

Les Signes « AINÉES » *partie 2*

L'histoire de M^{me} Rose

Les Signes AINÉES, un outil pour améliorer l'évaluation de la condition globale de santé de l'adulte âgé quel que soit le milieu de soins, déceler les problèmes de santé aigus et prévenir les complications.

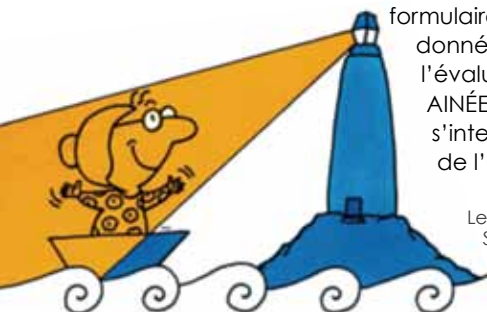
Par **Sylvie Lafrenière** inf., M.Sc., CSIGC et **Annik Dupras**, M.D., FRCPC



© AlexRaths / iStock / Thinkstock

Objectif : Cette série de deux articles souligne l'importance d'adapter l'évaluation infirmière aux besoins particuliers de l'adulte âgé et indique les principaux aspects à surveiller au moment de l'évaluation initiale et de l'évaluation en cours d'évolution. Pour vous guider dans cette tâche, l'outil « Signes AINÉES » a été développé. Publié dans le numéro de mars/avril 2014, le premier article a présenté son utilité. Ce deuxième article traite de la documentation et de l'intégration des Signes AINÉES dans l'évaluation infirmière d'un adulte âgé hospitalisé ou vivant dans la communauté. Il montre aussi comment les Signes AINÉES permettent de mieux faire équipe avec l'adulte âgé et sa famille dans la prévention du déclin fonctionnel au cours d'une maladie aiguë.

Après avoir assisté à une formation sur les Signes AINÉES, les infirmières d'un Centre de santé et de services sociaux ont été touchées par les exemples d'événements indésirables causés par des soins non adaptés à l'adulte âgé. Convaincues de l'utilité de cet outil pour prévenir, déceler et traiter rapidement une détérioration de l'état de santé des adultes âgés sous leurs soins, plusieurs infirmières d'une unité de cardiologie ont proposé de modifier leur formulaire de collecte de données pour y intégrer l'évaluation initiale des Signes AINÉES. Par ailleurs, elles s'interrogent sur la faisabilité de l'utiliser pendant les



Le phare est l'identité visuelle des Signes AINÉES et de l'approche OPTIMAH au CHUM.
Illustration de Beha, © CHUM

évaluations en cours d'évolution faites au chevet des patients. Certaines de leurs collègues qui travaillent en clinique externe ou en soins à domicile se demandent aussi si l'outil peut s'adapter à leur pratique.

Comment intégrer les Signes AINÉES aux évaluations initiale et en cours d'évolution ?

L'évaluation initiale. En raison de l'hétérogénéité du vieillissement et de ses répercussions fonctionnelles, chercher à connaître l'état habituel d'une personne âgée sur certains aspects de sa santé et de son niveau fonctionnel est la pierre angulaire des soins à un aîné que ce soit à l'admission, dès son arrivée à l'urgence, en préadmission pour une intervention chirurgicale, au début de ses traitements de chimiothérapie, à sa première visite d'évaluation dans une clinique de soins de première ligne ou en soins à domicile, etc.

C'est pourquoi la première question de l'outil Signes AINÉES vous invite à trouver : « Quel sont les Signes AINÉES habituels

Tableau 2 Alertes AINÉES : Les déceler au cours des évaluations initiale et continue ?

