RECUEIL DE DONNÉES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES

Equipe de gériatrie aux soins aigus (EGSA)

Sophie Sieber

Yverdon, le 28.07.2020

Table des matières

Introduction 4
But de l'intervention 4
Moyens de récolte de données 4
Point faible de l'intervention 4
Un peu de théorie 4
Hétérogénéité de la population âgée 4
La fragilité 5
Définition 5
Cinq facteurs 5
Le déclin fonctionnel 5
Définition 5
Les syndromes gériatriques 6
Définition 6
Liste des syndromes 6
Projet gériatrie intra-hospitalier – aperçu 6
Détection aux urgences 6
Des urgences au service de chirurgie orthopédique 6
Observations et propositions d'améliorations 7
Les transmissions 7
Transmission orales et écrites 7
Transmissions pour le suivi des problématiques gériatriques en lien avec les syndromes gériatriques 8
Les soins 10
Alimentation 10
Hydratation 10
Soins de bouche 10
Prise des traitements 10
Réafférentation 11
Evaluation de la douleur 11
Soins d'hygiène 11
Contentions 11
L'environnement 12
Pipettes 12

Chaises percées 12
Tapis sonnettes 12
Chaussures adaptées 12
Horloges et calendriers 12
Tournée des boissons 12
Prise en charge de l'ECA 13
Définition - critères 13
Facteurs prédisposants 13
Facteurs précipitants 13
Prévention de l'ECA 14
Interventions – quand l'ECA est présent 15
Prise en charge du déclin fonctionnel 15
Remarques 15
Ce que peut offrir l'EGSA 15
Remerciements 16
Références bibliographiques 17

Introduction

But de l'intervention

Une demande de la part de la direction des soins a été formulée pour apporter un soutien à l'équipe de chirurgie orthopédique au sujet des prises en charge gériatriques complexes. Le but de ce rapport est de faire un retour sur les observations réalisées dans le service et de formuler des recommandations de prise en charge des personnes âgées.

Moyens de récolte de données

Les données ont été récoltées au moyen : de journées d'observations, de suivis de tournées en chambre (tournée de 14h00) et de plusieurs passages dans le service afin de répondre à d'éventuelles questions. L'information a aussi été recueillies lors de discussions informelles avec différents membres de l'équipe (aides, ASSC, infirmier-ères).

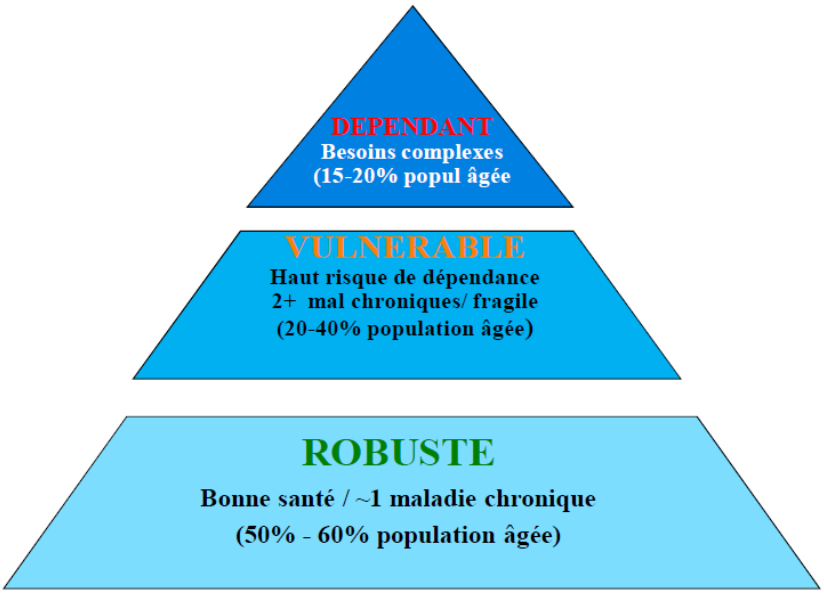
Les journées d'observations ont eu lieu du côté de la traumatologie car c'est dans cette partie du service que les soignants rencontrent le plus de difficulté avec la prise en charge des personnes âgées.

