

APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE
ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

AIDE-MÉMOIRE

INTERVENTIONS POUR LA CLIENTÈLE ÂGÉE

UNITÉS DE SOINS



Québec  

TABLE DES MATIÈRES

A*AUTONOMIE

| | |
|---|---|
| Risque de déclin fonctionnel dans les AVQ | 4 |
| Risque de syndrome d'immobilisation | 6 |

I NTÉGRITÉ DE LA PEAU

| | |
|----------------------------------|---|
| Risque de plaie de pression..... | 8 |
|----------------------------------|---|

NUTRITION

| | |
|--------------------------------|----|
| Risque de dénutrition | 10 |
| Risque de déshydratation | 12 |

É LIMINATION

| | |
|---|----|
| Risque de constipation et de fécalome | 14 |
| Risque d'incontinence urinaire..... | 16 |

E TAT COGNITIF

| | |
|--|----|
| Risque de delirium | 18 |
| Risque d'agitation dans les démences | 20 |

SOMMEIL

| | |
|-------------------------|----|
| Risque d'insomnie | 22 |
|-------------------------|----|

Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé
et des Services sociaux du Québec**

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant
disponible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-60960-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit,
la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans
l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle
ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise,
uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

| ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES | CONSULTATION | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES |
|--|---|---|--|
| ÉLÉMENTS PHYSIQUES | | | |
| <p>Dépistage d'un déclin fonctionnel dans les AVQ avant et depuis l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour s'hydrater et s'alimenter • Pour se laver au lavabo, au bain ou à la douche • Pour entretenir sa personne : dents, cheveux, barbe • Pour se vêtir et se dévêtir, et choisir ses vêtements • Rapidité d'intervention si forme aiguë : installation en quelques heures à quelques jours ou si ↑ depuis l'hospitalisation | <p>Ergothérapie si jugé nécessaire</p> | <p>Compléter l'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tête, cou, tronc et MS : motricité et préhension fines, coordination, force musculaire, équilibre statique et dynamique • Fonctions cognitives et perceptuelles : apraxie, agnosie, hémignégligence corporelle, rigidité d'opposition | <p>Consultations spécialisées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les recommandations • Poursuivre les soins |
| <p>Problèmes associés et collecte de données</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitations fonctionnelles : hémiparésie, fracture, tremblements • État fonctionnel : mobilité articulaire et force musculaire des membres supérieurs, équilibre et tolérance en position assise • Douleur à évaluer selon le PQRST • Atteintes cognitives, dont apraxie • Apathie, éléments dépressifs | | <p>Étude de l'impact de la médication sur la réalisation des AVQ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somnolence • ↓ état d'éveil • Soulagement de la douleur | |
| <p>Gestes favorisant l'autonomie dans les AVQ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Port des lunettes et des appareils auditifs • Réduction des cathéters dès que possible (facilite les mouvements) • Position assise pour hygiène, habillage, etc. (↓ fatigue, ↓ chute) • AVQ fractionnées dans le temps selon la tolérance • Réalisation des AVQ par la personne, à considérer comme un traitement planifié dans l'horaire | <p>Ergothérapie et physiothérapie si jugé nécessaire</p> | | |
| ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE | | | |
| <p>Habitudes de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène, choix des vêtements, degré de motivation • Respect de la pudeur et motivation à entreprendre les AVQ | | <p>Application d'un programme de maintien et de stimulation de l'autonomie dans les AVQ</p> | <p>Gestion des symptômes comportementaux complexes avec plusieurs facteurs étiologiques</p> |
| <p>Assistance à la personne présentant des déficits cognitifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établir le contact visuel, puis donner une consigne simple et concrète • Utiliser des gestes pour expliquer (démonstration) • Apraxie : initier le geste, superviser étape par étape | | | |
| ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX | | | |
| <p>Éléments environnementaux et matériel adapté</p> <ul style="list-style-type: none"> • Environnement sécuritaire et adaptation de la salle de bain • Aides techniques : hygiène, habillage, alimentation, mobilité au lit | <p>Ergothérapie si jugé nécessaire</p> | | |

| ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES | CONSULTATION | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES |
|---|---|--|--|
| ÉLÉMENTS PHYSIQUES | | | |
| <p>Dépistage d'un déclin fonctionnel avant et depuis l'hospitalisation sur le plan de la mobilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour se mobiliser au lit • Pour marcher ou circuler en fauteuil roulant • Pour les transferts (lit, fauteuil, toilette) <ul style="list-style-type: none"> » Intervenir promptement si forme aiguë : installation du déficit en quelques heures à quelques jours ou si ↑ depuis l'hospitalisation | | <p>Compléter l'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membres inférieurs : force musculaire, mobilité articulaire • Équilibre en statique et dynamique • Sensibilité des pieds • Syndrome post-chute | <p>Consultations spécialisées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les recommandations • Poursuivre les soins |
| <p>Problèmes associés et collecte de données</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitations fonctionnelles des membres inférieurs (MI) : ankylose, hémiplégie, fracture, tremblements, etc. • Alignement corporel, démarche et équilibre • Présence de douleur à évaluer selon le PQRST • Tolérance : essoufflement, fatigue, épuisement • Dépistage des risques de chutes | <p>Physiothérapie si jugé nécessaire</p> | | |
| <p>Gestes favorisant la mobilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Port des lunettes et des appareils auditifs • Réduction, dès que possible, des cathéters (facilite la mobilisation) • Mobilisation précoce intégrée dans les AVQ : lever pour conduire à la toilette ou pour la prise des repas • Programme d'exercices au lit pour personne alitée • Participation des proches pour encourager la marche • Côté de lit abaissé en permanence, de préférence celui où la personne a l'habitude de se lever, sauf si contre-indication médicale | | <p>Étude de l'impact de la médication sur la mobilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hypotension, étourdissement • Somnolence, agitation • Soulagement de la douleur | |
| ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE | | | |
| <p>Habitudes favorisant la mobilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marche (fréquence, distance parcourue et aide technique) • Motivation, capacité d'apprentissage | | | |
| <p>Assistance à la personne présentant des déficits cognitifs et un comportement téméraire (prend des risques sans les mesurer adéquatement)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesure de remplacement : système d'alarme lorsqu'elle se lève, etc. • Participation des proches : surveillance au chevet pour éviter les contentions physiques et accompagnement à la marche, etc. | | <p>Application d'un programme de prévention des chutes</p> <p>Application d'un programme de marche</p> | |
| ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX | | | |
| <p>Environnement adapté</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chaussures sécuritaires, plancher sec et exempt d'obstacles • Aides techniques pour circuler, placées à la portée, près du lit ou du fauteuil | <p>Ergothérapie si jugé nécessaire</p> | | |

| ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES | CONSULTATION | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES |
|--|---|---|--|
| ÉLÉMENTS PHYSIQUES | | | |
| <p>Dépistage du risque de plaie à l'aide de l'échelle de Braden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins intensifs : q 24 h et autres unités de soins : q 48 h | | | |
| <p>Surveillance des sites anatomiques à risque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sacrum, talons, ischiens, malléoles, trochanters | | | |
| <p>Assistance à la personne confinée ou souvent au lit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horaire de positionnement avec rotation aux 2 h (même la nuit) • Vérification du sacrum et des talons des sites à risque q 8 h • Exercices passifs et actifs des MI et MS pendant les AVQ | <p>Physiothérapeute si jugé nécessaire</p> | <p>Déterminer le stade si une plaie apparaît et appliquer les traitements selon les algorithmes décisionnels et les ordonnances</p> <ul style="list-style-type: none"> • Application des plans standardisés de soins et de traitements infirmiers • Application des ordonnances médicales collectives • Application des ordonnances médicales spécifiques | <p>Consultations spécialisées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les recommandations • Poursuivre les soins |
| <p>Assistance à la personne longtemps assise dans un fauteuil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exercices de transfert du poids du bassin q 20 min | | | |
| <p>Problèmes associés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de l'apport nutritionnel et hydrique • Mobilité réduite ou élément de frottement ou d'appui • Terrain vasculaire ou sensoriel déficitaire (ulcère veineux, ulcère du pied diabétique, neuropathie) • Humidité cutanée excessive (replis cutanés, incontinence, etc.) | <p>Infirmière-stomothérapeute, nutritionniste si jugé nécessaire</p> | <p>Vérifier les sources potentielles de complications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabète, insuffisance artérielle, trouble sensitif, orthèse, prothèse, fixation chirurgicale, plâtre • Immunodéficience | |
| <p>Pour toute personne ayant un score < 18 pts (échelle de Braden)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérification quotidienne et assistance pour la prise suffisante d'aliments (protéines et énergie) aux repas • Assistance pour l'hydratation (1500 à 2000 ml/24 h) • Changement dès que souillé ou humide : protection, vêtement, literie, etc. • Patient est levé ou mobilisé dès que possible | | | ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX |
| <p>Éducation du patient et de ses proches sur les mesures de prévention primaires et secondaires</p> | | | |
| <p>Matériel adapté et éléments environnementaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de surfaces thérapeutiques (appui) qui diminuent la pression • Adaptation et positionnement au lit et au fauteuil | <p>Ergothérapeute si jugé nécessaire</p> | | |

| ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES | CONSULTATION | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES |
|---|--|---|---|
| ÉLÉMENTS PHYSIQUES | | | |
| Antécédents pondéraux et indice de masse corporelle (IMC) <ul style="list-style-type: none"> • ↓ poids ≥ 5 % depuis 1 mois ou ≥ 10 % • IMC ≤ 20 kg/m² à l'admission • ↓ poids ≥ 2 % en 1 semaine d'hospitalisation | Nutrition clinique si le patient présente au moins 1 critère | Augmenter l'apport alimentaire <ul style="list-style-type: none"> • Suppléments nutritionnels • Poudre protéique • Encouragements verbaux • Aides techniques • Textures et consistances appropriées | Alimentation entérale et parentérale <ul style="list-style-type: none"> • Veiller au respect de : <ul style="list-style-type: none"> » Horaire d'alimentation/irrigation » Soins d'hygiène de la tubulure » Soins d'hygiène du site d'insertion » Date de péremption des formules nutritives • Effectuer le bilan ingesta/excreta • Tenir compte des interactions médicaments-nutriments |
| Assistance pour s'alimenter et/ou pour boire <ul style="list-style-type: none"> • Positionnement au lit ou à la table • Assistance à l'alimentation • Accès à de l'eau en tout temps | Ergothérapie si cela nuit à l'apport alimentaire | | |
| Cavité buccale et déglutition <ul style="list-style-type: none"> • Appareil dentaire et mastication • Hygiène buccale • Dysphagie | Responsable(s) de la dysphagie si jugé nécessaire | Optimiser le métabolisme <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser, faire marcher • Traiter les maladies actives (infectieuses, inflammatoires, etc.) | Consultations spécialisées <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les recommandations • Poursuivre les soins |
| Consommation alimentaire <ul style="list-style-type: none"> • < 75 % du plat principal (= possibilité d'apport insuffisant) | Nutrition clinique si jugé nécessaire | | |
| ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE | | | |
| Habitudes alimentaires <ul style="list-style-type: none"> • Diètes et régimes (prescrits ou non) • Allergies alimentaires • Aversions et préférences | Nutrition clinique si jugé nécessaire | | |
| Atteinte cognitive, de l'humeur, désordre neurologique <ul style="list-style-type: none"> • Perte d'appétit • Troubles de comportement | Professionnel de la santé concerné | | |
| ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX | | | |
| Service alimentaire <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité aux aliments (hors repas) • Mets en provenance du domicile | | | |
| Unité de soins <ul style="list-style-type: none"> • Cafétéria et cuisinette accessibles | | | |

| ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES | CONSULTATION | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES |
|---|---|---|---|
| ÉLÉMENTS PHYSIQUES | | | |
| <p>Assistance pour s'alimenter et/ou pour boire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positionnement au lit ou à la table • Assistance à l'alimentation • Accès à de l'eau en tout temps | <p>Ergothérapie si cela nuit à l'apport liquidien</p> | <p>Évaluer l'apport liquidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consigner TOUS les ingesta • Consigner TOUS les excréta • Noter tout changement de poids rapide | <p>Perfusion sous-cutanée/ intraveineuse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer le respect de : <ul style="list-style-type: none"> » Horaire et débit de perfusion • Effectuer le bilan ingesta/excreta <p>Alimentation entérale et parentérale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veiller au respect de : <ul style="list-style-type: none"> » Horaire d'alimentation/ irrigation » Soins d'hygiène de la tubulure » Soins d'hygiène du site d'insertion » Date de péremption des formules nutritives • Effectuer le bilan ingesta/excreta • Vérifier les interactions médicamenteuses |
| <p>Cavité buccale et déglutition</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène buccale • Dysphagie | <p>Responsable(s) de la dysphagie si jugé nécessaire</p> | | |
| <p>Consommation alimentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 75 % du plat principal (= possibilité d'apport insuffisant) • < 75 % de l'eau et des boissons servies (= possibilité d'apport hydrique insuffisant) | <p>Nutrition clinique si jugé nécessaire</p> | <p>Augmenter l'apport liquidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horaire d'hydratation • Suppléments nutritionnels • Encouragements verbaux • Aides techniques • Consistances appropriées | <p>Consultations spécialisées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les recommandations • Poursuivre les soins |
| <p>Administration de la médication</p> <ul style="list-style-type: none"> • 125 à 250 ml d'eau à l'administration <i>per os</i> • Suppléments alimentaires en remplacement de l'eau | <p>Pharmacien si jugé nécessaire</p> | | |
| ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE | | | |
| <p>Restriction liquidienne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restriction liquidienne (prescrite ou volontaire) • Paroles rassurantes quant aux risques d'incontinence urinaire | <p>Nutrition clinique si jugé nécessaire</p> | | |
| <p>Atteinte cognitive, de l'humeur, désordre neurologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encouragement à boire | <p>Professionnel de la santé concerné</p> | | |
| ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX | | | |
| <p>Service alimentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité de l'eau, des boissons et des aliments (hors repas) • Mets et boissons en provenance du domicile | | | |
| <p>Unité de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribution d'eau/boissons à q quart de travail | | | |

| ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES | CONSULTATION | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES |
|--|---|---|---|
| ÉLÉMENTS PHYSIQUES | | | |
| <p>Profil d'élimination avant et depuis l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence, moments et caractéristiques des selles • Mode d'élimination : toilette, chaise d'aisance, etc. • Notion de constipation, d'incontinence, de manœuvre manuelle pour faciliter l'élimination, de chirurgie pelvienne ou abdominale • Signes ou symptômes d'alerte : rectorragie, douleur | | <p>Préciser les caractéristiques de la constipation (et les symptômes associés)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Journal d'élimination intestinal x 7 jours • Impact de la médication | |
| <p>Degré d'autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour boire et s'alimenter • Pour se rendre à la toilette dès le réflexe gastro-colique • Pour les transferts, baisser les vêtements, s'essuyer, etc. | <p>Ergothérapeute si jugé nécessaire</p> | <p>Examen abdominal et anorectal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage fécalome, globe vésical, autres problèmes | <p>Consultations spécialisées Appliquer les recommandations Poursuivre les soins</p> |
| <p>Consommation alimentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apport alimentaire > ¼ plat principal • Apport liquidien d'au moins 1500 ml/jour | <p>Nutritionniste si jugé nécessaire</p> | | |
| ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE | | | |
| <p>Assistance et habitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation tous les jours, plusieurs fois par jour : si la personne peut marcher (2 x 15 à 20 min/24 h) ou si elle est alitée (exercices passifs des jambes et bassin) • Dès que possible : élimination intestinale en position assise, penchée légèrement vers l'avant, les pieds appuyés sur le sol ou sur un tabouret • S'assurer qu'un laxatif est prescrit simultanément à toute ordonnance de narcotique | <p>Physiothérapeute si jugé nécessaire</p> | <p>Amorcer un programme pour réduire la constipation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Massage abdominal • Pression abdominale ou périnéale • Méthode de défécation programmée | |
| <p>Assistance à la personne avec atteinte cognitive</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conduire à la toilette (au lever, après les repas et au coucher) • Repérer les comportements indiquant l'envie d'aller à la toilette • (femme → se tortiller, homme → essaie de défaire sa ceinture) | | | |
| ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX | | | |
| <p>Obstacles environnementaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès facile et sécuritaire à la salle de toilette • Si la personne est alitée : intimité à préserver (odeurs et bruits à masquer) • Salle de toilette adaptée (siège surélevé, barre d'appui, etc.) | <p>Ergothérapeute ou physiothérapeute si jugé nécessaire</p> | | |

| ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES | CONSULTATION | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES |
|--|---|---|--|
| ÉLÉMENTS PHYSIQUES | | | |
| <p>Élimination avant et depuis l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de mictions le jour, le soir et la nuit • Mode d'élimination : toilette, urinal, chaise d'aisance, etc. • Incontinence aiguë ou chronique | | <p>Préciser le type d'incontinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grille mictionnelle pendant 24 à 48 h pour connaître les caractéristiques de l'incontinence • Problèmes associés : perd de l'urine lorsque tousse, est incapable de se rendre à la toilette, etc. • Impact de la médication sur la fonction vésicale | <p>Consultations spécialisées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les recommandations • Poursuivre les soins |
| <p>Hydratation avant et depuis l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité et répartition de l'apport liquidien durant 24 h • Boissons irritantes pour la vessie | | | |
| <p>Problèmes associés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infection urinaire (signes et symptômes) • Globe vésical (scan vésical), constipation | | | |
| <p>Assistance et soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horaire d'élimination selon les habitudes urinaires • Soins réguliers d'hygiène périnéale • Culotte d'incontinence : en dernier recours (pas première incontinence) • Pertinence de sonde à l'arrivée dans l'unité | | | |
| ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE | | | |
| <p>Degré d'autonomie pour utiliser la toilette</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se rendre à la toilette, effectuer les transferts • Baisser, lever et s'essuyer • Favoriser des déplacements sécuritaires et adopter des stratégies la nuit • ↓ des cathéters dès que possible (facilite la mobilité) | <p>Ergothérapie et physiothérapie si jugé nécessaire</p> | <p>Entamer une rééducation vésicale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivation et capacité cognitive • Selon le type d'incontinence : <ul style="list-style-type: none"> » d'urgence : rappels programmés, exercices de Kegel, horaire mictionnel, entraînement vésical et déclenchement de la vessie » à l'effort : exercices de Kegel » par regorgement : manœuvre de Crédé, cathétérismes intermittents et surveillance avec scan vésical. | |
| <p>Assistance à la personne avec atteinte cognitive</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rappels réguliers et accompagnement à la toilette • Première hypothèse : envie d'uriner lorsque la personne se lève la nuit | | | |
| ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX | | | |
| <p>Obstacles environnementaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encombrement, ridelles de lit levées, etc. • Manque de repères, de signalisation • Salle de toilette non adaptée | <p>Ergothérapie si jugé nécessaire</p> | <p>Communiquer l'information</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation de la salle de bain à domicile • Aide technique | |

| ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES | CONSULTATION | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES |
|--|---|--|--|
| ÉLÉMENTS PHYSIQUES | | | |
| <p>Dépistage du delirium chez la personne âgée</p> <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : q 8 h • En soins généraux : q 24 h • En suivi postopératoire et aux soins intensifs : q 8 h | | <p>Compléter l'investigation médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autres infections, cardiopathies, maladies cérébrales, troubles métaboliques, etc. | <p>Consultations spécialisées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les recommandations • Poursuivre les soins |
| <p>Fonctionnement cognitif de la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant l'hospitalisation : comportement, capacités et incapacités selon les proches • Depuis l'hospitalisation : suivi régulier avec outil de dépistage • Données biographiques et antécédents médicaux avec troubles cognitifs préexistants : démence, delirium, maladie psychiatrique fonctionnelle, AVC, alcool | <p>Ergothérapie si jugé nécessaire</p> | <p>Évaluer le fonctionnement cognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fonctions cognitives • Fonctions perceptuelles • État mental • Adaptation | |
| <p>Vérification systématique des facteurs de risque suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déshydratation, dénutrition, fécalome • Infection : pulmonaire, urinaire • Hypo ou hyperglycémie • Douleur aiguë et gestion efficace de la médication • Nouvelle médication ou sevrage récent | | <p>Analyser l'impact de la médication</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effets secondaires : narcotiques, sédatifs, anticholinergiques, stéroïdes, etc. • Intoxication aux barbituriques et benzodiazépines et sevrage • Abus et sevrage d'alcool | |
| ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE | | | |
| <p>Approches favorisant l'orientation et la sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Port des lunettes et de l'appareil auditif (même lorsque la personne est alitée) • Contact visuel et verbal avant de procéder aux traitements et soins • Présence sécurisante : par le personnel et implication des proches • Orientation temps, espace et aux personnes à chaque visite • Consignes simples et concrètes, une seule à la fois • Visites fréquentes pour une surveillance étroite • Stimulation sensorielle et cognitive • Diversion : pour traitements invasifs, soins d'hygiène et d'incontinence | | | |
| <p>Satisfaction des besoins physiques de base</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistance pour les AVQ et la mobilité en visant à augm enter ou à maintenir l'autonomie de la personne • Réduction des cathéters, sondes, drains dès que possible • Mobilisation précoce : exercices au lit, lever pour repas et aller à la toilette • Soins et traitements regroupés pour permettre le sommeil • Apports alimentaire et hydrique adéquats | <p>Ergothérapie, physiothérapie, nutrition clinique si jugé nécessaire</p> | <p>Traiter la cause sous-jacente et suivre l'évolution de l'état cognitif</p> | |
| ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX | | | |
| <p>Environnement favorisant l'orientation et la sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repères : calendrier, horloge, photos, autres objets significatifs • Sécurité : lit près du poste, veilleuse la nuit, désencombrement, etc. • Calme et repos : sans surcharge sensorielle, bruit et éclairage | <p>Ergothérapie si jugé nécessaire</p> | | |

| ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES | CONSULTATION | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES |
|---|---|--|---|
| ÉLÉMENTS PHYSIQUES | | | |
| <p>Connaissance de la personne derrière le comportement</p> <ul style="list-style-type: none"> Comportement de la personne avant et depuis l'hospitalisation Capacités cognitives et physiques avant et depuis l'hospitalisation Trait de personnalité et mode d'adaptation, données biographiques | | <p>Observation et analyse du comportement pendant 2 ou 3 jours (jour/soir/nuît)</p> <ul style="list-style-type: none"> Nature du comportement Moment et fréquence Éléments déclencheurs Contexte de soins Environnement humain et physique Interventions bénéfiques Interventions non bénéfiques | <p>Consultations spécialisées</p> <ul style="list-style-type: none"> Appliquer les recommandations Surveiller les réponses aux traitements pharmacologiques et les effets indésirables Poursuivre les soins |
| <p>Observation du comportement</p> <ul style="list-style-type: none"> Agitation verbale ou physique Avec ou sans agressivité | | | |
| <p>Éléments déclencheurs de l'agitation</p> <ul style="list-style-type: none"> Approche non adaptée aux capacités cognitives de la personne Besoins physiques/psychologiques de base non satisfaits (soif, sécurité, etc.) Effet secondaire d'un médicament ou sevrage Pathologie médicale non identifiée et non traitée (delirium?) Surcharge sensorielle (bruit, éclairage, va-et-vient, etc.) Douleur aiguë ou chronique non soulagée | | | |
| <p>Communication avec la personne agitée</p> <ul style="list-style-type: none"> Contact visuel avant de donner une consigne ou de prodiguer un soin Visage rassurant et souriant, ton de voix doux Consignes simples, concrètes et une seule à la fois Utilisation des gestes ou d'une démonstration pour se faire comprendre Emploi de la contention physique en dernier recours | | | |
| ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE | | | |
| <p>Interventions de base avec la personne agitée</p> <ul style="list-style-type: none"> Réponse aux besoins physiques et psychologiques de base : uriner, boire, s'alimenter, être occupé, etc. Soulagement de la douleur aiguë et chronique Identification de delirium et intervention adaptée (cf. fiche Delirium) Habitude de vie à reproduire pour les AVQ qui posent problème Diversion à 1 ou 2 soignants pour les soins problématiques Offrir un niveau de stimulation et d'activité adéquat Maintenir une routine stable et réorienter le patient dans le temps et l'espace | | <p>Gestion des symptômes comportementaux avec impact importants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Cris, sons vocaux, insultes, lamentations Errance, fugue et fouille Errance nocturne Syndrome crépusculaire Gestes agressifs Résistance aux soins perçus comme menaçants Désinhibition (par ex. se dénuder) | <p>Gérer les symptômes comportementaux complexes avec plusieurs facteurs étiologiques</p> <p>Adapter les soins en conséquence</p> |
| <p>Gestion de l'agitation en regard de l'interférence aux traitements</p> <ul style="list-style-type: none"> Personne gardée continuellement à vue Cathéte intermittent ou tubulure limitée au minimum et camouflée Bandage de protection sur les pansements, drains, etc. Distraction pour faciliter la réalisation d'un traitement | | | |
| ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX | | | |
| <p>Environnement sécuritaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Personne agitée, ex. : position du lit au plus bas, chambre avec surveillance Personne errante, ex. : bracelet anti-fugue, porte codée Personne qui crie, ex. : chambre à occupation unique, porte entrouverte, etc. | <p>Ergothérapie si jugé nécessaire</p> | | |

| ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES | CONSULTATION | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES | ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES |
|--|---|---|--|
| ÉLÉMENTS PHYSIQUES | | | |
| <p>Sommeil avant et depuis l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heure du coucher et du lever, et rituel • Nombre et durée de siestes, les limiter en cas de problème • Somnifère ou autre médication au coucher • Satisfaction du sommeil selon la personne • Impact sur les AVQ et l'humeur | | <p>Préciser le problème de sommeil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grille d'observation du sommeil pendant 24 h à 48 h • Caractéristique du sommeil : difficulté à s'endormir, éveils fréquents la nuit, éveil prématuré le matin • Symptômes associés, spasmes aux jambes, agitation, apnée du sommeil, douleur, etc. • Impact sur les AVQ et l'humeur • Impact de la médication sur le sommeil | <p>Consultations spécialisées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les recommandations • Poursuivre les soins |
| <p>Problèmes associés : les identifier et les résoudre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nycturie ou incontinence la nuit • Douleur, statut respiratoire, mouvements durant le sommeil, médicaments perturbant le sommeil • Anxiété, préoccupations | <p>Pharmacien, psychologue si jugé nécessaire</p> | | |
| <p>Hygiène de sommeil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Installer le patient confortablement • Regrouper les soins, les traitements et la médication pour favoriser un temps maximal de sommeil • Réduire au minimum les ordonnances de médication la nuit • Répartir l'hydratation entre 6 h et 18 h | <p>Ergothérapeute, nutritionniste si jugé nécessaire</p> | | |
| ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE | | | |
| <p>Assistance à la personne avec atteinte cognitive</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répondre en premier lieu aux besoins de base (uriner, boire, manger et se sentir en sécurité) en cas d'errance la nuit | | | |
| ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX | | | |
| <p>Obstacles environnementaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limiter le bruit ambiant • Revoir le positionnement au lit et au fauteuil afin de favoriser le confort • Éclairage tamisé, utilisation d'une veilleuse, etc. | <p>Ergothérapeute si jugé nécessaire</p> | | |

Santé
et Services sociaux

Québec

