# LES BONNES **PRATIQUES** DE **SOINS**

## EN ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES


**Direction Générale de la Santé**
**Direction Générale de l'Action Sociale**

**Société Française de Gériatrie et Gérontologie**


Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS

## Quelques recommandations


OCTOBRE 2007


Société Française de Gériatrie et Gérontologie

# LES BONNES **PRATIQUES** DE **SOINS**

EN ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Grâce à l'accroissement de notre espérance de vie, il est désormais possible de vieillir tout en restant actif. C'est une chance, souvent une grâce. Pourtant, de nombreuses personnes âgées, vivant seules ou en famille, souffrent de maladies chroniques multiples et doivent faire face aux contraintes de la dépendance. Il faut alors tout mettre en œuvre pour permettre à ces personnes de poursuivre leur existence dans les meilleures conditions possibles.

Tel est l'objectif poursuivi par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les personnels y gèrent des situations complexes et relèvent au quotidien, le défi de concilier qualité des soins et préservation d'une vie sociale. Leur dévouement, leur présence attentive auprès des personnes hébergées, mais aussi et surtout leur connaissance et leur maîtrise des bonnes pratiques, constituent le meilleur gage de succès pour cette mission exigeante.

Sans conteste, la formation des personnels constitue ici un déterminant essentiel de la qualité du service. Il n'est de progrès possible dans la dispensation des soins en EHPAD qu'à la condition que tous les acteurs de l'institution puissent bénéficier, dans leur pratique, des dernières connaissances validées en gériatrie et en gérontologie. Cependant, les connaissances requises ne se réduisent pas à des compétences isolées, des savoirs fragmentés ou purement techniques. Savoir, savoir-faire et savoir-être sont toujours consubstantiellement liés. Pour éclairer la décision, il convient de surcroît de s'ouvrir à la réflexion pluridisciplinaire. Difficile et passionnante mission qui suppose une constante disponibilité, le sens du dialogue et du travail en équipe comme qualités premières. Ainsi, parce que les défis à relever sont immenses, parce que les impératifs sanitaires et éthiques exigent de travailler dans un esprit constant d'ouverture et de coopération, les personnels qui vouent leur énergie à "l'accompagnement en fin de vie", doivent être solidement armés pour effectuer leur admirable travail du mieux qu'ils le peuvent.

Gageons donc que ce guide pourra leur être utile dans leur pratique quotidienne et permettre à chacun de mieux apprécier le sens de son action ! Car il faut bien reconnaître qu'ici préoccupations techniques et souci éthique se trouvent indissolublement liés.

Roselyne BACHELOT-NARQUIN
Ministre de la Santé, de la Jeunesse
et des Sports

Xavier BERTRAND
Ministre du Travail,
des Relations Sociales et de la Solidarité

Valérie LETARD
Secrétaire d'Etat chargé de la Solidarité

# Préface

En 2005, 21% des français avaient plus de 60 ans alors qu'ils n'étaient que 17% en 1960 et qu'ils seront 31% en 2030. Chaque année, l'espérance de vie s'accroît d'un trimestre. Elle dépasse désormais 80 ans. De même, l'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité continue à s'améliorer de jour en jour à tous les âges de la vie avec des impacts positifs sur l'économie.

Néanmoins, il y a encore des craintes face à ce vieillissement mais, pourtant, l'augmentation de la longévité s'accompagne d'une amélioration des fonctions comme l'ont montré des études récentes.

C'est une chance pour chacun d'entre nous et un enrichissement pour toute la société. Mais la longévité est aussi un défi collectif pour notre pays. C'est un enjeu majeur pour notre système de santé et plus largement pour l'ensemble de la solidarité nationale.

La France se place aujourd'hui dans le peloton de tête des pays à faible mortalité aux âges élevés : l'augmentation du nombre de centenaires en France, de 200 en 1950 à 16 000 aujourd'hui et 160 000 prévus en 2050, illustre de manière la plus spectaculaire le vieillissement de la population.

Mais si les données épidémiologiques montrent que la majorité des personnes vieillissent dans de bonnes conditions de santé et d'autonomie, la survenue de maladies chroniques invalidantes peut entraîner une dépendance. Ainsi, on sait que 75% des personnes de plus de 65 ans sont porteuses d'une maladie chronique comme la maladie d'Alzheimer.

Les établissements d'hébergement accueillent actuellement des personnes de plus en plus âgées, polypathologiques et donc dépendantes. Les résidents y cumulent en moyenne 7 maladies diagnostiquées. Par conséquent, il est nécessaire de disposer au sein de ces structures de professionnels de plus en plus compétents dans le soin du grand âge et le maintien de l'autonomie. Le Plan solidarité grand âge, la réforme des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et la mobilisation des acteurs professionnels ont permis d'améliorer considérablement la qualité de la prise en charge des personnes âgées au sein des établissements.

Le médecin coordonnateur, les médecins traitants et tous les professionnels sont de plus en plus confrontés à la complexité et l'intrication des pathologies des résidents. La formation, le partenariat avec les structures sanitaires, la coopération entre tous les acteurs sont devenus indispensables pour faire face à cette complexité.

La qualité des soins est avec la qualité du projet de vie le facteur essentiel de garantie pour les résidents d'une bonne qualité de vie.

C'est pour aider les professionnels travaillant dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) que la Direction générale de la santé et la Direction générale de l'action sociale ont élaboré avec la Société française de gériatrie et gérontologie cette nouvelle version de recommandations de bonnes pratiques de soins. Cette version aborde davantage de thèmes que la précédente version et traite de sujets concernant les nouvelles missions confiées au médecin coordonnateur.

Préserver au mieux l'autonomie et la citoyenneté des personnes âgées en établissement d'hébergement est un défi pour tous les professionnels concernés. Ce défi ne peut être relevé qu'avec une qualité des soins optimale.

Le directeur général de la santé

Didier HOUSSIN

Le directeur général de l'action sociale

Jean-Jacques TREGOAT

# Ont contribué à la réalisation de ce document

## COMITÉ DE PILOTAGE

**Coordination**
**Pr François PUISIEUX**
*Gériatre, CHRU de Lille, Président du comité de pilotage.*

—

**Dr Jean-Philippe FLOUZAT**
*Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS).*

**M. Thierry GRESSIER**
*Collège des Soignants,*
*Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG).*

**Dr Benoît LAVALLART**
*Direction Générale de la Santé (DGS).*

**Dr Alain LION**
*URML Alsace,*
*membre du Collège Professionnel des Gériatres Français (CPGF).*

**Mme Sylvie MROZECH**
*Cadre infirmier, Bonneuil.*

**Dr Geneviève RUAULT**
*Déléguée Générale de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG).*

**Dr Michel SALOM**
*Gériatre, Magnanville.*

## COMITÉ DE LECTURE

**Dr Emmanuel ALIX**
*Membre de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG).*

**Dr Jean-Pierre AQUINO**
*Gériatre, Clinique de la Porte Verte, Versailles,*
*Vice-Président de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG).*

**Pr Alain FRANCO**
*Président du Collège Professionnel des Gériatres Français (CPGF).*

**Dr Louis LEVY**
*Collège des Enseignants de Médecine Générale,*
*Unaformec (MG Form).*

## RÉDACTION DES FICHES

**Pr Gilles BEAUCAIRE**
*Infectiologue, CHRU de Lille.*

**Dr Michel BENOIT**
*Psychiatre, CMRR, CHU de Nice.*

**Pr Marc BERTHEL**
*Gériatre, CHU de Strasbourg.*

**Pr François BLANCHARD**
*Gériatre, CHU de Reims.*

**Pr Isabelle BOURDEL-MARCHASSON**
*Gériatre, Centre Régional de Gériatrie Henri Choussat, Hôpital Xavier Arnozan, Bordeaux.*

**Pr Bernard CASSOU**
*Gériatre, Hôpital Sainte-Perrine, Paris.*

**M. David CAUSSE**
*Délégué Général Adjoint, Responsable du Pôle Organisation Sanitaire et Médico-Sociale, Fédération Hospitalière de France, Paris.*

**Pr Philippe CHASSAGNE**
*Gériatre, CHU de Rouen.*

**Dr Annette COLONNIER**
*Direction Générale de la Santé (DGS).*

**Marie-Alix ERTZSCHEID**
*Infirmière hygiéniste, CHU Hôtel Dieu Rennes.*

**Dr Monique FERRY**
*Gériatre, Centre De Prévention pour Réussir son Vieillissement (CDPRV) Valence.*

**Dr Patrick FOURNIER**
*Gériatre, Hôpital Régional de Lens.*

**Dr Béatrice GAFFET**
*Gériatre, CH de Saint-Quentin.*

**Pr Armelle GENTRIC**
*Gériatre, CHU de Brest.*

**Monsieur Grégory GERBAUD**
*Audoprothésiste, DE, Reims.*

**Dr Catherine GIRES**
*Gériatre, CHRU de Lille.*

**Pr Régis GONTHIER**
*Gériatre, CHU de Saint-Etienne.*

**Pr Olivier HANON**
*Cardiologue, Gériatre, Hôpital Broca, Paris.*

**Dr Marie-Pierre HERVY**
*Gériatre, Hôpital Kremlin-Bicêtre. Secrétaire Générale de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG).*

**Dr Benoît LAVALLART**
*Direction Générale de la Santé (DGS).*

**Pr Florence LEBERT**
*Géronto-psychiatre, CMRR, Lille - Bailleul.*

**Dr Véronique LEFEBVRE des NOETTES**
*Psychiatre, CH Emile Roux AP-HP, Limeil Brevannes.*

**Pr Sylvie LEGRAIN**
*Gériatre, Groupe Hospitalier Bichat Claude Bernard, Paris.*

**Pr Benoist LEJEUNE**
*Biologiste, CHU Morvan Brest.*

**Dr Philippe LEROUX**
*Gériatre, Centre de Gériatrie, Saint-Nazaire.*

**Dr Marie-France MAUGOURD**
*Gériatre, Hôpital G. Clémenceau, Champcueil.*

**Dr Véronique MORIZE**
*Unité Mobile d'Accompagnement, Hôpital Corentin Celton, Issy-les-Moulineaux.*

**Pr Fati NOURHASHEMI**
*Gériatre, CHU Purpan, Toulouse.*

**Dr Pierre PARNEIX**
*Hygiéniste, CHU Pellegrin Bordeaux.*

**Dr Anne de PEUFEILHOUX**
*Paris.*

**Pr Pierrre PFITZENMEYER**
*Gériatre, CHU de Dijon.*

**Pr François PUISIEUX**
*Gériatre, CHRU de Lille.*

**Pr Muriel RAINFRAY**
*Gériatre, CHU Xavier Arnozan, Bordeaux.*
*Présidente de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG).*

**Pr Anne-Sophie RIGAUD**
*Gériatre, Hôpital Broca, Paris.*

**Pr Philippe ROBERT**
*Géronto-psychiatre, CMRR, CHU de Nice.*

**Dr Geneviève RUAULT**
*Déléguée Générale de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG).*

**Dr Bernard WARY**
*Gériatre, CHR Metz-Thionville.*

# Sommaire


Pages

A
**Alimentation** - Généralités ..... 10 - 11
**Alimentation du résident** - Régimes spécifiques ..... 12 - 13
**Apathie** - Un syndrome fréquent ..... 14 - 17
**Audition** - Aides auditives ..... 18 - 21

B
**Bientraitance** ..... 22 - 25

C
**Canicule** - Prévenir ses effets ..... 26 - 27
**Chutes** - Prévention ..... 28 - 29
**Chutes** - Prise en charge du résident chuteur ..... 30 - 31
**Confusion du sujet âgé** ..... 32 - 33
**Contention physique** - Une prescription médicale ..... 34 - 35
**Continuité des soins** - Modèle de coopération ..... 36 - 37

D
**Déambulation** - Prise en charge ..... 38 - 39
**Décision** - Les difficultés ..... 40 - 41
**Démence** - Repérage et démarche diagnostique ..... 42 - 43
**Dépression** - Repérage et prise en charge non médicamenteuse ..... 44 - 45
**Déshydratation** - Prévention et traitement ..... 46 - 47
**Douleur** - Un symptôme sous-estimé ..... 48 - 51

E
**Escarres** ..... 52 - 53
**Évaluation gériatrique standardisée** - Une approche globale ..... 54 - 55

F
**Fausses routes** - Troubles de la déglutition ..... 56 - 57

G
**Gale** - Conduite à tenir ..... 58 - 61

H
**Hygiène bucco-dentaire** - Partie intégrante de l'hygiène corporelle ..... 62 - 63

Pages


**I**

**Incontinence fécale** - Stratégie diagnostique et thérapeutique ..... 64 - 65
**Incontinence urinaire** - Stratégie diagnostique et thérapeutique ..... 66 - 69
**Insuffisance cardiaque** - Diagnostic et prise en charge ..... 70 - 73

**L**

**Liberté d'aller et venir (LAVMR)** - Liberté et sécurité ..... 74 - 77

**M**

**Médicaments** - Quelques repères de prescription ..... 78 - 81

**P**

**Prévention du risque infectieux** - Hygiène des locaux ..... 82 - 83
**Prévention du risque infectieux** - Hygiène des mains ..... 84 - 85
**Prévention du risque infectieux**
- Conduite à tenir en cas de risque épidémique ou d'épidémie avérée ..... 86 - 89
**Prévention du risque infectieux**
- Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires basses ..... 90 - 93
**Prévention du risque infectieux** - Grippe ..... 94 - 97

**S**

**Sexualité** ..... 98 - 99
**Soins palliatifs** - Accompagnement et soins de fin de vie ..... 100 - 103
**Sommeil** - Insomnie ..... 104 - 107

**T**

**Toxi-infection alimentaire collective (TIAC)** - Une urgence ..... 108 - 109
**Troubles du comportement** - Conduite à tenir ..... 110 - 111

**V**

**Volonté de la personne âgée**
- Personne de confiance et directives anticipées ..... 112 - 115

# Alimentation

## Généralités

***"L'alimentation fait partie du soin". C'est le facteur modifiable le plus accessible pour : limiter les infections, dont les infections nosocomiales ; maintenir le statut fonctionnel et réduire les risques de fractures, du fémur en particulier. Il est essentiel de respecter le temps nécessaire pour la durée du repas ■ Proposer le plus possible un choix d'aliments ■ Évaluer leur prise ■ Proposer les repas dans un lieu agréable et convivial ■ Proposer des collations à 10h00 et le soir si l'appétit diminue ■ Bannir les régimes restrictifs, sauf exception très limitée dans le temps ■ Éviter les prises médicamenteuses au repas de midi, qui est le plus important de la journée ■ Fractionner les repas est plus efficace qu'augmenter la ration au cours d'un seul repas ■ Envisager une complémentation en cas de besoin.***

| Le résident | NE PAS FAIRE |
|---|---|
| **s'alimente seul** | ▶ Penser qu'une personne âgée, inactive, se nourrit "de peu". Ses besoins nutritionnels sont identiques à ceux de l'adulte à activité équivalente.<br>▶ 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).<br>▶ 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. |
| **a peu d'appétit**<br>**La perte d'appétit est un indicateur fiable** à noter dans le dossier médical après l'avoir notifié au médecin. | ▶ Rester indifférent à une perte d'appétit de plusieurs jours.<br>▶ Apporter le plat suivant avant que la personne ait fini le précédent.<br>▶ Ne pas laisser le temps de manger.<br>▶ Mixer les repas dès que des difficultés de mastication ou de déglutition apparaissent.<br>▶ Passer au menu mixé est une décision difficile à prendre par l'équipe de soins car souvent irréversible. Les plats doivent rester identifiables. |
| **a besoin d'aide pour manger** | ▶ Mélanger les différents éléments du plat chaud. Ces mélanges sont peu esthétiques et de goût peu fidèle.<br>▶ Se mettre face au résident pour donner à manger. Préférer l'angle de la table (90°) pour libérer le champ visuel, apporter une aide efficace et plus discrète.<br>▶ Faire manger plusieurs personnes à la fois "machinalement". Dans ce cas, dire quelques mots personnalisés pour "reconnecter" la communication.<br>▶ Parler avec des collègues pendant qu'une aide est apportée.<br>▶ Précipiter le repas. |

| Résident dément | FAIRE |
|---|---|
| | ▶ Contrôler régulièrement son poids.<br>▶ Le solliciter doucement, avec patience, à absorber les aliments.<br>▶ Lui laisser la possibilité de :<br>- mélanger les éléments du repas,<br>- manger debout s'il le souhaite,<br>- grignoter des aliments mis à sa disposition (biscuits, fruits frais ou secs)... L'essentiel est qu'il mange...<br>- déambuler dans les couloirs. |

## POINTS FORTS

- Mise en place d'une commission des menus.
- Tenter d'obtenir un temps de diététicienne (en mutualisant les moyens avec plusieurs structures, notamment sanitaires), mais surtout pas pour proposer des régimes qui sont à bannir après 75 ans (sauf indication médicale très spécifique).
- En cas de forte chaleur : un yaourt = un verre d'eau. Attention, si l'alimentation est réduite, l'apport d'eau est également réduit, le risque de déshydratation augmente.
- 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.

## FAIRE

- **Peser le résident chaque mois.**
- Veiller à une alimentation variée et appétissante.
- Offrir le choix selon les préférences.
- Communiquer avec l'équipe de cuisine au sujet des repas/de l'appréciation des plats pour répondre aux attentes.
- Surveiller la consommation du plat d'origine animale (midi/soir) : viande, poisson, laitage.
- Veiller à la présence de 4 produits laitiers par jour.
- Planifier le service de boissons.
- Signaler tout changement de comportement lors du repas : appétit, refus, tristesse, endormissement, etc.

- Mieux connaître les goûts de la personne et les aliments qui lui font plaisir.
- Enrichir les repas en priorité avec des aliments de base (œuf, lait concentré, fromage).
- Privilégier les produits laitiers pour pallier une insuffisance de consommation de viande ou de poisson.
- Parler du menu et de ses composantes. Faire appel à la mémoire, à la saison, aux fêtes pour donner "envie".
- À 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).

- 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.
- Harmoniser l'aide et rassurer en cas de maladresses.
- Proposer quelques gorgées d'eau pour faciliter la déglutition et pallier un manque de salive.
- 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.
- Laisser le temps d'avaler.

## POUR EN SAVOIR PLUS


- Démarche HACCP en restauration. BPI ed. Clichy 1998. Guide pratique pour la qualité de l'alimentation et l'analyse des dangers en restauration collective.
- Groupe de recherche en éducation nutritionnelle. Aliments, alimentation et santé. 2ème édition. Tec & Doc 2000.
- **Martin A. et al.** Apports nutritionnels conseillés pour la Population Française. Tec & Doc, 3ème édition, Paris, 2001.
- Guide personnes âgées de plus de 55 ans du PNNS, avec un guide spécifique pour les aidants des personnes dépendantes. 2006. Textes brefs qui répondent à des questions ponctuelles fréquentes qui concernent les aliments, les habitudes alimentaires, les relations entre alimentation et santé.
- **Ferry M., Alix E., Brocker P., Constans T., Lesourd B., Mischlich D., Pfitzenmeyer P., Vellas B.** Nutrition de la personne âgée. Masson ed. Paris 2007. 3ème édition. Ce livre présente les aspects fondamentaux du vieillissement et ses relations avec la nutrition, dont les causes et les 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…
- **Gillette-Guyonnet S. et al.** Nutrition, maladie d'Alzheimer. Réunion de consensus des experts IANA. La Revue de Gériatrie, Novembre 2006.

# Alimentation du résident

## Régimes spécifiques

### PRINCIPES GÉNÉRAUX DE PRESCRIPTION DE TOUT RÉGIME OU INTERVENTION NUTRITIONNELLE

- La première étape est une évaluation de l'état nutritionnel incluant le poids, le calcul de l'IMC, un MNA et une évaluation quantitative et qualitative de la prise alimentaire habituelle. La deuxième étape détermine les bénéfices attendus de l'intervention nutritionnelle.
- Les modifications des habitudes alimentaires nécessaires pour atteindre l'objectif doivent être déterminées.
- Le régime doit être intégré dans l'ensemble de la prise en charge et en particulier l'activité physique souhaitable doit être précisée.
- Périodiquement, ces points doivent être réévalués.
- L'abandon de l'idée de régime ne signifie pas l'abandon de la surveillance nutritionnelle.

### LES RÉGIMES SPÉCIFIQUES

**Le régime du diabétique**

L'alimentation doit être équilibrée et régulière et répondre au besoin énergétique du patient et par conséquent ne doit pas être restrictif. Chaque repas doit comporter un féculent, des légumes et des fruits. Le sucre (saccharose) doit être supprimé en dehors des repas.

Le régime peut correspondre à l'alimentation proposée pour l'ensemble des résidents à condition que celle-ci réponde aux recommandations nutritionnelles pour la population âgée.

**Le régime de l'obèse**

- L'obésité est source de dépendance fonctionnelle, mais la perte de poids l'aggrave.
- Cependant pour éviter les prises de poids parfois massives, une surveillance nutritionnelle (courbe de poids et comportement alimentaire) et la stimulation de l'activité physique doivent être organisées.

**Le régime de l'hypercholestérolémique**

- Au-delà de 80 ans, le traitement de l'hypercholestérolémie n'est pas recommandé et le régime est fortement déconseillé.
- Avant cet âge, et en fonction du niveau de risque calculé selon les recommandations pour le LDL cholestérol, on doit éviter l'apport excessif de cholestérol par des mesures diététiques associées à un éventuel traitement.

**Le régime de l'insuffisant cardiaque**

- L'insuffisance cardiaque nécessite le contrôle des apports sodés qui doivent être strictement compris entre 2 et 4 g/j.
- Un régime désodé strict n'est pas recommandé.
- La fréquence de la cachexie liée à l'insuffisance cardiaque doit faire considérer ces patients comme à risque de dénutrition.
- Une attention particulière doit être apportée aux apports sodés liés aux médications (formes effervescentes, hypodermoclyse).

**Le régime de l'insuffisant rénal chronique**

- Un régime hypo protidique ne se justifie pas dans la tranche d'âge vivant en institution, les apports protidiques ne dépassant pas 1,2 g/kg/j chez ces patients.
- Par contre, la prévention de l'hyperparathyroïdie secondaire nécessite des apports calciques importants, 1,2 g/j, recommandés pour les personnes âgées.
- Enfin, l'insuffisance rénale s'accompagne d'un risque accru de dénutrition qui doit être pris en charge.

## POUR EN SAVOIR **PLUS**

Les régimes se réfèrent toujours aux recommandations nutritionnelles pour la catégorie de population concernée. On trouvera un chapitre "personnes âgées" dans le livre des apports nutritionnels conseillés pour la population française : **Cynober L., Alix E., Arnaud-Battandier F., Bonnefoy M., Brocker P., Cals MJ., Coplo C., Ferry M., Guisolfi-Marque A., Lesourd B., Mignot C., Paturaud-Mirand P.**
Personnes âgées. In Apports nutritionnels conseillés pour la population française, AFSSA, Eds. Lassay les Chateaux, Edition Tec & Doc, 2001 ; 307-336.

Les régimes chez les plus de 80 ans s'éloignent exceptionnellement des apports conseillés. On trouvera ici une revue spécifique à cette population : **Bourdel-Marchasson I., Traissac T.** Place et impact des régimes chez les personnes très âgées. Nutrition Clinique et Métabolisme 2004 ; 18 : 224-230.

# Apathie

## Un syndrome fréquent

### DÉFINITION - FRÉQUENCE

▶ L'apathie est un déficit de motivation pour les actions dirigées vers un but, alors que la motricité volontaire reste généralement bien conservée. Le patient apathique peut avoir un tonus et une activité spontanée apparemment normale, mais ne prend pas d'initiative et ressent de moins en moins d'intérêt pour ce qui le concerne.
C'est un syndrome très fréquent, en particulier dans des pathologies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer, de Parkinson, et d'autres types de démences. 50 à 70 % des patients atteints de la maladie d'Alzheimer peuvent être concernés par ce syndrome, quelle que soit la gravité de leur maladie. Beaucoup de personnes âgées non démentes peuvent être également touchées.

### REPÉRAGE ET ÉVALUATION

▶ Comme pour beaucoup de syndromes "silencieux" et non-perturbateurs, il y a un grand risque de ne pas repérer l'apathie et de la voir s'aggraver. Il est connu qu'on remarque plus facilement des comportements agités ou perturbants que des comportements de retrait. De plus, la majorité des personnes qui en sont atteintes ne s'en plaignent pas spontanément et ce sont les aidants qui remarquent et signalent leur manque d'implication dans de nombreuses activités quotidiennes ou une indifférence à ce qui les entoure. Cela peut être pris à tort pour du ralentissement ou de la dépression.

▶ Il faut alors rechercher les éléments en faveur de chacune des trois composantes de l'apathie (Tableau 1) par le biais de :
- l'observation et les rapports de l'équipe sur les activités du résident ;
- les rapports de la famille et de l'entourage habituel ;
- des habitudes du sujet, de son mode de vie antérieur.

▶ Il peut être utile pour suivre l'évolution du résident d'utiliser une échelle telle que l'Inventaire Apathie, qui quantifie ces trois composantes du point de vue de leur fréquence, de leur sévérité et de leur retentissement pour les aidants.

▶ Il est important de prendre en compte les conséquences de ce syndrome sur le résident qui est de plus en plus en retrait, mais aussi sur l'entourage et le personnel. Pour le sujet apathique, sa moindre implication personnelle sur les actions dirigées tend à l'isoler et à le couper des stimulations nécessaires de l'environnement. L'apathie qui s'aggrave est d'ailleurs un des facteurs précipitant le placement en institution. On sait aussi que l'absence d'initiative et d'intérêt du sujet génère souvent un fardeau supplémentaire pour les aidants qui vont faire de plus en plus d'actions "à la place" du résident. Ceci est source de malentendus (par exemple, penser que le sujet "se laisse aller", "est paresseux"), d'épuisement des aidants, voire de rejet.

## TABLEAU 1 : RECHERCHE DES SYMPTÔMES D'APATHIE

| SYMPTÔMES | DÉFINITION | EXEMPLES |
|---|---|---|
| **Perte d'intérêt** | ▶ Baisse d'interaction du résident avec son environnement.<br>▶ Baisse d'intérêt porté à soi-même. | ▶ S'intéresse-t-il moins à ses centres d'intérêt, à la vie de la famille, de l'institution, aux projets ou à la santé des autres, à l'actualité ? S'intéresse-t-il moins à son état physique, son apparence, à sa santé, à sa façon de s'habiller, de se préparer, à ce qu'il mange ? Est-t-il moins curieux ? |
| **Perte d'initiative** | ▶ Réduction de la capacité à s'engager spontanément dans des comportements orientés vers un but. | ▶ Est-ce qu'il entreprend moins des actions simples : faire sa toilette, son rangement, s'habiller, engager ou se mêler à une conversation, chercher un livre ou un journal ? Est-ce qu'il a perdu des objectifs sociaux : prendre des nouvelles de sa famille ou d'amis, venir spontanément participer à une activité proposée ? Est-il plus dépendant des autres ? |
| **Émoussement affectif** | ▶ Pauvreté des émotions accompagnant les comportements dirigés.<br>▶ Manque de réponse émotionnelle aux événements positifs ou négatifs. | ▶ Manifeste-t-il moins d'émotions au cours des événements qui l'entourent, au cours des actions qu'il entreprend ou qu'on lui propose ? |

# Apathie

## Un syndrome fréquent

### CAUSES D'APATHIE

▶ Dans le cadre des démences et d'autres affections neuropsychiatriques, l'apathie est généralement liée à des déficits de fonctionnement dans certaines zones du cerveau, en particulier au niveau préfrontal. Un manque de stimulations de l'environnement, des déficits auditifs et visuels, certains traitements médicamenteux peuvent aussi aggraver la perte de motivation. Il faut rechercher une dépression éventuellement associée, et veiller à faire la différence entre les deux syndromes (tableau 2).

**TABLEAU 2 : DIFFÉRENCES ENTRE APATHIE ET DÉPRESSION**

| SIGNES | APATHIE | DÉPRESSION |
|---|---|---|
| Signes spécifiques | ▶ Démotivation<br>▶ Absence d'initiative<br>▶ Absence de persévérance<br>▶ Émoussement affectif<br>▶ Retrait social | ▶ Humeur triste<br>▶ Perte d'espoir<br>▶ Culpabilité<br>▶ Idées suicidaires<br>▶ Troubles du sommeil<br>▶ Anorexie |
| Signes communs | ▶ Perte intérêt<br>▶ Manque d'élan<br>▶ Ralentissement (+/-)<br>▶ Asthénie<br>▶ Non conscience du trouble (+/-) | |

## TRAITEMENT

**Il repose sur trois aspects complémentaires :**

### 1 Prise en charge non médicamenteuse

- Elle est prioritaire. Il faut éviter des stimulations trop standardisées ou excessives, en procédant par étapes.
- On doit bien évaluer la fréquence et l'intensité du syndrome, à quels moments et dans quel environnement il est plus important.
- Ensuite, il faut stimuler le patient par des activités simples qu'il peut faire sans difficulté et qu'il aime bien faire ou qu'il investissait dans le passé récent.
  Ce n'est pas tant la durée ou la complexité de l'action qui importe, que la capacité du patient à répondre à l'incitation. Un petit programme d'activités, comme cela se fait couramment en institution, peut être utilement envisagé, même dans le cas de déficits moyennement sévères.
- Les patients tendent souvent à résister à ces stimulations et il ne faut pas chercher à convaincre à tout prix le patient de faire une activité qu'il n'investit pas.

### 2 Traitements médicamenteux

- Les traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer (cholinergiques, mémantine) ont une action modérée sur l'ensemble des troubles du comportement et en particulier sur l'apathie. Certains antidépresseurs stimulants ont aussi un intérêt, notamment en cas de dépression associée.

### 3 Prise en charge des aidants

- Les activités proposées au résident ont aussi pour but de soulager les aidants et de freiner l'aggravation de l'apathie qui est source de fardeau.
- Il est important que les membres de l'équipe échangent entre eux sur l'évolution de la motivation des résidents, sur les difficultés rencontrées pour les stimuler, sur l'adaptation des activités à proposer. Cette démarche d'équipe renforce l'efficacité des actions et vise à préserver des relations de bonne qualité avec le résident.

## POUR EN SAVOIR PLUS

**Benoit M., Robert P.**
Dépression et apathie dans la maladie d'Alzheimer.
Presse Médicale 2003 ; 32 : S14-8.

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia.
IPA. Educational Pack (version française), 2003.

**Benoit M., Brocker .P, Clement J.P. et al.**
Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : description et prise en charge.
Revue Neurologique 2005 ; 161 : 357-366.

