

10^e Journée
de Formation
et d'Échanges

HYGIÈNE RISQUES ET QUALITÉ CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

29 SEPTEMBRE 2011
LYON - ESPACE TÊTE D'OR

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 Brocker (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, Dr Savey, Pr de Wazières

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

10^e Journée
de Formation
et d'Échanges



HYGIÈNE RISQUES ET QUALITÉ CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

29 SEPTEMBRE 2011
LYON - ESPACE TÊTE D'OR

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 Brocker (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, Dr Savey, Pr de Wazières

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

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



HYGIÈNE RISQUES ET QUALITÉ CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

**29 SEPTEMBRE 2011
LYON - ESPACE TÊTE D'OR**

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 blocs et stylos :

- 4MED FRANCE
- ADHESIA
- AJC L'AUTHENTIC
- AQUA TOOLS
- ASEPTIX FRANCE
- CONCEPT MICROFIBRE
- GEORGIA PACIFIC - LOTUS PROFESSIONAL
- GILBERT (Laboratoire)
- HYGIENES
- RISQUES & QUALITE
- SANOFI PASTEUR MSD
- SMITHS MEDICAL
- SOLVIREX (Laboratoire du)

9 h 00 Séance plénière

Bon usage et qualité des examens complémentaires

B. de Wazières (Nîmes)

- La bonne qualité des prélèvements de laboratoire :
l'étape pré-analytique en biologie clinique
J.-C. Gris (Nîmes)
- Les prélèvements microbiologiques et les biomarqueurs
(y compris les tests rapides)
G. Carret (Lyon)
- Les nouvelles technologies d'investigation au lit du patient
J.-M. Souclier (Saint-Étienne)

10 h 30 Pause – Visite de l'exposition

11 h 00 Ateliers

**A1 - Évaluation de la prise en charge du risque infectieux.
Le programme national de prévention des infections
dans le secteur médicosocial 2011-2013**

A.-M. Tahrat (Paris), B. Lejeune (Brest)

A2 - Prise en charge de l'incontinence

N. Michel-Laaengh (Lyon), M.-L. Le Normand (Champcueil)

A3 - Infections urinaires à BMR : à quand l'impasse thérapeutique ?

A. Sotto, J.-P. Lavigne, (Nîmes)

12 h 30 Déjeuner

13 h 30 Ateliers

A4 - Le consentement : de qui ? à quoi ?

F. Blanchard (Reims), O. Jonquet (Montpellier)

A5 - Réanimer ou pas ? Enjeu de qualité et de sécurité

D. Robert, J. Fabry (Lyon)

A6 - Tuberculose : vigilance et prise en charge

B. de Wazières (Nîmes), Ph. Fraisse (Strasbourg)

15 h 00 Pause - Visite de l'exposition

15 h 30 Séance plénière

L'entrée en institution : risques et qualité

C. Passerat-Boulade (Nantes)

• Le réseau Cormadom en dix points

J. Riondet (Lyon)

• Préparation de l'entrée et projet de vie en institution

R. Gonthier (Saint-Étienne)

• Place et accompagnement des aidants lors de l'institutionnalisation

Y. Mataix (Lyon)

• Impact des troubles sensoriels sur l'état cognitif et l'institutionnalisation

A. Toulmond (Lyon)

16 h 30 Fin de la journée

BON USAGE ET QUALITÉ DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

La bonne qualité des prélèvements de laboratoire : l'étape pré-analytique en biologie clinique

Jean-Christophe Gris

Laboratoire d'hématologie - CHU Caréméau - Place Pr Robert-Debré - 30029 Nîmes cedex 9

La maîtrise des différentes composantes de l'étape pré-analytique occupe une place cruciale dans la validité des tests biologiques. Elle conditionne une grande partie de la valeur informative clinique des résultats rendus. C'est un volet important du plan d'assurance qualité. Cette étape comprend : la priorisation d'une juste prescription ; la diffusion des informations permettant au laboratoire de comprendre et intégrer les particularités du patient et de son traitement ; l'optimisation de la qualité du prélèvement, des conditions de son acheminement vers le laboratoire et de son accueil ; la préparation de l'échantillon avant analyse, avec centrifugation, prise en compte des particularités plasmatiques, stockage, congélation puis décongélation si nécessaire. Les échantillons biologiques ont une vie avant leur exploration analytique, dont les épisodes conditionnent le résultat, dont la prise en compte doit être perçue et maîtrisée par le prescripteur et par le biologiste, qui nécessite harmonisation et collaboration tout le long de la chaîne d'événements et de métiers allant du patient à l'exploration de ses échantillons.


La maîtrise de toute l'étape pré-analytique est de la responsabilité des biologistes. Nous centrerons cependant le propos sur les composantes réalisées et assumées par les services cliniques. Ces composantes engagent la culture biologique du prescripteur médical et donc le dialogue structurant clinico-biologique et biologico-clinique ; l'histoire médicale du patient et l'historique médicamenteux ; l'acte de prélèvement sanguin ; l'acheminement du prélèvement au laboratoire et la vérification de sa réception.

