

11^e Journée
de Formation
et d'Échanges

HYGIÈNE RISQUES ET QUALITÉ CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

27 SEPTEMBRE 2012
NÎMES - NOVOTEL ATRIA

PROGRAMME DÉFINITIF ET RÉSUMÉS DES INTERVENTIONS

Comité scientifique

Dr Albrand (Lyon) - Dr André-Fouët (Lyon) - Pr Belmin (Paris) - Pr Berthelot (Saint-Étienne)
Pr Blanchard (Reims) - Pr Bonnefoy (Lyon) - Pr Bocker (Nice) - Dr Cazaban (Nîmes)
Dr Comte (Lyon) - Pr Couturier (Grenoble) - Pr Fabry (Lyon) - Pr Gavazzi (Grenoble)
Pr Gonthier (Saint-Étienne) - Dr Hajjar (Valence) - Pr Jonquet (Montpellier)
Pr Krolak-Salmon (Lyon) - M. Lecomte (Lyon) - Dr Mallaret (Grenoble)
Pr Rabaud (Nancy) - Dr Savey (Lyon) - Pr Sotto (Nîmes) - Dr Talon (Besançon)
Pr Vanhems (Lyon) - Pr de Wazières (Nîmes) - Dr Wolmark (Paris)

Comité d'organisation

Pr Fabry, Pr de Wazières, Dr Cazaban, Dr Savey, Pr Sotto

coorganisée par Health & Co, le CCLIN sud-est
et les Sociétés de Gériatrie et Gérologie du sud-est



SOCIÉTÉS
DE GÉRIATRIE
ET DE GÉRONTOLOGIE
DU SUD-EST

HEALTH & CO

**11^e Journée
de Formation
et d'Échanges**



HYGIÈNE RISQUES ET QUALITÉ CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

**27 SEPTEMBRE 2012
NÎMES - NOVOTEL ATRIA**

Health & Co, le CCLIN sud-est et les Sociétés de Gériatrie et Gériatrie du sud-est remercient tout particulièrement les entreprises et laboratoires qui ont participé à cette journée, en réservant un stand, en insérant un document dans la pochette des participants ou en mettant à leur disposition des stylos :

- C.CLIN SUD EST
- GEORGIA PACIFIC - LOTUS PROFESSIONAL
- GILBERT (Laboratoire)
- HYGIENES
- INTER.MED (Laboratoires)
- JYP - ASEPTAIR
- OXYPHARM
- PALL MEDICAL
- RISQUES & QUALITE
- SANOFI PASTEUR MSD
- SOLVIREX (Laboratoire du)

SOMMAIRE

9 h 00 Séance plénière

Le pied de la personne âgée : un enjeu de qualité

Coordonnateur : Albert Sotto (Nîmes)

- Infection du pied de la personne âgée
Albert Sotto (Nîmes)

Prise en charge du pied de la personne âgée

- Le point de vue du podologue
Betty-Fleur Cretinon (Montpellier)
- Le point de vue du médecin physique
Anne Brunon (Grau-du-Roi)
- Le point de vue du chirurgien orthopédiste
Nicolas Cellier (Nîmes)

10 h 30 Pause – Visite de l'exposition

11 h 00 Ateliers

A1 Accueil du patient par l'infirmière à l'entrée en institution

Laurence Jeunet (Lyon), Marine Callejon, Francisco Largo-Torres (Nîmes)

A2 Utilisation de la voie sous-cutanée : intérêts et limites

Luc Duwig (Nîmes), Raphaëlle Rubaud (Lyon)

A3 Gérer un événement indésirable en EHPAD

Christine Passerat-Boulade (Nantes), Jacques Fabry (Lyon)

12 h 30 Déjeuner

13 h 30 Ateliers

A4 Fragilité et vulnérabilité : comment les prendre en compte ?

Valéry Antoine (Nîmes)

A5 Accueil du patient porteur de germes ou infecté en unité de soins de longue durée

Nathalie Armand (Valence), Pierrette Bellia-Dhondt (Romans), Béatrice Hébert, Sylvain Dupuy (Nîmes)

A6 Dossier médical partagé, réseaux et informatique : assurer la confidentialité

Jean-Michel Souclier (Saint-Étienne), Raphaëlle Rubaud, Yves Mataix (Lyon)

15 h 00 Pause - Visite de l'exposition

15 h 30 Séance plénière

Nutrition et vieillissement : problématiques et prise en charge

Coordonnateur : Patrice Brocker (Nice)

• La dénutrition de la personne âgée : dépistage et suivi

Patrice Brocker (Nice)

• Les troubles de la déglutition chez la personne âgée

Denise Strubel (Nîmes)

• Régimes et textures

Véronique Filloux, Annette Dordain (Lyon)

16 h 30 Fin de la journée

LE PIED DE LA PERSONNE ÂGÉE : UN ENJEU DE QUALITÉ

Infection du pied de la personne âgée

Albert Sotto

Service des maladies infectieuses et tropicales – CHU Caréméau – Place Pr-Robert-Debré – 30029 Nîmes cedex 9
albert.sotto@chu-nimes.fr

Près d'un tiers des personnes âgées de plus de 75 ans n'est plus capable d'assurer seul l'hygiène et la surveillance de l'état cutané de ses pieds. Plusieurs facteurs favorisent cette situation : diminution des capacités physiques, troubles visuels, troubles cognitifs.

