

Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées

En France, près de 3 millions de personnes âgées (PA) de 70 ans et plus sont hospitalisées une ou plusieurs fois en services de soins aigus chaque année. Ces personnes âgées représentent 29% des séjours hospitaliers en service de soins aigus, soit près de 5,4 millions de séjours par an. La dépendance iatrogène évitable liée à l'hospitalisation des PA est de l'ordre de 10 %.

L'objectif de ce document est de fournir à ces services hospitaliers les informations nécessaires, pour une prise en charge des PA qui répond au mieux à leurs besoins spécifiques, en vue de réduire les risques ou l'aggravation d'un déclin fonctionnel. Il s'adresse aux professionnels de la santé, aux responsables administratifs des hôpitaux et à leurs tutelles, et concerne les patients âgés hospitalisés et leur famille.

Ce document est une coproduction HAS¹, CNPG². Il décrit les soins, l'environnement et les organisations hospitalières qui doivent permettre de réduire la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des personnes âgées de 70 ans et plus et/ou fragiles. Il s'appuie sur une *note argumentaire*³ HAS - CNPG et, pour l'outil AINEES, sur le programme provincial « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier⁴ » du Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec.

Points clés

- Mettre en place dans l'ensemble des services hospitaliers recevant des PA : le dépistage, la prévention, le suivi et le traitement des 6 causes principales de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des PA : le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire *de novo* et les effets indésirables des médicaments.
- Organiser dans l'établissement le recours à une expertise gériatrique pour les services hospitaliers recevant des PA, en particulier par le développement des équipes gériatriques intrahospitalières.
- Adapter l'environnement et les équipements du service aux besoins spécifiques des PA.
- Améliorer l'interface ville/ hôpital, à l'admission et en sortie d'hospitalisation.
- Adapter l'organisation du service pour répondre à ces enjeux.
- Ces mesures doivent s'inscrire dans le projet d'établissement et supposent une organisation ad hoc du fonctionnement des services, une démarche d'amélioration continue de la qualité, et la formation et l'accompagnement des personnels à tous les niveaux de l'organisation hospitalière (administrative, médicale et paramédicale), afin de mettre en place et de soutenir le changement des pratiques sur le long terme.

¹ HAS : Haute Autorité de santé, France

² CNPG : Collège national professionnel de gériatrie, France

³ Note méthodologique et de synthèse bibliographique : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir_la_dependance_iatrogene_liee_a_lhospitalisation_chez_les_personnes_agees_-_note_methodologique.pdf

⁴ : Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, 2011, p. 39-40 et 44 à 53, disponible à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>

1. Ce qu'il faut savoir

La **dépendance liée à l'hospitalisation** est définie par une perte fonctionnelle aux activités de base de la vie quotidienne entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation. Son incidence chez les PA hospitalisées de 70 ans et plus, est de l'ordre de 30 à 60 %. Elle dépend de trois facteurs qui interagissent entre eux :

- la pathologie ayant justifié l'hospitalisation, notamment son type et sa sévérité ;
- l'état de base du patient à l'entrée (statut fonctionnel, cognitif, thymique et nutritionnel, fragilité, sédentarité, comorbidités et traitements) ;
- les processus de soins et l'environnement hospitalier qui, ne répondant pas aux besoins spécifiques de la PA, sont à l'origine de ce que l'on appelle la **dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation**.

La dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation est dite **évitable** lorsqu'elle est la conséquence d'une mesure de soins inappropriée ou omise, ou d'un environnement inadapté. Selon une étude réalisée au centre hospitalier de Toulouse, la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des personnes âgées serait de l'ordre de 10 % et serait évitable dans 80 % des cas.

La littérature décrit différentes organisations pour répondre aux besoins d'hospitalisation des PA. Les services de gériatrie aigus, mais qui ne peuvent répondre seuls à l'ensemble des besoins. Les équipes mobiles gériatriques intra-hospitalières (EMG), qui interviennent à demande des autres services et apportent des conseils pour la prise en charge des PA de 75 ans et plus, mais qui n'ont pas su démontrer leur efficacité. Ceci probablement en lien avec un recours trop tardif et une mauvaise adhésion à leurs recommandations de la part des services demandeurs.

Les stratégies efficaces semblent nécessiter un changement des pratiques de soins au sein même des services hospitaliers recevant des PA. Elles se fondent sur une approche centrée-patient caractérisée par une prise en charge coordonnée pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Les soins sont réévalués et basés sur des données probantes pour répondre aux besoins spécifiques des PA, et viser non seulement la pathologie ayant justifié l'hospitalisation, mais aussi l'amélioration ou le maintien de leurs capacités fonctionnelles et psychiques.

Ces stratégies présentent en général trois caractéristiques :

- une évaluation précoce et un suivi des facteurs de risque de déclin fonctionnel ;
- des interventions multifactorielles ciblées et individualisées visant les principales causes de dépendance iatrogène et couvrant les besoins des patients âgés dans les trois dimensions physiques, psychosociales et environnementales ;
- une préparation précoce de la sortie d'hospitalisation et une amélioration de l'interface ville/hôpital.

➤ Les principales causes de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation

Les facteurs de risque de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des PA sont nombreux en particulier l'âge > 70 ans, la fragilité, le statut fonctionnel et cognitif prémorbide et un support social faible (annexe 1).

Les principales causes de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des PA sont au nombre de 6 : le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire *de novo* et les effets indésirables des médicaments. Ces causes interagissent entre elles et ont des facteurs de risque commun.

Le syndrome d'immobilisation (annexe 2) est à l'origine d'une décompensation multisystémique, avec en particulier une perte rapide de la masse musculaire, une perte d'autonomie, et d'une augmentation du taux de réhospitalisations des PA. Malgré cela, 70 à 83 % du temps passé à l'hôpital est passé allongé au lit, alors que la restriction d'activité est rarement justifiée médicalement.

La confusion aiguë (annexe 3) touche 29 à 64 % des PA pendant leur hospitalisation et augmente le risque de déclin fonctionnel, de chutes, de syndrome démentiel, d'hospitalisation prolongée et d'entrée en institution.

La dénutrition lors de l'hospitalisation est liée à un apport alimentaire insuffisant et/ou à un accroissement des besoins liés à la maladie. La prévalence de la dénutrition des PA est de 35 % à l'admission, et de 50 % à la sortie. Elle est associée à une augmentation de la mortalité, à des complications (confusion, infection, perte de masse musculaire, retard de cicatrisation, escarre, etc.), à des entrées en institution et à une diminution de l'autonomie et de la qualité de vie.

Les chutes sont fréquentes chez les PA hospitalisées. Elles sont source de blessures dans 30 à 40 % des cas, de traumatismes (sévères dans 5 % des cas), de peur de tomber, de syndrome post-chute, de perte d'autonomie et d'une augmentation de la durée de séjour à l'hôpital. Elles résultent de l'intrication de multiples facteurs prédisposants et précipitants : sédentarité, sarcopénie, dénutrition, obésité, déficits sensoriels (visuels, auditifs, proprioceptifs), troubles cognitifs, dépression, hypotension orthostatique, incontinence vésicale, ostéoporose, arthrose, troubles du sommeil, médicaments psychotropes, environnement, et de la peur de tomber.

L'incontinence urinaire est fréquente (20 % des PA) et sa fréquence augmente avec l'hospitalisation (14 % à l'admission et 33,5 % à la sortie). Elle est un facteur de risque de déclin fonctionnel, de chutes, d'infections urinaires, d'altération de la qualité de vie et d'entrées en institution. Elle est multifactorielle, liée au vieillissement de l'appareil vésico-sphinctérien, aux comorbidités et aux troubles cognitifs. Lors de l'hospitalisation, elle est favorisée par certaines médications, des conseils diététiques ou prises en charge inadaptés, en particulier le port de protection urinaire non justifié.

Les causes transitoires ou réversibles d'incontinence urinaire ont été répertoriées sous l'acronyme DIAPPERS

Causes transitoires ou réversibles d'incontinence urinaire (DIAPPERS, Reisnick 1984)

- **D** : délire ou état confusionnel
- **I** : infection urinaire basse
- **A** : carence hormonale
- **P** : causes psychologiques, comme la dépression
- **P** : polymédication, notamment les anticholinergiques, les opiacés, les sédatifs, les diurétiques, etc.
- **E** : excès de diurèse par l'augmentation des apports (oraux ou en perfusion), diurétiques.
- **R** : restriction de mobilité

La rétention vésicale et le sondage vésical sont aussi des facteurs de risque d'incontinence urinaire, de confusion, de syndrome d'immobilisation et d'infection urinaire. La rétention vésicale doit être dépistée. Le sondage vésical doit être justifié et sa durée réduite.

