



# Approche gériatrique

Présenté par  
France COLLIN, inf. M.Sc.  
avec la collaboration de Robert Sylvestre

Document préparé par  
France Collin, Sylvie Richard et Philippe Voyer



Bonjour,

Je suis France Collin, infirmière en pratique avancée auprès des aînés de la région de Québec, chargée de cours à l'Université Laval, formatrice et consultante pour le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.



## L'approche gériatrique

L'approche gériatrique est une prise en charge particulière de la personne âgée basée sur les connaissances du vieillissement normal et pathologique afin de comprendre la complexité des soins aux personnes âgées si on veut relever le défi de fournir des soins et services optimaux aux aînés et favoriser leur autonomie et leur bien-être.



## Plan

- **L'approche gériatrique**
  - **Pourquoi ?**
    - Origine du modèle
      - Perte d'autonomie et cognitive
  - **Solution**
    - Programme HELP de Inouye
    - Résultats
  - **Comment y arriver ?**
  - **Avantages d'une approche gériatrique**



## Plusieurs appellations

- Seniors friendly hospital
- ACE program (Acute Care for the Elderly)
- Elder Friendly Hospital
- NICHE (Nurses Improving Care for Health system Elders)
- HELP (Hospital Elder Life Program)



## Origine

- Impacts de l'hospitalisation sur
  - Aînés
  - Coûts
    - Durée de séjour
    - Retour rapide à l'hôpital
    - Admission en CHSLD



## **Impacts de l'hospitalisation sur l'aîné**

- Conséquences sur le plan cognitif
- Conséquences sur la plan physique
  - Autonomie fonctionnelle



## **Conséquences sur le plan cognitif**



# Delirium

## Quelques statistiques



## Ampleur du problème

(Andrew et al., 2006; Inouye 2006; Voyer et al., 2006)

- **Domicile**
  - 0,5% des aînés non déments sont atteints de delirium
- **CH**
  - 10 à 24 % des aînés sont en delirium au moment de leur arrivée à l'hôpital
  - 5 à 65 % des aînés développeront un delirium en cours d'hospitalisation
- **CHSLD**
  - 10 à 50% des aînés hébergés en CHSLD sont atteints d'un delirium



## **Conséquences du delirium**

(Inouye, 2006; Leentjens & van der Mast, 2005)

- Réduit l'autonomie fonctionnelle et altère les capacités cognitives
- Augmente la durée d'hospitalisation
- Augmente la charge des soins infirmiers
- Accroît le risque d'admission en hébergement
- Taux de mortalité de 10% à 30%.



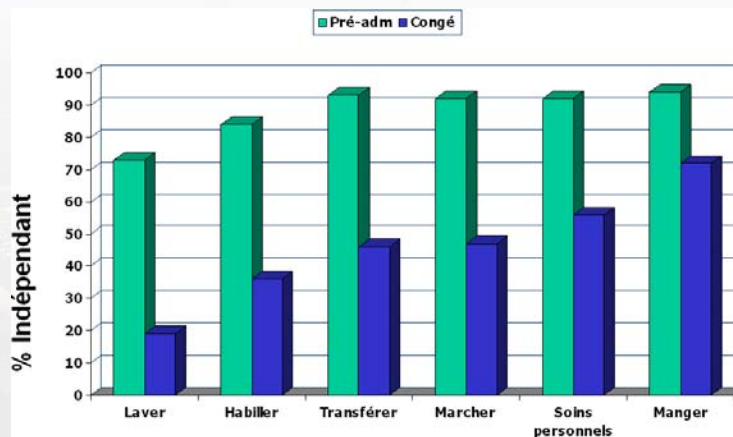
## **Conséquences sur le plan physique**


## La perte d'autonomie

- L'hospitalisation est une cause de la perte d'autonomie...pas uniquement la maladie!
- Entre le moment d'apparition de la maladie, de l'admission et le congé de l'hôpital (moyenne 6,3 jours d'hospitalisation), la perte d'autonomie est fréquente (Covinsky et al., 2003)
  - Âge 70-74 ans: 23 % subissent une perte d'autonomie
  - Âge 75-79 ans: 28 % subissent une perte d'autonomie
  - Âge 80-84 ans: 38 % subissent une perte d'autonomie
  - Âge 85-89 ans: 50 % subissent une perte d'autonomie
  - Âge 90 + ans: 63 % subissent une perte d'autonomie

## Perte d'autonomie associée à l'hospitalisation

(Sager et al., 1996)