# Audition

## Aides auditives

***La presbyacousie est une baisse progressive de l'audition liée au vieillissement de l'oreille interne. Elle est la première cause de surdité chez les personnes âgées et touche 30% des personnes de plus de 75 ans.***
***La presbyacousie est une surdité de perception bilatérale et souvent symétrique qui prédomine sur les fréquences aiguës.***
***La personne âgée doit pouvoir entendre une conversation normale, y compris au téléphone, ainsi que la télévision, et participer à des activités de groupe. Tout déficit auditif l'empêche de communiquer normalement, ce qui réduit sa qualité de vie.***

### REPÉRAGE ET DIAGNOSTIC DES TROUBLES DE L'AUDITION ?

- Un sujet âgé atteint de presbyacousie est particulièrement gêné en cas de bruit ambiant ou lors d'une conversation à plusieurs. Il se plaint qu'on ne parle pas assez fort ou qu'on n'articule pas. Au début, il entend bien en revanche un interlocuteur unique placé devant lui. Il a tendance lui-même à parler plus fort et à augmenter le son de la télévision ou de la radio. À un stade ultérieur, toutes les conversations, même dans le calme, deviennent difficiles, ce qui conduit finalement la personne à ne plus y prendre part et à se replier sur elle-même.
- Avant de consulter un ORL, il faut s'assurer de l'absence de bouchon de cérumen par un examen de l'oreille avec un otoscope. Le nettoyage des oreilles, partie intégrante de l'hygiène générale, s'effectue de préférence par lavage doux à la poire, au moins tous les quinze jours.
- L'examen ORL a pour but de préciser la cause de la surdité et d'en apprécier le retentissement. Il comprendra, entre autre, une audiométrie tonale et vocale. Si la presbyacousie ne paraît pas seule en cause, le spécialiste pourra demander d'autres examens comme une tympanométrie, la recherche d'un recrutement ou d'un réflexe stapédien, des potentiels évoqués auditifs ou un scanner ou une IRM cérébrale.

### PRISE EN CHARGE : C'EST ESSENTIELLEMENT L'APPAREILLAGE AUDITIF

- Il n'y a pas de traitement médicamenteux efficace de la presbyacousie. En revanche, tout au long de la vie, il faut éviter les thérapeutiques oto-toxiques ou les traumatismes sonores pour épargner le capital sensoriel auditif. Chez le sujet âgé, il faut éviter les médicaments sédatifs qui vont limiter les capacités attentionnelles.
- Le traitement repose donc essentiellement sur l'appareillage auditif.
  Souvent il faut vaincre les réticences de la personne âgée qui voit dans l'appareil auditif une nouvelle marque de vieillesse, qui, souvent n'est pas convaincue de son efficacité, qui peut aussi, à juste raison - car les appareils sont insuffisamment remboursés par la Sécurité Sociale - être rebutée par le coût élevé.
  Les soignants doivent être formés afin de pouvoir aider et conseiller les personnes âgées pour l'entretien des appareils auditifs et leur utilisation quotidienne.
- Les soignants comme l'entourage familial doivent aussi savoir que pour parler à une personne ayant une perte d'acuité auditive, il faut se placer devant la personne, parler à voix normale, sans crier, en attirant son attention.

## LES DIFFÉRENTS MODÈLES D'AIDES AUDITIVES

▶ **Il existe trois modèles d'aides auditives :**

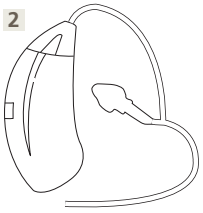
1

**1 Les intra-auriculaires**

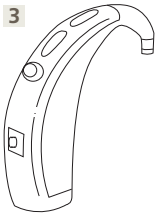
Il existe trois formes d'intra-auriculaire :

- l'intra-conque,
- l'intra-conduit,
- l'intra profond ou CIC.

2



3



**2 et 3 - Les contours d'oreille**

Les aides auditives situées sur le pavillon sont appelées des contours d'oreille, déclinés en deux modèles :

- **Les micro-contours,** nouvelles générations d'aides auditives équipées de tubes très fins ou micro tube (Ø 0.86mm) et munis d'embout ailettes ou sur-mesure et d'un poids inférieur à 3g, pile comprise.
- **Les contours traditionnels,** équipés d'un moulage sur mesure du conduit auditif appelé embout et muni d'un tube standard (Ø 2 mm).

## COMMENT NETTOYER UNE AIDE AUDITIVE ?

Il existe différents produits de nettoyage afin d'éviter que les appareils ne se bouchent :

- **Les lingettes antiseptiques.**
- **Une brosse comportant un liquide antiseptique.**
- **Les pastilles effervescentes,** destinées exclusivement aux contours traditionnels.
- **La mini-tige,** pour les mini-contours.

# Audition

## Aides auditives

### COMMENT PLACER L'AIDE AUDITIVE DANS LE CONDUIT AUDITIF EXTERNE ?

- Il existe un code de couleur pour repérer les appareils, la couleur rouge correspond au côté **droit** et la couleur bleue au côté **gauche**. N'oublions pas que l'entrée du conduit est dirigée vers les yeux, inutile de forcer dans l'oreille, il faut plutôt chercher la bonne direction.

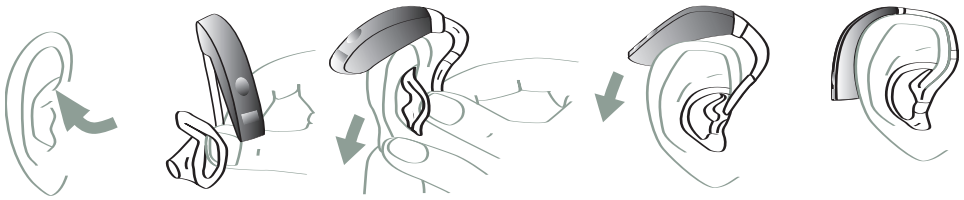
**1 Les intra-auriculaires**

Avant toute chose, il faut mettre en marche l'appareil, c'est-à-dire fermer le tiroir pile. Afin de faciliter la mise en place, vous pouvez tirer légèrement le cartilage de l'oreille, puis introduire dans le conduit la partie fine et légèrement allongée comportant la sortie haut-parleur. La partie externe se distingue facilement du reste de l'appareil car elle comporte toujours le tiroir de pile et bien souvent une tige d'extraction, qui doit toujours être orientée vers le bas.

**2 Les contours d'oreille**

Les contours viennent se positionner autour du pavillon. Il faut mettre en fonctionnement l'aide auditive soit en refermant le tiroir de pile soit par l'intermédiaire d'un interrupteur situé près du logement de pile .

Nous commençons généralement par la mise en place de l'embout (cf. schéma ci-après).



*Pour vérifier que la prothèse fonctionne bien, approcher la main près de l'oreille du patient ; cette dernière doit se mettre à siffler, cela s'appelle l'effet Larsen.*
*Si l'aide auditive siffle sans que vous mettiez la main, il peut y avoir plusieurs raisons :*

- *elle est mal mise en place dans le conduit (70% des problèmes de Larsen) ;*
- *le patient a un bouchon de cérumen (25% des problèmes de Larsen) ;*
- *l'aide auditive est défectueuse (5 % des problèmes de Larsen).*

### COMMENT RETIRER ET ARRÊTER LES AIDES AUDITIVES ?

- Pour retirer un intra-auriculaire, il faut soit tirer sur la tige d'extraction, soit ouvrir le tiroir de pile et tirer sur ce dernier, soit pincer l'appareil entre le pouce et l'index.
- Concernant les contours d'oreille, il suffit de pincer le tube entre le pouce et l'index et de tirer dessus.

Si ce dernier venait à se détacher de l'embout, il faudrait rapporter l'appareil chez son audio-prothésiste.

- Pour éteindre les aides auditives, il suffit d'ouvrir le tiroir de pile.

## LES ACCESSOIRES UTILISABLES

- Les téléphones pour malentendants, équipés d'un amplificateur plus puissant que les combinés traditionnels.
- Le casque de télévision, sans fil, spécial malentendant, qui lui permet de régler le volume de la télévision à sa guise sans gêner conjoint ou voisins.
- Les réveils munis d'un coussinet vibrant.
- Il existe également des boucles inductives qui équipent certaines salles de spectacles, de télévision et certaines églises...
- Seules les aides auditives équipées de la position "T" peuvent recevoir ce type de signal.

## POUR EN SAVOIR PLUS

**Dauman R., Le Her F.**
A qui proposer un essai d'appareillage auditif chez l'adulte ?
Le Concours Médical 2000 ; 122 : 591-594.

**Prevel M., Dhouib S., Aubel D., Vergnon L.**
La presbyacousie : signes, diagnostic, conduite à tenir.
La Revue de Gériatrie 2003 ; 28 : 807-820.

**Gates G.A., Mills J.H.**
Presbycusis. Lancet 2005 ; 366 : 1111-1120.

**Howarth A., Shone GR.**
Ageing and the auditory system.
Postgrad Med J. 2006 ; 82 : 166-171.

**Bagai A., Thavendiranathan P., Detsky A.S.**
Does this patient have hearing impairment ?
JAMA 2006 ; 295 : 416-428.

# Bientraitance

## UNE DÉMARCHE

- **Une démarche de bientraitance au sein d'un EHPAD a pour objectif l'amélioration de la qualité de vie de tous,** résidents, personnels et familles.
- Elle consiste à s'interroger sur nos pratiques, nos comportements, à repérer et prévenir les situations à risque, au quotidien, et donc de nous placer dans une démarche d'évaluation de toutes les dimensions du soin.
- Elle s'inscrit dans la **démarche générale d'évaluation et d'amélioration de la qualité des EHPAD** dans le processus actuel de conventionnement et devrait être explicitement énoncée dans le projet d'établissement.
- La bientraitance concerne la personne accueillie, sa famille, le personnel de l'établissement et l'institution elle-même. Pourtant, les personnels ne peuvent être bien traitants que s'ils sont eux-mêmes bien traités. Le plus souvent, ils savent ce qui devrait être fait. Mais ils sont pris en tenaille entre, d'une part, la masse de travail à accomplir et, d'autre part, les contraintes liées au fonctionnement de l'institution et l'envie qu'ils auraient de passer plus de temps, de mieux faire avec les résidents. L'objectif d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées accueillies en EHPAD dans une optique de bientraitance passe donc aussi par une valorisation du soin, tant technique que relationnel. Cela nécessite de développer les formations, de donner du temps de parole et de réflexion aux personnels : reconnaître et valoriser le haut niveau de réflexion de la plupart des soignants.

## LA BIENTRAITANCE EN THÉORIE…

> ***"[…] Soigner c'est aussi dévisager, parler - reconnaître par le regard et la parole la souveraineté intacte de ceux qui ont tout perdu."***
> Extrait de "La présence pure" de Christian Bobin, Ed Le temps qui passe, 1999.

- **La bientraitance répond aux principes éthiques d'humanité et de dignité, de solidarité, d'équité et de justice, et d'autonomie.**
  Redonner à chacun sa place de sujet implique des droits et des devoirs (respecter ne veut pas dire tout accepter, au risque d'une maltraitance des personnes âgées envers les soignants), sans disqualifier les soignants.
- **La bientraitance ne peut répondre à une définition univoque, des recettes ou des dogmes. Elle doit être le fruit d'une réflexion menée ensemble, pour faire converger les convictions de chacun vers une vision commune de la bientraitance, au sein de chaque établissement, avec les moyens qui sont les siens :**
  - Qu'est-ce que la bientraitance au niveau institutionnel, dans l'établissement dans lequel je travaille ?
  - Qu'est-ce que la bientraitance, pour moi, qui travaille dans cet établissement ?
  - Qu'est-ce que la bientraitance pour la personne accueillie dans l'établissement dans lequel je travaille ?
  - Qu'est-ce que la bientraitance pour l'entourage des personnes accueillies dans l'établissement dans lequel je travaille ?
- **Le questionnement éthique** est une aide potentielle pour faire évoluer les comportements et les pratiques devant toute situation du quotidien (voir encadré page suivante).

## SCHÉMA GUIDANT LES ÉTAPES DU QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE DEVANT TOUT CAS CLINIQUE

**(EXTRAIT DE LA "DIGNITÉ EN INSTITUTIONS GÉRIATRIQUES, QUESTIONNEMENTS ÉTHIQUES DES SOIGNANTS" GROUPE RIDUL éthique, Société de Gérontologie de l'Est)**

1. Repérer les différents acteurs mis en jeu dans le cas clinique (famille, patient, soignants, autres).
2. Repérer le référentiel de chacun : en référence à quelles valeurs, à quelles idées, chaque acteur peut-il intervenir ?
3. Repérer les différents conflits émergents ou potentiels du cas clinique, quels acteurs impliqués dans ces conflits ?
4. Essayer d'expliquer ces conflits en les reliant au référentiel de l'acteur concerné.
5. Imaginer toutes les solutions théoriques possibles.
6. Faire la critique de toutes ces solutions théoriques en en cherchant les limites dans le contexte de la vie pratique.
7. Essayer de faire émerger la meilleure des solutions théoriques qui pourrait être appliquée dans la pratique.
8. S'attacher à prévoir les conditions d'une réévaluation régulière de cette solution après sa mise en pratique.

## DES DIFFICULTÉS À SURMONTER

### ▶ Des freins institutionnels

- L'engagement trop souvent insuffisant des cadres des institutions, peu sensibilisés.
- Les injonctions contradictoires qui se confrontent et tiraillent les personnels : normes de sécurité et liberté, protocoles de soins et personnalisation des soins, intimité et contraintes de la vie en collectivité.
- Le principe de l'organisation institutionnelle du travail : la rentabilisation du temps ne laisse plus de place à la liberté de choix des résidents.
- Le manque et les changements trop fréquents de personnels.
- Le manque de temps.
- Le manque de communication au sein des équipes.

### ▶ Des freins individuels des professionnels

- Ne se référer qu'à ses propres valeurs morales expose à des jugements intempestifs envers les personnes âgées, leur famille.
- Les difficultés quotidiennes génèrent une insatisfaction qui provoque une altération de l'estime de soi comme soignant, et donc une iatrogénie du soin.
- La vieillesse et l'approche de la mort font peur.

### ▶ Des freins individuels des personnes âgées

- Les personnes âgées n'expriment pas leur plainte, leur souffrance ou leur désarroi, par peur de gêner, de déranger, voire par peur des représailles.

## LA BIENTRAITANCE EN PRATIQUE…

> ***"Toutes les situations que nous rencontrons au cours de notre journée ont un sens, rien n'est anodin."*** Extrait de La dignité en institutions gériatriques, Groupe Ridul éthique, de la Société de Gérontologie de l'Est (2002-2004)

▶ **Des recommandations pratiques générales**

• Casser la routine en redonnant du sens aux actes quotidiens, en favorisant une attitude de curiosité, d'intérêt envers les personnes : personnaliser la relation en nommant les personnes ; prendre en compte les goûts et les envies des personnes ; redonner sa place au soin relationnel.

• Ne pas dénier les difficultés, noter les ambiguïtés, tenter de les résoudre (mise en harmonie de l'efficacité technique de l'acte, du caractère soignant de l'acte, de la relation humaine inhérente à cet acte).

• Apprendre à reconnaître et à accepter ses propres défenses, tout en restant responsable de ses actes.

▶ **Les priorités** sont à définir au sein de chaque établissement, lors de réunions de travail.

▶ **Interroger certains moments clés, certaines situations à risque**

• Lever, toilette, habillage : Le rythme des résidents est-il respecté ? Est-il possible de faire la grasse matinée ? Faut-il faire la toilette tous les jours ? Différentes possibilités sont-elles proposées pour la toilette (lavabo, douche, au lit, baignoire, chariot de bain, etc.) ? La pudeur est-elle respectée ? Les résidents portent-ils tous une tenue de ville la journée et peuvent-ils choisir leurs vêtements ?

• Repas : Le délai entre deux repas n'est-il pas trop long ? Le temps consacré au repas est-il suffisant ? Les résidents ont-ils le choix de leur voisin de table ? Peuvent-ils prendre leur repas en chambre s'ils le désirent ? Leurs goûts sont-ils respectés ?

• Animations et sorties : Le plaisir, l'envie de sortir, le maintien du lien social sont-ils entretenus ? Les résidents ont-ils le choix des sorties, des animations ?

• Nuit : Les résidents doivent-ils tous se coucher à la même heure ? Peuvent-ils garder une lumière allumée s'ils le désirent ? Les changes effectués la nuit sont-ils indispensables ? Répondez-vous suffisamment rapidement aux appels ?

• Attente : Annoncez-vous et respectez-vous le délai annoncé pour un soin, une activité ? Serait-il possible de profiter des moments d'inactivité et de solitude des résidents pour établir un dialogue singulier ?

• Place des familles : La place des familles a-t-elle été réfléchie dans le projet d'établissement ? La satisfaction des familles est-elle évaluée ? Les horaires des visites sont-ils adaptés ?

• Ambiance sonore : L'ambiance sonore, de jour et de nuit, vous semble-t-elle correcte (sons signifiants, éviter les sons inutiles ou pénibles, etc.) ? Les télévisions restent-elles allumées quand personne ne les regarde ?

• Déambulation et contention : La déambulation est-elle respectée ? Le recours à la contention est-il toujours limité et motivé par une prescription médicale ? Enfermez-vous parfois les résidents dans leur chambre ? Le risque de chute est-il analysé et accepté ? Est-il possible de laisser un libre accès vers l'extérieur ?

• Intimité et collectivité : Frappez-vous toujours à la porte avant d'entrer dans une chambre ? Est-il possible de personnaliser l'ameublement et la décoration des chambres ?

## DIX RECOMMANDATIONS PHARE

1. **Repérer et respecter autant que possible le choix des résidents (horaires, voisins de table, habits, animations, etc.).**
2. **Maintenir un environnement olfactif agréable.**
3. **Favoriser un environnement sonore signifiant (nature et volume des bruits réfléchis, bruits naturels, éviter les bruits désagréables inutiles).**
4. **Faire sortir les résidents en extérieur au moins une demi-heure par semaine.**
5. **Respecter autant que possible la liberté de circuler de chacun.**
6. **Limiter à douze heures maximum le délai entre le repas du soir et le petit-déjeuner.**
7. **En cas d'appel, annoncer un délai et le respecter.**
8. **Définir un temps minimal pour la toilette.**
9. **Évaluer régulièrement le degré de satisfaction des familles et des résidents.**
10. **Désigner un professionnel référent pour chaque résident, chargé du recueil des plaintes, de leur transmission et de leur suivi.**

## LA BIENTRAITANCE EN FILIGRANE DANS LES ACTIONS DES POUVOIRS PUBLICS

- ANAES - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée (Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé) (octobre 2000).
- ANAES - Conférence de consensus : "Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soin et de sécurité" (novembre 2004).
- EHPAD : Pour finir de vieillir - Centre d'analyse stratégique (juin 2006).
- Charte des Droits et Libertés de la personne âgée dépendante (1997).
- Outil d'évaluation Angélique (Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de qualité pour les usagers des établissements). (http://www.social.gouv.fr/htm/dossiers/ehpad/accueil.htm)

## POUR EN SAVOIR PLUS

**Code pénal et bientraitance**

- Notion de **particulière vulnérabilité** mentionnée à l'art. 222-3, 2°

- Concernant les infractions au titre des atteintes aux personnes, concept de **personne vulnérable** dans la qualification des faits.

- **La vulnérabilité des victimes** peut être constitutive de délits spécifiques (art. 223-3 et 223-4, art. 225-1 et 225-15, art. 313-4, art. 434-3).

- **La vulnérabilité due à l'âge** constitue une circonstance aggravante pour les délits d'appropriations frauduleuses (art. 311-1, 311-4, 312-1, 312-2, 313-1, 313-2, 313-4 ; art. 312-1, 322-1, 322-3).

# Canicule

## Prévenir ses effets

**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, troubles de l'alimentation, infection, fièvre d'autre origine...

▶ **État de dépendance**

▶ **Médicaments :**
principalement diurétiques, neuroleptiques, anti-cholinergiques, antihistaminiques, anti-parkinsoniens.

▶ **Facteurs liés à l'environnement :**
absence de climatisation, exposition à l'est, absence d'ombre (volets, arbres...), environnement urbanisé (asphalte, pollution), étages supérieurs dans un immeuble.

### POUR EN SAVOIR PLUS

Pathologies liées à la chaleur, monographie
La Revue du Praticien ; juin 2004.

Évaluation de l'impact sanitaire
de la vague de chaleur de juillet 2006 ;
24 octobre 2006 ; INVS.

Canicule et chaleurs extrêmes
http://www.sante.gouv.fr/canicule

## MESURES PRÉVENTIVES

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

▶ **Les résidents doivent être rafraîchis**

- en allant dans la pièce climatisée,
- en les mouillant et les ventilant avec un brumisateur ou des bombes aérosols d'eau, ou en appliquant des lingettes humides. Les ventilateurs ne sont utiles que si la peau des personnes exposées est humide (humidification artificielle ou sueur),
- en s'habillant avec des vêtements légers de couleur claire,
- en prenant des douches ou des bains régulièrement.

▶ **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 s'hydrater suffisamment en continuant à s'alimenter**

- boire le plus possible de liquide sans attendre d'avoir soif,
- 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 brumisateur, 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.
- Faire boire de l'eau seule peut être dangereux (risque d'hyponatrémie de dilution chez l'insuffisant cardiaque dont la fonction rénale est altérée), il faut veiller à poursuivre une alimentation naturellement salée (pain...) ou préférer des bouillons, soupes, jus de légumes.

▶ **L'habitation doit être le mieux possible isolée par rapport aux 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.

▶ **Le médecin et les soignants doivent**

- adapter les prises médicamenteuses et notamment les diurétiques et les régimes sans sel,
- 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.

# Chutes
## 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 minimiser 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. : fièvre avec déshydratation).
  - L'exacerbation d'une maladie chronique (ex : déclin moteur dans une maladie de Parkinson).
  - 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** (Recommandations de l'ANAES 2000). 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 la marche** sont efficaces à condition d'être proposées pour une période de plusieurs semaines.

## PRISE EN CHARGE DU RÉSIDENT À RISQUE DE CHUTE

**Prise en charge individualisée, multifactorielle, comprenant 5 axes d'intervention à mettre en œuvre simultanément :**

1 **Médicaments :**
Revoir l'ordonnance (Cf. fiche "médicaments"). Éviter si possible d'employer des médicaments à haut risque (benzodiazépine, neuroleptique, antidépresseur, anticonvulsivant, antiarythmique de classe I).

2 **Traitement des pathologies sous-jacentes potentiellement en cause :**
Troubles de la vue (changement de lunettes, opération de la cataracte, augmentation de l'éclairage), pathologie neurologique (en cas de déficit de la sensibilité, adapter le chaussant approprié, réduction des médicaments interférant sur la cognition), pathologie cardiologique (réduction des hypotenseurs si hypotension orthostatique, pacemaker si syncope...), pathologie de l'appareil locomoteur (supplémentation protéique et vitamino-calcique si sarcopénie, antalgique si arthrose...), phobie de la station debout (désadaptation psychomotrice), nécessitant une aide psychologique.

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 ciblés sur l'équilibre), utilisation correcte des aides techniques (canne 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 d'appui (siège WC, salle de bain), rehausse WC, fauteuil et chaises stables munis d'accoudoirs et ayant une 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), gymnastique douce (par ex. le tai chi chuan).

## POUR EN SAVOIR PLUS

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

**Province M.A, Hadley E.C, Hornbrook M.C et al.**
The effects of exercise on falls in elderly patients : a preplamed metas-analysis of the FICSIT trials.
JAMA 1995 ; 273 : l341-1347.

Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée.
ANAES - octobre 2000.

**Robertson M.C., Campbell A.J., Gardner M.M., Devlin M.**
Preventing injuries in older people by preventing falls a metas-analysis in individuel level date.
J Am Geriatr Soc 2002 ; 50 : 905-911.

**Neufeld R.R., Libow L.S., Faley W.J. et al.**
Restreint reduction reduces serious injuries among home residents.
J Am Geriatr Soc 1999 ; 47 : 1202-1207.

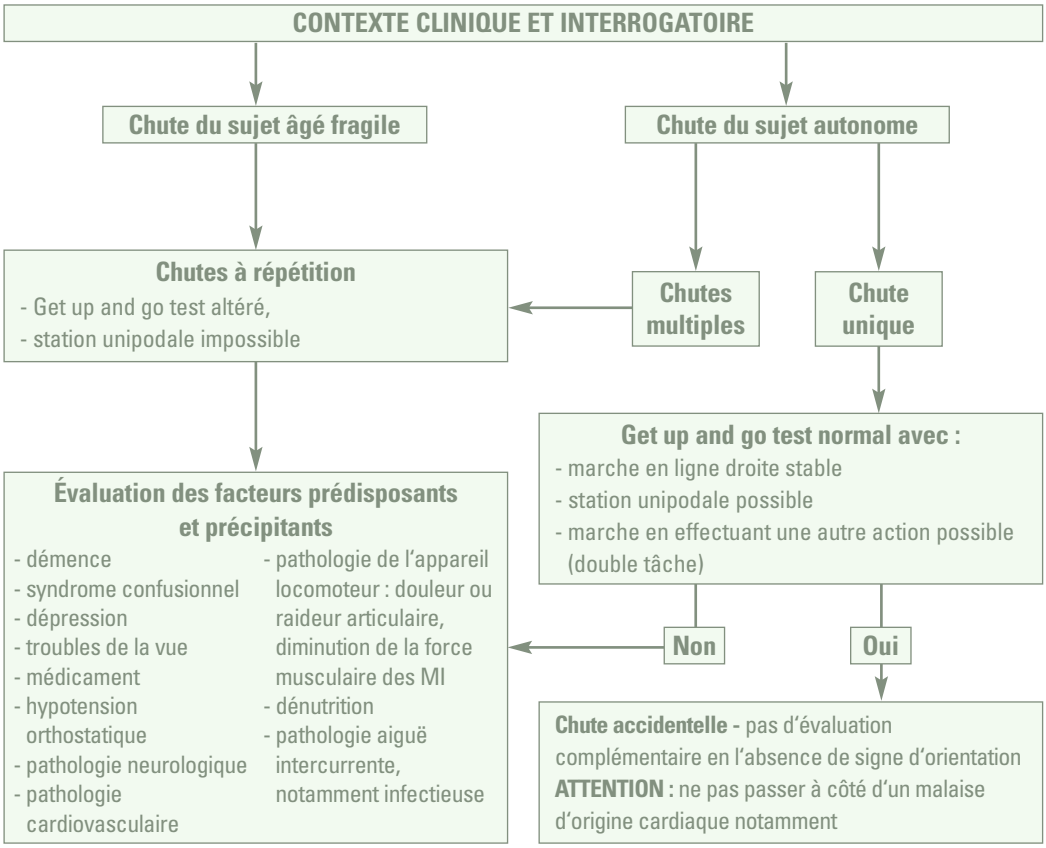
# Chutes

## 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 récidive de chute est élevé.
- **La prévention** de la rechute est basée sur la recherche et la correction des facteurs prédisposants et précipitants.

### PRISE EN CHARGE DU RÉSIDENT CHUTEUR OU À HAUT RISQUE DE CHUTE



## Exemple d'une fiche de déclaration d'une chute

Date : _____
**NOM :** _____ **Prénom :** _____
Soignant ayant constaté la chute : _____
Autres soignants présents dans l'unité : _____

**Le patient**

Température : _____
Etait-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
❑ À 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 : 664-672.

**Jacquot J.M., Strubel D., Pélissier J.**
La chute de la personne âgée.
Paris Masson 1999.

**Vellas B., Wayne S.J, Romero L.**
One-leg balance in an important predictor of injurious falls in older persons. J Am Geriatr Soc 1997 ; 45 : 735-738.

**Podsiado D. Richardson S.**
The Timed "Up and Go" ; a test of basic functional mobility for elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991 ; 39 : 142-148.

# Confusion du sujet âgé

## DÉFINITION

- Le syndrome confusionnel se définit par une **altération globale, fluctuante et réversible** des fonctions cognitives.
- Le diagnostic repose sur l'existence de **4 signes cardinaux :**
  - **Les troubles de la vigilance (obnubilation).**
  - **L'inversion du rythme veille-sommeil.**
  - **Le début brutal de la symptomatologie.**
  - **La fluctuation de la sémiologie neuropsychique dans le temps.**
- **Sa survenue doit entraîner la recherche des facteurs précipitants aigus volontiers multiples** dont les pathologies infectieuses, métaboliques, cardiovasculaires et les facteurs iatrogènes.

## BILANS À RÉALISER

- **Examens de première intention :**
  - Ionogramme sanguin, calcémie, glycémie, urée et créatinine sériques.
  - Numération formule sanguine et vitesse de sédimentation.
  - Électrocardiogramme.

## CONDUITE À TENIR

- **La prise en charge repose tout d'abord sur une attitude préventive :** utilisation limitée des différentes drogues potentiellement confusogène, maintien d'une hydratation et d'un état nutritionnel adaptés et stimulation de la mobilité chez tout sujet âgé malade ou hospitalisé.
- **Sur le plan curatif, la démarche diagnostique et le traitement rapide des facteurs déclenchants représentent 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 la déshydratation, de la dénutrition et du décubitus.
  - Les psychotropes ne représentent en aucun cas un traitement curatif du syndrome confusionnel. À l'inverse, ils sont pour la plupart confusogènes. S'il est parfois nécessaire de les utiliser, l'indication doit être ponctuelle, les doses initiales étant faibles et la posologie réévaluée quotidiennement.
  - La difficulté habituelle réside dans le diagnostic différentiel entre syndrome démentiel et syndrome confusionnel, tout en sachant qu'il sont souvent concommitants. En cas de doute, il faut retenir que toute aggravation 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.
  - Rassurer le patient et son entourage est un élément fondamental de la prise en charge : le "ré ancrage" 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 pourront adopter une conduite de réassurance efficace vis-à-vis de l'entourage familial.

• En EHPAD, l'attitude pratique dépend des possibilités de diagnostic et de surveillance de l'établissement.

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

• Si des examens complémentaires ou une surveillance particulière, notamment nocturne, sont nécessaires, sans personnel compétent et sans plateau technique facilement mobilisable, si un état d'agitation ou d'agressivité n'est pas rapidement maîtrisable, ou si une angoisse persistante est exprimée par les proches ou le personnel, il vaut mieux organiser le transfert vers le secteur sanitaire.

## POUR EN SAVOIR PLUS

**Manckoundia P. Pfitzenmeyer P.**
Conduite à tenir devant un syndrome confusionnel chez le sujet âgé. Rev Gériatrie 2005 ; 30 : 71-77.

**Inouye S.K**
Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients.
Dement Geriatr Cogn Disord 1999 ; 10 : 393-400.

### FACTEURS PRÉCIPITANTS DE SYNDROME CONFUSIONNEL CLASSÉS PAR ORDRE DE FRÉQUENCE :

- **Infections (broncho-pulmonaires et urinaires notamment).**
- **Troubles métaboliques : hypo ou hypernatrémie, hypercalcémie, hypo ou hyperglycémie.**
- **Troubles cardiovasculaires : insuffisance cardiaque, troubles du rythme paroxystiques, infarctus du myocarde et embolie pulmonaire.**
- **Douleur aiguë, syndromes rétentionnels (rétention aiguë d'urine).**
- **Affections neurologiques : lésions expansives, accident vasculaire cérébral, épilepsie.**
- **Dérèglements endocriniens : dysthyroïdies, hyperparathyroïdie.**
- **Facteurs iatrogènes médicamenteux dont le syndrome de sevrage aux benzodiazépines et apparentés.**
- **Facteurs psychologiques : deuil, changement du cadre de vie (hospitalisation, intervention chirurgicale).**
  **En institution : période d'adaptation à la vie en institution, difficultés de voisinage, rejet par les autres résidents, mésentente avec le personnel…**

# Contention physique
## Une prescription médicale

### DÉFINITION DE LA CONTENTION PHYSIQUE

- La contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.

