

14^{ème} CONGRÈS
de la **Société de
Gérontologie
de Bordeaux et
du Sud-Ouest**



“ QUAND LES VIEILLES
ARTÈRES S'EN MÊLENT



**12 & 13
sept. 2024**

PESSAC
Institut des Métiers
de la Santé





Présentation de l'unité mixte de post-urgence, neuro-vasculaire et péri-opératoire gériatrique (UNV/UPUG/UPOG) Hôpital Pellegrin - Bordeaux

Natacha SAINT LOUIS – Aide-soignante
Katell BIENSAN - Infirmière



L'objectif premier de notre service est donc de préserver et/ou restaurer l'autonomie des patients âgés de plus de 75 ans.





1-Structure du service :

Cette unité mixte gériatrique fait partie du pôle des neurosciences cliniques.



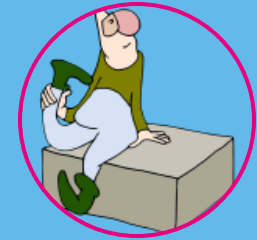
20 lits sur
3 secteurs



UNV
8 lits



UPUG
8 lits



UPOG
4 lits



2-Présentation de l'équipe pluridisciplinaire:



- Neurologues, gériatres et Orthopédistes
- Docteur junior, internes, externes en médecine/pharmacie et secrétaire.



- Infirmiers et aides-soignants travaillent sur l'ensemble du service sous la responsabilité de la cadre de santé.
- étudiants infirmiers et aides soignants, IPA, étudiants en médecine, en dentaire, et en kinésithérapie (stage en soins infirmiers) .



- ASH, kinésithérapeutes, ergothérapeute, diététicienne, orthophoniste, assistante sociale et référent logistique.



Intervenants complémentaires :

EMSP

EMPC

Equipe Mobile Douleur

Soins de pédicurie

Autres selon nécessité

Durée moyenne de séjour

La D.M.S. est variable : elle est en moyenne de 10 – 12 jours.



3- Le projet de soin:



Le patient est au centre du dispositif de soins.

Une équipe pluridisciplinaire pour un patient





- Continuité des soins
- Surveiller et prévenir une éventuelle altération ou aggravation
- diminuer le temps d'hospitalisation et préserver l'autonomie



- approche pluridisciplinaire
- travail en binôme IDE/AS
- Coordination



L'équipe de soins s'appuie sur:

- Raisonnement clinique qui permet de réaliser un soin personnalisé
- Bienveillance
- Communication positive



4- Motifs d'hospitalisation :

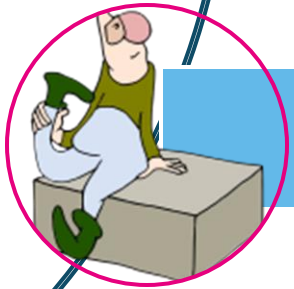


Patients ayant fait un Accident vasculaire cérébral ; ces patients sont transférés des soins intensifs pour poursuite de la surveillance et de la prise en charge.

Type de
patients
reçus



Patients polypathologiques, dépendants ou à risque de le devenir (« fragilité »), présentant une pathologie aiguë responsable d'une altération brutale de leur état de santé. Cette pathologie aiguë peut être une pathologie « de novo » ou une décompensation d'une pathologie chronique connue.



Patients qui présentent une fracture du col du fémur en pré ou post-opératoire immédiat avec indication de pose de PIH

Facteurs de risque



Le recrutement se fait via plusieurs canaux:

- SI UNV pour le secteur UNV
- Urgences, services de réanimation médicale et chirurgicale pour l'UPUG
- Services de chirurgie ou Urgences pour l'UPOG.
- Entrées directes (appui gériatrique, pôle de gérontologie clinique)

L'objectif commun est une prise en charge globale de la personne âgée et en particulier de la prévention de la dépendance iatrogène en contexte aigu.

Cette unité mixte permet également de précieux échanges entre nos spécialités.