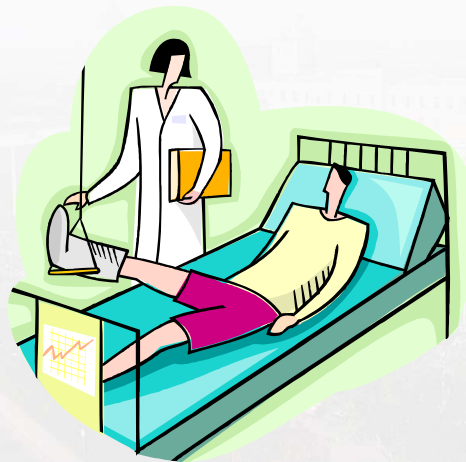


## **Cause majeure de la perte d'autonomie en CH: le syndrome d'immobilité**

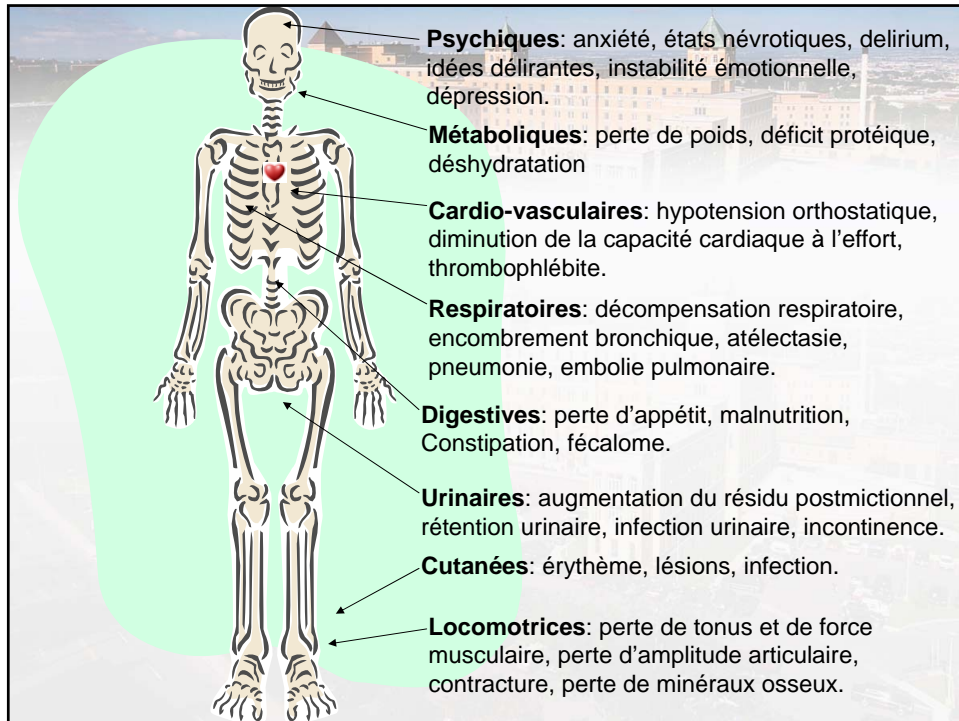
(Hébert et Roy, 2007; Creditor, 1993)



## **De la prescription du repos au lit au lever précoce!**









## Identifier les aînés à risque

- **Avoir 70 ans et plus**
- **Présenter un des facteurs de risque suivants:**
  - Déficits cognitifs
  - Problème de mobilité / d'autonomie dans une AVQ
  - Déshydratation
  - Problème visuel
  - Problème auditif



## Implanter un programme préventif ex.: HELP

- Prévenir le delirium
- Prévenir la perte d'autonomie

Facteurs de risque	Types d'intervention	Exemples
<b>Déficits cognitifs</b>	Stimulation	- Stimulation cognitive - Communication optimale - Loisirs - Participation de la famille
<b>Déficits visuels et auditifs</b>	Dépistage et adaptation	- Dépistage des déficits auditifs - Entretien des aides visuelles et auditives (lunette, batterie) - Équipements adaptés (amplificateur de voix, téléphone, loupe)
<b>Déshydratation</b>	Dépistage et stimulation	- Examen clinique et ingesta et excreta - Programme d'hydratation
<b>Insomnie</b>	Éviter les interruptions du sommeil	- Téléavertisseurs en mode vibrant - Élimination des conversations de corridors - Flexibilité dans l'horaire des soins
<b>Immobilité</b>	Exercices physiques	- Exercices adaptés - Élimination des contentions - Éviter les équipements contraignants
<b>Psychotropes</b>	Interventions alternatives	- Hygiène du sommeil - Accompagnement psychologique - Réduction des doses de psychotropes



## Résultats: DELIRIUM

(Inouye et al., 1999)

- **Étude expérimentale**
  - Groupe expérimental: application des interventions préventives à tous les patients âgés
  - Groupe contrôle: soins standards
- **Résultats**
  - Réduction de 40% de l'incidence du delirium
  - Amélioration de l'état cognitif
  - Réduction de l'utilisation des sédatifs-hypnotiques

## Résultats: AUTONOMIE

(Inouye et al, 2000)

- **Étude expérimentale**

- Groupe expérimental: application des interventions préventives à tous les patients âgés
- Groupe contrôle: soins standards

- **Résultats**

- Groupe expérimental: perte d'autonomie chez 14% des aînés
- Groupe contrôle: perte d'autonomie chez 33% des aînés

## Résultats: FINANCE

(Rizzo et al., 2001)

- **Coût réduit de 831\$ par patient en moyenne...**





## **Comment y arriver ?**

- 1. Une formation à l'ensemble du personnel**
- 2. L'utilisation de protocoles d'évaluation et d'interventions spécifiques**
- 3. La présence de professionnels spécialisés:**
  - mise en valeur le rôle des soignants avec un leader: infirmière clinicienne
  - interdisciplinarité en 2e ligne