Signes AINÉES	Alertes AINÉES à rechercher
<p>Autonomie et mobilité</p>	<p>Chute, tout changement ou toute détérioration dans l'autonomie, la mobilité et le risque de chute d'un patient comparativement à celles observées dans son environnement habituel ou encore, comparativement à celles observées pendant le quart de travail ou le jour précédent. Par exemple, une personne capable de se mobiliser et de mener ses activités de la vie quotidienne à la maison qui n'est plus capable de le faire seule et sécuritairement à l'hôpital ou depuis la dernière visite à domicile.</p> <p>Explorez les causes de ce changement, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Présence de délirium. ■ Démotivation. ■ Crainte de déranger ou réticence à demander de l'aide. ■ Perception du patient qu'il doit rester au lit pour récupérer. ■ Troubles cognitifs ou de l'humeur. ■ Douleur et inconfort. ■ Troubles de l'équilibre, de la force musculaire et de la tolérance à l'effort. ■ Atteinte neurologique, musculosquelettique ou articulaire. ■ Crainte de faire une chute. ■ Étourdissements, hypotension orthostatique, désaturation, etc. ■ Médicaments pouvant affecter l'équilibre, la démarche, la vigilance ou l'endurance.
<p>Intégrité de la peau</p>	<p>Augmentation du risque d'une atteinte de l'intégrité de la peau ou apparition de signes d'une atteinte de la peau ou des muqueuses : irritations, démangeaisons, plaie, etc. Signes de négligence ou de violence physique possibles : hygiène négligée, ecchymoses, etc.</p>
<p>Nutrition et hydratation</p>	<p>Perte de poids. Risques de dénutrition et de déshydratation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Période de jeûne qui se prolonge ou se répète. ■ Apport inférieur à 75 % du plat principal depuis 2 jours. ■ Nausées, perte d'appétit ou refus de s'alimenter ou de boire. ■ Douleur ou problème dentaire ou buccal. ■ Présence d'une condition clinique entraînant une augmentation des besoins nutritionnels : chirurgie, infection, plaie, insuffisance cardiaque ou respiratoire, cancer, etc. <p>Observation d'indices de dysphagie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Toux, étouffement pendant les repas ou immédiatement après. ■ Écoulement d'aliments par la bouche ou par la canule trachéale (le cas échéant). ■ Difficulté ou douleur pendant la déglutition. ■ Sensation de blocage dans la gorge. <p>Présence de douleur ou de malaise gastrique ou abdominal.</p>
<p>Élimination</p>	<p>Incontinence urinaire ou fécale de novo ou plus fréquente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Constipation ■ Diarrhées ■ Rétention urinaire ■ Résidu urinaire anormal <p>Explorez les causes de l'incontinence. Évaluez si la personne ressent le besoin d'uriner ou d'aller à la selle. Son incontinence est-elle liée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Une difficulté à demander de l'aide ou une crainte de déranger ? ■ Une incontinence fonctionnelle ? (Problèmes liés à la mobilité, à la désorientation, à un environnement non adapté, difficulté à obtenir de l'aide au bon moment.) ■ Un signe d'infection urinaire ? ■ Une obstruction ? (constipation ou fécalome) ■ Un délirium ou une démence progressive ? ■ Un problème endocrinien ? ■ Un effet médicamenteux ?
<p>Etat cognitif, comportement et communication</p>	<p>État cognitif et comportement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Signes cliniques de délirium. ■ Altération de l'état de conscience. ■ Difficulté à établir un partenariat de collaboration. ■ Troubles de l'humeur. ■ Atteintes cognitives. ■ Désorientation. ■ Atteinte de la mémoire. ■ Illusions ou hallucinations. ■ Propos incohérents ou désorganisés. ■ Difficulté à communiquer. ■ Symptômes comportementaux de la démence (nouveaux ou accrus). ■ Changement de la personnalité. ■ Signes d'anxiété ayant un impact fonctionnel. <p>Communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Problème de communication de novo. ■ Problème de communication qui persiste malgré les interventions préventives comme l'utilisation d'un amplificateur personnel de type Pocket Talker, un tableau de communication, etc.
<p>Sommeil</p>	<p>Troubles du sommeil ayant un impact fonctionnel qui ne peuvent être attribués à un horaire perturbé ou à l'environnement : difficulté à s'endormir, réveils fréquents la nuit ou tôt le matin, inversion du cycle veille-sommeil, somnolence diurne, etc.</p> <p>Un problème de sommeil peut en cacher un autre. Explorez les causes, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Inconfort : position, respiration, douleur, malaise, température ressentie (trop chaud, trop froid). ■ Idées délirantes, hallucinations. ■ Faim ou soif. ■ Préoccupations, inquiétudes et peurs. ■ Nycturie ou incontinence la nuit. ■ Aliments nuisibles au sommeil. ■ Effets médicamenteux ou symptômes de sevrage (p. ex., benzodiazépines), de drogue ou d'alcool. <p>– Avec un patient atteint de démence, de délirium ou ayant une difficulté à communiquer, vérifiez la satisfaction de ses besoins de base tels que la faim, la soif, l'élimination, etc.</p> <p>– Si un sédatif-hypnotique-anxiolytique a été récemment introduit dans le traitement, surveillez les signes de délirium hypoactif ou hyperactif et le risque accru de chutes.</p>