Le meilleur des tests biologiques, fut-il réalisé au mieux, ne peut qu'apporter, en routine, les renseignements traqués qu'en situation clinique stricte ayant fait l'ob-

jet d'une validation expérimentale préalable, pour des valeurs de résultat ayant démontré leur recevabilité clinique. Il existe donc un champ de validité des tests biologiques.

La qualité du dialogue constant qui doit exister entre prescripteur et biologiste est au centre de l'entretien du noyau culturel commun à garantir pour optimiser la prescription. Dans les établissements de soin, nous recommandons la constitution de comités d'interface biologie-clinique, de composition mixte, analysant les indications de prescription d'examen complémentaires et leurs limites de signification, avec émissions de consensus locaux.

Le biologiste, pour pondérer la valeur des résultats, doit avoir accès à l'ensemble de la définition humaine, médicale et thérapeutique du patient : il ne peut garantir l'exactitude de la recevabilité et de l'interprétation d'un résultat en aveugle de la connaissance du patient.

Le patient doit être prélevé dans des conditions techniques acceptables : contexte général du prélèvement ; choix des tubes de prélèvement (nature, anticoagulant...) ; choix de l'aiguille ; limites du garrot ; choix du site de ponction ; ordre des tubes prélevés ; niveau de remplissage des tubes ; homogénéisation des tubes ; conditions de stockage avant envoi. Le prélèvement doit être acheminé dans des conditions acceptables. Il devra être accueilli par le laboratoire concerné, lequel vérifiera l'ensemble des points de non-conformité pouvant justifier l'invalidation du prélèvement. Les étapes techniques se succéderont ensuite. Le processus redeviendra enfin biologico-clinique lors de la discussion des résultats avec le prescripteur. 

BON USAGE ET QUALITÉ DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les prélèvements microbiologiques et les biomarqueurs (y compris les tests rapides)

G. Carret

Service de microbiologie - Centre de biologie sud - Centre hospitalier Lyon Sud - 69495 Pierre-Bénite cedex

Les maladies ayant une origine bactérienne, virale ou fongique sont souvent cliniquement caractéristiques. On fait cependant appel à la biologie pour plusieurs raisons. En premier lieu, pour s'assurer que les symptômes relèvent bien d'une infection et ensuite pour porter un diagnostic étiologique de celle-ci. Ce diagnostic étiologique est nécessaire quand une simple approche probabiliste ne permet pas de répondre avec suffisamment d'assurance aux besoins du clinicien tant pour des problèmes de diagnostic, que pour la conduite de la thérapeutique ou encore pour des questions qui relèvent de la santé publique (par exemple maladies à déclaration obligatoire, maladies contagieuses...). Le niveau de précision attendue n'est pas le même pour chaque situation et chaque niveau a ses contraintes.

Il va de soi que les recommandations générales concernant les échantillons biologiques (étiquetage, identité du patient, du prescripteur, du préleveur, date, heure, nature de l'échantillon, localisation...) s'appliquent à ces situations qui demandent en outre une attention particulière. La caractérisation d'un état infectieux passe par une étape peu spécifique qui repose sur un ensemble de biomarqueurs dont les trois principaux sont la numération et la formule leucocytaire, la protéine C réactive (CRP) et certaines indications apportées par les bandelettes urinaires (leucocyturie, hématurie, bactériurie). Ces biomarqueurs sont aussi des éléments de suivi de la pathologie et de l'efficacité du traitement.

Le diagnostic étiologique apporte la nature, le genre et l'espèce de l'agent microbien (bactérie, virus ou champi-

gnon) à l'origine de la maladie et l'isolement par culture de celui-ci est le plus souvent l'étape indispensable à l'étude de l'efficacité des anti-infectieux. Cette culture est une contrainte et impose des qualités spécifiques aux prélèvements. Pour schématiser ces qualités, on peut répondre à trois questions.


• **Le microbe est-il dans l'échantillon ?**

La réponse n'est pas si simple car l'accès au site infecté n'est pas toujours facile (collections profondes, par exemple) et parce qu'il existe une variabilité liée aux phases d'évolution de la maladie.

• **Le microbe est-il vivant dans l'échantillon et le restera-t-il jusqu'à son arrivée au laboratoire ?**

C'est l'étape de culture qui impose la survie du microbe. Bien qu'il existe des techniques de biologie moléculaire ou immunologique qui pallient le défaut en termes d'identification, la nécessité de la culture reste l'exigence pour l'étude de la sensibilité aux anti-infectieux. Malgré cette réserve, les techniques de substitution à la culture restent intéressantes d'autant plus que certaines permettent un diagnostic rapide et même au lit du malade. C'est par exemple le cas pour reconnaître les angines virales ou à streptocoque ou encore pour caractériser *Clostridium difficile* dans les selles.

• **Le microbe est-il seul dans l'échantillon ?**

Se pose ici le problème des flores de contamination que celle-ci soit physiologique donc imparable mais quelquefois minimisable ou accidentelle donc évitable. 

ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DU RISQUE INFECTIEUX

Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013

A.-M. Tahrat¹, B. Lejeune²

1- Direction générale de la Cohésion sociale - 14, avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP


2- Laboratoire d'hygiène hospitalière - CHU - Boulevard Tanguy-Prigent - 29609 Brest cedex 9

Déclinaison pour le secteur médico-social du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins, ce premier programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social a pour objectif principal de sensibiliser et mobiliser les équipes des établissements concernés (établissements pour personnes âgées dépendantes, maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé), sur la nécessaire maîtrise du risque infectieux.

Le choix a été fait, compte tenu des spécificités du secteur (sa grande hétérogénéité ; le niveau du risque et les moyens disponibles) et du niveau très variable de prise en compte de ce risque sur le terrain, de promouvoir une démarche d'analyse de risque qui permette à chaque gestionnaire d'évaluer le risque infectieux dans son établissement et d'apprécier son niveau de maîtrise

de ce risque afin d'élaborer ou d'adapter son programme d'action.

C'est donc un objectif qui peut sembler modeste au regard du thème de cet atelier qui est l'évaluation de la prise en charge du risque infectieux, car avec ce premier programme nous n'en sommes pas encore à définir des indicateurs qui permettraient d'apprécier et de mesurer les résultats de cette politique de prévention, comme cela est réalisé dans les établissements de santé.

Ce premier programme vise essentiellement à ce que tous les établissements concernés fassent leur auto-appréciation de leur niveau de maîtrise de ce risque, et pour les y aider, il est proposé une méthode et des outils : manuel d'auto-évaluation et fiches techniques en rapport, qui ont été élaborés, mis en commun, actualisés et validés par un groupe de travail inter CCLIN. 

Prise en charge de l'incontinence


N. Michel-Laaengh¹, M.-L. Le Normand²

1- Hôpital Frédéric Dugoujon - 14, rue Pasteur - 69300 Caluire

2- Laboratoire d'urodynamique - Hôpital Georges Clémenceau - 1, rue Georges-Clémenceau - 91750 Champcueil

La prise en charge de l'incontinence en gériatrie est abordée selon des situations très différentes, liées à l'état clinique, cognitif et somatique, l'état fonctionnel et la dépendance de la personne.

Au travers de cas cliniques, on redéfinit :

- la place, chez la femme âgée, des traitements rééducatifs, médicamenteux et chirurgicaux dans le cadre d'une consultation, conformément aux recommandations ;
- la conduite à tenir face à une incontinence nouvellement apparue dans une situation acutisée : prise en charge globale et réadaptative ;
- la prise en charge du nursing d'un patient incontinent en perte d'autonomie : éducation comportementale, prise en charge de l'incontinence bisphinctérienne, de la rétention chronique, adaptation des palliatifs. 

Infections urinaires à BMR : à quand l'impasse thérapeutique ?


Albert Sotto¹, Jean-Philippe Lavigne²

1- Service des maladies infectieuses et tropicales

2- Laboratoire de bactériologie

CHU Carémeau - Place Pr Robert-Debré - 30029 Nîmes cedex 9

Depuis de nombreuses années, nous sommes confrontés à l'émergence de bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR). Pendant longtemps, ces bactéries ont été l'apanage du milieu hospitalier et en particulier des services de réanimation et cette multirésistance ne touchait que quelques genres bactériens. Depuis quelques années, nous observons une diffusion inquiétante de la multirésistance dans le milieu communautaire et au sein de bactéries qui étaient jusqu'alors épargnées. Le meilleur exemple est celui d'*Escherichia coli*, bactérie la plus fréquemment isolée au cours des infections urinaires communautaires et nosocomiales. Ce sont les pénicillines, le cotrimoxazole et les fluoroquinolones qui ont d'abord été touchées par la résistance. Il y a une dizaine d'années, la résistance aux céphalosporines de troisième génération restait encore « confi-

dentielle ». Elle n'a fait que croître depuis cette période et semble évoluer sur un mode quasi exponentiel. Cela conduit déjà à des impasses thérapeutiques, non seulement dans la prise en charge d'infections urinaires nosocomiales, mais aussi communautaires. La difficulté réside dans le fait que nous n'espérons pas dans un proche avenir la commercialisation de nouveaux antibiotiques efficaces. L'alternative est l'utilisation d'antibiotiques à large spectre avec tout ce que cela implique, notamment avec un risque de cercle vicieux et une évolution vers toujours plus de résistance. Nous sommes donc dans une situation précaire et les prescripteurs doivent en tenir compte plus que jamais en respectant strictement les consignes de bon usage des antibiotiques. Seule une politique antibiotique raisonnée pourra freiner cette catastrophe annoncée. 


Le consentement : de qui ? à quoi ?

