 4) Évaluer
 - a) La fonction rénale en calculant la clairance de la créatinine à (aide de la formule de Cockcroft et Gault = $(140 - \text{âge}) \times \text{poids} / \text{créat en } \sim\text{mol/l}$) (x 1,25 chez l'homme).
 - b) Le risque d'effets secondaires et d'interaction médicamenteuse (ex : morphine + autres psychotropes : risque accru de somnolence : diminuer les posologies des psychotropes, voir les supprimer).
- 5) Adapter les posologies à la fonction rénale.

Exemple : pour une personne âgée dont la clairance est < à 50 ml/mn, débiter la morphine par 15 à 20 mg/jour par voie orale (le recours au patch de fentanyl 25 g/1 ne peut s'envisager que lorsque la personne âgée reçoit déjà au minimum 60 mg/jour de morphine orale).
- 6) Dans le cadre d'une douleur chronique, administrer les antalgiques à heures régulières (ne pas faire de prescription « à la demande »).
 - toutes les 4 heures pour le paracétamol, la codéine et la morphine à action immédiate (solution de chlorhydrate de morphine, sevredol, actiskenan),
 - toutes les 6 heures pour le dextropropoxyfène,
 - toutes les 12 heures pour les morphiniques à libération prolongée (Moscontin/Skenan).
- 7) Prévoir la possibilité de recourir à des interdoses en cas d'accès douloureux aigu
 - spontané,
 - provoqué par un soin (attendre 45' entre l'administration d'interdoses et la réalisation du soin).
- 8) Prévenir systématiquement la constipation induite par les produits des paliers 2 et 3.
- 9) Penser aux co-analgésiques en cas de douleurs neurogènes (antidépresseurs tricycliques ou paroxétine, anticonvulsivants).

10) Penser à la corticothérapie dans les douleurs cancéreuses par infiltration d'organe, métastases hépatiques, carcinose péritonéale.

Pour en savoir plus :

LEFEBVRE-CHAPIRO S, TRIVALLE C, LEGRAIN S, EETEANU D, SEBAG-LANGE R. Particularités de la douleur et de sa prise en charge chez les personnes âgées. La Presse Médicale 2000 ; 29(6) : 333-9.

PETROGNANI A, GOMAS J-M: Point clinique avant la morphinique doit-on vérifier avant de débiter les morphiniques chez le sujet âgé. La Revue de Gériatrie 2000;25/6:421-2.

SEBAG-LANGE R, LEFEBVRE-CHAPIRO S. La douleur chez les malades âgés en fin de vie. Douleurs 2001;2/2:65-71.

SEBAG-LAN.OE R. Traitement de la douleurs chez les personnes âgées In la douleur en pratique. quotidienne - Diagnostic et traitements - A. Seine - C: Thurel.: .1994 ;

GLOTH F-M. Pain Management in older adults : prevention and treatment. JAGS 2001,49 :188-199.

DOULEUR

Prévenir la douleur induite par les soins

1) Repérer les soins potentiellement douloureux

Soins d'hygiène et de confort : toilette, réfection de lit, installation ou mobilisation, transfert du patient, rééducation, pansements, soins de cathéters veineux et artériels, de poches de colostomie, de sonde de gastrostomie, ponctions veineuses périphériques ou centrales, ponctions artérielles, intramusculaires, sous-cutanées, injection intra-veineuse, prélèvement pour gaz du sang, ponction de chambre implantable, pose de sonde naso-gastrique ou de gastrostomie, pose de sonde rectale, sondage vésical, prise de température par l'anus.

2) Préparer le soin

- Évaluer l'appréhension du malade
- Planifier le soin en fonction du rythme de sommeil
- Regrouper les soins douloureux
- Informer le malade sur le déroulement du soin (différentes étapes, lieu, durée, objectif, traitement antalgique prévu). L'information donnée doit être claire et adaptée au degré de compréhension du malade.

3) Agir durant le soin

- Installation confortable : position adaptée à l'état physique du malade, position facilitant la réalisation du soin
- Explications pendant le soin
- Environnement calme
- Relaxation (respiration, détournement d'attention par le dialogue)
- Maintien d'un contact physique
- Gestes doux, précautionneux, attentifs

4) Prévenir avec des moyens médicamenteux

- Traitement antalgique préventif systématiquement prescrit avant tout soin réputé douloureux.
- Horaire d'administration de l'antalgique par rapport au début du soin fonction de son délai d'action avec prescription d'interdoses complémentaires et/ou association médicamenteuse si soin douloureux malgré le traitement préventif.
- Transmission écrite du déroulement du soin.

Exemples de traitements préventifs :

- Mélange gazeux équimoléculaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) : analgésie de surface, soins douloureux de courte durée (soins d'escarres++).
- Patch ou crème associant lidocaïne et procaïne : EMLA
- Infiltration tissulaire ou muqueuse de lidocaïne
- Spray local ou gel de lidocaïne
- Antalgiques de paliers I, II, III de l'OMS (voie orale ou parentérale) : la morphine par voie parentérale est souvent l'antalgique de choix.
- Traitement anxiolytique : benzodiazépine à demi-vie courte, midazolam (hypnovel®)

ESCARRES

I - Évaluer les risques

Pourquoi ?

L'escarre est une pathologie grave qui peut survenir en quelques heures. Ce n'est jamais une fatalité. L'escarre est très souvent évitable. Afin de mettre les moyens adéquats en face de chaque cas et pouvoir concentrer ses ressources sur les cas les plus critiques, une phase d'évaluation est souhaitable.

Quand ?

A l'admission et lors de toute modification de l'état de santé de la personne et notamment en cas de fièvre, infections, affections pulmonaires, hypotension, incontinence, troubles circulatoires artériels ou veineux.

Chez qui ?

Pour toutes personnes, mais de façon plus rapprochée celles qui ont des facteurs de risques : l'immobilisation et la dénutrition sont les principaux facteurs prédictifs du risque d'escarre.

Comment ?

Choisir une grille. Il existe de nombreuses méthodes pour évaluer le risque d'escarre. Il n'y a ni mauvaise méthode, ni méthode parfaite. Chacune va mettre plus l'accent sur certains facteurs par rapport à d'autres. Ce qui est important, c'est d'utiliser toujours la même méthode afin de pouvoir définir une stratégie cohérente.

Il faut conserver le jugement humain et évaluer en équipe.

Un protocole de prise en charge est élaboré avec toute l'équipe soignante et périodiquement évalué.

II - Prévenir en cas de risque

1) Soulager de la pression

- utiliser des supports adaptés
- éviter les positions dangereuses

Mauvaises positions assises (une concentration du poids sur les ischions, ce qui se produit notamment lorsque les cuisses ne touchent pas le siège (cale-pieds trop haut, ou assise latéralement asymétrique). Une position glissant vers l'avant avec des forces de cisaillement importantes.

Mauvaises positions couchées (une pression trochantérienne élevée, due à une position couchée latérale. Une position glissant vers l'avant avec des forces de cisaillement importantes (position couchée avec tête de lit relevée).

2) Mobiliser régulièrement (changements de position réguliers)

3) Surveiller régulièrement l'état cutané

- 4) Maintenir l'hygiène de la peau (toilette quotidienne, changement de literie...)
- 5) Assurer un bon équilibre nutritionnel
- 6) Traiter les pathologies susceptibles de favoriser l'apparition d'une escarre
- 7) Donner une information et/ou une éducation au patient vis à vis des soins de prévention

Ces éléments sont spécifiques de l'institution, car ils dépendent de ses moyens financiers, humains, et matériels, mais aussi de son niveau de maîtrise des pratiques et moyens de prévention, ainsi que de la motivation de l'ensemble des personnels.

Supports	Avantages	Inconvénients
Coussins et matelas en mousse	Peu onéreux, facile à transporter, efficaces en prévention exclusivement.	Peu efficaces si facteurs de risques importants peu résistants à l'usure, facilement déformables, doivent être changés régulièrement
Coussins et matelas en gel	Densité variable, déformables et efficaces en prévention exclusivement	Peu efficaces si facteurs de risques importants, déformables avec le temps, doivent être surveillés et changés régulièrement.
Coussins, surmatelas et matelas à air	Efficaces en prévention ou fin de traitement des escarres constituées., le gonflage peut être réglé. Faciles à transporter	Peuvent être onéreux.
Coussins, surmatelas et matelas à eau	Bonne répartition des pressions, peu onéreux, à utiliser en prévention exclusivement.	Lourds, composés de matériaux plastiques (peu pliable, peu confortable), bruyant, sensation de mal de mer possible
Lits à air Lits fluidisés	Permet de diminuer la pression à des niveaux inégalables par d'autres méthodes. Idéal dans les polyopathologies, en prévention extrême ou en traitement d'escarres rebelles	Prix ++ Sensation de flottation très désagréable

EVALUER

Comment ?

L'évaluation gériatrique standardisée, doit couvrir les principaux domaines déterminant la santé et la qualité de vie des personnes âgées. L'évaluation doit répondre à des questions dans un certain nombre de domaines : locomotion, cognition, humeur, organes des sens, continence, nutrition.