Associées à ces diminutions capacitaires, certaines situations vont favoriser une altération cutanée, porte d'entrée du processus infectieux. Il peut s'agir de facteurs endogènes comme les troubles vasculaires en particulier artériels, les neuropathies, le diabète sucré qui, lorsqu'il est avancé, associe artériopathie et neuropathie, les pathologies rhumatologiques ou orthopédiques. Des facteurs dits exogènes sont également fréquents : inadaptation du chaussage qui va conduire à des microlésions répétées puis à des plaies ou encore à un intertrigo lui-même porte d'entrée d'infections à distance comme l'érysipèle. Le défaut de soins des ongles est un élément favorisant la survenue d'onychomycoses, elles aussi potentiel facteur favorisant les infections bactériennes. L'hyperkératose plantaire est une source de corynebactéries. Enfin, la station allongée prolongée chez la personne âgée dénutrie est une situation bien connue conduisant

à l'escarre qui fait le lit d'infections locorégionales plus ou moins profondes, voire systémiques.

Il n'y a pas de spécificité de l'infection du pied chez la personne âgée. Très souvent la survenue d'une infection du pied est multifactorielle associant une ou des comorbidités préexistantes à un ou plusieurs facteurs exogènes. La prise en charge thérapeutique de l'infection lorsqu'elle est confirmée associe traitement anti-infectieux (le choix des médicaments et la durée de traitement dépendant du niveau de la profondeur de l'atteinte), traitements locaux et bien sûr traitement étiologique quand cela est possible.

L'éducation de la personne âgée et de son entourage est un élément important dans la prévention du risque infectieux. Il est fondamental que le médecin et le personnel paramédical, qui prennent en charge la personne âgée, réalisent régulièrement un examen médical soigneux des pieds et identifient des situations à risque ou des comorbidités pouvant avoir un rôle dans la facilitation de l'infection. Cette attitude préventive devrait alors permettre une orientation adaptée de la personne avant d'atteindre le stade de l'infection.

LE PIED DE LA PERSONNE ÂGÉE : UN ENJEU DE QUALITÉ

Prise en charge du pied de la personne âgée : le point de vue du podologue

Betty-Fleur Créton

57, route de Laverune – 34070 Montpellier
betty-fleur@hotmail.fr

Le pied est soumis à un vieillissement physiologique, inéluctable et irréversible. Son examen doit être systématique chez la personne âgée. Le vieillissement cutané donnera une peau amincie, une cicatrisation plus longue, une pétérite d'élasticité, un excès de desquamation, une peau sèche, une hypertrophie de la couche cornée, un épaissement unguéal et une atrophie du capiton plantaire responsable de douleurs sous les métatarsophalangiennes. Le vieillissement sensitif engendrera une diminution de la perception d'effleurage, de la sensibilité vibratoire et des réflexes achilléens ainsi qu'une attitude motrice. Le pied qui a vieilli normalement n'est pas déformé. Les orteils restent alignés, la voûte est marquée. Cependant chez les plus de 80 ans, le pied perd de sa souplesse, sa force et la statique est perturbée par un affaissement global. La mobilité articulaire et la force musculaire diminuent progressivement, le pied s'allonge et s'élargit. Le pied n'est pas uniquement responsable du déséquilibre postural, celui-ci va de paire avec le vieillissement du système afférentiel. En statique, l'oscillation du sujet est plus importante et le temps d'appui unipodal est inférieur à cinq secondes. À la marche, l'angle du pas et la phase de double appui augmentent, l'attaque au sol se fait pied à plat et la force propulsive diminue.

Certaines pathologies sont rencontrées fréquemment chez le sujet âgé :

- dystrophies et mycoses unguéales : onychosis, onychogryphose, onychomycose, ongles en voûte, incurie...
- troubles cutanés : intertrigo, affections vasculaires (insuffisance veineuse et artérielle), ulcérations neurotrophiques notamment chez le diabétique ;

- troubles morphostatiques : hallux valgus, avant-pied rond, orteils en griffe, déviation latérale des petits orteils, talalgie plantaire, syndrome de Morton ;
- pied neurologique : conséquence du diabète, d'une paralysie ou d'une intoxication alcoolique chronique.