Point faible de l'intervention

Il va sans dire que ma présence n'a pas été assez longue pour avoir une vision d'ensemble et avoir un aperçu exhaustif des prises en charge gériatriques. Il n'a, par ailleurs, pas été possible de rencontrer l'équipe dans son entier et de voir les pratiques de chacun. Cependant, le recueil de données a permis de faire un premier pointage de ce qui pourrait être amélioré.

Un peu de théorie

Hétérogénéité de la population âgée



« Politique cantonale Vieillissement et Santé », 2012

Ce graphique nous montre l'hétérogénéité que l'on retrouve dans la population âgée. Les personnes âgées robustes sont indépendantes, en bonne santé et vivent à domicile. Celles qui sont fragiles (vulnérables) peuvent commencer à montrer des difficultés fonctionnelles au niveau des activités de la vie quotidienne (AVQ). Les personnes dépendantes ont besoin d'aide dans les AVQ à cause d'un déclin physique ou psychique (Büla et al, 2012).

Si une personne qui est **« robuste »** fait face à un événement de santé défavorable comme une infection urinaire, par exemple, elle va peu diminué du point de vue fonctionnel. Elle restera indépendante et se remettra plus vite sans avoir rien perdu au niveau fonctionnel. Au contraire s'il arrive la même chose à une personne déjà **« fragile »** (vulnérable), elle deviendra temporairement dépendante. Elle pourra redevenir indépendante mais cela prendra plus de temps et elle n'atteindra plus l'état où elle se trouvait avant l'infection urinaire. Elle aura perdu au niveau de sa réserve fonctionnelle (Clegg A et al., 2013).

Dans votre service, vous rencontrez ces trois types de personnes. Les approches doivent être adaptées aux capacités et aux besoins de chacun.

La fragilité

Définition

« C'est un stade de vulnérabilité physiologique lié à l'âge entraînant un affaiblissement de l'homéostatique (homéostasie : capacité à maintenir l'organisme en état de fonctionner) et une diminution de la capacité de l'organisme à résister au stress » (Fried et al, cité dans Félix S et al, 2014, p.41).

Cinq facteurs

1. Problèmes médicaux : p. ex. instabilité médicale, mauvaise adhérence au traitement
2. Problèmes fonctionnels physiques : p. ex. chutes à répétitions, dépendance dans plus de 4 AVQ
3. Problèmes fonctionnels psychiques : p. ex. anxiété ou angoisse importante
4. Problèmes fonctionnels cognitifs : p. ex. besoin d'une guidance constante
5. Problèmes fonctionnels sociaux : p. ex. épuisement des proches, difficultés financières (Monod et al, cité dans Félix S et al, 2014, p.41)

Le déclin fonctionnel

Définition

Il se caractérise par :

1. « Des difficultés à la fois dans les AVQ de base et instrumentales et dans les activités poussées de la vie quotidienne (spécifique à chaque personne → social, loisirs, vocation → voyager, aller au restaurant, jouer au tennis). » (Reuben et al, cité dans Félix S et al, 2014, p.29)
2. « Des limitations fonctionnelles physiques avec restrictions dans les activités physiques de base, incluant la fonction des membres supérieurs et inférieurs » (Reuben et al, cité dans Félix S et al, 2014, p.29)

Les syndromes gériatriques

Définition

Les syndromes gériatriques sont « des conditions de santé multifactorielles qui se produisent lorsque les effets cumulés des déficiences de plusieurs systèmes rendent une personne âgée vulnérable aux défis situationnels » (Tinetti et al, 1995).