- 1) Locomotion : faire les transferts, se déplacer, déplacer des objets, se relever du sol, avoir ou non des risques de chute...

Le choix des moyens d'évaluation dépend des performances constatées

Pour un malade alité : a-t-il ou non des mouvements spontanés dans le lit ? Se retourne-t-il seul ? Aide-t-il aux mobilisations ? Est-il totalement passif ? Existe-t-il des rétractions ou des risques de rétraction ?

L'objectif est ici de connaître et si possible de prévenir les complications du décubitus (escarre, thrombophlébite) et les évolutions vers les positions fœtales.

Moyen : description mensuelle de l'état.

Pour une personne verticalisée : existe-t-il des risques de chute ? En quelles circonstances ? Quels sont les aides humaines ou matérielles nécessaires ? Quelle distance est parcourue ? Qu'en est-il des escaliers ? Des déplacements à l'extérieur ? Du port d'une charge ?...

Moyen : - noter les performances habituelles
- noter les incidents significatifs tels que les chutes
- get up and go test.

- 2) Cognition : être orienté, converser, communiquer, se souvenir des choses anciennes et être capable de mémoriser les nouvelles informations.

Moyen : selon l'habitude du praticien

- test des 5 mots de Dubois
- test de l'horloge
- IADL
- MMS ou test de Folstein
- impliquer l'observation par l'équipe soignante
- tenir compte du niveau socio-éducatif

- 3) Humeur : être heureux ou triste – avoir confiance ou être anxieux – être calme ou agressif, etc...

Moyen :

- privilégier les questions simples et directes : « *êtes vous triste ou déprimé ?* » plutôt que les échelles
- privilégier les discussions en équipe et donc sensibiliser les équipes au discernement dans l'observation psycho-comportementale
- pour les personnes démentes, utiliser le NPI (neuro-psychological investigation)

- 4) Organes des sens : voir pour se déplacer, pour regarder la télévision, reconnaître les visages, lire (sous réserve de capacités intellectuelles), entendre.

Moyen :

- faire une fois par an un test d'acuité visuelle avec un test de Parinaud à 3 m et un test pour la vision proche, avec lunettes,
- évaluer la présence d'une cataracte par examen direct,
- examen du conduit auditif à la recherche de bouchon,
- audiométrie si un appareillage est envisageable.

- 5) Continence sphinctérienne : la personne est-elle ou non continente ? Consciente de ses besoins ou non ? De jour ou de nuit ou les deux ? Un peu ou beaucoup ? A-t-elle été rendue incontinente par une prise en charge inadaptée ? L'incontinence est-elle curable ou non ? etc...

Moyen :

- la meilleure question de dépistage pour une personne non connue comme incontinente est «avez-vous eu des problèmes d'incontinence ?». Si oui, il convient d'aller plus loin dans la recherche étiologique.
- si la personne porte des changes jetables, est-elle vraiment incontinente ? en cas de doute, faire un calendrier mictionnel et selon le résultat, aller plus loin dans la recherche étiologique.

- 6) Nutrition : la personne est-elle suffisamment nourrie en quantité et en variété ? A-t-elle plaisir à s'alimenter ?

Moyen :

- pesée mensuelle, MNA, état bucco dentaire,
- observation des prises alimentaires par cotation simple effectuée par le personnel de service » : total du plat +++++, trois quart +++, à moitié ++, peu +, rien 0.

Total : 10 à 12 + : pas de soucis

8 à 9 : vigilance, incitation

0 à 7 : intervention active

- biologie : albumine, préalbumine et contexte inflammatoire.

FAUSSES ROUTES : DES RISQUES ?

QUE FAIRE ?

Pour faire boire ou manger :

1. Position assise stricte, dos droit, tête penchée en avant
2. Utiliser une petite cuillère
3. Boissons et aliments glacés ou chauds
4. Donner à boire de l'eau aromatisée ou gazeuse
5. Pipette interdite, utiliser un verre avec une paille coudée
6. Tout incident survenu lors d'un repas doit être signalé
7. Si le patient fait une fausse route :
 - Interrompre le repas et les boissons
 - Réaliser une manœuvre de désobstruction pour retirer le corps étranger
 - Appeler au secours

INTERDIRE

1. Tête en arrière
2. Eau tiède
3. Aliments en morceaux ou filandreux
4. pipette

Les troubles de déglutition de la personne âgée

Prise en charge

- Symptôme **fréquent** à repérer systématiquement car l'alimentation et l'hydratation représentent alors un danger.
- Prévention possible par des mesures simples.
- **Quand y penser ?** pathologie neurologique, digestive haute, détérioration mentale, ATCD de fausses routes ...
- **Comment faire le diagnostic ?** Dysphagie, régurgitation par le nez, fausse route, surinfection bronchique, pneumopathie de déglutition, toux ...
- Demander une consultation ORL à la recherche d'une lésion. Un transit pharyngo-oesophagien peut-être utile en vue d'une rééducation.
- **Conséquences dramatiques** : dénutrition, infections broncho-pulmonaires récidivantes, déshydratation ...

Mesures de prévention chez les patients à risque

□ La posture

- Veiller en permanence à ce que le patient soit assis pour s'alimenter, au lit comme au fauteuil.
- Veiller au positionnement de la tête
 - * Si tête en hyper extension, les voies aériennes supérieures ne sont pas protégées
 - * Si tête en flexion, l'épiglotte est en bonne position pour obturer l'entrée de la trachée et l'œsophage reste bien ouvert

□ Les aliments

- Les textures molles, la saveur acide et salée, la température glacée diminuent le risque de fausse route
- Les aliments en petits morceaux et filandreux, les saveurs sucrées et les laitages favorisent les fausses routes

□ Les liquides

- Le danger est permanent
- Proscrire : l'eau tiède
- Préférer les boissons chaudes (café, thé...) ou glacées, l'eau gazeuse ou aromatisée (citron, sirop...)

□ Les ustensiles

- Proscrire la pipette ou canard
- Préférer des petites quantités : petite cuillère
- Intérêt de la paille qui favorise une bonne position de la tête

□ L'environnement

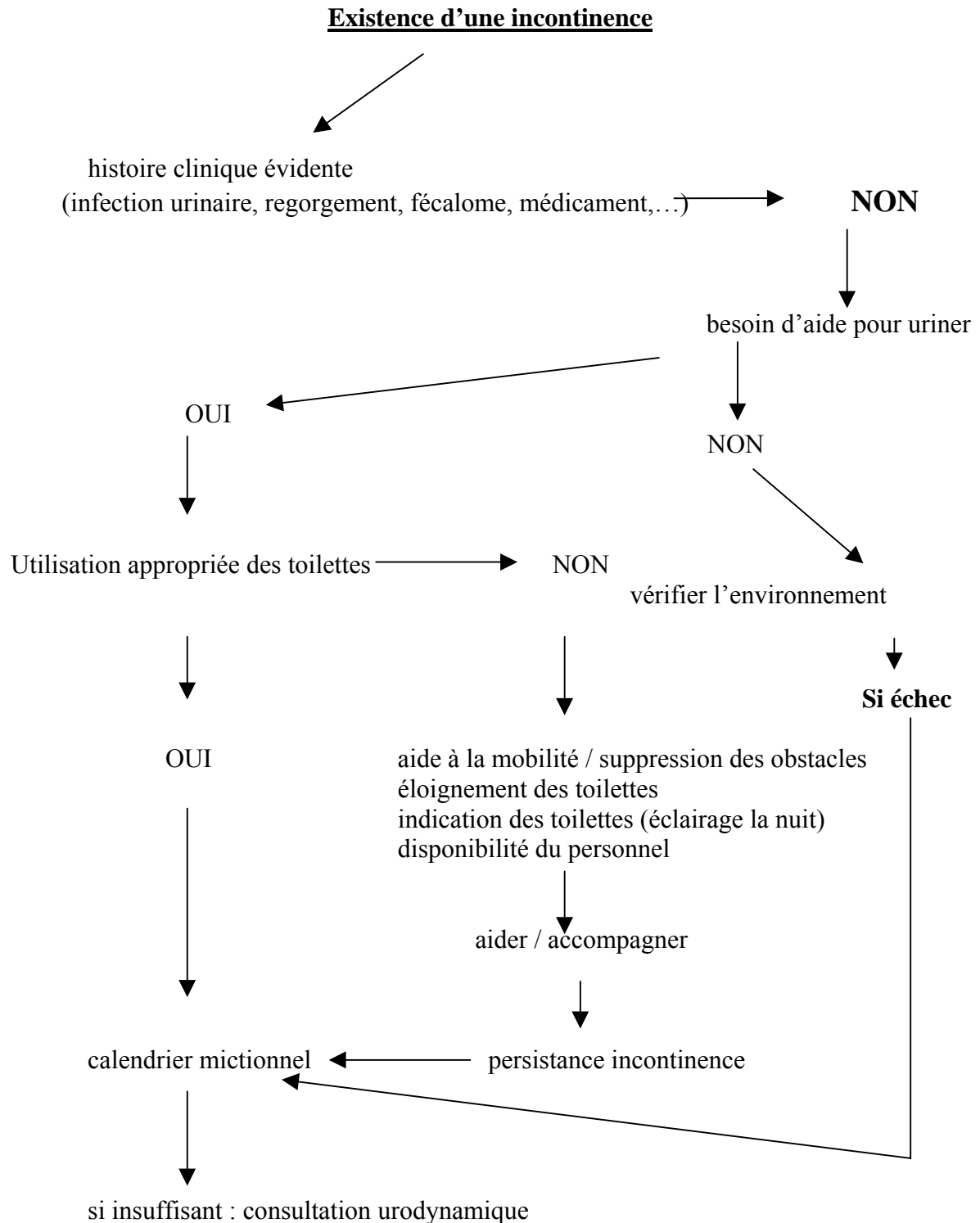
- Atmosphère calme
- stimuler la déglutition par des conseils au cours du repas

