

PRÉVENIR LES RISQUES CHEZ LES USAGERS EN ISOLEMENT PRÉVENTIF EN CHSLD

L'isolement préventif d'un usager lors d'épidémies de maladies contagieuses (grippe, gastroentérite, etc.) peut l'exposer à divers troubles physiques et mentaux. Cela peut représenter un défi pour les équipes de soins. Il importe d'agir pour réduire les risques. Voilà quelques conseils pour **vous aider à adapter vos plans d'interventions interdisciplinaires** :

Prévenir le syndrome d'immobilisation

Le syndrome d'immobilisation est le plus souvent tributaire de l'alitement et de la faible mobilité de la personne âgée. Les symptômes sont physiques, psychiques et métaboliques. Le retentissement clinique inclus : contracture, ankylose, amyotrophie, ostéopénie, plaie de pression, diminution de la réserve cardiaque, hypotension orthostatique, insuffisance veineuse, formation de thrombus, embolie pulmonaire, diminution du mouvement respiratoire, accumulation de sécrétions, atélectasie, pneumonie, ralentissement du métabolisme basal, bilan azoté négatif, déshydratation, anorexie, constipation, fécalome, rétention vésicale, infection urinaire, privation sensorielle, désorientation, anxiété, trouble de l'humeur et dépression.

Favoriser la mobilisation :

- Évaluer et soulager la douleur;
- Solliciter les capacités résiduelles lors des AVQ;
- Introduire des exercices lors des AVQ (lever les bras, les jambes, presser une balle dans les mains ou envoyer un baiser dans les airs);
- Alternner les changements de position;
- Assurer une bonne posture lorsque l'usager est au lit et au fauteuil;
- Déterminer un programme de marche;
- Solliciter le TRP pour élaborer un programme d'exercice individualisé;
- Planifier les soins et traitements toutes les 2 heures;
- Encourager et féliciter les efforts de l'usager;
- Prévenir les plaies.

Favoriser l'hydratation et l'alimentation :

- Offrir un verre d'eau supplémentaire lors de la prise des médicaments;
- Offrir fréquemment des boissons (eau, jus de fruits) et des collations;
- Stimuler la prise d'aliments/boissons par des mots et des gestes.

Favoriser une routine d'élimination :

- Planifier un horaire mictionnel (ex. : aux heures, aux 2 heures).

Désorientation temporelle et perturbation du cycle éveil-sommeil :

- Mettre des repères temporels dans la chambre (calendrier, horloge);
- Parler de la météo, du moment de la journée, de la saison;
- Inciter l'usager à porter les appareils auditifs et les lunettes;
- Instaurer des périodes d'exercices et de stimulation cognitive afin d'éviter les longues périodes de sommeil pendant la journée;
- Proposer à l'usager de se coucher lorsqu'il présente des signes d'endormissement;
- Maintenir la lumière naturelle et un éclairage approprié le jour, offrir des activités stimulantes, limiter la durée de la sieste.

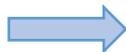
Prévenir le syndrome d'immobilisation (suite)



Prévenir les chutes et le recours à la contention:

- Identifier l'hypotension orthostatique;
- Placer les accessoires de marche à proximité de l'utilisateur;
- Inciter l'utilisateur à porter les appareils auditifs, les lunettes, ainsi que des chaussures adéquates ou des bas antidérapants;
- S'assurer que les besoins de l'utilisateur soient satisfaits (élimination, douleur, confort, faim, soif, ennui, etc.);
- Dégager la chambre au maximum afin de limiter les risques de blessures graves en cas de chute;
- Aménager les meubles de sorte qu'ils permettent un appui à la personne sur ses trajets principaux (salle de bain, lavabo, penderie);
- Sécuriser l'accès à la salle de bain (système sensoriel, détecteur de mouvement ou porte barrée);
- Offrir des moyens de protection individuelle : protecteur de hanches, de coudes, de genoux, casque;
- Offrir un fauteuil berçant ou un fauteuil de mobilité autobloquant;
- Placer les objets les plus utilisés à portée de main (cloche d'appel, téléphone, verre d'eau, papier mouchoir, revues, photos);
- Maintenir une hauteur de lit optimale (creux poplité : arrière du genou) pour faciliter les transferts assis-debout;
- Offrir des moyens de protection environnementaux : lit profil bas, tapis de chute, système sensoriel, poignée de transfert ou demi-ridelle au lit, rouleau de positionnement;
- Revoir la thérapie médicamenteuse PRN;
- Mettre en place un plan de prévention des chutes individualisé PRN.

Prévenir le délirium



- **Delirium hyperactif** : agitation et hypervigilance
- **Delirium hypo-actif** léthargie et ralentissement significatif des activités motrices
- **Delirium mixte**

- Identifier les facteurs prédisposants et précipitants;
- Revoir les médicaments pouvant causer un délirium;
- Maintenir un environnement stable, confortable et familier;
- Inciter l'utilisateur à porter les appareils auditifs, dentaires et les lunettes;
- Surveiller l'apport liquidien et nutritionnel;
- Identifier et traiter la déshydratation;
- Mobiliser l'utilisateur;
- Éviter les contentions physiques et pharmacologiques;
- Mettre des repères temporels dans la chambre (calendrier, horloge), parler de la météo, du moment de la journée, de la saison;
- Promouvoir des activités de loisirs individualisées;
- Appeler l'utilisateur par son nom lors des interactions;
- Obtenir un contact visuel avec l'utilisateur.