### PRINCIPES GÉNÉRAUX

- Attacher un sujet âgé ne doit pas être un procédé pour prévenir les chutes, les blessures ou les troubles du comportement. L'efficacité de la contention n'a pas été prouvée dans ces indications. Au contraire, l'immobilisation prolongée imposée par une contention conduit les patients à un déconditionnement physique et psychologique qui augmente la probabilité de chutes et de blessures.
- Le recours à la contention doit être l'exception, compte tenu des risques qu'elle entraîne.
- Le recours à la contention impose une évaluation de l'état de santé de la personne âgée. Cette pratique doit reposer sur les principes fondamentaux de qualité et de sécurité des soins.
- Il est possible de proposer des alternatives selon que le risque est lié à la chute, à l'agitation, à la confusion ou encore à la déambulation. Toutes ces alternatives, avant d'être mises en œuvre, requièrent une évaluation soigneuse des besoins et de l'environnement du patient.
- Des actions de formation et d'information auprès des équipes susceptibles de prendre en charge des personnes âgées ainsi que des programmes de réduction de la contention doivent être déployés pour permettre une amélioration continue des pratiques professionnelles, tout en respectant un des droits fondamentaux de la personne, la liberté d'aller et venir.

### POUR EN SAVOIR PLUS

Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé.
Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée.
ANAES - octobre 2000.

## RÉFÉRENTIEL DE PRATIQUE POUR LA CONTENTION

**Critère 1** La contention est réalisée sur prescription médicale éclairée par l'avis des différents membres de l'équipe soignante.

**Critère 2** La prescription est faite après l'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.

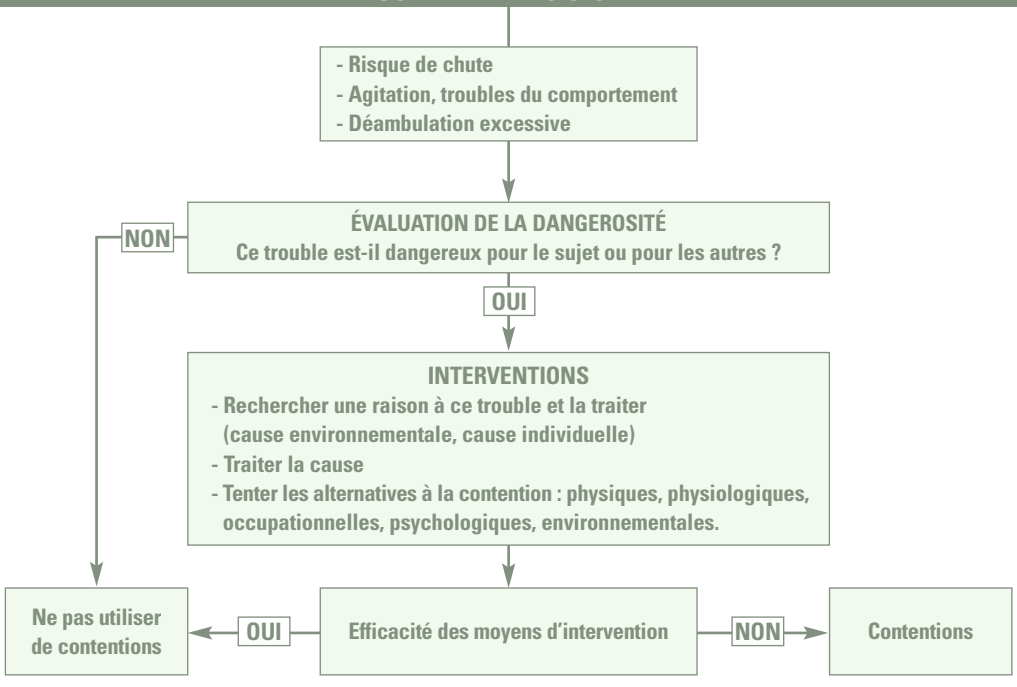
**Critère 7** Selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel.
La contention est levée aussi souvent que possible.

**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 et 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.

## ALGORITHME DÉCISIONNEL



# Continuité des soins

## Modèle de coopération

***Selon le décret du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, celui-ci doit :***

- ***Donner un avis sur le contenu et participer à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels.***
- ***Collaborer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique.***
- ***Identifier les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veiller à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques.***

▶ **Avec le médecin traitant de la personne âgée, le médecin coordonnateur doit veiller à ce que l'arrivée à l'hôpital d'une personne âgée fragile et sa sortie soient préparées et accompagnées.**

• **"L'entrée" :** qui doit permettre l'accès au bon niveau de la filière de soins, le recours au plateau technique nécessaire à son état et la continuité de la prise en charge.

• **"La sortie" :** qui doit s'assurer des capacités de reprendre le patient dans son lieu de vie, des conditions matérielles du transfert, de la transmission des informations pertinentes pour la poursuite des soins, de l'organisation programmée du jour et de l'heure de sortie.

▶ **Le rôle du médecin coordonnateur**

• Développer un partenariat avec les structures hospitalières du secteur en respectant le souhait des personnes âgées.

• Ne pas attendre la dernière limite pour recourir à l'hôpital.

• Éviter chaque fois que possible l'hospitalisation complète.

• Favoriser l'accès au bon niveau de la filière de soin en évitant au maximum le recours aux urgences. Pour cela, le médecin coordon-nateur doit connaître les différents niveaux de la filière de soins gériatriques (court séjour, hôpital de Jour, soins de suite, équipe mobile, etc.).

• S'assurer que le médecin généraliste connaît les limites de prise en charge de l'EHPAD pour un soin de qualité.

• Inciter les médecins généralistes à transmettre les informations nécessaires.

• Participer à la formation des médecins généralistes pour favoriser l'acquisition d'une culture gériatrique commune.

• Définir avec l'équipe de soin des procédures d'hospitalisation pour contribuer à la qualité de l'information transmise (autonomie, mode de vie, présence d'une personne de confiance, niveau cognitif, hospitalisations antérieures ...).

▶ **Le rôle du médecin traitant**

• Assurer la continuité des soins.

• Évaluer avec l'équipe soignante, les bénéfices et les risques d'une hospitalisation pour les personnes âgées fragiles.

• Respecter les procédures d'hospitalisation mises en place et utiliser les documents spécifiques.

• Transmettre au médecin hospitalier les éléments nécessaires à la prise en charge thérapeutique médicale et médico-sociale.

▶ **Pour que médecin coordonnateur et médecin traitant puissent remplir leurs rôles, un partenariat doit être développé avec la filière gériatrique hospitalière.**

**1 Une réflexion de territoire**

• Cette réflexion peut être menée entre les médecins coordonnateurs des EHPAD du secteur d'attraction d'un hôpital, sur le territoire d'un ou de plusieurs CLICs locaux ou d'un réseau de santé gérontologique. Une convention commune entre les EHPAD et la filière gériatrique peut être élaborée.

**2 Le contenu de la convention de partenariat**

• Un accès conseil et aide à l'orientation en s'appuyant sur un gériatre référent hospitalier ou sur l'équipe mobile de gériatrie ou de soins palliatifs pour faciliter la bonne orientation.

• Une procédure d'admission en faisant valider les éléments de liaison nécessaires.

• Une procédure de gestion des sorties (règles d'horaire, de matériel, de transmission) pour éviter les sorties en catastrophe non gérables par l'EHPAD.

• La négociation éventuelle du passage des patients trop lourds en unité de soins de longue durée.

**3 Les bénéfices pour la structure hospitalière**

• Des entrées organisées en évitant les urgences.

• Une bonne utilisation de la filière gériatrique.

• Le développement d'une culture gériatrique en EHPAD.

• Des entrées facilitées dans les EHPAD.

• Une optimisation du parcours du malade en aval de l'hôpital.

▶ La rencontre régulière des partenaires intra et extra hospitaliers (CLINS, CLANS, CLUDS), la connaissance des diffé-rentes structures de prise en charge avec leurs moyens et leurs limites, l'organisation de formations conjointes permettent d'optimiser les fonctionnements et de développer une réelle continuité des soins.

## POUR EN SAVOIR PLUS


- Plan Solidarité Grand Age 2007-2012. **www.sante.gouv.fr**
- Circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. **www.sante.gouv.fr**
- Prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus (enquête avril 2003). Assurance Maladie - DRASS - ARH Nord Pas de Calais.
- Société Francophone de Médecine d'Urgence : Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Texte court de la conférence de consensus. La Revue de Gériatrie 2005 ; 29 : 151-159.
- **Schwelel G., Manciaux M. A., Baumann C.** Recours au service d'accueil des urgences des personnes âgées en provenance d'établissement d'hébergement. La Revue de Gériatrie 2005 ; 29 ; 547-556.
- **Lamorthe C.** Accueil des personnes très âgées : le nouveau visage de l'hôpital. Géroscopie 2004 ; n° 1: 14-21.
- **Lamorthe C.** L'engorgement vient du manque de place en aval pour les personnes âgées. Géroscopie 2004 ; n°1 : 14-17.
- **Amyot J.J.** Pour faire vivre la coordination. Géroscopie 2004 ; n°2 : 25-29.
- **Lardet J.** Mise en place d'un réseau gérontologique ville-hôpital issu du financement FAQSV. Analyse des difficultés. La Revue de Gériatrie 2005 ; 30 : 57-62.
- Circulaire DHOS relative à la filière de soins gériatriques ; 28 mars 2007.

# Déambulation
## Prise en charge

***Respecter autant que possible 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.
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.

### POPULATION À RISQUE

▶ Tous les patients souffrant de démence sont susceptibles de déambuler. Cependant, la déambulation est plus fréquente dans la maladie d'Alzheimer et la démence fronto-temporale.

▶ Ce comportement se rencontre également chez les malades psychiatriques vieillissants.

### FACTEURS FAVORISANTS

- 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, angoisse, 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 nycthémère,
- 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.

* voir tableau ci-contre

## PRISE EN CHARGE

▶ **Objectif : préserver la liberté de la personne et préserver son autonomie.**

• **Prévoir un espace où les personnes peuvent déambuler**

• **Prévention des risques**

Les systèmes utilisés doivent être conformes aux normes de sécurité, les "bricolages" sont à proscrire. Les explications aux proches sont 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.

• **Prise en charge psycho-comportementale**

- Analyse et discussion en équipe et avec les proches, favorisant compréhension et position-nement.
- Pédagogie, formation, repérage de la problématique ; projet de soins (et de vie) individualisé.
- Éviter de s'opposer au patient car les situations de contrainte exacerbent les troubles.
- Proposer une promenade ou une activité faisant diversion.

• **Traitements médicamenteux**

- Utiliser avec prudence car peu efficaces sur ce comportement et iatrogènes (confusion, chutes et traumatismes).

| | BÉNÉFICES | RISQUES |
|---|---|---|
| **Personne âgée déambulante** | ▶ Préserver la liberté de la personne.<br>▶ Préserver ses capacités motrices. | ▶ Traumatismes avec chutes et fractures.<br>▶ Égarement du fait de la désorientation fréquemment associée*.<br>▶ Rejet de la personne.<br>▶ Dénutrition et épuisement du fait de déambulations durant des heures*. |
| **Autres résidents, personnels, familles** | ▶ Préservation autonomie. | ▶ Malveillance et agression lors de sorties hors de l'institution*.<br>▶ Épuisement des soignants.<br>▶ Implication dans des situations médico-légales*.<br>▶ Intolérance par les autres résidents, les familles*. |

*(*) En l'absence d'un accompagnement adapté pour ces personnes, associé à une organisation pertinente des espaces.*

## POUR EN SAVOIR PLUS

**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 :1-39.

**Small G. W., Rubin P. V., Barry P.P. 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.

**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 : 499-505.

**Patterson C.J.S., 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 : SF1-SF18.

# Décision

## Les difficultés

***Une décision devient difficile lorsque différentes valeurs entrent en conflit, et ce, d'autant plus qu'elles sont portées par des intervenants différents (liberté - sécurité ; dignité - égalité ; autonomie - protection des faibles, etc. ).***
***Au final la décision revient, de principe, au médecin qui a en charge directement le patient, mais pour les décisions difficiles, il ne peut et ne doit pas la prendre seul.***
***Le médecin coordonnateur de l'établissement et le directeur, responsable civil et pénal de la bonne marche de son établissement, doivent participer à ce processus de prise de décision.***

### TROIS PRINCIPES DE BASE

▶ **Rendre au malade âgé sa place de personne à part entière avec son identité et son histoire propres.**
Importance de la qualité de l'écoute sans projection, en aidant le sujet à s'exprimer, en cherchant le sens de ses comportements non verbaux.

▶ **Se donner du temps (les urgences engageant le pronostic vital sont rares).**
Ce temps permet de prendre le recul indispensable pour comprendre ce qui se passe, dénouer et apaiser les crises.

▶ **Créer une triangulation.**
Il est nécessaire d'introduire un tiers, de ne pas s'enfermer dans une relation à deux où la personne âgée 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

**Analyser la situation**

1 Retourner auprès de la personne âgée, rechercher ses souhaits, ses choix, ses désirs au travers de ce qu'il dit et de ses modes de communication non verbale.

2 Chercher plus d'informations pour éclairer la décision.
• Sur la personne : histoire de vie, personnalité antérieure...
• Sur la maladie : degré d'évolution, pronostic, pathologies associées.
• Sur le problème : niveau de connaissance et enjeux pour les différents acteurs.

3 Identifier les problèmes éthiques, les valeurs en conflit.
Rechercher le niveau de connaissance des différents acteurs sur le problème.

**Rechercher une solution**

4 Prendre du recul, il faut en parler avec l'équipe soignante.

5 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.

**6** Vérifier la faisabilité, le coût et la conformité juridique des solutions potentielles.

• Adapter la solution au contexte qui peut changer.

### Prendre une décision

**7** Prendre effectivement une décision et en assumer la responsabilité ; c'est le rôle du médecin.

**8** Laisser des traces écrites de la décision prise et du contexte dans le dossier médical et dans le dossier de soins (obligation légale).

**9** 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.

### Réévaluer

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

## REPÉRER LES CIRCONSTANCES

### ▶ 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.

### ▶ La décision comporte des implications humaines et économiques :

• Des choix avec des risques.

• Des incertitudes sur les résultats des actions entreprises.

• Des contraintes et des renoncements.

• Un coût élevé pour des ressources rares.

### ▶ La maladie

• Maladie avec troubles cognitifs et difficultés de communication.

• Diagnostic imprécis et insuffisant et polypathologies associées mal identifiées.

### ▶ L'entourage familial

• L'histoire familiale comporte conflits et ruptures avec divergences entre les membres de la famille sur la décision à prendre.

• Conflit d'intérêt (financier ou autre) avec la personne âgée.

### ▶ L'entourage professionnel

• Contexte de surcharge de travail, de manque de qualification du personnel, d'insuffisance de compétence gériatrique, de sous-encadrement du personnel.

• Souffrance des soignants et projection personnelles face à la vieillesse, à la maladie et à la mort.

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

# Démence

## Repérage et démarche diagnostique

***La prévalence de la démence double tous les 5 ans après 65 ans pour atteindre 30 à 40% des sujets de 85 ans et plus.***

### DÉFINITION

- La démence est définie par une détérioration globale des fonctions cognitives, d'installation progressive, ayant un retentissement sur les activités de la vie quotidienne.
- La pathologie démentielle est responsable de plus de 50% de la dépendance du sujet âgé. C'est une des raisons qui explique la prévalence importante de démence en institution.
- La démence est une maladie évolutive. Selon le degré de l'atteinte cognitive et le retentissement des troubles, on distingue plusieurs stades : léger, modéré, modérément sévère et sévère.

### REPÉRAGE ET DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

- Les circonstances de l'examen et du diagnostic dépendent du stade de la maladie.
  - À un stade léger, c'est habituellement pour des troubles mnésiques d'apparition progressive que le sujet lui-même demande à consulter.
  - En institution, le diagnostic repose en général sur l'interrogatoire de l'entourage.
- Cette étape, primordiale, permet d'établir les modes d'installation et d'évolution des déficits et leur retentissement.
- Le diagnostic, outre l'interrogatoire, nécessite un bilan biologique, une imagerie cérébrale et une évaluation neuro-psychologique adaptée au stade de la démence.

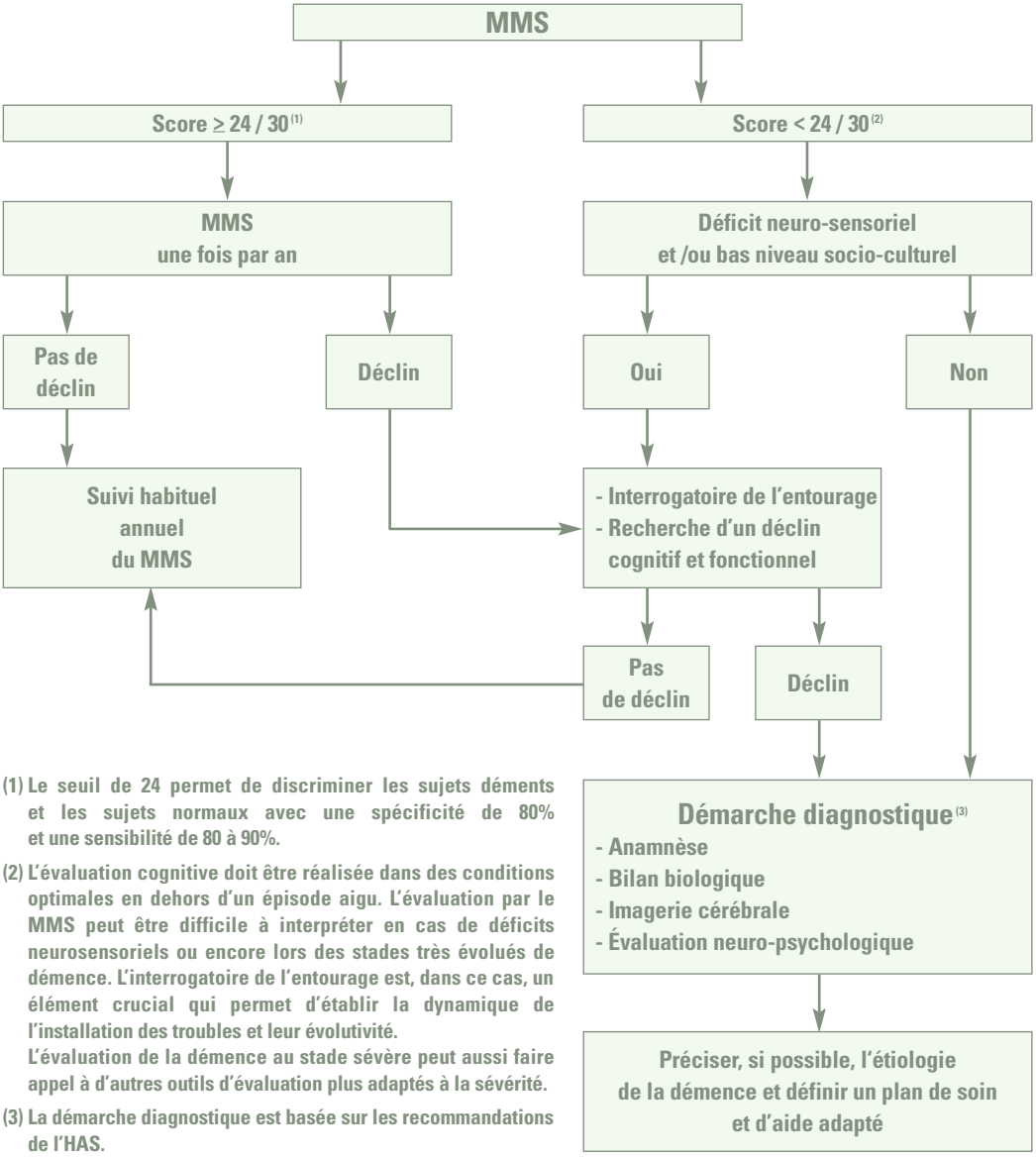
### ETIOLOGIE DE LA MALADIE

- La vitesse d'évolution et les différentes complications associées dépendent del'étiologie de la maladie cognitive. Il est habituel de répartir les syndromes démentiels en 2 groupes étiologiques :
  - les démences dégénératives comprenant essentiellement la maladie d'Alzheimer, les démences fronto-temporales, la maladie à corps de Lewy et la démence parkinsonienne ;
- les démences non dégénératives, pour lesquelles un agent ou un groupe de facteurs pathogènes sont fortement suspectés. C'est l'exemple de la démence vasculaire.
- **La maladie d'Alzheimer est de loin la plus fréquente des démences.**

### PROJET DE SOIN

- Le projet de soin est étroitement dépendant de l'étiologie et du stade de la maladie.
- Il nécessite une évaluation de l'indication des traitements spécifiques de la démence et une prise en charge des symptômes associés.

## RÉALISER UNE ÉVALUATION COGNITIVE PAR LE MINI MENTAL STATE (MMS)




**(1) Le seuil de 24 permet de discriminer les sujets déments et les sujets normaux avec une spécificité de 80% et une sensibilité de 80 à 90%.**

**(2) L'évaluation cognitive doit être réalisée dans des conditions optimales en dehors d'un épisode aigu. L'évaluation par le MMS peut être difficile à interpréter en cas de déficits neurosensoriels ou encore lors des stades très évolués de démence. L'interrogatoire de l'entourage est, dans ce cas, un élément crucial qui permet d'établir la dynamique de l'installation des troubles et leur évolutivité.**
**L'évaluation de la démence au stade sévère peut aussi faire appel à d'autres outils d'évaluation plus adaptés à la sévérité.**

**(3) La démarche diagnostique est basée sur les recommandations de l'HAS.**

## POUR EN SAVOIR PLUS

**Magsi H. et al.**
Underrecognition of cognitive impairment in assisted living facilities.
J Am Geriatr Soc 2005 ; 53 : 295-298.

Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer.
ANAES 2000. http://www. anaes.fr

**Nourhashémi F. et al.**
Projet de soin et de suivi dans la maladie d'Alzheimer.
Rev Prat 2005 ; 55 : 1903-1911.

**Singer C., Luxenberg J.**
Diagnosing dementia in long-term care facilities.
J Am Med Dir Assoc 2003 ; 4 : S134-S140.

# Dépression

## Repérage et prise en charge non médicamenteuse

### DÉFINITION

- Les troubles dépressifs sont un des problèmes de santé mentale les plus fréquents chez les sujets âgés. Ils diminuent la durée de vie tout en augmentant le coût des soins.
- Ils se manifestent par des affects dépressifs (tristesse, dévalorisation, pessimisme) et un ralentissement psychomoteur fréquent, auxquels s'associent, à des degrés divers, anxiété et troubles de l'appétit et du sommeil.
- L'apathie (émoussement affectif, perte d'initiative et perte d'intérêt) est une autre lignée de symptômes qui est très souvent associée à la symptomatologie dépressive chez le sujet âgé, mais qui peut aussi exister d'une manière indépendante (voir fiche Apathie).

### REPÉRAGE

- L'utilisation d'échelles peut aider la démarche diagnostique et l'évaluation de la dépression chez le sujet âgé.
- **L'échelle de la dépression gériatrique (GDS) est l'échelle de référence.** La mini GDS est un outil de dépistage utilisant un questionnaire auquel le patient doit répondre directement (autoévaluation).

**Mini GDS : Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent**

1. Vous sentez-vous découragé et triste ? oui = 1 ☐ non = 0 ☐
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? oui = 1 ☐ non = 0 ☐
3. Êtes-vous heureux la plupart du temps ? oui = 0 ☐ non = 1 ☐
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? oui = 1 ☐ non = 0 ☐

**SCORE ÉGAL OU SUPÉRIEUR À 1 : FORTE PROBABILITÉ DE DÉPRESSION.**

- **Si le sujet présente une détérioration cognitive sévère,** il est souhaitable d'utiliser l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) dont l'objectif est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez les patients souffrant de démence.

La version destinée aux équipes soignantes (NPI-ES) a été développée pour évaluer les patients vivant en institution.
Le NPI-ES évalue 12 symptômes neuropsychiatriques. Parmi ces symptômes, 2 évaluent directement la dépression et l'apathie.

**NPI - DÉPRESSION**

**Le patient semble-t-il triste ou déprimé ? Dit-il qu'il se sent triste ou déprimé ? Le patient pleure-t-il parfois ?**
**Si OUI, posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous :**

1. Le patient pleure-t-il parfois ? oui ☐ non ☐
2. Le patient dit-il ou fait-il des choses indiquant qu'il est déprimé ? oui ☐ non ☐
3. Le patient se rabaisse-t-il ou dit-il qu'il a l'impression d'être un raté ? oui ☐ non ☐
4. Le patient dit-il qu'il est quelqu'un de mauvais ou qu'il mérite d'être puni ? oui ☐ non ☐
5. Le patient semble-t-il très découragé ou dit-il qu'il n'a pas d'avenir ? oui ☐ non ☐
6. Le patient dit-il être un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui ? oui ☐ non ☐
7. Le patient exprime-t-il son désir de mourir ou parle-t-il de se suicider ? oui ☐ non ☐

**Si LES RÉPONSES EN FAVEUR D'UN ÉTAT DÉPRESSIF, DÉTERMINEZ LA FRÉQUENCE ET LA GRAVITÉ DE CET ÉTAT**

**NPI - APATHIE**

**Le patient a-t-il perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ?**
**N'a-t-il plus envie de faire des choses ou manque-t-il de motivation pour participer aux activités ?**
**Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui ou de le faire participer aux activités de groupe ?**
**Si OUI, posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous :**

1. Le patient a-t-il perdu de l'intérêt pour le monde qui l'entoure ? ____ oui ☐ ____ non ☐
2. Le patient est-il moins enclin à engager une conversation ? ____ oui ☐ ____ non ☐
3. Le patient manque-t-il de réactions émotionnelles auxquelles on aurait pu s'attendre (joie lors de la visite d'un ami ou d'un membre de la famille, intérêt pour l'actualité ou le sport, etc.) ? ____ oui ☐ ____ non ☐
4. Le patient a-t-il perdu tout intérêt pour ses amis et les membres de sa famille ? ____ oui ☐ ____ non ☐
5. Le patient est-il moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ? ____ oui ☐ ____ non ☐
6. Le patient reste-t-il sagement assis sans se préoccuper de ce qui se passe autour de lui ? ____ oui ☐ ____ non ☐

**Si LES RÉPONSES EN FAVEUR D'UN ÉTAT DÉPRESSIF, DÉTERMINEZ LA FRÉQUENCE ET LA GRAVITÉ DE CET ÉTAT**

## STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE EN EHPAD

▶ **Les principes généraux de prise en charge des troubles dépressifs chez le sujet âgé sont :**

- de traiter la personne dans sa globalité, c'est-à-dire de prendre aussi en charge les troubles somatiques coexistants, les déficits sensoriels et autres handicaps ;
- de traiter la symptomatologie dépressive en ayant pour objectif d'aller jusqu'à la rémission complète ;
- l'éducation du patient, de sa famille et des accompagnants à propos de la dépression.

▶ **Pour cela il est important de :**

- bien repérer les symptômes avec des échelles spécifiques de dépression et d'apathie ;
- utiliser les transmissions sur les comportements de jour comme de nuit ;
- disposer de l'ensemble du dossier médical ;
- avoir un MMSE et une grille d'évaluation de l'autonomie datés ;
- avoir un contact avec la famille quand cela est possible afin d'apprécier les changements dans le comportement du patient par rapport à son état antérieur ;
- avant, ou parallèlement à un traitement pharmacologique, toujours utiliser une approche relationnelle.

▶ **Pour les symptômes dépressifs :**

- écouter et faciliter la verbalisation des idées dépressives ;
- renforcement des idées et pensées positives.

▶ **Pour l'apathie :**

- proposer des activités adaptées et stimuler les intérêts personnels ;
- valoriser les réalisations.

## POUR EN SAVOIR PLUS


**SUR LA GDS**

- **Yesavage J. A.**
  Geriatric depression scale.
  Psychopharm Bulletin, 1988 ; 24 : 709-710.
- **Clément J. P., Nassif R.F, Léger J. M, Marchan F.**
  Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage
  L'Encéphale 1997 ; XXIII : 91-99.

**SUR LE NPI**

- **Cummings J. L., Mega MS, Gray K., Rosemberg-Thompson S., Gornbein T.**
  The Neuropsychiatric Inventory : Comprehensive assessment of psychopathology in dementia.
  Neurology 1994 ; 44 : 2308-2314.
- **Sisco S., Taurel M., Lafont V., Bertogliati C., Baudu C., Giordana J. Y., Braccini T., Robert P. H.** Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire neuropsychiatrique pour les équipes soignantes.
  L'année Gérontologique 2000 ; 14 : 151-171.

**SUR LES TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES**

- **Robert P. H., Touchon J., Benoit M., Brocker P., Thomas P., Nourashemi F., Pancrazi M. P.**
  Symptômes comportementaux et psychologiques dans la démence.
  La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie ; 98 : 43-460 ; 2003.

**SUR LES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES**

- **Robert P.**
  Traitement des dépressions du sujet âgé.
  Revue du Praticien 2004 ; 54 : 734-738.


**Les instruments d'évaluation sont disponibles sur le site : www.cm2r.info**

# Déshydratation
## Prévention et traitement

### LES POINTS ESSENTIELS

- **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 un trouble de la sensation de 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 :**
  - **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).

### PRÉVENTION

- **Principes généraux**
  - 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 rappelées ci-dessus.
  - Dans les situations à haut risque de déshydratation (par ex. : patient dément présentant un problème médical aigu), il est possible de perfuser préventivement le patient la nuit par voie sous-cutanée (hypodermoclyse).
- **L'hypodermoclyse**
  - Lieu : cuisses - abdomen (latéral). Changer de site chaque jour.
  - Aiguille : aiguille pour IV ou SC, orientée à 45°.
  - Volume : 500 ml à 1000 ml en 8h (maximum 1,5 l / 24 heures) sur un même site.
  - Type de soluté : sérum salé physiologique ou G5% +/- NaCl ; KCl à éviter.
  - En cas de mauvaise diffusion : changer de site.

### DIAGNOSTIC

- **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.

**SIGNES DE GRAVITÉ**

**- Troubles de la conscience**
**- Collapsus ou instabilité hémodynamique**
**- Natrémie $\geq$ 150 mmol/l - Glycémie $\geq$ 30 mmol/l**

les traitements ayant des effets hypotenseurs : diurétiques, antihypertenseurs, vasodilatateurs…

- **Certains examens sanguins doivent être demandés :** ionogramme , urée, créatinine, protides, glycémie.