O. Jonquet¹, F. Blanchard²

1- Service de réanimation médicale - Hôpital Gui de Chauliac - 2, avenue Emile-Bertin-Sans - 34000 Montpellier

2- Service de médecine gériatrique - Hôpital Sébastopol - 44, rue de Sébastopol - 51100 Reims

Consentir aux soins, consensus, consentement éclairé, information sont des mots récemment arrivés dans le cadre de l'exercice médical ou soignant en général. Derrière ces mots, que Paul Valéry appelait *mots perroquets*, c'est-à-dire que l'on répète sans savoir, au fond ce qu'ils veulent dire ou les réalités qu'ils recouvrent, de quoi s'agit-il ? Consentir, c'est *sentir avec, être d'accord avec*. Il n'est pas inintéressant de retrouver l'étymologie de l'*accord* où il y a le *cœur à cœur de deux êtres*, sûrement plus poétique que le formulaire présenté par un infirmier ou un externe pour faire signer l'accord, le consentement d'un patient pour l'inclusion dans une étude ou la réalisation d'une intervention chirurgicale. La nécessité d'un consentement apparaît dans un procès au Royaume Uni Slater vs Baker et Stapleton au cours duquel deux médecins ont été reconnus coupables d'avoir refracturé un os : « *It appears from the evidence of the surgeons that it was improper to desunite the callous without consent; this is the usage and law of surgeons* ». Même si de l'absence de consentement aux soins ou à la recherche peut en découler des sanctions pénales ou des réserves dans la certification de nos structures, l'exigence est tout d'abord morale vis-à-vis de celui ou celle qui se confie à nous. Le consentement est bilatéral : le malade accepte les soins, le traitement médical ou chirurgical ; le médecin accepte, consent à les dispenser. Cela suppose un accord (*un cœur à cœur*) bilatéral et un échange préalable sur les actes ou les procédures à accomplir. Le *consensus* n'est pas cet accord des *minima* mais un accord avec soi-même, les autres et la nature des choses ou des actes à entreprendre (Cicéron). Un échange pour donner une information. Informer, c'est donner une forme à une matière (Aristote). Les carriers qui avaient extrait le bloc de marbre de Carrare s'extasiaient

devant la statue de *La Pieta* sculptée dans ce bloc. « *Mais elle y était contenue* » leur répondit Michel Ange Buonarrotti. C'est notre travail, notre mission à nous, personnels (para)médicaux, de mettre en forme, de rendre compréhensible ce que l'on va faire à autrui. Au passage, le fait de penser à l'avance ce que l'on va dire, et la forme que l'on va y mettre nous fait réaliser la vérité de cette action. Informer, nous dit Pierre Le Coz, c'est aider un patient à être *en forme*. Pour cela il faut y mettre *les formes* avec simplicité, loyauté, appropriation, reformulation et progressivité. Cela implique une *sympathie* (souffrir, sentir avec) entre deux êtres et non entre un être et un projet. Cela amène à repenser la relation médecin malade, à sortir de la dichotomie de la relation paternaliste où le malade est un incapable et l'utopie d'une relation égalitaire : n'oublions pas que comme le disait Canguilhem, c'est la malade qui est demandeur et par là, de fait, dépendant. La relation médecin-malade c'est, ou devrait, être cette « *rencontre bienveillance-autonomie et recherche par le malade et avec le malade d'une solution rationnelle, ajustée à une situation singulière* » (J. Ricot). C'est tout le sens de l'information et du consentement qui en procède. Certes, des progrès ont été faits depuis des années, la conscience des soignants, les changements sociétaux soutenus par des textes législatifs (loi Kouchner du 4 mars 2002), les référentiels des certifications aident à la mise en place d'une meilleure information avec le recueil d'un consentement qui se veut de plus en plus réfléchi et rationnel. Cependant ce n'est pas parce que la signature du patient est au bas de la page, la procédure est respectée et le formulaire classé, que l'obligation éthique est remplie, l'information est continue et accompagne le patient tout au long de son parcours de soins. 

Tuberculose : vigilance et prise en charge

Benoît de Wazières¹, Philippe Fraisse²

1- Service de médecine interne et gériatrie - CHU Carémeau - Place Pr Robert-Debré - 30029 Nîmes cedex 9

2- **Coordonnateur du groupe tuberculose de la SPLF** - Service de pneumologie - Nouvel hôpital civil
67091 Strasbourg cedex

Chez les personnes âgées (PA) vivant en institution, la tuberculose comporte des spécificités justifiant une vigilance, des mesures de dépistage appropriées et une collaboration interdisciplinaire ou avec un centre de lutte antituberculeuse.