## **Comment y arriver ? (suite)**

- Respecter l'aîné dans ces décisions et impliquer la famille à tous les niveaux**
- Encourager l'autonomie fonctionnelle de l'aîné**
- Mettre en place un partenariat entre les acteurs des différents milieux**



## **Avantages d'une approche gériatrique**

- **Étoffer la démarche du clinicien dans les étapes de soins: dépistage, évaluation, intervention et suivi**
- **Mieux orienter le gestionnaire dans l'organisation des soins**
- **Offrir des soins de qualité aux aînés sans nécessairement avoir toujours recours à un service gériatrique**



## **Conclusion**

**Ces connaissances et les compétences à développer sur le vieillissement ainsi que les moyens d'intégration de l'approche gériatrique sont présentés dans le cadre des formations offertes par le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.**

**Consulter notre site web**

**MERCI !**



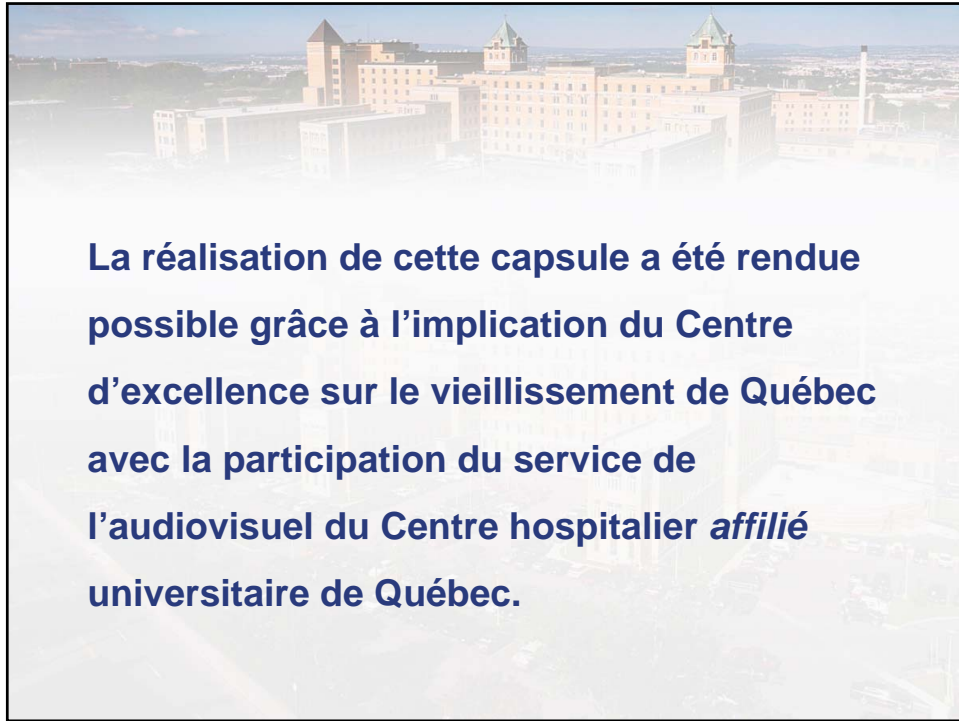
## Références

- Andrew, M. K., Freter, S. H., & Rockwood, K. (2006). Prevalence and outcomes of delirium in community and non-acute care settings in people without dementia: a report from the Canadian Study of Health and Aging. *BMC Med*, 4, 15.
- Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell, S. R., Stewart, A. L., Kresevic, D., et al. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc*, 51(4), 451-458.
- Creditor, M. C. (1993). Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med*, 118(3), 219-223.
- Hébert, R. et Roy, PM . (2007) Perte d'autonomie Dans M.Arcand et R. Hébert(3e Edition) Précis pratique de gériatrie. Saint-Hyacinthe: Edisem.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., et al. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med*, 340(9), 669-676.



## Références

- Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. *The New England Journal of Medicine*, 354(11), 1157-1165.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Baker, D. I., Leo-Summers, L., & Cooney, L. M., Jr. (2000). The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. *J Am Geriatr Soc*, 48(12), 1697-1706
- Leentjens, A. F., & van der Mast, R. C. (2005). Delirium in elderly people: an update. *Curr Opin Psychiatry*, 18(3), 325-330
- Rizzo, J. A., Bogardus, S. T., Jr., Leo-Summers, L., Williams, C. S., Acampora, D., & Inouye, S. K. (2001). Multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients: what is the economic value? *Med Care*, 39(7), 740-752
- Sager, M. A., Franke, T., Inouye, S. K., Landefeld, C. S., Morgan, T. M., Rudberg, M. A., et al. (1996). Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med*, 156(6), 645-652
- Voyer, P., Cole, M. G., McCusker, J., & Belzile, E. (2006). Prevalence and symptoms of delirium superimposed on dementia. *Clin Nurs Res*, 15(1), 46-66.



**La réalisation de cette capsule a été rendue possible grâce à l'implication du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec avec la participation du service de l'audiovisuel du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec.**