## TRAITEMENT

- **L'hospitalisation est nécessaire dans trois circonstances :**
  - en présence de signes de gravité ;
  - si la cause déclenchante n'est pas diagnostiquée ou nécessite elle-même l'hospitalisation ;
  - si les moyens humains et matériels disponibles dans l'établissement sont insuffisants pour assurer un traitement et une surveillance optimaux.
- **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 : protidémie, 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 > 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. On peut proposer jusqu'à 3 l/24h en utilisant 2 sites différents.
- **Le choix de la solution de réhydratation est fonction de l'importance relative des déficits en eau et en sel** (voir tableau). 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 (sérum salé physiologique 9%).

**CHOIX DE LA SOLUTION DE DÉSHYDRATATION**

| Normo ou hyponatrémie<br>Eau + sel - Soluté salé isotonique |
|---|
| Bouillon de légume salé (9 g/l) : 1 l/24h **ou**<br>Perfusion : sérum salé physio : 1 l/24h **et**<br>Restriction hydrique orale : 500 cc/24h |
| Contrôle biologique : 24h et plus si besoin |
| **Eau pure - Soluté hypotonique sans sel** |
| Eau pure : 2 à 4 litres / 24h **ou**<br>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 :<br>Insuline SC **ou** IV (seringue auto-pulsée) |
| Contrôle bioogique : 24h et plus si besoin. |

## POUR EN SAVOIR PLUS

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

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

**Maugourd M. F.** Analyse des troubles de l'hydratation : Les Troubles de l'hydratation. Gérontologie Fondamentale Clinique et Sociale. Ed Sauramps Médical - p. 229-239.

**Rainfray M. et al.** Processus de vieillissement rénal favorisant la déshydratation : Effets du vieillissement sur la fonction rénale. Presse Médicale 2000 ; 29 : 1373-1378.

**Weinberg K. Winaker** Évaluation et traitement des déshydratations des sujets âgés : Dehydration. Evaluation and management in older adults. JAMA 1995 ; 274 : 1552-1557.

**Adrogué H., Madias N,** Analyse et traitement des hypernatrémies : Hypernatremia. N Engl J Med 2000 ; 342 : 1493-1499.

# Douleur

## Un symptôme sous-estimé

### CONSTAT ET PRÉJUGÉS

▶ La douleur chez la personne âgée fait encore l'objet de nombreux préjugés, conduisant encore trop souvent à une insuffisance d'évaluation et de traitement.

### ÉVALUATION

▶ L'évaluation systématique de la douleur à l'aide d'outils d'auto et d'hétéro-évaluation est une recommandation officielle de l'ANAES (HAS) et des sociétés savantes.

▶ **L'hétéro-évaluation est indispensable chez le patient non communicant**

Le principe fondamental de ces échelles d'hétéro-évaluation se résume volontiers dans ce précepte : "Tout changement de comportement doit faire évoquer la douleur". Deux échelles françaises font références :

• **L'échelle Doloplus**

Il s'agit d'une échelle d'évaluation quantitative de la douleur. Regroupés en trois sous-groupes selon la fréquence de leur expression (cinq items somatiques, deux items psycho-moteurs, trois items psychosociaux), les items sont cotés selon quatre niveaux d'intensité croissante (de 0 à 3). Le score varie donc de 0 à 30, la douleur étant affirmée pour les scores supérieurs ou égaux à 5 sur 30.

• **L'échelle ECPA**

Bien adaptée à l'évaluation de la douleur récurrente, l'échelle ECPA comprend deux volets :

- l'observation avant les soins,
- l'observation pendant les soins.

Chaque dimension comporte 4 items à 5 niveaux de gravité (0 à 4), la cotation globale variant de 0 à 32.

▶ **L'auto-évaluation est préférable** lorsque la personne âgée est communicante et coopérante. Cependant, au moindre doute, l'hétéro-évaluation évitera la sous-estimation.L'échelle verbale simple (EVS) et l'échelle verbale numérique (EVN) sont les mieux adaptées aux personnes âgées.

## AVANT DE PRESCRIRE UN TRAITEMENT ANTALGIQUE

▶ Il faut avoir évalué la douleur, analysé les mécanismes en cause et tenir compte des modifications pharmacologiques liées à l'âge. Mais les principes de traitement sont les mêmes que pour l'adulte jeune et la frilosité encore trop souvent constatée n'est pas justifiée !

**1 Tenir compte :**

- du poids,
- de la fonction rénale,
- des autre médicaments prescrits,
- des voies d'administration possibles,
- de la tolérance,
- de l'observance.

**Mais le souci prioritaire du soignant doit être le soulagement de la douleur et non pas l'évitement des effets secondaires.**

**2 Identifier les mécanismes en cause :**

- Si les douleurs nociceptives sont aujourd'hui bien repérées, le passage aux antalgiques de palier III est encore trop souvent retardé.
- Les douleurs neuropathiques et neurogènes sont en revanche souvent méconnues et leur traitement inadéquat ou "vieillot".
- Les douleurs mixtes sont très fréquentes chez les personnes âgées. Artérite et escarres en sont deux exemples typiques et le traitement devra en tenir compte

**3 Choisir des médicaments à demi-vie courte**

- Le clorazépate, le diazépam et les patchs de fentanyl ne sont donc pas les médicaments les plus judicieux...
- En pratique, il faut commencer par de faibles posologies, en augmentant progressivement mais rapidement les doses, sans a priori négatif sur les posologies élevées.

# Douleur

## Un symptôme sous-estimé

### TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

▶ **Antalgiques de palier I**

• On préfèrera le paracétamol (3 à 4 g/jour) à l'aspirine, en raison du risque gastrique.

• En cas de prescription d'AINS, un inhibiteur de la pompe à protons sera systématiquement associé.

• Il faut également surveiller la fonction rénale, surtout s'il y a association à un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou aux diurétiques.

▶ **Antalgiques de palier II**

• Pour les associations paracétamol-codéine, il faut respecter les prises régulières toutes les 4 heures et prévenir systématiquement la constipation.

• Le dextropropoxyphène a une durée d'action de 6 heures et se donne en 4 prises régulièrement espacées.

• Il expose à un risque accru d'hypoglycémie et d'accumulation d'un métabolite toxique en cas d'insuffisance rénale, entraînant nausées et somnolence.

• Le tramadol est mieux toléré sous sa forme à libération prolongée. Il faut débuter avec des posologies de 50 mg pour 12h, et adapter ensuite les doses. Cette forme permet d'améliorer l'observance. La molécule a un intérêt dans les douleurs mixtes (action sur la nociception et la neuropathie).

▶ **Antalgiques de palier III**

• Il faut s'en servir pour les douleurs nociceptives non pas graves mais intenses : la morphine n'est pas le médicament de la fin de vie !

• La titration se fait avec les formes à libération immédiate, en débutant à de faibles posologies (2,5 mg/4h).

• Lorsqu'on a besoin d'interdose, la posologie par prise doit être d'un dixième à un sixième de la posologie totale des 24 heures. Il n'existe pas de posologie maximale à ne pas dépasser, seule l'intensité de la douleur détermine la dose adéquate.

• La constipation (attention aux fausses diarrhées) et la rétention d'urine sont à dépister et prévenir systématiquement.

• La voie orale est à privilégier. On aura recours à la voie sous-cutanée si la voie orale est impossible (équi-analgésie : 1/2). La PCA est peu adaptée à la personne âgée, même lorsque ses fonctions cognitives sont normales.

▶ **Les antidépresseurs**

• Utilisés dans le traitement des douleurs neuropathiques et en particulier dans les dysesthésies, les antidépresseurs tricycliques sont les plus efficaces, mais leurs effets secondaires sont plus fréquents et plus gênants en gériatrie.

• Les antidépresseurs sérotoninergiques sont proposés en seconde intention, en privilégiant les prescriptions vespérales et en débutant à des posologies réduites de moitié par rapport à l'adulte jeune. Il faudra attendre 10 à 15 jours avant de juger l'efficacité.

▶ **Les anti-épileptiques**

• Ils sont utilisés dans les douleurs neuropathiques.

• Les plus récents sont aussi les mieux tolérés.

• On préfèrera la gabapentine au clonazépam et surtout à la carbamazépine.

▶ **Les corticoïdes**

• Ils sont souvent une bonne alternative aux AINS. Outre leur effet co-analgésique, on saura aussi profiter de leurs effets anti-inflammatoire, orexigène, psychostimulant et bronchodilatateur.

• Mais on doit également se rappeler de leurs effets diabétogène, mycogène et confusiogène.

▶ **Les traitements locaux**

• La neurostimulation transcutanée (TENS) nécessite la coopération du malade.

• On peut utiliser, dans les douleurs neuropathiques localisées, des crèmes ou pommades à base de capsaïcine ou lidocaïne-prilocaïne avec de bons résultats.

## TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX

- On doit chercher à éviter au maximum les accidents iatrogènes médicamenteux et il faut miser sur la complémentarité et la synergie des thérapies médicamenteuses, cognitives et comportementales.
- Pour les personnes âgées communicantes et coopérantes, on utilise les mêmes thérapies cognitives et comportementales que chez l'adulte jeune : psychothérapie de soutien, sophrologie, hypnose, "coping strategies" (pensées positives, imagerie mentale, relaxation…).
- Les personnes âgées atteintes de démence peuvent bénéficier d'approches comportementales, qui valoriseront par ailleurs le travail des soignants et réconforteront les familles : massages et toucher relationnels, musicothérapie, arthérapie, ateliers sensoriels…

## PRÉVENTION DES DOULEURS INDUITES

- **Avant de prescrire des médicaments,** il faut repenser la philosophie et l'organisation des soins.
- **Mesures de prévention des douleurs induites :**
  - avant le geste ou le soin, rassurer le patient pour limiter l'appréhension (écoute, collaboration, organisation du soin),
  - pendant le geste ou le soin, assurer le confort du soigné et du soignant (installation, matériel adéquat, travail en binôme, détournement de l'attention, verbalisation, en terminant par quelque chose d'agréable),
  - après le geste ou le soin, donner le résultat du soin, en le critiquant.
- **Les médicaments sont souvent nécessaires et viennent en complément :**
  - antalgique de palier II ou III selon les situations, une heure avant le geste ou le soin, en se rappelant que la posologie de cette interdose doit être de 1/10ème à 1/6ème de la posologie journalière lorsqu'on utilise la morphine orale,
  - mélange équimolaire d'oxygène et protoxyde d'azote (MEOPA),
  - midazolam en cas de soins anxiogènes,
  - pidocaïne-prilocaïne en application locale.

## POUR EN SAVOIR PLUS


**Villard J.F.**
Auto-évaluation : Possibilités et limites. *in* - La douleur des femmes et des hommes âgés. Sebag-Lanoë R., Wary B., Mischelich D., Villard JF. Masson, 2002 ; 202-215.

**Wary B.**
Ce vieillard a-t-il mal ?
Collection Amaryllis, Les Annales de soins palliatifs, Douleur et antalgie, n°2, 1993.

**Wary B., Serbouti S.**
Validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée.
Doloplus Revue Douleurs 2001 ; 2 : 1.

**Jean A. et le groupe ECPA.**
L'hétéro-évaluation de la douleur du sujet âgé en institution gériatrique : l'échelle ECPA. *in* - La douleur des femmes et des hommes âgés. Sebag-Lanoë R., Wary B., Mischelich D., Villard JF. Masson 2002 ; 226-233.

**Malaquin-Pavan E., Neves C.**
Possibilités thérapeutiques : prévention des douleurs induites. *in* - La douleur des femmes et des hommes âgés. Sebag-Lanoë R., Wary B., Mischelich D., Villard JF. Masson 2002 ; 287-294.

**Doubrère J.F., Boureau F.**
Thérapies non médicamenteuses chez le sujet âgé. *in* - La douleur des femmes et des hommes âgés. Sebag-Lanoë R., Wary B., Mischelich D., Villard JF. Masson 2002 ; 277-286.

Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale ; 2000. www.has-sante.fr

# Escarres

## 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.

• Une phase d'évaluation des risques est souhaitable afin de mettre les moyens adéquats en face de chaque cas et pouvoir concentrer ses ressources sur les cas les plus critiques.

▶ **Quand ?**

• À l'admission et lors de toute modification de l'état de santé de la personne et notamment en cas de fièvre, infection, affection pulmonaire, hypotension, incontinence, troubles circulatoires artériels ou veineux.

▶ **Chez qui ?**

• Chez toute personne, mais de façon plus rapprochée chez celles qui ont des facteurs de risque.

• 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 met plus l'accent sur des facteurs différents. L'important est d'utiliser toujours la même méthode afin de pouvoir définir une stratégie cohérente.

• Il faut cependant conserver le jugement de chacun et évaluer en équipe. Un protocole de prise en charge est élaboré avec toute l'équipe soignante et périodiquement évalué.

## PRÉVENIR EN CAS DE RISQUE

Ces éléments de prévention 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 des moyens de prévention, ainsi que de la motivation de l'ensemble des personnels :

▶ **Soulager de la pression**

• Utiliser des supports adaptés (voir tableau).

• Éviter les positions dangereuses.

- Mauvaises positions assises [une concentration du poids sur les ischions, notamment lorsque les cuisses ne touchent pas le siège (cale-pieds trop haut ou assise latéralement asymétrique)].
- Position assise glissant vers l'avant avec des forces de cisaillement importantes.
- Mauvaises positions couchées (une pression trochantérienne élevée, due à une position couchée latérale).
- Position couchée glissant vers l'avant avec des forces de cisaillement importantes (position couchée avec la tête de lit relevée).

▶ **Mobiliser régulièrement** (changements de position réguliers).

▶ **Surveiller régulièrement l'état cutané.**

▶ **Maintenir l'hygiène de la peau** (toilette quotidienne, changement de literie, etc.).

▶ **Assurer un bon équilibre nutritionnel.**

▶ **Traiter les pathologies susceptibles de favoriser l'apparition d'une escarre.**

▶ **Donner une information et/ou une éducation au patient sur les soins de prévention.**

## MATÉRIELS ANTI-ESCARRES

| SUPPORTS | AVANTAGES | INCONVÉNIENTS |
|---|---|---|
| **Coussins et matelas en mousse** | ▶ Peu onéreux, faciles à transporter.<br>▶ Efficaces en prévention, ils peuvent être utilisés à but thérapeutique, associés aux autres mesures, notamment les changements réguliers de position. | ▶ Peu efficaces si facteurs de risque importants, peu résistants à l'usure, facilement déformables, doivent être changés régulièrement. |
| **Coussins et matelas en gel** | ▶ De densité variable, déformables et efficaces en prévention exclusivement.<br>▶ En pratique, les coussins en gel sont utilisés, mais les matelas très peu. | ▶ Peu efficaces si facteurs de risque importants, déformables avec le temps, doivent être surveillés et changés régulièrement. |
| **Coussins, surmatelas et matelas à air** | ▶ Faciles à transporter.<br>▶ Supports à air statique pour la prévention et/ou le traitement, la pression étant réglée selon le poids du patient.<br>▶ Supports à air dynamique, à but thérapeutique, réglés et régulés le plus souvent de façon automatique (par monitoring inclus). | ▶ Peuvent être onéreux.<br>▶ Attention au réglage de la pression de gonflage, qui doit être adaptée au poids du patient. |
| **Coussins, surmatelas et matelas à eau** | ▶ Bonne répartition des pressions, peu onéreux, à utiliser en prévention exclusivement.<br>▶ En pratique, les matelas à eau ne sont quasiment plus utilisés, sauf dans les structures qui en ont gardé. | ▶ Lourds, composés de matériaux plastiques (peu pliables, peu confortables), bruyants, sensation de mal de mer possible.<br>▶ Posent surtout un problème de maintenance avec parfois des problèmes de macération.<br>▶ Peuvent provoquer chez le patient des sensations de chaud/froid. |
| **Lits à air**<br>**Lits fluidisés** | ▶ Permettent de diminuer la pression à des niveaux sans égal.<br>▶ Idéaux dans les polypathologies, en prévention extrême ou en traitement d'escarres rebelles (services de soins intensifs, services de brûlés). | ▶ Onéreux<br>▶ Sensation de flottation, très désagréable. |

# Évaluation gériatrique standardisée
# Une approche globale

**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 sphinctérienne, nutrition.**

## LOCOMOTION

▶ **Le choix des moyens d'évaluation dépend des performances constatées :**
faire les transferts, se déplacer, déplacer des objets, se relever du sol, avoir ou non des risques de chute...

▶ **Chez un malade alité :**
l'objectif est ici de connaître et si possible de prévenir les complications du décubitus (escarre, thrombophlébite) et les évolutions vers les positions fœtales.

• **Items à évaluer**
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 ?

• **Modalités d'évaluation**
Description mensuelle de l'état.

▶ **Chez une personne verticalisée :**

• **Items à évaluer**
Existe-t-il des risques de chute ? En quelles circonstances ? Quelles 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 ?...

• **Modalités d'évaluation**
Noter les performances habituelles, noter les incidents significatifs tels que les chutes, get up and go test.

## COGNITION

▶ **Items à évaluer**
être orienté, conserver, communiquer, se souvenir des choses anciennes et être capable de mémoriser les nouvelles informations.

▶ **Modalités d'évaluation**

• **outils selon les habitudes 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.**

## HUMEUR

▶ **Items à évaluer**
être heureux ou triste, avoir confiance ou être anxieux, être calme ou agressif, etc.

▶ **Modalités d'évaluation**

• Privilégier les questions simples et directes : "Etes-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.
• Impliquer l'observation par l'équipe soignante.
• Pour les personnes démentes, utiliser le NPI (neuro-psychological investigation).
• MMS ou test de Folstein, tenir compte du niveau socio-éducatif de la personne âgée.

## ORGANES DES SENS

▶ **Items à évaluer**
voir pour se déplacer, pour regarder la télévision, reconnaître les visages, lire (sous réserve de capacités intellectuelles), entendre.

▶ **Modalités d'évaluation**
• 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.

## CONTINENCE SPHINCTÉRIENNE

▶ **Items à évaluer**
La personne est-elle ou non continente ?
Est-elle 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.

▶ **Modalités d'évaluation**
• 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.

## NUTRITION

▶ **Items à évaluer**
La personne est-elle suffisamment alimentée, d'un point de vue quantitatif ou qualitatif ?
A-t-elle plaisir à s'alimenter ?

▶ **Modalités d'évaluation**
• pesée mensuelle, état bucco-dentaire, MNA
• observation des prises alimentaires par cotation simple effectuée par le personnel de service : total du plat ++++, trois quarts +++, à moitié ++, peu +, rien 0.

**Total :** 10 à 12 + : pas de soucis
8 à 9 : vigilance, incitation
0 à 7 : intervention active.

• surveillance biologique : albuminémie, préalbuminémie et contexte inflammatoire.

# Fausses routes
## Troubles de la déglutition

### DIAGNOSTIC DE PRISE EN CHARGE

**Les causes sont multiples et la prévalence élevée**

• La déglutition est un phénomène complexe que peuvent altérer :

- de nombreuses affections neurologiques (pathologie vasculaire cérébrale, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique ...), stomatologiques (xérostomie, édentation, prothèse dentaire inadaptée, candidose oro-pharyngée...), musculaires (myopathies, polymyosites...), oesophagiennes (diverticule de Zenker, hypertonie du sphincter supérieur de l'œsophage...), générales (dénutrition, déshy-draration),
- des médicaments (benzodazépines, neuroleptiques...),
- la présence d'un matériel étranger (sonde nasogastrique en paticulier).

• Cela explique que les troubles de la déglutition soient fréquents chez la personne âgée fragile. En EHPAD, on estime leur prévalence à 50%.

**Les complications potentielles sont graves**

• Elles peuvent mettre en cause le pronostic vital : fausses routes, infections respiratoires, réduction des apports alimentaires et hydriques.

• Les troubles de la déglutition conduisent aussi le sujet à craindre les repas, à s'isoler du fait du risque de fausse route mais aussi de la "gêne" qu'il provoque par sa lenteur, sa toux, son bavage, ses raclements de gorge...

**Les troubles de déglutition doivent être recherchés dans toutes les circonstances évocatrices**

• Les troubles de déglutition peuvent se révéler bruyamment à l'occasion d'une fausse route ou d'une régurgitation nasopharyngée évidentes.

• Ils s'expriment souvent de façon plus insidieuse. Il faut y penser devant une voix "mouillée", des raclements de gorge ou une toux au cours des repas, une rétention anormale des aliments en bouche, un bavage, des épisodes infectieux respiratoires récidivants, des repas qui se prolongent anormalement, un amaigrissement, une dénutrition, d'autant que le sujet est atteint d'une des pathologies connues pour donner de tels troubles.

• Le test du verre d'eau, dont plusieurs modalités ont été proposées, permet de dépister les troubles de la déglutition. Interdit si les troubles sont majeurs et évidents, il consiste à faire boire de petites quantités d'eau, soit librement au verre, soit en augmentant progressivement les volumes (cuillère à café, cuillère à soupe, verre).

**Les troubles de déglutition doivent être explorés**

• Les objectifs sont d'en comprendre le ou les mécanismes, d'en identifier la ou les causes, d'en apprécier la sévérité et d'établir un plan de soins qui dépend aussi des données de l'évaluation gériatrique multidimensionnelle.

• Le bilan comprend un examen clinique orofacial et ORL et, selon les cas, des examens complémentaires : vidéoradiographie, endoscopie, manométrie oro-pharyngée...

**La prise en charge a trois objectifs principaux**

• Prévenir les complications aiguës.
• Maintenir un bon état nutritionnel.
• Préserver le plaisir de manger.

**Elle repose sur des mesures générales et des mesures spécifiques qui sont fonction de l'étiologie et du sujet lui-même**

• Mesures générales : hygiène bucco-dentaire, précautions à prendre lors des repas.
• Mesures spécifiques : rééducation, alimentation entérale artificielle, traitement chirurgical.

### POUR EN SAVOIR PLUS


**Finiels H., Strubel D., Jacquot J.M.**
Troubles de la déglutition chez la personne âgée : aspects épidémiologiques.
Presse Med 2001 ; 30 : 1623-1634.

**Ponderoux P., Jacquot J.M., Royer E., Finiels H.**
Procédés d'exploration des troubles de la déglutition.
Presse Med 2001 ; 30 : 1635-1644.

**Jacquot J.M., Ponderoux P., Strubel D.**
Prise en charge des troubles de la déglutition en gériatrie.
Presse Med 2001 ; 30 : 1645-1656.

## COMMENT FAIRE BOIRE OU MANGER EN CAS DE TROUBLES DE DÉGLUTITION SUSPECTÉS OU AVÉRÉS ?

### CE QU'IL FAUT FAIRE

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 la prise de boissons.**
   - **S'assurer de l'absence d'un corps étranger dans la bouche.**
   - **Appeler au secours.**
   - **Réaliser une manœuvre de désobstruction pour retirer le corps étranger en cas de syndrome asphyxique : manœuvre de Heimlich (manœuvre à laquelle le personnel doit être formé).**

### CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- **Tête en arrière.**
- **Eau tiède.**
- **Aliments en morceaux ou filandreux.**
- **Pipette.**

## 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 la tête est en hyper extension, les voies aériennes supérieures ne sont pas protégées.
- Si la tête est 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, les eaux gazeuses ou aromatisées (citron, sirop …).

**Les ustensiles**

- Proscrire la pipette ou le 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

**Troubles de déglutition aux liquides**

- Eau gélifiée (pharmacie, maison).

**Troubles de déglutition aux liquides et solides**

- Assistance nutritionnelle (sonde nasogastrique, gastrostomie, jéjunostomie).

# Gale

## Conduite à tenir

### DIAGNOSTIC

- La gale est une maladie très contagieuse, due à un acarien, parasite strictement humain, le *Sarcopte scabiei*. La période d'incubation est en moyenne de 3 semaines en cas de primo-infection, elle est beaucoup plus brève, de l'ordre de 1 à 3 jours, en cas de réinfestation.
- Ce parasite creuse des sillons et rampe sous la peau, persiste deux à trois jours dans les vêtements. Dans 95% des cas, la transmission interhumaine est directe, à la suite d'un contact prolongé (promiscuité, soins de nursing). Dans 5% des cas, elle se fait par l'intermédiaire des vêtements ou autre linge de la literie ou du mobilier.
- Le diagnostic est souvent ignoré chez la personne âgée du fait de la fréquence du prurit dans cette tranche d'âge ou, au contraire, de l'absence de prurit dans le cadre de troubles de la sensibilité cutanée. Au moindre doute, un diagnostic de certitude doit être établi (consultation de dermatologue et prélèvement pour examen parasitologique). Certaines formes extrêmement contagieuses (gale croûteuse) s'observent préférentiellement chez la personne âgée et justifient une hospitalisation dans un service de dermatologie (isolement difficile à réaliser en EHPAD).
- Pour éviter les infections parasitaires nosocomiales, il convient de faire le diagnostic le plus précocement possible de façon à :
  - isoler les patients infestés,
  - traiter les patients le plus rapidement possible,
  - signaler la chambre du patient par la mise en place d'une plaquette "visites limitées",
  - prendre des mesures pour le personnel et les sujets contacts,
  - traiter l'environnement de manière spécifique.
- Prévenir le directeur de l'EHPAD dès que le diagnostic de gale est posé chez un patient.

### LES MESURES D'ISOLEMENT DU PATIENT ATTEINT DE GALE

- **But**
  Éviter une épidémie nosocomiale.
- **Isolement du patient**
  - installer le patient dans une chambre à un lit si le cas est isolé, sinon regrouper les cas,
  - le patient ne peut participer à aucune activité collective.
  - **Un transport hors de la chambre est réalisé**
    - exclusivement sur prescription médicale,
    - toutes les parties du corps du patient étant recouvertes (sauf la tête) à l'aide de draps.
  - Lors de tout transfert, le service receveur doit être prévenu de l'état du patient (penser à la désinfection des sièges et brancards du véhicule : voir plus loin "gestion de l'environ-nement").
  - L'isolement est maintenu 48 h après la dernière application du traitement, sa levée est une prescription médicale.
- **Précautions à prendre pour le personnel**
  - tout membre de l'équipe soignante doit porter des gants et une surblouse non stérile à usage unique pour les soins dès l'entrée dans la chambre,
  - faire un lavage simple des mains et avant-bras après tout soin,
  - l'isolement doit être bref et ne pas dépasser 48 h après la dernière application du traitement en cas de gale simple,
  - utiliser du matériel médical à patient unique (brassard à tension, stéthoscope...).

## LE TRAITEMENT DES PATIENTS ATTEINTS DE GALE

▶ Le traitement classique par sulfiram/benzoate de benzyle est mal toléré chez la personne âgée du fait de la sécheresse cutanée. D'autres scabécides topiques peuvent être utilisés (esdépalléthrine aérosol, lindane). On leur préférera cependant le traitement *per os* par ivermectine 200µg/kg soit 3 à 4 comprimés en une prise à distance des repas. La guérison n'est considérée comme définitive qu'après un délai de quatre semaines et un nouveau traitement ne doit pas être administré avant cette date. Le traitement est pris en charge à 65% pour les collectivités.

▶ **Modalités du traitement par Ascabiol®**

• **J1 : premier badigeonnage**

- douche ou bain de 20 minutes, durant lequel un savonnage prolongé de 10 minutes avec un savon doux (type Dove©) est nécessaire (ne pas utiliser de savon de Marseille). Insister sur les zones lésionnelles (espaces interdigitaux, mains, poignets, aisselles, ombilic, etc.),
- séchage soigneux avec un linge prenant ensuite le circuit du linge à désinfecter,
- badigeonnage avec Ascabiol®, de tout le corps sauf visage et cuir chevelu de haut en bas, insister au niveau des plis, des mains, des espaces interdigitaux,
- refaire un nouveau badigeonnage dix minutes après,
- habiller le patient avec du linge propre,
- refaire le lit avec du linge propre (draps, taies…),
- pas de toilette jusqu'au lendemain matin,
- si les mains sont lavées, réappliquer du produit sur les mains,
- tout le linge sera envoyé à la blanchisserie.

▶ **J2 : 24 heures après le premier badigeonnage**

- faire prendre un bain/douche et toilette au savon doux,
- badigeonner selon la même méthode que J1 une seule fois tout le corps,
- habiller le patient avec du linge propre et refaire le lit avec du linge propre,
- évacuer le linge sale.

▶ **J3 : 48 heures après le premier badigeonnage**

- nouveau bain et toilette au savon doux,
- remettre du linge propre,
- refaire le lit avec du linge propre,
- évacuer le linge sale.

▲ **ATTENTION**

- **En cas d'éruption et/ou de démangeaisons des patients, pas d'actes systématiques (massages…) sans prescription médicale.**
- **Si récidive brutale ou échec du traitement par Ascabiol®, prendre contact avec un médecin spécialiste.**

# Gale

## Conduite à tenir

### LES MESURES D'HYGIENE CONCERNANT LE PERSONNEL ET LES SUJETS CONTACTS

▶ **Durant les soins au patient**

- Port d'une surblouse.
- Port de gants à usage unique.
- Le matériel à usage unique est éliminé après chaque soin dans un sac-poubelle "déchets d'activité de soins" mis dans la chambre.
- Lavage simple soigneux des mains.

▶ **Traitement des sujets en contact**

- Bien informer le personnel soignant, attention à la parasitophobie ! Il faut informer les sujets contacts des risques encourus et du traitement possible. La contamination nécessite un contact prolongé avec le patient ou des vêtements ou linges infestés.
- Si du personnel soignant a été infesté, un traitement des sujets contacts est fortement conseillé.
- Le traitement systématique doit être discuté.
- Si un traitement est mis en place, il doit s'effectuer en un seul temps et simultanément pour tous les sujets contacts.

### LA GESTION DE L'ENVIRONNEMENT

▶ **Le linge lavable** (vêtements, draps, taies) doit être lavé à 60°C et repassé si possible. Ce linge est envoyé à la blanchisserie dans un double emballage après poudrage par un scabécide ou donné à la famille après poudrage s'il s'agit de linge personnel.

▶ **Le linge ou autres matériels non lavables à 60°C** (chaussures, pantoufles...) doivent être poudrés avec un produit acaricide (Aphtiria®, A-Par®...), confinés dans un sac plastique pendant 48 heures et lavés ensuite à la température autorisée pour ces matériels.

▶ **La literie**

- Traitement quotidien pendant la durée du traitement quand le patient n'est pas alité :
  - poudrer le traversin, l'oreiller, le matelas avec un produit acaricide,
  - laisser la poudre en contact pendant la journée,
  - en fin d'après-midi, nettoyer la literie et après un essuyage humide, refaire le lit avec du linge propre.
- À la sortie du patient, les traversins, oreillers, matelas sont poudrés avec un produit acaricide (insister sur les coutures).

▶ **Le mobilier**

- Les fauteuils en tissu, les moquettes sont également poudrés et laissés en contact avec le produit pendant 48 heures.
- Ne pas oublier de traiter les penderies, armoires et vestiaires de la même façon.

▶ **Le matériel de soins**

Le brassard à tension, les sangles de lève-malade, les peignes, les brosses à cheveux doivent également être mis dans un sac et poudrés, puis nettoyés-désinfectés ou lavés selon les possibilités.

▶ **Les véhicules**

Poudrage des sièges, brancards et moquettes.

▶ **La vaisselle**

Pas d'entretien spécifique.

▶ **Les locaux**

Aucune désinfection des locaux n'est nécessaire, mais ménage complet.