L'incidence de la tuberculose y est plus élevée, en raison des infections acquises dans leur enfance quand la tuberculose était plus fréquente ou de leurs séjours en pays de forte incidence, des facteurs de risque de progression du stade d'infection latente vers la tuberculose-maladie et de la transmission des bacilles facilitée par la vie en commun. Les symptômes sont eux-mêmes atypiques (refus alimentaire, amaigrissement, perte d'autonomie) ou d'emprunt du fait des comorbidités. Les localisations extra-pulmonaires sont plus fréquentes (ganglionnaires, méningées). La radiographie thoracique peut comporter des localisations inhabituelles (lobes inférieurs, pseudo-pneumonies), d'interprétation difficile à cause des antécédents, des déformations thoraciques, des difficultés de déplacement ou de l'incapacité à garder une apnée. Il peut s'agir d'une radiographie systématique ou demandée en raison d'une autre pathologie, et qui révèle des « séquelles » de tuberculose. Si bien que le diagnostic est différé (avec le risque d'aggravation et de transmission des bacilles). Le traitement est compliqué par les interactions médicamenteuses, les effets indésirables hépatiques plus fréquents, les problèmes d'administration (fausses routes) ou les troubles du comportement. Les précautions « air » nécessaires, souvent dans un service aigu, vont majorer l'isolement social ou détruire certains repères fondamentaux de leur vie quotidienne. Le pronostic s'en ressent, 80 % des décès survenant en France chez des personnes de plus de 70 ans, le plus souvent par retard diagnostique (décès avant traitement) ou décompensation d'autres fonctions précieuses.

Pour réagir à ces difficultés, certaines mesures s'imposent et une rigueur particulière. Il serait souhaitable que les

PA admises en institution bénéficient d'un interrogatoire sur les expositions tuberculeuses et un éventuel antécédent personnel, d'un dépistage radiographique et clinique de la tuberculose. On aura ainsi au moins un cliché de référence, on pourra discuter le traitement des tuberculoses en rémission spontanée. Un index de suspicion de la tuberculose plus élevé évitera les retards diagnostiques : demander une radiographie thoracique devant une altération inexplicée de l'état général, une tomodensitométrie (si possible) pour une meilleure analyse morphologique des images pulmonaires. Le diagnostic étant fondé sur la bactériologie, on prescrira trois analyses d'expectoration ou de tubages gastriques, voire une endoscopie devant une toux ou une image radiographique qui n'ont pas de cause bien évidente. Après cela, envisager après avis spécialisé un traitement pré-somptif devant des symptômes généraux inexplicés par l'enquête étiologique.

Le traitement demande un avis spécialisé conformément au parcours de soins de l'ALD 29. Il s'agit habituellement (sauf résistances du bacille) d'une quadrithérapie pendant deux mois (isoniazide, rifampicine, éthambutol, pyrazinamide) suivie d'une bithérapie pendant quatre mois (les deux premiers) ; la surveillance des effets indésirables notamment hépatiques et nécessaires, et la prévention des interactions avec d'autres médicaments. Le cas fera l'objet d'une déclaration obligatoire, comprenant le signalement téléphonique au Centre de lutte antituberculeuse (CLAT) dans les plus brefs délais, et une notification (téléchargeable sur le site www.invs.sante.fr) envoyée à l'Agence régionale de santé (ARS). Sont à déclarer les tuberculoses prouvées par la bactériologie, mais aussi celles traitées sur anatomopathologie ou pré-somptivement (sans attendre le résultat de la culture ou en son absence), y compris après le décès du patient. Une notification d'issue de traitement est adressée à l'ARS dans les douze mois suivant le début du traitement.

ATELIER 6

En cas de tuberculose survenant chez un résident (voire un personnel), l'isolement de cette personne est nécessaire quand il s'agit d'une forme respiratoire, quel que soit le résultat de l'examen direct, et au moins quinze jours après le début du traitement. On respectera les recommandations d'isolement « air ». L'enquête d'entourage réalisée par le CLAT en collaboration avec l'équipe d'hygiène et la médecine du travail permettra de suivre dans un but préventif les sujets significativement exposés. Chez les PA, le diagnostic d'infection tuberculeuse latente (ITL) n'est pas aisé (ces infections ont pu avoir lieu dans l'enfance, la pratique du Tubertest est plus difficile, les tests de libération d'interféron demandent une validation en cours et ne sont pas remboursés, le traitement

des ITL est grevé de complications hépatiques plus fréquentes). On se concentrera donc sur la prise en compte précoce des symptômes de tuberculose et le suivi radiographique thoracique (parfois limité par l'incapacité à se déplacer même dans un camion radiographique adapté) dans les deux ans suivant le contact. Les sujets plus jeunes exposés (personnel, visiteurs, famille, professionnels venant au domicile) bénéficient en revanche de la détection et du traitement de leurs ITL.

Ainsi une démarche globale est-elle préconisée, associant le médecin traitant, le référent de l'établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante, de l'unité de séjour de longue durée ou de gériatrie, les spécialistes de la tuberculose et de l'hygiène, les médecins du travail. 🐦

L'ENTRÉE EN INSTITUTION : RISQUES ET QUALITÉ

Le réseau Cormadom en dix points

Jean Riondet

Cormadom - 325 b, rue Maryse-Bastie - 69140 Rillieux-la-Pape

1- Réseau de santé = CSP art L et D 6321-1 sq = autorisation Agence régionale de santé (ARS) + financement Sécurité sociale = indépendance par rapport à toutes les parties = le patient confie au réseau sa liberté de choix de l'ensemble des prestations de service dont il a besoin. Aucun autre cadre juridique ne donne cette indépendance.

2- Qu'est-ce que la dépendance ?

C'est la dépendance par rapport à des tiers. Plus les tiers sont nombreux, plus l'équation est insoluble ; on vit une « iatrogénie » des tiers.