Les effets indésirables des médicaments peuvent être liés aux effets pharmacologiques, aux interactions médicamenteuses, au caractère inapproprié ou inutile du traitement, à des prescriptions manquantes, à une non-observance ou à des erreurs. Leur prévalence augmente avec la polymédication, pour atteindre 58 % avec 5 médicaments et 82 % avec 7 médicaments et plus. Ils sont associés à une augmentation des risques de chute, de confusion, de déclin fonctionnel et de décès, et à une augmentation de la durée de séjour hospitalier. Les prescriptions inappropriées les plus fréquentes concernent les psychotropes et les anticholinergiques. Les benzodiazépines et les anticholinergiques sont les deux classes médicamenteuses les plus impliquées dans le déclin fonctionnel des PA.

2. Ce qu'il faut éviter

Lors de l'hospitalisation, pour prévenir les risques évitables de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation, il faut savoir remettre en cause les pratiques inadaptées en routine hospitalière et se donner les moyens du changement (annexe 4).

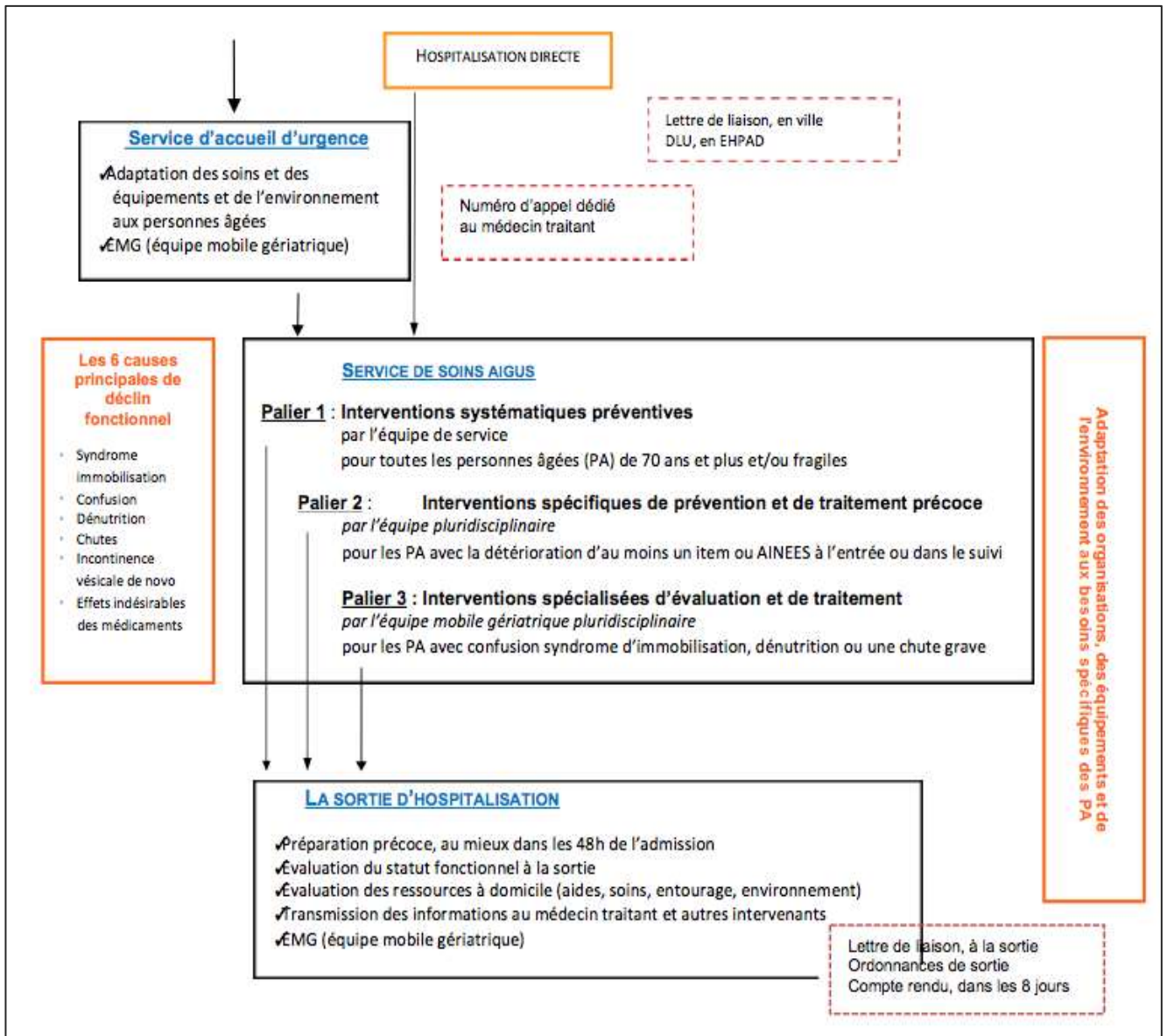
3. Ce qu'il faut faire

Les stratégies d'intervention de prévention et de traitement de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des PA efficaces sont implémentées dans les services recevant les PA, et sont graduées, en général selon trois paliers, en fonction du statut fonctionnel du patient et de ses risques de déclin fonctionnel.

Elles requièrent des **interventions ciblées sur les 6 causes principales de dépendance iatrogène** liée à l'hospitalisation. Mais ces interventions prises isolément sont insuffisantes pour réduire le risque global de déclin fonctionnel de la PA hospitalisée.

Elles nécessitent aussi une **adaptation de l'environnement et des équipements** du service et une **amélioration de l'interface ville/hôpital**. Leur mise en place et leur maintien sur le long terme nécessitent une **réorganisation du fonctionnement** du service hospitalier et de l'établissement, et un accompagnement par les instances administratives, médicales et paramédicales de l'hôpital.

Schéma organisationnel pour la prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des PA dans un service hospitalier



3.1. Les stratégies d'intervention de prévention et de traitement

Ces stratégies doivent être individualisées, graduées et cumulatives en fonction du statut fonctionnel du patient et de ses risques de déclin fonctionnel, qu'il faut évaluer à l'entrée et suivre tout au long de l'hospitalisation. Elles se déclinent en général selon trois paliers en fonction du risque et des ressources mobilisées.

➤ Évaluer, définir des objectifs, surveiller et alerter

• Évaluer le statut fonctionnel du patient

L'ADL (*Activities of Daily Living de Katz* - annexe 10) est l'outil de référence pour évaluer le statut fonctionnel dans les activités de base de la vie quotidienne. Il devrait être mesuré au moins à l'admission, à J-15 par l'interrogatoire du patient et de son entourage et à la sortie, afin d'évaluer la dépendance liée à l'hospitalisation.

• Évaluer le risque de déclin fonctionnel de la PA

L'évaluation du risque de déclin fonctionnel peut utiliser différents outils (liste non exhaustive).

L'outil HOPITTAL (annexe 12) permet à l'équipe du service (médecin, infirmier et aide-soignante) de repérer et de prévenir les principales situations à risque de dépendance iatrogène et de proposer des interventions ciblées. Il peut être utilisé à l'admission du patient et pour son suivi.

L'outil AINEES (annexes 5, 6, 7 et 8) fait partie du [programme « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier »](#) déployé dans tous les services hospitaliers recevant des personnes âgées au Québec, relève du binôme infirmier et aide-soignant. Il prend en compte les 6 aspects de santé, dont la dégradation est prédictive de complications et de déclin fonctionnel lors de l'hospitalisation :

- | | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| (A) autonomie et mobilité | (E) élimination |
| (I) intégrité de la peau | (E) état cognitif et comportement |
| (N) nutrition/hydratation | (S) sommeil |

Le TRST (*Triage Risk Screening Tool* – annexe 13) peut être utilisé par l'infirmière ou médecin du service pour évaluer la nécessité d'une intervention de l'équipe mobile de gériatrie dans les services de soins aigus médico-chirurgicaux.

L'EGS (Évaluation gériatrique standardisée - annexe 11) est le plus souvent effectuée par l'équipe gériatrique. Elle utilise en général l'ADL pour évaluer le statut fonctionnel.

Les données de cette évaluation doivent être complétées et confirmées par l'interrogatoire de l'entourage : traitements médicamenteux, changements de l'autonomie cognitive ou physique dans les 15 derniers jours, chute dans les 6 derniers mois, perte de poids dans les 3 et 6 derniers mois, soins et aides à domicile, environnement humain et matériel.