Mesures palliatives transitoires ou définitives

- Trouble de déglutition aux liquides → Eau gélifiée (pharmacie, maison)
- Trouble de déglutition aux liquides et solides → Assistance nutritionnelle (sonde naso gastrique, gastrostomie, jéjunostomie)

INCONTINENCE

Stratégie de l'équipe soignante



Place des examens complémentaires

ECBU :

Il doit être réalisé de façon systématique chez tout sujet incontinent, avant toute prise en charge.

L'existence d'une infection urinaire impose un traitement spécifique et une prise en charge préventive des récurrences. Elle oriente vers la recherche d'un résidu post mictionnel (échographie post mictionnelle ou bladderscan).

Echographie pelvienne :

Elle s'impose devant l'existence d'une rétention urinaire chronique, et est souhaitable la plupart du temps (facile, indolore et peu coûteuse).

L'échographie prostatique doit être faite par une sonde endorectale sectorielle, complétée par un dosage des PSA.

L'échographie vésicale et utérine est obtenue par l'utilisation d'une sonde de surface, nécessitant une bonne réplétion vésicale et une sonde linéaire endovaginale. Une évaluation du résidu post mictionnel est indispensable.

Bilan uro-dynamique :

S'impose si les mesures simples décrites plus loin (fiche 2) ne sont pas efficaces et que l'état des fonctions supérieures du sujet le permet (MMS > 10) et permet d'élaborer une rééducation efficace. Sinon, il faut rester au stade de prise en charge symptomatique.

Prise en charge de l'incontinence urinaire en EHPAD

Les principes fondamentaux :

- Chaque cas étant particulier, il ne peut être décrit de démarche universelle.
- La prise en charge doit toujours fait suite à une démarche d'évaluation globale et de diagnostic précis.
- Un examen clinique est indispensable et reste le pivot de la prise en charge (toucher rectal systématique, examen gynécologique, neurologique et urologique), il doit être accompagné d'une évaluation minimale des fonctions supérieures (MMS, praxies, critique des histoires absurdes).
- En cas de doute, ne pas hésiter à appeler le spécialiste compétent.

Certaines étiologies (le plus souvent connues de longue date) appellent des traitements chirurgicaux

- Prolapsus important chez la femme (intervention : hystérectomie et restauration de l'angle cervico-urétral).
- Hypertrophie prostatique très dysuriant chez l'homme (adénomectomie +/- rééducation pelvi-périnéale).
- Insuffisance sphinctérienne majeure (bandelette TVT-Tension-free vaginal Tape).

Les indications de ces traitements sont du ressort des urologues ou des gynécologues aidés dans leur décision par le gériatre pour l'estimation du bénéfice et du risque encouru, en l'absence de troubles cognitifs graves.

D'autres ont des indications de prise en charge spécialisée par un service compétent en uro-dynamique :

- Rétention urinaire chronique : Prise en charge par sondages itératifs en hospitalisation ou en Hôpital de jour de gériatrie ou de médecine physique et rééducation
- Instabilité vésicale majeure : Prise en charge de rééducation périnéale et vésicale et utilisation de traitement médicamenteux spécifiques par un service compétent.
- Incontinence urinaire d'effort pure : Elle résulte le plus souvent d'une insuffisance sphinctérienne et réagit bien à une rééducation pelvi-périnéale lorsque celle-ci est faite par un kinésithérapeute compétent, sinon indication de TVT.

Cependant, le plus souvent **l'incontinence urinaire de personnes vivant en institution est liée à la dépendance physique et psychique** et se manifeste par une incontinence mixte (Incontinence urinaire d'effort et urgence mictionnelle) ou seulement une incontinence par urgence mictionnelle (mictions impérieuses ou incontrôlées).

La prise en charge la plus opérante est la **correction des facteurs précipitants** :

➤ Facteurs écologiques

- environnement méconnu
- environnement inadapté**
- protection imposée et inutile
- perte de mobilité (douleur, essoufflement, hypotension orthostatique...)

➤ Facteurs d'irritation vésicale

- ablation récente de sonde à demeure
- infection urinaire, lithiase vésicale
- **fécalome ou rectum plein**

➤ Perte d'efficacité corticale

- délire, **confusion**, dépression
- médicaments surtout de prescription récente (psychotropes, diurétiques, antiparkinsonniens, antihypertenseurs centraux)
- désordres métaboliques :
 - troubles hydroélectrolytiques
 - troubles de la glycémie
 - hypoxie

Puis la réalisation de **mictions programmées** :

Repérage des horaires de miction sur le catalogue mictionnel

- Conduite aux toilettes à intervalles de temps inférieurs à ceux du rythme mictionnel spontané,
- Elargissement progressif des intervalles inter mictionnels
- Traitement concomitant de la constipation

Chez le sujet souffrant de démence de type Alzheimer ou de maladie apparentée, il faut y adjoindre :

- Une observation fine du comportement pré-mictionnel (agitation, déambulation...)
- Le repérage des toilettes
- La rééducation comportementale de l'habillement et du déshabillage

Une telle démarche guérit ou améliore notablement entre un tiers et la moitié des sujets incontinents selon le degré d'altération des fonctions supérieures.

Pour en savoir plus :

*M-F Maugourd, A. Caplain, MC Cappelletti et P. Minaire
La prise en charge de l'incontinence urinaire de la personne âgée in
M-F Maugourd
Gérontologie Sauramps Médical ed, Montpellier, 1996.*

*N. Michel-Laaengh, MF Maugourd, C. Dupin, A. Caplain
L'incontinence urinaire chez la personne âgée
Soins Gerontol., Juin 1996,(3) 7-18*

*Michel-Laaengh N, Abadie M, Ranovona C, Moussa H, Knafo D, Maugourd MF.
Incontinence en Gériatrie : quelle prise en charge pour quel patient ?
La Presse Médicale, février 2001 ; 30, 7 : 308-312*

Prise en charge de l'incontinence urinaire en EHPAD

Rôles des membres de l'équipe soignante dans le traitement du sujet âgé incontinent			
Infirmière	Aide-soignant Auxiliaire de vie	Kinésithérapeute (compétent en rééducation de l'incontinence)	Médecin
Choix des horaires du catalogue mictionnel	Proposition des mictions	Contrôle de l'environnement	Suppression des médicaments responsables d'incontinence
Explication du catalogue mictionnel au patient	Aide aux mictions	Contrôle de la bonne compréhension du sujet	Traitement des autres pathologies
Choix des protections à usage unique	Appréciation de l'équipe : changement des protections / évaluation des pertes (+, ++, +++)	Séances de rééducation Pelvi-périnéale	Prescription de rééducation médicaments spécifiques
ECBU	Surveillance de l'hygiène	Contrôle du suivi des recommandations (vie quotidienne)	Si besoin : envoi à l'urologue, au gynécologue
Contrôle des apports hydriques	Incitation à boire	Contrôle de l'autonomie (aides techniques, environnement adapté)	Contrôle du protocole
Contrôle de l'équipe soignante	Adaptation de l'environnement	Contrôle des comportements mictionnels quotidiens	Dépistage des complications
Recueil des informations	Adaptation de l'environnement	Incitations à la mobilité	suivi des résultats
Contrôle de l'équipe soignante	Adaptation des vêtements	Sevrage des protections après amélioration	Organisation des réunions
Transmission	Transmission	Transmission	Transmission
Tous à tout moment contrôle de la tolérance du traitement et soutien psychologique			