Liste des syndromes

- Troubles de la vision et de l'audition
- Incontinence des urines et/ou des selles
- Dénutrition protéino-calorique
- Troubles de la marche et de l'équilibre (chutes)
- Inactivité
- Déficits cognitifs (Etat Confusionnel Aigu et démence)
- Dépression
- Insomnie
- Complications iatrogènes (surtout polymédication)
- Pauvreté
- Déclin fonctionnel (Kane et al, cité dans Félix S et al, 2014, p.52)

Il est important de connaître ces syndromes afin de pouvoir ouvrir des cibles adaptées, et de permettre un bon suivi des problématiques gériatriques.

Projet gériatrie intra-hospitalier – aperçu

Détection aux urgences

Actuellement, une détection est réalisée aux Urgences par les infirmier-ères du service. Elle se fait au moyen de l'iED-Screener©, outil de la Suite interRAI. Cet outil permet de détecter les patients étant considérés comme « fragiles ». Plus précisément, il indique le risque de survenue d'événements de santé défavorables. Un score de 1 représente un risque faible de survenue d'événements de santé défavorables, tandis qu'un score de 6 représente un risque élevé. L'équipe de gériatrie est avertie par mail lorsqu'une détection a été réalisée.

Si vous avez envie d'en savoir plus, il est possible de télécharger cette application sur votre smartphone. Le nom de l'application est InterRAI EDS.

Des urgences au service de chirurgie orthopédique

Si un patient de chirurgie orthopédique a été détecté aux Urgences, vous avez la possibilité de trouver ce score dans la feuille de tri des Urgences ou dans les cibles/macrocibles. En effet, une macrocible s'intitulant « Détection de la fragilité chez la personne âgée » est créée par l'équipe de gériatrie à chaque fois que le patient est hospitalisé. Plus le score est élevé, plus votre patient a un risque de

survenue d'événements de santé défavorables. Des actions préventives doivent donc être mises en place !

Observations et propositions d'améliorations

Les transmissions

Transmission orales et écrites

Il serait utile de pouvoir mieux suivre les problématiques gériatriques au niveau des transmissions ciblées. Les transmissions ciblées pourraient être plus détaillées afin de permettre un meilleur suivi et une meilleure connaissance de la situation du patient. De plus, quand vous faites quelque chose pour un patient, il est important de noter le résultat que vous avez obtenu. Si un patient présente de l'agitation, il faudra noter que vous avez passé du temps auprès de lui et que cela l'a calmé par exemple. Si vous avez donné un médicament pour diminuer l'agitation, il faudra aussi noter l'effet de ce traitement. Ce suivi permet aux collègues de savoir ce qui a fonctionné et comment agir si la situation se présente à nouveau.

Les transmissions orales pourraient également être davantage basées sur les problématiques gériatriques. Par exemple, si un patient a de la difficulté à s'hydrater, il faudra planifier des passages réguliers en chambre pour stimuler l'hydratation. Ces interventions devraient être discutées et planifiées en binôme.

Transmissions pour le suivi des problématiques gériatriques en lien avec les syndromes gériatriques