- **Définir des objectifs**, selon les risques repérés de déclin fonctionnel et les besoins bio-psycho-sociaux du patient, en accord avec celui-ci et/ou son entourage.
- **Surveiller quotidiennement** les six aspects de santé tout au long de l'hospitalisation et noter les informations dans le dossier médical et de soins (annexe 5).
- **Alerter le médecin** en cas d'écart constaté avec les objectifs et/ou de détérioration d'un de ces six aspects de santé.

➤ **Intervenir de façon graduée pour prévenir et traiter les causes de dépendance iatrogène**

- **Palier 1 : interventions systématiques préventives**

Il concerne tous les patients âgés hospitalisés âgés de 70 ans et plus, et/ou fragiles et durant tout le séjour. Il couvre les besoins relatifs des six aspects de santé de la PA (annexe 6).

Il relève du « plan de soins infirmiers » avec une évaluation et des interventions préventives systématiques par l'équipe du service : l'infirmier, l'aide-soignant et le médecin.

- **Palier 2 : interventions spécifiques de prévention et de traitement précoce**

Il concerne les patients âgés hospitalisés avec des facteurs de risque majorés de déclin fonctionnel : détérioration d'un des 6 items à l'entrée ou lors du suivi.

Il comprend une évaluation et des interventions spécifiques par une équipe pluri-professionnelle, incluant au moins un kinésithérapeute et/ou un ergothérapeute (annexe 7).

- **Palier 3 : interventions spécialisées d'évaluation et de traitement**

Il concerne les patients âgés hospitalisés présentant une confusion, un syndrome d'immobilisation, une dénutrition, ou ayant fait une chute grave, sans amélioration malgré les interventions systématiques et spécifiques précédentes.

Il comprend d'une évaluation et des interventions spécialisées par une équipe gériatrique pluriprofessionnelle, avec au moins un gériatre et une infirmière formée en gériatrie (annexes 8 et 11).

3.2. Les interventions ciblées relevant des soins

➤ **Prévenir et traiter un syndrome d'immobilisation** (annexe 2)

- Repérer les facteurs de risque prédisposants et déclenchants.
- Favoriser l'indépendance au lit, et de façon précoce et régulière, le lever au fauteuil, la verticalisation et la mobilisation.
- Limiter les restrictions d'activité : éviter le repos au lit non justifié médicalement, les aides inadaptées aux activités de la vie quotidienne, aux transferts et à la marche, les contentions physiques passives ou chimiques, les dispositifs médicaux limitant la mobilisation.

- Réévaluer régulièrement, et si la restriction d'activité est justifiée, en limiter la durée et mettre en place des mesures de compensation pour en limiter les conséquences.
- Éduquer le patient et l'entourage sur les conséquences de l'immobilisation.

➤ **Prévenir et traiter une confusion⁵** (annexe 3)

- Repérer les facteurs de risque prédisposants et déclenchants de la confusion et mettre en place les mesures de prévention non médicamenteuses.
- Dépister une confusion : modifications récentes de l'état cognitif ou du comportement en s'aidant de l'échelle CAM (*Confusion Assessment Method*).
- Rechercher une cause et mettre en place les mesures thérapeutiques non médicamenteuses en traitement de première intention.
- Utiliser des traitements médicamenteux sur une courte durée (24 – 48 h), en complément des mesures non-médicamenteuses, en cas d'échec et/ou de symptômes sévères.

➤ **Prévenir et traiter une dénutrition⁶**

- Éviter les périodes de jeûne non justifiées et en limiter la durée.
- Repérer les patients dénutris ou à risque de dénutrition : poids, IMC (Indice de masse corporelle), notion de perte de poids dans les 3 et 6 derniers mois, au besoin utiliser l'échelle MNA (*Mini Nutritional Assessment*).
- Vérifier l'état de la bouche et s'assurer de l'hygiène et du port des prothèses dentaires.
- Évaluer l'appétit, respecter les goûts du patient et prévoir une collation si le jeûne est prolongé (≥ 12 h)
- Laisser le temps nécessaire à une bonne alimentation, au besoin apporter une aide adaptée à l'alimentation.
- Rechercher des troubles de la déglutition, au besoin proposer des textures adaptées.

Chez les patients dénutris ou à risque de dénutrition :

- évaluer les apports nutritionnels spontanés par rapport aux besoins du patient, à sa maladie, et à ses comorbidités ;
- intervenir précocement avec un enrichissement des aliments, des compléments nutritionnels oraux ou, en cas d'échec, une nutrition artificielle (en l'absence d'obstination déraisonnable), et au besoin prendre l'avis de l'équipe gériatrique.

➤ **Prévenir le risque de chutes à l'hôpital⁷**

- Favoriser la mobilisation, les transferts et la marche, au besoin avec une aide technique et/ou l'aide humaine (soignant, famille).
- Promouvoir l'activité physique, avec un travail sur l'équilibre et le renforcement musculaire des membres inférieurs.
- Repérer les patients à risque de chute : en cas d'antécédent de chute dans les 6 mois précédents, ou à l'aide de tests simples (*station unipodale, test de lever d'une chaise, timed up and go test, le test de marche de 5 ou 10 m*).

Chez les patients à haut risque de chute (plusieurs chutes ou une chute grave avec un traumatisme ou une station prolongée au sol) :

- faire une évaluation multifactorielle du risque de chute, avec l'aide d'une équipe gériatrique pluriprofessionnelle ;
- préférer les interventions multifactorielles de prévention des chutes personnalisées en fonction des risques repérés à l'évaluation.

⁵ [Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge de l'agitation. HAS 2009](#)

⁶ [Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. HAS 2007](#)

⁷ [Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. HAS 2009](#)

[Cadre référentiel ETP Paerpa - Prévention des chutes. HAS 2014](#)

➤ Prévenir le risque d'incontinence *de novo*

- Identifier le statut de continence urinaire du patient (ADL).
- Éviter le port de protection urinaire non justifié.
- Rechercher et traiter les causes d'incontinence *de novo* (cf. précédent)
- Prévenir les causes d'incontinence fonctionnelle par restriction de mobilité :
 - les causes : les contentions de tout ordre, l'absence d'aide matérielle ou humaine adéquate aux déplacements, les difficultés d'accès aux toilettes (lieu, éclairage, barre d'appui), etc. ;
 - la prévention : éviter les protections, accompagner le patient aux toilettes, instaurer des mictions programmées, utiliser une chaise percée, etc.
- Rechercher et traiter une rétention vésicale et ses causes :
 - les causes : un fécalome, les médicaments anticholinergiques, les morphiniques, etc. ;
 - si un sondage vésical est justifié, préférer un sondage intermittent ou à défaut un sondage à demeure avec la fixation d'une poche de jambe dans la journée pour limiter l'immobilisation.
- Réduire l'utilisation et la durée des sondages vésicaux.
Pour éviter la pose de sonde vésicale non justifiée :
 - former les infirmiers et utiliser des protocoles de sondage ;
 - utiliser des prescriptions de sondage mentionnant obligatoirement une indication appropriée ;
 - utiliser un *bladder scanner* pour mesurer le résidu mictionnel, en particulier chez les patients avec des troubles cognitifs.
Pour favoriser le retrait de la sonde urinaire :
 - réévaluer régulièrement son indication (24 – 48 h) ;
 - utiliser des prescriptions médicales d'arrêt de sondage anticipées ou automatisées (par ordonnateur) ;
 - utiliser la technique du rappel quotidien de l'infirmier au médecin à retirer la sonde.

➤ Prévenir le risque médicamenteux⁸

- Établir la liste actualisée des médicaments du patient à l'admission :
 - établir avec le patient la liste de tous ses médicaments (sur prescription et en automédication) et préciser leur observance) ;
 - confirmer les informations auprès d'un proche aidant, à l'aide des documents de prescription ou de tout autre moyen.
- Analyser le traitement (médecin, pharmacien, gériatre, infirmier), en s'aidant du PMSA simplifié (Prescription médicamenteuse chez les sujets âgés – HAS).
 - discuter en pluridisciplinaire : indication (pathologie, SMR), contre-indications (comorbidités, polymédication, fonction rénale), posologie et galénique adaptées ;
 - comparer la liste des médicaments aux maladies à traiter et évaluer le rapport bénéfice/risque, en particulier concernant le déclin fonctionnel.
- Optimiser le traitement en tenant compte des caractéristiques du patient (statut fonctionnel, environnement, espérance de vie, qualité de vie et objectifs du patient).
- Éviter les pertes d'information lors de la sortie d'hospitalisation :
 - rédiger l'ordonnance de sortie avec l'intégralité du nouveau traitement ;
 - préciser dans la *lettre de liaison* et le *compte rendu de sortie* : les médicaments modifiés, remplacés, arrêtés et à poursuivre.