Toutes ces pathologies vont altérer la qualité de la marche et favoriser l'alitement et la résignation au fauteuil. La prise en compte du vieillissement est donc un élément capital chez le sujet âgé. Le manque de souplesse du sujet, l'épaississement des ongles, la diminution de la vue vont engendrer une réelle difficulté d'hygiène des pieds. Il est primordial d'orienter le sujet vers une prise en charge d'aide à la toilette et vers un podologue. La chaussure de la personne âgée doit allier un bon maintien latéral et postérieur, un talon compensé, large et stable, un avant-pied déformable et un système de fermeture adapté. Savates, mules et pantoufles sont à proscrire ! Des orthèses plantaires peuvent être prescrites dans le cas de troubles morphostatiques engendrant des hypers appuis douloureux ou lors d'un déséquilibre avec affaissement de l'arche interne. Les orthoplasties serviront à protéger les orteils et à mieux répartir les pressions. Les chaussures sur mesures seront réservées à des déformations très importantes du pied ou lors d'une inégalité de longueur d'un membre inférieur supérieur à 2 cm. La prise en charge des problèmes podologiques s'intègre dans la réadaptation des personnes âgées et constitue un moyen essentiel de préservation de l'autonomie de marche.

LE PIED DE LA PERSONNE ÂGÉE : UN ENJEU DE QUALITÉ

Prise en charge du pied de la personne âgée : le point de vue du médecin physique

Anne Brunon

Service RRL – Hôpital universitaire – CHU – 30340 Le Grau-du-Roi
anne.brunon@chu-nimes.fr

Bien que souvent négligé, le pied est un élément essentiel dans le contrôle de l'équilibre. Il n'échappe pas au mécanisme de vieillissement qui entraîne des altérations des récepteurs sensoriels, de la tonicité musculaire et de la trophicité cutanée. En l'absence d'autres facteurs de dégradation, ces atteintes n'ont pas de retentissement majeur. Cependant, le plus souvent, à ce vieillissement physiologique, s'ajoutent les lésions du

pied secondaires à d'autres pathologies, qu'elles soient locales ou générales. Le retentissement fonctionnel peut être alors majeur à l'origine de douleurs, de troubles de l'équilibre et d'une perte d'autonomie dans la marche et les transferts. Il importe donc de dépister précocement ces complications et de les prendre en charge de façon efficace, ce qui fait appel à l'appareillage, la rééducation et les aides techniques et humaines.

LE PIED DE LA PERSONNE ÂGÉE : UN ENJEU DE QUALITÉ

Prise en charge du pied de la personne âgée : le point de vue du chirurgien orthopédique

Nicolas Cellier

Chirurgie orthopédique – CHU Carémeau – Place Pr-Robert-Debré – 30029 Nîmes cedex 9
nicolas.cellier@chu-nimes.fr

Le pied du sujet âgé est le siège de nombreuses affections, dont les troubles statiques, les troubles trophiques, les pathologies unguéales, mais aussi les conséquences des maladies générales.

La prévention joue un rôle fondamental notamment pour maintenir la marche et donc l'autonomie des patients : traitement des pathologies générales, hygiène, chaussage, soins de pédicure. La chirurgie est un complément de cet arsenal thérapeutique.

Les troubles trophiques et cutanés entraînent une perte d'autonomie en limitant la marche : atrophie du capiton plantaire, cors, callosités, durillons et escarres. La chirurgie joue un rôle préventif dans le traitement des troubles statiques (métatarsalgies) mais aussi curatif dans le traitement des surinfections de durillons et d'escarres, par mise à plat ou geste de couverture cutané (lambeau).

La pathologie unguéale est très fréquente chez le sujet âgé : onychogryphose, onycholyse et ongle incarné. Le traitement chirurgical est une réponse en cas d'échec du traitement médical ou podologique.

Le pied est une cible fréquente et redoutable des

pathologies systémiques : diabète, artériopathie des membres inférieurs, insuffisance veineuse et pied neurologique. Le traitement chirurgical participe non seulement au diagnostic (biopsie osseuse), mais aussi au traitement : curetage, mise à plat, correction préventive des troubles statiques associés et amputations.

Trente à cinquante pour cent des personnes âgées ont des troubles statiques : hallux valgus ou rigidus, pied plat ou creux, griffes d'orteil. Les techniques chirurgicales et anesthésiques ont beaucoup évolué ces dernières années : chevron, scarf, arthrodèses et arthroplasties. La chirurgie mini invasive est aussi en plein essor avec le développement des techniques percutanées permettant une chirurgie sous anesthésie locorégionale en chirurgie ambulatoire. Les bénéfices sont importants, les risques notamment anesthésiques sont de plus en plus faibles sans aucune perte d'autonomie.

La chirurgie entre donc en jeu à tous les domaines de la prise en charge du pied du sujet âgé : en prévention, dans le diagnostic, dans le traitement et aussi parfois en urgence pour des amputations de sauvetage.

Accueil du patient par l'infirmière à l'entrée en institution

Laurence Jeunet

Clinique mutualiste Les Ormes – 107, rue Trarieux – 69003 Lyon
ljeunet@clinique-mutualiste-lyon.fr

L'accueil est le premier soin réalisé : un patient, un convalescent, un résident n'oublie jamais la personne qui l'a accueillie, son sourire, son empathie, sa gentillesse, son professionnalisme, ou au contraire son impatience, sa froideur, son incompétence. Ce temps doit être de qualité puisqu'il favorisera un climat de confiance entre le patient, la famille et l'équipe soignante tout au long du séjour, et donc facilitera l'adhésion du patient au traitement et à la prise en charge globale. L'accueil relève de compétences relationnelles mais pas seulement : il demande au soignant de développer des compétences techniques propres.