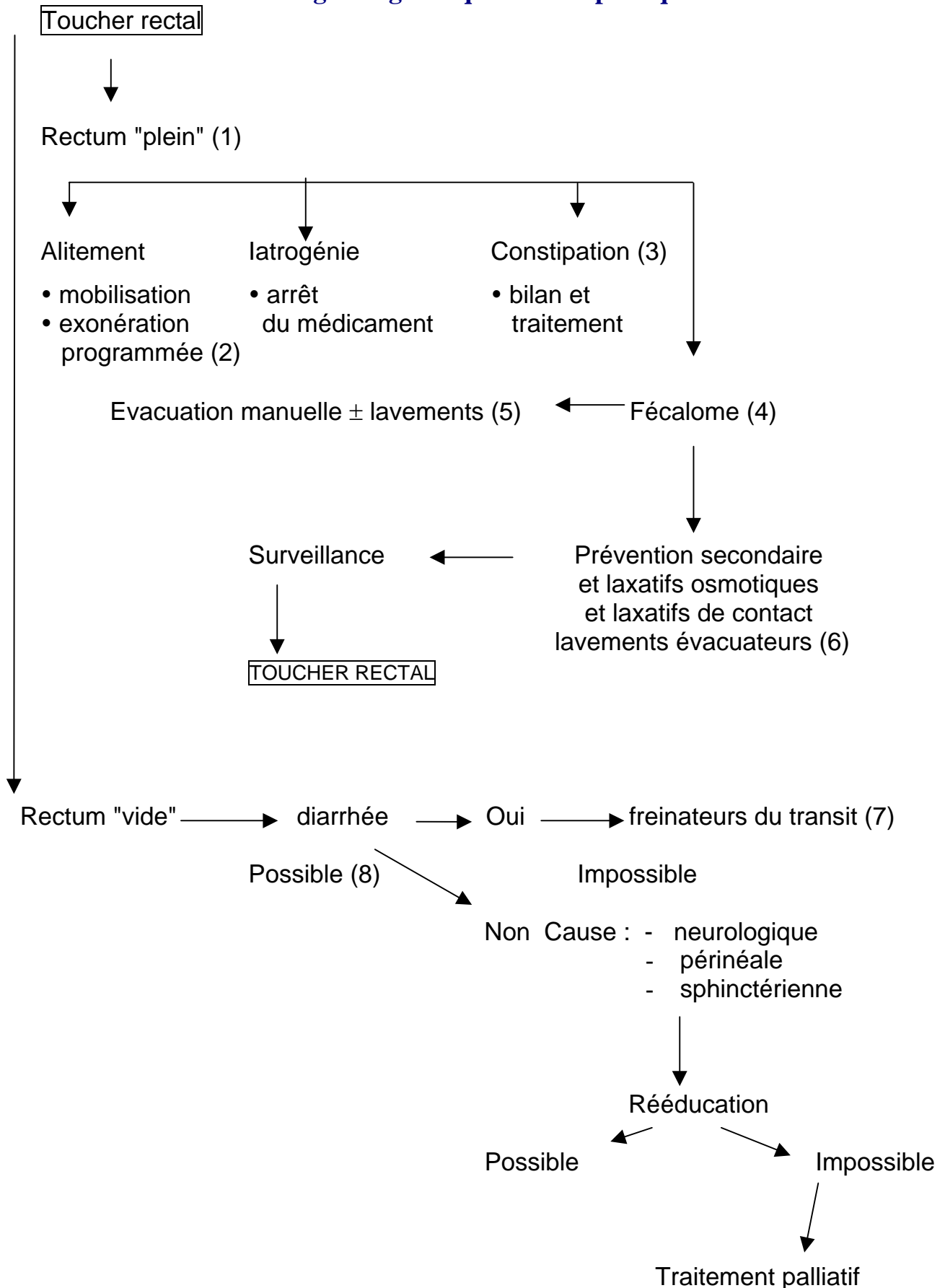
INCONTINENCE FÉCALE DU SUJET ÂGÉ

Les Points essentiels

- L'incontinence fécale est définie par l'émission involontaire de selles dans un lieu et à un moment inappropriés.
- Sa fréquence en institution est proche de 50 %.
- Son diagnostic étiologique impose la recherche d'un trouble du transit (diarrhée ou constipation) qui fera l'objet d'une prise en charge spécifique (cf. algorithme).
- Le traitement préventif de la récurrence de fécalome est essentiel pour diminuer l'incidence de l'incontinence fécale et sa sévérité.

INCONTINENCE FÉCALE DU SUJET ÂGÉ

Stratégie diagnostique et thérapeutique



Rectum "plein" : selles abondantes en permanence dans l'ampoule rectale **ou** antécédents de fécalomes.

- (1) Utilisation de fiches standardisées de surveillance du transit hebdomadaire.
- (2) Constipation : utilisation de la définition proposée dans le consensus international.
- (3) Fécalome : synonyme de constipation distale. Peut se révéler par une "fausse" diarrhée. Extraction facilitée par lavements évacuateurs et par le toucher rectal après anesthésie locale du canal anal par Gel de Xylocaïne.
- (4) Lavements évacuateurs (ex : 2 litres d'eau tiède additionnés de 50 ml d'huile de paraffine) à réaliser seulement si le tonus anal (mesuré par le toucher rectal) est préservé partiellement.
- (5) Prévention secondaire : un à deux lavements hebdomadaires évacuateurs.
- (6) Freinateurs du transit (ex : lopéramide). Risque de fécalome en cas d'utilisation abusive.

Pour en savoir plus

- Denis P, Bercoff E, Bizien MF, Brocker P, Chassagne Ph, Lamouliatte H, Leroi AM, Perrigot M, Weber J. Etude de la prévalence de l'incontinence anale chez l'adulte. *Gastroenterol Clin Biol* 1992 ; 16 : 344-50.
- Chassagne Ph, Jégo A, Gloc Ph, Capet C, Trivalle Ch, Doucet J, Bercoff E. Does treatment of constipation improve fecal incontinence in the elderly ? *Age Ageing* 2000 ; 29 : 159-164.
- Chassagne Ph, Landrin I, Bercoff E. *Incontinence fécale. Thérapeutique de la Personne Agée* (J. Doucet). Ed. Maloine, 1998.
- Lehur PA, Leroi AM. *Incontinence anale de l'adulte : recommandations pour la pratique clinique.*

INFECTIONS EN EHPAD

Mesures de prévention

Mesures concernant directement le patient :

- vacciner chaque année contre la grippe
- vacciner tous les 5 ans contre le pneumocoque les insuffisants respiratoires et insuffisants cardiaques
- favoriser l'hygiène corporelle
- surveiller et favoriser l'hygiène dentaire et proposer une consultation annuelle
- surveiller tout signe de dénutrition et traiter rapidement
- surveiller la déglutition et rééduquer si possible et/ou adapter l'alimentation
- prévenir et surveiller l'apparition d'escarres et traiter rapidement
- prescrire une kinésithérapie respiratoire en cas de pathologie respiratoire
- veiller à une bonne hydratation

Mesures à réaliser par le personnel :

- désinfecter les mains avec une solution hydroalcoolique avant chaque soin et chaque examen et après les soins
- désinfecter le matériel (type stéthoscope, ...) et l'environnement proximal
- former chaque année le personnel à la désinfection des mains, aux précautions standards et spécifiques, à l'hygiène corporelle des patients
- détecter et gérer rapidement les épidémies
- former les médecins aux règles de prescription antibiotique
- ne pas traiter les bactériuries asymptomatiques de la femme
- inciter à vacciner tout le personnel de soin contre la grippe chaque année

Mesures à réaliser par l'établissement :

- Vérifier la contamination de l'environnement (principalement eau)
- Vérifier l'approvisionnement des ressources pour l'hygiène des mains (savon liquide, essuie-mains, solution hydroalcoolique)
- Apporter une alimentation saine et équilibrée
- Fournir suffisamment de ressources humaines pour mettre en place les mesures de prévention
- Mettre en place des programmes de surveillance et de prévention avec une forte implication de la direction
- Travailler en réseau ou proposer des conventions avec des établissements qui ont un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et une Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH)

Pour en savoir plus

- *Infections chez les Sujets Agés P. Veyssier, Édition LAMARRE*
- *Maîtriser les Infections Nosocomiales en Gériatrie B. Cassou / M Rothan-Tondeur, Édition ELLIPSES*

Adresses utiles

- C CLIN Paris Nord
Institut Biomédical des Cordeliers 15, rue de l' Ecole de Médecine 75006 - Paris
Tél : [01.40.46.42.00](tel:01.40.46.42.00) Fax : [01.40.51.76.74](tel:01.40.51.76.74) E.mail klebascl@bhdc.jussieu.fr

- C.CLIN - Ouest.
2, rue Henri Le Guilloux. 35033 - Rennes cedex 9. Tél : 02 99 28 43 62. Fax : 02 99 28 43 65

- C CLIN Est
Z3, rue de la Porte de l'Hôpital BP 426
67091- Strasbourg Tél : [03.88.11.54.32](tel:03.88.11.54.32) Fax : [03.88.11.54.34](tel:03.88.11.54.34) E.mail c-clin-est@strnsbourg.fr

- C CLIN Sud Est CH Lyon Sud Pavillon 1M
69495 -Pierre Bénite cedex Tél : [04.78.86.19.71](tel:04.78.86.19.71)
Fax : [04.78.86.33.31](tel:04.78.86.33.31) E.mail cclinse@uheim.univlyonl.fr

- C CLIN Sud Ouest CH de Bordeaux
G H Pellegrin 33076 - Bordeaux Tél : [05.56.79.60.58](tel:05.56.79.60.58) Fax : [05.56.79.60.22](tel:05.56.79.60.22) E.mail cclin.so@chu-bordeaux.fr

INSOMNIE

«Je ne dors pas»

Données générales et de physiologie

- Le sommeil ne diminue pas avec l'âge mais il se distribue autrement sur le nycthémère.
- Les réactions d'éveil augmentent avec l'âge.
- L'insomnie n'est pas une conséquence inévitable du vieillissement mais elle est plus liée à des facteurs environnementaux et médicamenteux qui peuvent être contrôlés.
- Si la femme se plaint plus d'insomnies, c'est l'homme qui voit son sommeil se détériorer le plus.
- L'insomnie se traite par une action sur les facteurs prédisposant et précipitants et non par des traitements systématiques.
- Les hypnotiques entraînent chez le sujet âgé une somnolence diurne, une augmentation des chutes, une diminution des capacités mentales, une atteinte de la coordination motrice, une aggravation des troubles respiratoires.