Syndromes gériatriques	Transmissions ciblées	Donnée	Actions
Dénutrition	Alimentation déficiente	Depuis combien de temps, Quelle quantité de l'assiette est mangée, Dégoût ?, Altération du goût ?, Préférences ?, Texture ?, Douleurs ?, Manque d'intérêt pour la nourriture ?, Perte de poids ?, Prothèses dentaires adaptées ?,…	Quantifier nourriture ingérée, **Evaluation par la diététicienne**, Aider le patient pour s'alimenter et/ou aide pour la mise en place ?,…
	Difficultés à s'alimenter	Décrire les difficultés : visuelles, motrices,…	Aides à mettre en place : tour d'assiette, services adaptés,… ; Surveillance afin de pallier aux difficultés,…
	Troubles de la déglutition	Quelles sont les symptômes : impression que quelque chose reste bloqué ?, refus de manger ?, prise de petites quantités ?, déglutition fragmentée ?, difficulté à vider la cavité buccale ?, toux ?, étouffement ?, infections pulmonaires récurrentes ?,…	**A faire évaluer par le physiothérapeute** Faire attention à la position du patient lors des repas : si le patient est alité = Surélever tête du lit pendant alimentation et laisser dans cette position au moins 30 min après le repas, Réduire les stimuli autour du patient afin qu'il puisse se concentrer, Laisser le temps, …
Déshydratation	Difficultés à s'hydrater	Quantité bue en 24h, Besoin d'aide pour boire ?, Besoin d'un verre adapté ?,…	Noter heure/date sur la bouteille d'eau, Stimuler la personne, Passages réguliers en chambre, Préférences et goûts de la personne (ajout de sirop dans la bouteille d'eau p.ex.), Bilan hydrique si besoin, Verre adapté,…
Insomnie	Habitudes de sommeil perturbées	Sommeil non satisfaisant ?, Plaintes de ne pas être reposé ?, Réveils fréquents ?, Difficultés à s'endormir (plus de 30 min) ?,… **A savoir qu'un pourcentage élevé de personnes âgées souffrent de troubles du sommeil.**	Associé à un problème sous-jacent ? (nycturie,…), Consommation de caféine/alcool ?, Limiter les apports liquidiens avant le coucher, Approches non médicamenteuses, Besoin d'un médicament ?,…
Incontinence	Incontinence des urines	Connu depuis le domicile ?, Degré d'invalidité ?, Type d'incontinence ?,…	Type de protection utilisée, Installer le patient régulièrement aux toilettes (schéma WC), Surveillance de l'état de la peau,…
Déficits cognitifs	Agitation	Connue d'avant l'hospitalisation ?, Qu'est-ce qui provoque l'agitation, Qu'est-ce qui la soulage ?,…	Mesures non-médicamenteuses, Mesures médicamenteuses si besoin, Approche adaptée (attitude rassurante, prendre le temps, environnement hypo-stimulant,…), Besoins non satisfaits ? (transit, envie d'uriner, douleurs,…),…

	Agressivité	Connue d'avant l'hospitalisation ?, Qu'est-ce qui provoque l'agressivité ?, Qu'est-ce qui la soulage ?,…	Mesures non-médicamenteuses, Mesures médicamenteuses si besoin, Approche adaptée (attitude rassurante, prendre le temps, environnement hypo-stimulant,…), Besoins non satisfaits ? (transit, envie d'uriner, douleurs,…),…
	Désorientation	Connue d'avant l'hospitalisation ?, Dans quel mode (espace, temps, personne) ?,…	Réorienter fréquemment sur la journée, Aides à disposition (calendrier, agenda, horloge, montre,…), Rassurer le patient…
	Trouble de la mémoire	Les troubles ont-ils été diagnostiqués?, Comment se présentent-ils ?, Qu'est-ce qui rassure la personne ?	Encourager les visites des proches, Amener quelques objets familiers (photos, …), Prendre le temps,…
Troubles de la marche et de l'équilibre (TME)	Difficulté à la marche	Comment se présente les difficultés ?, Facteurs favorisants (troubles visuels, douleurs,…),…	Diminuer le risque de chute (chaussures adaptées,…), **Evaluation par le physiothérapeute**,…
	Difficulté lors d'un transfert	Quel transfert pose problème ?, Comment se passe le transfert ?, Facteurs favorisants (démence, présence de plusieurs tubulures,…),…	**Evaluation par le physiothérapeute,** Surveillance/aide lors des transferts,…
	Risque de chute	Evaluation du degré et de l'origine du risque, Le patient a-t-il déjà chuté à son domicile ?,…	Investiguer les différents facteurs de risque et mettre en place les mesures préventives, Eviter au maximum les contentions,…
Autres	Douleur	Facteurs déclenchants, Intensité, Description de la douleur faite par le patient,…	Evaluer avec échelle adaptée régulièrement (EVA, Algoplus,…), Approches non médicamenteuses et médicamenteuses mises en place,…
	Risque d'atteinte de l'intégrité de la peau	Facteurs de risque (incontinence, malnutrition, alitement,…),…	Surveiller l'état de la peau, Changement de position, Matelas anti-escarre,…
	Constipation/risque de constipation	Dernière selle, Fréquence habituelle, Habitudes du patient, Facteurs (alimentation, hydratation, manque de mobilisation,…),…	Stimuler hydratation, Mobilisation, Si possible installer le patient en position assise,…
	Anxiété	Facteurs déclenchants, Décrire les sentiments exprimés par le patient,…	Rechercher s'il y a des besoins non satisfaits, Evaluer le degré (légère, modérée, grave, panique), Faire preuve d'empathie, Se montrer disponible, …

