

## LES RISQUES LIÉS A L'HOSPITALISATION : « HOSPITAL »

		Le risque	Que faire ? Les principaux objectifs
<b>H</b>	<b>H</b> abillage/ toilette	Les patients âgés sont souvent aidés pour l'habillage et la toilette, soit pour des raisons médicales, soit parce que c'est plus rapide. → cette aide temporaire peut devenir permanente et rendre ces patients dépendants.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laisser au patient le temps de faire ce qu'il est capable de faire</li> <li>- Installer le patient (chaise dans la salle de bain, apporter les affaires de toilette au lit ...)</li> <li>- Le stimuler...</li> </ul>
<b>O</b>	<b>O</b> rientation	Les patients perdent leurs repères habituels à l'hôpital : c'est un lieu qu'ils ne connaissent pas et qui offre peu de points d'orientation : → ceci peut être à l'origine d'un état confusionnel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rappeler régulièrement la date, le lieu (avec des horloges, des tableaux avec la date, des calendriers)</li> <li>- S'assurer que le patient porte bien ses lunettes, appareils auditifs pour s'orienter et communiquer</li> </ul>
<b>S</b>	<b>S</b> ondes et protections urinaires	Des protections et sondes urinaires sont souvent utilisées chez les patients âgés hospitalisés, souvent de manière inappropriée : → ceci peut entraîner une incontinence	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le patient a-t-il vraiment une bonne indication pour sa sonde urinaire ?</li> <li>- Accompagner le patient régulièrement aux toilettes</li> <li>- Proposer un urinal / bassin</li> <li>- Mettre un fauteuil garde-robe près du lit ....</li> </ul>
<b>P</b>	<b>P</b> erfusions, sondes, oxygène et scopes	Les patients âgés sont souvent poly pathologiques et polymédiqués : cela peut justifier l'utilisation de voies multiples (veineuses, sous-cutanées), de sondes urinaires, de scopes, lunettes à oxygène, pour leur prise en charge et leur surveillance : → ces « tuyaux » vont immobiliser le patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toujours s'assurer de la bonne indication et de la nécessité du maintien d'un « tuyau » :</li> <li>- Le traitement est-il disponible per os ?</li> <li>- Le patient a-t-il besoin d'oxygène ?</li> <li>- Une surveillance aussi rapprochée est-elle nécessaire au vu des objectifs ? (...)</li> </ul>
<b>I</b>	<b>I</b> mmobilité	Les patients âgés sont souvent alités durant l'hospitalisation, avec ou sans raisons médicales. → cet alitement entraîne de nombreuses complications : risque d'escarres, de phlébites, déconditionnement physique, perte de masse et de force musculaire et perte de la marche.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobiliser précocement et systématiquement (sauf contre-indication médicale absolue) : lever, passage au fauteuil, et marche</li> <li>- Libérer le patient de ses tuyaux le plus rapidement possible</li> <li>- Permettre le lever (pas de barrières, fauteuil et déambulateur accessibles ...)</li> <li>- Prescrire de la kinésithérapie</li> </ul>
<b>T</b>	<b>T</b> raitements	Les patients âgés ont souvent de multiples médicaments, à l'entrée et durant l'hospitalisation. L'utilisation de psychotropes est fréquente (troubles du sommeil, confusion...) → risque de iatrogénie médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réévaluer régulièrement et quotidiennement le bénéfice et risque de chaque traitement</li> <li>- Eviter la prescription de psychotropes</li> <li>- Eviter la prescription de traitements anticholinergiques</li> </ul>
<b>A</b>	<b>A</b> limentation	Les patients hospitalisés sont souvent dénutris du fait de leur pathologie, et continuent à perdre du poids à l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peser à l'entrée et 1 fois par semaine</li> <li>- Quantifier les apports alimentaires</li> <li>- Eviter les régimes, respecter les goûts, adapter les textures, et proposer des collations accessibles et faciles à manger</li> <li>- Prescrire l'intervention d'une diététicienne</li> </ul>
<b>L</b>	<b>L</b> ieu de sortie	L'orientation à la sortie se fait souvent tardivement chez les sujets âgés, avec le risque d'une sortie mal préparée, retardée, et d'une hospitalisation prolongée .	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réfléchir à l'orientation à la sortie dès l'admission pour organiser les aides éventuelles ou préparer le plus tôt possible un changement de lieu de vie s'il est nécessaire</li> <li>- Demander l'intervention d'une assistance sociale</li> </ul>

## FICHE INTERVENTION « H » : HABILLAGE / TOILETTE

### CONTEXTE

Les patients n'ont pas toujours leurs vêtements, leurs effets personnels à l'hôpital.