➤ Secteur UNV



Accueillir des patients qui sont hospitalisés pour surveillance et suite de prise en charge suite à un AVC ischémique ou hémorragique et après une surveillance de 48h minimum aux soins intensifs.

Il s'agit de retrouver la cause de l'AVC afin d'instaurer un traitement pour éviter une récurrence (très à risque dans les 8 jours qui suivent l'épisode initial).

La prise en charge des patients a pour but d'assurer la continuité des soins prodigués en phase critique de la pathologie, afin de surveiller et de prévenir une éventuelle altération ou aggravation.



➤ Secteur UPUG



Accueillir des patients provenant des urgences ou sortant de réanimations (et soins intensifs) médicales et chirurgicales.

Il s'agit le plus souvent de patients polypathologiques dépendants ou à risque de le devenir.

L'objectif est la poursuite de la prise en charge de la pathologie aiguë ayant conduit aux urgences ou en réanimation, prévenir et prendre en charge les complications (confusion, chute, perte d'indépendance fonctionnelle...) et débiter très précocement une ré-autonomisation.

Le but de la prise en charge est de diminuer le temps d'hospitalisation du patient tout en préservant son autonomie afin de favoriser son retour au domicile ou dans des structures adaptées.



➤ Secteur UPOG



Accueillir des patients au décours d'une chirurgie.

L'objectif est d'optimiser la prise en charge post-opératoire en prévenant la survenue de complications médicales et la perte d'indépendance fonctionnelle.

Le but de la prise en charge est de rendre aux patients une indépendance fonctionnelle se rapprochant le plus de celle pré-fracturaire, tout en étant le moins délétère possible, et ce dans les plus brefs délais et de diminuer le temps d'hospitalisation.



5- Types de soins :

Techniques



De base




Educatif et
relationnel





- Surveillance et évaluation de l'état neurologique et des pathologies associées
- Surveillance de l'élimination urinaire et fécale
- Surveillance nutritionnelle
- Evaluation et gestion de la douleur
- Recueils et surveillance des paramètres vitaux (T°, FC, FR, TA, saturométrie, glycémie, etc...)
- Réalisation d'ECG
- Pose, gestion et surveillance de dispositifs invasifs (VVP, S/C, Piccline, Midline, CIP, SV, SNG, GPE)
- Préparation, distribution et aide à la prise des médicaments PO
- Préparation et administration de TTT, alimentation entérale liquide, par voie invasive avec surveillance des effets secondaires
- Aspirations trachéales. Réalisation d'aérosols
- Transfusions
- Prélèvements sanguins divers et d'échantillons biologiques
- Pansements, TPN
- Prévention d'escarre et / ou soins d'escarres
- Mobilisations



- 
- Toilette au lit, à la douche, brancard douche et aide à la toilette
 - Capiluve, Rasage, pédiluve,
 - Soins de bouche, de nez et d'yeux
 - Aide à la prise d'un repas pour le patient présentant des troubles de déglutition ou ne pouvant pas s'alimenter seul
 - Prévention des troubles de décubitus : positionnement, mobilisation
 - Habillage et Installation lit/fauteuil
 - Surveillance des ingestas
 - Surveillance du poids

Les soins de base comportent également tout le travail de ré-autonomisation du patient dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

Laisser le temps au patient de faire et non faire à sa place.



- Accueil des patients. Relation d'aide, entretien d'écoute, information des patients et des familles
- Accompagnement fin de vie
- Prise en charge des étapes de deuil de la perte à venir ou de la perte de l'indépendance
- Stimulation, autonomisation, incitation aux AVQ
- Relation d'aide des familles en situation de crise générée par la perturbation de la dynamique familiale
- Informations liées aux actes de soins et examens
- Prise en charge de la confusion, de l'anxiété, techniques d'apaisement
- Gestion de la douleur
- Elaboration de projet de soins éducatifs et relationnels personnalisés
- Consultation en diététique : aide aux régimes, information, évaluation





Collaboration et binômat





6- Outils de travail :