3- La dépendance une particularité exclusive des institutions et des SSIAD ? Non.

Le domicile possède autant de grands dépendants que les institutions car la maîtrise du temps travaillé dans une institution passe par le choix des types de dépendance acceptés à l'entrée. Toutes les institutions sélectionnent à l'entrée. Sauf les services d'urgences.

4- À domicile les infirmières libérales et les aides à domicile sont des acteurs centraux du maintien à domicile ; car par leurs statuts, ce sont des professionnels à temps de travail variable, ce que ne sont pas les professionnels des institutions.

5- Un retour à domicile, c'est la maîtrise de l'économie du domicile qui est à réussir.

6- Le réseau est prescripteur d'une organisation :

- 1 - il collecte des données, recherche de l'information et réalise sa mise en forme ;
- 2- il analyse ces données en toute indépendance (y compris le dépoussiérage des ordonnances) ;
- 3- il identifie les fragilités, hiérarchise les problèmes ;
- 4- il propose un programme médico-social ;
- 5- il coordonne la mise en œuvre et l'évolution dans la durée de ce programme.

L'échange d'information est au cœur du dispositif, il suppose donc :

- une confiance mutuelle ;
- des méthodes de travail ;
- des outils techniques.

Le pilote du réseau est en droit d'imposer cette organisation (CSP). Ce service conduit des professionnels de santé qui auraient refusé des patients qu'ils considèrent à risque d'accepter leur prise en charge sachant que le risque est partagé avec le réseau.


7- Les limites du domicile : ce sont les patients trop atteints du point de vue cognitif, avec un environnement humain déficient, des ressources nettement insuffisantes et combinant de trop nombreux critères de fragilité.

8- Cormadom c'est du management de cas, mais aussi du *Care Management* car dans la prise en charge globale du patient c'est de son bien-être dont il s'agit. Cormadom est une équipe de cinq personnes, un système d'information médicosocial, le seul véritablement solide sur les deux volets médical et social dans la région Rhône-Alpes.

9- Cormadom en chiffres : ce sont 300 patients en file active (autant que l'hospitalisation à domicile), un patient qui entre tous les deux jours et cinq refus par jour. Un GMP dans la fourchette des GMP des hôpitaux gériatriques. Plus de 1000 professionnels coordonnés.

10- Perspectives

Le système hospitalier et les réponses institutionnelles sont à l'asphyxie sur les personnes âgées très dépendantes. L'ARS ne développe plus de moyens pour accroître les réponses. Le Conseil général, estime remplir son rôle.

Des coopérations impensables jusqu'alors s'envisagent, avec d'autres réseaux, des établissements de santé, demain des assureurs. L'Agence nationale pour les services à la personne s'intéresse à la formation des aides à domicile dont le nombre peut encore augmenter alors que celui des infirmières libérales plafonne sur le territoire. 

L'ENTRÉE EN INSTITUTION : RISQUES ET QUALITÉ

Préparation de l'entrée et projet de vie en institution

Régis Gonthier

Unité de neuropsychogériatrie - Hôpital de la Charité - CHU - 42055 Saint-Étienne cedex

En 2011, selon un sondage TNS-Sofres (26 avril 2011), la majorité des Français (52 %) dit avoir une mauvaise opinion des maisons de retraite. Cette image négative semble s'accroître depuis 2007, même pour les familles qui ont une personne dépendante soignée dans un établissement (en 2007 : 46 % de bonne opinion, en 2011 : 38 % de bonne opinion).

La mauvaise image des maisons de retraite n'est pas uniquement un problème de coût (reste à charge souvent supérieur à 1 800 €), mais s'ancre à la fois sur un sentiment de culpabilité ou de blocage psychologique à y mettre un parent (77 % font cette démarche à contre-cœur) et sur un vécu traumatisant des réalités de tous les jours en établissement.

Le personnel ne peut pas faire l'impasse sur l'insatisfaction actuelle des usagers, même si une partie de la solution est d'ordre politique (mise en œuvre de moyens supplémentaires de personnel qualifié, réduction des coûts demandés aux familles). Nous devons collectivement nous interroger sur nos pratiques pour que l'opinion publique évolue.

Un élément-clé pour améliorer le vécu de la décision d'« institutionnalisation » et augmenter la qualité de vie

ultérieure est de mieux préparer l'admission, en sachant qu'il s'agit d'un moment crucial dans la vie de la personne et de son entourage (abandon de son appartement, perte d'objets familiers, sentiment d'inutilité...). Idéalement, l'admission ne doit pas être faite en urgence. Elle doit faire l'objet d'un consentement après une visite de pré-admission et un échange transparent sur les alternatives possibles avec l'implication de la famille.

Les premiers jours en établissement sont aussi capitaux, car il faut être capable de maintenir une identité personnelle, de compenser à son juste niveau les déficits de l'autonomie fonctionnelle (Ex. : ne pas mettre de couches à une personne encore continente!) et élaborer une dynamique de « vie » en proposant des activités et en laissant aux nouveaux pensionnaires la possibilité de reconstituer un espace d'intimité.