Tableau 3 Les Signes AINÉES : évaluation des personnes âgées non hospitalisées

Contextes de soins	
Maintien à domicile, milieu d'hébergement et de soins de longue durée, réadaptation, visite ou intervention de suivi de maladies chroniques, etc.	Cliniques de soins de première ligne et ambulatoires spécialisés, par exemple de chirurgie, d'oncologie, de pneumologie, etc.
Objectifs de l'évaluation des Signes AINÉES habituels	
Évaluation de prise en charge : Établir les Signes AINÉES habituels au cours de la première évaluation de prise en charge permettra de déterminer les besoins d'évaluation ou de soutien à l'autonomie.	Évaluation initiale : Connaître les conséquences potentielles d'une intervention ou d'un traitement sur les aspects AINÉES, par exemple une opération chirurgicale, un traitement de chimiothérapie ou certains médicaments, permettra de peser le pour et le contre et, le cas échéant, de prévoir les mesures de soutien requises.
Objectifs de l'évaluation des Signes AINÉES actuels	
<ol style="list-style-type: none"> Évaluer tout changement des Signes AINÉES habituels pour : <ol style="list-style-type: none"> Évaluer les répercussions du traitement. Évaluer les répercussions de tout changement de traitement. Évaluer les répercussions progressives d'une maladie chronique. Déceler une nouvelle condition de santé qui se manifesterait de façon atypique à travers une détérioration des Signes AINÉES. Évaluer l'impact fonctionnel et la gravité d'une détérioration de l'état de santé. 	
Comment ?	
<ul style="list-style-type: none"> En procédant à une évaluation infirmière habituelle, sommaire ou complète, en fonction du malaise dominant, des problèmes de santé aigus et des maladies chroniques connues. En évaluant les Signes AINÉES et en prévoyant des interventions en fonction des risques et des problèmes décelés. En inscrivant dans les notes d'évolution les données pour chacun des Signes AINÉES habituels et des Signes actuels (observés) : 	
Signes AINÉES habituels (s'ils ne sont pas déjà documentés)	Signes AINÉES actuels
A _____	A _____
I _____	I _____
N _____	N _____
É _____	É _____
E _____	E _____
S _____	S _____
* Les données inscrites dans la Demande de services interétablissements (DSIE), l'Outil d'évaluation multicentéles (OEMC) et les autres outils d'évaluation initiale en vigueur dans les établissements (p. ex., SICHELD) peuvent nous aider à connaître les signes AINÉES habituels.	

de cette personne âgée ? » Les réponses vous permettent d'évaluer sa condition globale dans son milieu de vie habituel et de personnaliser les objectifs de soins.

L'évaluation continue. Utiliser les Signes AINÉES dans l'évaluation continue d'un adulte âgé s'intègre facilement à votre pratique, que ce soit pendant un épisode de maladie aiguë ou d'exacerbation d'une maladie chronique, ou encore en réadaptation ou en convalescence :

- L'infirmière procède d'abord à une évaluation sommaire ou complète en fonction du malaise dominant, des problèmes de santé aigus et des maladies chroniques connues, par exemple une insuffisance cardiaque ou un diabète décompensé.
- Ensuite, parce qu'il s'agit d'un adulte âgé, elle vérifie si ses Signes AINÉES habituels évalués lors de l'admission ou en début de traitement, se sont modifiés. En contexte de soins aigus, elle les compare avec ceux observés lors du quart de travail ou du jour précédent. S'agit-il d'une alerte AINÉES ?

Une alerte AINÉES est une détérioration des Signes AINÉES nécessitant une évaluation plus approfondie des causes (voir Tableau 2).

- S'il s'agit d'une alerte AINÉES, l'infirmière poursuit son évaluation du problème et, au besoin, en informe le médecin et les membres de l'équipe interprofessionnelle concernés. L'alerte AINÉES peut mener ou non à la découverte d'un nouveau problème pouvant faire l'objet d'une inscription au plan thérapeutique infirmier (PTI).

Prenons par exemple une alerte AINÉES relative au comportement d'un patient âgé. À son admission en fin de soirée, le patient résiste aux soins et ne suit pas les consignes de prévention des chutes. L'équipe de jour poursuit son évaluation et se rend compte que ce patient est atteint d'une surdité grave et d'une vision déficiente. Ces problèmes sont alors notés au PTI et une directive est inscrite pour pallier le problème de communication.

À quelle fréquence et dans quels contextes utiliser les Signes AINÉES ?