Traçabilités

- ✓ Dx Care (logiciel du dossier du patient) et PPSI (Prescription et Plan de Soin Informatisé)
- ✓ Transmissions ciblées : réalisées par les IDE et les AS
- ✓ Echelles de la douleur (EVA, EN, TILT, EVS, EOC)
- ✓ Evaluation neurologique : NIHSS, Glasgow
- ✓ SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée)
- ✓ L'unité est également équipée de matériels spécifiques



“ QUAND LES VIEILLES ARTÈRES S'EN MÊLENT



12 & 13
sept. 2024

PESSAC
Institut des Métiers
de la Santé



Echelle d'observation comportementale	Spontanément			Lors de l'examen		
	Absent	Faible	Marqué	Absent	Faible	Marqué
Pousses des gémissements, des plaintes	0	1	2	0	1	2
Front plissé, crispation du visage	...	...	...	...	...	...
Attitudes antalgiques visant à la protection d'une zone en position de repos (assis ou allongé)	...	...	...	...	...	...
Mouvements précautionneux	...	...	...	...	...	...

ECHELLE VERBALE SIMPLE (EVS)

- absence de douleur
- douleur faible
- douleur modérée
- douleur intense
- douleur extrêmement intense

Score NIHSS

Item	Intitulé	cotation	score
1a	vigilance	0 vigilance normale, réactions vives 1 trouble léger de la vigilance : ébriété, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnantes 2 coma ; réactions adaptées aux stimulations nociceptives 3 coma grave ; réponse stéréotypée ou aucune réponse motrice	
1b	orientation (mois, âge)	0 deux réponses exactes 1 une seule bonne réponse 2 pas de bonne réponse	
1c	commandes (ouverture des yeux, ouverture du poing)	0 deux ordres effectués 1 un seul ordre effectué 2 aucun ordre effectué	
2	oculomotricité	0 oculomotricité normale 1 ophtalmoplégie partielle ou déviation réductible du regard 2 ophtalmoplégie horizontale complète ou déviation forcée du regard	
3	champ visuel	0 champ visuel normal 1 quadranopsie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale 2 hémianopsie latérale homonyme franche 3 cécité bilatérale ou coma (1=3)	
4	paralysie faciale	0 motricité faciale normale 1 asymétrie faciale modérée (paralysie faciale unilatérale incomplète) 2 paralysie faciale unilatérale centrale franche 3 paralysie faciale périphérique ou diplopie faciale	
5	motricité membre supérieur	0 pas de déficit moteur proximal 1 affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit 2 effort contre le pesanteur, mais le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction) 4 absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthrode)	Dt G
6	motricité membre inférieur	0 pas de déficit moteur proximal 1 affaissement dans les 5 secondes, mais sans atteindre le plan du lit 2 effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 5 secondes sur le plan du lit 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction) 4 absence de mouvement (le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthrode)	Dt G
7	ataxie	0 ataxie absente 1 ataxie présente pour 1 membre 2 ataxie présente pour 2 membres ou plus	
8	sensibilité	0 sensibilité normale 1 hypoesthésie minime à modérée 2 hypoesthésie sévère ou anesthésie	
9	langage	0 pas d'aphasie 1 aphasie discrète à modérée : communication informative 2 aphasie sévère 3 mutisme ; aphasie totale	
10	dysarthrie	0 normal 1 dysarthrie discrète à modérée 2 dysarthrie sévère X cotation impossible	
11	extinction, négligence	0 absence d'extinction et de négligence 1 extinction dans une seule modalité, visuelle ou sensitive, ou négligence partielle auditive, spatiale ou personnelle. 2 négligence sévère ou anosognosie ou extinction portant sur plus d'une modalité sensorielle	
		TOTAL	

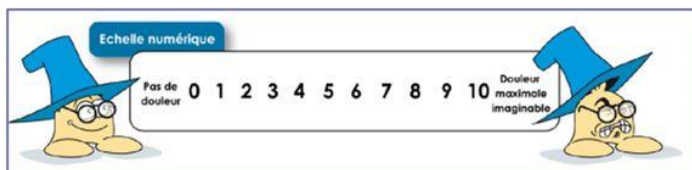
Echelle du score de Glasgow (GCS)