## POUR EN SAVOIR **PLUS**

Institut national de recherche et de sécurité (INRS).
Guide EFICATT "Exposition fortuite à un agent infectieux et conduite à tenir en milieu de travail". Fiche Gale (2006).
http://www.inrs.fr/eficatt/

Conseil supérieur d'hygiène publique de France.
Rapport du groupe de travail. Séance du 17 janvier 2003. Conduite à tenir devant un cas de gale.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/gale/rapport.htm
Avis du 27 juin 2003 relatif à la conduite à tenir en cas de gale.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/a mt 270603 gale.pdf

CCLIN Sud-Ouest.
Recommandations concernant la gestion de la gale dans les établissements de soins et médico-sociaux, 2004.
http://www.cclin-sudouest.com/recopdf/gale.pdf

# Hygiène bucco-dentaire

## Partie intégrante de l'hygiène corporelle

### CONSTAT

- La majorité des résidents ont une hygiène buccale insuffisante et ont besoin de soins dentaires ; l'état parodontal est mauvais, en rapport avec la présence d'une plaque bactérienne et de tartre.
- La perte d'autonomie partielle ou totale des patients pour les actes de la vie quotidienne est un facteur très important : environ 2/3 d'entre eux ont besoin des soignants pour effectuer leur hygiène de bouche.
- La toilette buccale est aussi un acte essentiel dans la réduction du risque d'infections, en particulier pulmonaires.
- Une bonne hygiène contribue à un meilleur état général, au confort et à une bonne alimentation. Une cavité buccale saine préserve l'image corporelle et le sentiment de dignité de la personne âgée.

### PRINCIPE

- Il faut mettre en place une toilette buccale quotidienne pour tous les patients. Elle relève du rôle propre de l'infirmier(e) en collaboration avec les aides-soignants et doit être distinguée des soins de bouche thérapeutiques qui nécessitent une prescription médicale.

### OBJECTIFS

- Éliminer les débris alimentaires, la plaque dentaire pour limiter les irritations buccales.
- Maintenir l'équilibre buccal.
- Faciliter l'alimentation et la communication.
- Améliorer la qualité de vie.

## RECOMMANDATIONS

### Organisation

• Identifier un référent hygiène buccale dans chaque unité de soins.

• Déterminer la fréquence de réalisation de l'hygiène bucco-dentaire (en fonction de la charge de travail) : au moins une toilette buccale par jour (dans ce cas, de préférence le soir).

• Inciter le patient à réaliser la toilette lui-même mais superviser.

• Demander l'aide des familles.

• Assurer la traçabilité de la toilette grâce à une fiche de suivi dans le cahier infirmier.

• Évaluer régulièrement les résultats par le suivi des procédures et l'état de la bouche.

### Technique

• Évaluer l'état de la bouche.

• Élaborer des procédures pour les différentes situations :

- bouche normale, dentée ou non,
- bouche pathologique : mycosique, douloureuse, sèche,
- hygiène des prothèses amovibles.

• Choix de matériels bien adaptés :

**Matériel de base :**

- serviette, gants, gobelet,
- haricot (si patient alité),
- protection source lumineuse.

**Matériel dentaire :**

- sets de soins de bouche,
- brosses à dents souples, à petite tête,
- brosses électriques, éventuellement,
- brosses à prothèses,
- hydropulseurs,
- boîtes à prothèse,
- appareil à ultrasons.

**Demander un bilan odontologique en fonction des besoins.**

## TOILETTE ET ENTRETIEN

**SET DE BOUCHE :**

- **Bâtonnets natures / glycérinés**
- **Gants et compresses**

**DÉROULEMENT DE LA TOILETTE BUCCALE :**

- **Enlever les prothèses et les nettoyer.**
- **Examiner la cavité buccale (dents et muqueuses) avec un abaisse-langue.**
- **Brosser chaque arcade dentaire séparément, dent par dent, de la gencive vers la dent et les gencives si possible.**
- **Chez l'édenté, nettoyer à l'aide de bâtonnets ou au doigt avec une compresse.**
- **Nettoyer les muqueuses (palais, joues, langue et gencives) avec une compresse humide en s'aidant d'un abaisse-langue.**
- **Remettre les prothèses propres.**

**ENTRETIEN DES PROTHÈSES :**

- **Brosser les prothèses tous les jours, avec une brosse adaptée.**
- **Immerger les prothèses le soir dans un produit désinfectant, les rincer.**
- **Pour la nuit : laisser sur une compresse humide ou remettre en bouche.**
- **Nettoyage aux ultrasons recommandé une fois par semaine.**

**Réaliser un bilan odontologique à l'entrée.**

# Incontinence fécale

## Stratégie diagnostique et thérapeutique

### 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%.
- Les causes peuvent être classées en deux groupes, selon qu'existe ou non une atteinte périnéale (cf tableau). En l'absence d'atteinte périnéale, l'origine est fonctionnelle. Il faut chercher un trouble du transit (diarrhée ou constipation) qui fera l'objet d'une prise en charge spécifique (cf. algorithme).
- Le toucher rectal est la première étape indispensable de la démarche étiologique qui permet de distinguer les incontinences à rectum plein et les incontinences à rectum vide (cf algorithme). Dans le premier cas, la constipation distale entraîne une incontinence anale par extériorisation du "trop plein" de matières. Dans le second cas, l'incontinence se révèle habituellement en cas de diarrhée et traduit l'insuffisance du réservoir anal avec ou sans défaillance du sphincter anal.
- L'approche clinique repose sur l'interrogatoire, l'examen physique de l'abdomen et du périnée qui sera statique et dynamique. Le toucher rectal a pour but de chercher un fécalome, mais aussi d'évaluer le tonus sphinctérien de base et, lors d'une poussée, de mettre en évidence un rectocèle, un prolapsus utérin ou un cystocèle. Les examens complémentaires sont l'affaire du spécialiste et sont discutés principalement quand une sanction chirurgicale est envisagée.
- Le traitement de l'incontinence fécale est indissociable de celui de l'incontinence urinaire souvent associée. Il est fonction de la cause et des données de l'évaluation globale du sujet. Il repose :
  - sur des traitements médicamenteux qui visent à corriger les troubles digestifs fonctionnels : diarrhée ou constipation (exemple : lavements évacuateurs),
  - sur des traitements non médicamenteux : rééducation périnéale, chirurgie (rarement chez le sujet âgé), mesures palliatives (protections).
- Le traitement préventif de la récidive de fécalome est essentiel pour diminuer l'incidence de l'incontinence fécale et sa sévérité.

**INCONTINENCE FÉCALE SANS ATTEINTE PÉRINÉALE**

- Diarrhée aiguë ou chronique : infectieuse, abus de laxatifs, entérite et colite radique, côlon irritable.
- Constipation et obstruction rectale : fécalome, néoplasie rectale.
- Neurologique : démence, séquelles d'accident vasculaire cérébral, polyneuropathie (diabète…), pathologies cérébrales et médullaires.

**INCONTINENCE FÉCALE AVEC ATTEINTE PÉRINÉALE**

- Traumatique : séquelles de chirurgie anorectale, traumatismes obstétricaux.
- Neurogène idiopathique (dénervation périnéale) : postobstétricale, troubles chroniques de la défécation, prolapsus rectal, syndrome du périnée descendant.

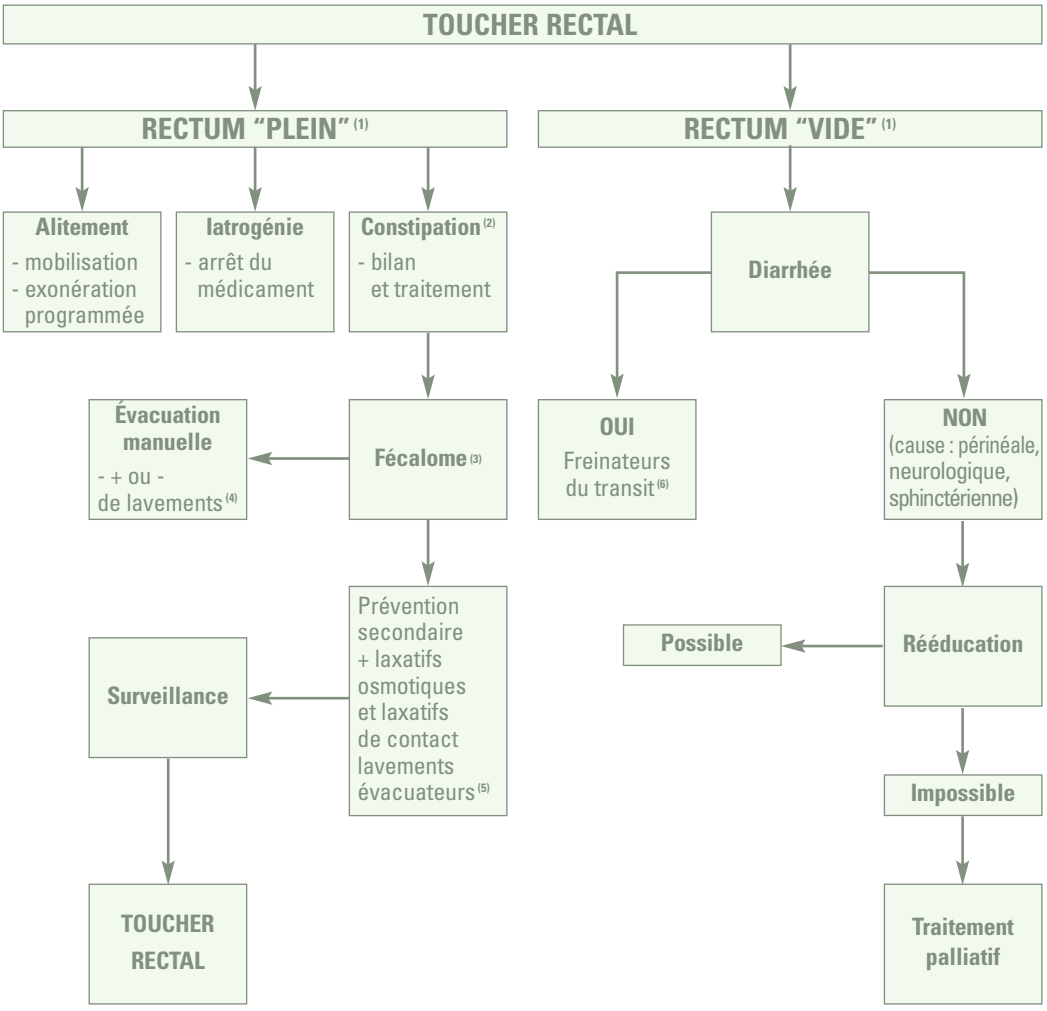
### POUR EN SAVOIR PLUS


**Denis P., Bercoff E., Bizien M.F., Brocker P., Chassagne Ph., Lamouliatte H., Leroi A.M., Perrigot M., Weber J.**
Etude de la prévalence de l'incontinence anale chez l'adulte.
Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : 344-350.

**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 Aging 2000 ; 29 : 159-164.

**Chassagne Ph., Landrin I., Bercoff E.**
Incontinence fécale. *In* Thérapeutique de la personne âgée, Doucet J. Ed. Maloine, 1998.

**Chassagne Ph., Druesne L.**
Incontinence fécale. *In* Gérontologie pour le Praticien, Belmin J., Chassagne Ph., Gonthier R., Jeandel C., Pfitzenmeyer P. Ed. Masson, 2003.




**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.

# Incontinence urinaire

## Stratégie diagnostique et thérapeutique

***L'incontinence urinaire se définit par une perte involontaire d'urine dans un lieu et/ou à un moment inappropriés. Le retentissement social est souvent très important. Sa prévalence est très élevée en EHPAD, dépassant 50%.***

### PRINCIPES FONDAMENTAUX

- Chaque cas étant particulier, il ne peut être décrit de démarche universelle.
- La prise en charge doit toujours faire suite à une démarche d'évaluation globale et un diagnostic précis.
- Les incontinences urinaires transitoires sont liées à un facteur déclenchant ou précipitant :
  - iatrogène : diurétiques, anticholinergiques, psychotropes, myorelaxants, alpha-bloquants, antagonistes des canaux calciques,
  - infections urinaires basses,
  - fécalome.
- Les incontinences urinaires chroniques reconnaissent quatre grands mécanismes, qui peuvent être intriqués :
  - instabilité vésicale,
  - incompétence sphinctérienne (incontinence d'effort),
  - rétention chronique d'urine,
  - incontinence fonctionnelle.
- Incontinence de "situation" : la personne n'a pas le temps d'aller au toilette ou de se déshabiller du fait de troubles locomoteurs, visuels ou praxiques, d'un environnement inadapté ou non connu, d'une immobilisation imposée (et d'une réponse insuffisamment rapide des soignants). Le personnel soignant a un rôle essentiel à jouer dans la reconnaissance et la prise en charge de ce type d'incontinence (Cf. algorithme p. 69).
- Troubles cognitifs ou psychiatriques (démence, confusion, régression psychomotrice).
- Troubles métaboliques (polyurie du diabète ou d'une hypercalcémie).
- Ablation d'une sonde à demeure.
- Traitements médicamenteux (Cf. ci-dessus).
- Un examen clinique est indispensable et reste le pivot de la prise en charge (toucher rectal, 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.

### 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 récidives.
  - Elle oriente vers la recherche d'un résidu post-mictionnel (échographie post-mictionnelle ou bladderscan).
- **Échographie 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**
  - Il s'impose si les mesures simples décrites plus loin (Cf. algorithme p. 69). ne sont pas efficaces et si l'état des fonctions supérieures du sujet le permet (MMS > 10). Il permet d'élaborer une rééducation efficace. Sinon, il faut se contenter d'une prise en charge symptomatique.

## MESURES THÉRAPEUTIQUES GÉNÉRALES

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

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

• **Facteurs d'irritation vésicale**
- ablation récente de sonde à demeure,
- infection urinaire, lithiase vésicale,
- fécalome ou rectum plein.

• **Perte d'efficience corticale**
- délire, confusion, dépression.

• **Médicaments surtout de prescription récente** (Cf. ci-dessus)

• **Désordres métaboliques**
- troubles hydro électrolytiques,
- troubles de la glycémie,
- hypoxie.

▶ **Mictions programmées : repérage des horaires de miction dans le catalogue mictionnel :**

• Conduite aux toilettes à intervalles de temps inférieurs à ceux du rythme mictionnel spontané.

• Élargissement progressif des intervalles inter mictionnels.

• Traitement concomitant de la constipation.

▶ **Autres mesures chez le sujet dément :**

• Observation fine du comportement pré-mictionnel (agitation, déambulation...).

• Repérage des toilettes.

• Rééducation comportementale de l'habillage 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.***

# Incontinence urinaire

## Stratégie diagnostique et thérapeutique

### TRAITEMENTS ÉTIOLOGIQUES ET SPÉCIFIQUES

▶ **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 et rééducation pelvi-périnéale si besoin).
- Hypertrophie prostatique très dysuriante chez l'homme (adénomectomie +/- rééducation pelvi-périnéale).
- Insuffisance sphinctérienne majeure (bandelette TVT - Tension-free Vaginal Tape).

▶ **D'autres étiologies relèvent d'un traitement médical et de rééducation :**

- **Rétention urinaire chronique**

Les sondages itératifs sont préférables aux sondages à demeure, qui accroissent le risque infectieux.

- **Instabilité vésicale majeure**

Rééducation périnéale et vésicale et utilisation de traitements médicamenteux spécifiques.

▶ **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.

▶ **Incontinence mixte**

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).

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

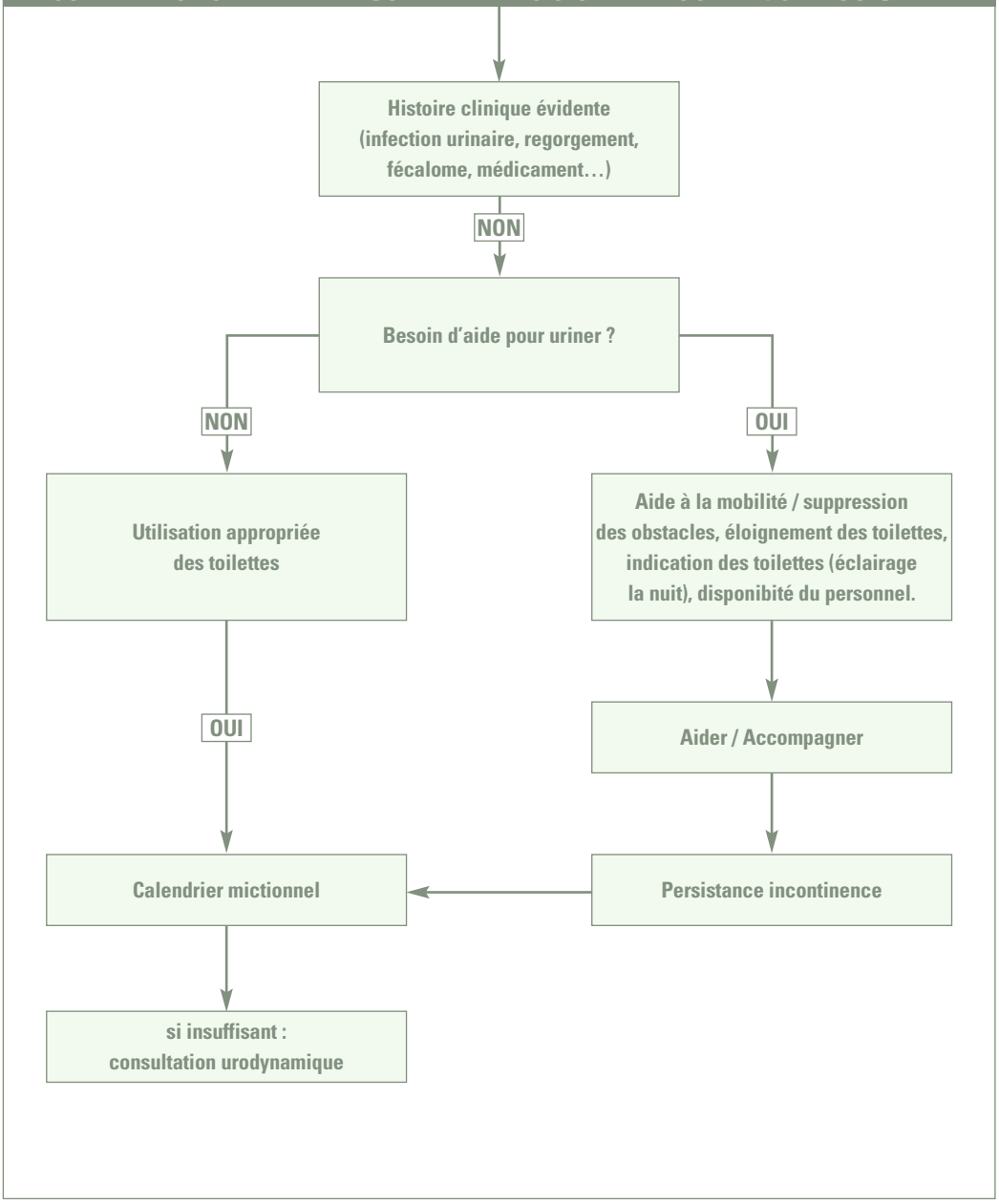
### POUR EN SAVOIR PLUS


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

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

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

## INCONTINENCE URINAIRE : ALGORITHME DÉCISIONNEL POUR L'ÉQUIPE SOIGNANTE



# Insuffisance cardiaque
## Diagnostic et prise en charge

***Le traitement de l'insuffisance cardiaque (IC) d'un résident âgé relève directement du médecin traitant et non du médecin coordonnateur. Il en est ainsi de toutes les autres pathologies aiguës ou chroniques dont peuvent être atteints les résidents. Le médecin coordonnateur n'est pas, sauf situation d'urgence, le médecin prescripteur. C'est pourquoi une fiche n'est pas consacrée à chacune des pathologies dont peut être atteint une personne âgée ni même aux plus fréquentes ou aux plus invalidantes. Une fiche a cependant été consacrée à l'insuffisance cardiaque à titre d'exemple pour rappeler que les pathologies ont toutes des particularités chez la personne âgée : particularités physiopathologiques, sémiologiques, thérapeutiques, pronostiques… S'il connaît ces particularités "gériatriques", le médecin coordonnateur pourra aider le médecin traitant à reconnaître et prendre en charge le malade âgé. Par ailleurs, le médecin coordonnateur est responsable de l'organisation des soins qui conditionne la qualité de la prise en charge.***

### PARTICULARITÉS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE DU SUJET ÂGÉ

▶ **La sémiologie peut être atypique ou trompeuse**

• Chez la personne âgée, le diagnostic d'IC est plus difficile à faire que chez les sujets plus jeunes car les signes "classiques" d'IC sont moins spécifiques (dyspnée, œdème des membres inférieurs, râles crépitants, etc.).

• D'autres signes peuvent témoigner d'une décompensation cardiaque (asthénie, altération de l'état général, confusion, troubles du sommeil, etc.).

▶ **Insuffisance cardiaque systolique diastolique**

• Étant donné la grande fréquence chez le sujet âgé des insuffisances cardiaques à fonction systolique conservée (près d'un cas sur deux après 70 ans), une échocardiographie doppler est indispensable. Elle permet de calculer la FEVG (fraction d'éjection du ventricule gauche), la taille du VG, l'épaisseur pariétale, la fonction valvulaire, les pressions de remplissage (PAPS).

• Une FEVG < 45% témoigne d'une IC à fonction systolique altérée.

• Une FEVG > 45% témoigne d'une IC à fonction systolique préservée (très fréquente chez le sujet âgé).

▶ **En cas de doute diagnostique, le test aux diurétiques peut être utile.**

Souvent il n'est pas facile chez la personne âgée de faire la part entre le cœur et le poumon.

• L'utilisation du BNP (Brain Natriuretic Peptide) n'a pas été évaluée dans les populations très âgées (les taux augmentant avec l'âge).

• Le test au furosémide (intraveineux ou par voie orale) à dose suffisante peut être utile sous réserve d'une surveillance adéquate (de la tension artérielle et du ionogramme). On en évalue l'efficacité clinique dans les 24 heures. L'amélioration clinique sous traitement par diurétique est un bon argument rétrospectif en faveur d'une IC.

## PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE DU SUJET ÂGÉ

### Objectifs

- Réduction des symptômes.
- Amélioration de la qualité de vie.
- Prévention des décompensations et des hospitalisations.
- Réduction de la mortalité.

### Le traitement médicamenteux de l'IC à fonction systolique altérée (FEVG < 45%)

Le traitement standard comprend des diurétiques, des IEC et des bêta-bloquants.

- Diurétiques en cas de rétention hydrosodée : à dose suffisante lors de la décompensation aiguë, puis à posologie minimale pour traiter la rétention hydro-sodée.
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) :
  - à distance de la déplétion hydro-sodée (lorsque la posologie des diurétiques a été réduite).
  - À faibles doses initiales puis titration progres-sive par paliers jusqu'à la dose maximale tolérée.
  - Il faut surveiller la pression artérielle, le ionogramme sanguin et la créatininémie (une augmentation de 20-30% de la créatininémie est tolérée, l'insuffisance rénale n'est pas une contre-indication).
- Bêta-bloquants :
  - chez les patients en IC stable (à distance de l'épisode aigu de décompensation cardiaque)$^{+++}$.
  - À faibles doses initiales puis titration progressive par paliers jusqu'à la dose maximale tolérée.
  - Il faut surveiller : la tension artérielle, la fréquence cardiaque, l'apparition de signes d'insuffisance cardiaque.
  - Seuls le bisoprol, le carvedilol, le metoprolol et le nebivolol sont recommandés.
- Digoxine (à utiliser avec précaution, car élimination rénale) :
  - chez les patients restant symptomatiques, surtout si AC/FA et fréquence ventriculaire rapide.
  - Utiliser de faibles doses (hemigoxine).
- Antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II (ARA II) : alternative aux IEC, en cas d'intolérance aux IEC.
- Antagonistes des récepteurs à l'aldostérone :
  - le recours à cette classe thérapeutique nécessite un avis spécialisé +++.
  - Uniquement chez les patients restant symptomatiques et pouvant faire l'objet d'un suivi attentif de la fonction rénale et de la kaliémie (tous les 15 jours), en plus des IEC, bêta-bloquants et diurétiques, à utiliser à demi dose (spironolactone à 12.5 mg/jour).
- Anti-thrombotiques :
  - anticoagulants en cas d'AC/FA,
  - anti-agrégants chez les coronariens.

▶ **En cas d'IC à fonction systolique préservée (FEVG > 45%)**
- Le traitement est spéculatif du fait du manque de données dans cette population exclue des grands essais thérapeutiques.
- Traitement de la cause, en particulier de l'HTA : les 5 principales catégories d'anti-hypertenseurs peuvent être utilisées en première intention : IEC, ARA II, bêtabloquants, diurétiques, antagonistes calciques.
- Traitement de la rétention hydrosodée par des diurétiques à dose suffisante lors de la décompensation aiguë pour contrôler la congestion pulmonaire et les œdèmes périphériques, puis diminution rapide des doses.

▶ **En cas de rythme ventriculaire rapide, notamment en cas d'AC/FA :**
- bêta-bloquants, inhibiteurs calciques bradycardisants (verapamil),
- digitaliques (uniquement en cas d'AC/FA, à utiliser avec précaution).

▶ **En cas de coronaropathie :** bêta-bloquants, anti-agrégants.

▶ **En cas d'hypertrophie ventriculaire gauche :** IEC, ARA II, diurétiques.

▶ **En cas d'AC/FA :** anticoagulants.

## SUIVI

▶ **La surveillance clinique est essentielle**
- Elle incombe largement à l'équipe soignante de l'EHPAD.
- La mesure régulière du poids est indispensable : 2 fois par semaine. Le médecin doit être prévenu en cas de variation de plus d'un kilogramme.
- Il faut aussi rechercher une aggravation de la dyspnée, des oedèmes ou des signes d'intolérance des traitements : déshydratation, nausées, malaises, chutes...
- L'équipe soignante participe aussi à l'éducation du patient et de son entourage, notamment en ce qui concerne le régime, qui, en dehors d'un épisode de décompensation avec rétention hydro-sodée ne doit pas être un régime sans sel strict. Trop fade, un tel régime chez un sujet âgé a toutes les chances de ne pas être suivi ou d'entraîner une anorexie à l'origine d'une dénutrition.

▶ **Vaccinations anti-grippale et anti-pneumococcique**

Elles doivent être proposées à tout sujet âgé insuffisant cardiaque.

## POUR EN SAVOIR PLUS

**Hanon 0., Aupetit J.F., Benetos A. et al.**
Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé.
La Revue de Gériatrie 2004.

**Swedberg K., Cleland J., Dargie H. et al.**
Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure : executive summary :
The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology.
Eur Heart J 2005 ; 26 : 1115 - 1140.

# Liberté d'aller et venir (LAVMR)

## Liberté et sécurité

***La liberté d'aller et venir en maison de retraite (LAVMR) est souvent réduite, voire supprimée pour des motifs apparemment légitimes pour les soignants :***

*"La personne âgée risque de tomber, de se perdre ; c'est pour qu'elle ne gêne pas les autres résidents, pour qu'elle ne déambule pas, pour qu'elle ne se fasse pas de mal, qu'... on l'attache au fauteuil, car on n'a pas assez de personnel présent l'après-midi ou le week-end...".*

***Par ailleurs, les motifs de surprotection de la part des familles ne manquent pas***

*"Si on l'a mise là, c'est pour qu'elle soit bien soignée et en sécurité, car chez elle, elle n'arrêtait pas de tomber...".*

***Les directeurs, médecins et autres personnels peuvent concourir à cette surprotection voire à cette maltraitance, du fait de la crainte d'une mise en cause personnelle en cas d'accident d'un résident ou d'une sortie inopinée.***

### PRINCIPES FONDAMENTAUX

- La LAVMR est un droit inaliénable. Il n'existe aucune base légale pour limiter la liberté d'aller et venir des résidents en maison de retraite, sauf dans les situations de troubles mentaux portant gravement atteinte à la sécurité des personnes et à l'ordre public (Loi du 27 juin 1990) ou du fait d'un état de contagiosité grave (Loi du 9 août 2004).
  La LAVMR est donc la règle et la privation, une exception qui ne peut se justifier que par une nécessité médicale expresse, argumentée et inscrite dans le dossier du résident.

- Le principe de prévention (identification objective des risques prévisibles pour chaque résident en vue de les limiter) doit prévaloir sur le principe de précaution (évitement subjectif de tout risque non précisément identifié, englobant de manière indifférenciée tous les résidents).

- Pour le jury de la conférence de consensus de l'ANAES 2000, la LAVMR se situe bien au-delà d'une difficulté à surmonter devant le double souci de promouvoir l'autonomie d'un côté, et délimiter les risques de l'autre :
  **La LAVMR est en elle-même un objectif de prise en charge et d'accompagnement. Le jury recommande ainsi la promotion par les établissements d'une politique d'implication des résidents et de leurs proches, de même qu'une politique de préservation de la vie personnelle (respect d'un espace d'intimité en frappant avant d'entrer dans la chambre, personnalisation des chambres par le mobilier et la décoration, mise à disposition d'une clé, etc.).**

- Il convient également de prendre garde aux abus de langage d'un point de vue légal : seules les personnes mineures font des "fugues". Les personnes âgées ne peuvent que se placer dans une situation de "sortie à l'insu de l'établissement". Rappelons enfin que la maison de retraite est un lieu de vie dans lequel sont pratiqués des soins, et aucunement un lieu d'enfermement. Elle n'est pas une prison, la perte d'autonomie ou la désorientation n'étant pas un délit. Elle n'est pas non plus un monastère, les personnes âgées n'ayant pas fait plus vœu de solitude que d'enfermement... Concernant la LAVMR, la seule obligation des résidents issue du règlement intérieur et du contrat de séjour est de signaler leur départ et l'heure prévisible de leur retour.

## LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES ISSUES DE LA CONFÉRENCE DE CONSENSUS FHF-ANAES DE MAI 2006 :

### INTÉGRER LA LAVMR DANS LE FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

| | |
|---|---|
| **Responsabilités** | ▶ Conseil d'administration,<br>▶ directeur,<br>▶ médecin coordonnateur. |
| **Les documents qui doivent témoigner de cet engagement institutionnel** | ▶ Le projet d'établissement.<br>▶ Le livret d'accueil.<br>▶ Le règlement intérieur.<br>▶ Le contrat de séjour.<br>▶ Communication et affichage internes des documents institutionnels. |
| **Avec quels partenaires rédiger, négocier, valider et faire évoluer ces documents ?** | ▶ Les associations représentant les personnes âgées :<br>- Coderpa, France Alzheimer, Aînés ruraux, etc.<br>▶ Les résidents.<br>▶ Le conseil de la vie sociale et toute forme de participation des usagers.<br>▶ Les associations de résidents.<br>▶ Les bénévoles.<br>▶ Le Conseil Général pour élaboration concertée et validation.<br>▶ La DDASS pour élaboration concertée et validation. |
| **Faire vivre la LAVMR** | ▶ Par la nomination d'un référent professionnel de la LAVMR en interne.<br>▶ Grâce à un personnel qualifié et formé régulièrement à ce thème constituant une équipe pluridisciplinaire, équilibrant soignants, socio-éducatifs et psychologues, ou des interventions de psychologues.<br>▶ Par l'organisation d'une modalité externe de supervision.<br>▶ Nécessité pour tous les résidents d'avoir une assurance personnelle responsabilité civile et individuelle accident. |
| **En cas de litige** | ▶ Signaler que le CLIC ou tout autre instance externe (réseau de gérontologie) peut jouer un rôle de commission d'interprétation ou d'arbitrage.<br>▶ Au besoin, possibilité de demander conseil ou de faire un signalement préventif auprès de l'autorité judiciaire. |
| **Évaluer les conditions de mise en œuvre de la LAVMR** | ▶ Par des enquêtes de satisfaction auprès des résidents, leurs proches, et les personnels.<br>▶ Par une réévaluation périodique des dispositions collectives adoptées.<br>▶ En privilégiant certains points : la recherche du consentement (dès l'entrée), la collégialité et la pluridisciplinarité, les alternatives à une restriction à la LAVMR, la personnalisation effective d'une restriction éventuelle…<br>▶ En associant des référents institutionnels (membres du CA) et des tiers (…).<br>▶ En faisant des séances d'information collective… |

# Liberté d'aller et venir (LAVMR)

## Liberté et sécurité

| INTÉGRER LA LAVMR DANS LE PROJET PERSONNALISÉ DE CHAQUE RÉSIDENT | |
|---|---|
| **Principes généraux** | ▶ Évaluation et négociation préalable à l'admission à partir du principe de la liberté d'aller et venir, avec la personne, ses proches, voire son tuteur.<br>▶ Définir une évaluation centrée sur les capacités préservées plus que sur les incapacités.<br>▶ Établir une démarche sur la notion de "prise de risques mesurés et acceptés ensemble".<br>▶ Définir les actions de soutien individuelles et collectives de LAVMR, associant les professionnels, les proches et les bénévoles.<br>▶ Recherche du consentement du résident sur les conditions de la LAVMR.<br>▶ Recueil de celui-ci sous la forme la plus adaptée (écrite, orale, verbalisée ou non), et inscription dans le contrat de séjour et le dossier du résident.<br>▶ Réévaluation périodique des conditions de la LAVMR avec :<br>- le résident,<br>- le médecin traitant,<br>- le médecin coordonnateur,<br>- les soignants,<br>- le secteur psychiatrique.<br>▶ Recherche systématique du sens à donner aux déplacements qui paraissent dénués de logique ou d'intentions précises, et recherche d'une désorientation. |
| **Modalités avant l'admission définitive** | ▶ Négocier avant l'admission les conditions de participation des proches, du tuteur, des bénévoles, en vue de favoriser l'exercice par le résident de la LAVMR.<br>▶ Possibilité de convenir avec les résidents et leurs proches que des essais relatifs à la LAVMR pourront être menés au début du séjour, complémentairement à l'évaluation précédant l'admission, pour finaliser et personnaliser la déclinaison pratique des modalités de la LAVMR (évaluation qui sera ensuite consignée dans le dossier). |
| **Modalités pratiques au cours du séjour du résident** | ▶ Réévaluer à des échéances déterminées les actions de soutien à la LAVMR de chaque résident, inscrites dans leur dossier.<br>▶ Gérer les autorisations de sortie en lien avec cette définition personnalisée.<br>▶ Identifier de manière personnalisée et prévisible les risques et les bénéfices de la LAVMR et de ses éventuelles restrictions.<br>▶ Pour ce faire, investiguer les handicaps éventuels et leurs compensations possibles (les lister…), notamment les déficiences sensorielles sous-diagnostiquées et de grande importance pratique pour la LAVMR.<br>▶ Consigner tout cela dans les dossiers de chaque résident.<br>▶ Informer les soignants des choix faits.<br>▶ Établir un registre spécifique pour les autorités pour les situations particulièrement délicates. |

## STRUCTURER ATTENTIVEMENT QUELQUES SUJETS SENSIBLES

| | |
|---|---|
| **La question spécifique de la contention : indications et conditions** | ▶ La contention se définit par l'usage de dispositifs matériels venant restreindre ou bloquer la LAVMR (des barrières de lits et des attaches au fauteuil à la fermeture des portes des chambres et des espaces collectifs).<br>▶ La contention systématique est interdite. Elle doit être prescrite et réduite aux urgences médicales.<br>▶ Que faire face aux raisons invoquées (risque de chute, agitation, troubles du comportement…) ?<br>- rechercher une raison à ce trouble (liée à l'environnement ou à la personne),<br>- se demander s'il est dangereux pour la personne et/ou pour les autres,<br>- si la réponse est non : pas de contention,<br>- si la réponse est oui, voire si la cause est traitable, chercher des solutions alternatives…,<br>- en cas d'échec des solutions alternatives, la contention prescrite doit respecter le protocole établi par l'ANAES-HAS. |
| **Les aménagements architecturaux et matériels, éléments de facilitation de la LAVMR** | ▶ Promouvoir un haut niveau d'accessibilité, en intégrant, outre la mobilité physique, les difficultés et aménagements liés aux déficiences sensorielles.<br>▶ Éviter les dispositifs à caractère systématique et non personnalisables.<br>▶ Privilégier l'aide et l'accompagnement humains par rapport aux dispositifs techniques. |
| **La question des médicaments et du bon usage des psychotropes chez les personnes âgées** | ▶ Travail du médecin coordonnateur, de ses confrères libéraux sur la question de leur utilisation et des autres réponses possibles.<br>▶ Utiliser les Recommandations de Bonne Pratique rédigées par l'ANAES/HAS (confer bibliographie). |

## POUR EN SAVOIR PLUS

**FHF-ANAES, David Causse et al.**
Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité
Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique,
Mai 2006, ISBN 2-85952-908-X.

**ANAES, 1995**
Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé,
http://www.anaes.fr/anaes/Presmec.nsf

# Médicaments

## Quelques repères de prescription

***Mieux prescrire chez les sujets vivant en EHPAD est un enjeu majeur pour trois raisons : le risque iatrogénique est très élevé dans cette population très âgée, polypathologique, polymédicamentée et souvent dépendante ; certaines classes médicamenteuses dont l'efficacité est pourtant démontrée en termes de qualité de vie et/ou de morbi-mortalité sont insuffisamment prescrites ; enfin, l'EHPAD est une structure de soins complexe, faisant intervenir des acteurs (médecin traitant, médecin coordonnateur et infirmière). Une prescription de qualité peut diminuer le risque iatrogénique, améliorer l'observance et diminuer les coûts.***

### TROIS DÉRIVES À ÉVITER

- **Les abus de traitement ou "overuse"** Ex. : les vasodilatateurs cérébraux, les inhibiteurs de la pompe à protons dans les dyspepsies, la digoxine dans les insuffisances cardiaques en rythme sinusal et sans dysfonction systolique.

- **Les médicaments dont les risques dépassent les bénéfices ou "misuse"** même si dans certaines situations, ces médicaments peuvent s'avérer bénéfiques : Ex. : les benzodiazépines à demi vie longue dans l'insomnie, les neuroleptiques dans les troubles du comportement du sujet atteint de démence, les médicaments à effet anticholinergique, les AINS en première intention dans l'arthrose.

- **L'insuffisance de traitement ou "underuse"** Ex. : les antidépresseurs, les anti-hypertenseurs, la morphine, l'apport vitamino-calcique dans l'ostéoporose fracturaire.

## MIEUX PRESCRIRE

▶ **Pour mieux prescrire, il faut promouvoir la révision des traitements, dès l'admission du résident, puis sur une base annuelle et lors de tout événement intercurrent.**
(tableau 1 page suivante).

• Lors de l'admission, la révision du traitement passe en premier lieu par **une réévaluation diagnostique.** Celle ci n'est pas toujours aisée lorsque le résident change de médecin traitant, est transféré directement de l'hôpital ou n'est pas à même de reconstituer son histoire médicale. Certains diagnostics peuvent être imprécis (ex. : notion d'insuffisance cardiaque, d'anémie ferriprive, de troubles cognitifs, etc.). Des explorations complémentaires peuvent s'avérer souhaitables, au mieux réalisées en hôpital de jour.

• Des priorités thérapeutiques peuvent ensuite être définies, si possible avec le sujet.
Une liste complète des traitements est ensuite établie.

• **Des modalités de suivi tant de l'efficacité que de la tolérance doivent être précisées pour chaque médicament** (tableau 2).
Des changements thérapeutiques sont souvent rendus obligatoires par l'évolution de l'état de santé des résidents. La période qui suit une hospitalisation est souvent critique. Une bonne coordination entre les différents médecins et l'infirmier responsable de la dispensation permet une vigilance accrue et diminue le risque iatrogénique.

• Des révisions de l'ensemble du traitement doivent être proposées systématiquement sur une base annuelle, mais aussi lors de tout événement intercurrent ou diagnostic d'une nouvelle pathologie qui peuvent modifier les objectifs et les modalités de l'ensemble du traitement (tableau 3).

• **Penser à la iatrogénie : un réflexe.** La survenue d'un nouveau symptôme, (ex. : anorexie, malaise, chute, syndrome confusionnel) doit faire suspecter, en premier lieu, un accident iatrogénique médicamenteux (tableau 4), notamment en cas de changement thérapeutique récent ou en cas d'événement intercurrent tel qu'une déshydratation, susceptible de déstabiliser l'ensemble du traitement.

▶ **Alternatives non médicamenteuses**

• Le cadre de l'EHPAD doit conduire à la recherche **d'alternatives non médicamenteuses** en favorisant de bonnes règles hygiéno-diététiques pour lutter contre l'insomnie, la constipation et la dénutrition. La survenue de troubles du comportement chez des sujets atteints de démence peut être limitée par la mise en place d'un cadre environnemental adapté et la formation du personnel. Il ne faut pas oublier l'instauration de mesures préventives, comme la vaccination anti-pneumococcique.

## POUR EN SAVOIR PLUS

**www.has-sante.fr**
Programme EPP.
Prescription chez le sujet âgé
(outils téléchargeables
et synthèse bibliographique)

**Avorn J., Gurwitz J. H.**
Drug use in the nursing home.
Ann Intern Med 1995 1 ; 123 : 195-204.

**Oborne C. A. et al.**
Explicit, evidence-based criteria to assess the quality of prescribing to elderly nursing home residents.
Age Ageing.
2003 ; Jan ; 32 : 102-108.

**Hansen R. A. et al.**
Types of medication errors in North Carolina nursing homes : a target for quality improvement.
Am J Geriatr Pharmacother.
2006 ; 4 : 52-61.

# Quelques repères de prescription

## TABLEAU 1 : LES 2 MODES DE RÉVISION DU TRAITEMENT

### CONSULTATION SPÉCIFIQUE

**Analyse des pathologies en cours**

▶ **PATIENT**
**Pathologies ? Environnement ? Risques ?**
- histoire médicale et médicamenteuse,
- autonomie, environnement, espérance de vie,
- qualité de vie, préférences du malade,
- risque iatrogénique, risque de défaut d'observance.

▶ **BÉNÉFICES / RISQUES**
**pathologie par pathologie ?**

▶ **EN PRIORITÉ, quelles pathologies traiter ?**
- Existe-t-il des alternatives non-médicamenteuses ?
- Quelles sont les posologies optimales ?

→ **LISTE HIÉRARCHISÉE DES PATHOLOGIES À TRAITER**

### REVUE DE L'ORDONNANCE

**Analyse des médicaments en cours**

▶ **INDICATION :**
- Chaque médicament est-il toujours bien indiqué ? (pathologie en cours, service médical rendu)

▶ **CONTRE-INDICATION :**
- Chaque médicament est-il non contre-indiqué ? (comorbidités, interactions)

▶ **POSOLOGIE :**
- Chaque médicament est-il à posologie optimale ?

▶ **GALÉNIQUE :**
- Chaque médicament présente-t-il une galénique et un packaging adaptés ?

▶ **AUTOMÉDICATION ?**

→ **LISTE DES MÉDICAMENTS À PRESCRIRE**

**CORRESPONDANCE ?**

## TABLEAU 2 : SUIVI DE LA PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOM | JOS | Date d'actualisation | 15 mars 2006 |
| PRÉNOM | Pierre | | |
| Date de naissance | 12/01/1924 | Médecin | Durand |

| INDICATION | MÉDICAMENT en DCI | NOM(s) COMMERCIAL(aux) | POSOLOGIE | DURÉE | CRITÈRES ET RYTHME DU SUIVI | | SUIVI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Efficacité | Tolérance | |
| Constipation | Macrogol | Forlax | 3/j | À vie | Transit | Incontinence anale Kaliémie | OK |
| AC/FA | Fluindione (4 novembre 2004) | Previscan | 1/2/j | À vie | INR entre 2 et 3 tous les 15 jours | Signes hémorragiques Attention IRS | INR : 2,4 13/03/06 |
| Dépression | Paroxétine (1er février 2006) | Deroxat | 1 cp/j | 1 an | Dépression à 6 semaines | Chutes INR Natrémie | Moins triste et apragmatique |

## TABLEAU 3

### Données à recueillir au moins une fois par an

- **La liste actualisée des pathologies**
- **L'état cognitif et l'état thymique** (qui peuvent influencer l'observance )
- **L'état locomoteur** (de nombreux médicaments exposent au risque de chute)
- **La pression artérielle** (avec recherche d'une hypotension orthostatique)
- **L'état nutritionnel** (poids et alimentation)
- **La fonction rénale** (évaluée par la formule simplifiée de Cockroft).

## TABLEAU 4

### Classes médicamenteuses nécessitant une vigilance accrue

- **Médicaments cardiovasculaires (interactions, comorbidités)**
  Hypotension, trouble du rythme, déshydratation, insuffisance cardiaque
- **Psychotropes (éviter le cumul)**
  Sédation, chutes, confusion
- **Antalgiques de palier II et III**
  Sédation, confusion, constipation, rétention urinaire
- **Anticoagulants (interactions)**
  Hémorragies
- **AINS (interactions)**
  HTA, ulcère, insuffisance rénale
- **Antidiabétiques oraux**

# Prévention du risque infectieux

## Hygiène des locaux

**Le but de l'entretien des locaux est d'en assurer la propreté pour le confort des résidents et pour la maîtrise du risque infectieux lié à l'environnement.**

### LES PRINCIPES

Dans tous les cas, quels que soient les résidents, **les principes de nettoyage restent les mêmes :**

| FAIRE | NE PAS FAIRE |
|---|---|
| ▶ Former le personnel, y compris le personnel de remplacement sur les méthodes utilisées.<br>▶ Inscrire les tâches d'entretien des locaux dans les fiches de postes.<br>▶ Établir une planification d'entretien de tous les locaux de l'établissement. | ▶ Ignorer l'évolution des techniques de nettoyage et laisser faire chacun selon son expérience. |
| ▶ Rédiger un protocole de nettoyage pour l'ensemble des locaux, en particulier sur les bonnes pratiques d'utilisation des produits. | ▶ Compter uniquement sur la transmission orale entre les membres d'une équipe ou des équipes entre elles. |
| ▶ Avoir du matériel propre, en bon état et adapté aux tâches : chariot spécifique équipé de matériel facile d'entretien. | ▶ Ne pas avoir de chariot d'entretien.<br>▶ Utiliser les balais non lavables (par exemple balai en coco, balai Faubert). |
| ▶ Utiliser des produits détergents-désinfectants pour le nettoyage :<br>- des surfaces de travail (par exemple : plans de travail en salle de soins, chariots de soins),<br>- des équipements des chambres en contact avec les mains (par exemple : adaptables, barres de lits, interrupteurs, poignée de porte),<br>- des équipements souillés (par exemple : lavabo, douche, WC). | ▶ Utiliser des produits uniquement détergents.<br>▶ Utiliser systématiquement l'eau de javel.<br>▶ Mélanger les produits entre eux en pensant doubler leurs effets. |
| ▶ Utiliser des produits détergents pour l'entretien des sols. | ▶ Utiliser en alternance des produits détergents et des produits détergents-désinfectants pour tous les locaux. |
| ▶ Utiliser des détergents désinfectants pour les sols uniquement en cas de résidents pour lesquels ont été prescrits des mesures particulières en cas d'infection. | |
| ▶ Diluer les produits en respectant les recommandations inscrites sur les sachets ou sur les flacons. | ▶ Doubler les doses ou sous-doser les produits. |
| ▶ Choisir des lavettes (surfaces hautes) et des bandeaux (pour les sols) réutilisables lavables en machine après chaque utilisation. | ▶ Utiliser des éponges.<br>▶ Faire tremper les lavettes et laver à la main. |
| ▶ Individualiser les lavettes et les bandeaux pour les sols (encore appelées franges, serpillettes) pour chaque chambre et pour chaque local. | ▶ Utiliser une même lavette pour les surfaces hautes, le lavabo et les WC ou un bandeau (sols) pour plusieurs locaux. |
| ▶ Nettoyer les sols en procédant dans un premier temps à un balayage humide puis à un lavage du sol avec des bandeaux de lavage changés entre chaque local. | ▶ Laver directement le sol sans balayage préalable.<br>▶ Pratiquer la méthode des deux seaux pour le lavage des sols. |
| ▶ Porter des gants de protection à manchettes longues (produits de nettoyage, sang et produits biologiques). | ▶ Travailler à mains nues.<br>▶ Utiliser des gants réutilisables non individuels. |
| ▶ Nettoyer, vérifier le matériel, équiper le chariot avant de le ranger. | ▶ Oublier de signaler le matériel manquant ou défectueux.<br>▶ Ranger un matériel sale. |
| ▶ Après avoir retiré les gants : se désinfecter les mains avec un produit hydro-alcoolique (si elles ne sont pas souillées) ou faire un lavage simple des mains. | ▶ Négliger l'hygiène des mains après avoir terminé l'entretien des locaux. |
| ▶ Noter le nettoyage effectué chaque jour sur une planification établie pour l'établissement. | ▶ Ne pas identifier les tâches effectuées au jour le jour. |

## LES FRÉQUENCES DE NETTOYAGE

Les fréquences d'entretien des locaux sont définies en fonction du niveau de risque infectieux potentiel attribué à chaque local :

| LOCAL | FRÉQUENCE |
|---|---|
| ▶ **ESPACES PRIVÉS** | |
| - Chambre du résident autonome. | - À la demande et au minimum une fois par semaine. |
| - Chambre du résident dépendant ou présentant un risque infectieux (maladie infectieuse transmissible, porteur de bactérie multi-résistante ou immunodéprimé). | - Au minimum une fois par jour et plus si besoin. |
| - Salle de bains, WC de la chambre. | - Au minimum une fois par jour. |
| ▶ **ESPACES COLLECTIFS** | |
| - Salle à manger. | - Après chaque repas. |
| - Salles d'animations, de réunions, d'activités. | - Tous les jours d'utilisation. |
| - Hall d'accueil / couloirs / ascenseurs. | - Tous les jours. |
| - WC visiteurs / collectifs. | - Tous les jours. |
| - Bureaux / administration. | - À la demande et au minimum une fois par semaine. |
| ▶ **ESPACES DE SOINS** | |
| - Salle de soins. | - Tous les jours. |
| - Pharmacie. | - Une fois par semaine. |
| - Salle de rééducation. | - Tous les jours d'utilisation. |
| ▶ **LOCAUX TECHNIQUES** | |
| - Local linge sale.<br>- Local poubelles. | - Une fois par semaine, au minimum. |
| - Local linge propre.<br>- Local de stockage des matériels propres. | - Une fois par semaine. |
| ▶ **LOCAUX DU PERSONNEL** | |
| - Vestiaires du personnel / douche. | - Une fois par semaine. |
| - WC personnel. | - Tous les jours. |

## POUR EN SAVOIR PLUS


- **CCLIN Ouest.** Hygiène et prévention du risque infectieux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. 2002. 96p.
- **CCLIN Sud-Est.** Guide technique d'hygiène hospitalière, 2ème version. CD Rom. 2004.
- **CCLIN Sud Ouest.** Entretien des locaux des établissements de soins. 2005.

# Prévention du risque infectieux

## Hygiène des mains

**L'hygiène des mains occupe une place essentielle dans la prévention des infections associées aux soins.**

**L'hygiène des mains est la mesure de prévention la plus simple et la plus efficace pour réduire la transmission croisée d'agents infectieux lors des soins. C'est une composante essentielle des précautions "standard" qui sont à la base des recommandations nationales et internationales visant à limiter cette transmission.**

### L'HYGIÈNE DES MAINS REPOSE SUR DEUX TECHNIQUES PRINCIPALES

▶ **La friction hydro-alcoolique**

- Prendre une dose de produit hydro-alcoolique (selon les recommandations du fabricant).
- Frictionner les mains jusqu'à séchage complet (ne pas essuyer) en respectant les 6 étapes suivantes :

paume contre paume

paume contre dos

doigts entrelacés

doigts emboîtés

les pouces

le bout des doigts

▶ **Le lavage simple**

- Se mouiller les mains.
- Prendre une dose de savon doux liquide.
- Savonner en insistant sur les espaces interdigitaux, le bout des doigts, le pourtour des ongles.
- Rincer abondamment.
- Sécher à l'aide d'un essuie-mains à usage unique.

▶ Quelle que soit la technique d'hygiène des mains appliquée, son efficacité n'est optimale qu'à certaines conditions : manches courtes, absence de bijoux et **respect de la technique**.

▶ Ce dernier point permet également de **prévenir l'irritation de la peau** tout comme l'usage d'une crème hydratante après une journée de travail.

**La technique de friction, plus rapide et plus efficace que le lavage, doit donc être privilégiée chaque fois que les mains ne sont pas visiblement souillées.**

### POUR EN SAVOIR PLUS


- Société française d'hygiène hospitalière (SFHH). Recommandations :
  - Liste positive des désinfectants (pour l'hygiène des mains et des locaux) : http://www.sfhh.net/telechargement/recommandations_LPD2006.pdf
  - Recommandations pour l'hygiène des mains : http:/www.sfhh.net/telechargement/recommandations_hygienemain.pdf
- Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé. Ministère de la santé et des solidarités. http://www.sante.gouv.fr/ ouvrir : thèmes (dossiers par ordre alphabétique) / Infections /
- Site Internet ressources : **Nosobase :** http://nosobase.chu-lyon.fr/



- **CCLIN Est** CHU Hôpital de Brabois - rue du Morvan - 54511 Vandoeuvre-les-Nancy Cedex - Tél : 03 83 15 34 73 e-mail : cclin.est@chu-nancy.fr - Adresse Internet : http://www.cclin-est.org

## L'HYGIÈNE DES MAINS EST IMPÉRATIVE DANS CERTAINES SITUATIONS

- L'organisation du travail doit tenir compte du risque infectieux (par exemple faire la toilette d'un résident contagieux en dernier).
- La mise en œuvre d'une technique d'hygiène des mains **est impérative après certains actes pouvant entraîner une contamination des mains par des micro-organismes potentiellement pathogènes ou avant certains des actes à risque** pour la sécurité du résident pris en charge (voir encadré).

### Situations dans lesquelles l'hygiène des mains est impérative

| SOIN | TECHNIQUE |
|---|---|
| ▶ **APRÈS**<br>- tout contact avec un résident infecté ou porteur d'une bactérie multirésistante aux antibiotiques, | - friction |
| - une toilette,<br>- un change,<br>- des soins oculaires,<br>- des soins d'escarre ou de plaie chronique,<br>- la manipulation de linge souillé,<br>- la manipulation de déchets. | - friction ou lavage simple |
| ▶ **AVANT**<br>- préparation, pose et ablation de perfusion (intraveineuse ou sous-cutanée),<br>- pose de sonde urinaire,<br>- aspiration trachéo-bronchique, soins de trachéotomie, | - friction |
| - préparation de médicament injectable,<br>- préparation et administration d'aérosol,<br>- injection, prélèvement sanguin,<br>- pansement. | - friction ou lavage simple |

- Les résidents et leurs proches doivent être associés à la politique d'hygiène des mains de l'établissement.
- Les résidents doivent savoir que les professionnels qui les prennent en charge respectent des règles d'hygiène.
- Ils doivent connaître les recommandations générales d'hygiène des mains : avant la prise de repas, après un passage aux toilettes ou plus spécifiques lorsqu'un résident est porteur de bactéries multirésistantes.
- Une affiche pédagogique est un vecteur utile pour cette communication.

- **CCLIN Ouest** CHU de Rennes - Hôtel-Dieu - 2 rue de l'Hôtel-Dieu - 35064 Rennes Cedex 2 - Tél : 02 99 87 35 30 e-mail : **cclin.ouest@chu-rennes.fr** - Adresse Internet : **http://www.cclinouest.com**
- **CCLIN** Paris-Nord Institut Biomédical des Cordeliers - 15/21 rue de l'école de médecine - 75006 Paris Tél : 01 40 46 42 00 - e-mail : **cclin@idf.ext.jussieu.fr** - Adresse Internet : **http://www.cclinparisnord.org**
- **CCLIN** Sud-Est Hôpital Henry Gabrielle - Villa Alice - 20 route de Vourles - BP57 - 69565 St Genis-Laval Cedex Tél : 04 78 86 49 49 - e-mail : **cclinse@chu-lyon.fr** - Adresse Internet : **http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/**
- **CCLIN Sud-Ouest** CHU Pellegrin - Place Amélie Raba Léon - 33000 Bordeaux - Tél : 05 56 79 60 58 e-mail : **cclin.so@chu-bordeaux.fr** - Adresse Internet : **http://www.cclin-sudouest.com/**

# Conduite à tenir en cas de risque épidémique ou d'épidémie avérée

**L'EHPAD est un lieu de vie différent d'un établissement de santé. L'environnement de la chambre est plus proche de celui d'un domicile que d'une structure hospitalière.**
**Il existe des chambres à deux lits dont certaines occupées par des couples. Les mesures d'isolement technique définies pour les établissements de santé ne sont pas adaptées aux EHPAD et le "cohorting" (regroupement des résidents malades) y est impossible dans la majorité des cas.**

## L'EHPAD DOIT SE PRÉPARER À LA GESTION D'UNE SITUATION DE CRISE LIÉE À UN RISQUE INFECTIEUX

▶ **Cela passe par :**

- **l'information et la formation** de l'ensemble des personnels sur le risque infectieux et l'hygiène ;
- **un plan de prévention** à décliner en situation de crise.

## 1 - INFORMATION ET FORMATION DE L'ENSEMBLE DES PERSONNELS

▶ Inscrire de façon pérenne dans le plan de formation des personnels de l'EHPAD (médecins, acteurs paramédicaux, personnels non soignants, intervenants extérieurs) :

- une information sur le risque infectieux en général,
- une formation, adaptée aux conditions d'exercice en EHPAD, sur l'hygiène, tout particulièrement l'hygiène des mains, les techniques de soins, l'entretien des locaux, l'élimination des déchets d'activité de soins, les mesures à appliquer en présence d'un résident porteur d'une bactérie multi-résistante (BMR), la gestion d'une situation épidémique.

## 2 - PLAN DE PRÉVENTION

▶ **2-1 La cellule de crise**

En cas d'épidémie, une cellule de crise multidisciplinaire doit être mise en place, qui doit :

- associer les instances décisionnaires de l'EHPAD comprenant au minimum le directeur de l'établissement, le médecin coordonnateur, le cadre de santé ou infirmier référent, le cas échéant le responsable qualité et un membre de l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière (EOHH) de référence si elle existe,
- avoir un pilote parfaitement identifié.

▶ **2-2 Le matériel nécessaire**

L'EHPAD doit disposer d'une réserve de matériel et de produits nécessaires à la mise en place rapide des premières mesures de prévention en cas de crise (cf. infra §3) : produits hydro-alcooliques, gants à usage unique, blouses de protection, fiche technique, signalétique, etc.

### ▶ 2-3 Premier niveau de recours en hygiène

• S'il existe une coopération avec un établissement de santé disposant d'une EOHH, s'assurer de son expertise et de son soutien technique dans le but de :
- participer à l'information / formation de l'ensemble des intervenants médicaux et paramédicaux sur le risque infectieux,
- définir les critères permettant d'identifier une situation de crise liée à un risque infectieux et assurer une aide à sa gestion,
- définir les mesures d'hygiène adaptées à l'EHPAD.

• S'il n'existe pas de coopération formalisée, le premier niveau de recours est l'antenne régionale du Centre de coordination et de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN). Celle-ci peut faciliter l'orientation de l'EHPAD vers un établissement de santé doté d'une EOHH, le plus proche ou le mieux adapté, pour la mise en place d'une coopération.

### ▶ 2-4 Contractualisation avec un établissement de santé pour le transfert des résidents malades ne pouvant pas être pris en charge dans l'EHPAD

Définir les critères et modalités de transfert du (des) résident(s) malade(s) avec un établissement de santé d'aval (lors d'une hospitalisation et lors du retour d'hospitalisation), dans le cadre d'un partenariat avec cet établissement de santé.

### ▶ 2-5 Partenariat avec les laboratoires d'analyses de biologie médicale

Mettre en place avec le ou les laboratoires assurant des analyses de bactériologie un partenariat portant sur :

• l'engagement du laboratoire à jouer son rôle d'alerte devant tout résultat exposant à un risque infectieux collectif (BMR...),

• l'assurance que tout examen - à visée bactériologique - demandé dans le contexte d'une situation de crise, sera rendu dans les plus brefs délais,

• l'assurance que le laboratoire fera son affaire en cas d'impossibilité de réaliser lui-même l'examen demandé, de le sous-traiter à un autre laboratoire,

• les conditions de prélèvements et d'acheminement des prélèvements.

### ▶ 2-6 Réflexion éthique

Un groupe "éthique" au sein de l'EHPAD doit émettre des recommandations pour un bon équilibre entre les mesures d'isolement et de regroupement (cohorting) et la vie relationnelle des malades et de leur entourage.

### ▶ 2-7 Identification des circuits de l'information et des structures d'expertise

Identifier (nom, coordonnées téléphoniques, adresse courriel, fax) les personnes ressource au sein de la DDASS, de l'antenne régionale du CCLIN, de la Cellule intrarégionale épidémiologique (CIRE).

### ▶ 2-8 Prévoir la communication (interne et externe)

• Faire gérer la communication par la cellule de crise.

• Identifier au sein de l'EHPAD la personne responsable de la communication (au mieux le pilote de la cellule de crise).

• Se faire aider, si nécessaire, par le CCLIN ou la DDASS, pour l'organisation de réunions d'information avec les résidents, leurs familles et entourage.

# Conduite à tenir en cas de risque épidémique ou d'épidémie avérée

## LA GESTION DE LA CRISE

▶ **Il faut appliquer le plan de prévention face à une situation de crise débutante ou avérée liée à un risque infectieux :**

• Identifier l'événement infectieux anormal, en s'appuyant si nécessaire sur les personnes ressources.

• Mettre en place les premières mesures de prévention.

• Réunir la cellule de crise.

• Organiser le ou les éventuels transferts de résidents malades vers l'établissement de santé référent.

• Débuter les investigations en :

- recherchant de façon active les cas ou tout nouveau cas,
- réalisant rapidement des examens à visée étiologique pour les germes pour lesquels des mesures de contrôle spécifiques peuvent être décidées.