Évaluation de la plainte

- Type de plainte : difficultés d'endormissement, éveils fréquents et prolongés, éveil trop matinal, sommeil agité, ronflements, cauchemars.
- Conséquences sur la vigilance diurne : fatigue, somnolence, goût à rien.

Affirmation de l'insomnie

- Objectiver la réalité du trouble du sommeil : écouter le voisin de chambre, objectiver la réalité du trouble par le personnel de jour et de nuit, lire le dossier de soins, assurer une surveillance, tenue d'une fiche du sommeil.

INSOMNIE AIGUË

(de quelques jours à quelques semaines)

- Rechercher un facteur psychologique aigu (stress, émotion, deuil, contrariété).
- Rechercher une modification de l'environnement (changement de chambre, de voisin ...)
- Ne pas la négliger car elles peut débiter une insomnie chronique.
- Traitement :
 - . Prise en charge du facteur causal.
 - . Traitement hypnotique de courte durée (1 à 2 semaines, imidazopyridines) et sevrage progressif.

INSOMNIE CHRONIQUE

- **Facteurs prédisposant** : isolement, ennui, handicaps sensoriels et moteurs, perte des repères.
- **Contraintes institutionnelles** : bruit, lumière, chambre trop chauffée, temps passé au lit trop long.

RECHERCHER UNE CAUSE :

- une maladie générale :
 - . affections douloureuses : rhumatismales, digestives, cancéreuses.
 - . dyspnée nocturne : insuffisance cardiaque ou respiratoire.
 - . problèmes urinaires : pathologie prostatique.
- un médicament : corticoïdes, bêtabloquants, inhibiteurs calciques, hypotenseurs centraux, théophylline, antiparkinsonniens, abus d'hypnotiques, anti-cholinestérasiques, antidépresseurs psycho-stimulants (STABLON, VIVALAN, IRS, MOCLAMINE).
- alcoolisme chronique
- troubles psychiatriques : anxiété, dépression.
- maladies neurologiques : AVC, démences, maladie de Parkinson.

Rechercher un trouble primaire du sommeil

- Syndrome d'impatience de membres inférieurs :

Paresthésies de membres, mouvements périodiques des MI : ils entraînent une fragmentation du sommeil. Penser à rechercher : insuffisance rénale chronique, troubles métaboliques, neuropathies périphériques, myélopathies, Parkinson.

Le diagnostic repose sur un enregistrement polygraphique du sommeil.

- Syndrome d'apnées du sommeil

Rechercher auprès de l'entourage un ronflement et des pauses respiratoires suivies d'une reprise ventilatoire bruyante. Somnolence diurne, céphalées au réveil, HTA, surcharge pondérale.

Le diagnostic repose sur un enregistrement polygraphique du sommeil.

Traitement

- Expliquer les modifications du sommeil, dédramatiser.
- Traiter les causes identifiées, individuelles et institutionnelles ; actions du personnel soignant (rôle propre du personnel infirmier).
- Approche chrono biologique : exposition à la lumière le jour, sieste courte.
- Approches comportementales : activité physique dans la journée, améliorer l'environnement de la nuit (diminuer le bruit, la lumière, la température, respect des horaires de chacun, ne pas aller voir s'ils dorment ou sont souillés).
- Si syndrome d'impatience des membres inférieurs : clonazepam, bromocriptine, l-dopa.
- Si syndrome d'apnées du sommeil : pression positive continue.
- Essayer de ne pas prescrire d'hypnotique ou seulement après l'échec des mesures ci-dessus.
 - L'utilisation des BZD est difficile car, si la ½ vie est longue, on assiste à une somnolence diurne ; si la ½ vie est courte ou ultra courte, on constate des insomnies de fin de nuit.
 - les BZD ont un effet négatif sur le fonctionnement cognitif – problème du sevrage
 - Préférer les imidazopyridines (STILNOX si difficultés d'endormissement et IMOVANE si réveil nocturne ou matinal), ou encore les antihistaminiques, antidépresseurs à petite dose
 - Éviter les neuroleptiques.
 - Commencer à demi-dose, réévaluer au bout d'un mois et régulièrement, notamment lors d'un épisode aigu intercurrent.

Pour en savoir plus

Billard Michel, *Le sommeil et l'éveil*, Masson Ed, 2000

Pollack CP, Perlick D. *Sleep problems and institutionalization of the elderly. J. geriatr Psychiatry Neurol* 1991 ; 4 : 204-210

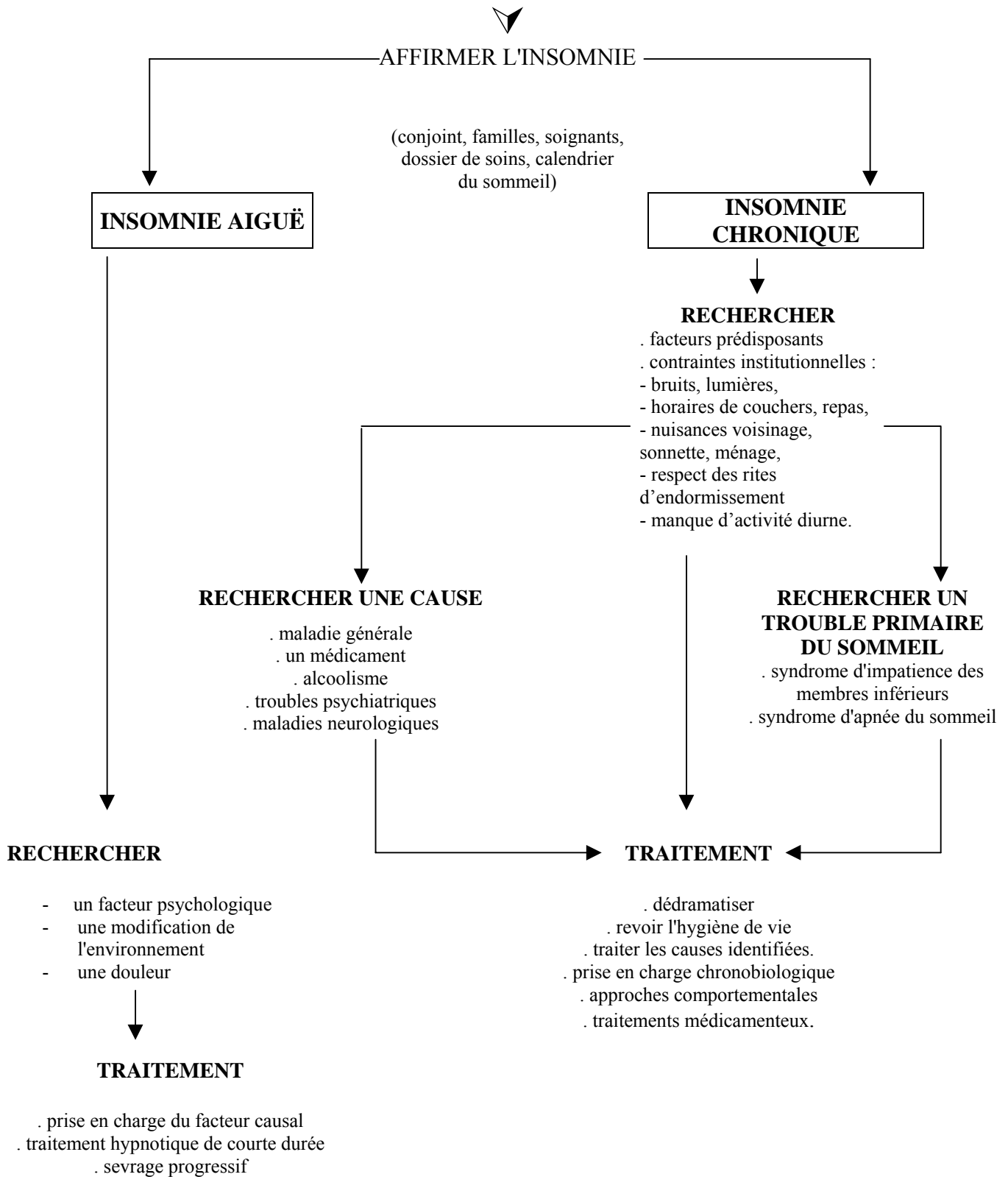
Monane M, Glynn RJ, Avorn J. *The Impact of sedative-hypnotic use on sleep symptoms in elderly nursing home residents. Clin Pharmacol Ther* 1996 ; 59 : 83-92

Hemet-Francois C, Verdure-Poussin A, Weber J. *Les troubles du sommeil. NPG* 2001 ; 1 : 18-21

Hamon-Vilcot B et col. *Troubles du sommeil induits par les médicaments*

INSOMNIE

«JE NE DORS PAS» : EVALUER LA PLAINTE (le type, les conséquences)



ORGANES SENSORIELS

Optimisation de leur efficacité

L'ouïe :

La presbycusie majorée des séquelles des maladies de l'oreille interne est à l'origine d'un déficit de communication, qui oblige les interlocuteurs à forcer la voix pour se faire comprendre.