Ouverture des yeux (V)	Réponse verbale (V)	Réponse motrice (M)
1 - Nulle	1 - Nulle	1 - nulle
2 - A la douleur	2 - Incompréhensible	2 - Extension stéréotypée (rigidité <u>décérébrée</u>)
3 - Au bruit	3 - Inappropriée	3 - Flexion stéréotypée (rigidité de <u>décoloration</u>)
4 - Spontanée	4 - Confuse	4 - Evitement
	5 - Normale	5 - Orientée
		6 - Aux ordres

Score de Glasgow = Y + V + M (mini = 3 ; maxi = 15)

GRILLES SIPS : SOINS DE BASES (alimentation, élimination, locomotion, hygiène et confort)

	Coefficient 1 AUTONOMIE	Coefficient 2 DEPENDANCE MODERÉE	Coefficient 3 DEPENDANCE PARTIELLE	Coefficient 4 DEPENDANCE TOTALE
ALIMENTATION	Intervention ponctuelle - Repas et boissons à gorgées - Ingérée de son goût	Intervention ponctuelle - Repas et boissons à gorgées	Intervention partielle - Repas et boissons à gorgées	Intervention permanente - Repas et boissons à gorgées - Aliments liquides (soupe, gelée, ...)
ELIMINATION	Analyses d'urine	Preneur d'urine autonome - Changes pour les urinaires - Installation bascule ou urinal - Douche	Change à la demande pour miction	Change à la demande pour miction
LOCOMOTION	Patente autonome	Appuie et équilibre sur ses surbrasses ou sur 1 aide - ET avoir permis l'information de surveillance	Appuie, marche et équilibre avec 2 aides - Rééducation au 30 et au 60secondes avec 2 aides - Appuyé sur le PVC supérieur à 2 minutes - Surveillance 100% avec 2 aides - Surveillance 100% avec 1 aide (surveillance)	Altitude permanente - Appuie latérale dans les transferts - Lignes de force croisées - Prévention des chutes (bâton, etc)
HYGIENE	Patente autonome	- Toilette corporelle sur 0 ou 10secondes - Douche avec 1 aide - Rattacher/débrancher 1 aide - Repassage/couverts - Aide à la toilette (habillage et déshabillage)	- Toilette corporelle sur 0 ou 10secondes - Douche avec 2 aides - Toilette (p-10) - Sécherie + repassage - Repassage/couverts - Aide à la toilette (habillage et déshabillage)	- Toilette assistée - Supporter 100% pour la toilette de patient en phase terminale



Quelques exemples



Bladder Scan



Brancard
Douche



Chaise de Pesée

Matériel
à
disposition



Appareil
Glycémie



Chaise garde-robe



Tensiomètre



Capiluve



Guidon de transfert



Lève - Personne



Rail de
transfert



Drap de glisse



Verticalisateur



Planche de
transfert



Couverts Ergonomiques



Fauteuil de repos

Lit Alzheimer

Imagiers



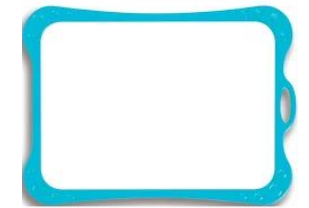
Lits médicalisés



Tapis anti chute



Matelas Repose



Ardoises



7- Organisation du travail :

- « Staff » pluridisciplinaire tous les jeudis
- Temps de discussion entre médecins/IDE/AS peut se réaliser le jeudi après-midi pour échanger autour d'une prise en charge difficile.
- Transmissions ont lieu entre le médecin et l'IDE de chaque secteur afin de présenter les problèmes en cours avant la visite.
- CV en fin de matinée et en fin de journée





8- Organisation des soins :

➤ Sectorisation

L'unité est
divisée en
3 secteurs.

- 1 secteur de 8 lits (UNV)
- 2 secteurs de 6 lits (UPUG/UPOG) 4 lits UPUG et 2 lits UPOG
- 1 IDE et 1 AS par secteur
- 1 IDE de J , 1 AS volante le matin

Cette sectorisation n'exclut pas l'entraide sur les autres secteurs.