En milieu de soins aigus. L'évaluation continue des Signes AINÉES par l'infirmière se fait minimalement toutes les huit heures, elle s'intègre aux tournées faites au chevet des patients. L'infirmière se sert aussi des observations de l'infirmière auxiliaire et du préposé aux bénéficiaires qui travaillent avec elle. De nuit, l'évaluation se limite aux aspects AINÉES qui auront pu être observés dans ce contexte.

En d'autres contextes de soins. En réadaptation, en milieu d'hébergement ou soins de longue durée, en clinique ou en soins à domicile, devant la personne ou encore pendant une intervention téléphonique, interroger un adulte âgé pour vérifier la présence d'une détérioration de ses Signes AINÉES peut aider l'infirmière à reconnaître un épisode de maladie aiguë, l'exacerbation d'une maladie chronique ou des effets indésirables de soins et de traitements en cours.

Le Tableau 3 présente les objectifs et les modalités d'utilisation des Signes AINÉES dans des contextes hors établissement hospitalier.

Comment documenter les signes et les alertes AINÉES d'un adulte hospitalisé en milieu de soins aigus ?

Notons qu'en contexte de soins ambulatoires ou dans la communauté, la documentation des Signes AINÉES ne requiert pas d'adaptation particulière comme on peut le voir dans le Tableau 3. Il en va autrement de la documentation des Signes AINÉES faite par des infirmières travaillant dans des unités d'hospitalisation.

L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA) du MSSS du Québec (2011) propose un formulaire de documentation intitulé Profil AINÉES où les Signes AINÉES habituels à domicile et actuels peuvent être documentés. Mais dans les établissements où il existe un formulaire de notes d'évolution structurées, l'ajout du formulaire Profil AINÉES peut faire en sorte de répéter des données semblables dans deux outils de documentation. Afin d'éviter cette duplication, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a opté

Documentation des Alertes AINÉES en milieu hospitalier

ENCADRÉ 4

SIGNES AINÉES¹ – ALERTES s'il y a détérioration par rapport aux Signes AINÉES habituels à domicile ou par rapport à ceux du quart de travail ou du jour précédent.

Si ≥ 75 ans ou ≥ 65 ans avec facteurs de risque de déclin fonctionnel.

Exclusion des patients en soins palliatifs.

A autonomie/mobilité **I** intégrité de la peau **N** nutrition/hydratation
É élimination **E** état cognitif/comportement/communication
S sommeil

NUIT	JOUR	SOIR
Aucune alerte <input type="checkbox"/>	Aucune alerte <input type="checkbox"/>	Aucune alerte <input type="checkbox"/>
Alerte :	Alerte :	Alerte :
A <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> É <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> É <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> É <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>

¹Traduction et adaptation de SPICES (Fulmer, 2007) avec permission de l'auteur.

Mise en situation

L'infirmière indique une Alerte AINÉES en cochant le E des Signes AINÉES s'il y a une détérioration de l'état mental documentée à la section Fonctions mentales des notes d'évolution. Elle y inscrit son hypothèse et ses interventions :

15 h Suspicion de délirium hyperactif. Facteurs précipitants possibles : introduction d'un nouveau médicament (opiacé) et rétention urinaire (résidu urinaire 600 cc postmiction). Médecin avisé à 15 h 30. Fils informé de la situation : famille se relaiera auprès du patient pour contribuer à le rassurer et le surveiller.

On cesse de cocher une alerte AINÉES :

a) À partir du moment où l'on indique qu'il s'agit d'un problème nécessitant un suivi clinique particulier et qu'elle apparaît au plan thérapeutique infirmier (PTI).

Exemple : L'infirmière du quart de nuit note que le patient n'a bu que 800 ml en 24 heures, ce qui constitue une alerte AINÉES (N). Après évaluation, l'infirmière de jour inscrit au PTI : **risque de déshydratation : patient boit peu pour éviter incontinence**. Le problème ayant été établi et le plan d'intervention ayant été modifié pour en tenir compte, l'alerte AINÉES (N) n'est plus cochée.

b) Si l'alerte AINÉES se révèle non fondée après une évaluation plus poussée.

Exemple : Un patient souffrant d'une incontinence urinaire considérée comme nouvelle mais qui, après vérification auprès de la famille, s'avère habituelle.

c) Lorsque le problème est résolu durant le quart de travail et ne nécessite pas de suivi clinique particulier.

pour l'intégration des Signes AINÉES aux outils de documentation utilisés pour tous les patients hospitalisés. Ainsi, à l'urgence et à l'admission sur les unités de soins, l'évaluation des signes AINÉES habituels et actuels est documentée.