Un certain nombre d'outils est nécessaire pour réussir ce challenge (contrat de séjour, livret d'accueil, planning des activités, recueil de l'histoire de vie...). L'ensemble du personnel doit être motivé pour permettre à la personne de prendre rapidement ses repères et pour apporter un soutien psychologique à l'ensemble de la cellule familiale.

L'ENTRÉE EN INSTITUTION : RISQUES ET QUALITÉ

Place et accompagnement des aidants lors de l'institutionnalisation

Yves Mataix

Service des soins de suite et de réadaptation - Les Ormes - 107, rue Trarieux - 69003 Lyon

Qu'est-ce qu'un *aidant*? L'aidant est un membre de la famille ou un proche qui aide régulièrement en faisant des tâches nécessaires à ce que la personne malade ou vieillissante puisse conserver le plus d'autonomie possible. L'aidant est le *pivot* du maintien à domicile. L'aidant, souvent âgé ou fragile lui-même, évoque l'isolement, l'épuisement, le manque de conseils, la culpabilité de « ne pas y arriver ». Il oscille entre la toute-puissance et la non-reconnaissance et se perd dans cette *ambivalence*. Il faut inciter l'aidant à demander du soutien (éducation thérapeutique), former les professionnels à la connaissance de l'aidant et à la communication, organiser la coordination sanitaire (relation ville-hôpital).

L'entrée en institution : la rupture

Même si l'institutionnalisation a été préparée (visite de pré-admission, séjour temporaire, accueil de jour...), l'entrée est toujours vécue dans l'urgence (« une place se libère ») pour le résident et pour l'aidant. Les habitudes sont bouleversées. Des sentiments forts sont exprimés par le nouveau résident : trahison, rejet, oubli, inutilité sociale, éclatement familial.

L'aidant est dans une *ambivalence* émotionnelle culpabilité et échec d'une part, soulagement (épuiement, solitude sociale) d'autre part. Cette ambivalence peut être source d'agressivité envers la personne âgée (maltraitance) ou les soignants. L'institutionnalisation réactive l'idée de mort (*angoisse de perte*). Des défenses se mettent alors en place selon deux modes : le désir de vie ou le désir de mort. Les aidants peuvent réagir par une hyperstimulation motrice, intellectuelle, alimentaire, sociale en s'occupant des voisins : il existe un déni de la maladie, de la mort. À l'opposé, on peut assister à un désinvestissement, un repli, un désir de mort. Cette posture manichéenne (« trop » ou « trop peu ») peut générer des conflits avec l'institution : la prise en soins insuffisamment personnalisée (collectivité/individualité) ; le sur-contrôle (espionnage ?) à la recherche du faux-pas, de la « maltraitance » soignante ou administrative ; la toute-puissance des soignants ; la crainte de la perte d'affection

du parent au profit des soignants seront autant de griefs à connaître et contourner par les équipes.

Optimiser les relations pour réussir l'institutionnalisation

Dans le *triangle* personne âgée/aidant/institution, chacune des relations durables est à optimiser.

Relation personne âgée/aidant

L'angoisse de mort sera cadrée par la mise en valeur du fil continu de la vie. Les aidants pourront favoriser l'*intégration* dans un nouvel environnement, tenir un rôle nouveau, libérés des contraintes, et reprendre le schéma parent/enfant.

Relation personne âgée/institution

L'*accueil* doit être préparé, poursuivi au quotidien, en valorisant les capacités sans occulter les pertes d'autonomie. Un *contrat de confiance* doit être établi, avec un projet de soin et un projet de vie. La personne âgée ne doit pas être chosifiée : elle est l'interlocuteur. Aussi, l'institution sera à l'écoute des besoins et des attentes, sans se « coaliser » avec les aidants et décider à la place du résident.

Relation aidant/institution

L'institution est composée de professionnels, les aidants doivent compter sur eux. Il s'établit une relation de confiance. Si les professionnels permettent une réassurance, un désamorçage des conflits, ils peuvent compter sur la médiation bienveillante des aidants. Cela passe par une connaissance de la famille entière, des besoins et des attentes.

Ces aidants doivent être *soutenus* et *entendus*. Des rencontres seront organisées, cadrées et cadrantes, selon l'évolution. Des groupes de paroles seront favorisés. Les aidants participeront à la vie de l'institution.

Enfin, l'institution aura à cœur d'organiser des formations et des conférences avec des intervenants internes ou externes : la confiance réciproque dépend des liens qui sont créés. Tout doit être mis en œuvre pour que chacun (personne âgée, aidants, institution) ait sa place, rien que sa place mais *toute* sa place.

L'ENTRÉE EN INSTITUTION : RISQUES ET QUALITÉ

Impact des troubles sensoriels sur l'état cognitif et l'institutionnalisation

A. Toulmond

Hôpital de Tarare - 1, boulevard J.-B. Martin - 69170 Tarare

Voici une présentation peu conventionnelle sous la forme d'un conte métaphorique soutenu par deux auteurs reconnus.