Liste non exhaustive des transmissions ciblées, en lien avec les syndromes gériatriques. Les transmissions sont tirées de la liste des cibles FHV. Pour celles qui sont des diagnostics infirmiers les informations sont tirées de Doenges et al, 2009.

Les soins

L'équipe compte plusieurs soignants qui ont déjà eu une expérience antérieure en gériatrie. Tandis que d'autres sont moins familiarisé avec ce domaine. Comme déjà mentionné, il semblerait que les prises en charge des patients soient plutôt "soignant-dépendant" et il serait utile d'en uniformiser certaines. Ici vous trouverez un récapitulatif des remarques déjà faites, ainsi que de nouvelles observations.

Alimentation

- Les patients ne sont pas systématiquement installés correctement pour manger. Il m'est arrivé de voir certains patients installés au lit en étant trop bas. Dans la mesure du possible, il faudrait les installer à table. Si ce n'est pas possible, il faudrait veiller à ce qu'il ait une position adaptée afin de pouvoir manger dans de bonnes conditions.
- Certains patients ne sont pas en possibilité d'ouvrir le beurre, la confiture ou de sortir les couverts de leur emballage. Une patiente m'a sollicitée lorsque j'étais en chambre pour ouvrir son beurre car elle n'arrivait pas à le faire et que la personne qui avait déposé le plateau n'y avait pas pensé.

➢ Actions : Installer le patient confortablement, aide à la mise en place au niveau du plateau repas !

Hydratation

- La date n'est pas inscrite automatiquement sur les bouteilles d'eau en chambre (difficultés d'évaluation de la quantité de liquide ingérée sur la journée chez des patients âgés qui ont déjà une altération de la sensation de soif, et chez qui une bonne hydratation est nécessaire sauf contrindications médicales bien entendu).
- Les verres ne sont pas forcément adaptés pour les patients (il faudrait évaluer si les patients sont capables d'utiliser le verre normale ou sinon proposer plutôt un verre à encoche ou une pipette).

➢ Actions : Inscrire date et heure sur les bouteilles d'eau en chambre, donner un verre adapté pour permettre une hydratation adaptée, tournée boissons rapidement mise en place → Bravo !!

Soins de bouche

- J'ai vu la réalisation de soins de bouche avec le spray d'eau Evian. Bien que cela puisse être adapté dans certaines situations, je pense que dans d'autres il faudrait privilégier l'utilisation de bâtonnets et de la solution de soins de bouche.

➢ Actions : Utilisation des bâtonnets et de la solution chez les patients qui ne sont pas en capacité de maintenir une hygiène bucco-dentaire adaptée et chez qui le brossage de dents n'est pas possible.

Prise des traitements

- Les médicaments ne sont pas automatiquement déblistérés. Certains patients ne sont pas capables de les déblistérer seuls et ne sont pas non plus capables de les prendre seuls. Une présence lors de la prise peut être nécessaire (selon votre évaluation).

- Actions : Déblistérer les médicaments, surveiller la prise, voir si difficultés lors de la prise, si oui adaptation de la galénique.