Ils ne peuvent pas toujours se lever seuls pour s'habiller, faire leur toilette et ils ne connaissent pas les lieux.

Ils peuvent avoir besoin d'une aide temporaire et partielle du fait de leur pathologie, de leur asthénie, de leurs traitements.

Bien souvent, du fait de la charge en soins, il est plus simple et plus rapide d'aider complètement le patient plutôt que de prendre le temps de le laisser faire ce qu'il peut et de l'y assister.

### RISQUES

Le patient va rapidement perdre l'habitude de s'occuper de lui, et va devenir dépendant pour la toilette et l'habillement.

### INTERVENTIONS DE PREMIERE INTENTION

- Demander à la famille d'amener les effets personnels (vêtements, produits de toilette, et autres objets personnels)

- Permettre au patient de s'habiller tous les jours avec ses vêtements plutôt que de rester en pyjama ou blouse d'hôpital (cela contribuera aussi à maintenir un bon rythme veille/sommeil)

- En fonction des possibilités du patient : l'installer seul à la salle de bain, ou au lit en pensant à :

\* à lui proposer tout ce dont il a besoin (brosse à dents, savon, serviette ...)  
pour qu'il y ait accès de façon sécurisée

\* évaluer avec lui ce qu'il peut faire ou pas et fixer des objectifs

\* respecter autant que possible ses habitudes, son intimité

\* lui laisser le temps de faire ce qu'il peut

- Réévaluer quotidiennement si le patient peut faire plus et lui en laisser la possibilité.

- Toujours évaluer si le patient n'est pas limité par une douleur, une limitation fonctionnelle (rhumatologique, neurologique) et si on peut l'améliorer :

\* exple : proposer une prémédication antalgique avant la toilette si le patient s'est fracturé le bras, et que ce moment du soin est douloureux pour lui. La prémédication l'aidera à participer plus activement s'il n'a pas mal.

## FICHE INTERVENTION « O » : ORIENTATION

### CONTEXTE

#### **L'hôpital est un lieu de confusion pour les patients âgés :**

- on leur retire leurs objets personnels, leurs vêtements.
- ils sont entourés de murs blancs, dépourvus de repères connus.
- ils sont souvent peu stimulés, ont peu d'interaction sociales et le rythme imposé (horaires des repas, toilette, lever, coucher, examens, surveillance, prises de sang) peut être perturbant.

De plus, de nombreux autres événements liés à leurs pathologies ou à l'hospitalisation peuvent les rendre confus (anesthésie, médicaments, déshydratation, douleur, infection ...)

### RISQUES

#### **CONFUSION +++**

- 15 à 55 % des patients âgés hospitalisés développent une confusion
- les patients confus ont un risque plus important : de décès, de morbidités, et de déclin fonctionnel. Ils restent souvent plus longtemps à l'hôpital.
- les patients confus peuvent être somnolent ou agités voire agressifs : il faut toujours chercher la cause de la confusion avant de traiter les symptômes comportementaux même si ce sont ceux qui sont au premier plan

**RISQUE ACCRU SI LE PATIENT EST DEMENT** : Ne pas hésiter à faire appel à l'équipe mobile de gériatrie dès le début pour des conseils de prise en charge.

### INTERVENTIONS DE PREMIERE INTENTION

#### **S'assurer d'orienter le patient :**

- s'assurer qu'il porte ses lunettes et ses appareils auditifs
- Communiquer avec le patient plusieurs fois par jour : donner la date, le lieu et expliquer au patient depuis quand il est là et pourquoi, discuter de ce qui passe à l'extérieur (actualités, événements ...) pour le maintenir socialisé
- lui expliquer les différents tests, examens qu'il aura durant la journée pour qu'il comprenne ce qui se passe s'il est transféré

S'assurer de maintenir un rythme veille/sommeil pour qu'il n'y ait pas d'inversion nyctémérale : favoriser des activités durant la journée (sortir du lit, marche ...)

#### Demander l'aide de la famille :

- visiter régulièrement, orienter, discuter, apporter si besoins quelques objets personnels (photographies, calendrier, réveil ...)