« Cette ambiance qui permet de réussir l'accueil, n'est pas due uniquement au cadre de vie ou à la personnalité de quelques-uns mais le fruit d'un travail d'équipe autour de la thématique de l'accueil dans le projet d'établissement » (*Recommandations Bonnes pratiques professionnelles*, ANESM).

L'accueil à proprement parlé commence en amont de l'arrivée du patient : préparer l'arrivée permet aux professionnels de prendre connaissance d'éléments indispensables sans se limiter aux éléments factuels liés aux besoins. Des outils spécifiques comme TRAJECTOIRE nous permettent de personnaliser l'arrivée du patient.

Ensuite, un guide méthodologique complet et facile d'utilisation reprenant tous les besoins, habitudes et risques du patient laisse le soignant disponible et ouvert à l'échange, sans pour autant omettre des renseignements primordiaux. La traçabilité de toutes ces informations recueillies à l'accueil est évidemment partagée avec toute l'équipe pluridisciplinaire.

Enfin, les compétences des soignants tant au niveau des connaissances des besoins et des risques de la personne qu'au niveau communication et savoir-être doivent être vérifiées régulièrement et réajustées si besoin. C'est un travail d'équipe, une mobilisation des professionnels autour de cette nouvelle relation à construire.

Accueil du patient par l'infirmière à l'entrée en institution

Francisco Largo-Torres, Marine Callejon

Pôle gériatrie – CHU Carémieu – Place Pr-Robert-Debré – 30029 Nîmes cedex 9

francisco.largo.torres@chu-nimes – marine.callejon@chu-nimes.fr

Dans un premier temps, nous allons définir l'accueil ainsi que l'EHPAD afin de poser le contexte.

- Accueil : nous nous appuyons sur l'article « Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité » *Recherche en soins infirmiers*, n° 75, décembre 2003, plus précisément sur la définition de Fischer et sur les trois étapes de l'accueil.
- EHPAD : nous ferons référence à la définition de l'Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), puis sur celle de la charte de la personne âgée dépendante et enfin nous commenterons les quatre articles qui peuvent intéresser l'accueil. Sachant que jusqu'en 2009, nous nous appuyons sur cette charte ainsi que sur les recommandations des bonnes pratiques.

Puis nous développerons les différents modes d'accueil de la personne âgée, grâce à la procédure élaborée par le pôle gériatrie CHU de Nîmes : « Hébergement accueil résident ».

Ne pas tenir compte de toutes les recommandations dans un accueil peut entraîner des risques tels que isolement, dénutrition, chute, escarre...

Les recommandations de l'ANESM, sont devenues obligatoires en milieu médico-social depuis 2009. Nous avons donc comme repère pour nous guider l'ANESM qui constitue, pour le médicosocial, l'équivalent de la Haute Autorité de santé pour le sanitaire.

Un des axes qui nous semble plus important dans l'accueil de la personne âgée est le projet de vie personnalisé ; nous relaterons notre expérience personnelle lors de la mise en place de ce projet de vie dans notre EHPAD.

Utilisation de la voie sous-cutanée : intérêts et limites

Raphaëlle Rubaud¹, Luc Duwig²

1- Clinique mutualiste Les Ormes – 107 rue Trarieux – 69003 Lyon
r.rubaud@les-ormes.fr

2- Équipe mobile de soins palliatifs – CHU – Place du Pr-Robert-Debré – 30029 Nîmes cedex
luc.duwig@chu-nimes.fr

La perfusion sous-cutanée, appelée hypodermoclyse, est une alternative intéressante à la voie intraveineuse chez les sujets âgés pour traiter une déshydratation modérée, et surtout la prévenir dans tout contexte susceptible de la favoriser. Elle est de plus particulièrement adaptée chez les patients en fin de vie.

La déshydratation est donc l'indication de choix de l'hypodermoclyse, mais celle-ci peut également trouver sa place en cas de malnutrition protéino-énergétique ou chez les patients en fin de vie.

Le recours à la voie sous-cutanée est par ailleurs d'une grande utilité pour l'administration de certaines thérapeutiques.

La malnutrition protéino-énergétique est également fréquente et de mauvais pronostic chez le sujet âgé, associée à une augmentation de la morbidité et de la morta-

lité. En cas d'affection aiguë, les apports protéiques sont souvent insuffisants par rapport aux besoins. La perte d'appétit est habituelle et il est essentiel d'éviter qu'elle provoque une malnutrition, elle-même source d'anorexie. Durant ces épisodes de stress, la perfusion sous-cutanée d'acides aminés peut s'avérer utile pour limiter l'altération de l'état nutritionnel.

Sûre, simple et confortable, elle peut être utilisée en milieu hospitalier ou non hospitalier (domicile ou maison de retraite) et permet ainsi de réduire le recours à l'hospitalisation et les coûts de santé.

L'hypodermoclyse est particulièrement adaptée chez les patients en fin de vie. Elle est confortable et non agressive. Elle permet de plus l'administration de la plupart des thérapeutiques susceptibles d'être bénéfiques chez ces patients.