3.3. Les interventions sur l'environnement et les équipements du service

Il est nécessaire d'apporter aux PA un environnement et des équipements adaptés et sécuritaires (annexe 9), avec pour objectifs de favoriser l'orientation, la communication, le maintien des fonctions cognitives et de l'humeur ; de maintenir l'autonomie fonctionnelle de la PA dans les activités de base de la vie quotidienne (en particulier les transferts, la marche et la continence) ; et de réduire le risque de chute. Ces interventions peuvent requérir l'expertise d'un ergothérapeute.

⁸ [PMSA \(prescription médicamenteuse chez le sujet âgé\) – Programmes complets, HAS 2009](#)

[Cadre référentiel ETP Paerpa – Polypathologie - polymédication, HAS 2014](#)

[Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé, HAS 2015](#)

3.4. Les interventions sur l'interface ville/hôpital

➤ L'accueil à l'hôpital

- Favoriser les hospitalisations directes des PA.
 - Éviter les passages par le service des urgences non justifiés (par exemple, par la mise en place d'un numéro d'appel dédié aux médecins traitants, et de conventions de partenariat entre les Ehpad et les services hospitaliers de proximité).
- Améliorer les admissions et les soins aux PA dans les services des urgences :
 - assurer le transfert des informations nécessaires à la continuité des soins, du médecin traitant au médecin hospitalier, avec la *lettre de liaison*⁹ en ville et le *Dossier de liaison d'urgence*¹⁰ en Ehpad ;
 - réduire le temps de passage dans le service des urgences ;
 - prévenir et traiter les causes de déclin fonctionnel dans le service des urgences.

Conseils pour le service des urgences

Avoir un accès à une équipe gériatrique pluriprofessionnelle pour l'évaluation, les interventions et l'orientation des personnes âgées.

Réduire la durée de séjour aux urgences des PA et organiser leur orientation précoce vers un service de soins adapté.

Mettre en place des procédures et protocoles de soins pour :

- repérer des patients âgés à risque de déclin fonctionnel ;
- limiter le risque d'escarres (évaluer le risque d'escarres, adapter les supports, réduire le temps passé sur un brancard) ;
- limiter l'utilisation des sondes vésicales non justifiée ;
- optimiser les traitements médicamenteux ;
- dépister et assurer la prise en charge des patients avec une confusion ou un syndrome démentiel ;
- limiter l'utilisation des contentions de tout ordre ;
- évaluer et prévenir le risque de chute ;
- développer les soins palliatifs.

Prendre l'avis du patient et/ou de l'entourage.

Adapter l'environnement et les équipements aux besoins des PA.

Mettre en place un programme d'amélioration continue de la qualité des soins avec des indicateurs de suivi.

Geriatric Emergency Department Guidelines du Collège américain des médecins urgentistes.

➤ La sortie d'hospitalisation

- Préparer précocement la sortie d'hospitalisation, au mieux, dans les 48 heures après l'admission :
 - évaluer le patient et son environnement humain et matériel à domicile, par l'interrogatoire du patient et de l'entourage, et si nécessaire, en contactant l'équipe de soins primaires (médecin traitant, infirmier, kinésithérapeute, pharmacien, etc.) et/ou en s'aidant d'une visite à domicile.
- Améliorer la sortie d'hospitalisation :
 - assurer le transfert des informations nécessaires à la continuité des soins, du médecin hospitalier au médecin traitant et aux autres intervenants à domicile, avec la *lettre de Liaison*¹¹ et les ordonnances remises au patient le jour de la sortie, et le compte rendu d'hospitalisation transmis dans les 8 jours ;
 - s'assurer, avec le patient et son entourage, de la mobilisation des ressources nécessaires en ville, pour les soins, les aides et la rééducation en relais de l'hôpital.

⁹ Décret n° 2016-995 du 20 juillet relatif aux lettres de liaison

¹⁰ Dossier de liaison d'urgence (DLU), HAS 2015

¹¹ Décret n° 2016-995 du 20 juillet relatif aux lettres de liaison - Document de sortie d'hospitalisation > 24h, HAS 2014

3.5. Les interventions sur l'organisation du service et de l'établissement

- Former le personnel aux risques liés à l'hospitalisation des PA, et promouvoir les soins basés sur des données probantes répondant aux besoins spécifiques des PA, décrits dans ce document.
- Valoriser et promouvoir les soins infirmiers et, au mieux, former un infirmier référent en soins gériatriques dans le service.
- Favoriser la coordination et la continuité des soins en équipe pluriprofessionnelle au sein du service
- Adapter l'organisation du service et créer des liens avec l'équipe gériatrique de l'hôpital
- Investir pour adapter l'environnement physique et les équipements du service aux besoins spécifiques des PA.
- Améliorer l'interface ville/hôpital par le développement des filières gériatriques intégrant les Ehpad et par la promotion des outils d'échange d'information entre la ville et l'hôpital (*lettres de liaison, DLU, DMP, messagerie sécurisée, numéro d'appel direct avec le médecin traitant, etc.*).
- Motiver et accompagner le personnel dans le changement des pratiques à tous les niveaux de l'organisation hospitalière administrative, médicale et paramédicale.

4. Les critères de suivi

La liste des critères proposés n'est pas exhaustive. Chaque service choisit ses critères de suivi en fonction de ses priorités et du choix de ses objectifs dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Ces critères et leur évolution doivent être interprétés en fonction du profil de l'établissement et des personnes âgées prises en charge.

Ces recommandations concernent les patients hospitalisés âgés de 70 ans et plus et/ou fragiles. Ils sont difficilement applicables pour des durées d'hospitalisation courtes, de moins de 3 jours

Les critères de processus

Nombre de PA ayant une évaluation de leur statut fonctionnel 15 jours avant l'hospitalisation (par l'interrogatoire), à l'entrée et à la sortie. Il peut être mesuré avec l'ADL (*Activities of Daily Living*), l'index de Barthel, le MIF (mesure de l'indépendance fonctionnelle) ou l'outil AINEES, etc.

Nombre de saisines de l'équipe gériatrique

Nombre de saisines de l'équipe pluriprofessionnelle

Nombre de personnes âgées ayant eu une sonde vésicale à demeure lors du séjour

Nombre de personnes âgées ayant eu une contention physique passive lors du séjour

Nombre d'infirmiers du service formés à la prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des PA

Les critères de résultat

Nombre de personnes âgées ayant une amélioration de leur statut fonctionnel entre l'entrée et la sortie

Nombre de personnes ayant perdu la marche autonome entre l'entrée et la sortie

Nombre de patients ayant perdu plus de 5 % ou 10 % de leur poids corporel entre l'entrée et la sortie, en l'absence d'œdème

Nombre de patients âgés ayant un épisode de confusion apparu dans le service

Nombre de patients âgés ayant une incontinence urinaire *de novo* entre l'entrée et la sortie

Satisfaction patient et/ou famille

Annexes

Annexe 1. Les facteurs de risque de dépendance liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées

12

Facteurs prédisposants liés au patient

- Un âge avancé (plus de 70 ans)
- Le statut fonctionnel prémorbide 15 jours avant l'admission : besoin d'une aide à 3 IADL ou à 1 ADL
- Le statut fonctionnel à l'admission : un besoin d'aide aux ADL
- Un déclin fonctionnel dans les 15 jours précédant l'admission
- Un état de fragilité
- Des troubles de la mobilité 15 jours avant l'admission : utilisation d'une aide technique à la marche, instabilité à la marche, incapacité de courir ou de monter un étage
- Des troubles cognitifs modérés à sévères (*Mini Mental Test Examination* – MMSE < 20)
- Des symptômes dépressifs avant l'admission
- Un déficit sensoriel (visuel ou auditif ou somesthésique)
- Des troubles nutritionnels
- Une polymédication
- Des hospitalisations récentes
- Un support social faible
- Une mauvaise qualité de vie

Facteurs précipitants liés à la maladie

- La pathologie cause de l'hospitalisation, sa sévérité, et son type (AVC, cancers, insuffisance cardiaque, insuffisance coronaire, pneumopathie, fracture de la hanche, etc.)
- Une chirurgie programmée ou non (l'anesthésie et l'acte chirurgical)
- Le mode d'entrée par le service des urgences

Facteurs précipitants liés à l'hospitalisation (environnement et soins)

- La survenue d'une confusion
- Un repos au lit ou une mobilisation insuffisante
- La présence d'une escarre
- Le port d'une sonde vésicale ou d'une couche pour incontinence urinaire
- Une dénutrition
- Les traitements médicamenteux et une polymédication
- Un environnement hospitalier inadapté
- Une dépendance contrainte (aide systématique sans tenir compte des capacités)
- Une chute
- Des troubles du sommeil
- Une organisation de la sortie tardive et inadaptée

¹² Documents HAS sur la fragilité :

[Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires, HAS 2013](#)

[Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire, HAS 2014](#)

Annexe 2. Le syndrome d'immobilisation

Prévalence : certaines études montrent que près de la moitié des patients âgés hospitalisés subissent une perte de la mobilité et près de 17 % ont besoin d'une assistance à la marche après leur hospitalisation.