### ET EN PLUS

- S'assurer de l'absence d'autres causes potentielles de confusion : infection, fièvre, médicaments, déshydratation, douleur ...
- Un avis médical est indispensable sur vos interventions de première intention sont insuffisantes

## FICHE INTERVENTION « S » : SONDES et PROTECTIONS URINAIRES

### CONTEXTE

- 10 à 20% des sujets âgés hospitalisés développent une incontinence urinaire, par utilisation inappropriée de protections ou de sondes urinaires.
- 20 à 50% des patients sondés à l'hôpital le sont pour une mauvaise indication (surveillance de la diurèse, incontinence urinaire, pas de retrait de la sonde après suspicion de globe ou chirurgie, voire pas d'indication retrouvée ...)
- Souvent c'est le jour de la sortie qu'on réalise que le patient est toujours sondé.

### RISQUES

- Développement d'une incontinence urinaire qui peut être définitive, et qui est un facteur de risque d'entrée en institution pour le patient.
- Complications locales et générales : escarres, infections urinaires, confusion, dépression, durée d'hospitalisation prolongée et même décès.

### INTERVENTIONS DE PREMIERE INTENTION

#### **SONDES URINAIRES à DEMEURE :**

- Vérifier l'indication de la sonde urinaire, la date de pose de la sonde, la date de changement/arrêt prévue si l'indication est valide.
- L'indication initiale du sondage doit être revue chaque jour.

Indications appropriées	Indications inappropriées
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Obstruction urinaire et rétention aiguë d'urine</li> <li>✓ Chirurgie :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Procédure &gt; 2 heures</li> <li>○ Chirurgie urogénitale</li> <li>○ Post chirurgical</li> </ul> </li> <li>✓ Présence d'un cathéter épidural</li> <li>✓ Surveillance de la diurèse en soins intensifs</li> <li>✓ Protection des plaies chirurgicales/de décubitus chez un patient incontinent</li> <li>✓ Changes inconfortables chez un patient en soins palliatifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incontinence urinaire sans une des indications décrites ci-contre</li> <li>Surveillance de la diurèse hors soins intensifs</li> <li>Inquiétude de l'équipe quant au confort du patient (hors soins palliatifs)</li> <li>Diarrhées</li> <li>Préférences du patient</li> </ul> <p style="text-align: center;">ATTENTION AUX SONDES OUBLIEES +++ : bonne indication initiale mais qui ne sont pas retirées !</p>

#### **LORSQUE LE PATIENT N'A PAS DE SONDES : EVITER LES PROTECTIONS :**

- Permettre au patient d'aller seul aux toilettes : éviter l'alitement prolongé, les fils qui retiennent au lit, retirer les barrières, baisser le lit, aménager la chambre/SDB
- Mettre une chaise garde-robe à proximité du lit
- Laisse un urinal à portée de main pour les hommes
- Amener régulièrement le patient aux toilettes ou lui demander s'il a besoin d'aides
- Si la patient a une protection urinaire « par sécurité » (notamment la nuit), ne pas l'encourager à l'utiliser, et au contrôle à appeler pour aller aux toilettes

## FICHE INTERVENTION « P » : PERFUSIONS, SONDES, OXYGENE, SCOPES et CONTENTIONS

### CONTEXTE

En raison des soins et de la nécessité de surveillance, les patients sont souvent « cloués » au lit par une ou plusieurs perfusions, une sonde à oxygène, un scope.  
L'utilisation de contentions est également fréquente en cas de risque de chutes, d'agitation, ou pour éviter que le patient s'arrache tous les autres tuyaux.

### RISQUES

Ces multiples fils et tuyaux sont sources d'inconfort, peuvent entraîner des complications locales (plaies pour les contentions, veinites ou hématomes pour les perfusions) et vont accroître le risque de confusion.  
De plus ils vont immobiliser le patient au lit, et donc favoriser toutes les complications liées à l'immobilisation expliquée plus loin.