Gérer un événement indésirable en EHPAD

Christine Passerat-Boulade¹, Jacques Fabry²

1- Le Noble Âge – 6 rue des Saumonières – 44323 Nantes cedex
cpasserat.lna@groupe-noble-age.com

2- Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique – Université Claude Bernard – 8, avenue Rockefeller – 69373 Lyon cedex 08
jfabry@univ-lyon1.fr

Gérer un événement indésirable (EI) en EHPAD est souvent considéré comme une gageure. Avant de s'attacher à en décrire le bien-fondé, il convient de replacer les concepts et les aspects réglementaires.

Un EI est une situation qui s'écarte des procédures ou des résultats attendus dans une situation habituelle. Il répond à une classification spécifique. Il peut s'agir d'un dysfonctionnement : non-conformité, anomalie, défaut par rapport à l'organisation prévue. Il peut prendre la forme d'un accident : événement ayant provoqué ou non un dommage corporel ou matériel ou représenter une situation à risque qui est susceptible de provoquer un accident ou un incident. Un EI sera considéré comme grave s'il est à l'origine du décès, de la mise en jeu du pronostic vital immédiat, de la prolongation de l'hospitalisation, d'une incapacité ou d'un handicap.

Par ailleurs, la réglementation oblige les EHPAD à la mise en œuvre d'une démarche qualité visant l'amélioration continue. Il s'agit de la conduite des évaluations interne et externe qui conditionne le renouvellement de l'autorisation de fonctionnement. En outre une circulaire de la DGCS relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux et médicosociaux

précise les situations à déclaration obligatoire à l'agence régionale de santé : la santé des personnes accueillies, la sécurité et les événements relatifs au fonctionnement. Cet univers contraint renvoie à une question : comment mettre le personnel en situation de réussite au quotidien en intégrant ces éléments ? Il convient de transformer cette contrainte en opportunité. Indépendamment d'une organisation structurée aux périmètres clairs, le facteur-clé de succès est de développer une vision commune partagée de la culture de déclaration et traitement des EI. Les signaler et les traiter sans risque de sanction évite les difficultés récurrentes. En effet, l'erreur humaine peut exister, mais elle n'est jamais l'unique raison de la survenue d'un EI. Conduire une analyse des causes profondes avec une méthode partagée par tous encourage la pluridisciplinarité, dépassionne la situation et propose des actions correctives.

En conclusion, gérer les EI est indissociable d'une organisation formalisée, partagée et apprenante de ses erreurs. Cette capacité à intégrer la logique d'amélioration continue est garante de la pérennité. Elle est le terreau fertile à l'épanouissement des éléments portés par la méthodologie d'analyse des causes profondes. La culture est alors en marche et pour longtemps...

Fragilité et vulnérabilité : comment les prendre en compte ?

Valéry Antoine

Service de médecine interne et gériatrie – CHU Carémau – Place du Pr-Robert-Debré – 30029 Nîmes cedex 9
valery.antoine@chu-nimes.fr – emmanuelle.toujas@chu-nimes.fr

La spécificité de la pratique gériatrique réside dans le caractère global de la prise en charge de la personne âgée, en tenant compte de son environnement. Cette prise en charge relève d'une évaluation globale, médicale, psychologique et sociale.

Au-delà de la recherche d'une pathologie d'organe, le diagnostic gériatrique repose sur la recherche d'une décompensation fonctionnelle comportant :

- une réduction des réserves fonctionnelles liée au vieillissement et aux maladies chroniques, aboutissant à un syndrome de fragilité ;
- des facteurs aigus de décompensation, médicaux mais aussi psychiques, environnementaux et sociaux, qui projettent l'individu dans une situation d'insuffisance fonctionnelle.

Le syndrome de fragilité se caractérise par un risque permanent de décompensation fonctionnelle conduisant à une aggravation de l'état de santé et à la dépendance. Ces personnes sont dans l'incapacité de s'adapter à un stress, même minime, et particulièrement exposés au risque de pathologies en cascade.

Une évaluation de l'état de santé de base est indispensable pour identifier les patients à risque élevé de décompensation. L'évaluation gériatrique initiale inclut notamment l'appréciation :

- de l'autonomie pour les activités de vie quotidienne ;
- des pathologies chroniques évolutives et à risque de décompensation, et de leur traitement (risque iatrogène) ;

- des facteurs gériatriques de vulnérabilité : capacités cognitives, manifestations psychique et/ou comportementale, état nutritionnel, locomotion et risque de chute, fonctions sensorielles, douleur... ;
- de l'environnement familial et social et de l'histoire de vie.

Elle permet de définir des axes de prise en charge pluri-professionnels, de prévention et de surveillance, et de préciser les moyens de s'adapter aux personnes ayant des difficultés de communication.

L'étape thérapeutique doit dépasser le concept de guérison pour conduire à une médecine adaptative. Elle inclut la prévention à tout moment d'une aggravation de la perte d'autonomie et l'adaptation des aides nécessaires. Le développement et l'utilisation des capacités restantes doivent être assurés par l'ensemble de l'équipe soignante.