La personne âgée doit pouvoir entendre une conversation normale, y compris au téléphone ainsi que sa télévision, et participer aux activités de groupe.

A défaut et avant de consulter L'ORL, s'assurer de l'absence de bouchon de cérumen.

Le nettoyage d'oreilles, partie intégrante de l'hygiène générale, s'effectue plutôt par lavage doux à la poire, au moins tous les quinze jours.

Les appareillages :

Préférer les systèmes stéréophoniques, les contours d'oreille, à défaut les boîtiers avec oreillettes, rustiques, pas chers et faciles d'emploi.

L'embout est nettoyé quotidiennement, refait lorsque apparaissent des sifflements, le tube reliant l'audiophone à l'embout, changé au moins deux fois par an.

L'audioprothésiste référent choisi, respectera ses obligations relatives aux essais et à l'entretien.

Plutôt que de forcer sa voix, il est préférable de bien articuler face au sujet, en groupe, de s'exprimer les uns après les autres, d'éliminer les bruits parasites concomitants et de s'assurer que la personne a bien compris ; les malentendants sont gênés de faire répéter.

La surdité peut imposer l'usage de l'écriture, dont il faudra gérer l'installation et l'emploi des outils.

La vue :

Par principe, il convient d'évaluer dans le cadre du bilan d'entrée :

- la fonction visuelle,
- les cataractes opérables,
- les déficits du champ visuel,
- les maladies même partiellement maîtrisables à l'origine d'une dégénérescence rétinienne, en particulier : glaucome, diabète.

La prescription de lunettes est importante, les appareillages actuels permettent de mesurer les caractéristiques de l'œil, même chez le sujet dément non agité.

S'assurer que les prothèses de vision sont propres fait partie du temps consacré à la toilette.

L'intensité lumineuse sur les surfaces de lecture doit être suffisante : 1 000 lux.

Un défaut visuel impose d'aménager l'espace afin de limiter les risques de chute de jour comme de nuit. Maintenir une veilleuse allumée peut être nécessaire, en particulier pour se rendre aux toilettes.

La plupart des surdités du vieillard sont de type perceptive.

En ambiance pluri-vocale, la presbyacousie oblige le sujet à se concentrer sur un élément de la conversation ou un orateur... L'effort, difficilement soutenu, peut être interrompu donnant ainsi à penser que la personne ne s'intéresse qu'à ce qu'elle veut.

Les appareils intra-auriculaires nécessitent une dextérité manuelle limitant leur emploi chez les vieillards.

Les principales causes de dysfonctionnement d'une audioprothèse sont :

- l'usure de la pile,
- les manipulations intempestives obligeant à bloquer les systèmes de réglage.

Les coton tiges sont traumatisants lorsqu'ils sont employés sans douceur et tassent le cérumen au fond du conduit auditif externe.

L'audioprothésiste doit organiser les essayages et réglages ainsi que l'entretien pendant les deux ans de garantie.

Le forfait de remboursement SS d'une audioprothèse mono ou stéréophonique est de 65 % de 199,71 €, complété par une éventuelle mutuelle.

Le forfait produit est de 65 % de 36,60 €.

PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE

Prescrire chez le sujet âgé

La prescription de médicaments à une personne âgée doit tenir compte de plusieurs principes généraux :

- Le bénéfice thérapeutique doit être préalablement évalué en fonction des connaissances de la science médicale et des spécificités du sujet
- L'âge en soi ne contre indique généralement pas un traitement mais il peut en modifier les objectifs généraux et les modalités d'utilisation
- Le médicament ne résume pas le soin
- Un traitement doit être réévalué régulièrement et les traitements non indispensables ou non actifs arrêtés
- Les personnes âgées sont plus exposées à la iatrogénie que les sujets plus jeunes
- La prescription et la dispensation en établissement requièrent une étroite collaboration entre le médecin et les autres membres de l'équipe.

- L'attention doit être portée sur les personnes âgées fragiles qui peuvent être définies comme :
 - age > 85 ans
 - nombre de médicaments pris > 4
 - altération des fonctions cognitives
 - dépression
 - dénutrition
 - troubles visuels et auditifs
 - instabilité posturale
 - perte d'autonomie fonctionnelle
 - isolement socio-familial

Questions à se poser avant de prescrire

Quid du malade ?

- Existe-t-il des antécédents d'intolérance médicamenteuse ?
- Le sujet est-il diabétique ? A-t-il des antécédents d'ulcère gastro-duodéal ? de glaucome ? d'adénome de la prostate ? Est-il sous AVK ?
- S'agit-il d'un sujet « fragile » ? (cf tableau ci-dessus)
- Existe-t-il une déshydratation ?
- Existe-t-il une insuffisance rénale évaluée par la formule de Cockroft ?
- Existe-t-il une hypotension orthostatique ?
- Dispose-t-on de toute la liste des médicaments pris par le sujet (y.c. automédication) ?
- Le sujet peut-il prendre seul ses médicaments ?
- La surveillance du traitement est-elle possible ?

Quid du médicament ?

- Dispose-t-on d'évaluation chez le sujet âgé ?
- Quels résultats sont attendus et sur quels critères ?
- Ce médicament est-il indispensable ?
- A-t-on bien revu la liste des contre indications ? (cf Vidal)
- Peut-on craindre un risque particulier chez ce patient et quelle surveillance mettre alors en route ?

Existe-t-il une autre classe thérapeutique pouvant conduire aux mêmes effets mais avec moins de risque ?

Existe-t-il des interactions médicamenteuses potentielles ?

Compte tenu de la pharmacocinétique du produit chez ces sujets, quelles modifications thérapeutiques doit-on prendre (réduction de posologie, adaptation posologique, etc) ?

La forme galénique est-elle pertinente pour ce patient ? Existe-t-il d'autres formes ?

Quelle est la durée du traitement ?

Quid de la surveillance à prévoir ?

A quel rythme ?

Sur quels critères ?

Quand arrêter le médicament ?

Pour en savoir plus :

W.Mülberg, E. Mutschler, A. Hofner, H.Spahn-Langgutha and O.Arnold. *The influence of age on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of bemetizide and triamterene: a single and a multiple dose study. Archives of gerontology and geriatrics, 2001, 32 : 255-263.*

Ray,WA, Thapa,PB and Gideon P. *Benzodiazepines and risk of falls in nursing home residents. J.Am.Geriat.Soc. 2000, 48 ; 682-685.*

Schmucker, DL. *Aging and the liver : an update. J.Gerontol.1998.53 A .B315-320.*

ZeehJ. *The aging liver : consequences for drug treatment in old age. Archives of gerontology and geriatrics, 2001,32 ; 3 : 255-263*

Hanlon JT,Fillenbaum GG,Kuchibhatia M,Artz MB, Boult C, Gross CR, Garrard J,Schmader Ke. *Impact of inappropriate drug use on mortality and functional status in representative community dwelling elders. Med Care.2002 ; 40 : 166-76*

Hämmerlein A; Derendorf H, Lowental DT. *Pharmacokinetic and pharmacodynamic changes in the elderly. Clin.Pharmacokinet. 1998 ; 35 : 49-64.*

PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE

Du bon usage des médicaments, la liste indicative des médicaments en EHPAD

Intérêts :

- Harmoniser les pratiques et les relations entre les différents intervenants : prescripteurs – pharmaciens – infirmiers.
- Réduire les temps de travail des soignants.
- Réduire les risques d'erreur de dispensation et la iatropathogénie.
- Améliorer la connaissance interdisciplinaire des effets positifs attendus, des effets secondaires et des modalités de surveillance des drogues choisies.
- Favoriser la gestion des stocks, réduire les coûts par la recherche du meilleur prix pour l'achat des molécules choisies.
- Ce qui n'est pas dépensé indûment en médicament peut être affecté à d'autres charges.

Méthode :

- Un consensus entre les différents intervenants est recherché par le coordonnateur afin de rendre la démarche opérationnelle.
- La réflexion collégiale porte sur :
 - le choix par classe thérapeutique d'une molécule ayant si possible fait la preuve de son efficacité en gériatrie et ayant le meilleur rapport bénéfice / risque comparativement aux autres.
 - Le choix de galéniques compatibles avec les possibilités d'absorption par les vieillards et de distribution par les personnels soignants.
 - On privilégiera à égalité de performance, la molécule au meilleur coût d'achat souvent le générique en officine ; privilégier formes mono prise plutôt triple prise.
 - Les classes thérapeutiques le plus fréquemment prescrites seront particulièrement étudiées : antibiotiques, psychotropes, médicaments de l'appareil cardiovasculaires et anticoagulants, antalgiques.