### INTERVENTIONS DE PREMIERE INTENTION

L'utilisation d'une perfusion, d'oxygène ou d'un scope est souvent indispensable lors d'une hospitalisation, cependant :

- il faut quotidiennement réévaluer leur maintien :
  - \* peut-on sevrer le patient en oxygène ? peut-on stopper la perfusion ? faut-il vraiment monitorer le patient (quel objectif pour le patient?)
- envisager des solutions alternatives :
  - \* le traitement peut-il être pris per os ?
  - \* la réhydratation est-elle indispensable ? Le patient peut-il boire ?
  - \* si la réhydratation est nécessaire : peut-on la passer la nuit, pour libérer le patient la journée ?
  - \* trouver des tuyaux suffisamment longs pour permettre au patient de se déplacer

Les contentions : même si elles semblent incontournables, elles sont souvent inutiles chez les personnes âgées hospitalisées. Des alternatives peuvent souvent être trouvées :

- *Agitation* : elle est souvent symptomatique d'un autre problème médical (confusion, fièvre, douleur, effet indésirable médicamenteux ...) → Il faut toujours chercher à traiter la cause de l'agitation en première intention.
- *Nécessité de soins* : « Le patient s'arrache les perfusions ? » Toujours peser le bénéfice/risque. (Vaut-il mieux finir les dernières 24 heures d'antibiothérapie en IV ou aggraver la confusion, immobiliser le patient et lui faire perdre la marche ?)
- *Risque de chutes* : identifier tout d'abord pourquoi le patient chute et si une prise en charge (kinésithérapeute, médicamenteuse) peut diminuer le risque ; adapter l'environnement (lit bas, pousser les meubles proches) ; aider la personne à se déplacer aussi souvent que possible.
- *Déambulation* : laisser autant que possible le patient déambuler en sécurisant les lieux, lui présentant le service, réorienter le patient (ne jamais négliger une cause médicale sous-jacente favorisant la déambulation).

## FICHE INTERVENTION « I » : IMMOBILITE

### CONTEXTE

Lorsqu'une personne âgée est hospitalisée :

- 70 à 80% du temps est passé alité
- **Seul 3 à 4 % du temps est passé debout ou à marcher**

Le (la) patient(e) peut être alité(e) pour plusieurs raisons :

- maladie aiguë, décompensation de maladie chronique, maladie systémique grave
- des causes iatrogéniques : prescription de repos complet au lit, effets secondaires médicamenteux, « tuyaux » rendant la mobilisation difficile, environnement physique inadapté ...

### RISQUES

- **Multiples +++** : Phlébites, escarres, dépression, encombrement bronchique, déminéralisation osseuse, ralentissement du métabolisme de base (constipation, rétention vésicale, anorexie...), déconditionnement à l'effort et à l'orthostatisme, ..

- **Perte de la masse et de la force musculaire :**

- ✓ Une personne âgée alitée 10 jours perd jusqu'à 5% de sa masse musculaire
- ✓ Et jusqu'à 10 % de la masse musculaire de ses membres inférieurs

➔ En quelques jours !!! : perte de la mobilité, de la capacité à se lever, à tenir debout et à marcher

### INTERVENTIONS DE PREMIERE INTENTION

#### **1 – LE PATIENT A UNE CONTRE-INDICATION ABSOLUE AU LEVER ?**

**Si oui :**

- Evaluer l'intégrité de la peau, le risque d'escarres (échelle de NORTON), la nécessité d'un matelas spécifique
- Mesures préventives habituelles (anticoagulation, constipation, hydratation ...)
- Mobilisation au lit : mobilisation passive (avec kinésithérapeute), position assise
- Réévaluer quotidiennement la nécessité de l'alitement

#### **2 – MESURES PREVENTIVES GENERALES :**

- La mobilisation doit être précoce, pluriquotidienne et d'intensité croissante
- S'assurer que les levers sont sécurisés (rampes, surélévateur sur les toilettes, poignée dans la salle de bain, lit bas, et si besoin avec l'aide de l'équipe et/ou du kinésithérapeute)
- S'assurer que le patient n'est pas douloureux (mettre un traitement si besoin)
- Toujours éviter les barrières et/ou contentions (contentions en dernier recours)
- Réduire (et réévaluer) l'utilisation des cathéters, scope, de l'oxygène ou privilégier des tuyaux longs pour qu'il puisse se déplacer
- Inciter le patient à manger assis au fauteuil et non au lit
- Inciter le patient à aller aux toilettes (plutôt que d'utiliser une protection)
- Etablir un programme d'entraînement à la marche :
  - En s'assurant que le patient porte ses lunettes, ses prothèses auditives
  - De préférence le matin ou lorsque le patient est le moins fatigué
  - Avec des aides techniques si besoin (cane, déambulateur)
  - Avec un kinésithérapeute si besoin
  - Inciter le patient à marcher seul dans le service ou à l'extérieur plusieurs fois par jour (si pas de risque de chutes) ou avec un de ses proches

### ET EN PLUS

Si votre patient ne s'améliore pas ou s'aggrave avec ces mesures simples, et qu'il n'y a pas d'explication médicale évidente (hémiplégie, fracture ...), une évaluation médicale complète est nécessaire.