Lors de toute situation aiguë, il faut s'assurer dès les premiers jours d'une bonne hydratation, réduire la prescription aux médicaments indispensables, prévenir la survenue d'escarres, tant que possible mobiliser le patient...

La prise en charge relationnelle est un prolongement indispensable. Elle contribue à prévenir les conduites de fuite pourvoyeuses de dépendance. Le soutien psychologique du patient peut viser la prévention de la régression, l'aide au travail de deuil de la fonction perdue, le développement d'activités de compensation, l'atténuation des symptômes psychiques et comportementaux associées aux maladies neurodégénératives...

Accueil du patient porteur de germes ou infecté en unité de soins de longue durée

Nathalie Armand¹, Pierrette Bellia-Dhondt²

1- Unité d'hygiène et d'épidémiologie – Centre hospitalier – 179, boulevard Maréchal-Juin – 26000 Valence
narmand@ch-valence.fr

2- Hôpitaux Drôme Nord – Avenue Geneviève-de-Gaulle-Anthonioz – 26100 Romans-sur-Isère
medecin.collines@eovi.fr

La vieillesse est l'aboutissement d'une vie chargée d'histoire et d'expériences durant laquelle se succèdent contacts et échanges. La dépendance et la médicalisation sont autant de facteurs qui vont influencer la survenue des infections. L'accueil en EHPAD intervient au moment où la personne âgée est la plus fragile, parfois déjà porteuse ou colonisée par des germes potentiellement infectieux.

Selon les résultats des réseaux de surveillance, en 2010, l'incidence des SARM et des EBLSE en soins de longue durée, dans le quart Sud-Est est, respectivement, de 0,26 et 0,19 pour 1000 jours d'hospitalisation. Ces BMR sont

responsables dans 33,6 % des cas d'une colonisation et dans 63,9 % des cas d'une infection. La réalité des établissements prenant en charge des personnes âgées dépendantes est bien concrète. L'accueil du résident infecté passe donc par la maîtrise des précautions standard et s'il le faut par l'application raisonnée des précautions complémentaires d'hygiène par les soignants. Le circuit de l'information, la mise en place d'une politique antibiotique et l'accompagnement par une équipe d'hygiène sont autant de paramètres qui peuvent aider l'équipe de coordination dans la prise en charge de ce patient infecté.

Accueil du patient porteur de germes ou infecté en unité de soins de longue durée

Béatrice Hébert, Sylvain Dupuy

Centre de gérontologie de Serre Cavalier – CHU – 30029 Nîmes cedex
beatrice.hebert@chu-nimes.fr – s.dupuy@numericable.fr

L'accueil du résident porteur de germes ou infecté en unité de soins longue durée pose avant tout la question de la distance à respecter entre lieu de vie et structure sanitaire. Des principes généraux doivent être retenus et il faut garder à l'esprit que le maître mot doit être la prévention. Il est nécessaire de sensibiliser les équipes à savoir faire la distinction entre un résident colonisé et un résident infecté. Dans chacun des cas, il faudra savoir adopter les procédures préventives et/ou curatives.

Nous porterons l'accent sur l'importance de dédramatiser les situations engendrées par la présence d'une personne porteuse de germes ou infectée. En effet, les soignants ont souvent la crainte d'être contaminés. Pourtant, ils connaissent peu ou pas les bons gestes et ils les appliquent alors de façon inexacte ou incomplète.

À partir d'un cas clinique, nous exposerons les principales situations qui peuvent être rencontrées et nous présenterons les conduites à tenir :

- accueil du résident sans connaissance du statut infectieux et en l'absence de signes cliniques généraux,
- accueil du résident colonisé,
- accueil du résident infecté (avec signes cliniques généraux et locaux).

Ces trois situations nous permettrons d'aborder :

1- l'application au quotidien des précautions standard :

- hygiène des mains,
- tenue de travail,
- protection lors de gestes techniques simples, tels les soins d'hygiène, la réfection de pansement d'escarre...

2- l'application des précautions complémentaires :

- contact,
- air,
- gouttelettes,
- ...

Nous axerons notre présentation sur des germes qui induisent à ce jour les plus grandes difficultés de prise en charge, à savoir :

- *Pseudomonas aeruginosa*
- SARM
- *Acinetobacter baumannii*

Il ne faut pas négliger le fait que les bactéries développent de plus en plus de multirésistances aux antibiotiques. Il est donc indispensable de persévérer dans des attitudes responsables vis-à-vis des prescriptions médicales et des protocoles de soins infirmiers : ainsi, par des comportements préventifs adaptés et le respect des bonnes pratiques, les soignants seront la barrière la plus efficace à la propagation des infections dans les unités de soins.