Définition : symptômes physiques, psychiques et métaboliques qui résultent de la décompensation de l'équilibre physiologique précaire de la personne âgée par le seul fait de l'interruption ou de la diminution des activités quotidiennes habituelles.

Les facteurs de risque

- **Les facteurs prédisposants** : le grand âge, une atteinte cognitive, des difficultés dans les AVQ avant l'hospitalisation, une aide à la marche ou l'utilisation d'un fauteuil roulant, un long séjour hospitalier et plus de 4 comorbidités
- **Les facteurs déclenchants** : environnement inadapté, organisation des soins et des aides inadaptée, restrictions d'activité ou alitement injustifiés, contention physique ou chimique, sonde vésicale et cathéter non justifiés, absence d'aide adaptée à la marche et/ou aux transferts, douleur non traitée, etc.

Conséquences : atteinte multisystémique évoluant vers une perte d'autonomie globale, musculo-squelettique, cardio-respiratoire, digestive et urinaire, endocrinienne, immunitaire, cutanéomuqueuse (escarre) et neurologique (perte des automatismes posturaux et de la marche, confusion, peur de tomber, chute)

Traitements :

- Mobiliser
- Prévenir les facteurs déclenchants : limiter la restriction d'activité sous toutes ses formes et ses conséquences, chercher des alternatives et mettre en place des mesures de compensation.

Annexe 3. La confusion aiguë

Prévalence : jusque 31 % à l'admission, 29 % en service médical, 74 % en postopératoire, 87 % en soins intensifs et 89 % en cas de démence.

Les facteurs de risque

- **Les facteurs prédisposants** : démence ou troubles cognitifs, immobilisation aggravée par la contention, atteinte sensorielle (auditive, visuelle), comorbidités multiples, dénutrition, polymédication, antécédent de confusion, troubles de l'humeur (dépression).
- **Les facteurs déclenchants** : médicaments (dont le sevrage en benzodiazépines), infections, pathologies cardio-vasculaires et neurologiques, troubles psychiatriques (dépression, stress, deuil), toxiques (intoxication et sevrage alcoolique, intoxication au monoxyde de carbone), généraux (chirurgie, anesthésie, douleur, rétention d'urine, fécalome, fièvre, chutes et traumatismes, contention physique, privation sensorielle ou de sommeil), métaboliques (hypoglycémie, hyponatrémie, hypernatrémie, déshydratation, hypercalcémie, hypoxie, insuffisance rénale aiguë, encéphalopathie hépatique)

Clinique : une confusion doit être évoquée devant un changement du comportement habituel (troubles de la vigilance, cognitifs ou psychiatriques ou inversion récente du rythme nycthéral) surtout si le début est brutal ou rapidement progressif et avec des fluctuations rapides dans la journée.

Échelle CAM (*Confusion Assessment Method*) : échelle diagnostique en neuf critères validés en français

Pronostic : augmentation des complications, des décès, des durées de séjour, du taux d'institutionnalisation, des pertes fonctionnelles et cognitives.

Le bilan initial systématique recommandé en urgence : ionogramme sanguin, urée, protéides totaux, créatininémie avec calcul de la clairance de la créatinine ; calcémie corrigée ; glycémie capillaire, hémogramme ; CRP ; bandelette urinaire ; saturation en O₂ et ECG. Le scanner cérébral est recommandé en première intention seulement en cas de signes neurologiques de localisation, de suspicion d'hémorragie méningée ou de traumatisme crânien.

Traitements

Non médicamenteux :

- un lieu approprié (pièce individuelle avec fenêtre, calme) ;
- une attitude favorisant l'apaisement : se présenter, se mettre face à la personne, établir et maintenir un contact visuel, la nommer, lui expliquer pourquoi elle est là ;
- une communication adaptée : port des appareils auditifs et visuels ; s'entretenir avec elle de façon calme et posée en utilisant des mots simples et une communication non verbale afin de renforcer la compréhension ;
- un milieu familial : des objets personnels ; la présence réconfortante de l'entourage proche ;
- le non-recours à une contention physique ; l'alitement non systématique en favorisant si possible la mobilité physique ; l'adaptation de l'environnement pour éviter le risque de fugue ;
- aux urgences : favoriser la présence de la famille et/ou de l'entourage proche, éviter la multiplicité des intervenants soignants auprès du patient ; éviter les actes invasifs non justifiés, éviter les sondes et cathéters non justifiés, éviter les couches pour incontinence non justifiées.

Médicamenteux :

- en complément des mesures non médicamenteuses, en cas de : symptômes comportementaux ou émotionnels sévères (agitation importante, anxiété sévère), de symptômes mettant en danger le patient ou autrui ; ou de symptômes empêchant des traitements ou des examens indispensables à la prise en charge ;
- un traitement pharmacologique de courte durée (24 à 48 heures), en monothérapie avec une benzodiazépine ou un neuroleptique, en l'absence de contre-indication.

La contention physique doit rester exceptionnelle, en dernier recours et de façon transitoire, pour permettre les investigations et les traitements nécessaires tant que le patient est dangereux pour lui-même ou pour autrui, et toujours associée à des mesures d'accompagnement.

Annexe 4. Ce qu'il faut éviter

Il faut éviter de :

- Prendre en charge la pathologie aiguë ayant justifié l'hospitalisation sans prévenir les risques évitables de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation.
- Laisser perdurer des pratiques inadaptées en routine hospitalière :
 - un maintien au lit ou en position semi-allongée au fauteuil « pour se reposer », non justifié médicalement ;
 - des protections urinaires pour une incontinence ponctuelle ou par manque d'aide à l'accompagnement aux toilettes ;
 - une aide systématique pour les activités de base de la vie quotidienne (AVQ) en l'absence d'évaluation des capacités du patient ou par manque de temps des soignants ;
 - une tolérance ou une induction d'une malnutrition : périodes de jeûne non justifiées, apports insuffisants, temps ou aide à l'alimentation insuffisants, non-respect des habitudes et des goûts alimentaires de la PA, etc. ;
 - une utilisation inappropriée des contentions physiques par « souci de sécurité », dont les barrières de lit ;
 - une utilisation non justifiée et/ou inadaptée de dispositifs médicaux limitant la mobilisation : perfusion ou sonde urinaire non justifiées, tubulure d'O2 trop courte, etc. ;
 - l'imposition de routines rigides et non familières aux PA : des heures inhabituelles de coucher, de réveil ou des repas, des soins nocturnes non justifiés, etc. ;
 - une utilisation de médicaments inadaptés ou inutiles, en particulier sédatives ou confusio-gènes ;
 - un manque de communication et d'écoute, et le non-respect de l'autonomie et des objectifs de la PA pouvant amener à une attitude de surprotection ou au contraire d'abandon de la part des soignants.

Laisser un environnement « hostile » pour la personne âgée : locaux et mobiliers inadaptés, dispositifs d'aide à la marche ou aux transferts absents ou inadaptés, absence de repères temporels et spatiaux, absence d'espace pour les aidants, etc.

- Ne pas fournir les moyens aux changements des pratiques :
 - un manque de personnel qualifié : personnel peu formé, manque de ressources spécialisées, etc. ;
 - une déficience dans la coordination et la continuité des soins : manque de communication entre soignants, absence de travail en équipe, planning non adapté, épuisement du personnel, etc.