## FICHE INTERVENTION « T » : TRAITEMENTS

### CONTEXTE

Les patients âgés sont à risque d'évènements médicamenteux indésirables à l'hôpital, pour plusieurs raisons :

- défaut de coordination entre domicile et hôpital (difficultés à récupérer le traitement médicamenteux de fond)
- utilisation de psychotropes (surtout si le patient est confus, agité, ne dort pas)
- utilisation de traitements inappropriés et notamment anticholinergiques

### RISQUES

Le patient est à risque d'évènements médicamenteux indésirables, parfois grave : chutes, confusion, infections, insuffisance rénale, somnolence. Ces évènements sont eux-même à l'origine d'un déclin fonctionnel, d'une augmentation de la durée d'hospitalisation, et de la mortalité.

### INTERVENTIONS DE PREMIERE INTENTION

#### A l'entrée :

- Récupérer précisément la liste des médicaments (le plus fiable est la poche de médicaments du patient) : s'assurer de reconduire son traitement de fond et éviter d'éventuels sevrages.

Utilisation de psychotropes : Pour chaque situation, privilégiez en première intention les mesures non pharmacologiques :

- *Pour le sommeil :* activité physique durant la journée, éviter les siestes, les couchers trop précoces, installer confortablement le patient la nuit, offrir une boisson chaude, s'assurer qu'il n'a pas mal.
- *Pour l'agitation :* TOUJOURS identifier pourquoi le patient est agité (douleur, fièvre, confusion ...) et traiter la cause, rapprocher le patient de l'espace de soins, apaiser le patient, le réorienter.
- *Pour l'anxiété :* réassurer le patient, réorienter, identifier la source d'inquiétude, créer un environnement rassurant, mettre le patient en salle commune pour qu'il soit moins seul, proposer des activités occupationnelles (lecture ...)

Si une prescription de psychotropes est indispensable, préférez l'utilisation de benzodiazépines à demi-vie courte (SERESTA® , TEMESTA®, XANAX®) et à petites posologies.

#### Utilisation de traitements anticholinergiques :

Certains traitements sont plus à risque chez les sujets âgés du fait du risque de confusion accru. Voici une liste non exhaustive des traitements les plus fréquemment utilisés à l'hôpital et qui imposent une vigilance :

- Antidépresseurs tricycliques (LAROXYL®, ANAFRANYL®)
- Neuroleptiques (LARGACTIL®, LOXAPAC®, TERCIAN®)
- Antihistaminiques (ATARAX®, POLARAMINE®, THERALENE®)
- Antiparkinsoniens anticholinergiques (LEPTICURE® , PARKINANE®, ARTANE®)
- Antispasmodiques urinaires (DITROPAN®)
- Antispasmodiques (SCOPODERM®)
- Antinauséux (VOGALENE®)

### ET EN PLUS

Une liste des médicaments potentiellement inappropriés est disponible sur le site de PRIDE.  
En cas de confusion, d'agitation, n'hésitez pas à faire appel à l'équipe mobile de gériatrie.

## FICHE INTERVENTION « A » : ALIMENTATION

### CONTEXTE

30 à 70% des patients âgés hospitalisés sont dénutris, pour plusieurs raisons :

- perte d'appétit due à leur pathologie ou à leurs traitements
- la nourriture est peu appétissante ou ne convient pas à leurs habitudes
- ils ont un régime (sans sucre ou sans sel) qu'ils n'apprécient pas
- les repas sont servis et pris à heures fixes alors qu'ils n'ont pas toujours faim
- certains patients ont besoin d'aide ou de plus de temps pour manger (et le temps que quelqu'un vienne pour aider à manger, la nourriture peut être froide)
- le patient a oublié ses prothèses à la maison, ou on ne l'a pas aidé à les mettre en place
- l'eau, les aliments sont difficiles d'accès depuis le lit.