Suivi :

- L'évolutivité des connaissances et l'appréciation des résultats obligent à une réévaluation régulière, au moins annuelle, qui portera surtout sur :
 - la réalité de la prescription sur liste, la comparaison avec les prescriptions et leur coût hors liste ; les raisons des écarts constatés.
 - la pertinence des choix dont ceux des galéniques.
 - le confort du personnel.
 - le résultat financier pour l'établissement.

Accompagnement et soins en fin de vie

En EHPAD, les résidents en soins palliatifs doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée visant leur confort de vie dans un respect de leur dignité. Un projet de vie a été mis en place dès l'arrivée du résident en EHPAD. Il convient de le suivre afin de respecter les habitudes de vie du résident, sa spiritualité et ses souhaits.

Le concept de soins palliatifs privilégie l'approche globale du résident. Ils ne sont pas la panacée du médecin, mais impliquent un travail en équipe pluri-disciplinaire où la réflexion éthique est à la source de toute décision. Que faire, quand il n'y a plus rien à faire ?

La plupart des prises en charge peut se faire au sein des EHPAD. Dans certains cas (symptômes gênants non contrôlés, famille en grande difficulté, déni total de la personne...), cette prise en charge peut s'avérer difficile. Il est alors important de se rapprocher de structures ou d'unités mobiles de soins palliatifs.

1) Prise en charge de la douleur physique

- tout résident qui dit avoir mal, a mal !
- mise en place d'une évaluation de la douleur par des échelles d'auto-évaluation type EVA ou d'hétéro évaluation type ECPA ou DOLOPLUS si la personne est non communicante.
- transmettre au médecin de l'unité cette évaluation pour adapter le traitement à visée antalgique.

2) Mise en place d'un soutien psychologique

- proposer un soutien au résident , ne jamais l'imposer.
- psychologue de l'EHPAD (en vacation) ou d'une Equipe Mobile de Soins Palliatifs ayant passé convention avec l'EHPAD.
- proposer un soutien à la famille

3) Soins infirmiers et de nursing

- adapter les soins en fonction du résident par une démarche de soins adaptée à son confort et à sa qualité de vie.
- intérêt d'un travail en binôme infirmière/ aide-soignante pour regrouper toilette et pansements évitant ainsi multiples mobilisations.
- mise en place d'un traitement antalgique avant la réalisation d'un soin douloureux.
- répartir les soins en fonction des phases de sommeil du résident.
- mise en place de kinésithérapie à type de massages antalgiques, mobilisation passive à visée relaxante.

4) Soins de bouche

- primordial pour hygiène buccale et confort.
- adapter les soins de bouche en fonction de protocoles élaborés au niveau de la structure.
- à renouveler après chaque repas si le patient mange sinon deux fois par jour minimum.

5) Alimentation et hydratation

- respecter les goûts du résident selon le projet de vie
- privilégier les repas fractionnés sur la journée si les trois repas principaux sont trop importants pour le résident.
- ne pas perfuser systématiquement
- respecter une réflexion éthique face à l'hydratation et à l'alimentation en fin de vie
- intérêt renouvelé des soins de bouche

6) Refus alimentaire

- toujours essayer de comprendre
- éliminer une cause organique: mycose linguale, nausées, syndrome sub-occlusif, fécalome, affections bucco-dentaires, évolution de la maladie.
- ne jamais forcer, toujours proposer et respecter son choix.

7) Prise en charge des symptômes gênants en EHPAD

* dyspnée

Objectif du traitement : soulager la sensation pénible de l'essoufflement polypnée superficielle associée à de l'anxiété : d'où intérêt d'une atmosphère paisible...

- veiller au confort du patient, à l'amélioration de la ventilation en aérant la pièce voire utilisation d'un ventilateur
- oxygénothérapie ambulatoire si possible
- aérosol de morphine : 2 à 6 ampoules de 10 mg de chlorhydrate de morphine dans 2 cc de sérum physiologique pendant 15 à 20 mn à répéter 3 à 4 fois par 24 h
- respiration bruyante, gênante : scopolamine sous forme de scopoderm 1 patch tout les 2 jours
- anxiolytique sur prescription médicale en délivrance hospitalière : Hypnovel 5mg/ ml ½ amp en sous-cutané - à renouveler toutes les 4 à 6 h si besoin
- corticothérapie injectable si patient déjà perfusé ou diurétiques en fonction de la clinique

* nausées, vomissements

- éliminer une cause organique : fécalome, mycose linguale, iatrogénie, syndrome occlusif....
- traiter cette cause organique
- mesures symptomatiques :
primpéran 1 cuillère à soupe 15 mn avant repas
motilium 1 cp * 3 par jour
 si inefficace, *haldol* V gtt * 3 par jour ou par voie sous-cutané : ½ ampoule toutes les 6 à 8 h

* syndrome occlusif et sub-occlusif d'origine carcinologique

- prise en charge adaptée au patient en fonction du stade de sa maladie et du respect de son choix
- en fin de vie, même au stade d'occlusion, possibilité d'une petite alimentation : privilégier la qualité à la quantité
- si vomissements incoercibles mettre en place sonde nasogastrique au sachet apportant rapidement un soulagement au patient
- corticothérapie par voie IV à visée anti-œdémateuse sur la carcinose péritonéale pendant 3 jours avec relais per os dès que possible si le patient ne vomit plus
- anti-émétiques comme ci-dessus
- soins de bouche 3 fois par jour
- brumisateur

* hallucinations, troubles du comportement

- éliminer une cause organique : douleur physique, métastases cérébrales, hypercalcémie, iatrogénie, hyponatrémie, tumeur cérébrale primitive, rétention urinaire aiguë, fécalome...
- traiter ces causes
- étiologie psychologique :
 angoisse de fin de vie : anxiolytique
 agitation, agressivité : neuroleptique mais de courte durée type *ZYPREXA* 5mg 1 le soir voire 1cp matin et soir

* hémorragies

hémorragie massive :

- sédation nécessaire type *HYPNOVEL 1 mg/ml* en sous-cutanée sur prescription médicale anticipée
- injecter 0.05 à 0.1 mg/ kg en première intention et moduler les réinjections pour obtenir un score 4 sur l'échelle de Rudkin
- puis si sédation continue souhaitée, perfusion sous-cutanée sur 24 h dont dose horaire correspond à 50 % de la dose utile à l'induction

Pour en savoir plus

Circulaire DGS/3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale

Plan national de développement de soins palliatifs 1999-2001

Loi n° 99-447 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès à des soins palliatifs et à un accompagnement

Décret n° 2000-1004 du 16 Octobre 2000 relative à la convention type prévue à l'article L. 1111-5 du Code de Santé Publique

Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/2002/ n° 2002/98 du 19 Février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs en application de la loi du 9 juin 1999

Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Plan national de développement de soins palliatifs 2002-2005

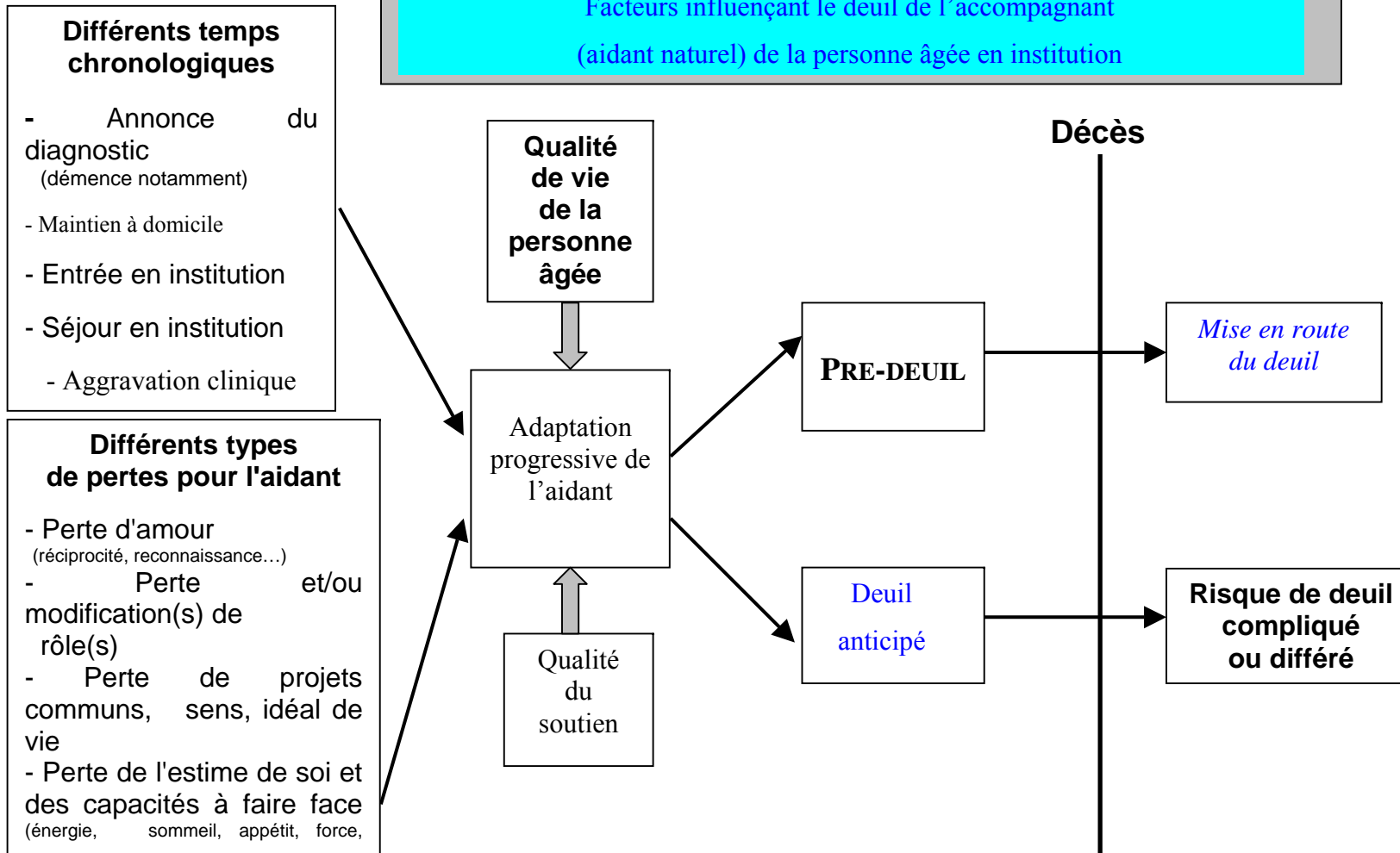
Référentiels accréditation de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, version Mai 2000