Réafférentation

- Il serait pertinent d'avoir des calendriers et horloges dans les chambres afin de permettre aux patients de s'orienter (Ludivine et Méris sont en train de voir ce qui pourrait être fait). Des "fiches de réafférentation spatiale" sont à disposition dans le service pour les patients désorientés, n'hésitez pas à les utiliser chez les patients qui en ont besoin. Les patients ne sont pas régulièrement réafférentés. Pour les patients chez qui cela est nécessaire, il faudrait planifier à l'intérieur du binôme qui s'occupe de faire des passages plus réguliers dans la chambre.

- Actions : Passage régulier en chambre chez les patients qui ont besoin d'être orienté/réorienté, s'ils ont une montre et si c'est possible encourager le port de la montre.

Evaluation de la douleur

- La douleur n'est pas toujours évaluée avec une échelle adaptée. J'ai parfois vu des évaluations de la douleur réalisée avec l'échelle visuelle analogique (EVA ou VAS) chez des patients avec des troubles cognitifs avancés. L'Algoplus est à privilégier, voire la Doloplus.

- Actions : Evaluations régulières avec l'échelle la mieux adaptée au patient, proposer des interventions non-pharmacologiques pour gérer la douleur (poche à glace,…), proposer des réserves si besoin.

Soins d'hygiène

- Les patients plus dépendants ne sont pas toujours encouragés à « faire par eux-mêmes ». Il est important de favoriser l'autonomie des patients lors des soins d'hygiène par exemple, afin de limiter le déclin fonctionnel et maintenir les acquis.

- Actions : Encourager les patients à faire leurs soins d'hygiène, encourager au minimum les patients à se laver le visage et le haut du corps, possible d'initier le mouvement.

Contentions

- Un retour avait été fait au niveau des contentions et disait que des contentions physiques pouvaient être rapidement mises en place chez des patients âgés agités. Après mes visites dans le service et en discutant également avec certains soignants, les contentions ne semblent pas être utilisées de manière abusive. Cependant, il ne semble pas y avoir de procédure. La mise en place d'une contention nécessite en général un ordre médical et il faudrait avoir une trace dans le dossier avec notamment la recension des mesures alternatives qui n'ont pas fonctionné. De plus, d'autres alternatives doivent régulièrement être explorées. A ne pas oublier qu'il faut également surveiller la personne lors de la contention (RNAO, 2012).

- Actions : Revoir la procédure de la mise en place des contentions, avoir une trace dans le dossier.

L'environnement

Pipettes

Il n'y a pas assez de pipettes dans le service pour les patients qui en ont besoin. Les soignants doivent aller en chercher dans le service de médecine.

- Actions : Une commande a été faite par l'ICUS. A suivre.

Chaises percées

Il n'y a que deux chaises percées pour tout le service dont une qui est très haute et qui n'est donc pas adaptée à tous les patients. Il n'y aurait pas assez de réhausseurs pour les patients opérés de prothèse totale de hanche (PTH).

- Actions : A rediscuter en équipe pour voir les besoins du service.

Tapis sonnettes

Un seul tapis sonnette est à disposition dans le service. Selon plusieurs soignants, ce n'est pas suffisant. En effet, si le but est de diminuer l'utilisation des contentions physiques, le recours au tapis sonnette est une bonne alternative.

- Actions : A rediscuter en équipe pour voir combien de tapis seraient nécessaires.

Chaussures adaptées

J'ai vu que les chaussettes anti-glisse étaient utilisées chez certains patients. Pour rappel, il faudrait privilégier le port de chaussures adaptées. Si le patient n'en a pas, il faudrait demander aux proches d'en apporter dans la mesure du possible.

Horloges et calendriers

Demande faite, en attente.