Annexe 5. Évaluer et surveiller avec l'outil AINEES

Tiré et adapté du programme : « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier »⁴

(A) Autonomie et mobilité

- Observer les changements dans la mobilité et les autres AVQ
- Signaler les chutes
- Repérer et évaluer la douleur et les effets des traitements antalgiques mis en place

(I) Intégrité de la peau

- Évaluer précocement le risque d'escarres à partir du jugement clinique et d'une échelle validée type Braden
- Observer l'état cutané et les zones à risque, quotidiennement et à chaque changement de position

(N) Nutrition/hydratation

- Évaluer cliniquement le statut nutritionnel : poids, IMC
- Surveiller régulièrement le poids (pesée hebdomadaire et courbe de poids)
- Surveiller l'appétit et les apports nutritionnels et hydriques
- Repérer précocement les troubles de la déglutition (signes évocateurs : voix mouillée, toux à la déglutition, sons anormaux à l'auscultation cervicale et avec le test à l'eau)

(E) Élimination

- Faire un suivi journalier du transit et dépister une constipation ou un fécalome
- Dépister une rétention d'urine, au mieux avec un *bladder scanner*
- Repérer une incontinence *de novo*

(E) État cognitif et du comportement

- Repérer une confusion devant un changement récent de l'état cognitif, de la vigilance, des perceptions ou du comportement habituel du patient (échelle CAM)
- Repérer des troubles de l'humeur : dépression (échelle *Geriatric Depression Scale* : mini-GDS)

(S) Sommeil

- Repérer un changement : inversion du rythme nyctéméral, somnolence anormale ou apnées du sommeil

ALERTER

Lorsqu'une détérioration d'un de ces signes AINEES est identifiée

- Alerter le médecin
- Mettre aussitôt en place des mesures d'évaluation diagnostique et d'intervention thérapeutique

© Gouvernement du Québec, 2011

Annexe 6. Palier 1 AINEES : interventions systématiques préventives

Tiré et adapté du programme : « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier »⁴

(A) Favoriser l'autonomie fonctionnelle

- Favoriser le port des prothèses auditives, visuelles et dentaires, au besoin fournir une aide visuelle et auditive
- Limiter les restrictions d'activité (alitement, confinement au fauteuil)
- Utiliser les contentions physiques ou chimiques seulement en dernier recours, sur prescription médicale, et toujours accompagnées de mesures de compensation (mobilisation toutes les 2 heures)
- En cas d'isolement, toujours accompagné de mesures de compensation
- Limiter les cathéters et les sondages vésicaux : indications justifiées et réévaluation quotidienne
- Repérer, évaluer et traiter la douleur. Prévenir la douleur liée aux soins
- Évaluer et encourager le patient à maintenir ou à retrouver son autonomie fonctionnelle dans tous les AVQ : repas au fauteuil plutôt qu'au lit, reprise des transferts et de la marche, etc.
- Adapter l'environnement : adapter les hauteurs du fauteuil, du lit et des toilettes, retirer les obstacles, donner accès aux objets personnels
- Sensibiliser le patient et ses proches à la mobilisation précoce : faire marcher lors des visites, accompagner dans les AVQ

(I) Favoriser l'intégrité cutanée

- Évaluer le risque d'escarre à partir du jugement clinique et d'une échelle validée de type Braden et utiliser des supports adaptés au risque mesuré
- Observer l'état cutané et les zones à risque, quotidiennement et à chaque changement de position
- Maintenir une hygiène de la peau et éviter les macérations
- Diminuer les points de pression prolongée par une mobilisation toutes les deux heures,
- Favoriser la mobilité : la mise au fauteuil, la verticalisation et la reprise de la marche
- Éviter le port de couches pour incontinence
- Assurer un bon équilibre nutritionnel
- Favoriser la participation du patient et de son entourage à la prévention

(N) Favoriser l'équilibre nutritionnel

- Favoriser le port des prothèses dentaires et assurer une hygiène bucco-dentaire régulière
- Surveiller et adapter les apports nutritionnels aux besoins physiopathologiques
- Surveiller l'appétit et adapter l'alimentation aux habitudes alimentaires et aux goûts du patient
- Surveiller les troubles de la déglutition et adapter au besoin les textures des solides et des liquides
- Stimuler le patient et assurer au besoin une aide adéquate matérielle ou humaine à l'alimentation et à l'hydratation
- Impliquer l'entourage

(E) Favoriser l'élimination

- Surveiller quotidiennement les urines et les selles et intervenir précocement en cas de constipation, de fécalome, de rétention d'urine ou d'incontinence
- Éviter les couches pour incontinence et accompagner le patient aux toilettes. Lors de la miction éviter le décubitus pour favoriser la vidange vésicale
- Instaurer au besoin un horaire mictionnel pour éviter une incontinence fonctionnelle
- Éviter les sondes urinaires à demeure et préférer le sondage intermittent avec l'installation d'une poche de jambe le jour
- Assurer un environnement sécuritaire pour aller aux toilettes (accessibilité, siège surélevé, barre d'appui, éclairage la nuit, aide à la marche, etc.)
- Impliquer l'entourage

Annexe 6. Palier 1 AINEES (suite)

Tiré et adapté du programme : « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier »⁴

(E) Favoriser l'état cognitif et affectif

- Assurer le port des lunettes et des prothèses auditives, utiliser des aides auditives ou visuelles pour communiquer (amplificateurs, loupes, pictogrammes), assurer l'information du personnel quant au déficit du patient
- Orienter dans le temps et l'espace quotidiennement et à plusieurs reprises
- Dépister régulièrement une confusion, en s'aidant au besoin de l'échelle CAM
- Prévenir une confusion par un environnement stable et sécuritaire : éviter l'isolement, la surstimulation, le changement fréquent de chambre ou de personnel, et favoriser la présence des proches
- Favoriser l'orientation : horloge, calendrier, objets familiers. Assurer un éclairage adéquat
- Évaluer les traitements, leur pertinence et les médicaments potentiellement inappropriés
- Informer l'entourage du risque de confusion et les faire participer à la prévention

(S) Favoriser le sommeil

- Favoriser le sommeil par un environnement calme et par des moyens non médicamenteux
- Éviter les sédatifs et les hypnotiques, qui peuvent favoriser la confusion, l'immobilisation et les chutes
- En cas de prescription de sédatifs, en discuter avec le patient et son entourage et l'inscrire dans le dossier médical et de soins.

© Gouvernement du Québec, 2011

Annexe 7. Palier 2 AINEES : interventions spécifiques de prévention et de traitement précoce

Tiré et adapté du programme : « [Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier](#) »⁴

(A) Autonomie fonctionnelle

- En cas de perte de mobilité ou de risque d'immobilisation : évaluer l'autonomie en équipe pluriprofessionnelle et instaurer une prise en charge précoce
- En cas de douleur : évaluer, traiter et réévaluer la douleur. Prévenir les douleurs liées aux soins
- Chez le patient ayant peu d'initiative : rechercher une confusion ou une dépression

(I) Intégrité cutanée, en cas de plaies ou d'escarres :

- Évaluer les causes et adapter les traitements
- Adapter les supports et les apports nutritionnels
- Veiller à la mobilisation du patient, le changer de position toutes 2 heures

(N) Nutrition/hydratation : en cas de dénutrition ou de déshydratation

- Évaluer l'état et les apports nutritionnels
- Adapter les apports et selon les cas enrichir l'alimentation, utiliser des CNO
- Adapter les apports hydro-électrolytiques oraux, au besoin par perfusion

(E) Élimination

- En cas d'incontinence urinaire, de constipation ou de fécalome : évaluer les causes et les traiter
- En cas d'incontinence urinaire fonctionnelle : instaurer des mictions programmées
- En cas de rétention d'urine : préférer le sondage intermittent ou à défaut un sondage à demeure avec fixation d'une poche de jambe la journée

(E) État cognitif et comportement

- Chez le patient avec des troubles cognitifs ou à risque modéré à sévère de confusion : éviter les séjours prolongés aux urgences, renforcer la prise en charge non médicamenteuse
- En cas de confusion : évaluer et traiter les causes, continuer la prise en charge non médicamenteuse et au besoin instaurer un traitement médicamenteux
- Informer la famille et les soignants et assurer le suivi

(S) Sommeil

- En cas d'inversion du rythme nyctéméral : éviter le sommeil diurne
- En cas d'insomnie : privilégier une prise en charge non médicamenteuse et rechercher une confusion ou des douleurs

© Gouvernement du Québec, 2011

Annexe 8. Palier 3 AINEES : interventions spécialisées d'évaluation et de traitement

Tiré et adapté du programme : « [Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier](#) »⁴

(A) Autonomie fonctionnelle

En cas d'alitement justifié

- Réévaluer l'indication et les alternatives possibles
- Instaurer des mesures limitant les conséquences du syndrome d'immobilisation

En cas de chutes

- Faire une évaluation multifactorielle du risque de chute
- Mettre en place une intervention multifactorielle de prévention des chutes selon les risques identifiés