**Prévenir la
dépression liée à
la solitude**



- Écrire l'histoire biographique avec la famille et évoquer avec l'utilisateur les bons souvenirs;
- Planifier des visites intentionnelles, 5 minutes à chaque heure (entretien, aide de service, professionnels, etc.) pour promouvoir sa sécurité et diminuer sa peur/ son anxiété, lui changer les idées;
- Solliciter l'éducatrice spécialisée ou l'intervenante en loisirs pour des activités occupationnelles;
- Faire appel à l'éducatrice spécialisée afin de mettre en place un plan d'action personnalisé avec l'équipe de soins;
- Favoriser la thérapie musicale (Musique en mémoire);
- Favoriser le contact avec les proches (lorsque c'est possible) ou permettre à l'utilisateur de rester en contact avec eux grâce aux appels téléphoniques et aux réseaux sociaux (Skype, etc.).

**Prévenir
l'anxiété**



- Être conscient de la communication non verbale : les usagers ressentent les émotions des soignants;
- Utiliser une approche calme et rassurante;
- Écouter, observer l'utilisateur et identifier ses besoins;
- Individualiser les soins;
- Expliquer les soins et les sensations à venir (chaud, froid);
- Utiliser les objets personnels apaisants (musique, toutous, chapelets);
- Utiliser le toucher affectif, de petits massages des mains, du dos;
- Renforcer les comportements positifs ;
- Favoriser l'autodétermination : laisser l'utilisateur faire des choix;
- Identifier les premiers signes d'anxiété;
- Identifier les stimuli environnementaux sur lesquels il est possible d'avoir un contrôle (bruit, température, soignants, etc.);
- Faire des exercices de respiration;
- Si vous portez un équipement de protection individuel, dire que c'est pour garder tout le monde en santé;
- Si toutes ces mesures alternatives ont échoué, évaluer la possibilité d'administrer un PRN.

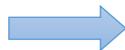
Plutôt que de dire automatiquement « non » à une demande ou de rediriger immédiatement l'utilisateur, essayer de trouver un moyen de dire « oui » à au moins une partie d'une demande. Dire : « oui », c'est frustrant pour vous de ne pas pouvoir aller où vous voulez, ou « oui », les choses sont vraiment différentes maintenant, « oui », allons nous laver les mains et nous pourrions faire un peu d'exercices physiques.

**Prévenir l'ennui
et maintenir la
stimulation
sensorielle et
cognitive**



- Saluer l'utilisateur lorsque vous passez devant sa chambre;
- Planifier des visites intentionnelles 5 minutes à chaque heure : discussion sur des sujets d'intérêt (écoute active adaptée au besoin), sur l'histoire biographique, musique personnalisée, aromathérapie, massage des mains, activités occupationnelles selon les préférences de l'utilisateur;
- Favoriser le contact avec les proches (lorsque c'est possible) ou permettre à l'utilisateur de rester en contact avec eux grâce aux appels téléphoniques et aux réseaux sociaux (ex. Skype etc.);
- Offrir la télévision ou la musique à la chambre (ex. Stingray);
- Solliciter l'éducatrice spécialisée ou l'intervenante en loisirs pour des activités occupationnelles individualisées;
- Permettre à la personne de faire des choix, lui demander son avis, solliciter son opinion, l'inclure dans les discussions entre intervenants;
- S'adresser à la personne lors des soins et l'alimentation : décrire ce que l'on fait, annoncer les aliments, l'encourager à garder les yeux ouverts, la toucher pour maintenir son attention;
- Valider les émotions de l'utilisateur, le rassurer et faire diversion pour lui permettre de se changer les idées avec des sujets ou des objets significatifs positifs pour lui;
- Profiter de la routine (ex. : repas, collations, soins, etc.) pour créer un moment agréable avec l'utilisateur : discuter de sujets d'intérêt pour la personne, parler du temps qu'il fait, etc.;
- Proposer à l'utilisateur de vous aider dans l'accomplissement de certaines tâches (selon ses capacités résiduelles) : plier ses vêtements, faire son lit, passer le balai, etc.

Prendre en charge les usagers errants en situation d'isolement



Un usager habituellement errant en situation d'isolement peut présenter une certaine agitation physique ou verbale. Il importe de répondre au mieux aux besoins qu'exprime l'usager pour diminuer ces périodes d'agitation.

- Satisfaire les besoins de base : faim, soif, froid, chaud, élimination, ennui ;
- Évaluer et soulager la douleur;
- Évaluer l'audition (hypo stimulation);
- Revoir la médication psychotrope (acathésie, agitation);
- Identifier les toilettes, la garde-robe, personnaliser la chambre;
- Favoriser des contacts humains réels : planifier des visites intentionnelles 5 minutes à chaque heure ;
- Permettre à l'usager de rester en contact avec sa famille grâce aux appels téléphoniques et aux réseaux sociaux (ex. Skype, etc.);
- Faire des activités à la chambre : selon les préférences de l'usager;
- Favoriser la thérapie musicale (Musique en mémoire);
- Luminothérapie (lampe de photothérapie quelques heures le matin permet moins d'agitation le jour et d'errance la nuit);
- Mettre en place des mesures alternatives pour éviter la contention physique et chimique.

Références

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions classification (NIC)-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

DSI-CSSSSP (2013) Programme de prévention et de gestion des chutes. Zone CIUSSS.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Chutes chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée). Synthèse des connaissances et des références rédigée par Elene Morarescu. Québec, Qc : INESSS; 2013. 23p.

MSSS (2011). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, cadre de référence. Édition La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 195p. En ligne : MSSS : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000697/>

MSSS (2012). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, fiche clinique « sommeil ». Édition La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 18 p. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000529/>

MSSS (2012). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, fiche clinique « autonomie ». Édition La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 18 p. En ligne. MSSS : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000519/>

MSSS (2012).). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, fiche clinique « syndrome d'immobilisation ». Édition La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 16 p. En ligne. MSSS : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000519/>

Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. ERPI.