Une section Alerte AINÉES a été introduite à la fin du formulaire de notes d'évolution des 24 heures en

soins infirmiers, et ce, pour chaque quart de travail (voir Encadré 4).

Comment assurer la continuité des soins en cas d'Alerte AINÉES ?

Dans le rapport interservices des infirmières des quarts de jour, de soir et de nuit, les résultats des évaluations infirmières des Signes AINÉES sont transmis s'il y a eu détérioration ou changement relativement à une

M. Michel est âgé de 87 ans. Il est veuf et vit seul dans un petit logis près de la maison de son fils. Il est arrivé à l'urgence par ambulance à la suite d'une détérioration de son état général et de plusieurs chutes depuis une semaine. Son fils l'accompagne.

Antécédents : hypercholestérolémie, HTA et hypertrophie bénigne de la prostate.

Signes AINÉES habituels à domicile consignés par l'infirmière de l'urgence à 22 h après avoir posé des questions au patient et à son fils :

- A** Autonome dans ses AVQ, circule avec une canne, continent. Reçoit de l'aide pour le ménage d'une entreprise d'économie sociale et une aide au bain du CLSC une fois par semaine.
- I** Rien à signaler.
- N** Trois repas par jour. Bon appétit. Prothèse dentaire inférieure.
- É** Continent. Constipation chronique traitée avec Colace die.
- E** Aucun déficit cognitif noté par le fils ; surdité appareillée (O.G.).
- S** Ne prend aucun médicament pour dormir.

Il se fait tard, le patient est somnolent et veut dormir. Peut-être est-il tout simplement trop fatigué? Il est désorienté dans le temps (mois et jour). Il ne présente aucun autre signe de délirium. Les prélèvements ont été faits et on attend les résultats.

L'évaluation sommaire des Signes AINÉES actuels de M. Michel à l'urgence mène l'infirmière à consigner :

- deux problèmes qu'elle inscrit au PTI : chutes multiples et trouble de mobilité avec diminution de la force des membres inférieurs.
- une alerte AINÉES (E) : somnolence et désorientation dans le temps.

Les problèmes et l'alerte sont communiqués à l'infirmière du quart de travail suivant. Elle fournit à M. Michel une marchette pour faciliter ses déplacements et demande au préposé d'offrir de l'aide au patient pour se rendre à la toilette ou à son fauteuil pour les repas. M. Michel dort le reste de la nuit. Au rapport du matin, l'infirmière de nuit transmet l'alerte et demande d'apporter une attention particulière à l'évaluation de l'état mental et d'informer le médecin de la détérioration cognitive.

Signes AINÉES actuels obtenus lors de l'évaluation initiale réalisée à l'admission dans l'unité de médecine à 14 h :

- A** Besoin d'aide X 1 personne pour les transferts et surveillance à la marche. Utilisation non sécuritaire de la marchette, car inattention.
- I** Rien à signaler.
- N** S'alimente et s'hydrate peu malgré la stimulation par l'équipe.
- É** Incontinence urinaire avec forte odeur d'urine, envie fréquente d'uriner. Le bilan sanguin indique la présence d'un processus infectieux.
- E** Somnolence accrue et changement subit de l'état cognitif depuis le début de la matinée. Le fils est inquiet, dit ne plus reconnaître son père. L'infirmière observe de l'hypervigilance, de l'agitation motrice et une diminution de l'attention lorsque M. Michel est éveillé ; il est désorienté dans le temps et l'espace, mais reconnaît son fils.
- S** Rien à signaler.

L'infirmière observe des alertes A, N, É, E des Signes AINÉES. Elle constate les problèmes suivants qu'elle communique à sa collègue dans le rapport interservices et les inscrit au PTI assortis de directives :

- Suspicion de délirium (l'alerte au sujet de l'état cognitif de la veille est un problème spécifique).
- Risque élevé de déconditionnement à la marche.
- Risque de déshydratation.
- Risque de dénutrition.

L'alerte AINÉES (É) : nouvelle incontinence urinaire est communiquée. Elle n'est pas encore considérée comme un problème, car on ne sait pas si c'est un événement isolé ni quelles en sont les causes. L'évaluation de cette alerte va se poursuivre en soirée. Le médecin est avisé. Il diagnostique une infection urinaire et un délirium. L'équipe établit les objectifs de soins et une stratégie d'intervention commune avec la famille de M. Michel. Informée de la condition de santé de leur proche et de l'aide qu'elle peut lui apporter, la famille est présente le plus souvent possible. Le plan d'intervention de chaque membre de l'équipe interprofessionnelle est ajusté.