Alphonse Daudet

« Tu entreras sans frapper et en entrant, tu crieras bien fort :
Bonjour braves gens. Je suis l'ami de Maurice... »

[...] Mon cher meunier en t'embrassant, les pauvres gens
croiront m'embrasser un peu moi-même...

Je reverrai toute ma vie ce long corridor frais et calme, la
muraille peinte en rose, le jardinet qui tremblait au fond à
travers un store de couleur claire, et sur tous les panneaux
des fleurs et des violons fanés...

[...] la grosse horloge ronflait, tic-tac, tic-tac.

Dans le calme et le demi-jour d'une petite chambre, un bon
vieux à pommettes roses dormait au fond d'un fauteuil, la
bouche ouverte, les mains sur ses genoux...

À ses pieds, une fillette habillée de bleu, lisait la vie de Saint
Irénée dans un livre plus gros qu'elle...

[...] Oh ! si vous l'aviez vu, le pauvre vieux, si vous l'aviez vu
venir vers moi les bras tendus, m'embrasser, me serrer les
mains, courir égaré dans la chambre...

Et la timbale de Maurice... Le papier de sa chambre ? Il est
bleu, Madame, bleu clair, avec des guirlandes...

[...] Je crois que l'odeur des cerises les avait tous un peu gri-
sés...

Là-dessus, ils se regardaient en riant, et les petites bleues
riaient de les voir rire, et dans leur coin les canaris riaient
aussi à leur manière...

[...] Je veux le conduire jusqu'à la place, Mamette, mon
habit, un bel habit tabac d'Espagne à boutons de nacre, [...] il
était tout fier de marcher à mon bras, comme un homme.
Mamette, rayonnante, voyait cela du pas de sa porte, et
elle avait en nous regardant de jolis hochements de tête
qui semblaient dire : Tout de même, mon pauvre homme !
il marche encore. »

Jacques Brel

« Les vieux ne parlent plus ou alors seulement parfois du
bout des yeux

Même riches, ils sont pauvres, ils n'ont plus d'illusions et
n'ont qu'un cœur pour deux.

Les vieux ne rêvent plus, leurs livres s'ensommeillent, leurs
pianos sont fermés

Le petit chat est mort, le muscat du dimanche ne les fait
plus chanter

Les vieux ne bougent plus, leurs gestes ont trop de rides, leur
monde est trop petit

Du lit à la fenêtre, puis du lit au fauteuil et puis du lit au lit.

Celui des deux qui reste se retrouve en enfer

Vous le verrez peut-être, vous la verrez parfois en pluie et
en chagrin

Traverser le présent en s'excusant déjà de n'être pas plus
loin ».

L'entrée en maison de retraite, c'est la sentence, le sacro-
saint principe de précaution, qu'il vienne de la famille ou
du médecin, c'est le couperet qui tranche parfois bruta-
lement dans l'intime et le familial. Les responsables sont
placés malgré eux en situation de double contrainte : lais-
ser le sujet âgé chez lui au prix du risque, ou le placer et il
n'aura de cesse de fuir au propre comme au figuré retrou-
ver « son chez soi ».

C'est la perte des repères, des odeurs familières, des cou-
leurs, altération des sons, le flou du décor, perte d'équi-
libre et des liens. Car la fin de vie en institution rime trop
souvent avec tyrannie d'économie de marché au détri-
ment de la qualité de vie et de l'humain. On prend en
charge un corps, beaucoup moins le corps à vivre et on
ignore le corps vécu. Combien se sentent installés dans
« la chambre d'amis » en qualité de monsieur ou de
madame ?

Réagissons, concentrons-nous sur la vision, l'audition, le goût, l'odorat, aménageons l'espace, privilégions le toucher, donnons à penser, à vivre et à aimer.

Regardons dans les yeux, devinons le désir, sauvegardons à n'importe quel prix la dignité, parlons, jouons, évoquons avec eux les souvenirs, faisons resurgir la fierté. Installons des « pendules d'argent qui disent oui qui disent non », des calendriers à foison, invitons « des petites bleues », des livres d'images et des contes de fées ; Donnons des bains ou diffusons les huiles essentielles, pratiquons des toilettes minutieuses, en musique et en douceur, surveillons à tout prix les yeux la bouche et l'au-

dition, sauvegardons l'équilibre, pratiquons massages et relaxation.

S'offrir une cuisine-maison dont les odeurs stimulent le palais, aiguise les appétits, c'est redonner vie à l'institution...

Créons un climat de confiance et de fraternité, mettons de la lumière partout, des bouquets colorés, dans le respect de l'autre apprenons l'art du toucher, du merci et de la convivialité, apprenons enfin à offrir un sourire à celui qui ne peut plus parler et dont ce corps tant entravé peut faire surgir chagrin, colère sans oublier la culpabilité. 🐦



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

HEALTH&CO

Health & Co - BP 14 - 69141 Rillieux - Tél. : 04 78 88 04 87 - Fax : 04 78 88 12 18
www.healthandco.fr - info@healthandco.fr