• Alerter l'EOHH de l'établissement de santé référent ou l'antenne régionale du CCLIN.

• Signaler l'épisode à la DDASS, en particulier les cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses, de grippe ou d'infections digestives à *Clostridium difficile*. Certaines maladies doivent faire l'objet d'une notification à la DDASS : légionellose, tuberculose, toxi-infection alimentaire collective, etc.).

• Mettre en place l'information auprès des professionnels de l'EHPAD, des résidents, des familles, des visiteurs, et enfin si nécessaire des média.

• Suivre le plan d'actions :

- surveiller les effets des mesures sur les résidents, en relation avec les professionnels et le groupe "éthique",
- identifier les besoins supplémentaires générés par les mesures prises (personnel, matériel, organisation des soins, prise en charge hôtelière, etc.),
- définir les modalités de levée des mesures (information des personnels, des résidents et des familles, nettoyage des locaux, etc.).

• Évaluer les actions mises en œuvre au terme de la situation de crise (points forts, points à améliorer).

## POUR EN SAVOIR **PLUS**

Circulaire DHOS/E2/DSG/SD5C/DGAS/SD2/2006/489 du 22 novembre 2006 relative à la conduite à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses chez les personnes âgées.

Circulaire DGAS/SD2C/DHOS/E2/DGS/5C/5D/2006/404 du 15 septembre 2006 relative aux recommandations de maîtrise de la diffusion des infections à *Clostridium difficile* dans les établissements hébergeant des personnes âgées et les unités de soins de longue durée.

Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C/2004/21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé (dont le protocole de mise en place d'une cellule de coordination ou d'une cellule de crise).

# Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires

## 1ère SITUATION : CONDUITE À TENIR DEVANT UN CAS ISOLÉ

**Les infections respiratoires basses posent dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, des problèmes de deux natures : à l'échelle individuelle, ce sont des infections potentiellement graves ; à l'échelle de l'établissement, elles peuvent évoluer sur un mode épidémique.**

### ▶ Faire le diagnostic

**Signes cliniques :**

• Le tableau clinique de pneumonie est souvent trompeur chez le sujet âgé. Fièvre, toux, expectoration et dyspnée peuvent manquer. Des symptômes peu spécifiques peuvent être révélateurs : état confusionnel, anorexie, chutes, altération de l'état général, somno-lence, etc. Les signes cliniques les plus sensibles sont la tachypnée supérieure à 25/mn, et, à l'auscultation pulmonaire, la présence de râles, ronchi ou crépitants dans une partie du champ pulmonaire.

**Examens complémentaires utiles :**

• Numération formule sanguine.
• C Réactive Protéine (CRP).
• Mesure de la saturation en oxygène par capteur digital.
• Radiographie pulmonaire :
- lorsque l'examen peut être fait sur place, toute suspicion d'infection respiratoire basse demande une radiographie thoracique ;
- lorsque l'examen ne peut pas être fait sur place, il faut tenir compte de l'existence ou non de signes de gravité (annexe 1) ;
    - en l'absence de signes de gravité, la radiographie thoracique peut ne pas être faite dans un premier temps ;
    - en présence de signes de gravité, le patient doit être adressé à l'hôpital.

• Si le patient n'est pas hospitalisé, en dehors d'une suspicion de tuberculose, le seul examen microbiologique recommandé est la recherche dans les urines d'antigènes de *Legionnella pneumophila.*

### ▶ Discuter l'hospitalisation

• L'hospitalisation s'impose dans les cas suivants :
(1) en présence de signes de gravité clinique,
(2) en cas de complication de la pneumonie (notamment suspicion d'épanchement pleural ou d'abcédation),
(3) lorsque les soins requis et une surveillance pluriquotidienne du patient ne peuvent pas être assurés dans l'EHPAD,
(4) secondairement, lorsque l'évolution n'est pas favorable.
• Dans les autres cas, l'hospitalisation doit être discutée en tenant compte des facteurs de risque de mortalité liées aux co-morbidités, des souhaits du patient et de sa famille, des possibilités de prise en charge dans l'EHPAD.

### ▶ Traiter

**Antibiothérapie :**

• En cas de bronchite aiguë, hormis exacerbation de bronchite chronique pour laquelle les recommandations sont différentes, l'attitude classique consiste à ne pas prescrire d'antibiotiques. Toutefois, chez le sujet âgé fragile, quand il n'est pas possible de différencier sur le plan clinique bronchite simple et pneumonie, et que la radiographie de thorax ne peut être obtenue, on peut être amené à prescrire un antibiotique. Le patient doit être surveillé étroitement et la situation réévaluée. Dans ces circonstances, l'amoxicilline est l'antibiotique de choix.
• En cas de pneumonie, le traitement antibiotique doit être instauré sans retard.
• Les recommandations de l'Afssaps en matière d'antibiothérapie s'appliquent à la pneumonie du sujet âgé vivant en EHPAD.

# basses

• L'antibiothérapie des pneumonies communautaires est probabiliste.
• Le choix de l'antibiothérapie doit être discuté individuellement en tenant compte des facteurs de risque, de l'état clinique, des germes potentiellement responsables.
• L'antibiothérapie doit toujours couvrir le pneumocoque.
• L'antibiothérapie est le plus souvent discutée entre :
- amoxicilline - acide clavulanique *per os*,
- céphalosporine de troisième génération injectable (ceftriaxone),
- fluoroquinolone anti-pneumococcique (lévofloxacine ou moxifloxacine) également active sur les bactéries atypiques.
• La durée du traitement antibiotique est de 7 à 14 jours.
• Un contrôle de l'efficacité du traitement après 48 - 72 heures est impératif :
- l'absence d'amélioration à 48 - 72 heures de traitement bien suivi, conduit, selon la gravité clinique, soit à une modification du traitement selon les recommandations de l'Afssaps, soit à une hospitalisation ;
- l'aggravation clinique, **survenant à n'importe quelle période**, conduit à l'hospitalisation.

## ▶ Prévenir

### Mesures d'hygiène standard :

Elles ont un place essentielle en collectivité pour réduire la transmission des agents infectieux. Un rappel régulier de la bonne pratique des règles d'hygiène est nécessaire.

### Vaccinations :

• La vaccination contre la grippe est recommandée, chaque année :
- aux personnes de 65 ans et plus et aux sujets atteints de certaines pathologies chroniques,
- à tous les professionnels travaillant en EHPAD.
• La vaccination anti-pneumococcique avec le vaccin polyosidique 23 valent est recommandée tous les cinq ans, pour les sujets splénectomisés, les drépanocytaires homozygotes, les patients atteints de syndrome néphrotique, les insuffisants respiratoires, les patients alcooliques avec hépatopathie chronique, les insuffisants cardiaques et les sujets ayant des antécédents d'infection pulmonaire ou invasive à pneumocoque.

## ANNEXE 1 : SIGNES DE GRAVITÉ CLINIQUE (Afssaps)

- Atteinte des fonctions supérieures (altération de la conscience).
- Atteinte des fonctions vitales :
  - PA systolique < 90 mmHg,
  - fréquence cardiaque > 120 /min,
  - fréquence respiratoire > 30 /min,
- Température < 35°C ou ≥ 40°C.
- Néoplasie associée (cancer autre que basocellulaire, actif ou diagnostiqué dans l'année).
- Pneumonie d'inhalation ou sur obstacle trachéobronchique connu ou suspecté.

# Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires

## 2de SITUATION : CAS GROUPÉS

**Les mesures générales, quelle que soit la localisation de l'infection, pour faire face à une épidémie lorsqu'elle est avérée, visent à limiter l'apparition ou l'extension de l'épidémie. Ces mesures sont présentées dans la fiche : *"Prévention du risque infectieux : conduite à tenir en cas de risque épidémique ou d'épidémie avérée"*.**
**Quelques mesures à prendre concernent spécifiquement les cas groupés d'infections respiratoires** (cf. aussi fiche Prévention du risque infectieux "Grippe").

### ▶ Recherche étiologique

• *En période de circulation grippale :* un test de diagnostic rapide de la grippe est à réaliser chez le malade présentant un syndrome grippal dans les 3 jours après un premier cas.
• *En dehors de la période de circulation du virus de la grippe ou si les TDR grippe sont négatifs et en fonction du contexte et des signes cliniques* : rechercher des germes pour lesquels des mesures de contrôle spécifiques peuvent être mises en place.

### ▶ Mesures de contrôle

• *Quel que soit le germe* : mesures d'hygiène de type "gouttelette" : lavage des mains, port de masque pour les contacts étroits, isolement du malade, aération de la chambre, limitation des visites.
• *Selon le germe* : mesures spécifiques à mettre en place en plus des mesures ci-dessus dans les cas de grippe, pneumocoque, légionellose, coqueluche.

### ▶ Signalement

Les cas groupés doivent être signalés par le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement à l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière (EOHH) si l'établissement est géré par un établissement de santé, ou à la DDASS si l'établissement dépend d'un autre organisme.

### ▶ Investigation

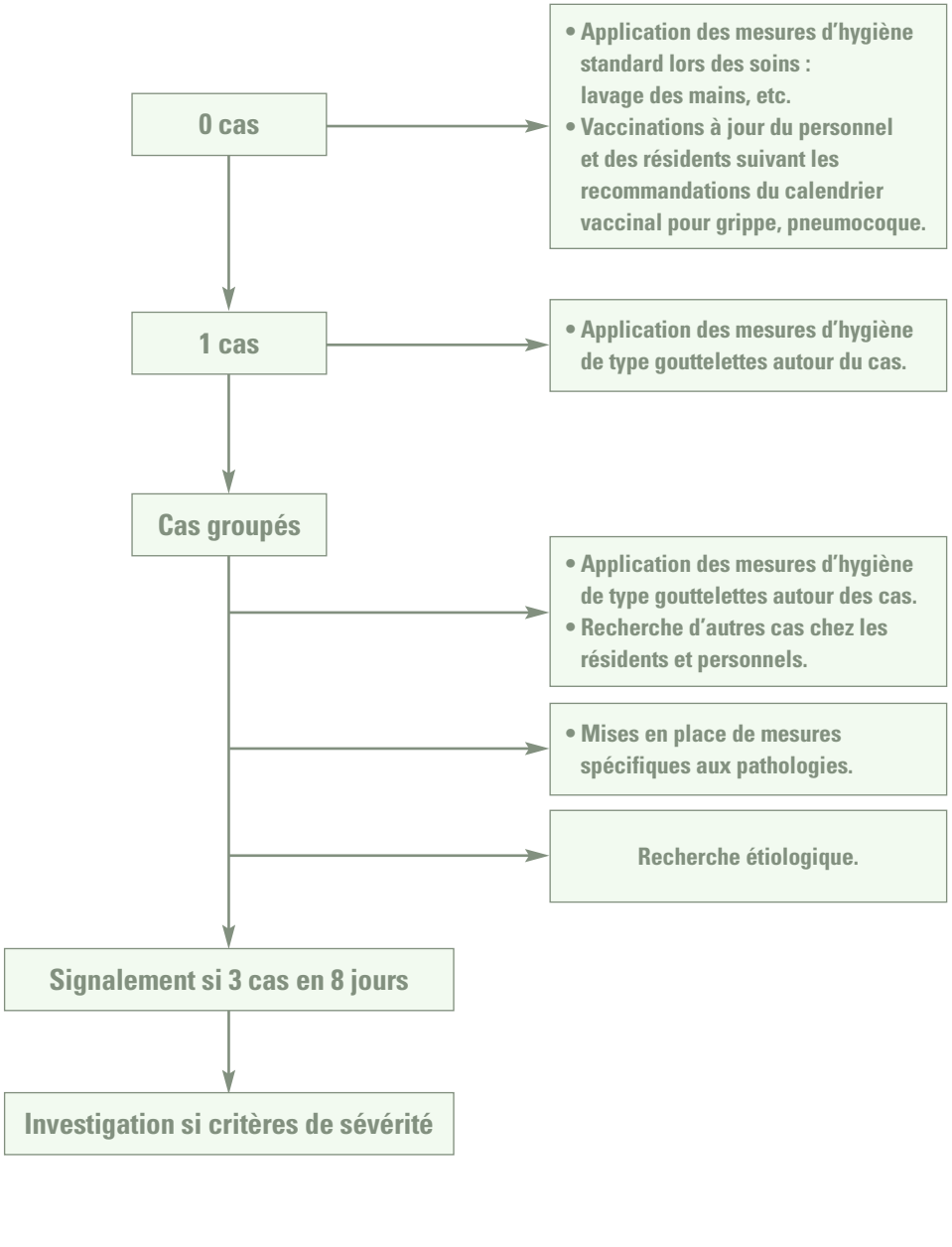
Une investigation est réalisée par ces services si :
• 3 décès ou plus attribuables à l'épisode infectieux surviennent en moins de 8 jours,
• 5 nouveaux cas ou plus dans la même journée,
• absence de diminution de l'incidence des nouveaux cas dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle.

## POUR EN SAVOIR PLUS


- **Calendrier vaccinal 2006. www.sante.gouv.fr**
- Avis du CSHPF du 14 janvier 2005 relatif à la conduite à tenir devant des cas groupés d'infections invasives à pneumocoque dans une collectivité de personnes âgées. **www.sante.gouv.fr**
- Circulaire N°DGS/SD7A/DHOS/E4/DGAS/SD2/2005/493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées. **www.sante.gouv.fr**

# basses

## ALGORITHME APPLICABLE CHEZ LES RÉSIDENTS ET LES PERSONNELS DE SANTÉ



# Grippe

**La grippe est une maladie grave chez les sujets âgés, notamment les personnes âgées fragiles. La grippe est très contagieuse, avec un mode de transmission respiratoire et la survenue de cas groupés, c'est-à-dire d'épidémies, particulièrement fréquentes dans les EHPAD. Les mesures préconisées doivent être mises en place le plus rapidement possible. La prescription aux résidents (tests de dépistage, oseltamivir, vaccination antigrippale notamment) doit être réalisée par le médecin coordonnateur, si le recours au médecin traitant est susceptible de retarder la prise en charge.**

## SUSPECTER LE DIAGNOSTIC DE GRIPPE CHEZ UN SUJET ÂGÉ

- Syndrome grippal de début brutal.
- Période de circulation du virus de la grippe.

## FAIRE LE DIAGNOSTIC D'UNE ÉPIDÉMIE DE GRIPPE

- Documenter le diagnostic chez plusieurs patients ou membres du personnel par la mise en évidence du virus grippal par un test de dépistage rapide (Annexe 1).
- L'épidémie est affirmée en présence d'au moins deux cas groupés en moins de 72 heures.
- En cas d'épidémie de grippe confirmée, il est inutile de réaliser des tests de dépistage rapide chez les autres patients.

## PRENDRE DES MESURES POUR LIMITER LA DIFFUSION DE L'ÉPIDÉMIE

- Isolement des résidents atteints de grippe.
- Vaccination antigrippale des résidents et des soignants non atteints et non vaccinés.
- Chimioprophylaxie par oseltamivir (Annexe 2) *à condition que le diagnostic d'épidémie de grippe ait été établi au plan virologique :*
  - pour les résidents ayant été en contact (contact direct avec un cas suspect dans un espace clos dans les 5 jours suivant les premiers signes) avec des résidents atteints,
  - pour les agents du personnel ayant été en contact avec des résidents atteints, si l'agent n'est pas vacciné ou s'il est vacciné depuis moins de 15 jours.
- Renforcement des mesures d'hygiène pour les soignants :
  - port d'un masque et de gants lors des soins donnés aux résidents atteints,
  - hygiène des mains (lavage, solutions hydro-alcooliques).
- Pas d'admission de nouveaux résidents dans le(s) secteur(s) touché(s) par l'épidémie.

## PRENDRE EN CHARGE LES RÉSIDENTS ATTEINTS DE GRIPPE

- **Mesures générales :**
  - antipyrétiques,
  - prévention de la déshydratation,
  - prévention des complications du décubitus,
  - kinésithérapie respiratoire.
- **Traitement antiviral par oseltamivir (Annexe 2) :** à débuter dès les premiers symptômes (n'a plus d'intérêt au-delà de 48 heures).
- Antibiothérapie : en cas d'infection bactérienne respiratoire secondaire (Annexe 3).
  Dans ce cas, la réalisation d'une radiographie thoracique est souhaitable.

## SE DONNER LES MOYENS D'AGIR

- Le chef d'établissement doit être informé de la survenue d'une épidémie.
- L'épidémie doit être déclarée aux autorités départementales de santé (DDASS).
- L'établissement doit disposer d'un matériel de base pour appliquer les premières mesures sans retard :
  - des masques de protection FFP2,
  - des gants de protection et des solutions hydro-alcooliques,
  - le matériel permettant de faire une dizaine de prélèvements avec milieux de transport pour un diagnostic virologique effectué dans un laboratoire ; ou bien le matériel permettant de faire une dizaine de tests de diagnostic virologique rapide à réaliser sur place,
  - un stock d'oseltamivir.

## PRÉVENIR LES ÉPIDÉMIES DE GRIPPE

- Elle repose sur la vaccination des résidents et des personnes en contact avec les résidents.
- Il faut inciter le personnel à se vacciner.
- Il faut recommander aux personnes qui visitent régulièrement les résidents à se vacciner contre la grippe et à différer leurs visites en cas de symptômes grippaux et/ou de rhume.

# Grippe

## ANNEXE 1 : DÉPISTAGE RAPIDE DE LA GRIPPE

- Techniques immuno-enzymatiques.
- Elles peuvent aussi être réalisées par tout médecin au lit du patient ou au cabinet.
- Technique de prélèvement : introduction de l'écouvillon dans une narine sur 2 cm, parallèlement au plan du palais, rotation lente et frottement des muqueuses pour détacher des cellules, retrait et mise dans le milieu de transport (en cas de réalisation des tests dans un laboratoire) ou réalisation du test sur place (test de dépistage comprenant un écouvillon).
- Durant le transport vers le laboratoire, le prélèvement peut être conservé à température ambiante.
- Kits de Prélèvement : ViralPack® et Virocult® sont distribués par BIOLYS SA. : 12, chemin des Erables, ZA de la Ronze. 69440 Taluyers.
- Tests disponibles (liste non exhaustive) : Becton Dickinson Directigen Flu A+B ; BINAX NOW Flu A / Flu B® ; Quidel Quick Vue Infuenza Test Argene® (présence d'écouvillons) ; Medix Biochemica Inflenza A&B Test® (présence d'écouvillons).

## ANNEXE 2 : MODALITÉS D'EMPLOI DE L'OSELTAMIVIR

- Actif sur les virus A et B.
- Agréé coll. Remb. 35%.
- Utilisation en cas d'épidémie de grippe confirmée par un test virologique.
- Posologies et durées de traitement :
  - Traitement curatif chez les résidents atteints de grippe : deux comprimés par jour pendant 5 jours.
  - Traitement prophylactique chez les sujets contacts : un comprimé par jour jusqu'au septième jour après le début des symptômes du dernier cas.
- En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/mn), la posologie doit être diminuée de moitié.
- Il est important de débuter le traitement antiviral le plus tôt possible, moins de 48 heures après le début des symptômes chez les résidents atteints, et, pour le traitement post-exposition, dans les 48 heures qui suivent un contact.

## ANNEXE 3 : ÉLÉMENTS EN FAVEUR D'UNE INFECTION BACTÉRIENNE RESPIRATOIRE SECONDAIRE APRÈS PLUSIEURS JOURS D'ÉVOLUTION DE LA GRIPPE

- Survenue d'une toux grasse et purulente,
- frissons,
- persistance ou réapparition de la fièvre,
- altération massive de l'état général,
- foyer auscultatoire pulmonaire localisé,
- radiographie thoracique montrant un foyer systématisé,
- hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

## POUR EN SAVOIR PLUS

Conseils pratiques pour la prise en charge d'une épidémie de grippe en EHPAD. Mise à jour des recommandations de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) rédigées en 2004.
La Revue de Gériatrie 2005 ; 30 : 457-462.

Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (Direction Générale de la Santé).
Avis relatif à la prophylaxie chez les personnes à risque lors d'une épidémie de grippe dans une collectivité, en période de circulation du virus grippal (séance du 16 janvier 2004).

**Hannoun C., Veyssier P., Vetel J. M.**
La grippe en gériatrie.
Revue de Gériatrie 2004 ; 29 : 613-628.

**Sites Internet :**
Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe (GROG) :
www.grog.org

Institut National de Veille Sanitaire (InVS) :
www.invs.sante.fr

Réseau Sentinelles :
http://rhone.b3e.jussieu.fr/senti

Observatoire du risque infectieux en gériatrie (ORIG) :
www.orig.fr

# Sexualité

**Il s'agit encore aujourd'hui d'un *tabou* culturel, psychologique, religieux, véhiculant que l'activité sexuelle, liée à la reproduction, s'arrête avec la ménopause chez la femme et diminue fortement en qualité et quantité chez l'homme avec l'avance en âge. Pourtant les soignants, les gériatres, les psychologues et les psychiatres sont témoins que *la sexualité ne disparaît pas avec le vieillissement*. Des enquêtes du CREDES ou de l'INED en ont apporté la preuve.**

▶ **Bien sûr, le fonctionnement se modifie avec l'âge**

• **Pour l'homme :** retard à l'érection, parfois moins ferme, stimulation plus longue, phase de plateau plus longue, éjaculation de moins bonne qualité et période réfractaire plus longue.

• **Pour la femme :** diminution de la lubrification, réponse plus longue à la stimulation, parfois dyspareunie, orgasme plus court, période réfractaire plus longue.

▶ **Certaines maladies ou traitements peuvent avoir un retentissement sur la sexualité**

• **Maladies :** diabète, pathologies de la thyroïde, maladies cardiovasculaires, articulaires ou urogénitales, douleurs aiguës ou chroniques, séquelles de chirurgie (prostatectomie, vulvectomie, colostomie, mammectomie), cancers, insuffisances cardiaque, rénale ou respiratoire, **pathologies psychiatriques** (dépression, alcoolisme), au cours de certaines démences (démence fronto-temporale en particulier).

• **Médicaments :** psychotropes, anti-hypertenseurs, digoxine, L-dopa, morphiniques, anti-épileptiques...

▶ **Des facteurs psychologiques** personnels, le poids de l'éducation, les modifications de l'estime de soi, les conjugopathies, le manque d'homme (1 homme pour 4 femmes au de-là de 85 ans) jouent également un rôle.

▶ **Et enfin et surtout l'institutionnalisation elle-même…**

## FAIRE

- Lutter contre ce tabou !
- Former les soignants.
- Table ronde pluridisciplinaire (soignants, psychologues ...).
- Accompagner les couples qui le désirent (espace et temps d'intimité).
- Recevoir les familles et les enfants.
- Si sexualité non consentie ou délétère pour l'un des deux, savoir séparer.
- Proposer des activités de sublimation (esthéticothérapie, à médiation corporelle ou artistique).
- Traiter les pathologies somatiques et/ou psychiatriques.

## NE PAS FAIRE

- Nier la réalité.
- Ridiculiser ou infantiliser les personnes âgées.
- Moraliser une pratique soignante.
- Ne pas prévoir d'espace pour accueillir les couples.
- Négliger le bien être pour ne traiter que le corps souffrant.
- Ne pas entendre la gêne ou la souffrance des soignants ou des familles.
- Se substituer et prendre des décisions relevant du domaine privé.
- Laisser s'exprimer une sexualité inappropriée sans intervenir.

## POUR EN SAVOIR PLUS

**Belmin J.**
Sexualité et avance en âge.
Soins Gérontologiques 1999 ; 18 : 4-6.

**De Ladoucette O.**
Le guide du bien vieillir. Paris : Odile Jacob ; 2000.

**Delbes C., Gaymu J.**
L'automne de l'amour, la vie sexuelle après 50 ans dans la population. Paris : INED ; 1997 : 6 :1439-1484.

**Tignol J., Brenot P., Etcheverry F., Grafeille N.**
Troubles de la sexualité du sujet âgé et conjugopathies *in* Léger JM., Clément JP., Weirtheimer J. Psychiatrie du sujet âgé, Paris Flammarion 1999.

# Soins palliatifs

## Accompagnement et soins de fin de vie

**En EHPAD, les résidents en soins palliatifs doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée visant leur confort de vie, dans le respect de leur dignité et ce, jusqu'à leur mort. 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.**

***Les soins palliatifs privilégient l'approche globale du résident. Ils ne sont pas l'apanage du médecin, mais impliquent un travail en équipe pluridisciplinaire où la réflexion éthique est la source de toute décision.***

***La plupart des prises en charge peuvent 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 des structures de soins palliatifs de proximité ou des unités mobiles.***

### MODALITÉS DE PRISE DE DÉCISION

- Ne pas confondre processus de décision et responsabilité de la décision :
  - Processus de décision : évaluation de la situation avec la personne malade, la personne de confiance si elle est désignée, son entourage familial, les professionnels, les amis, en prenant en compte l'existence de directives anticipées.
  - Décision prise et assumée par le médecin sur le plan moral et juridique.
- La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie donne au médecin la possibilité de décider, lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, de décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance, la famille, les proches, et pris en compte les directives anticipées si elles existent.
- Prendre en compte le fait que les conséquences pratiques de la décision sont assumées par tous, d'où la nécessité de synergie et de confiance.

### PLACE DES FAMILLES

- Proposer aux familles qui le souhaitent de rester auprès de leur parent mourant, en mettant à disposition fauteuils relax, boissons, repas, etc., et respecter les autres choix.
- Permettre que plusieurs personnes soient présentes, y compris en dehors des heures de visite.
- Préciser clairement quelle personne informer en premier du décès.
- S'informer des rites mortuaires selon la religion de la personne.

## MISE EN PLACE D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

- L'équipe de l'EHPAD est le soutien psychologique privilégié du résident et de sa famille.
- Le psychologue de l'EHPAD ou d'une équipe mobile de soins palliatifs ayant passé convention peut parfois être une aide supplémentaire précieuse pour le patient, sa famille ou les soignants.
- Les bénévoles qui visitent le résident depuis longtemps sont un soutien pour le résident et sa famille, mais eux-mêmes ont besoin du soutien de l'équipe soignante.

## SOINS INFIRMIERS ET NURSING

- Avoir une démarche de soins personnalisée, privilégiant le confort et la qualité de vie, quitte à modifier l'organisation habituelle des soins.
- Respecter les phases de sommeil du résident.
- Travailler en binôme infirmière / soignant pour faire en même temps toilette et soins, évitant ainsi de multiples mobilisations.
- Mettre en place une prémédication antalgique une heure avant la réalisation de tout soin douloureux et reporter le soin s'il est douloureux.
- Prescrire des massages antalgiques, une mobilisation passive à visée relaxante.
- S'assurer de la qualité de l'environnement hôtelier du résident (ménage, odeurs, propreté).

## PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR PHYSIQUE

- Entendre tout résident qui dit avoir mal : c'est qu'il a mal !
- Évaluer systématiquement la douleur même chez ceux qui ne se plaignent pas, d'où la nécessité d'une évaluation de la douleur, par des échelles d'auto-évaluation (Échelle Verbale Simple ou Échelle Numérique) ou des échelles d'hétéro-évaluation (ECPA ou Doloplus) si la personne est non communicante.
- Transcrire ces évaluations dans le dossier et transmettre au médecin du résident pour adapter le traitement à visée antalgique.

## ALIMENTATION ET HYDRATATION

- Respecter les goûts du résident.
- Privilégier les repas fractionnés sur la journée si les trois repas principaux sont trop copieux pour le résident.
- Analyser le sens d'un refus alimentaire en éliminant une cause organique, mycose linguale, nausées, syndrome sub-occlusif, infection bucco-dentaire, évolution de la maladie.
- En phase terminale, savoir expliquer aux proches que l'absence d'alimentation et d'hydratation n'est pas une source d'inconfort (pas de sensation de soif si les soins de bouche sont faits régulièrement).

# Accompagnement et soins de fin de vie

## SOINS DE BOUCHE

- Primordiaux pour le confort du patient.
- Adapter les soins de bouche en fonction de protocoles élaborés dans la structure.
- À renouveler après chaque repas si le patient mange, sinon au moins deux fois par jour.

## PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNÉE

**Objectif : soulager la sensation pénible de l'essoufflement.**

- Traiter la cause de la dyspnée, si possible.
- Corticothérapie IV ou sous-cutanée, ou diurétiques, en fonction de la clinique ; si polypnée superficielle associée à de l'anxiété : anxiolytique de demi-vie courte (ex. : clotiazepam 5 mg ou oxazepam 5 mg / 4 à 6 heures) ;
- Oxygénothérapie ambulatoire si nécessaire (soif d'air exprimée ou signes cliniques d'hypoxie) ;
- Encombrement bronchique : diminution ou arrêt d'éventuelles perfusions sous-cutanées, +/- antisécrétoire (scopolamine sous-cutanée) ;
- Respiration bruyante, gênante : installation en position de 3/4 décubitus latéral pour favoriser le drainage +/- antisécrétoire [scopolamine 1 patch tous les 2 jours ou scopolamine sous-cutanée (1 ampoule 4x/jour)].
- Penser à l'amélioration de la ventilation de la pièce (aération, fenêtre, ventilateur...).

## PRISE EN CHARGE DES NAUSÉES OU VOMISSEMENTS

- Éliminer et traiter une cause organique : fécalome, mycose linguale, syndrome occlusif.
- Eliminer un effet iatrogène : arrêt des médicaments incriminés sauf les antalgiques dont les effets émétisants seront compensés par des mesures symptomatiques.
- Mesures symptomatiques : dompéridone (3 à 6 cp/j) ; si inefficace, halopéridol (2 mg/ml, 5 gouttes 3x/j ; ou 5mg/ml, 1/2 ampoule sous-cutanée toutes les 6 à 8 h).
- Si vomissements incoercibles, mise en place d'une sonde naso-gastrique apportant rapidement un soulagement au patient.

## PRISE EN CHARGE D'HALLUCINATIONS, DE TROUBLES DU COMPORTEMENT

- Rechercher les causes somatiques possibles : douleur physique, métastases cérébrales, hypercalcémie, iatrogénie, hyponatrémie, tumeur cérébrale primitive, rétention d'urines, fécalome, hypoxie.
- Traiter les causes facilement curables.
- Prendre en compte les facteurs psychologiques intriqués.
- Si anxiété majeure, traiter symptomatiquement par des anxiolytiques.