L'évaluation des Signes AINÉES habituels et actuels a permis d'éviter :

- Un délirium persistant et ses complications.
- Une perte accrue d'autonomie fonctionnelle.
- Une déshydratation et une dénutrition.
- Le port non justifié d'une culotte d'incontinence.
- Un séjour prolongé à l'hôpital avec risque de relocalisation au congé (réadaptation).
- Souffrance accrue du patient et impact sur la famille.

alerte AINÉES, ainsi que les mesures de prévention et les traitements à poursuivre ou à entreprendre dans le prochain quart de travail. Si l'infirmière qui prend la relève ne connaît pas le patient âgé, il est important de lui signaler toute affection chronique des Signes AINÉES, par exemple un trouble de la marche ou une atteinte cognitive préexistante, enfin toute affection qui augmente encore davantage le risque d'un déclin fonctionnel en cas de maladie aiguë. La communication des alertes AINÉES est également nécessaire en cas de transferts entre les unités de soins et interétablissements.

Pendant les rencontres interprofessionnelles, il est également très utile de discuter de l'évolution des Signes AINÉES afin de dresser le portrait global et fonctionnel de la situation clinique du patient. L'infirmière précise alors les interventions infirmières particulières relatives aux Signes AINÉES, leurs résultats et les préoccupations qui pourraient impliquer le soutien des autres professionnels (voir Encadré 6).

Comment faire équipe avec le client âgé et sa famille et leur donner le pouvoir d'agir ?

Les Signes AINÉES aident à structurer et à analyser les résultats des évaluations initiale et continue, à mettre en place des interventions personnalisées pour accompagner le client âgé et ses proches dans le maintien de son état fonctionnel et à faire équipe avec eux pour prévenir les complications. Une étude récente auprès de personnes âgées hospitalisées pour un épisode de maladie aiguë indique que la majorité d'entre elles est consciente du risque de déclin fonctionnel et adopte des stratégies personnelles pour y faire face (Lafrenière et al., 2012).

La sixième question de l'outil des Signes AINÉES se lit : « Comment faire en sorte que le patient âgé et ses proches deviennent des partenaires pour maintenir les Signes AINÉES ? » En effet, ce sont des partenaires précieux autant pour observer les améliorations que les détériorations et contribuer à définir les interventions les plus efficaces pour le patient. Cette collaboration peut prendre plusieurs formes, par exemple :

ENCADRÉ 6

Exemple extrait du rapport interservices

« **M^{me} Lucille Larose, chambre 1234, hospitalisée pour une fracture vertébrale. Ses Signes AINÉES se sont détériorés depuis hier soir :**

- A** Elle a eu besoin de beaucoup de stimulation pour les soins de hygiène. Plus apathique, elle a de la difficulté à se concentrer et manque d'attention. Le préposé a dû la soutenir pour la transférer à son fauteuil, ce qui est inhabituel. Je suspecte un délirium. Je t'en parlerai plus en détails.
- N** Elle a peu mangé depuis hier soir et aujourd'hui, environ 25 % du contenu de son plateau, malgré la stimulation par le préposé et sa famille. Elle a bu seulement un verre d'eau aujourd'hui. On tente de la stimuler à boire toutes les heures pour éviter le soluté.
- É** Elle a eu une incontinence urinaire pour la première fois en pm. J'ai demandé au préposé de l'amener à la toilette toutes les deux heures.
- E** Elle a commencé à être désorientée dans le temps et l'espace en pm et ses propos sont parfois incohérents. Elle a eu aussi une période d'agitation de 60 minutes cet après-midi. C'est possiblement un début de délirium comme je te l'ai mentionné plus tôt.

Les signes vitaux et la saturation, les derniers résultats de laboratoire sont normaux. Elle a fait une selle normale ce matin, donc pas de constipation. Le médecin est avisé. Il a modifié la dose de narcotiques et a demandé des tests de contrôle. »

Exemple de la préparation à une rencontre interprofessionnelle

Questions pour se préparer à la rencontre :

- Ai-je assez d'information sur chaque aspect AINÉES présentement ?
- Est-ce que chaque aspect AINÉES évolue comme prévu ? Y a-t-il eu une alerte AINÉES ?
- Quelles ont été les actions de l'équipe de soins infirmiers et leurs résultats ?
- D'autres professionnels devraient-ils intervenir pour maintenir les Signes AINÉES de ce patient âgé ou pour le traiter s'il y a une détérioration ?
- Que pensent le patient et ses proches de la situation et du plan d'intervention ?

Exemple :
« M. Roger Leduc :

Ses Signes AINÉES se sont détériorés. La rougeur au coccyx a évolué en stade 2. Il accepte de se lever avec de l'aide pour aller à son fauteuil, mais on doit insister beaucoup. Nous avons rencontré son épouse ; elle va travailler avec nous pour le motiver à se mobiliser. Une intervention en ergothérapie serait pertinente pour évaluer le positionnement de façon plus spécifique.

On note une perte de poids de 2 kg en une semaine, c.-à-d. depuis l'admission. Il mange moins que le quart du contenu de son plateau et dit ne pas avoir faim. Une demande de consultation en nutrition a été faite ce matin. On a commencé à administrer les médicaments per os avec 30 cc de supplément alimentaire. Sa femme devrait commencer à apporter des mets qu'il aime de la maison.

Il est démotivé et somnole, même le jour ; pas de troubles d'attention, de désorientation ni de désorganisation de la pensée. Le CAM est négatif. »

- S'informer de leurs stratégies personnelles de maintien et de récupération des aspects AINÉES : « Nous voulons faire un plan avec vous et votre famille pour améliorer votre capacité à vous lever et à marcher. Qu'en pensez-vous ? Qu'est-ce qui vous aiderait à vous lever et à marcher plus facilement ? Avez-vous un truc pour aider ou motiver votre proche à se lever et à marcher ? ».



Illustration de Beha, © CHUM

- Leur fournir de l'information pour comprendre la situation de santé et favoriser leur participation.
- Discuter et établir ensemble des objectifs de soins et des interventions préventives et curatives.
- Solliciter leur opinion et s'enquérir de leurs attentes quant aux soins et à l'aide souhaités.
- Porter une attention aux obstacles rencontrés quotidiennement par le patient et sa famille dans l'application du plan d'intervention relatif au maintien et à la récupération des aspects AINÉES.

L'acronyme AINÉES est de plus en plus connu du grand public. Le Guide pratique hors série *Aide aux aînés* (Boyer, 2011) de la revue *Protégez-vous* consacre un chapitre à l'hospitalisation. Rédigé par Diane Boyer (Instituts universitaires de gériatrie de Montréal et de Sherbrooke), ce chapitre explique aux adultes âgés et à leurs proches comment se préparer à un séjour à l'hôpital. Il présente « AINÉES » comme « un acronyme pour désigner ces éléments auxquels on doit apporter une attention toute particulière lors du séjour d'une personne âgée à l'hôpital ».

Pour rassurer M^{me} Rose

L'espérance de vie d'un Québécois âgé de 75 ans est d'environ onze ans, et de quatre ans à 90 ans (MFA, 2012). La qualité de vie de la personne âgée au cours de ses dernières années ne doit pas être compromise par des pratiques de soins non adaptées à la clientèle âgée. L'outil Signes AINÉES permet d'offrir de meilleurs soins à cette clientèle et de maintenir sa qualité de vie.

Si les Signes AINÉES sont utiles au suivi en soins ambulatoires, dans la communauté ou en centre d'hébergement, ils sont particulièrement importants dans un contexte de soins aigus. Ils font partie en quelque sorte des « signes vitaux des personnes âgées » (Inouye *et al.*, 1993) et devraient, en milieu hospitalier, être évalués dès l'admission et pendant chaque quart de travail. Ils permettent d'avoir une meilleure vue d'ensemble de la réponse à nos soins de pointe dont l'objectif ultime est de maximiser l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie.

M^{me} Rose et ses amis du club de bridge ont lu le chapitre sur l'hospitalisation dans le Guide pratique *Aide aux aînés*. Si une maladie aiguë se déclarait à la maison et s'ils devaient faire un séjour à l'hôpital, ils comptent bien mettre en pratique les interventions préventives conseillées et la surveillance des aspects AINÉES. Pour eux, le maintien de leurs capacités fonctionnelles est primordial. Et ils espèrent que les infirmières et les médecins qui les soigneront en penseront tout autant ! ■

Formulaire : L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA) du MSSS du Québec (2011) propose un formulaire de documentation intitulé Profil AINÉES. Ce formulaire est présenté dans le module de formation en ligne du MSSS du Québec *Opérationnalisation de l'approche adaptée* [en ligne : <http://formationaapa-qc.ca>]. Il est nécessaire de contacter le répondant local de l'AAPA de son centre hospitalier pour avoir accès aux modules de formation en ligne de l'AAPA.