(E) État cognitif et comportement

En cas de confusion

- Rechercher les causes et réévaluer les traitements
- Renforcer la prise en charge non médicamenteuse avec un accompagnement individualisé et continu
- Réserver le traitement médicamenteux de la confusion aux agitations et aux symptômes psychotiques non contrôlés par des moyens non pharmacologiques, essentiellement en cas de dangerosité du patient envers lui-même ou envers les autres, ou pour assurer un examen indispensable
- N'utiliser la contention physique passive qu'en dernier recours, la moins restrictive possible et avec une surveillance stricte et des moyens d'accompagnement. Elle n'est pas justifiée pour contrôler une déambulation, des risques de fugue ou de chute ou pour pallier une carence de personnel

En cas de troubles cognitifs

- Évaluer les fonctions cognitives en dehors d'une période de confusion et adapter la prise en charge hospitalière

(N) Nutrition/hydratation

En cas de dénutrition malgré les interventions précédentes

- Envisager rapidement une alimentation artificielle entérale ou en cas d'impossibilité parentérale de façon temporaire (en l'absence d'obstination déraisonnable)

© Gouvernement du Québec, 2011

Annexe 9. Interventions sur l'environnement physique et sur les équipements du service

Tiré et adapté du programme : « [Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier](#) »⁴

Signalisation

- Panneaux indicateurs aux intersections, bien éclairés et à hauteur des yeux
- Installer un plan de l'étage avec l'indication « Vous êtes ici »
- Utiliser de préférence des lettres noires sur fond jaune avec un fini mat
- Éviter les lettres en italique, ou en majuscules
- Utiliser des mots clés compris par tous et des pictogrammes
- Prévoir près de la réception un calendrier à date unique (jour, mois, année)
- Éclairage : les personnes âgées ont besoin d'une intensité lumineuse jusque 30 % plus forte pour voir normalement et jusque 5 fois plus forte dans les lieux où elles lisent ou effectuent des tâches

Corridors

- Désencombrer les corridors, éviter les dénivelllements du plancher
- Poser une main courante, installer des sièges tous les 30 mètres
- Éviter les surfaces glissantes (cire, eau, etc.), installer des veilleuses à environ 30 cm du sol
- Apposer des affiches ou tableaux sur les murs des corridors très longs pour les raccourcir visuellement et minimiser le découragement de la PA

Halls, escaliers et ascenseurs

- Renseigner à l'aide de plan avec la mention « vous êtes ici »
- Rendre disponibles aux personnes à mobilité réduite des fauteuils roulants
- Installer des sièges près des téléphones et à chaque palier de l'escalier
- Délimiter le départ de l'escalier par une bande jaune ou contrastante
- Désencombrer l'aire d'attente devant l'ascenseur

Chambres

- Désencombrer les chambres et libérer les espaces de déambulation dans la chambre
- Réduire les sources de bruits dans l'environnement, proposer des écouteurs pour les télévisions
- Proposer des téléphones avec des grosses touches, des chiffres contrastés et un volume réglable
- Installer des veilleuses à 30 cm du sol à l'intérieur et l'extérieur des toilettes et un interrupteur lumineux
- Adapter la salle de bains : barres d'appui, siège surélevé, miroir inclinable, chaise de lavabo, espace suffisant pour les aides techniques
- Installer dans la douche un siège rétractable et des barres d'appui
- Disposer de lits à hauteur réglable électriquement qui peuvent s'abaisser à 45 cm du sol pour faciliter les transferts
- Disposer de matelas limitant les risques d'escarres
- Disposer de fauteuils réglables pour faciliter les transferts et améliorer le positionnement
- Utiliser des sièges percés à hauteur réglable et avec des accoudoirs amovibles pour faciliter les transferts
- Disposer dans le service d'aides techniques aux AVQ
- Installer des calendriers et des horloges de grandes dimensions, visibles pour une personne alitée
- Fournir des sonnettes d'appel adaptées (activation par la voie, bracelet, etc.)
- Favoriser les chambres individuelles pour les personnes confuses
- Disposer de moniteurs de mobilité pour le lit et le fauteuil permettant de signaler des levés sans surveillance chez les personnes à risque de chute
- Dans les chambres à deux lits, installer près de la porte les personnes utilisant une aide à la marche ou un fauteuil roulant

Annexe 10. Activities of Daily Living (ADL)

L'ADL est une échelle validée de mesure du statut fonctionnel sur les activités de base de la vie quotidienne. Le score varie de 0 à 6 points. Le score est plus bas correspond aux PA les plus dépendantes.

Échelle ADL Cotation : 0 dépendant, 1/2 aide partielle et 1 autonome		
Toilette	Aucune aide	1
	Aide pour une seule partie du corps	1/2
	Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	0
Habillage	Aucune aide	1
	Aide pour lacer ses chaussures, boutonner, fermer une fermeture Éclair	1/2
	Aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller	0
Aller au W.C. (se déplacer, s'essuyer et se rhabiller)	Aucune aide humaine (peut utiliser canne, fauteuil roulant, etc.)	1
	Besoin d'une aide	1/2
	Ne va pas aux W.C.	0
Transfert/Locomotion	Aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise, se déplacer (peut utiliser une aide technique de marche)	1
	Besoin d'aide	1/2
	Ne quitte pas le lit	0
Continence	Contrôle complet urine et selles	1
	Incontinence occasionnelle	1/2
	Incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente	0
Alimentation	Aucune aide	1
	Aide pour couper la viande ou beurrer le pain	1/2
	Aide complète ou alimentation artificielle	0
SCORE TOTAL/6 points		

Annexe 11. Évaluation gériatrique standardisée (EGS)

L'EGS est une évaluation gériatrique multidimensionnelle et pluridisciplinaire qui permet d'identifier les problématiques médicales, psychosociales et fonctionnelles du sujet âgé dans l'objectif de proposer un plan de soins coordonné. La réalisation d'une EGS lors de l'hospitalisation améliore le maintien à domicile à 6 mois et réduit le risque de détérioration fonctionnelle et de l'état cognitif des patients âgés de 65 ans ou plus. Ces effets ne sont observés que dans les services de gériatrie, dans un environnement adapté et avec des équipes formées, mais pas avec les équipes mobiles de gériatrie (EMG). Une explication est peut-être que les services n'ont recours aux EMG que trop tardivement et que leurs recommandations sont peu suivies.

Domaine	Démarche et tests diagnostiques	Risques à identifier
Antécédents et traitements	Réaliser un interrogatoire, un examen clinique , réévaluer les comorbidités et les traitements Rechercher des pathologies non diagnostiquées	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge non optimale des comorbidités - Pathologies non diagnostiquées - Traitements médicamenteux : - traitement médicamenteux à risque, interactions médicamenteuses, non adapté à la fonction rénale
Fonctionnel	Interrogatoire du patient et de l'aidant sur l'autonomie fonctionnelle 15 jours avant l'hospitalisation et l'entrée Échelle ADL (<i>Activities of Daily Living</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Sujet déjà partiellement dépendant 15 jours avant l'hospitalisation - Perte d'autonomie avant l'hospitalisation (entre J-15 et l'admission) - Perte d'autonomie au cours de l'hospitalisation
Mobilité	Évaluer la capacité à s'asseoir dans le lit, se lever du lit (avec ou sans matériel) et à marcher seul	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacité à se lever seul - Risque de chutes
Cognitif	Évaluation de la confusion : CAM (<i>Confusion Assessment Method</i>) Évaluation des fonctions supérieures en dehors d'une période de confusion : MMSE (<i>Mini Mental State Evaluation</i>).	<ul style="list-style-type: none"> - Confusion aiguë - Syndrome démentiel
Nutritionnel	Courbe de poids : dénutrition si perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois IMC : dénutrition si IMC < 21 kg/m ² Échelle MNA (<i>Mini Nutritional Assessment</i>) Appétit et apports alimentaires Troubles de la déglutition	<ul style="list-style-type: none"> - Patient dénutri ou à risque de dénutrition - Situation sociale ne permettant pas un retour à domicile dans les conditions antérieures
Sensoriel	Antécédents de troubles visuels et auditifs - Port de lunettes et/ou d'appareils auditifs Troubles proprioceptifs	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles sensoriels non appareillés, oubli des prothèses - Troubles de l'équilibre, risque de chute
Bucco-dentaire	Examen bucco-dentaire Port de prothèses	<ul style="list-style-type: none"> - - Altération bucco-dentaire, prothèses inadaptées, oubli des prothèses
Thymique	Recherche de signes de dépression : mini-GDS (<i>Mini Geriatric Depression Scale</i>) Rechercher également des troubles du sommeil, une anxiété	<ul style="list-style-type: none"> - Dépression - Insomnie
Douleur	Évaluation par une échelle d'auto ou d'hétéro-évaluation selon l'état cognitif du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Patient douloureux
Social	S'enquérir des caractéristiques de l'habitat (chauffage, accès, salubrité, habitat isolé, habitation dans un quartier à risque), de la situation financière (revenus, couverture sociale), des réseau social (vie sociale et relationnelle), et des aides professionnelles déjà existantes	<ul style="list-style-type: none"> - Situation sociale ne permettant pas un retour à domicile dans les conditions antérieures

Annexe 12. Outil HOPPITAL

Cet outil a été développé par le service gériatrique du centre hospitalo-universitaire de Toulouse pour aider à l'identification et à la prise en charge de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des PA dans les services hospitaliers.