Dossier médical partagé, réseaux et informatique : assurer la confidentialité

Jean-Michel Souclier¹, Raphaëlle Rubaud², Yves Mataix²

1- H2AD/Ma Santé chez Moi – Metrotech – Saint-Étienne Métropole – 42650 Saint-Jean-Bonnefonds
jmsouclier@h2ad.net

2- Clinique mutualiste les Ormes – 107, rue Trarieux – 69003 Lyon
r.rubaud@les-ormes.fr – y.mataix@resamut.fr

- Pourquoi sécuriser l'accès des données médicales à partir d'un ordinateur ?
- Comment sécuriser un flux d'information contenant des données médicales personnelles dans un dossier patient ?
- Comment vont communiquer le DMP et tous les dossiers patients existants (hôpitaux/cabinets médicaux autres) ?
- Qu'est-ce que l'Agrément en tant qu'hébergeur de données de santé à caractère personnel ?
- Que dit la législation ?

Retours d'expérience concrets

1- Service des soins de suite et de rééducation des Ormes (Lyon)

Depuis 2006, le service des soins de suite et de rééducation des Ormes (Lyon) fonctionne selon le principe du zéro papier, nous avons prôné l'utilisation d'un logiciel

médical commun aux médecins, cadre de santé, infirmières, aides soignantes mais également en lien avec notre logiciel administratif.

Ceci a été corrélé à certaines difficultés lors de cette mise en route, beaucoup d'appréhension, une sensation de perte de temps pour l'apprentissage nécessaire à l'utilisation du logiciel.

Au fil du temps, tout le monde y a trouvé son intérêt avec un dossier médical complet et lisible, des informations médicales accessibles à tout moment par tous les soignants permettant une vraie continuité des soins.

2- H2AD plateforme de service Santé et Télémédecine

- Exemple de télémédecine sécurisé
- Exemple de téléconsultation (visio) sécurisé

Pourquoi ? Comment ?

NUTRITION ET VIEILLISSEMENT : PROBLÉMATIQUES ET PRISE EN CHARGE

La dénutrition de la personne âgée : dépistage et suivi

Patrice Brocker

Pôle de gériatrie – Hôpital Cimiez – CHU – BP 1179 – 06003 Nice cedex 1
brocker.p@chu-nice.fr

Des recommandations ont été élaborées à la demande la Direction générale de la santé et s'intègrent dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNSS). Elles concernent la prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées de plus de 70 ans vivant à domicile, en institution ou hospitalisées. Leur objectif est, avant tout, d'élaborer un outil pratique de prise en charge du sujet âgé dénutri ou à risque de dénutrition.

Chez le sujet âgé, la dénutrition entraîne ou aggrave l'état de fragilité et/ou de dépendance et favorise la survenue de morbidités. La prévalence de la dénutrition est de 4 % à 10 % chez les personnes âgées vivant à domicile, de 15 % à 38 % chez celles vivant en institution et de 30 % à 70 % chez les malades hospitalisés. La reconnaissance des situations à risque de dénutrition permet au médecin par des mesures appropriées de prévenir la dénutrition. Ces situations sont multiples, diverses et souvent intriquées chez le sujet âgé, mêlant les problèmes somatiques, psychologiques et environnementaux.

Le dépistage de la dénutrition est recommandé, au minimum une fois par an en ville, à l'entrée puis une fois par mois en institution et lors de chaque hospitalisation. Ce dépistage repose sur : la recherche des situations à risque, l'estimation de l'appétit et/ou des apports alimentaires, la mesure du poids, l'évaluation de la perte de poids et le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC). Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire tel que le *Mini nutritional assessment* (MNA).

Le diagnostic de dénutrition repose sur la perte de poids (> 5 % en un mois, ou 10 % en six mois), un IMC ≤ 21 , une albuminémie < 35 g/l et un MNA global < 17. Chez une personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition, il est recommandé de corriger les facteurs de risques identifiés, tels que : aides technique ou humaine pour l'alimentation, soins bucco-dentaires, réévaluation de la pertinence des médicaments et des régimes, prise en charge des pathologies sous-jacentes. La prise en charge nutritionnelle est d'autant plus efficace qu'elle est mise en œuvre précocement.

Le suivi de l'efficacité de ces stratégies nutritionnelles repose essentiellement sur la surveillance du poids et l'évaluation des ingesta, cette surveillance restant tout particulièrement nécessaire lors de la convalescence des épisodes pathologiques aigus. Ces recommandations ne concernent pas seulement l'alimentation, mais elles précisent également le rôle du prescripteur et celui des organisations de soins et d'aides médico-sociales ambulatoires.

Pour en savoir plus :

- www.has-sante.fr
- Nutrition de la personne âgée. FERRY M, MISCHLICH D, ALIX E, BROCKER P, CONSTANS T, LESOURD B, PFITZENMEYER P, VELLAS B. 4^e Edition, Elsevier Masson, Paris, 2012

NUTRITION ET VIEILLISSEMENT : PROBLÉMATIQUES ET PRISE EN CHARGE

Les troubles de la déglutition chez la personne âgée**Denise Strubel**Service de gériatrie et prévention du vieillissement – CHU – Place du Pr-Robert-Debré – 30029 Nîmes cedex
denise.strubel@chu-nimes.fr

Les troubles de la déglutition sont insuffisamment reconnus chez le sujet âgé et sont trop souvent encore révélés par leurs complications. Leur prévalence augmente avec l'âge et en institution.