## SÉDATION EN CAS D'HÉMORRAGIE MASSIVE OU CRISE D'ASPHYXIE AIGUË

- Sédation nécessaire par midazolam 2 mg/2 ml sous-cutané, sur prescription médicale, éventuellement anticipée (midazolam est réservé à l'usage hospitalier).
  • Injecter 0,05 à 0,1 mg/kg de midazolam en première intention et moduler les réinjections pour obtenir le niveau de sédation souhaité ;
  • puis, si une sédation continue est souhaitée, préférer une perfusion sous-cutanée sur 24 h dont la 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 des 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.
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des patients en fin de vie et décrets d'application du 6 février 2006.
- **G. Laval, B. Sang, M.L Villard**
  Soins palliatifs, les différentes thérapeutiques en soins palliatifs chez l'adulte et la personne âgée - 2ème édition - Sauramps Medical, 2004.
- L'infirmier(e) et les soins palliatifs - "Prendre soin" : éthique et pratiques 2ème édition - SFAP - Collège Infirmier - Masson, 2002.
- Les soins palliatifs en EHPAD - Synthèse intergroupe SFGG/SFAP DGS - Ministère de la Santé et des solidarités - mars 2005.
- **Lefèvre-Chapiro S., Sebag-Lanoë R.**
  Soins Palliatifs chez les personnes âgées
  La Revue du Praticien 1999 ; 49 : 1077-1080.

http://www.portail-soins-palliatifs.fr

# Sommeil

## Insomnie

### DONNÉES PHYSIOLOGIQUES GÉNÉRALES

**Définition de l'insomnie**

- Le sommeil ne diminue pas avec l'âge, mais 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 prédisposants 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.

### CARACTÉRISATION DE LA PLAINTE : "JE NE DORS PAS"

**Type de plainte**

- Difficultés d'endormissement, réveils fréquents et prolongés, réveil trop matinal, sommeil agité, ronflements, cauchemars.

**Conséquence 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 (réunions d'équipes incluant les personnels de nuit ou rencontre avec les équipes de nuit), lire le dossier de soins, assurer une surveillance, tenir une fiche de sommeil.

### POUR EN SAVOIR PLUS


**Billard M.**
Le sommeil et l'éveil - Masson Ed, 2000.

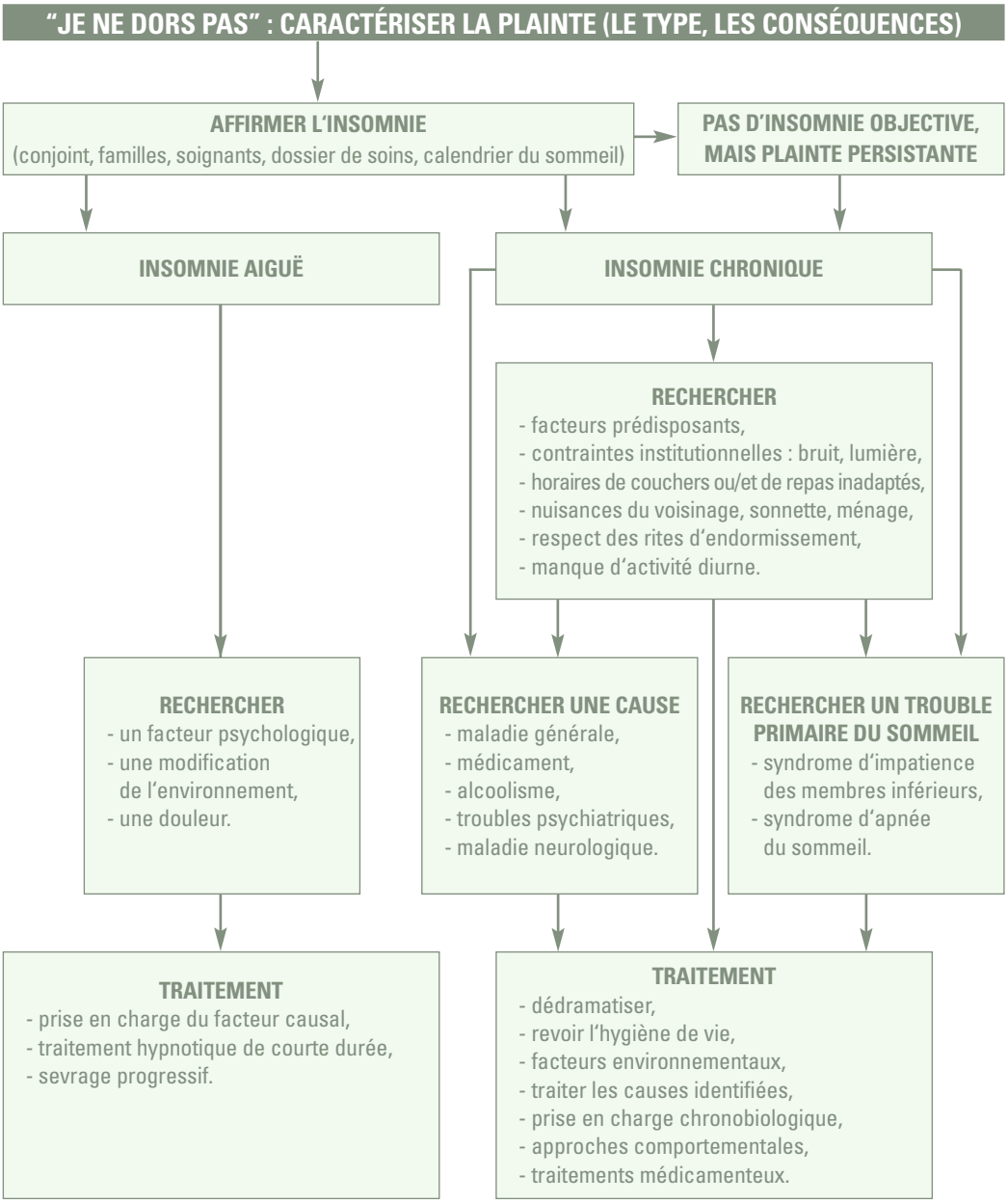
**Goldenberg F.**
Aspects actuels des thérapeutiques médicamenteuses de l'insomnie du sujet âgé.
Revue de Gériatrie 2002 : 13-18.

**Heriche-Taillandier E., Paillot B., Congy, Verny M.**
Démence et troubles du sommeil.
Revue de Gériatrie 2002 ; 28 : 981-984.

**Nau Sidney D. and al.**
Treatment of insomnia in older adults.
Clinical psychology review 2005 : 25 ; 645-672.

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

## ÉVALUATION DES TROUBLES DU SOMMEIL



# Sommeil

## Insomnie

### INSOMNIE AIGUË (de quelques jours à quelques semaines)

▶ **Ne pas la négliger,** car elle peut débuter une insomnie chronique.

▶ **Recherche une cause**
- Rechercher un facteur psychologique aigu (stress, émotion, deuil, contrariété).
- Rechercher une modification de l'environnement (changement de chambre, de voisin...).

▶ **Traitement**
- Prise en charge du facteur causal.
- Traitement hypnotique de courte durée (1 à 2 semaines, imidazopyridines) et sevrage progressif.

### INSOMNIE CHRONIQUE

▶ **Recherche de facteurs prédisposants :**
- 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
- **Une cause iatrogène**
  - corticoïdes, bêtabloquants, inhibiteurs calciques, hypotenseurs centraux, théophylline, antiparkinsonniens, abus d'hypnotiques, anticholinestérasiques, antidépresseurs psychostimulants (tianeptine, viloxazine, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, moclobémide).
- **Un alcoolisme chronique**
- **Des troubles psychiatriques**
  - anxiété, dépression.
- **Une maladie neurologique**
  - AVC, démences, maladie de Parkinson.

▶ **Rechercher un trouble primaire du sommeil**
- **Syndrome d'impatience des membres inférieurs**
  - Paresthésies des membres inférieurs, mouvements périodiques des membres inférieurs entraînant 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'apnée du sommeil**
  - Rechercher auprès de l'entourage un ronflement et des pauses respiratoires suivies d'une reprise ventilatoire bruyante, une somnolence diurne, des céphalées au réveil, une HTA, une surcharge pondérale.
  - Le diagnostic repose sur un enregistrement polygraphique du sommeil.

## TRAITEMENT

- Retarder l'heure du coucher des personnes qui le souhaitent en organisant un mieu adapté.
- Expliquer les modifications du sommeil, dédramatiser.
- Traiter les causes identifiées, individuelles et institutionnelles (bruit, coucher précoce…).
- Approche chrono biologique : exposition à la lumière du 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).

• Essayer de ne pas prescrire d'hypnotique ou seulement après l'échec des mesures ci-dessus.
• L'utilisation des benzodiazépines est difficile.
- Si elles ont une demi-vie longue, elles entraînent une somnolence diurne.
- Si elles ont une demi-vie courte ou ultracourte, elles entraînent une insomnie en fin de nuit,
- les benzodiazépines ont un effet négatif sur le fonctionnement cognitif - problème de sevrage.
• Éviter les neuroleptiques,
- commencer à demi dose, réévaluer au bout d'un mois et régulièrement, notamment lors d'un épisode aigu intercurrent.

## CAS PARTICULIERS DES TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ LE DÉMENT

- Ils sont plus fréquents aux stades modéré et sévère de la maladie et sont souvent liés aux troubles psycho-comportementaux.
- Le sommeil est plus fragmenté, le temps d'éveil est plus long et le sommeil lent profond est diminué.
- Il s'agit souvent d'éveils matinaux précoces et d'hypersomnie diurne.
- Les patients symptomatiques sont :
  • inactifs dans la journée et ont des troubles légers du comportement,
  • anxieux, agités et tristes,
  • ont des troubles du comportement avec hallucinations.
- Les neuroleptiques sont inefficaces.
- Les hypnotiques vrais (zolpidem, zopiclone) sont parfois efficaces et bien tolérés.
- Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase n'ont pas fait preuve de leur efficacité.
- La stimulation lumineuse diurne a montré son efficacité chez les patients atteints de MA et ayant des troubles du sommeil.

# Toxi-infection alimentaire

## Une urgence

**Les toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) se définissent par l'apparition d'au moins trois cas similaires d'une symptomatologie en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.**

▶ **Quelques données épidémiologiques en France entre 1987 et 2003 :**

- 7 670 foyers de toxi-infection alimentaire ont été déclarés.
- 136 366 personnes ont été affectées et 12 703 ont été hospitalisées.
- Parmi les foyers collectifs confirmés,
  - 36% étaient dus à *Salmonella enterica* ;
  - 27% à *Staphylococcus aureus* ;
  - et 17% à *Clostridium perfringens*.

### CONDUITE À TENIR DEVANT UNE SUSPICION DE TIAC

▶ **Porter le diagnostic de toxi-infection TIAC**

- Pour chaque malade, il faudra recueillir l'heure de début et de fin des symptômes.
- L'origine alimentaire est retenue sur la notion de déclenchement des symptômes chez des sujets ayant consommé simultanément le même repas.

▶ **Écarter le diagnostic de diarrhée non infectieuse**

Éliminer quelques causes rares de diarrhée comme les diarrhées hormonales (hyperthyroïdie) ou tumorales (par production de peptides), les diarrhées par mal digestion des hydrates de carbone ou les diarrhées par toxicité directe médicamenteuse.

▶ **Toute suspicion de TIAC est à considérer comme une urgence afin d'enrayer rapidement sa diffusion**

Une TIAC est une maladie à **déclaration obligatoire** (DO) (Décret n° 86-770. 10 juin 1986) à réaliser auprès du médecin inspecteur de santé publique de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) qui engagera une investigation avec la Direction départementale des services vétérinaires (DDSV) par, d'une part, tout docteur en médecine qui en a constaté l'existence, d'autre part, par le principal occupant, chef de famille ou d'établissement, des locaux où se trouve le malade.

▶ **Mesures à prendre**

- **Informer sans délai le personnel** de l'établissement de la situation, rappeler les précautions standard, en insistant sur la prévention de la contamination croisée avec **le respect du lavage des mains**.
- **S'assurer de la conservation des plats suspects** et des matières premières ayant servi à la préparation de ces plats (température à 3°C au réfrigérateur et - 18°C pour les congelés).
- **Ne pas présenter aux repas suivants les mêmes préparations** que celles servies les trois jours précédents, tant que l'aliment responsable n'a pas été identifié.
- **En cas de fourniture des repas par un prestataire**, prendre contact avec le responsable de ce service prestataire.

## PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

### ▶ Réhydratation hydro-électrolytique

• La réhydratation est la mesure thérapeutique essentielle. On considère que les pertes d'eau à remplacer avoisinent 200 ml par selle liquide et que les pertes sodées peuvent être estimées sur la base d'une concentration fécale de 40 à 70 mmol par litre de selles.

La restauration des pertes hydro-électrolytiques doit, si, possible être tentée per os, avec de l'eau plate, des boissons gazeuses ou des sodas associés à des aliments solides.

• Dans tous les cas, il convient d'éliminer les aliments stimulant le péristaltisme intestinal : produits laitiers, café, alcool, jus de fruits concentrés, fibres irritantes, épices, aliments gras.

• L'interdiction de la voie orale à cause des vomissements ou de l'état général justifiera une hospitalisation.

• Les ralentisseurs du transit diminuent le volume et le nombre des exonérations. En cas de diarrhée invasive, il convient de les éviter car ils favorisent le développement de colectasies et d'iléus paralytique.

La diosmectite n'a pas ces inconvénients et permet d'améliorer le confort du malade en cas de diarrhée.

### ▶ Le traitement anti-infectieux

• La majorité des TIAC sont spontanément résolutives et ne nécessitent que rarement un recours à l'antibiothérapie.

• D'autre part, l'antibiothérapie peut prolonger le portage asymptomatique de *Salmonella* et ne peut être mise en route qu'après avoir réalisé tous les prélèvements microbiologiques permettant l'isolement du germe.

| MICRO-ORGANISMES | ALIMENTS | SIGNES CLINIQUES | INCUBATION |
|---|---|---|---|
| **Salmonella enterica** | ▶ Œufs, ovo-produits frais, viandes, volailles, poissons, fruits de mer. | ▶ Nausées, vomissements, diarrhée aiguë invasive, douleurs abdominales, et fièvre entre 38 et 40°C. Si sujet avec déficit immunitaire : *formes extra-digestives* à type de septicémies. | ▶ **12 à 36 heures** |
| **Staphylococcus aureus** | ▶ Plats manipulés (pâtisseries, salades composées…). | ▶ Diarrhée aiguë toxinique (coproculture négative) apyrétique, nausées, vomissements, douleurs abdominales. | ▶ **2 à 4 heures voire 8 heures** |
| **Clostridium botulinum** | ▶ Spores telluriques contaminant les légumes et les fruits, et pouvant être ingérées par des animaux. | ▶ *Invasion :* signes digestifs avec nausées, vomissements, douleurs abdominales. *Phase d'état :* manifestations paralytiques bilatérales et symétriques avec troubles sécrétoires. | ▶ **5 heures à 5 jours** |
| **Clostridium perfringens** | ▶ Viandes réchauffées ou mal chauffées. | ▶ Colique soudaine suivie de diarrhée; les nausées, les vomissements et la fièvre sont généralement absents. | ▶ **De 6 à 24 heures, habituellement de 10 à 12 heures.** |

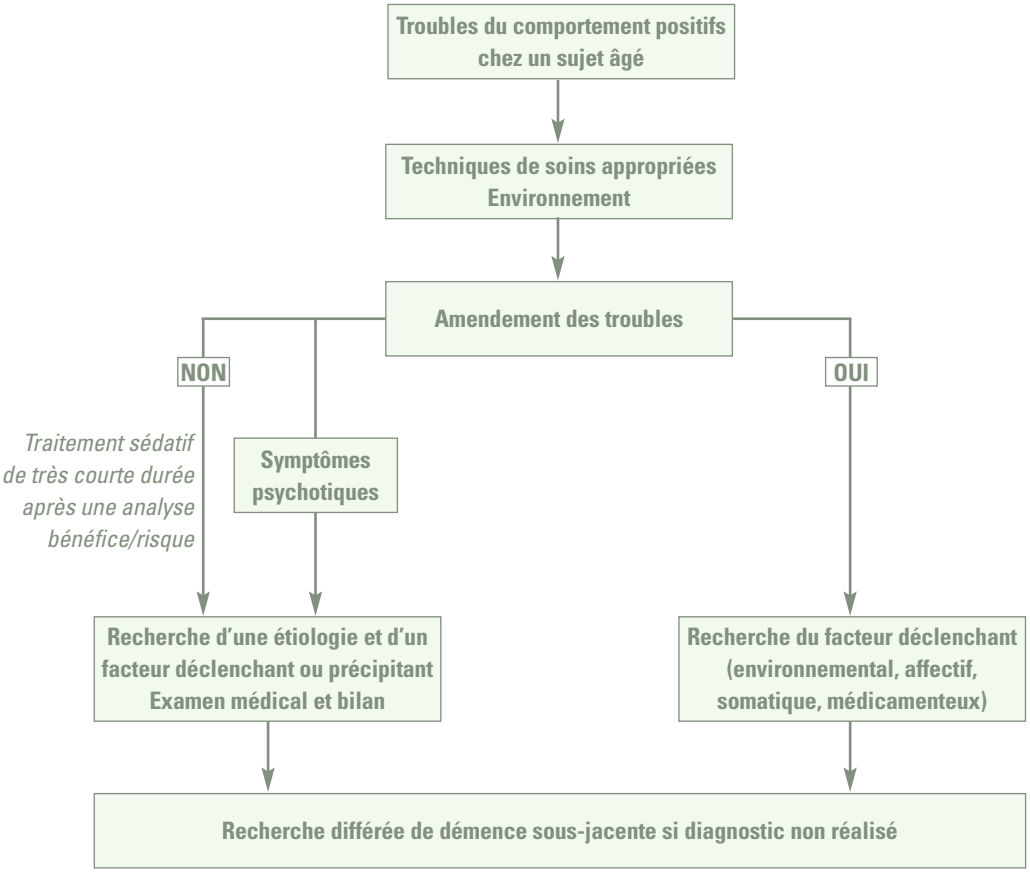
# Troubles du comportement : conduite à tenir

## DÉFINITION

L'agitation, l'agressivité, les déambulations, les réactions d'opposition, les troubles psychotiques sont les troubles du comportement susceptibles de perturber la vie en collectivité et parfois de mettre en danger la personne elle-même ou l'entourage. Ces troubles surviennent de façon prépondérante à certains moments tels que la toilette. Ces troubles ont un impact important sur les soignants.

Parmi les personnes âgées vivant en EHPAD et souffrant de maladies d'Alzheimer ou apparentées, 85% d'entre elles présentent des troubles du comportement. Il peut s'agir d'une agitation (activité verbale, vocale ou motrice inappro-priée), d'une agressivité physique ou verbale, de comportements d'errance ou de "fugue", ou d'opposition (refus du patient, notamment refus de soins, d'alimentation, de coopérer).
Il peut s'agir enfin de symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations).

## CONDUITE À TENIR



## PRÉVENTION

- L'environnement rassurant et calme, l'attitude des soignants, la tolérance par la structure de la déambulation, l'organisation du travail permettant, en cas de refus de soins de revenir plus tard, l'existence d'activités physiques ou d'animations, de techniques de soins appropriées (exemple : la douche adaptée à la personne ou le bain au lit), diminuent de 53 à 60% l'apparition d'agressivité pour une augmentation du soin de 2 à 3 minutes.

Les traitements pharmacologiques au long cours n'apportent que peu de bénéfices et accélèrent l'évolution de la maladie. La prise en charge non médicamenteuse doit donc être privilégiée et nécessite une formation des soignants.

## EN CAS DE SURVENUE DE TROUBLES DU COMPORTEMENT

- L'attitude du soignant et sa connaissance des techniques de prise en charge durant les premiers instants sont essentielles. Dans les premières minutes, une attitude et atmosphère calmes et rassurantes, la recherche rapide de causes évidentes (mauvaise installation, fièvre, entrave…) sont à privilégier.
  Passer quelques minutes de plus lors de la survenue de ces troubles peut faire gagner beaucoup de temps par la suite.
  Le caractère "dangereux" pour la personne ou son entourage doit être réellement évalué en équipe.
  De même l'existence ou non de symptômes psychotiques est recherchée.

La prise en charge de cette personne doit alors être modifiée : participation à des activités (gymnastique, sorties, musicothérapie, relaxation…), modification des horaires de prise en charge, réflexion en équipe sur les modalités de prise en charge…
Le traitement médicamenteux ne sera prescrit qu'après évaluation du rapport bénéfice/risque individuel, sachant que le bénéfice est de courte durée et modéré, alors que les risques lors d'un traitement au long cours sont importants.
La prescription est donc très limitée dans le temps et réévaluée fréquemment.

## LA CONTENTION PHYSIQUE RISQUE D'AGGRAVER LA SURVENUE D'UNE AGITATION ET D'ENTRAÎNER UN CERCLE VICIEUX.

- La recherche d'un facteur déclenchant et d'une étiologie par un examen clinique est complétée par un bilan : recherche de douleur ou d'inconfort, changement de traitement, conditions de survenue, température, et dans un deuxième temps, bilan paraclinique en fonction de l'examen clinique…

## POUR EN SAVOIR PLUS

**Benoit M., Arbus C., Blanchard F., Camus V., Cerase V., Clément JP. et al.**
Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences.
Rev Gériatr 2007 ; 31 (9) : 1-7.

**Milisen K., Lemiengre J., Braes T., Foreman M. D.**
Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people : systematic review.
J Adv Nurs 2005 ; 52 (1) : 79-90.

**Alexopoulos GS., Streim J., Carpenter D., Docherty JP., Expert Consensus Panel for Using.**
Antipsychotic Drugs in Older Patients. Using antipsychotic agents in older patients. J Clin Psychiatry 2004 ; 65 Suppl 2 : 5-99.

**Sloane PD., Hoeffer B., Mitchel CM.**
Effect of person-centered showering and the toxel bath on bathing-associated aggression a agitation and discomfort in nursing home residents with dementia.
Journal of the American geriatrics society 2004 ; 52 (11) : 1795-1804.

### CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES FAVORISANT UN ÉTAT D'AGITATION

**RELATIONS INTERINDIVIDUELLES**
- La mise en échec.
- Une sollicitation incessante.
- Des réactions brutales de membres de l'équipe ou de la famille.
- Une expression verbale complexe peu compréhensible pour le patient.
- Un comportement infantilisant.
- L'agitation d'autres patients.

**ENVIRONNEMENT MATÉRIEL**
- Une ambiance bruyante (télévision, visites de familles…).
- Des locaux exigus.
- L'absence de luminosité.
- L'absence de confort (lit, siège, chauffage…).

# Volonté de la personne âgée

## Personne de confiance et directives anticipées

### FAVORISER L'EXPRESSION DE LA VOLONTÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE

▶ **Il faut favoriser l'expression de la personne malade pour préserver et respecter au mieux sa volonté**, notamment, en cas de pathologie démentielle, en prévision de la période où elle ne sera plus en état d'exprimer cette volonté et afin de ne pas reporter alors tout le poids des décisions sur d'autres. Permettre à une personne atteinte d'une pathologie démentielle d'exprimer sa volonté et ses choix de vie est une manière de lui signifier qu'elle est une personne à part entière et qu'elle le restera jusqu'à la fin, même quand l'expression verbale sera devenue impossible.

▶ La personne âgée dispose d'au moins deux dispositions réglementaires pour exprimer sa volonté :

- **les directives anticipées** ou testament de vie ;
- **la personne de confiance.**

▶ **La mise en œuvre effective de ces droits passe par :**

- la mise en place de dispositifs d'information d'aide et de conseil : formations des professionnels, procédure formalisée au sein des structures (par ex. : procédure d'information sur la personne de confiance lors de l'entrée en institution, sur la rédaction de directives anticipées pour les personnes malades) ;
- l'identification d'un interlocuteur privilégié chargé d'informer et conseiller les résidents et leurs proches.

### PERSONNE DE CONFIANCE

▶ **L'article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique (CSP), issu de la loi du 4 mars 2002, crée une nouvelle notion, la personne de confiance** (voir encadré ci-dessous).

### PERSONNE DE CONFIANCE - RÉFÉRENCES RÉGLEMENTAIRES

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

▶ Code de la Santé Publique : (Article R 710-2-3 ; Article L. 1111-6 ; Article L. 1110-4 ; Article L. 1111-4 ; Article L. 1111-6 ; Article L. 1111-7 ; Article L. 1122-1).
Art. L. 1111-6 : "Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions."
"Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement".
"Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci".

▶ **Qui peut désigner ?**

• Toute personne capable juridiquement peut désigner librement une ou plusieurs personne(s) de confiance.

• Pour les majeurs sous tutelle, il convient de distinguer selon que la désignation est antérieure ou postérieure à la mise sous tutelle de l'intéressé. En cas de litige, il appartiendra au juge des tutelles de déterminer si la désignation de la personne de confiance par le majeur placé sous tutelle est ou non valable.

▶ **Les modalités de la désignation**. La procédure de désignation de la personne de confiance est simple. La loi de 2002 n'énonce que les règles essentielles.

• En vertu de l'article L. 1111-6 du CSP, la désignation de la personne de confiance se fait **par écrit**, de façon claire et sans ambiguïté. La loi ne donne aucune précision sur la nature de cet écrit, papier libre ou formulaire pré-imprimé. Les professionnels feront en sorte de favoriser un écrit daté et signé dont la trace pourra être conservée.

• **La désignation de la personne de confiance peut intervenir à tout moment et est révocable à tout moment.**

• La question du consentement de la personne de confiance n'est à aucun moment envisagée par la loi. Un dialogue approfondi est pourtant primordial car la mission de la personne de confiance sera de respecter au mieux la volonté de la personne qui la sollicite. Une fois que la personne de confiance a été informée de sa désignation, elle doit indiquer son accord.

• Enfin, l'article R. 1112-3 du CSP précise que **l'identité de la personne de confiance est notée dans le dossier du patient.**

▶ **Rôle et obligations de la personne de confiance**

• La personne de confiance est seulement consultée. Elle ne se substitue pas au patient, même lorsque celui-ci n'est pas en état de s'exprimer. Elle s'exprime en son nom, mais toujours selon ses instructions et sans jamais consentir en lieu et place du patient.

• Son rôle varie selon l'état de santé du patient qui l'a désigné. Si le patient est lucide, la personne de confiance l'accompagne et l'assiste, le patient restant libre de décider de sa présence à chaque étape de sa maladie, pour des démarches et des entretiens. Si le patient est hors d'état de s'exprimer, le praticien consultera obligatoirement la personne de confiance, la famille, ou à défaut, les proches (art. L. 1111-4 du CSP).

• Celui qui accepte d'être personne de confiance assume une obligation juridique nouvelle qui consiste à respecter au mieux la volonté de celui qui procède à la désignation. On ne saurait accepter d'être le porte-parole du malade sans avoir un minimum de connaissances sur son histoire de vie, ses valeurs personnelles, sa volonté quant aux traitements et soins futurs.

## DIRECTIVES ANTICIPÉES

▶ **La loi n°2005-370 du 22 avril 2005 a introduit les directives anticipées** (voir encadré page suivante).

Il s'agit d'instructions que donne par avance une personne consciente, sur la conduite à tenir au cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.

Elles lui permettent de garder un contrôle sur sa fin de vie.

# Personne de confiance et directives anticipées

## DIRECTIVES ANTICIPÉES - RÉFÉRENCE RÉGLEMENTAIRE

Décret n°2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires) (Journal officiel du 7 février 2006).

Art. R. 1111-17. : "Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance".

"Toutefois lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée en application de l'article L. 1111-6, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées".

"Le médecin peut, à la demande du patient, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier de ce dernier, une attestation constatant qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées".

Art. R. 1111-18. : "Les directives anticipées peuvent, à tout moment, être soit modifiées, partiellement ou totalement, dans les conditions prévues à l'article R. 1111-17, soit révoquées sans formalité".

"Leur durée de validité de trois ans est renouvelable par simple décision de confirmation signée par leur auteur sur le document ou, en cas d'impossibilité d'écrire et de signer, établie dans les conditions prévues au second alinéa de l'article R. 1111-17. Toute modification intervenue dans le respect de ces conditions vaut confirmation et fait courir une nouvelle période de trois ans".

"Dès lors qu'elles ont été établies dans le délai de trois ans précédant soit l'état d'inconscience de la personne, soit le jour où elle s'est avérée hors d'état d'en effectuer le renouvellement, ces directives demeurent valides quel que soit le moment où elles sont ultérieurement prises en compte.

"Art. R. 1111-19. - Les directives anticipées doivent être conservées selon des modalités les rendant aisément accessibles pour le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement dans le cadre de la procédure collégiale définie à l'article R. 4127-37.

"A cette fin, elles sont conservées dans le dossier de la personne constitué par un médecin de ville, qu'il s'agisse du médecin traitant ou d'un autre médecin choisi par elle, ou, en cas d'hospitalisation, dans le dossier médical défini à l'article R. 1112-2".

"Toutefois, les directives anticipées peuvent être conservées par leur auteur ou confiées par celui-ci à la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 ou, à défaut, à un membre de sa famille ou à un proche. Dans ce cas, leur existence et les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont mentionnées, sur indication de leur auteur, dans le dossier constitué par le médecin de ville ou dans le dossier médical défini à l'article R. 1112-2".

"Toute personne admise dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social peut signaler l'existence de directives anticipées ; cette mention ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont portées dans le dossier médical défini à l'article R. 1111-2".

"Art. R. 1111-20. - Lorsqu'il envisage de prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement en application des articles L. 1111-4 ou L. 1111-13, et à moins que les directives anticipées ne figurent déjà dans le dossier en sa possession, le médecin s'enquiert de l'existence éventuelle de celles-ci auprès de la personne de confiance, si elle est désignée, de la famille ou, à défaut, des proches ou, le cas échéant, auprès du médecin traitant de la personne malade ou du médecin qui la lui a adressée".

"Le médecin s'assure que les conditions prévues aux articles R. 1111-17 et R. 1111-18 sont réunies".

## DIRECTIVES ANTICIPÉES

- Les directives anticipées doivent être **facilement accessibles**. Elles peuvent être conservées en plusieurs exemplaires (par l'auteur lui-même, dans un dossier médical, par la personne de confiance, par un membre de la famille et/ou par un proche). Dans tous les cas, l'existence de ces directives doit être mentionnée dans le dossier médical du patient.
- **Plus les instructions inscrites dans une directive anticipée seront précises et détaillées, sans ambiguïté d'interprétation, mieux les équipes de soins pourront les appliquer**. Elles peuvent mentionner les valeurs philosophiques, religieuses et culturelles de la personne, les personnes admises ou non dans l'environnement proche de la personne, le choix des professionnels, le choix du lieu de vie et le choix de l'établissement d'accueil s'il y a lieu, le choix du tuteur pour la gestion des biens et du patrimoine, l'autorisation ou non de recourir à certaines techniques de soin (dialyse, sonde de nutrition, gastrostomie, etc.), les souhaits quant aux traitements et à la fin de vie, les modalités des obsèques, le désir éventuel de faire un don d'organes et/ou un don du corps à la science, etc.
- **Elles ne peuvent pas tout prévoir**. Elles ne doivent donc pas être considérées comme figées et s'imposer sans possibilité de remise en question. Il s'agit bien d'une expression relative à un moment donné, la personne pouvant évoluer dans ses choix. Des révisions doivent être possibles, tant de la part de la personne que de celle de son entourage ou des professionnels si les désirs, les injonctions du passé sont devenus impossibles à tenir.
- **Une directive anticipée ne s'impose pas au médecin ;** elle a une valeur indicative, la responsabilité de la décision ultime appartenant au médecin. Elle est toutefois prise en compte dans le cadre de la procédure collégiale mise en œuvre par le médecin préalablement à sa décision de limitation ou d'arrêt d'un traitement.