Tournée des boissons

La tournée des boissons a été mise en place récemment. Plusieurs points problématiques ont été soulevés comme :

- Présence d'un seul frigo pour les soignants et les patients. Le frigo n'est pas forcément adapté (pas assez de place pour toutes les bouteilles)
- Charriot pas forcément adapté
- Actuellement, le service hôtelier demande aux soignants ce dont ils ont besoin pour cette tournée, mais ce n'est pas encore systématique et il manque parfois certaines boissons.

- Actions : A rediscuter en équipe pour savoir comment faire au niveau de la commande pour ne manquer de rien. Il faudrait éventuellement réaménager le frigo pour pouvoir maintenir les boissons ouvertes au frais.

Prise en charge de l'ECA

Il est ressorti de la part de plusieurs personnes, que ce qui posait le plus de problèmes à l'équipe soignante, dans les prises en charge des personnes âgées, étaient les patients qui présentaient de l'agitation et/ou de la confusion. Dans cette partie, vous trouverez quelques éléments sur l'ECA.

Définition - critères

1. Altération de l'état de conscience, difficulté à maintenir l'attention
2. Atteintes cognitives (p.ex. troubles mémoire, désorientation) ou des perceptions (p.ex. hallucinations)
3. Installation rapide et fluctuation sur la journée
4. Attribuable à une cause somatique (Voyer, 2006)

Facteurs pré-disposants

Il s'agit de la vulnérabilité du patient (Voyer, 2006).

- Age avancé
- Troubles cognitifs/Démence
- Dépression
- Déficits sensoriels
- Déshydratation/Dénutrition
- Polymorbidité
- Polymédication

Facteurs précipitants

Il s'agit des éléments qui font partie de l'environnement du patient (Voyer, 2006).

- Pathologies aigues : cardiaques, pulmonaires, infectieuses…
- Troubles électrolytiques
- Médicaments (changement, sevrage), sevrage en lien avec dépendance
- Douleur
- Rétention (urinaire, fécalome), troubles du transit
- Chirurgie
- Fracture de la hanche
- Stress, Environnement inadapté, inhabituel
- Privation de sommeil
- Immobilisation (alitement, contention)
- Contention

Prévention de l'ECA

Facteurs de risque	Interventions
Troubles cognitifs, démence, désorientation	• Orienter/réorienter les patients • Environnement (luminosité adéquate, horloges, calendriers) • Eviter les changements de chambre non nécessaires • Avoir une communication claire
Isolement	• Encourager les visites des proches
Déficits sensoriels	• S'assurer que les « aides » visuelles et auditives fonctionnent (lunettes propres, appareils auditifs → attention aux piles) • Luminosité adéquate
Cathéter urinaire	• Eviter les cathéters non nécessaires • Les retirer dès que possible
Déshydratation et/ou constipation	• Assurer un apport hydrique suffisant • Attention aux facteurs qui augmentent le risque de déshydratation (p.ex. prise de diurétiques, diarrhées, pneumonie, …)
Mauvaise alimentation	• Prothèses dentaires ajustées • Aider pour l'ouverture des emballages, mise en place • Si possible encourager la présence de la famille lors des repas pour aider à l'alimentation
Douleur	• Evaluer, surveiller et contrôler la douleur
Perturbations ou manque de sommeil	• Promouvoir un sommeil de qualité • Utiliser des méthodes non-pharmacologiques • Eviter les soins ou les actes médicaux durant les heures de sommeil • Réduire le bruit et la luminosité durant les heures de sommeil
Immobilisation ou mobilité réduite	• Eviter les contentions • Minimiser l'utilisation de dispositifs médicaux (IV, cathéters,…) qui peuvent réduire la mobilité • Encourager la mobilisation : marche, activités d'auto-soins,… • Aides appropriées à la marche, si besoin • Encourager la mobilisation rapidement après la chirurgie

(RNAO, 2012)