### RISQUES

- Elevé chez les patients qui sont déjà dénutris, qui ont des pathologies chroniques, des escarres
- Cicatrisation des escarres plus lente, récupération moins rapide, surmortalité

### INTERVENTIONS DE PREMIERE INTENTION

- Surveiller les apports alimentaires quotidiens
- Surveiller le poids du patient : peser à l'entrée et hebdomadairement

Goût du patient/ choix des aliments :

- Eviter les régimes restrictifs (sans sucre, sans sel, hypocaloriques)
- Vérifier l'adaptation des textures
- Se renseigner sur les préférences alimentaires du patient à l'entrée / permettre à la famille d'apporter les aliments préférés au patient

Installer/préparer le patient pour les repas :

- Mettre en place les prothèses dentaires et assurer des soins de bouche (en cas de mycose ou de sécheresse buccale : mettre en place un traitement adéquat)
- Installer le patient au fauteuil de préférence, et préparer (ouvrir barquettes, yaourts ...) le plateau avec lui si besoin
- S'assurer que le patient peut manger seul, sinon l'y aider, en lui permettant un maximum d'autonomie, et l'encourager
- Permettre à la famille d'être présente au repas : pour aider ou rendre les repas plus conviviaux

Hydratation : Offrir régulièrement à boire ou permettre de boire seul (en l'absence de risque de fausse route) :

- verre et pichet à portée de main, régulièrement remplis
- passer régulièrement pour aider si besoin et faire boire, et installer correctement si besoin (position assise, tête penchée en avant)
- utiliser une paille, un verre tronqué si besoin

### ATTENTION

Si votre patient est dénutri, un avis spécialisé (diététicien voir médecin nutritionniste) est indispensable.

**RAPPEL** | CRITERES DENUTRITION : un ou plusieurs des critères suivants :  
Perte de poids  $\geq 5\%$  en 1 mois ou  $\geq 10\%$  en 6 mois ; Indice de masse corporelle  $< 21$  ; Albuminémie  $< 35$  g/l ; MNA global  $< 17$ .  
CRITERES DENUTRITION SEVERE : un ou plusieurs des critères suivants : perte de poids :  $\geq 10\%$  en 1 mois ou  $\geq 15\%$  en 6 mois ; IMC  $< 18$  ; albuminémie  $< 30$  g/l.



## FICHE INTERVENTION « L » : LIEU DE SORTIE NON ANTICIPE

<b>CONTEXTE</b>	<p>Lorsque les patients âgés sont hospitalisés, leur retour à domicile est souvent organisé très tard et avec une méconnaissance des ressources et des besoins du patient à domicile. C'est souvent au dernier moment qu'on réalise que le patient aura besoin d'aides à domicile, ou d'une structure de transition, ce qui retarde la sortie.</p>
<b>RISQUES</b>	<p>Une sortie retardée entraîne une augmentation de la durée d'hospitalisation avec comme conséquences :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- une exposition prolongée aux risques liés à l'hôpital pour le patient (infection nosocomiale, chutes, déclin fonctionnel ...)</li><li>- des coûts supplémentaires, et un risque de réhospitalisation précoce</li></ul>
<b>INTERVENTIONS DE PREMIERE INTENTION</b>	<p><u>Dès l'entrée :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Evaluer précisément avec le patient (et/ou ses aidants) la situation au domicile (mode de vie, existence d'aides formelles et informelles déjà en place et besoin d'aides supplémentaires, aménagement du domicile)</li><li>- Une assistante sociale peut être interpellée dès le début de l'hospitalisation si le patient avait déjà des difficultés à son domicile avant l'hospitalisation et qu'un changement de lieu/ mode de vie est envisagé</li></ul> <p><u>Durant l'hospitalisation, et dès que la pathologie est stabilisée : avec l'intervention de l'assistante sociale du service si besoin :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Organiser le retour avec le patient et/ou ses aidants : à domicile ou en institution</li><li>- Selon l'état général du patient, une structure intermédiaire (SSR) peut être envisagée mais n'exclut pas d'organiser le retour vers un lieu de vie quel qu'il soit après le passage en SSR.</li><li>- Evaluer le besoin d'aides professionnelles (IDE, aide-ménagère, kinésithérapeute ...), et le mode de financement</li><li>- Evaluer le besoin de matériel (cane, déambulateur, lit médicalisé, fauteuil garde-robe ...)</li><li>- Le retour peut être prévu de façon sécurisée quand les différentes aides sont contactées, informées de la date et de l'heure du retour.</li></ul>