Les auteures



Sylvie Lafrenière est conseillère en soins infirmiers spécialisés, clientèle personnes âgées, au Centre hospitalier de l'Université de Montréal.



Annik Dupras est médecin interniste gériatre et professeure adjointe de clinique au Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Elles sont, depuis 2008, coresponsables du développement clinique de l'approche interprofessionnelle OPTIMAH au CHUM.

Bibliographie

- Boyer, D. « Guide pratique de l'aide aux aînés – Faire un séjour à l'hôpital : À quoi vous attendre ? », *Protégez-vous*, 31 juil. 2011, p. 64-69.
- Francis, D.C. et J.M. Lahaie. « Iatrogenesis: the nurse's role in preventing patient harm », in M. Boltz, E. Copezufi, T. Fulmer et D. Zwicker (ss la dir. de), *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (4^e éd.), New York (NY), Springer, 2012, p. 200-228.
- Fulmer, T. « How to try this: Fulmer SPICES », *American Journal of Nursing*, vol. 107, n° 10, oct. 2007, p. 40-48.
- Inouye, S.K., S.T. Bogardus Jr., D.I. Baker, L. Leo-Summers et L.M. Cooney Jr. « The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 48, n° 12, déc. 2000, p. 1697-1706.
- Inouye, S.K., D. Acampora, R.L. Miller, T. Fulmer, L.D. Hurst et L.M. Cooney Jr. « The Yale Geriatric Care Program: a model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 41, n° 12, déc. 1993, p. 1345-1352.
- Lafont, C., S. Gérard, T. Voisin, M. Pahor et B. Vellas. « Comment réduire la dépendance iatrogène chez les sujets âgés hospitalisés ? », *Les cahiers de l'année gérontologique*, vol. 3, n° 1, oct. 2011, p. 6-26.
- Lafrenière, S., S. Dubois, L. Bédard et F. Ducharme. « Perception des personnes âgées hospitalisées en lien avec la prévention du déclin fonctionnel lors d'un épisode de maladie aiguë » (Rapport de recherche), Direction des soins infirmiers du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 2012.
- Lafrenière, S. et A. Dupras. « OPTIMAH : ou comment mieux soigner les aînés à l'urgence et dans les unités de soins aigus », *L'Avant-Garde*, vol. 8, n° 3, automne 2008, p.1-4. [En ligne : www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/documents/A_propos/PDF/ag_vol8_no3-02.pdf]
- McIver, S. et R. Wyndham. *After the Error. Speaking out About Safety to Save Lives*, Toronto (ON), ECW Press, 2013, 264 p.
- Melbourne Health – Clinical Epidemiology and Health Services Evaluation Unit. *Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings – Quick guide*, Melbourne (Australie), 2004, 31 p. [En ligne : [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/125F8D37AC152227CA257852001000B6/\\$FILE/functional-decline-manual-quickguide.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/125F8D37AC152227CA257852001000B6/$FILE/functional-decline-manual-quickguide.pdf)]
- Ministère de la Famille et des Aînés (MFA). *Les aînés du Québec : quelques données récentes*, Québec, MFA, 2012, 28 p. [En ligne : www.aines.gouv.qc.ca/documents/sommaire-veillir-et-vivre-ensemble.pdf]
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de référence*, Québec, MSSS, 2011, 205 p. [En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf>]
- Palmer, R.M., S.R. Counsell et S.C. Landefeld. « Acute care for elders units », *Disease Management and Health Outcomes*, vol. 11, n° 8, 2003, p. 507-517.
- Palmer, R.M., S.R. Counsell et S.C. Landefeld. « Clinical intervention trials: the ACE unit », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 14, n° 4, nov. 1998, p. 831-849.
- Palmisano-Mills, C. « Common problems in hospitalized older adults », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 33, n° 1, janv. 2007, p. 48-54.
- Sager, M.A. et M.A. Rudberg. « Functional decline associated with hospitalization for acute illness », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 14, n° 4, nov. 1998, p. 669-679.
- Victorian Government Department of Human Services. *Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings: update 2007*, Melbourne (Australie), 2007, 29 p. [En ligne : [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/0A1A42D295F67742CA257852000ECC48/\\$FILE/functional-decline-update.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/0A1A42D295F67742CA257852000ECC48/$FILE/functional-decline-update.pdf)]
- Voyer, P., F. Collin, S. Racine et M. Bourque. « Principes des soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie dans divers milieux de soins », in P. Voyer (ss la dir. de), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2^e éd.), Saint-Laurent (QC), Éditions du Renouveau Pédagogique, 2013, p. 29-48.