Les signes cliniques de dysphagie peuvent être évidents (fausses routes aux repas, avec toux, raclements de gorge) ou plus discrets (modification de la voix après la déglutition, résidus alimentaires dans la bouche) ou moins évocateurs (anorexie et perte de poids, pneumopathies répétées, voire fièvre inexpliquée...)

Après l'interrogatoire précis, l'examen comporte un examen buccal (langue, muqueuses, dents) et un examen général. L'évaluation de la déglutition est effectuée par une orthophoniste pour déterminer le mécanisme de la dysphagie et suggérer des stratégies de prise en charge (test d'évaluation de la capacité fonctionnelle de déglutition de Bordeaux) D'autres examens sont parfois indiqués : examen ORL, endoscopie nasopharyngée, transit pharyngo-oesophagien, et surtout vidéofluoroscopie.

Les étiologies des dysphagies sont multiples :

- des affections stomatologiques : troubles dentaires (édentation, prothèse dentaire) sécheresse buccale (xérostomie) d'origine souvent médicamenteuse ;
- des affections ORL : tumeur, candidose oropharyngée, dysfonctionnement du sphincter supérieur de l'œsophage, spasmes ou diverticule œsophagiens ;
- des affections neurologiques : accidents vasculaires cérébraux surtout à la phase aiguë sous-équellaire, maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens, sclérose latérale amyotrophique, maladie d'Alzheimer et autres démences dégénératives, tumeurs cérébrales ;
- des affections musculaires, myosites ou myopathies ;

- des affections générales : déshydratation, cachexie, fin de vie ;
- des causes iatrogènes : sonde nasogastrique, sonde de trachéotomie ou médicaments agissant sur la vigilance (sédatifs), la motricité (neuroleptiques), ou la sécrétion salivaire (médicaments à effet anticholinergique).

Les complications des dysphagies font toute la gravité de cette pathologie :

- retentissement psychologique et social,
- accident d'inhalation avec risque vital,
- dénutrition protéino-énergétique,
- pneumopathies de déglutition avec fièvre, toux, encombrement bronchique et atteinte de l'état général.

La prise en charge vise à prévenir les complications de la dysphagie et à maintenir une bonne qualité de vie au sujet âgé. En dehors de rares cas avec indication chirurgicale, des techniques palliatives sont mises en place, impliquant tous les acteurs de santé et l'entourage : bonne installation au repas (position assise, tête légèrement fléchie), matériel adapté, présentation attrayante, bonne hygiène bucco-dentaire, révision de l'ordonnance et surtout adaptation des textures, avec l'aide de la diététicienne (texture « lisse », « semi-liquide » soit « molle » ou normale). Les compléments nutritionnels peuvent compléter les apports. Une perfusion sous-cutanée nocturne peut compléter les apports en eau. La gastrostomie per-endoscopique n'a que de rares indications (pathologie vasculaire cérébrale et maladie de Charcot).

En conclusion les signes cliniques de dysphagie doivent être connus des soignants en gériatrie et la recherche d'une dysphagie doit faire partie de l'évaluation gériatrique standardisée.

NUTRITION ET VIEILLISSEMENT : PROBLÉMATIQUES ET PRISE EN CHARGE

Régimes et textures

Annette Dordain, Véronique Filloux

Clinique mutualiste Les Ormes – 107, rue Trarieux – 69003 Lyon
vfilloux@les-ormes.fr – orthophonistes@les-ormes.fr

La dysphagie de la personne âgée nécessite une prise en charge multidisciplinaire associant la prise en charge médicochirurgicale de la pathologie causale, la rééducation et les consignes diététiques. En effet, afin d'éviter toutes complications mécaniques et/ou infectieuses, il est indispensable d'adapter les textures alimentaires et hydriques. La diversité et la complexité des mécanismes impliqués dans les troubles de la déglutition font qu'il n'existe pas de régime type. Il est recommandé de ne pas proposer systématiquement un mixage des aliments, peu appétissant.

Dans la mesure du possible, si le risque d'inhalation est jugé faible, il est recommandé de maintenir une alimentation orale. Ainsi, le bilan des fonctions de déglutition du sujet vieillissant permet, dans le respect des règles de

la nutrition de la personne âgée, d'adapter ses ingesta afin de couvrir ses besoins nutritionnels.

Dans notre pratique quotidienne en MPR AVC, le bilan orthophonique permet de dépister systématiquement les troubles dysphagiques et de proposer dans le cadre de l'éducation thérapeutique une sensibilisation du personnel soignant, du patient ainsi que de sa famille sur les précautions et risques encourus puisque l'adaptation des textures n'est qu'une partie de la prise en charge à laquelle il faut rajouter le contrôle postural, le contrôle de l'environnement et la surveillance des paramètres nutritionnels...

En gardant à l'esprit que « À un âge avancé de la vie, l'alimentation doit encore être (ou redevenir...) un plaisir ».



**SOCIÉTÉS
DE GÉRIATRIE
ET DE GÉRONTOLOGIE
DU SUD-EST**

HEALTH&CO