Interventions – quand l'ECA est présent

- Identifier les causes sous-jacentes et les facteurs contributifs au moyen de l'évaluation clinique et en collaboration interprofessionnelle.
- Avoir des interventions adaptées pour gérer activement l'ECA en collaboration avec le patient, ses proches et l'équipe interprofessionnelle.
    - Traitement des causes sous-jacentes
    - Interventions non pharmacologiques : Il n'y a pas de consensus dans la littérature pour savoir si les actions de prévention de l'ECA sont également utiles une fois que l'ECA est présent chez un patient. Cependant, le panel d'experts recommande de continuer avec ses mesures tant qu'elles sont souhaitables pour le patient.
    - Utilisation appropriée de médicaments pour soulager les symptômes de l'ECA et/ou la gestion de la douleur.
    - Inclure la famille : Cela peut permettre d'assurer la sécurité du patient. Si un membre de la famille peut être présent il est important de lui fournir un enseignement en lien avec l'ECA (RNAO, 2012).

Chez les patients souffrant de troubles cognitifs, les proches ont un rôle important à jouer. En effet, ils savent en général comment le patient se comporte à domicile et ils peuvent donc aider à faire la différence entre un ECA et les troubles cognitifs.

Prise en charge du déclin fonctionnel

Afin d'éviter que les patients fragiles (vulnérables) deviennent dépendants, les soignants ont un rôle à jouer. Toutes les interventions que vous mettez en place dans le but de prévenir l'ECA sont valables pour prévenir le déclin fonctionnel. Certaines autres mesures peuvent également être ajoutées. Il est notamment important de maintenir les acquis des personnes âgées. Par exemple, lors de la toilette, il faudrait encourager les patients à faire par eux-mêmes le maximum.

Remarques

Plusieurs propositions ont déjà été mises en place par l'équipe. Plusieurs soignants m'ont confié que la charge de travail avait diminué depuis la présence du Covid. Cette diminution leur permet de mettre en place les propositions plus facilement. En ce qui concerne la tournée des boissons, beaucoup s'accordent à dire que cela n'aurait pas été possible de la faire avant le Covid. Quand la charge aurait réaugmenté, les propositions devront être rediscutées en équipe afin de voir comment faire pour maintenir leur mise en place.

Ce que peut offrir l'EGSA

Actuellement, l'EGSA est en restructuration. En effet, ma collègue Nathalie Henrioud sera seule infirmière de l'équipe à partir du 29 juillet et ce pour une durée indéterminée. Une réflexion est en cours pour un futur engagement. Actuellement l'équipe n'est donc pas en mesure d'offrir une présence régulière dans le service. Nathalie reviendra vers vous à partir du 1er septembre pour

présenter l'organisation de l'équipe de gériatrie aux soins aigus dans l'intervalle elle reste à disposition si besoin.

Remerciements

Un grand merci à l'équipe pour sa disponibilité et sa sympathie lors de mes passages dans leur service.

Références bibliographiques

- Büla C et al. Politique cantonale Vieillissement et Santé [En ligne]. 2012 [cité le 27 juillet 2020]. Disponible: https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/rapport_version_finale-11janv2012.pdf
- Clegg A et al. Frailty in elderly people. Lancet. 2013;381:752-62. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9
- Doenges, Moorhouse, Geissler-Murr. Diagnostics infirmiers: Interventions et bases rationnelles. 2ème éd. Bruxelles : Editions De Boeck Université ; 2009.
- Félix S, Guillemin P, Lleshi E, Rivier E. Evaluation gériatrique globale. 2ème éd. Chêne-Bourg : Editions Médecine & Hygiène ; 2014.
- Registered Nurses'Association of Ontario. Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults : Assessment and Care. 2nd ed. Toronto : Registered Nurses'Association ; 2016.
- Registered Nurses'Association of Ontario. Promoting Safety: Alternative Approches to the Use of Restraints. Toronto : Registered Nurses'Association ; 2012.
- Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, et al. Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes. JAMA 1995;273(3):1348–1353. [PubMed:7715059]
- Voyer P. Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Québec : Editions ERPI ; 2006.