Compte tenu des difficultés de recrutement d'IDE, une réorganisation structurelle a été momentanément réalisée comme suit depuis le mois de mars :

2 secteurs de 10 lits (mixité de lits UNV/UPUG/UPOG) avec 1 IDE et 2 AS par secteur.

1 IDE de J et une AS hôtelière(le matin)

Retour à l'organisation originelle prévue mi-septembre.





9- Prise en charge du patient dans le service :

Les soins prodigués sont personnalisés en partant des besoins et des habitudes propres à chaque patient.

L'entrée

L'entrée du patient est réalisée en binôme IDE/AS

Une évaluation rigoureuse de l'ensemble des paramètres ci-dessous détaillés permettra d'établir un projet de soin individualisé





- évaluer son état de conscience et d'orientation, mode de vie et évaluation du risque de chute
- évaluer son degré de dépendance
- contrôler les paramètres vitaux, réalisation d'un ECG d'entrée
- évaluer le degré de gravité des déficits neurologiques avec le score **NIHSS** initial
- lister les matériels invasifs
- évaluer la douleur
- Réalisation d'un **test de déglutition** avec ajustement



- prendre les mensurations
- évaluer son état cutané et score de Braden
- évaluer la continence
- réaliser un **inventaire** des effets personnels
- rédaction de la **macrocible d'entrée**
- mise à jour des **bulles**,
- réalisation du **plan de soins**





Au cours de l'hospitalisation les actions communes sont :

- La mesure des **paramètres vitaux** et **l'évaluation de la douleur**
- Réalisation du **NIHSS** pour les patients ayant fait un AVC, **score de Glasgow** pour les autres
- **La dépendance est quotidiennement réévaluée**
- **Soins d'hygiène adaptés et personnalisés** (respect des habitudes du patient)
- **éviter/prévenir les risques de chutes**
- **les éventuels troubles de la déglutition sont réévalués**
- **favoriser la nutrition**
- **Surveiller l'élimination urinaire et le transit**

L'élimination des urines et des selles est une préoccupation quotidienne en favorisant un maximum la continence



- surveiller l'état cutané,
- gérer d'éventuels troubles du comportement (troubles cognitifs...)
- Rencontre familles
- Privilégier les horaires de visites établies mais s'adapter à chaque cas pour **éviter l'isolement social et favoriser l'investissement des familles dans la prise en charge de leurs aînés**

Tous ces éléments de surveillance doivent être consignés dans le dossier du patient L'identification de chaque problème doit faire l'objet de transmissions ciblées ainsi l'information ne sera pas perdue et permettra de voir plus lisiblement si les actions mises en place ont permis de résoudre ce



Equipe soignante = élément sentinelle d'alerte





10- Devenir du patient :

L'ensemble de l'équipe œuvre pour que le patient retrouve rapidement son autonomie antérieure ou trouve des solutions palliatives à ses déficits afin de réintégrer son lieu de vie.

Pour cela il nécessitera parfois d'être orienté vers un centre de SMR polyvalent ou neurologique) afin de poursuivre et d'optimiser sa rééducation.

Les patients ayant fait un AVC sont évalués une fois par semaine le mercredi par des médecins de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) pour évaluer leur potentiel de récupération



Malgré cela, plusieurs orientations sont envisageables selon l'évolution du patient au cours de l'hospitalisation :

- **RAD**
- **SMR**
- **EHPAD**
- **Soins Palliatifs**
- **Autres services**

S'assurer que tout est prêt pour l'arrivée du patient.



10- Projet service 2025 :

Janvier
2025

- **3 secteurs** avec mixité des spécialités UNV/UPUG/UOG
- Personnel en **12H**
- **1 IDE et 1 AS par secteur**
- **1 IDE de J** en semaine
- **1 gériatre par secteur (neurologue pour les list UNV)**

Tout ceci pour mieux répondre aux difficultés de recrutements et d'éviter des fermetures de lits.



11- Take home message :