Charte des Soins Palliatifs et de l'accompagnement charte de l'ASP mise à jour en 1993.

**CHAQUE ACTION DU QUOTIDIEN RENFORÇANT LA QUALITE DE VIE ET LE CONFORT DE LA PERSONNE AGEE FAVORISE
L'ADAPTATION DE L'AIDANT TOUT AU LONG DE L'ACCOMPAGNEMENT INSTITUTIONNEL ET LE TRAVAIL DE DEUIL LORS DE LA MORT DE SON PROCHE AGE.**

AU MOMENT DE L'ENTREE EN INSTITUTION	AU MOMENT DE LA MORT
<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'intégration au moment du placement (visite de pré-admission, présentation des axes du projet de soin et de vie et de l'équipe référente...). • Faire participer l'aidant au recueil de données. Réfléchir ensemble à l'attribution des différentes tâches entre personnel et aidant et lui faire connaître les attentes du personnel à son égard. • Rechercher ce que l'aidant a compris de l'état de santé de son proche et comment il vit la situation. • Nommer les possibilités d'intervention et les démarches pour obtenir de l'aide (matérielles, relationnelles, sociales...) - <i>Voir au recto*</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer un contrôle des symptômes de la fin de vie (douleur, dyspnée, etc..) et nommer aux proches les traitements mis en place. • Informer la famille de l'état d'aggravation, leur faire préciser leurs souhaits quant à la survenue du décès (les prévenir, de jour, de nuit? veulent ils rester ?...) • Proposer la venue d'un intervenant du culte si la personne âgée le désire. • Etre particulièrement attentif à la présentation de la personne décédée et à l'aménagement matériel de l'environnement (grande importance de ce qui est vu et entendu par les proches à ce moment intense pour la suite) • S'organiser pour que les soignants qui étaient là lors du décès puissent accueillir la famille afin de l'informer sur le déroulement de celui ci (qui a fait quoi ? qui était là ? qu'a dit la personne ? a-t-elle souffert ? quand est-elle morte ?...) • Proposer de faire la toilette mortuaire aux proches qui le désirent. Veiller à présenter le corps défunt de façon digne et fidèle à son souvenir. • Proposer aux proches la possibilité de se recueillir auprès du défunt dans un lieu adapté. • Favoriser les démarches auprès des services funéraires.
TOUT AU LONG DU SEJOUR EN INSTITUTION	APRES LA MORT
<ul style="list-style-type: none"> • Informer progressivement de l'état de santé (et pas seulement lors des annonces diagnostiques), en tenant compte du stade des maladies/handicaps. Dire quels sont les traitements mis en place (douleur, confort, sécurité...). Vérifier ce qui a été compris. • Donner l'occasion à l'aidant de verbaliser ce qu'il ressent et valider l'expression des émotions (colère, pleurs...) dans un climat d'écoute empathique. • Faire savoir que nous ne prenons pas pour offense les propos désagréables ni pour agression les gestes intempestifs de la personne âgée (surtout dans le cadre de la démence). • Aider la famille à développer d'autres modes de communication avec le patient (non verbal, toucher, musique...). • Favoriser la présence et la participation des familles, en la reconnaissant comme intervenant significatif utile à l'équilibre de la personne âgée, rester ouvert aux initiatives (apport de nourriture, présence de jeunes enfants et d'animaux, sorties...). • Faciliter les échanges sociaux entre résidents, entre familles, en aménageant des lieux et temps de rencontre (groupes de soutien, réunions, repas de fête, rencontre d'associations...) • Encourager l'aidant à renforcer et à utiliser de manière optimale son réseau de soutien extérieur (familial, social, professionnel, associatif...) et lui offrir, si besoin, des conseils en matière de santé (fréquence des visites, sommeil, distractions...). 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouver une façon pour informer l'ensemble des résidents et du personnel du décès (affiche, photo...) • Créer un rituel personnalisé avec la famille et les résidents pour signifier qu'une personne est décédée (ex: rassembler les personnes qui connaissaient le défunt qui le désirent pour pouvoir parler de lui et rappeler les bons souvenirs). • Faire l'anamnèse avec l'équipe soignante, reprendre les éléments au niveau du suivi médical, soignant et relationnel. • S'il y a un psychologue dans l'institution, proposer un ou deux entretiens d'accompagnement du deuil pour la famille qui le désire. Sinon, permettre à la famille de pouvoir téléphoner ou revenir dans l'institution selon son souhait. • Réfléchir sur l'intérêt d'envoyer un courrier de condoléances au nom de l'équipe sur le moment (et/ou lors du premier anniversaire de la mort). • Orienter la personne en deuil isolée ou en difficulté vers une association ou un professionnel - <i>Voir au recto**</i>

Facteurs influençant le deuil de l'accompagnant (aidant naturel) de la personne âgée en institution



Le travail de deuil se caractérise par différents états :

- état de **choc émotionnel, sidération**, on parle d'anesthésie affective
- **déni de la réalité** avec des attitudes différentes soit la recherche permanente de l'autre, soit la fuite
- **dépression, désorganisation** avec des sentiments de tristesse (pleurs, apathie), ou de colère et d'agressivité, d'injustice, d'incompréhension, de solitude, de culpabilité...
- puis, **réorganisation**, intégration, réinvestissement dans un/des projet(s).

Variable dans le temps selon les personnes, ce processus n'est pas linéaire, il ne s'agit pas d'étapes mais d'une perpétuelle **oscillation** entre ce qui est "**perdu**" et ce qui se "**reconstruit**" à partir de ces pertes.

Pré-deuil
processus normal d'adaptation progressive qui peut se mettre en place au cours de la maladie évolutive et létale d'un être aimé. Il prépare généralement le travail de deuil après la mort du proche

Deuil anticipé
Désinvestissement massif et prématuré susceptible d'entraîner un deuil plus compliqué à la mort de l'être aimé (*sentiment "d'avoir raté" quelque chose d'irréversible*).

Pour en savoir plus

- **Fauré C.** "Vivre le deuil au jour le jour, la perte d'une personne proche", J'ai Lu, 1998.
- **Fauré C.** "Vivre auprès d'un proche très malade", Albin Michel 1998
- **Hanus M., Bacqué M-F.**, *le Deuil*, PUF, collection Que sais-je ? N°3558, Paris, 2000.
- **De Broca A.** "Deuils et endeuillés : (se) comprendre pour mieux (s')écouter et (s')accompagner," Masson, Médecine et psychothérapie, Paris, 1997.

***Contacts**

- **France Alzheimer** (antennes régionales)
01 45 20 13 26
- **SFAP** - Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
106 avenue E.Zola 75015 Paris
01 45 75 43 86 sfap@wanadoo.fr
- **CLIC** - Centre Local d'Information et de Coordination Gériatrique (se renseigner en Mairie)
- **SFGG** - Société Française de Gériatrie et de Gériatrie

****Associations de soutien de deuil :**

- **JALMALV** (+antennes régionales)
132 rue Faubourg St Denis
75010 Paris
01 40 35 89 40
- **FAVEC** (veuvage)
28 pl. St Georges 75009 Paris
01 42 85 18 30
- **Vivre son deuil**
7 rue Taylor 75010 Paris
01 42 38 07 08