	Domaine	Risques à identifier	Mesures à prendre
H	Habillage/ 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"> - Laisser au patient le temps de faire ce qu'il est capable de faire - Installer le patient (chaise dans la salle de bains, apporter les affaires de toilette au lit, etc.). - Le stimuler
O	Orientation	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. Cela peut être à l'origine d'un état confusionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Rappeler régulièrement la date, le lieu (avec des horloges, des tableaux avec la date, des calendriers) - S'assurer que le patient porte bien ses lunettes, ses appareils auditifs pour s'orienter et communiquer
P	Protection urinaire	Des protections sont souvent utilisées chez les patients âgés hospitalisés, du fait de difficultés à les mobiliser (jour et nuit), et même lorsqu'ils sont continents. Cela peut entraîner une incontinence.	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner le patient régulièrement aux toilettes - Proposer un urinal/bassin - Mettre un fauteuil garde-robe près du lit
P	Perfusions, sonde et scope	Les patients âgés sont souvent polypathologiques et polymédiqués. Cela peut justifier l'utilisation de voies multiples (veineuses, sous-cutanées), de sondes vésicales, de scopes, de lunettes à oxygène, pour leur prise en charge et leur surveillance. Ces « tuyaux » vont immobiliser le patient.	<ul style="list-style-type: none"> - Toujours s'assurer de la bonne indication et de la nécessité du maintien d'un « tuyau » : - Le patient a-t-il vraiment une prescription adaptée pour sa sonde urinaire ? - Le traitement est-il disponible per os ? - Le patient a-t-il besoin d'oxygène ? - Une surveillance aussi rapprochée est-elle nécessaire au vu des objectifs ?
I	Immobilité	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 musculaires et perte de la marche	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser précocement et systématiquement (sauf contre-indication médicale absolue) : lever, passage au fauteuil, et marche - Libérer le patient de ses tuyaux le plus rapidement possible - Permettre le lever (pas de barrières, fauteuil et déambulateur accessibles) - Prescrire de la kinésithérapie
T	Traitements	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, etc.). Cela augmente le risque de iatrogénie médicamenteuse.	<ul style="list-style-type: none"> - Réévaluer régulièrement et quotidiennement le bénéfice et risque de chaque traitement - Éviter la prescription de psychotropes - Éviter la prescription de traitements anticholinergiques
A	Appétit	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"> - Peser à l'entrée et 1 fois par semaine - Quantifier les apports alimentaires - Éviter les régimes, respecter les goûts, adapter les textures, et proposer des collations accessibles et faciles à manger - Prescrire l'intervention d'une diététicienne
L	Lieu 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"> - 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

Annexe 13. Le TRST, *Triage Risk Screening Tool*

Cet outil peut être utilisé dans les services médico-chirurgicaux recevant des PA, pour le repérage précoce des patients de 75 ans et plus, nécessitant l'intervention d'une équipe mobile gériatrique. Il mesure cinq dimensions. Le score varie de 0 (pas de risque) à 5 (très très haut risque). Un score ≥ 2 identifie le besoin d'une intervention de l'équipe mobile gériatrique.

Triage Risk Screening Tool (TRST-version adaptée)	
	Oui : 1 point Non : 0 point
Présence de troubles cognitifs (Diagnostic connu de démence, syndrome confusionnel, ou troubles cognitifs avec perte de mémoire des faits récents +/- troubles de l'orientation temporo-spatiale relevés par les soignants de l'unité)	
Troubles de la marche, difficultés de transfert ou chutes	
Polymédication (Utilisation de cinq médicaments ou plus)	
Antécédents d'hospitalisation (3 mois) ou d'admission aux urgences (1 mois)	
Évaluation fonctionnelle réalisée par une infirmière (Perte d'autonomie présente si diminution d'au moins 2 points dans l'échelle ADL entre l'évaluation actuelle et l'évaluation à 15 jours avant l'admission à l'interrogatoire)	
TOTAL/5 points	

Annexe 14. Les soins et les professionnels

Interventions	Cibles	Les professionnels	Recommandations
Évaluer le statut fonctionnel du patient ADL	Toutes les PA de 70 ans et plus et/ou fragiles	Aides-soignants, infirmiers	À l'admission et à la sortie d'hospitalisation
Évaluer le risque de déclin fonctionnel AINEES, HOPITAL	Tous les PA de 70 ans et plus et/ou fragile	Aides-soignants, infirmiers médecins du service	À l'admission et quotidiennement durant le séjour Repérage des PA justifiant d'une évaluation gériatrique (TRIAGE)
Palier 1 : interventions systématiques préventives AINEES, HOPITAL	Tous les PA de 70 ans et plus et/ou fragile	Aides-soignants, infirmiers médecins du service	Durant tout le séjour
Palier 2 : interventions spécifiques de prévention et de traitement précoce AINEES, HOPITAL	PA avec des risques majorés de déclin fonctionnel à l'un des 6 items AINEES	Équipe pluriprofessionnel, incluant au moins un kinésithérapeute et/ou un ergothérapeute	Évaluations pluriprofessionnelles. (Outils spécifiques) Interventions spécifiques (kiné, ergo, diététicien, etc.) Conseils à l'équipe du service
Palier 3 : interventions spécialisées d'évaluation et de traitement EGS	PA avec une confusion, un syndrome d'immobilisation, une dénutrition, une chute grave sans amélioration malgré les interventions précédentes	Équipe gériatrique	Évaluation gériatrique standardisées (EGS) Conseils aux équipes du service et aux équipes pluriprofessionnelles

Annexe 15 : Tableau les organisations et les professionnels

Interventions	Les professionnels concernés	Intervenants principaux
Former le personnel soignant aux besoins et soins spécifiques des PA	Ensemble du personnel du service	Chef de service et cadre infirmier Chef de service gériatrique et son équipe mobile gériatrique
Valoriser les soins infirmiers Au mieux, nommer un «infirmier référent gériatrique» dans le service	Infirmier	Chef de service et cadre infirmier
Adapter l'organisation du service Favoriser la coordination et la continuité des soins en équipe pluriprofessionnelle	Ensemble du personnel du service	Chef de service et cadre infirmier
Créer des liens avec l'équipe gériatrique de l'hôpital Au mieux, avec une EMG	Ensemble du personnel du service Et du service de gériatrie	Directeur de l'hôpital, chef de service, et chef du service de gériatrie
Adapter l'organisation de l'établissement Accompagner le personnel dans le changement des pratiques à tous les niveaux de l'organisation hospitalière	Ensemble du personnels soignants et administratifs de l'hôpital	Directeur de l'hôpital et président de CME
Investir pour l'adaptation de l'environnement et des équipements du service aux PA	Ensemble du personnel du service	Directeur de l'hôpital, chef de service et chef de service de gériatrie
Améliorer l'interface ville/ hôpital : filiale gériatrique, numéro unique d'admission, soins aux urgences, modalités des échanges d'informations, etc.	Ensemble du personnels du service, du service de gériatrie et du service des urgences	Directeur de l'hôpital, président de CME, chef de service de gériatrie, et chef de service des urgences

« Ce document est publié par la Haute Autorité de Santé qui en détient les droits. À l'exception des contenus grevés de droit de propriété intellectuelle de tiers, les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées conformément aux articles L. 321-1 et suivants du Code des relations entre le public et l'administration dès lors qu'elles ne sont pas altérées, leur sens dénaturé et que leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.

Les éléments suivants, auxquels sont attachés des droits de propriété intellectuelle de tiers, ne sont pas réutilisables sans l'accord préalable des intéressés : annexes 5, 6, 7, 8 et 9.

Si vous souhaitez reproduire ou réutiliser ces contenus, merci de bien vouloir contacter le service.juridique@has-sante.fr : pour connaître les conditions applicables à leur utilisation ».



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr