

Manuel

Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

Manuel

Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

Manuel — Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires

ISBN 978-929031327-4

© Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique 2019

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Manuel — Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception graphique et impression : Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, République

SOMMAIRE

Remerciements	iv
Sigles	v
1. Soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE)	1
2. Optimiser les capacités et les aptitudes : vers un vieillissement en bonne santé pour tous	5
3. Évaluer les besoins des personnes âgées et élaborer un plan de soins personnalisés	9
4. Filière de soins pour prendre en charge le DÉCLIN COGNITIF	19
5. Filière de soins pour améliorer la MOBILITÉ	25
6. Filière de soins pour prendre en charge la MALNUTRITION	33
7. Filière de soins pour prendre en charge la DÉFICIENCE VISUELLE	41
8. Filière de soins pour prendre en charge la DÉFICIENCE AUDITIVE	51
9. Filière de soins pour prendre en charge les SYMPTÔMES DÉPRESSIFS	59
10. Filière de soins pour la PRISE EN CHARGE ET LE SOUTIEN SOCIAUX	67
11. Filière de soins pour SOUTENIR L'AIDANT	75
12. Élaborer un plan de soins personnalisés	78
13. Comment les systèmes de santé et de soins au long cours peuvent concourir à la mise en œuvre de l'approche ICOPE de l'OMS	81
Références	86

REMERCIEMENTS

Ce manuel s'appuie sur le travail de nombreuses personnes de par le monde qui se consacrent aux soins et au soutien aux personnes âgées. Islene Araujo de Carvalho et Yuka Sumi du Département Vieillissement et qualité de vie de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont dirigé l'élaboration de ce manuel. Le groupe principal responsable de la rédaction du manuel et de l'élaboration des filières se composait de Islene Araujo de Carvalho, John Beard, Yuka Sumi, Andrew Briggs (Curtin University, Australie) et Finbarr Martin (King's College London, Royaume-Uni). Sarah Johnson et Ward Rinehart du Jura Editorial Services étaient chargés de rédiger le texte final.

De nombreux autres membres du personnel des bureaux régionaux et de différents départements de l'OMS ont contribué tant aux sections spécifiques relevant de leurs domaines d'activité qu'à l'élaboration des filières de soins : Shelly Chadha (Département Prise en charge des maladies non transmissibles, handicap, prévention de la violence et du traumatisme), Neerja Chowdhary (Département Santé mentale et toxicomanies), Tarun Dua (Département Santé mentale et toxicomanies), Maria De Las Nieves Garcia Casal (Département Nutrition pour la santé et le développement), Zee A Han (Département Prise en charge des maladies non transmissibles, handicap, prévention de la violence et du traumatisme), Dena Javadi (Département Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé), Silvio Paolo Mariotti (Département Prise en charge des maladies non transmissibles, handicap, prévention de la violence et du traumatisme), Alarcos Cieza (Département Prise en charge des maladies non transmissibles, handicap, prévention de la violence et du traumatisme),

Alana Margaret Officer (Département Vieillissement et qualité de vie), Juan Pablo Peña-Rosas (Département Nutrition pour la santé et le développement), Taiwo Adedamola Oyelade (Groupe organique Santé de la famille et reproductive, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique), Ramez Mahaini (Santé reproductive et maternelle, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale), Karen Reyes Castro (Département Prise en charge des maladies non transmissibles, handicap, prévention de la violence et du traumatisme), Enrique Vega Garcia (Santé à toutes les étapes de la vie, Organisation panaméricaine de la Santé, OMS).

Le manuel a bénéficié des riches contributions d'un certain nombre d'experts et d'universitaires qui ont également participé à la rédaction de chapitres spécifiques : Matteo Cesari (Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Italie), Jill Keffe (Centre collaborateur OMS pour la prévention de la cécité, Inde), Elsa Dent (Université du Queensland, Australie), Naoki Kondo (Université de Tokyo, Japon), Arunee Laiteerapong (Université de Chulalongkorn, Thaïlande), Mikel Izquierdo (Universidad Pública de Navarra, Espagne), Peter Lloyd-Sherlock (University of East Anglia, Royaume-Uni), Luis Miguel Gutierrez Robledo (Institutos Nacionales de Salud de México, Mexico), Catherine McMahon (Macquarie University, Australie), Serah Ndegwa (Université de Nairobi, Kenya), Hiroshi Ogawa (Niigata University, Japon), Hélène Payette (Université de Sherbrooke, Canada), Ian Philp (University of Stirling, Royaume-Uni), Leocadio Rodríguez-Mañas (Hôpital universitaire de Getafe, Espagne), John Starr (University of Edinburgh, Royaume-Uni), Kelly Tremblay (Université de Washington, États-Unis d'Amérique), Michael Valenzuela (Université de Sydney,

Australie), Bruno Vellas (Centre collaborateur OMS sur la fragilité, la recherche clinique et la formation en gériatrie, Gérotopôle, Centre hospitalier

universitaire de Toulouse, France), Marjolein Visser (Vrije Universiteit Amsterdam, Pays-Bas), Kristina Zdanys (Université du Connecticut, États-Unis d'Amérique) et les Centres collaborateurs OMS sur la fragilité, la recherche clinique et la formation en gériatrie (Gérotopôle, CHU de Toulouse, France) et pour les aspects de santé publique de la santé musculosquelettique et le vieillissement (Université de Liège).

L'Australian National Health and Medical Research Council, l'Alliance mondiale pour la santé musculosquelettique et l'Université Chulalongkorn, en Thaïlande, ont apporté leur concours à l'élaboration de ces conseils en mettant à disposition du personnel pour en élaborer le contenu et en organisant les réunions d'experts.

Nous avons également bénéficié des contributions des participants à la réunion annuelle du Consortium clinique de l'OMS sur le vieillissement en bonne santé, en décembre 2018.

Le Département Vieillissement et qualité de vie de l'OMS remercie les gouvernements du Japon et de l'Allemagne et la préfecture de Kanagawa au Japon pour leur soutien financier.

Montage par Green Ink.

SIGLES

ICOPE soins intégrés pour les personnes âgées

IMC indice de masse corporelle

OMS Organisation mondiale de la Santé

SPPB test de la sarcopénie (ou short physical performance battery)

TCC thérapie cognitivo-comportementale

★ Indique que des connaissances et des compétences spécialisées sont nécessaires pour prodiguer les soins

The background of the image features a series of concentric circles in a light gray color, centered on a white background. These circles create a tunnel-like or ripple effect, drawing the eye towards the center.

I C O P E

1

SOINS INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES (ICOPE)

POINTS CLÉS

- ✓ Pour le système de soins de santé, la clé du soutien au vieillissement en bonne santé pour tous réside dans l'optimisation des capacités intrinsèques et des capacités fonctionnelles des personnes, même si le vieillissement réduit progressivement ces capacités.
- ✓ Il est possible de prévenir la dépendance aux soins si les affections prioritaires associées au déclin des capacités intrinsèques sont rapidement diagnostiquées et prises en charge.
- ✓ Le personnel de santé et les assistants sociaux dans la communauté au niveau des soins de santé primaires peuvent identifier les personnes âgées ayant des pertes de capacités et leur fournir les soins appropriés pour inverser ou ralentir ces déficiences en suivant les présents conseils. Cette approche est simple et peu coûteuse.
- ✓ Les affections associées au déclin des capacités intrinsèques sont liées entre elles et exigent donc une approche intégrée et axée sur la personne pour leur évaluation et leur prise en charge.

Le *Rapport mondial 2015 sur le vieillissement et la santé* définit l'objectif d'un vieillissement en bonne santé comme étant un moyen d'aider les personnes à développer et à maintenir les capacités fonctionnelles qui favorisent le bien-être. Les capacités fonctionnelles sont définies comme étant les « attributs liés à la santé qui permettent aux personnes d'être et de faire ce qu'elles ont des raisons d'apprécier ». Les capacités fonctionnelles comprennent les capacités intrinsèques et l'environnement de l'individu, ainsi que les interactions entre eux. Les capacités intrinsèques sont « la combinaison de toutes les capacités physiques et mentales sur lesquelles peut s'appuyer un individu » (1).

Ce concept de vieillissement en bonne santé inspire une nouvelle orientation des soins de santé pour les personnes âgées, qui met l'accent sur l'optimisation des capacités intrinsèques et des capacités fonctionnelles des personnes à mesure qu'elles avancent en âge.

En octobre 2017, l'Organisation mondiale de la Santé

(OMS) a publié *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity* (*Soins intégrés pour les personnes âgées : directives applicables aux interventions communautaires liées au déclin des capacités intrinsèques*) (2). Ces directives

énoncent 13 recommandations fondées sur des données scientifiques à l'intention des professionnels de santé et du personnel chargé des soins afin de les aider à élaborer et à prodiguer aux personnes âgées des soins intégrés axés sur la personne à l'échelle communautaire. L'approche ICOPE

consacre l'accent mis sur l'optimisation des capacités intrinsèques et des capacités fonctionnelles en tant que clés d'un vieillissement en bonne santé. Ces recommandations peuvent servir de base à des directives nationales. Elles peuvent être utilisées pour soutenir l'inclusion, dans les programmes de soins primaires et les ensembles de soins essentiels pour la couverture sanitaire universelle, de services visant à prévenir la dépendance aux soins.

Les conseils contenus dans le présent manuel aideront les professionnels de santé et le personnel chargé des soins au niveau communautaire à mettre en pratique les recommandations ICOPE. Ces conseils présentent des filières pour prendre en charge les affections prioritaires associées au déclin des capacités intrinsèques - perte de mobilité, malnutrition, déficience visuelle, déficience auditive, déclin cognitif, symptômes dépressifs. Ces filières commencent par un test de dépistage visant à identifier celles des personnes âgées qui sont les plus susceptibles de subir déjà des pertes de capacités intrinsèques. Les professionnels de santé et le personnel chargé des soins peuvent facilement effectuer ce dépistage dans la communauté. C'est la porte ouverte à une évaluation plus approfondie des besoins des personnes âgées en matière de santé et de services sociaux. Cette évaluation mène, à son tour, à un plan de soins personnalisés qui intègre des stratégies pour inverser, ralentir ou prévenir d'autres diminutions de capacités, traiter les maladies et répondre aux besoins en matière de soins et de services sociaux. L'évaluation centrée sur la personne et l'élaboration du plan de soins exigent habituellement des professionnels de santé formés dans un contexte de soins de santé primaires, tels que des médecins et des infirmières en soins primaires. Cependant, le déclin des capacités intrinsèques peut souvent être pris en charge dans la communauté où vivent la personne âgée et les aidants, avec l'appui d'une équipe multidisciplinaire.

POURQUOI A-T-ON BESOIN DE SOINS INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES (ICOPE) ?

Les personnes âgées représentent une part de la population mondiale plus importante que jamais. En 2017, on estimait à 962 millions le nombre de personnes

âgées de 60 ans ou plus dans le monde, soit 13 % de la population mondiale (3). Ce pourcentage augmentera rapidement au cours des prochaines décennies, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. D'ici à 2050, une personne sur cinq aura 60 ans ou plus. Cette tendance a commencé il y a une cinquantaine d'années. Elle est le reflet de l'impact combiné de la chute rapide des taux de fécondité et de l'augmentation rapide de l'espérance de vie dans une grande partie du monde, qui accompagne souvent le développement socioéconomique.

Le maintien de la santé des personnes âgées est un investissement dans le capital humain et social et contribue à l'atteinte des objectifs de développement durable des Nations Unies (4). Dans le même temps, la prise en charge de la population vieillissante en constante croissance pose des défis aux systèmes de santé. Les ressources en soins de santé devront être rééquilibrées entre les groupes d'âge. Un changement fondamental dans les approches du vieillissement en matière de santé publique s'impose.

Les approches conventionnelles des soins de santé pour les personnes âgées se sont concentrées sur les affections médicales, accordant la priorité au diagnostic et à la prise en charge desdites affections. La lutte contre ces maladies demeure importante, mais se focaliser de façon excessive sur celles-ci amène à négliger les difficultés relatives à l'audition, à la vision, à la mémoire, au mouvement et aux autres pertes courantes de capacités intrinsèques qui accompagnent le vieillissement. Le bien-être de chaque personne bénéficiera à un moment donné de sa vie de l'identification et de la prise en charge de ces problèmes. L'attention portée, dans l'ensemble du système de soins

de santé, aux capacités intrinsèques des personnes âgées contribuera largement au bien-être d'une partie importante et croissante de la population.

La plupart des professionnels de santé ne bénéficient pas des conseils et de la formation nécessaires pour reconnaître et prendre en charge le déclin des capacités intrinsèques. Avec le vieillissement de la population, il y a un besoin urgent de mettre au point des approches communautaires globales qui comprennent des interventions visant à prévenir le déclin des capacités intrinsèques, à favoriser le vieillissement en santé et à soutenir les aidants des personnes âgées. L'approche ICOPE de l'OMS répond à ce besoin.

À QUI S'ADRESSENT CES CONSEILS ?

Ce manuel s'adresse principalement aux professionnels de santé et au personnel chargé des soins dans la communauté et dans les établissements de soins primaires. Ces conseils doivent également informer les agents de santé dont les connaissances spécialisées seront sollicitées, au besoin, pour évaluer et planifier les soins pour les personnes dont les capacités intrinsèques et les capacités fonctionnelles sont réduites.

De plus, les professionnels chargés de l'élaboration de la formation en médecine, en soins infirmiers et paramédicaux et en santé publique peuvent s'inspirer des concepts et des approches pratiques décrits ici. Parmi les autres publics visés figurent les responsables des soins de santé et les décideurs, tels que les directeurs de programmes nationaux, régionaux et de district chargés de planifier et d'organiser les services de soins de santé, ainsi que les organismes qui financent et/ou exécutent des programmes de santé publique, et les organisations non gouvernementales et caritatives qui s'occupent des personnes âgées en milieu communautaire.

PRINCIPES DIRECTEURS

Ces conseils se fondent sur les principes suivants :

- ✓ Les personnes âgées ont droit à la meilleure santé possible.
- ✓ Les personnes âgées doivent avoir des chances égales d'accéder aux déterminants du vieillissement en bonne santé, indépendamment de leur statut social ou économique, de leur lieu de naissance ou de résidence ou d'autres facteurs sociaux.
- ✓ Les soins doivent être dispensés de manière égale à tous, sans discrimination, en particulier sans discrimination fondée sur le sexe ou l'âge.

QUE CONTIENNENT CES CONSEILS ?

Ces orientations visent à aider les professionnels de santé et les travailleurs sociaux en milieu communautaire à détecter et à prendre en charge le déclin des capacités intrinsèques, en se fondant sur les Directives OMS applicables aux interventions communautaires liées au déclin des capacités intrinsèques (2), et à répondre de façon globale aux besoins des personnes âgées en matière de soins de santé et de services sociaux.

Ces orientations décrivent comment :

- fixer des objectifs centrés sur la personne (**chapitre 2**) ;
- soutenir l'autoprise en charge (**chapitre 2**) ;
- élaborer un plan de soins comprenant des interventions multiples pour prendre en charge les affections associées à la perte de capacités intrinsèques (**chapitre 3**) ;
- dépister la perte de capacités intrinsèques et évaluer les besoins en matière de soins de santé et de services sociaux (**chapitres 4 à 10**) ;
- soutenir les aidants (**chapitre 11**) ; et
- élaborer un plan de soins personnalisés (**chapitre 12**).

L'APPROCHE ICOPE EN CONTEXTE

La **couverture sanitaire universelle** est le fondement de la réalisation de l'objectif sanitaire des objectifs de développement durable (4). Pour atteindre l'objectif 3 de développement durable (ODD 3), les besoins des personnes âgées en matière de soins de santé et de services sociaux doivent être pris en compte de manière intégrée et avec une continuité des soins à long terme. La *stratégie et le plan d'action* de l'OMS *sur le vieillissement et la santé* (5) décrivent le rôle des systèmes de santé dans la promotion du vieillissement en bonne santé en optimisant les capacités intrinsèques. Les recommandations ICOPE (2) et les présentes orientations contribuent à la réalisation des objectifs de cette stratégie.

Ces conseils constituent également un outil pour la mise en œuvre du cadre de l'OMS sur les services de santé intégrés et axés sur la personne (6). Ce cadre promeut un changement dans la façon de gérer et de fournir les services de santé, et prône l'adoption d'une approche intégrée et centrée sur la personne. Dans le contexte de ce cadre, l'approche ICOPE propose des soins pour les personnes âgées basés sur :

- une **évaluation des** besoins, des préférences et des objectifs individuels ;
- l'élaboration d'un **plan de soins personnalisés** ;
- des **services coordonnés**, orientés vers le seul objectif de maintenir les capacités intrinsèques et les capacités fonctionnelles, et fournis autant que possible, par le biais de soins primaires et communautaires.



2

OPTIMISER LES CAPACITÉS ET LES APTITUDES : VERS UN VIEILLISSEMENT EN BONNE SANTÉ POUR TOUS

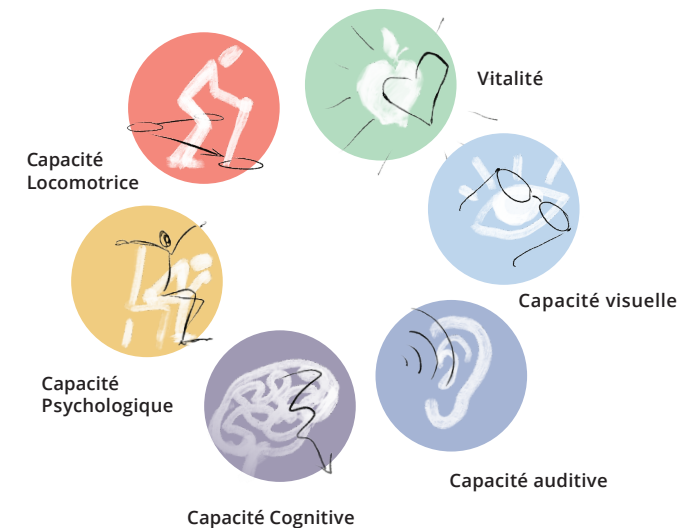
Le *Rapport mondial de l'OMS sur le vieillissement et la santé* définit le vieillissement en bonne santé comme le fait de développer et de maintenir des capacités fonctionnelles qui favorisent le bien-être (1).

Les présentes orientations soutiennent le vieillissement en bonne santé en abordant les affections prioritaires suivantes associées au déclin dans tous les domaines des capacités intrinsèques (figure 1), les besoins des personnes âgées en matière de soins et de services sociaux et le soutien aux aidants.

- Déclin cognitif (chapitre 4)
- Mobilité réduite (chapitre 5)
- Malnutrition (chapitre 6)
- Déficience visuelle (chapitre 7)
- Déficience auditive (chapitre 8)
- Symptômes dépressifs (chapitre 9)
- Soins socio-médicaux (Chapitre 10)
- Soutien aux aidants (chapitre 11)

FIG. 1.

DOMAINES CLÉS DES CAPACITÉS INTRINSÈQUES



COMMENT LES CAPACITÉS INTRINSÈQUES CHANGENT-ELLES AU COURS DE LA VIE ?

La **figure 2** montre le tableau typique des capacités intrinsèques et des capacités fonctionnelles tout au long de la vie d'adulte. Les capacités intrinsèques et les capacités fonctionnelles diminuent avec l'âge en raison du processus de vieillissement, ainsi que des maladies sous-jacentes. Cette tendance typique peut être divisée en trois périodes communément reconnues : une période de capacités relativement élevées et stables, une période de déclin des capacités et une période de perte considérable de capacités, caractérisée par une dépendance aux soins.

Il existe un large éventail de capacités intrinsèques au-delà du tableau moyen. Ces différences sont évidentes à la fois à l'intérieur des pays et entre eux. Elles se manifestent dans les écarts persistants en matière d'espérance de vie, qui varie de 82 ans ou plus dans des pays comme l'Australie, le Japon et la Suisse, à moins de 55 ans dans des pays comme la République centrafricaine, le Tchad et la Somalie.

La variation des capacités intrinsèques est beaucoup plus grande chez les personnes plus âgées qu'au sein des groupes plus jeunes. Cette diversité est l'une des caractéristiques du vieillissement. Une personne peut avoir une différence d'âge de 10 ans ou plus par rapport à une autre, mais des capacités intrinsèques et/ou des capacités fonctionnelles similaires. C'est pourquoi l'âge chronologique est un mauvais marqueur de l'état de santé.

INTERVENIR POUR OPTIMISER LES CAPACITÉS INTRINSÈQUES

L'identification des affections associées aux pertes de capacités intrinsèques permet d'intervenir pour ralentir, arrêter ou inverser les déclin (figure 2). Les agents de santé en milieu clinique et dans la communauté peuvent détecter les affections témoins associées au déclin des capacités intrinsèques. Des évaluations répétées au fil du temps permettent de suivre tout changement plus important que prévu afin de pouvoir proposer des interventions spécifiques avant que les capacités fonctionnelles ne soient perdues.

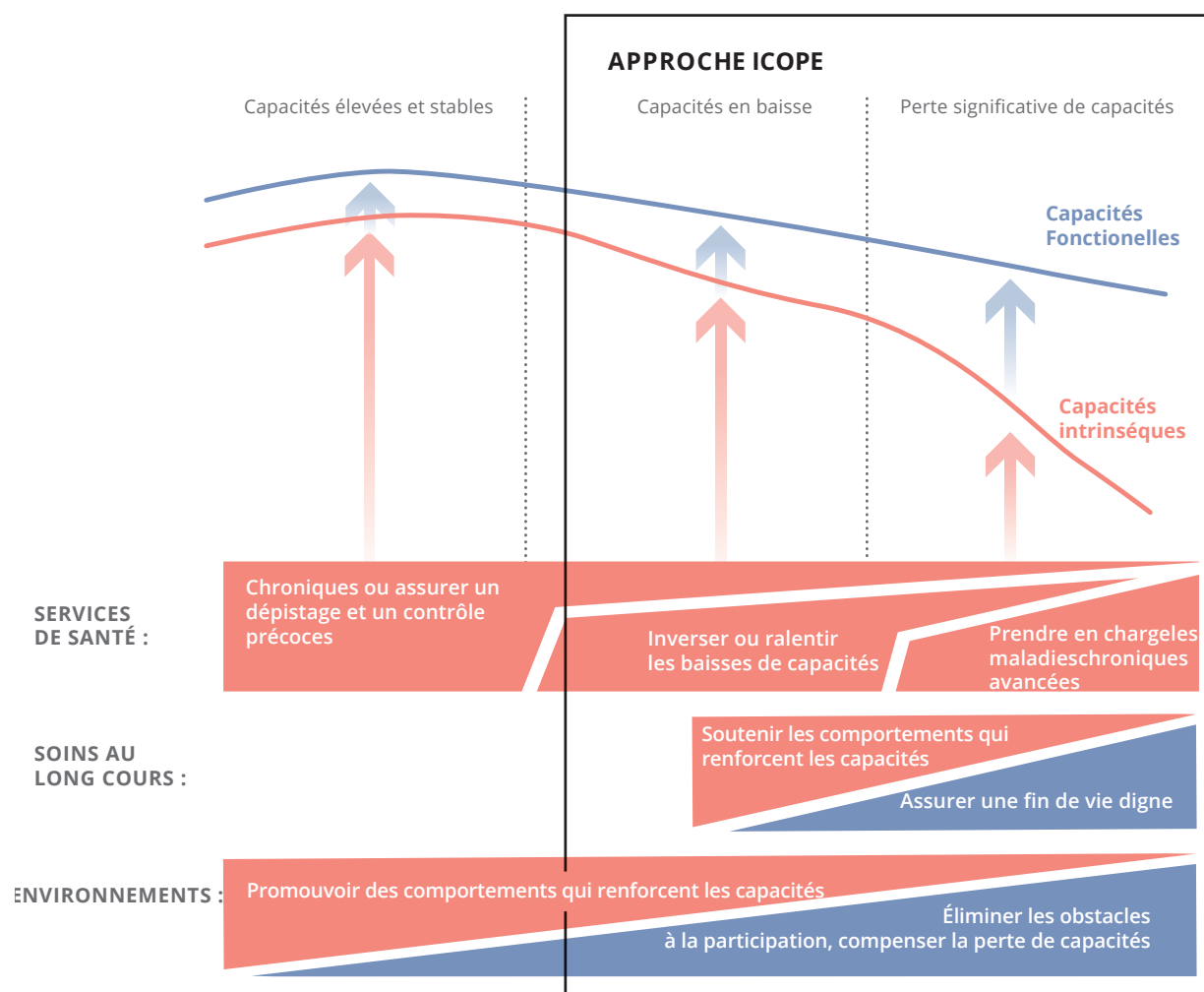
De cette façon, les interventions offertes en milieu communautaire peuvent empêcher une personne d'avoir une santé fragile ou de devenir dépendante aux soins. Les interventions à composantes multiples semblent être plus efficaces.



CAPACITÉS INTRINSÈQUES ET CAPACITÉS FONCTIONNELLES

Selon l'OMS, les capacités intrinsèques sont la combinaison des capacités physiques et mentales, y compris psychologiques, de l'individu. Les capacités fonctionnelles sont la combinaison et l'interaction des capacités intrinsèques avec l'environnement dans lequel vit une personne

**FIGURE 2. UN CADRE DE SANTÉ PUBLIQUE POUR UN VIEILLISSEMENT EN BONNE SANTÉ :
POSSIBILITÉS D'ACTION EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE**



Source: Organisation mondiale de la Santé, 2015 (1)

Beaucoup de caractéristiques qui déterminent les capacités intrinsèques peuvent être modifiées. Il s'agit notamment des comportements liés à la santé et de la présence de maladies. Il y a donc de bonnes raisons d'introduire des interventions efficaces pour optimiser les capacités intrinsèques. C'est cette justification qui sous-tend l'approche SIPA et les présentes directives.

Les différentes affections associées aux pertes de capacités intrinsèques interagissent à plusieurs niveaux. La déficience auditive, par exemple, est associée au déclin cognitif. La nutrition enrichit l'effet de l'exercice physique et a un impact direct sur l'augmentation de la masse et de la force musculaires. Ces interactions rendent nécessaire une approche intégrée du dépistage, de l'évaluation et de la prise en charge de la baisse des capacités intrinsèques.



3

ÉVALUATION DES BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES ET ÉLABORATION D'UN PLAN DE SOINS PERSONNALISÉS

POINTS CLÉS

- ✓ L'identification des personnes âgées de la communauté souffrant d'affections prioritaires associées à des baisses de capacités intrinsèques peut se faire à l'aide de l'outil de dépistage des soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE).
- ✓ Les personnes atteintes de ces affections sont orientées vers une clinique de soins de santé primaires pour un bilan approfondi, qui permet d'élaborer un plan de soins personnalisés
- ✓ Le plan de soins peut comprendre de multiples interventions pour prendre en charge la baisse des capacités intrinsèques et optimiser les capacités fonctionnelles, notamment par des exercices physiques, des compléments nutritionnels oraux, la stimulation cognitive et des adaptations du domicile pour prévenir les chutes.

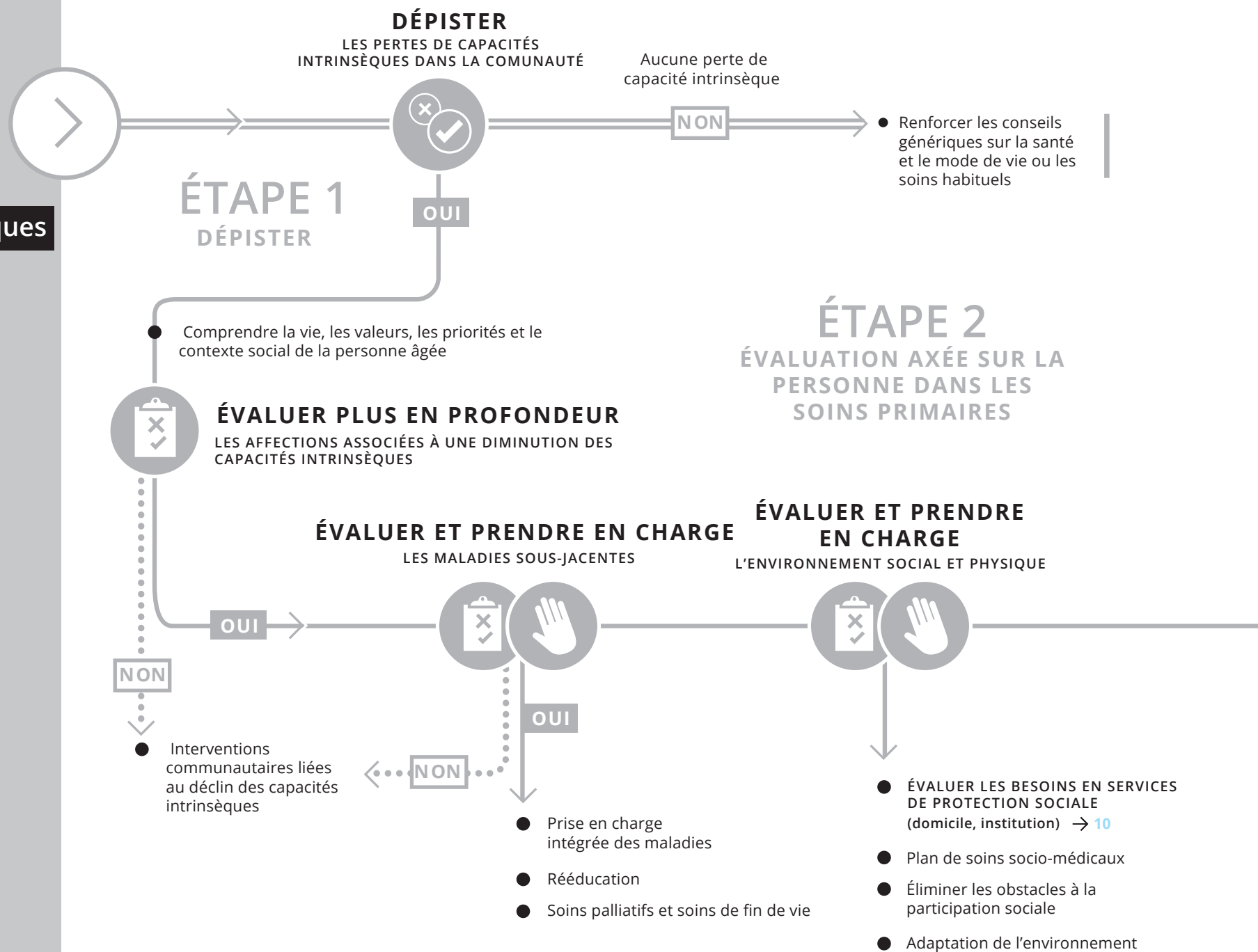
Les soins centrés sur la personne sont fondés sur la perspective que les personnes âgées sont bien plus que les vaisseaux de leur troubles ou affections ; toutes les personnes, quel que soit leur âge, sont des individus ayant des expériences, des besoins et des préférences uniques. Les soins centrés sur la personne répondent aux besoins des individus en matière de soins socio-médicaux et ne sont pas motivés par des problèmes de santé ou des symptômes isolés. Une approche intégrée et centrée sur la personne englobe également le contexte de la vie quotidienne des individus, y compris l'impact de leur santé et de leurs besoins sur leurs proches et leur communauté.

Il y a cinq étapes à suivre pour répondre aux besoins des personnes âgées en matière de soins de santé et de services sociaux grâce à une approche de soins intégrés, comme le montre la filière générale suivante.

3

Filière de soins génériques

Évaluation et filière axée sur la personne dans les soins primaires



Filière de soins génériques

Évaluation et filière
axée sur la personne
dans les soins
primaires

ÉTAPE 3

ÉLABORER UN PLAN DE SOINS PERSONNALISÉS

- d'établissement d'objectifs axés sur la personne
- Équipe pluridisciplinaire
- Concevoir un plan de soins comprenant des interventions à composantes multiples, la prise en charge des maladies sous-jacentes, l'autoprise en charge, ainsi que les soins socio-médicaux

ÉTAPE 5

MOBILISER LES COMMUNAUTÉS ET SOUTENIR LES AIDANTS

ÉTAPE 4

ASSURER LA FILIÈRE D'ORIENTATION ET LE SUIVI DU PLAN DE SOINS AVEC DES LIENS VERS DES SOINS GÉRIATRIQUES SPÉCIALISÉS

3

Filière de soins génériques

Évaluation et filière axée sur la personne dans les soins primaires

TABLEAU 1.

OUTIL DE DÉPISTAGE DE L'APPROCHE ICOPE DE L'OMS

Affections prioritaires associées au déclin des capacités intrinsèques	Tests	Procéder à une évaluation complète des domaines affichant un cercle coché
DÉCLIN COGNITIF (Chapitre 4)	1. Se rappeler trois mots : fleur, porte, riz (par exemple) 2. Orientation dans le temps et l'espace : quelle est la date complète d'aujourd'hui ? Où vous trouvez-vous en ce moment (à la maison, à la clinique, etc.) ? 3. Recalls the three words?	☐ Mauvaise réponse à l'une ou l'autre question ou ne sait pas ☐ Ne se rappelle pas les trois mots
MOBILITÉ LIMITÉE (Chapitre 5)	Test de lever de chaise : se lever de la chaise cinq fois sans utiliser ses bras. La personne s'est-elle levée cinq fois de la chaise en 14 secondes ?	☐ Non
MALNUTRITION (Chapitre 6)	1. Perte de poids : avez-vous involontairement perdu plus de 3 kg au cours des trois derniers mois ? 2. Perte d'appétit : avez-vous connu une perte d'appétit ?	☐ Oui ☐ Oui
DÉFICIENCE VISUELLE (Chapitre 7)	Avez-vous des problèmes oculaires, des difficultés pour voir de loin, lire, des maladies oculaires ou êtes-vous actuellement sous traitement médical (p. ex., diabète, hypertension artérielle) ?	☐ Oui
DÉFICIENCE AUDITIVE (Chapitre 8)	- Entend des chuchotements (test à voix chuchotée), <i>ou</i> - Le résultat du dépistage de l'audiométrie est de 35 dB ou moins, <i>ou</i> - Réussit au test automatique de reconnaissance des chiffres dans le bruit à l'aide d'une application	☐ Échec
SYMPTÔMES DÉPRESSIFS (Chapitre 9)	Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été gêné par : - la déprime ou le désespoir ? <i>ou</i> - la perte d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?	☐ Oui ☐ Oui

ÉTAPE 1

EFFECTUER DES TESTS DE DÉPISTAGE DE LA BAISSÉ DES CAPACITÉS INTRINSÈQUES

Grâce au processus et aux outils du présent manuel, le personnel de santé formé peut commencer à identifier les personnes dont les capacités intrinsèques ont diminué dans une communauté ou à la maison. Pour ce faire, ils peuvent utiliser l'outil de dépistage ICOPE (**tableau 1**). L'outil de dépistage ICOPE est la première étape de chaque filière de soins présentée aux **chapitres 4 à 9** et couvre six affections pertinentes dans tous les domaines des capacités intrinsèques (**figure 1, page 5**). Des actions de proximité, telles que les visites à domicile des agents de santé communautaires et les auto-évaluations à l'aide des technologies de téléphonie mobile, peuvent être utilisées pour détecter des cas.

Ceux qui montrent des signes ou signalent des pertes de capacités lors de cette première étape doivent faire l'objet d'une évaluation complète. Une évaluation complète exigera probablement des professionnels de santé ayant la formation nécessaire, souvent, mais pas forcément, un médecin.

Les professionnels de santé et le personnel chargé des soins doivent s'assurer que toute baisse de capacité identifiée par l'outil de dépistage ICOPE déclenche toujours une évaluation plus approfondie. Les résultats doivent éclairer l'élaboration du plan de soins personnalisés.

ÉTAPE 2

ENTREPRENDRE UNE ÉVALUATION DES SOINS PRIMAIRES AXÉE SUR LA PERSONNE

Une évaluation des besoins en matière de soins de santé et de services sociaux axée sur la personne âgée dans le contexte des soins primaires est essentielle pour optimiser ensuite les capacités intrinsèques.

2A. Comprendre la vie de la personne âgée

Une évaluation axée sur la personne commence non seulement par l'anamnèse conventionnelle, mais aussi par une compréhension approfondie de la vie, des valeurs, des priorités et des préférences de la personne en ce qui concerne l'évolution de sa santé et sa prise en charge.

2B. Évaluer plus en profondeur les affections associées à la perte de capacités intrinsèques

L'évaluation apprécie également plus en profondeur les affections associées aux pertes de capacités intrinsèques. Les filières de soins pour les affections clés dans les domaines des capacités intrinsèques, présentées aux **chapitres 4 à 9**, sont généralement organisées selon les trois composantes, avec le dépistage dans la communauté en tête de liste, l'évaluation en soins primaires au milieu et la planification des soins personnalisés à la fin.

2C. Évaluer et prendre en charge les maladies sous-jacentes

Les maladies chroniques sous-jacentes possibles doivent être recherchées, de même que toute polymédication (l'utilisation de plusieurs médicaments). La polymédication et tout effet indésirable qui en résulte

peuvent causer des pertes dans plusieurs domaines des capacités intrinsèques et mérite donc toujours de faire l'objet d'une enquête (**voir encadré, Polymédication, page 18**).

Le diagnostic d'une maladie sous-jacente, comme la maladie d'Alzheimer, la dépression, l'ostéoarthrose, l'ostéoporose, la cataracte, le diabète et l'hypertension, est essentiel pour une évaluation axée sur la personne. De tels diagnostics peuvent nécessiter des tests complexes qui ne sont pas toujours disponibles à la clinique de soins de santé primaires. Selon le contexte, il peut être nécessaire d'orienter les patients vers des soins gériatriques spécialisés de niveau secondaire ou tertiaire.

2D. Évaluer l'environnement social et physique et les besoins en matière de soins socio-médicaux

Une évaluation de l'environnement social et physique et une évaluation des besoins en soins socio-médicaux sont toutes deux nécessaires pour les personnes qui connaissent des pertes de capacités intrinsèques. Il s'agit d'un élément essentiel de l'évaluation axée sur la personne au profit des personnes âgées dans le contexte des soins primaires. Les besoins en matière de soins de santé et de services sociaux peuvent être définis en demandant à une personne âgée si elle peut accomplir diverses tâches quotidiennes sans l'aide d'autres personnes. La filière de soins présentée au chapitre 10 énonce une série de questions qui permettent d'évaluer et de déterminer les besoins en matière de services sociaux en général. En outre, chaque filière de soins exposée aux **chapitres 4 à 9** indique les besoins possibles en matière de services sociaux spécifiques en fonction des affections prioritaires.

Le soutien à l'autoprise en charge consiste à fournir aux personnes âgées les informations, les compétences et les outils dont elles ont besoin pour s'occuper de leurs problèmes de santé, prévenir les complications, maximiser leurs capacités intrinsèques et maintenir leur qualité de vie.

Cela ne signifie pas que les personnes âgées devront « faire cavalier seul » ou que des exigences déraisonnables ou excessives leur seront imposées. Cet appui reconnaît plutôt leur autonomie et leurs aptitudes à prendre en charge leurs propres soins, en consultation et en partenariat avec les agents de santé, leurs familles et les autres aidants.

L'initiative de l'OMS **sur la santé mobile pour le vieillissement (mAgeing)** peut compléter les soins systématiques des professionnels des soins de santé en soutenant l'autoprise en charge. En fournissant des informations, des conseils et des rappels sanitaires par le biais des téléphones mobiles, elle encourage les comportements sains et aide les personnes âgées à améliorer et à maintenir leurs capacités intrinsèques.

Pour plus d'informations sur la configuration d'un programme et de messages texte suggérés pour mAgeing, voir <https://www.who.int/ageing/health-systems/mAgeing>.



ÉTAPE 3

DÉFINIR L'OBJECTIF DES SOINS ET ÉLABORER UN PLAN DE SOINS PERSONNALISÉS

3A. Définir l'objectif des soins avec la personne âgée

L'objectif unificateur d'optimisation des capacités intrinsèques et des capacités fonctionnelles contribue à assurer l'intégration des soins et permet également de suivre les progrès de la personne âgée et l'impact des interventions. Il est essentiel que la personne âgée et l'aidant participent à la prise de décisions et à l'établissement des objectifs dès le début - et que les objectifs soient fixés et hiérarchisés en fonction des priorités, des besoins et des préférences de la personne.

3B. Concevoir un plan de soins

L'évaluation axée sur la personne oriente l'élaboration d'un plan de soins personnalisés. Ce plan de soins personnalisés applique une approche intégrée pour la mise en œuvre d'interventions visant à traiter les pertes dans divers domaines des capacités intrinsèques : toutes les interventions doivent être considérées et appliquées ensemble.

Cette approche intégrée est importante parce que la plupart des affections prioritaires associées aux pertes de capacités intrinsèques partagent les mêmes déterminants physiologiques et comportementaux sous-

Filière de soins génériques

Évaluation et filière axée sur la personne dans les soins primaires

jacents. En conséquence, les bénéfices des interventions transcendent les domaines. Par exemple, l'entraînement musculaire intensif est l'intervention clé pour prévenir la perte de mobilité. En même temps, l'entraînement musculaire protège indirectement le cerveau contre la dépression et le déclin cognitif et aide à prévenir les chutes. La nutrition améliore les effets de l'exercice physique et, en même temps, augmente la masse musculaire et la force. Grâce à une approche intégrée et unifiée, il est possible de modifier l'ensemble des facteurs qui augmentent le risque de dépendance aux soins.

Le plan de soins personnalisés comprendra un certain nombre de composantes, qui pourraient être les suivantes :

- un ensemble d'interventions à composantes multiples pour prendre en charge les pertes de capacités intrinsèques. La plupart des plans de soins comprendront des interventions visant à améliorer la nutrition et à encourager l'exercice physique ;
- la prise en charge et le traitement des maladies sous-jacentes, des multimorbidités et des syndromes gériatriques. L'OMS a élaboré des directives cliniques pour traiter la plupart des maladies chroniques pertinentes qui peuvent contribuer au déclin des capacités intrinsèques (2). Tous les prestataires de soins de santé doivent avoir accès à ces conseils ;

- le soutien à l'autoprise en charge ;
- la prise en charge de toute affection chronique avancée (soins palliatifs, rééducation) ou pour faire en sorte que les personnes âgées puissent continuer à mener une existence digne et qui ait du sens ;
- les soins socio-médicaux, y compris les adaptations de l'environnement, afin de compenser toute perte fonctionnelle ; et
- un plan pour répondre aux besoins en services sociaux avec l'aide des membres de la famille, des amis et des services communautaires.

Les professionnels de santé et le personnel chargé des soins peuvent appuyer la mise en œuvre du plan de soins dans la communauté ou dans le contexte des soins primaires. L'autoprise en charge, appuyée par les conseils, l'éducation et l'encouragement d'un prestataire de soins de santé de la communauté, peut modifier certains des facteurs responsables du déclin des capacités intrinsèques. Un partenariat impliquant la personne âgée, les prestataires de soins de santé primaires, la famille et la communauté permettra de maintenir le bien-être des personnes à mesure qu'elles prennent de l'âge.

3

Filière de soins génériques

Évaluation et filière axée sur la personne dans les soins primaires

ÉTAPE 4

ASSURER UNE FILIÈRE D'ORIENTATION ET LE SUIVI DU PLAN DE SOINS AVEC DES LIENS VERS DES SOINS GÉRIATRIQUES SPÉCIALISÉS

Un suivi régulier et soutenu, avec une intégration entre les différents niveaux et types de services de soins, est essentiel à la mise en œuvre des interventions recommandées dans ce manuel. Une telle approche favorise la détection précoce des complications ou des changements d'état fonctionnel, évitant ainsi les urgences inutiles et économisant des coûts en agissant rapidement.

Un suivi régulier permet également d'être au fait des progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan de soins, ainsi que d'organiser un soutien supplémentaire en cas de besoin. Le suivi et le soutien peuvent être particulièrement importants après des changements majeurs dans l'état de santé, le plan de traitement ou le rôle ou la situation sociale de la personne (un déménagement, par exemple, ou le décès du conjoint).

De solides filières d'orientation sont importantes pour assurer un accès rapide aux soins intensifs en cas d'événements imprévus, tels qu'une chute, et aux soins palliatifs et de fin de vie, ou après la sortie de l'hôpital.

Un lien avec les soins gériatriques spécialisés est également essentiel. Les systèmes de santé doivent veiller à ce que les gens aient accès en temps voulu aux soins spécialisés et aux soins intensifs, au besoin. Il existe

suffisamment de données probantes qui montrent que les unités de soins gériatriques intensifs spécialisés offrent des soins de meilleure qualité avec des durées de séjour plus courtes et des coûts moins élevés que les soins hospitaliers généraux.

LE RÔLE DES SOINS GÉRIATRIQUES SPÉCIALISÉS

Les gériatres concentrent leur expertise sur les personnes âgées atteintes d'affections complexes au long cours telles que les syndromes gériatriques (incontinence, chutes, délire, etc.), la polymédication et les maladies telles que la démence et la prestation de soins aux personnes ayant des limitations dans les activités quotidiennes. La multimorbidité augmente avec l'âge et donne lieu à des tableaux cliniques complexes, face auxquels les médecins généralistes doivent consulter des gériatres.

Dans l'approche ICOPE, les gériatres font partie d'une équipe multidisciplinaire responsable des soins aux personnes âgées. Ils aident à superviser les équipes de premier recours et interviennent lorsque des soins spécialisés sont nécessaires.

ÉTAPE 5

MOBILISER LES COMMUNAUTÉS ET SOUTENIR LES AIDANTS

La prestation de soins peut être exigeante, et les aidants des personnes en perte d'autonomie se sentent souvent isolés et courent un risque élevé de détresse psychologique et de dépression. Un plan de soins personnalisés devrait comprendre des interventions fondées sur des données probantes pour soutenir les aidants. Ces derniers ont également besoin d'informations de base sur l'état de santé de la personne âgée, et d'une formation pour acquérir un éventail de compétences pratiques, telles que la façon de transférer une personne d'une chaise à un lit en toute sécurité ou de l'aider à prendre un bain.

La personne âgée et le prestataire de soins doivent recevoir des informations sur les ressources communautaires qui sont à leur disposition. Les possibilités de faire participer plus directement les communautés et les quartiers à l'appui

aux soins doivent être examinées, en particulier en encourageant le bénévolat et en permettant aux membres plus âgés de la communauté d'apporter leur contribution. De telles activités peuvent souvent avoir lieu dans les associations et les groupes qui rassemblent les personnes âgées.

Le **chapitre 11** comprend une filière de soins qui permet d'évaluer la charge de travail des aidants naturels et de répondre aux besoins des aidants non rémunérés en matière de soins et de soutien.

L'approche ICOPE est basée au niveau des soins communautaires ou primaires, où elle peut être accessible au plus grand nombre de personnes. En même temps, cette approche exige des liens étroits avec les niveaux de soins spécialisés et tertiaires pour ceux qui en ont besoin, notamment les nutritionnistes et les pharmaciens.

Filière de soins génériques

Évaluation et filière axée sur la personne dans les soins primaires



APPLICATION DU MANUEL ICOPE

Des applications mobiles seront disponibles pour guider les professionnels de santé et le personnel chargé des soins dans toutes les étapes à franchir, qu'il s'agisse du dépistage, de l'évaluation ou de la conception d'un plan de soins personnalisés. L'application produira également un résumé imprimable des résultats de l'évaluation et des interventions à inclure dans le plan de soins, au format PDF.

3

Filière de soins génériques

Évaluation et filière axée sur la personne dans les soins primaires

POLYMÉDICATION

La polymédication est communément décrite comme étant l'utilisation de cinq médicaments ou plus en même temps et est souvent associée aux effets indésirables des médicaments. Cette utilisation de médicaments multiples augmente le risque de conséquences négatives pour la santé, peut entraîner des pertes de capacités intrinsèques et est à l'origine d'hospitalisations d'urgence. Les personnes âgées qui consultent plusieurs agents de soins de santé ou qui ont été hospitalisés récemment courent un plus grand risque de polymédication. Une personne âgée souffrant de multimorbidités est plus susceptible d'être affectée par les changements physiologiques liés à l'âge qui peuvent modifier la pharmacocinétique et la pharmacodynamique.

Étant donné que la polymédication peut contribuer à des pertes dans de multiples domaines des capacités intrinsèques, les évaluations axées sur la personne doivent comprendre un examen des médicaments que prend la personne âgée.

La polymédication peut être réduite en éliminant les médicaments inutiles et inefficaces, ainsi que les médicaments qui font double emploi.

Comment prescrire de façon appropriée et réduire les erreurs de médication :

- obtenir un historique complet des prescriptions ;
- vérifier si les médicaments peuvent affecter les capacités ;
- éviter de prescrire avant de poser un diagnostic, sauf en cas de douleur aiguë sévère ;
- passer en revue les médications régulièrement et avant de prescrire de nouveaux médicaments ;
- connaître les actions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, les exigences en matière de surveillance et la toxicité des médicaments prescrits ;
- essayer d'utiliser un seul médicament pour traiter deux ou plusieurs affections ;
- créer un carte de suivi des prises de médicaments pour le patient ; et
- informer le patient et l'aidant sur chaque médicament.

En cas de doute sur la possibilité d'arrêter un médicament en toute sécurité, consultez le spécialiste concerné.

4

Capacités cognitives

Filière de soins pour prendre en charge le déclin cognitif



Le déclin cognitif se manifeste par une perte de mémoire progressive, une perte d'attention et une diminution de l'aptitude à résoudre les problèmes. Bien que sa cause exacte ne soit pas connue, le déclin cognitif peut être lié au vieillissement du cerveau, à des maladies (par exemple, les maladies cardiovasculaires telles l'hypertension et les accidents vasculaires cérébraux, ou la maladie d'Alzheimer) ou même des facteurs environnementaux tels que le manque d'exercice physique, l'isolement social et un faible niveau d'éducation.

Le déclin cognitif devient plus préoccupant lorsqu'il commence à influencer sur la capacité d'une personne à évoluer efficacement dans son environnement - c'est-à-dire lorsqu'une personne développe une démence.

Cette filière de soins est censée s'appliquer aux personnes âgées présentant un certain niveau de déclin cognitif, mais qui ne sont pas atteintes de démence. Les professionnels de santé doivent également être en mesure d'évaluer les besoins en soins socio-médicaux (voir **chapitre 10**).

POINTS CLÉS

- Les baisses de capacités cognitives peuvent être minimisées et parfois inversées grâce à une approche générale incluant un mode de vie plus sain, une stimulation cognitive et la participation sociale.
- Le traitement d'affections telles que le diabète et l'hypertension peut prévenir le déclin des capacités cognitives.
- Le déclin dans d'autres domaines des capacités intrinsèques, tels que les capacités auditives et locomotrices, peut altérer les capacités intellectuelles et doit également être évalué et traité.
- Pour une personne atteinte de démence, des soins spécialisés sont nécessaires pour planifier et réaliser des interventions complexes.

4

Capacités cognitives

Filière de soins pour prendre en charge le déclin cognitif

Test simple de mémoire et d'orientation

- Mémoriser trois mots :**
Demandez à la personne de mémoriser trois mots que vous allez citer. Utilisez des mots simples et concrets tels que « fleur », « porte » ou « riz ».
- Orientation dans le temps et dans l'espace :**
Puis, posez la question : « Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? » et « Où vous trouvez-vous en ce moment » (maison, clinique, etc.) ?
- Se rappeler trois mots :**
Maintenant, demandez à la personne de répéter les trois mots cités

Succès ou échec ?

Si une personne est incapable de répondre à l'une des deux questions sur l'orientation **OU** ne se rappelle pas tous les trois mots, il **est probable qu'il y ait déclin cognitif** et qu'une évaluation plus poussée soit nécessaire.

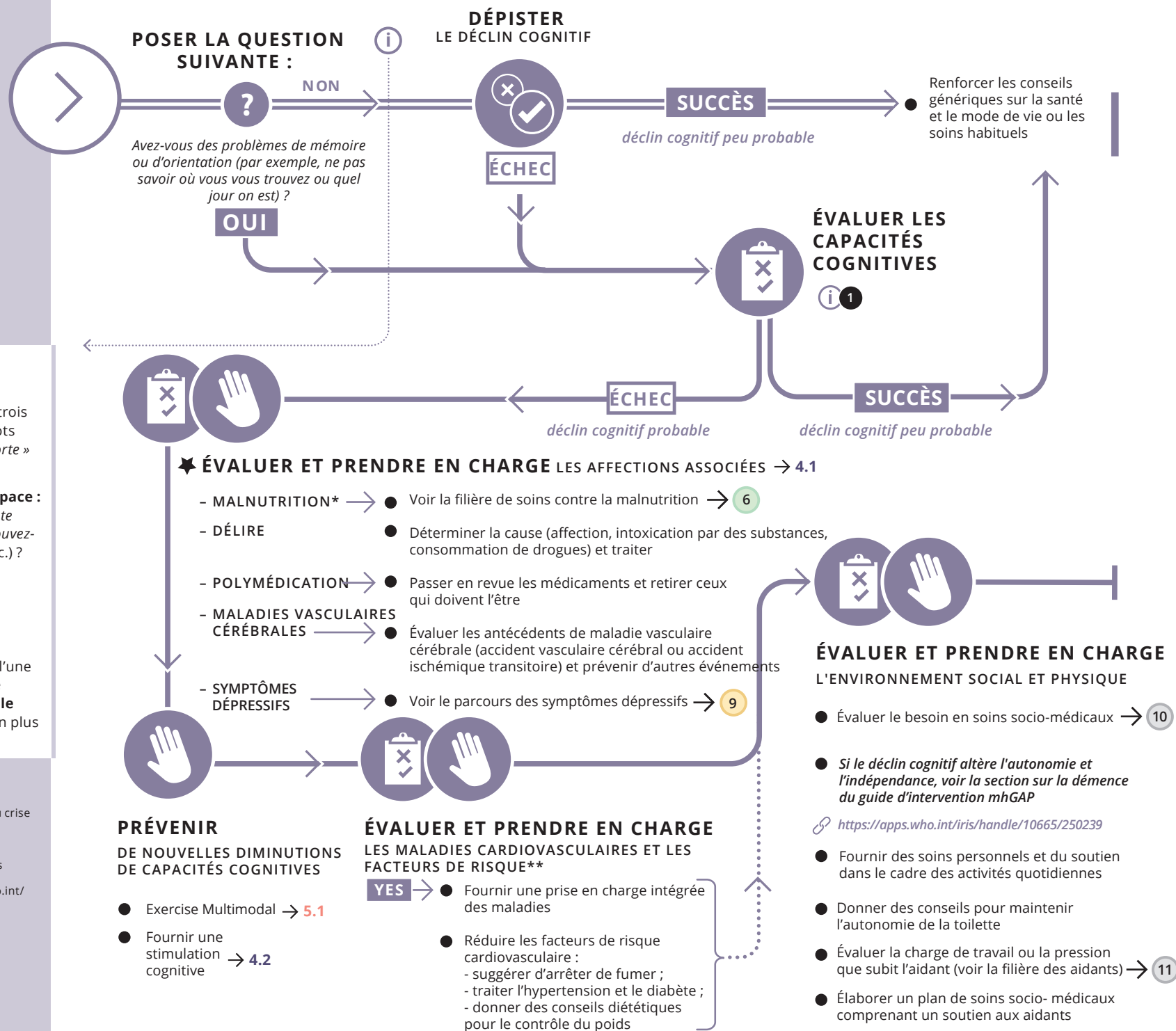
* Carence vitaminique, anomalie électrolytique, déshydratation sévère d'accident vasculaire cérébral ou crise ischémique transitoire.

** Facteurs de risque cardiovasculaire : hypertension, cholestérol élevé, diabète, tabagisme, obésité, maladies cardiaques, antécédents *Réduction des risques de déclin cognitif et de démence : OMS Directives* - <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180>



BUREAU RÉGIONAL DE L'

Organisation mondiale de la Santé
Afrique



Capacités cognitives

Filière de soins pour
prendre en charge le
déclin cognitif

ÉVALUER LES CAPACITÉS COGNITIVES

Une évaluation plus approfondie des capacités cognitives utilise si possible un outil validé localement. Vous trouverez ci-dessous à droite une liste d'options pour évaluer les capacités cognitives chez les personnes âgées dans les établissements de soins primaires.

Le manque d'instruction. Presque toutes les évaluations cognitives standard utilisées pour le dépistage ou le diagnostic des troubles cognitifs supposent un niveau minimal d'éducation scolaire. Si une personne a moins de cinq ou six ans de scolarité ou n'a pas été à l'école, l'évaluation cognitive peut être insuffisante. Il faut plutôt se fier à l'entretien et au jugement clinique. Pour ces personnes, il est fortement recommandé de s'inscrire à un programme d'alphabétisation pour adultes (si possible), car cela favorise la santé cognitive.

Si un outil d'évaluation standard n'est pas disponible ou n'est pas approprié, l'agent de santé peut demander à la personne, ainsi qu'à quelqu'un qui la connaît bien, si elle a des problèmes de mémoire, d'orientation, de parole et de langage et si elle a des difficultés pour remplir des rôles clés et effectuer des activités quotidiennes.

Un résultat négatif à l'évaluation cognitive ou le signalement de problèmes de mémoire ou d'orientation suggère une déficience cognitive. Une telle personne doit également être évaluée pour des difficultés dans les activités quotidiennes ou les activités importantes de la vie quotidienne. Ces informations sont importantes pour planifier des soins socio-médicaux dans le cadre du plan de soins personnalisés.

Si les facultés cognitives d'une personne âgée diminuent sa capacité de fonctionner efficacement dans son environnement, une évaluation spécialisée peut être nécessaire pour diagnostiquer la démence ou la maladie d'Alzheimer (la cause la plus courante de démence). Les protocoles d'évaluation et de prise en charge de la démence se trouvent dans le *Guide d'intervention mhGAP* de l'OMS, à l'adresse suivante :

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

LORSQUE DES SOINS SPÉCIALISÉS SONT NÉCESSAIRES

- Diagnostic et traitement de la démence.
- Prise en charge de multiples affections associées telles que le délire, les maladies cérébrovasculaires et cardiovasculaires.

EXEMPLES D'OUTILS D'ÉVALUATION COGNITIVE À UTILISER DANS LES CONTEXTES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

OUTIL/TEST	AVANTAGE	INCONVÉNIENT	TEMPS
Mini-Cog http://mini-cog.com/wp-content/uploads/2015/12/Universal-Mini-Cog-Form-011916.pdf	Bref ; biais linguistiques, éducatifs et raciaux minimes	L'utilisation de listes de mots différents peut influencer sur la notation	2 à 4 mn
Évaluation cognitive de Montréal (MoCA) https://www.mocatest.org/	Peut identifier les troubles cognitifs légers ; disponible en plusieurs langues	Biais éducatif et culturel ; peu de données publiées	10 à 15 mn
Mini-examen de l'état mental (MMSE) https://www.parinc.com/products/pkey/237	Largement utilisé et étudié	Biais culturel et lié à l'âge, effets plafond	75 à 10 mn
GÉvaluation des capacités cognitives par le médecin généraliste (GPCOG) http://gpcog.com.au/index/downloads	Biais culturels et éducatifs minimes ; disponible en plusieurs langues	Il peut être difficile d'obtenir le rapport d'un informateur	5 à 6 mn

Qu'est-ce que la démence ?

La démence est un syndrome chronique et progressif dû à des changements dans le cerveau. La démence entraîne un déclin du fonctionnement cognitif et perturbe les activités de la vie quotidienne telles que se laver, s'habiller, manger, s'occuper de son hygiène personnelle et aller aux toilettes.

Plus d'informations : *guide d'intervention mhGAP*
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

4

Capacités cognitives

Filière de soins pour prendre en charge le déclin cognitif

La découverte d'une cause médicale réversible du déclin cognitif nécessite un bilan diagnostique complet. Il peut être nécessaire d'envisager plusieurs explications potentielles des symptômes pour arriver à une approche précise du plan de soin



ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE LES MALADIES ASSOCIÉES

Une étape importante, avant tout processus diagnostique du déclin cognitif, consiste à évaluer la présence de toute affection associée et de la traiter en premier lieu.

★ 4.1 AFFECTIONS CAUSANT DES SYMPTÔMES COGNITIFS

← Les affections réversibles courantes pouvant causer un déclin cognitif comprennent la déshydratation, la malnutrition, les infections et les problèmes liés aux médicaments. Avec un traitement approprié de ces affections, les symptômes cognitifs d'une personne devraient disparaître.

Déshydratation sévère. La déshydratation sévère et d'autres problèmes nutritionnels peuvent causer le délire (qui ressemble à la démence) et, dans les cas graves, la mort.

Délire. Le délire est une perte soudaine et radicale de la capacité de focaliser son attention. Les concernés deviennent également extrêmement confus quant à l'endroit où ils se trouvent et à l'heure qu'il est. Le délire se développe en peu de temps et a tendance à apparaître et à disparaître au cours d'une même journée. Il peut résulter de causes organiques aiguës telles qu'une infection, des médicaments, des anomalies métaboliques (telles que

l'hypoglycémie ou l'hyponatrémie), une intoxication par une substance ou le retrait d'une substance.

Polymédication. Deux ou plusieurs médicaments peuvent interagir et causer des effets indésirables - (voir l'encadré au chapitre 3, p. 18). Les sédatifs et les hypnotiques sont les médicaments les plus souvent responsables des troubles cognitifs chez les personnes âgées.

Interventions chirurgicales majeures et anesthésie générale. Les interventions chirurgicales majeures et l'anesthésie générale constituent un risque reconnu de déclin cognitif. Les praticiens doivent demander si le déclin cognitif de la personne a fait suite à une intervention chirurgicale majeure. Si c'est le cas, cette personne courra un risque plus élevé de déclin cognitif après toute nouvelle intervention chirurgicale majeure. Ce risque accru devra être identifié et discuté avec l'équipe chirurgicale et l'anesthésiste avant toute intervention chirurgicale ou anesthésie future.

Maladies vasculaires cérébrales. Les maladies vasculaires cérébrales sont étroitement associées au déclin cognitif. Si le patient a des antécédents d'accident vasculaire cérébral, de mini-accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire, alors la prévention d'autres événements est la principale approche pour arrêter d'autres baisses de capacités cognitives.



PRENDRE EN CHARGE LE DÉCLIN COGNITIF

- Les personnes atteintes de déclin cognitif peuvent tirer profit de la **stimulation cognitive**.
- D'autres interventions de l'approche ICOPE, telles que **l'exercice multimodal** (voir chapitre 5, mobilité réduite), contribuent également à la santé du cerveau. → 5
- Des pertes dans d'autres domaines des capacités intrinsèques, en particulier l'audition, la vision et l'humeur, peuvent entraîner des pertes cognitives. Pour obtenir les meilleurs résultats, il faudra peut-être y remédier. Les personnes atteintes de déclin cognitif diffèrent dans leur tableau de déclin selon les domaines.

4.2 SIMULATION COGNITIVE

La stimulation cognitive peut ralentir le déclin des capacités cognitives (7). La stimulation cognitive vise à stimuler les participants par le biais d'activités cognitives et de souvenirs, la stimulation de plusieurs sens et le contact avec d'autres personnes.

La stimulation cognitive peut être destinée à un individu ou à un groupe. Les groupes peuvent être meilleurs pour certaines personnes ; le contact social au sein du groupe peut aider. Les groupes peuvent également convenir et être efficaces si les membres du groupe ont un objectif commun, tel que l'amélioration des connaissances sanitaires.

L'approche de groupe standard comprend jusqu'à 14 séances thématiques d'environ 45 minutes chacune, se tenant deux

fois par semaine. Ces séances sont dirigées par un animateur. Typiquement, une session pourrait commencer par une activité d'échauffement non cognitive, puis passer à diverses tâches cognitives, y compris l'orientation vers la réalité (par exemple, un tableau affichant des renseignements tels que le lieu, la date et l'heure). Les sessions se concentrent sur des thèmes différents, y compris, par exemple, l'enfance, l'utilisation de l'argent, les visages ou les scènes. Ces activités évitent généralement de se rappeler les faits et se concentrent plutôt sur des questions telles que : « *Qu'est-ce que ces [mots ou objets] ont en commun ?* »

Qui peut effectuer une stimulation cognitive ? Dans les pays à revenu élevé, ce sont généralement les psychologues qui dispensent la thérapie de stimulation cognitive. Avec des adaptations, elle pourrait être menée par des non-spécialistes convenablement formés et soutenus. Cependant, la conception et la prestation d'une intervention personnalisée pour une personne atteinte d'un déclin significatif peut nécessiter une évaluation et une planification plus détaillées - des tâches qui exigent des compétences spécialisées. Par conséquent, les protocoles locaux devraient inclure des critères d'orientation vers des spécialistes de la santé mentale pour une thérapie de stimulation cognitive.

Les **membres de la famille et les aidants** peuvent jouer un rôle important dans la stimulation cognitive. Il est important d'encourager les membres de la famille et les aidants à fournir régulièrement aux personnes âgées des informations telles.

4

Capacités cognitives

Filière de soins pour prendre en charge le déclin cognitif



ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET PHYSIQUE

Si le déclin cognitif limite l'autonomie et l'indépendance d'une personne, il est probable que cette dernière aura des besoins en services sociaux importants. Un agent de santé peut aider les soignants à élaborer un plan pour les activités de la vie quotidienne qui maximise l'autonomie, améliore les fonctions, aide à s'adapter et à développer des compétences, et minimise le besoin de soutien.

Les membres de la famille et les aidants peuvent :

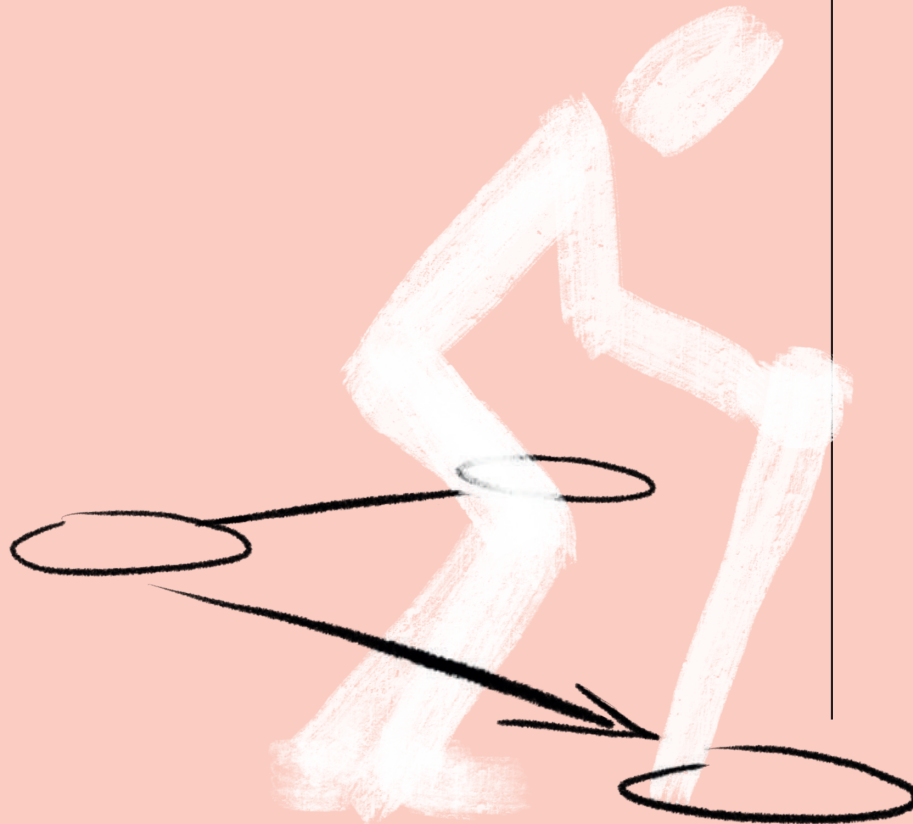
- fournir des informations d'orientation telles que la date, les événements communautaires actuels, l'identité des visiteurs, la météo, les nouvelles des membres de la famille ;
- encourager et organiser des contacts avec les amis et les membres de la famille à la maison et dans la communauté ;
- rendre et maintenir la maison sûre afin de réduire les risques de chute et de blessure ;
- installer des indications à la maison - par exemple, pour les toilettes, la chambre à coucher, la porte donnant sur l'extérieur - pour aider la personne à s'orienter ; et
- organiser et participer à des activités professionnelles (en fonction des capacités de la personne).

Les aidants des personnes atteintes d'un déclin cognitif grave font face à de lourdes exigences. Le stress peut mettre leur santé en danger. Voir le chapitre 11 sur la satisfaction des besoins des aidants. → 11

5

Capacité locomotrice

Filière de soins pour améliorer la mobilité



La mobilité est un facteur déterminant pour le vieillissement en bonne santé. Il est important de maintenir l'autonomie et de prévenir la dépendance aux soins. La capacité corporelle d'une personne à se déplacer d'un endroit à un autre est appelée capacité locomotrice.

Beaucoup de personnes âgées et leurs familles acceptent comme inévitables les pertes de capacité locomotrice et les douleurs qui y sont associées. Elles ne le sont pas. En effet, il existe des stratégies efficaces pour améliorer et maintenir la mobilité des personnes âgées.

POINTS CLÉS

- La mobilité limitée est courante chez les personnes âgées, mais elle n'est pas inévitable.
- Les agents de santé communautaires peuvent dépister la baisse de mobilité au moyen de tests simples.
- Un programme d'exercices réguliers, adapté aux capacités et aux besoins individuels, est l'approche la plus importante pour améliorer ou maintenir la capacité locomotrice.
- L'adaptation de son environnement et l'utilisation de dispositifs d'assistance sont de bons moyens de maintenir la mobilité malgré la diminution de la capacité locomotrice.

5

Capacité locomotrice

Filière de soins pour améliorer la mobilité

Exercice Multimodal → 5.1

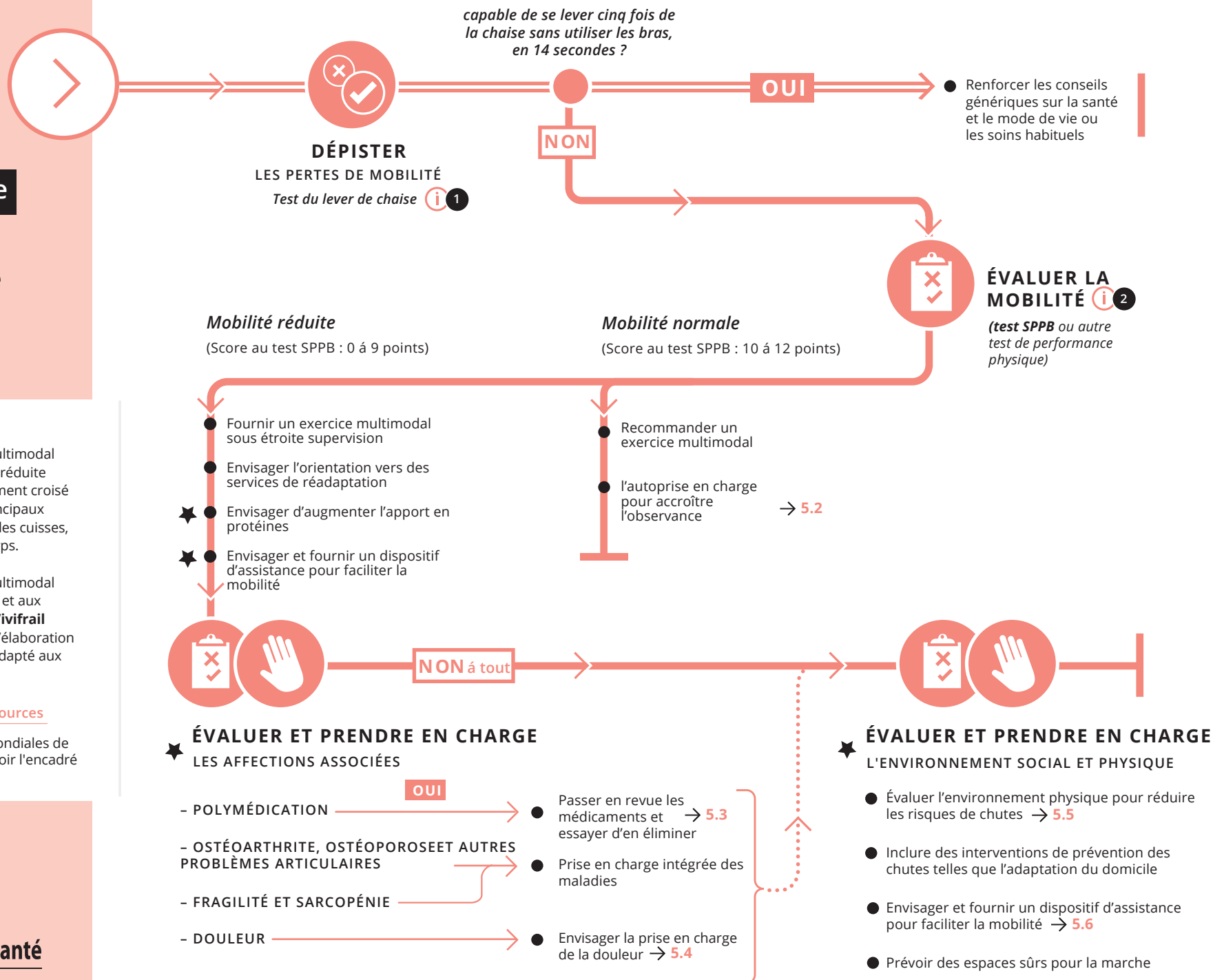
Un programme d'exercices multimodal pour les personnes à mobilité réduite associe l'exercice et l'entraînement croisé en mettant l'accent sur les principaux groupes musculaires du dos, des cuisses, de l'abdomen et du bas du corps.

Un programme d'exercices multimodal doit être adapté aux capacités et aux besoins de chacun. Le projet **Vivifrail** offre un guide pratique pour l'élaboration d'un programme d'exercices adapté aux capacités

<http://www.vivifrail.com/resources>

Pour les recommandations mondiales de l'OMS sur l'activité physique, voir l'encadré de la page 30

★ Besoin de soins spécialisés



LORSQUE DES SOINS SPÉCIALISÉS SONT NÉCESSAIRES

La capacité locomotrice doit être évaluée en même temps que d'autres aspects des capacités intrinsèques, tels que les capacités cognitives, sensorielles, vitales et psychologiques. Si le déclin des capacités physiques ou mentales ou les comorbidités rendent la prescription d'exercices plus complexe, des connaissances spécialisées peuvent être nécessaires pour concevoir un programme d'exercices approprié. L'orientation vers des services de réadaptation peut être envisagée.



TEST DU LEVER DE CHAISE

Un test simple peut déterminer si une personne âgée a besoin d'une évaluation plus poussée de sa mobilité réduite.

Instructions : Demandez à la personne : « Pensez-vous qu'il serait sûr pour vous d'essayer de vous lever d'une chaise cinq fois de suite sans utiliser vos bras ? » (Faites-lui une démonstration.)

Si OUI, demandez-lui de :

- s'asseoir au milieu de la chaise ;
- se croiser les bras et de les maintenir sur sa poitrine ;
- se mettre debout, puis de s'asseoir à nouveau ;
- répéter ce geste cinq fois le plus rapidement possible sans s'arrêter.

Relevez le temps que la personne passe à faire le test - une évaluation plus approfondie est nécessaire si elle **n'arrive pas à se lever cinq fois dans les 14 secondes.**



TEST DE LA SARCOPÉNIE (SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY, SPPB)

Bien qu'une vaste gamme de tests de performance physique soit disponible, le SPPB est recommandé, car il possède des propriétés de mesure supérieures et est utile dans toute une gamme d'aptitudes. Le SPPB mesure la performance chronométrée pour trois tâches, chacune notée sur quatre, afin d'obtenir une note allant de zéro (pire performance) à 12 (meilleure performance).

Tout d'abord, décrivez chaque étape du test et demandez à la personne si elle se sent capable de le faire. Si ce n'est pas le cas, notez en conséquence et passez à l'étape suivante.

1. Tests d'équilibre : se tenir debout pendant 10 secondes, les pieds dans chacune des trois positions suivantes. Utilisez la somme des notes des trois positions.

2. Test de la vitesse de marche : chronométrez sa marche sur quatre mètres.

Chronométrez sa marche sur quatre mètres :

< 4.82 secondes	4 points
4.82 – 6.20 secondes	3 points
6.21 – 8.70 secondes	2 points
> 8.70 secondes	1 point
Ne peut le faire	0 points

3. Test du lever de chaise : relevez le temps qu'il faut à la personne pour se lever de la chaise cinq fois :

< 11.19 secondes	4 points
11.2 – 13.69 secondes	3 points
13.7 – 16.69 secondes	2 points
16.7 – 59.9 secondes	1 point
> 60 secondes ou ne peut le faire	0 points

Note Final SPPB = somme des notes obtenues aux trois tests ci-dessus.

Plus de détails sur le test SPPB :

http://hdcs.fullerton.edu/csa/research/documents/sp-pbinstructions_scoresheet.pdf

5

Capacité locomotrice

Filière de soins pour améliorer la mobilité



A. Debout côte à côte

Tenu pendant 10 secondes	1 point
Non tenu pendant 10 secondes	0 point
Non essayé	0 points

Si la personne n'a pas essayé, arrêtez les tests d'équilibre.



B. Debout en semi-tandem

Tenu pendant 10 secondes	1 point
Non tenu pendant 10 secondes	0 point
Non essayé	0 points

Si la personne n'a pas essayé, arrêtez les tests d'équilibre.



C. Debout en tandem

Tenu pendant 10 secondes	2 points
Tenu pendant 3 à 9,99 secondes	1 point
Tenu pendant < 3 secondes	0 point
Non essayé	0 point

5

Capacité locomotrice

Filière de soins pour améliorer la mobilité



ÉVALUER LA MOBILITÉ

La mobilité peut être évaluée de manière plus complète en attribuant une note à la performance de la personne lors de trois tests simples. Ensemble, ces tests sont connus sous le nom de Short Physical Performance Battery (SPPB).

★ QUAND DES SOINS SPÉCIALISÉS SONT NÉCESSAIRES (PLUS D'INFORMATIONS)

Des soins spécialisés peuvent également être nécessaires pour une personne qui présente :

- une douleur persistante qui affecte son humeur ou d'autres domaines de son fonctionnement ;
- des déficiences majeures dans les fonctions articulaires ;
- une fracture osseuse à la suite d'un traumatisme minime ;
- des risques pour la sécurité (voir encadré ci-contre) ;
- un besoin d'aide pour choisir un dispositif d'assistance approprié pour la mobilité.

Le test du lever de chaise est l'un de ces tests. Il doit être répété après les deux autres tests :

- **le test d'équilibre** - se tenir debout pendant 10 secondes dans chacune des trois positions de pieds
- **le test de la vitesse de marche** - combien de temps il faut pour marcher sur quatre mètres.

Les notes obtenues à chaque test sont additionnées. Des notes totales faibles signifient une mobilité réduite. La filière décrit deux voies de prise en charge, selon la note totale.

Vous trouverez plus d'informations sur les tests et la façon de les noter à la page précédente.  2



PRENDRE EN CHARGE

LA MOBILITÉ RÉDUITE

5.1 PROGRAMME D'EXERCICES MULTIMODAUX

Pour les personnes à mobilité réduite, un programme d'exercices multimodaux doit être adapté aux capacités et aux besoins de chacun.

Un programme d'exercices multimodaux pour les personnes à mobilité réduite peut inclure :

- **l'entraînement musculaire ou de résistance**, qui exige que les muscles travaillent sous charge, en utilisant des poids, des bandes de résistance ou des exercices de poids corporel tels que des flexions, des fentes et des exercices assis-debout ;
- **l'entraînement aérobique ou cardiovasculaire**, comme la marche rapide ou le vélo, qui augmente la fréquence cardiaque jusqu'à ce que la personne soit légèrement essoufflée, mais qu'elle puisse maintenir une conversation ;
- **l'entraînement à l'équilibre**, qui met à l'épreuve le système d'équilibre, y compris les exercices statiques et dynamiques ; peut progresser sur différentes surfaces et avec les yeux ouverts et fermés ; par exemple, en se tenant debout sur une jambe à la fois ou en marchant un pied devant l'autre en ligne droite ; et
- **l'entraînement de flexibilité**, qui améliore l'extensibilité des tissus mous, tels que les muscles et l'amplitude des mouvements articulaires ; par exemple, les étirements et autres exercices de yoga et de Pilates.

Le projet Vivifrail est un guide pratique pour l'élaboration d'un programme d'exercices sur mesure.

<http://www.vivifrail.com/resources>

Nutrition. Un apport accru en protéines et d'autres interventions nutritionnelles peuvent améliorer les bénéfices d'un programme d'exercices. Voir chapitre 6 sur la malnutrition. → 6

Sûreté de l'exercice. Avant de prodiguer des conseils sur l'exercice ou de planifier un programme d'exercices, renseignez-vous sur les affections qui pourraient influencer sur le moment ou l'intensité de l'activité.

Si la personne répond oui à l'une des questions suivantes, un professionnel de la santé qualifié doit élaborer un programme d'exercices sur mesure.

- Avez-vous ressenti des douleurs thoraciques au repos ?
- Avez-vous eu une crise cardiaque au cours des six derniers mois ?
- Vous êtes-vous évanoui ou avez-vous perdu connaissance ?
- Avez-vous fait une chute au cours des 12 derniers mois ?
- Avez-vous subi une fracture au cours du mois écoulé ?
- Vous sentez-vous essoufflé en faisant des activités quotidiennes ordinaires à la maison, comme vous habiller ?
- Avez-vous une maladie articulaire ou musculaire qui limite votre exercice physique ?
- Un prestataire de soins de santé vous a-t-il dit de limiter votre exercice physique ?

Capacité locomotrice

Filière de soins pour améliorer la mobilité

5

Capacité locomotrice

Filière de soins pour améliorer la mobilité

Prise en charge des restrictions. Là où la douleur réduit la mobilité, la stimulation de l'activité physique par tranches de temps gérables et l'augmentation lente des tâches physiques aident à renforcer la résilience du corps et à prendre en charge la douleur. Pour les personnes à mobilité fortement réduite, l'entraînement au lit ou assises sur une chaise peut être un point de départ. Pour les personnes ayant des déficiences cognitives, comme la démence, un programme d'exercices simples et moins structurés peut être plus adapté.

5.2 SOUTENIR L'AUTOPRISE EN CHARGE

Le soutien à l'autoprise en charge augmente l'adhésion à un programme d'exercices multimodaux et les bénéfices de celui-ci. Les personnes dont les résultats au test SPPB sont de l'ordre de 10 à 12 peuvent faire de l'exercice à domicile et dans la communauté. Les personnes à mobilité réduite plus sévère peuvent avoir besoin de supervision et d'orientation pendant l'exercice.

Le manuel de l'OMS sur la santé mobile pour le vieillissement (mAgeing) explique comment une application de téléphonie mobile peut compléter les soins systématiques des professionnels de santé en favorisant l'autoprise en charge.

🔗 Plus d'informations :
<http://www.who.int/ageing/health-systems/mAgeing>

RECOMMANDATIONS MONDIALES DE L'OMS SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Toutes les personnes âgées peuvent bénéficier de conseils sur l'activité physique recommandée pour leur âge, en tenant compte de leur état de santé. Cet encadré résume les recommandations mondiales de l'OMS sur l'activité physique

- ✓ Tout au long de la semaine, faites au moins 150 minutes d'activité physique aérobique d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité aérobique intensive, ou une combinaison équivalente.
- ✓ Faites de l'exercice au moins 10 minutes d'affilée.
- ✓ Pour plus de bénéfices, faites 300 minutes d'exercice aérobique d'intensité modérée par semaine ou 150 minutes d'activité aérobique intensive par semaine, ou une combinaison équivalente.
- ✓ Faites des activités de renforcement musculaire au moins deux jours par semaine.
- ✓ Si la mobilité est faible, faites une l'activité physique qui améliore l'équilibre au moins trois jours par semaine.
- ✓ Si vous ne pouvez pas faire autant d'exercice que recommandé, soyez aussi actif physiquement que possible.

🔗 Plus d'informations :
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>



ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE LES AFFECTIONS ASSOCIÉES

★ 5.3 POLYMÉDICATION

Certains médicaments peuvent nuire à la mobilité ou à l'équilibre, alors qu'ils sont parfois inutiles ou inefficaces pour une personne donnée (8). Il s'agit, entre autres, des médicaments suivants :

- Les Anticonvulsivants ;
- Les Benzodiazépines ;
- Les Hypnotiques Non Benzodiazépines ;
- Les Antidépresseurs Tricycliques ;
- Les Antidépresseurs Inhibiteurs Sélectifs De La Recapture De La Sérotonine (Isrs) ;
- Les Antipsychotiques ;
- Les Opioides.

L'élimination des médicaments inutiles, inefficaces, ainsi que des médicaments faisant double emploi réduit la polymédication. En cas de doute sur la possibilité d'arrêter un médicament en toute sécurité, consultez un spécialiste.

★ 5.4 DOULEUR

Évaluez la douleur. Une douleur intense associée au mouvement peut limiter ou même empêcher l'exercice. Il est utile d'évaluer la gravité de la douleur liée à la mobilité, à la fois pour aider à concevoir un programme d'exercices et pour prendre en charge la douleur. Vous pouvez utiliser le bref inventaire de la douleur : https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0015/212910/Brief_Pain_Inventory_Final.pdf

Prendre en charge la douleur (9). Les affections musculo-squelettiques qui nuisent à la mobilité impliquent souvent des douleurs persistantes. Cependant, une cause biologique précise de la douleur persistante peut rarement être trouvée.

Une approche fondée sur les meilleures pratiques en matière de prise en charge de la douleur tient donc compte de multiples facteurs qui peuvent être associés à la douleur - facteurs physiques (comme la force musculaire, l'amplitude des mouvements et l'endurance), le bien-être psychologique, la nutrition et le sommeil. Lorsque la douleur est un obstacle significatif aux mouvements et à l'activité, un professionnel de santé ayant des connaissances spécialisées en prise en charge de la douleur doit élaborer un plan à cet égard.

Les interventions en cas de douleur comprennent :

- l'autoprise en charge ; → 5.2
- des exercices et autres activités physiques ;
- des médicaments allant du paracétamol aux médicaments non stéroïdiens anti-inflammatoires, en passant par la gabapentine et les opioïdes ;
- une thérapie manuelle telle que le massage, la manipulation des articulations et la mobilisation articulaire ;
- la psychothérapie et la thérapie cognitivo-comportementale (voir chapitre 9 sur les symptômes dépressifs) ; → 9
- l'acupuncture ;
- des injections vertébrales/ injections périurales ;
- la dénervation par radiofréquence.

Capacité locomotrice

Filière de soins pour améliorer la mobilité

Certaines de ces interventions peuvent être disponibles dans la communauté. D'autres nécessiteraient probablement une orientation vers un établissement central.

5

Capacité locomotrice

Filière de soins pour améliorer la mobilité

Une diminution de toute capacité intrinsèque peut augmenter le risque de chute. L'environnement physique et la façon dont la tâche ou l'activité a été exécutée peuvent également être des facteurs.

En plus d'évaluer l'environnement physique, une évaluation complète du risque de chute comprend :

- l'historique des chutes, y compris les détails des activités au cours desquelles elles sont survenues ;
- l'évaluation de la démarche, de l'équilibre, de la mobilité et de la fonction musculaire et articulaire et la souplesse ;
- l'évaluation de la peur de tomber, de la vision, des capacités cognitives, de l'état cardiovasculaire et neurologique, de l'urgence urinaire ou de la nycturie (se réveiller pour uriner la nuit) ; et
- l'examen des médicaments pour apprécier la polymédication (voir chapitre 3 sur l'évaluation et l'élaboration d'un plan).

Certaines personnes auront besoin d'une évaluation et d'une prise en charge plus poussées pour des problèmes tels que la syncope (pertes de conscience), l'épilepsie et les troubles neurodégénératifs tels que la maladie de Parkinson.



ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE

L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET PHYSIQUE

Une personne à mobilité réduite peut avoir besoin d'aide pour faire face aux activités quotidiennes. La première étape consiste à évaluer les besoins en services sociaux (voir chapitre 10). Les besoins en services sociaux spécifiques aux personnes âgées à mobilité réduite peuvent inclure ceux révélés par une évaluation de leur environnement physique ou le besoin de dispositifs d'assistance. Un programme d'exercices peut aider à prévenir les chutes.

Grâce à une formation spécifique, un prestataire de soins primaires dans la communauté ou dans un établissement peut évaluer le domicile d'une personne. Si une visite n'est pas possible, un agent de soins de santé primaires peut plutôt donner des instructions générales à la personne ou à un aidant sur la façon de créer un environnement domiciliaire plus sûr.

Une évaluation et une prise en charge complètes du risque de chute d'une personne exigent des connaissances spécialisées.

★ 5.5 ÉVALUER L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE CHUTES

Une évaluation de l'environnement physique implique de faire le tour de la maison afin d'identifier les dangers possibles et de suggérer des solutions. Il peut s'agir, par exemple, de réduire l'encombrement, d'enlever les tapis lâches, de lisser les bosses sur le sol et les marches, de déplacer les meubles pour créer un chemin large et non encombré, d'améliorer l'éclairage et l'accès aux toilettes, surtout la nuit (en ajoutant des poignées sur le mur, par exemple). Une rampe d'accès à la porte d'entrée principale facilitera l'accès aux personnes en fauteuil roulant et aux autres personnes qui ont des difficultés à monter les marches. Les réductions de mobilité d'une personne donnée permettront de décider des adaptations les plus importantes à apporter à l'environnement.

★ 5.6 ENVISAGER ET FOURNIR DES DISPOSITIFS D'ASSISTANCE

Les personnes à mobilité réduite peuvent avoir besoin de dispositifs d'assistance pour se déplacer. Les dispositifs d'assistance sont ceux dont le but premier est de maintenir ou d'améliorer les capacités fonctionnelles et l'autonomie d'une personne afin de faciliter sa participation et d'améliorer son bien-être général (10). Il s'agit notamment de cannes, de béquilles, de déambulateurs, de fauteuils roulants et d'appareils prothétiques ou orthopédiques. Les choix peuvent être limités par la disponibilité et le coût, mais un professionnel de santé ayant des connaissances en physiothérapie, s'il y a lieu, peut prodiguer les meilleurs conseils quant au choix d'un dispositif approprié et des instructions sur la façon de l'utiliser en toute sécurité.

6

Vitalité

Filière de soins pour prendre en charge la malnutrition



L'OMS utilise le terme vitalité pour décrire les facteurs physiologiques qui contribuent aux capacités intrinsèques d'un individu. Il peut s'agir de l'équilibre énergétique et du métabolisme. Ce manuel met l'accent sur l'une des principales raisons de la baisse de vitalité chez les personnes âgées : la malnutrition.

POINTS CLÉS

- Les agents de soins de santé primaires peuvent facilement faire une évaluation initiale de l'état nutritionnel. Celle-ci doit faire partie de toute évaluation de la santé d'une personne âgée. Une évaluation complète de l'état nutritionnel exige des connaissances spécialisées et parfois des analyses sanguines.
- Une alimentation insuffisante et moins d'activité physique entraînent une perte de masse musculaire et de force.
- Une alimentation équilibrée, en quantité suffisante, fournit généralement les vitamines et les minéraux nécessaires aux personnes âgées, mais une déficience en vitamines D et B12 est courante.
- La malnutrition entraîne souvent une perte de poids, mais pas toujours. La masse grasse peut remplacer la masse musculaire, laissant le poids inchangé.
- L'obésité est un autre aspect de la malnutrition, mais elle n'est pas abordée dans le présent manuel.

6

Vitalité

Filière de soins pour prendre en charge la malnutrition

★ Compléments nutritionnels oraux

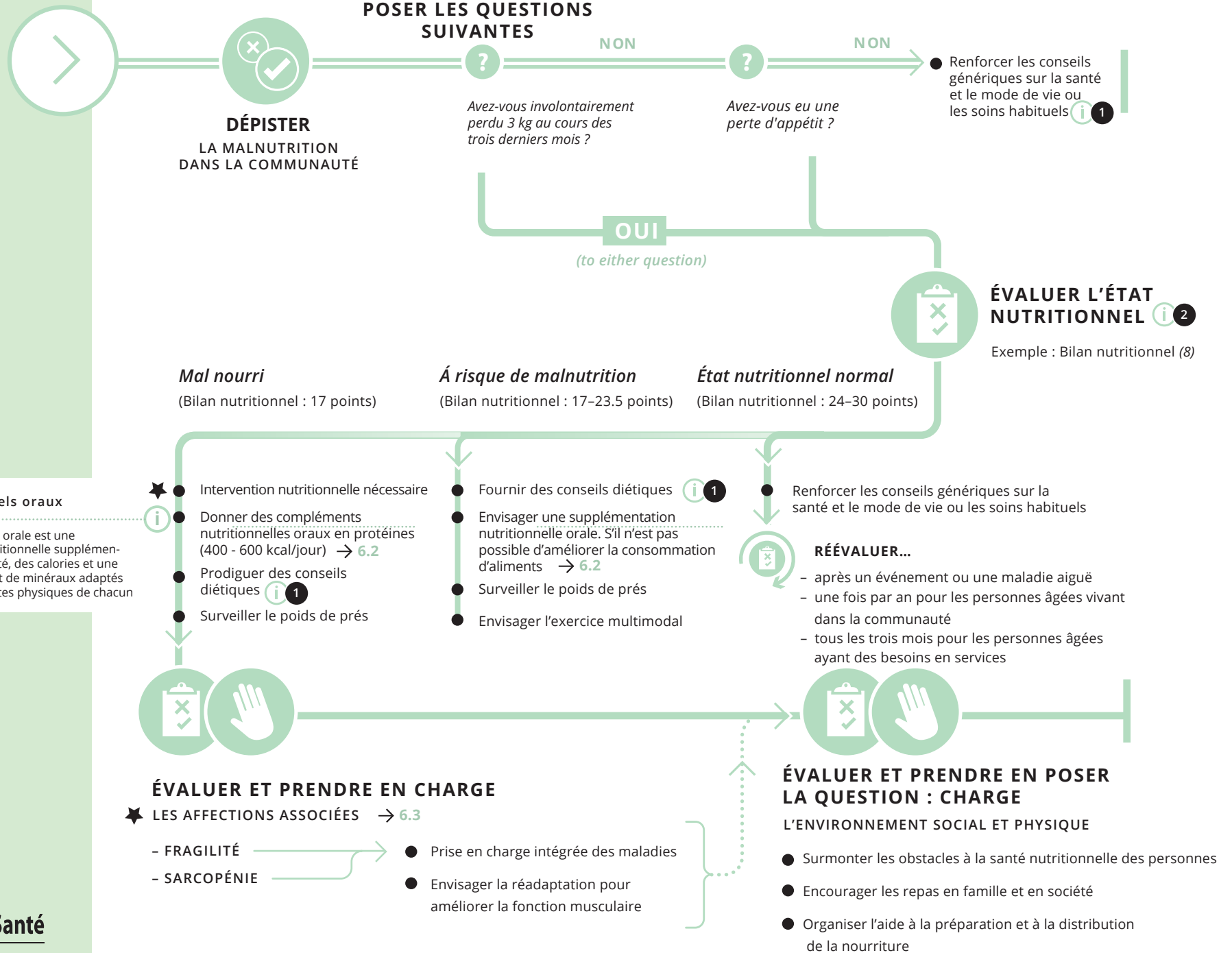
Le supplémentation nutritionnelle orale est une intervention nutritionnelle ou nutritionnelle supplémentaire des protéines de haute qualité, des calories et une quantité suffisante de vitamines et de minéraux adaptés aux besoins, aux goûts et aux limites physiques de chacun

★ Besoin de soins spécialisés



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé
Afrique**





CONSEILS À DONNER SUR LA NUTRITION

- Les agents de soins de santé primaires peuvent donner des conseils aux personnes âgées et peuvent encourager une alimentation saine. Toutes les personnes âgées peuvent bénéficier de ces conseils, y compris les personnes à risque ou touchées par la sous-alimentation, qu'elles aient besoin ou non de soins spécialisés. Il est plus facile de suivre un bon régime alimentaire pour les personnes qui notent ce qu'elles mangent chaque jour sur un tableau - à la fois aux repas et entre ceux-ci.
- Aider les personnes à identifier les aliments spécifiques qui sont disponibles localement et qui fournissent suffisamment d'énergie (glucides), de protéines et de micronutriments tels que les vitamines et les minéraux. Donnez des conseils sur les quantités adéquates de ces aliments.
- Parce que l'absorption de protéines diminue avec l'âge, conseillez aux personnes âgées d'en manger beaucoup. Un apport en protéines de 1 à 1,2 g par kg de poids corporel est recommandé pour les personnes âgées en bonne santé. Une personne qui se remet d'une perte de poids, d'une maladie ou d'une blessure aiguë peut avoir besoin de jusqu'à 1,5 g de protéines par kg de poids corporel. La fonction rénale doit être surveillée, car un apport élevé en protéines peut entraîner une augmentation de la pression intra-glomérulaire et de l'hyperfiltration glomérulaire.
- Conseiller l'activité physique, qui permet aux protéines d'être absorbées par les muscles et de renforcer l'appétit.
- Encourager l'exposition au soleil pour que la peau produise de la vitamine D. La vitamine D des aliments n'est pas suffisante pour permettre aux personnes âgées de maintenir des niveaux optimaux. Un test sanguin est nécessaire pour mesurer si le taux de vitamine D d'une personne est adéquat.
- Souvent, les personnes âgées ne mangent pas assez. Pour aider une personne âgée à manger davantage, proposez-lui des repas de style familial et des dîners en groupe, en particulier pour les personnes âgées qui vivent seules ou qui sont socialement isolées.

N'OUBLIEZ PAS !

L'agent de santé doit informer les membres de la famille et les autres aidants, ainsi que la personne âgée.

LORSQUE DES CONNAISSANCES SPÉCIALISÉES SONT NÉCESSAIRES

Les agents des soins de santé primaires en milieu communautaire et en établissement peuvent prodiguer des conseils et du soutien pour aider toutes les personnes âgées à maintenir une alimentation saine. Les personnes souffrant de malnutrition ou exposées à un risque élevé de malnutrition ont besoin d'un aidant possédant des connaissances spécialisées pour rechercher les causes et les facteurs de risque et pour prescrire un plan nutritionnel personnalisé.

S'il y a lieu, faire ou obtenir une évaluation plus approfondie des affections possibles qui pourraient être à l'origine de la malnutrition - même si l'état nutritionnel actuel semble bon. Les signes de ces affections possibles comprennent l'émaciation, la perte de poids rapide, la douleur orale, la



ÉVALUER L'ÉTAT NUTRITIONNEL

Il existe de bons outils pour aider à évaluer l'état nutritionnel (11). Par exemple,

Le bilan nutritionnel (8)

DETERMINE l'évaluation des risques nutritionnels (<https://www.dads.state.tx.us/providers/AAA/Forms/standardized/NRA.pdf>)

Outil de dépistage universel de la malnutrition (https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf)

Questionnaire d'évaluation du risque alimentaire et nutritionnel pour les personnes âgées de la communauté (<https://www.flintbox.com/public/project/2750/>)

Questionnaire abrégé d'évaluation nutritionnelle pour les 65 ans et plus (QAEN65+) (<http://www.fightmalnutrition.eu/toolkits/summary-screening-tools>).

La filière de soins de la page ci-contre utilise **l'évaluation de l'état nutritionnel**

6

Vitalité

Filière de soins pour prendre en charge la malnutrition

6

Vitalité

Filière de soins pour prendre en charge la malnutrition



ÉVALUER L'ÉTAT NUTRITIONNEL

La plupart des outils d'évaluation de l'état nutritionnel mesurent :

- la consommation d'aliments et de liquides ;
- la perte de poids récente (identique à la question sur la recherche de cas) ;
- la mobilité ;
- le stress psychologique récent ou maladie aiguë ;
- les problèmes psychologiques ;
- la situation de vie.

Ils enregistrent aussi :

- le poids ;
- la taille ;
- l'indice de masse corporelle (IMC - poids en kg/taille au carré (m)) ;
- la circonférence des bras et des mollets.

COMPOSITION DE LA MASSE CORPORELLE ET VIEILLISSEMENT

Habituellement, après environ 70 ans, la masse musculaire peut diminuer, avec des effets importants et potentiellement nocifs sur la vitalité. Une alimentation et un exercice physique insuffisants entraînent tous deux une perte de masse et de force musculaires.

En même temps, la masse grasse peut augmenter. Le poids corporel peut diminuer ou rester le même, masquant ainsi ces changements nocifs possibles. **Une personne sous-alimentée peut donc avoir perdu des tissus corporels maigres essentiels et avoir encore un IMC dans la fourchette acceptée, voire un excès de poids.**

Un non-spécialiste formé peut évaluer de façon fiable la fonction musculaire, et donc la malnutrition protéique, avec un outil tel qu'un dynamomètre manuel afin de mesurer la force de préhension. Cet outil mesure la force avec laquelle une personne peut serrer l'outil d'une seule main. Une force de préhension limitée de la main indique la nécessité de faire de l'exercice et d'avoir un régime.



PRENDRE EN CHARGE

LA MALNUTRITION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Les déficiences sensorielles (diminution du goût et de l'odorat), une mauvaise santé buccodentaire, notamment des problèmes de mastication et de déglutition, l'isolement, la solitude, la faiblesse des revenus et les maladies chroniques complexes à long terme augmentent tous le risque de malnutrition à un âge avancé.

6.1 POUR LES PERSONNES ÂGÉES À RISQUE DE MALNUTRITION

Une personne âgée à risque de malnutrition (par exemple, une note entre 17 et 23,5 à l'évaluation de l'état nutritionnel) peut bénéficier de conseils sur la nutrition (voir encadré à la page 35). Une personne exposée au risque de développer la malnutrition devrait également de préférence bénéficier d'une intervention nutritionnelle afin de se prémunir contre ce risque.

6.2 POUR LES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE MALNUTRITION

Pour une personne souffrant de malnutrition (par exemple, une note inférieure à 17 à l'évaluation de l'état nutritionnel), une intervention nutritionnelle doit commencer immédiatement. L'agent de soins de santé primaires peut immédiatement donner des conseils diététiques standards (voir encadré à la page 35). Dès que possible, un agent de santé ayant des connaissances spécialisées doit également prodiguer des conseils diététiques et, si nécessaire, prescrire des compléments nutritionnels oraux (voir ci-dessous).

L'intervention doit faire partie d'un plan de soins complet qui s'attaque aux facteurs sous-jacents contribuant à une mauvaise nutrition, ainsi que d'autres interventions qui prennent en charge d'autres domaines des capacités intrinsèques, comme la mobilité réduite. En particulier, un apport énergétique et protéique adéquat rendra les programmes d'exercices physiques multimodaux plus efficaces (voir le chapitre 5 sur la mobilité réduite). → 5

Compléments nutritionnels oraux

Les compléments nutritionnels oraux apportent des protéines supplémentaires de grande qualité, des calories et des quantités suffisantes de vitamines et de minéraux. Des connaissances spécialisées sont nécessaires pour élaborer un plan pour la prise de compléments nutritionnels oraux qui

6

Vitalité

Filière de soins pour prendre en charge la malnutrition

soit adapté aux besoins, aux goûts et aux limites physiques d'une personne. L'évaluation permet de choisir la meilleure méthode de supplémentation, qu'il s'agisse d'aliments riches en nutriments, de comprimés de suppléments de vitamines ou de minéraux, de produits commerciaux spécialisés ou de formulations nutritionnelles non commerciales. L'agent de santé de la communauté peut soutenir et surveiller la personne qui prend des suppléments nutritionnels oraux (voir encadré).

Les compléments nutritionnels oraux doivent être prescrits uniquement quand une personne ne peut pas consommer suffisamment de calories- et des aliments ordinaires riches en nutriments ou lorsque les compléments nutritionnels oraux constituent une stratégie temporaire qui s'ajoute aux stratégies alimentaires régulières pour augmenter l'apport calorique.

Test sanguin

Un test sanguin éclaire le plan nutritionnel personnalisé. Un test sanguin peut permettre d'identifier les déficiences en certains minéraux et vitamines précis. Certains compléments nutritionnels oraux ou injections peuvent traiter ces déficiences. Par exemple, des comprimés ou des injections sont nécessaires pour traiter les déficiences en vitamines D et B12, qui sont courantes.

POINTS CLÉS SUR LES COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS ORAUX

- ✓ Les aliments viennent en premier. À moins que le besoin de compléments nutritionnels oraux soit urgent, une amélioration de l'alimentation, si possible, et des repas plus fréquents devraient être essayés avant toute chose.
- ✓ Les compléments nutritionnels oraux s'ajoutent à la nourriture. Ils ne doivent pas la remplacer. Une personne prenant des compléments nutritionnels oraux doit comprendre la nécessité de continuer à manger aussi bien que possible.
- ✓ Les personnes concernées ont besoin d'instructions sur la façon de mélanger les suppléments nutritionnels oraux, la quantité à prendre en une fois et le moment où les prendre.
- ✓ Les compléments nutritionnels oraux doivent être pris entre les repas, et non aux heures des repas.
- ✓ Des personnes ont souvent besoin d'un soutien et d'encouragements continus (de la part des membres de la famille, des aidants et des agents de santé) pour continuer à prendre des compléments nutritionnels oraux et à manger aussi bien que possible.
- ✓ Au bout d'un certain temps, une personne peut se lasser du goût et de la texture d'un type de complément nutritionnel oral. Une variété d'arômes et un changement de temps en temps peut aider.
- ✓ Le poids doit être surveillé et enregistré régulièrement.
- ✓ Idéalement, l'objectif devrait être d'arrêter les compléments nutritionnels oraux une fois que le risque de malnutrition est passé et que le régime alimentaire fournit une nutrition adéquate.



ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE LES AFFECTIONS ASSOCIÉES

★ 6.3 SARCOPÉNIE ET FRAGILITÉ

La sarcopénie et la fragilité sont des affections qui peuvent être associées à une mauvaise alimentation. Les interventions liées au mode de vie, y compris une meilleure nutrition et l'exercice physique, peuvent aider dans les deux cas.

Sarcopénie. Ce terme désigne une perte générale et croissante de la masse, de la force et de la fonction musculaires. Elle peut résulter d'une maladie, d'une mauvaise alimentation ou d'un manque d'activité physique (rester au lit pendant de longues périodes de temps, par exemple). Elle peut ne pas avoir de cause évidente et peut être associée au processus du vieillissement.

Fragilité. La fragilité peut impliquer une perte de poids, une faiblesse musculaire, un faible niveau d'activité physique, l'épuisement et la lenteur (marcher lentement, par exemple). La fragilité peut résulter du stress physique ou psychologique, tel qu'un traumatisme, une maladie ou la perte d'un être cher. Une personne atteinte de fragilité peut perdre ses capacités fonctionnelles et devenir dépendante aux soins.



ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET PHYSIQUE

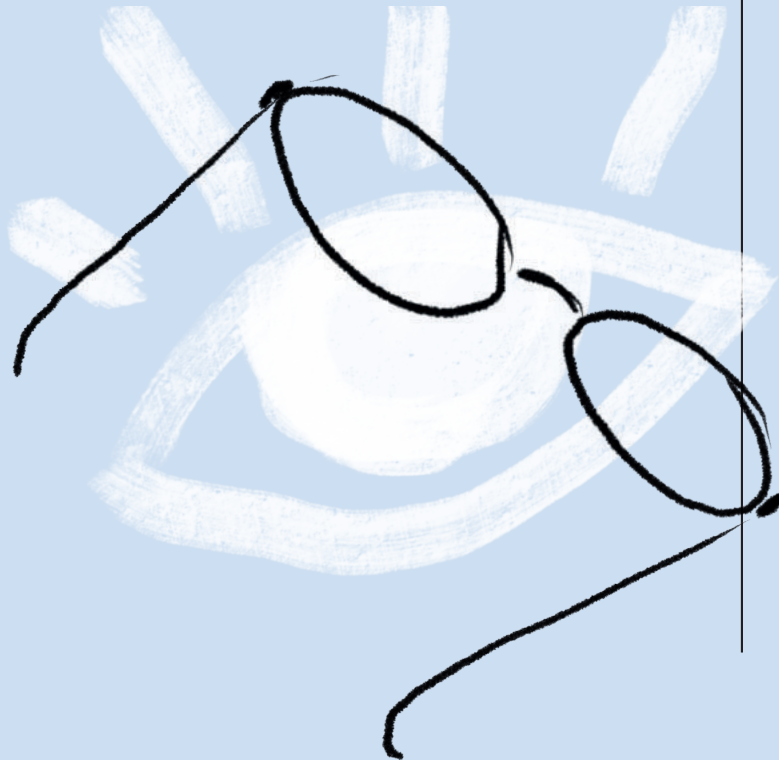
Les aidants et les communautés peuvent aider à surmonter les obstacles à la santé nutritionnelle des personnes âgées. Par exemple, les organisations communautaires pourraient organiser des dîners en groupe pour les personnes âgées.

Pour leur part, les agents de santé communautaires peuvent faciliter l'accès aux provisions, l'accès à une aide à la gestion des finances ou l'accès à des sources de revenu d'appoint, à une aide à la préparation des aliments, ou recevoir des aliments préparés, par exemple par l'entremise d'un service traiteur communautaire.

7

Capacité visuelle

Filière de soins pour prendre en charge la déficience visuelle



La vision est un élément essentiel des capacités intrinsèques, qui permet aux personnes d'être mobiles et d'interagir en toute sécurité avec leurs pairs et l'environnement. Certaines causes de déficience visuelle deviennent plus fréquentes avec l'âge : myopie et hypermétropie, cataracte, glaucome et dégénérescence maculaire.

La déficience visuelle peut entraîner des difficultés à entretenir des relations familiales et sociales, à accéder à l'information, à se déplacer en toute sécurité (surtout en ce qui concerne l'équilibre et le risque de chute) et à exécuter des tâches manuelles. Ces difficultés peuvent être source d'anxiété et de dépression.

Une évaluation de la vision est un élément essentiel d'une évaluation axée sur la personne.

POINTS CLÉS

- À l'aide d'un simple tableau optométrique les agents de santé primaires et communautaires peuvent dépister une perte de vision significative.
- De nombreuses personnes souffrant d'une perte de vision peuvent se faire traiter. Il est important d'interroger, d'évaluer ou de vérifier la présence d'une maladie oculaire établie.
- Des lunettes peuvent souvent corriger la perte de vision de près ou de loin.
- Des dispositifs d'assistance (loupes, télescopes) peuvent aider les personnes souffrant d'une perte de vision qui ne peut être corrigée avec des lunettes.
- À la maison et dans la communauté, des mesures simples comme un meilleur éclairage peuvent améliorer les capacités fonctionnelles des personnes âgées souffrant d'une perte de vision.

7

Capacité visuelle

Filière de soins pour prendre en charge la déficience visuelle

L'incapacité à voir de loin nécessite **toujours** l'orientation vers des soins complets

DÉFICIENCE VISUELLE (14)

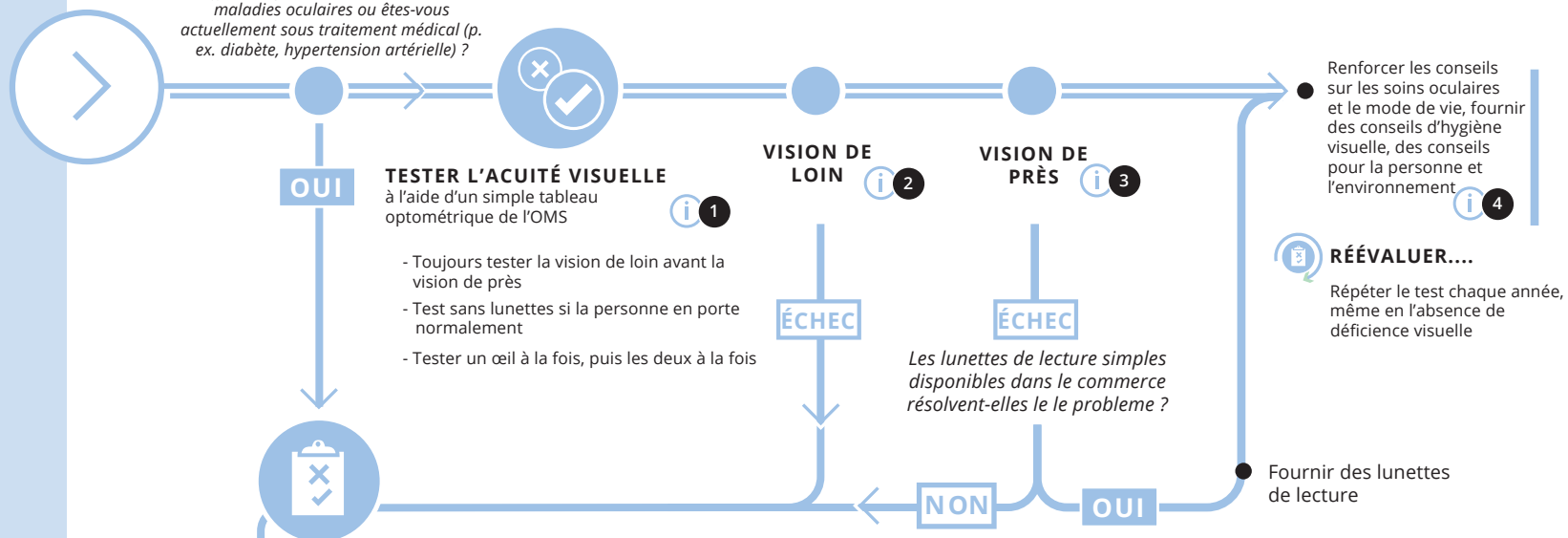
Troubles de la vision de loin :

- Légers - acuité visuelle inférieure à 6/12
- Modérés - acuité inférieure à 6/18
- Graves - acuité inférieure à 6/60
- Cécité - acuité inférieure à 3/60.

Troubles de la vision de près :

- Acuité visuelle de près inférieure à N6 ou correction existante

POSER LA QUESTION :
Avez-vous des problèmes oculaires : des difficultés pour voir de loin, lire, des maladies oculaires ou êtes-vous actuellement sous traitement médical (p. ex. diabète, hypertension artérielle) ?



★ ÉVALUER LA DÉFICIENCE VISUELLE ET LES MALADIES OCULAIRES → 7.4

- Traiter les maladies oculaires
- Prendre en charge la déficience visuelle
- Revoir et mettre à jour la prescription de lunettes, ou offrir de nouvelles lunettes
- Envisager la rééducation oculaire, y compris des dispositifs de vision assistée tels que des loupes de bureau et mobiles → 7.5

★ ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE LES AFFECTIONS ASSOCIÉES

- **HYPERTENSION** → Prendre en charge les facteurs de risque cardiovasculaire
- **DIABÈTE** → Consulter chaque année un ophtalmologiste pour un examen de la rétine
- **UTILISATION DE STÉROÏDES** → Passer en revue les médicaments afin d'éviter des effets indésirables sur les yeux → 7.9

★ ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET PHYSIQUE

- Prodiger des conseils sur la vie quotidienne avec vision médiocre
- Introduire l'adaptation de la maison (éclairage, couleurs contrastées) pour éviter les chutes → 7.10
- Éliminer les risques du chemin emprunté habituellement

★ Besoin de soins spécialisés

LORSQUE DES SOINS SPÉCIALISÉS SONT NÉCESSAIRES

Si une personne a une maladie oculaire établie ou est identifiée comme telle, un ophtalmologiste doit décider de la fréquence et du type d'examen.

i 1

TESTER L'ACUITÉ VISUELLE EN SOINS PRIMAIRES

- Un dépistage simple de la perte de vision doit être effectué au **moins une fois par an pour les personnes âgées de 50 ans et plus.**
- Le dépistage peut être effectué à l'aide de l'échelle d'acuité visuelle simple de l'OMS pour tester à la fois la vision de loin et de près. Les instructions apparaissent à droite.
- Un prestataire de soins de santé primaires peut effectuer le dépistage. Cela n'exige pas de formation formelle en évaluation des soins oculaires (13).
- Si les lunettes de lecture standards résolvent le problème de vision d'une personne, un examen complet peut ne pas être nécessaire.

i 4

HYGIÈNE VISUELLE

L'hygiène visuelle concerne à la fois l'environnement et la personne. Les facteurs environnementaux et les comportements peuvent faciliter la fonction visuelle (par exemple, l'éclairage, le contraste, l'utilisation de couleurs) ou peuvent être préjudiciables (par exemple, le visionnage prolongé des médias électroniques, le temps excessif passé à utiliser la vision de près). L'hygiène personnelle comprend l'ensemble des comportements liés à l'hygiène oculaire tels que se laver les mains fréquemment, ne pas se frotter les yeux, utiliser uniquement du savon doux pour les paupières et s'abstenir d'utiliser des cosmétiques pour les yeux.

i 2

TESTER LA VISION DE LOIN

AVEC L'ÉCHELLE D'ACUITÉ VISUELLE SIMPLE DE L'OMS

En vous tenant près de la personne, montrez-lui comment effectuer le test des E en indiquant dans quelle direction les E pointent. Effectuez le test en allant des petits E vers les grands E.

1. Effectuez le test avec les quatre petits E à trois mètres de distance. → 7.1

La vision est de 6/18 ou plus si la personne peut voir trois des quatre petits E (SUCCÈS au test d'examen de la vue de loin).

Si la personne ne voit pas au moins trois des grands E (ÉCHEC au test d'examen de la vue de loin), alors il faut évaluer la déficience visuelle et dépister l'affection oculaire. Les tests supplémentaires ci-dessous peuvent aider à évaluer l'acuité visuelle.

2. Effectuez le test avec les grands E à trois mètres de distance. → 7.2

Si la personne voit les E, alors la vision est de 6/60.

Si la personne ne voit pas au moins trois des grands E à trois mètres de distance

3. Effectuez le test avec les grands E à un mètre et demi de distance.

Si la personne voit au moins trois des quatre E, alors la vision est de 3/60.

i 3

TESTER LA VISION DE PRÈS

AVEC L'ÉCHELLE D'ACUITÉ VISUELLE SIMPLE DE L'OMS → 7.3

Invitez la personne à tenir la carte du test de vision rapprochée aussi près d'elle que possible. Effectuez le test en allant des plus grands E vers les plus petits. Si la personne reconnaît la direction d'au moins trois sur quatre des plus grands E, alors elle a RÉUSSI le test d'examen de la vision rapprochée. Dans le cas contraire, vérifiez si l'une des lunettes de lecture peut aider.

Si la personne ne voit pas au moins trois des plus grands E à l'aide des lunettes de lecture (ÉCHEC au test d'examen de la vision rapprochée), alors il faut évaluer la déficience visuelle et dépister l'affection oculaire. La taille moyenne est similaire au format d'impression des livres. La taille la plus petite est similaire au plus petit format d'impression des livres et des magazines (elle ne fait pas partie du test).

Capacité visuelle

Filière de soins pour prendre en charge la déficience visuelle



7

Capacité visuelle

Filière de soins pour
prendre en charge la
déficience visuelle

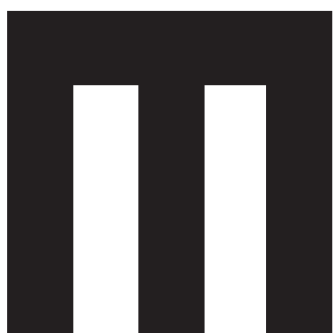
7.1 ÉCHELLE D'ACUITÉ VISUELLE SIMPLE DE L'OMS (QUATRE PETITS E POUR LA VISION DE LOIN)

- Les petits E mesurent 1,3 cm x 1,3 cm, et sont à 1,3 cm les uns des autres
- E en noir complet sur papier blanc uni.



7.2 ÉCHELLE D'ACUITÉ VISUELLE SIMPLE DE L'OMS (QUATRE GRANDS E POUR LA VISION DE LOIN)

- Les grands E mesurent 4,2 cm x 4,2 cm, et sont à 4,5 cm les uns des autres
- E en noir complet sur papier blanc uni.



7

Capacité visuelle

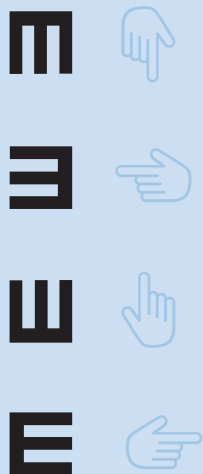
Filière de soins pour
prendre en charge la
déficience visuelle



7

Capacité visuelle

Filière de soins pour
prendre en charge la
déficience visuelle



7.3 ÉCHELLE D'ACUITÉ VISUELLE SIMPLE DE L'OMS (VISION DE PRÈS)





ÉVALUER

LA DÉFICIENCE VISUELLE ET LES MALADIES OCULAIRES

7.4 ÉVALUER LA DÉFICIENCE VISUELLE ET LES MALADIES OCULAIRES

- La perte soudaine ou rapide de la vision d'un œil ou des deux yeux nécessite un examen simple des yeux et de la vue, et une orientation vers des soins spécialisés.
- Un professionnel des soins primaires peut examiner les yeux de la personne. S'il y a des changements tels que des yeux rouges, des sécrétions, des cicatrices, une douleur persistante, une intolérance au soleil ou une cataracte, un professionnel des soins oculaires (ophtalmologiste, optométriste) doit examiner la personne.
- Un généraliste peut examiner les yeux à la recherche de signes de maladies oculaires courantes. Cet examen n'est généralement pas complet et nécessite l'intervention d'un spécialiste. Si l'affection oculaire mentionnée ci-dessus persiste, des soins oculaires spécialisés sont recommandés.
- Les lunettes de lecture aident beaucoup de personnes âgées à voir les objets de près. Pour certaines personnes, cependant, les lunettes de lecture ne sont pas la solution. Par exemple, les personnes hypermétropes ou astigmates ont besoin de lunettes prescrites par un professionnel des soins oculaires après examen.
- Un examen diagnostique standard comprend l'utilisation d'une lampe à fente par un professionnel qualifié pour examiner l'œil en détail. Cet instrument peut être utilisé, par exemple, pour détecter une cataracte et peut aider à décider de la nécessité d'une chirurgie. L'examen de la rétine et du nerf optique nécessite l'utilisation d'autres instruments et parfois la prise d'images pour détecter les changements précoces et guider le traitement qui peut prévenir la perte de vision. L'examen de la rétine à intervalles réguliers est particulièrement important pour les personnes atteintes de diabète.

7

Capacité visuelle

Filière de soins pour prendre en charge la déficience visuelle

★ Cataracte

La cataracte est une opacification du cristallin de l'œil qui empêche une vision claire, souvent liée au processus de vieillissement. La cataracte demeure la principale cause de cécité. La réduction du tabagisme et de l'exposition aux rayons ultraviolets peut prévenir ou retarder le développement de la cataracte. Le diabète et l'obésité sont des facteurs de risque supplémentaires.

La déficience visuelle et la cécité dues à la cataracte sont évitables parce que l'opération de la cataracte est sans danger et peut restaurer la vue.

7

Capacité visuelle

Filière de soins pour prendre en charge la déficience visuelle



ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE LA DÉFICIENCE VISUELLE

7.5 LUNETTES DE LECTURE

Beaucoup de personnes âgées de 50 ans et plus ont des difficultés à voir ou à lire de près. Utiliser des lunettes de lecture peut souvent leur être bénéfique.

Des lunettes de lecture simples sont disponibles à faible coût. Elles sont souvent disponibles en différents niveaux de grossissement. Les lunettes de lecture font simplement paraître plus grands les objets rapprochés. Lorsque de simples lunettes de lecture ne résolvent pas le problème, un examen complet des yeux et de la vision est conseillé.

Si possible, toutes les personnes âgées de 50 ans ou plus devraient être examinées à intervalles réguliers par un professionnel de la vue. De simples tests de vision et de lecture ne remplacent pas un examen complet effectué par un professionnel des soins oculaires.

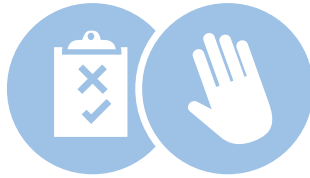
7.6 VISION FAIBLE IRRÉVERSIBLE

Pour de nombreuses personnes malvoyantes, des lunettes de prescription ne peuvent pas corriger suffisamment leur vision. Pour ces personnes, les dispositifs de vision assistée - de bureau ou mobiles

fournissent un grossissement supérieur aux lunettes. Ils peuvent rendre possibles des tâches impliquant la vision de près, comme la lecture d'un livre ou d'un journal, la reconnaissance des espèces, la lecture d'étiquettes et l'inspection de petits objets ou de parties de gros objets.

Les agents de santé ou de réadaptation au niveau communautaire peuvent aider les personnes à obtenir ces dispositifs.

★ **Rééducation de la vue.** Une personne atteinte d'une basse vision irréversible bénéficiera de services complets de rééducation de la vue qui comprennent un soutien psychologique, ainsi que des services d'orientation, de mobilité et de formation dans les activités quotidiennes. Des spécialistes des soins de la vue et de la rééducation peuvent former les personnes malvoyantes à des habiletés qui améliorent le fonctionnement visuel - notamment la sensibilisation, la fixation, le balayage et le suivi. Ces compétences sont généralement nécessaires pour l'utilisation efficace de loupes, mais elles peuvent aussi être utiles dans d'autres circonstances.



ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE LES MALADIES ASSOCIÉES

7.7 HYPERTENSION

L'hypertension artérielle est un facteur de risque important pour les maladies de la rétine et le glaucome.

7.8 DIABÈTE

Une personne atteinte de diabète doit se faire examiner les yeux chaque année par un spécialiste des soins oculaires pour dépister une éventuelle rétinopathie diabétique.

7.9 UTILISATION DE STÉROÏDES

Chez certaines personnes, un traitement au long cours aux stéroïdes peut augmenter la pression dans le globe oculaire (pression intraoculaire) ou entraîner une cataracte. Cette pression accrue peut entraîner une perte de vision, ce qui endommage le nerf optique, et peut entraîner la cécité si elle n'est pas traitée. Toute personne recevant un traitement stéroïdien de longue durée doit subir des examens réguliers de la vue et de la pression oculaire.

7

Capacité visuelle

Filière de soins pour
prendre en charge la
déficience visuelle

7

Capacité visuelle

Filière de soins pour prendre en charge la déficience visuelle



ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET PHYSIQUE

Il existe de nombreuses façons d'aider les personnes malvoyantes à vivre mieux. Les membres de la famille et les prestataires de soins peuvent aider. L'adaptation locale de ces conseils afin de préciser où se procurer des dispositifs d'aide visuelle et comment obtenir des services est nécessaire en fonction des endroits.

7.10 ADAPTATIONS À LA BASSE VISION

Au-delà de la fourniture de dispositifs d'aide visuelle, de simples changements peuvent permettre aux personnes malvoyantes de poursuivre leurs activités et, par conséquent, de maintenir leur qualité de vie. Des modifications peuvent être apportées à la maison et dans les zones de mouvement habituelles d'une personne afin de rendre ses tâches et ses activités de loisirs habituelles plus sûres et plus faciles. En voici quelques exemples.

Améliorer l'éclairage. Un bon éclairage est particulièrement important pour la vision de près. Il est préférable que la lumière vienne du côté de la personne (sans créer d'ombre).

Réduire l'éblouissement. Une lumière plus vive est généralement préférable. Mais l'éblouissement du soleil ou des lumières vives peut gêner certaines personnes.

Déplacer les obstacles. Les dangers tels que les meubles et d'autres objets durs peuvent être retirés du chemin habituel de la personne ou, s'ils y ont une utilité, toujours laissés au même endroit.

Créer du contraste. Un bon contraste à l'intérieur et entre les objets les rend plus faciles à voir, à trouver ou à éviter. Il s'agit par

exemple du marquage à contraste élevé sur le bord des marches (en particulier pour ceux qui ne voient que d'un œil), des assiettes colorées pour que les aliments se distinguent par contraste, et de l'utilisation d'un stylo noir pour écrire. Les personnes malvoyantes, les membres de la famille et les aidants peuvent colorer les manches des ustensiles ménagers et de cuisine pour les rendre plus visibles et plus sûrs - par exemple, en enveloppant un manche de couteau avec un ruban adhésif de couleur vive ou en le peignant.

Utiliser les caractères les plus lisibles. Pour les supports imprimés et les écrans d'affichage électronique sur les ordinateurs et les téléphones, il est plus facile de lire les gros caractères sans empattement (comme ceux qui figurent dans le présent manuel) qui se distinguent clairement d'une couleur de fond uniforme.

Choisir des objets ménagers avec des caractères plus gros et un bon contraste. Il y a souvent des produits disponibles dans les magasins qui utilisent des lettres et des chiffres plus grands ou un bon contraste. Les horloges, les montres et les livres en gros caractères sont des exemples de ce type de produits. Pour les loisirs, il est possible d'acheter ou de fabriquer des planches et des pièces de jeu de grand format, ainsi que des cartes à jouer avec des gros caractères et des symboles, par exemple.

Utiliser des dispositifs d'aide à l'audition et à la vision. De nombreux articles disponibles dans le commerce ont désormais une capacité vocale, comme les montres, les thermomètres et les balances parlantes. De nombreux téléphones mobiles et programmes informatiques disposent désormais de fonctions de synthèse vocale de texte.

8

Capacité auditive

Filière de soins pour prendre en charge la déficience auditive



La déficience auditive liée à l'âge peut être la déficience sensorielle la plus courante chez les personnes âgées. Une déficience auditive non traitée gêne la communication et peut entraîner l'isolement social. Les diminutions d'autres capacités, telles que le déclin cognitif, peuvent aggraver ces conséquences sociales. La déficience auditive est liée à de nombreux autres problèmes de santé, y compris le déclin cognitif et le risque de démence, la dépression et l'anxiété, le déficit d'équilibre, les chutes, les hospitalisations et les décès prématurés.

L'évaluation de l'audition est donc un élément essentiel du suivi des capacités intrinsèques des personnes âgées au niveau communautaire. L'évaluation plus approfondie de l'audition est également un élément essentiel d'une évaluation complète des besoins socio-médicaux d'une personne âgée.

POINTS CLÉS

- Les agents de santé primaires en milieu communautaire et en établissement peuvent dépister une déficience auditive à l'aide d'un simple appareil portable ou d'un test de voix chuchotée.
- Des gestes simples au sein du ménage et de la communauté peuvent réduire l'impact de la déficience auditive. Des stratégies de communication visant à faciliter l'audition comprennent le fait de parler clairement, de faire face à la personne malentendante lorsqu'on lui parle et de réduire le bruit de fond.
- L'amélioration de l'audition implique l'utilisation d'appareils auditifs tels que des prothèses auditives et des implants cochléaires. Pour les fournir, il faut des connaissances et du matériel spécialisés.

8

Capacité auditive

Filière de soins pour prendre en charge la déficience auditive

TESTER L'AUDITION



- Test de voix chuchotée : Peut entendre des chuchotements 3 OU
- Audiométrie de dépistage : 35 dB ou moins pour réussir OU
- Test automatisé des chiffres dans le bruit à l'aide d'une application

SUCCÉ

- Renforcer les conseils génériques sur les soins des oreilles ou les soins habituels 2

ÉCHE

Surdité

(Audiométrie: ≥ 81 dB)

Déficience auditive modérée à sévère

(Audiométrie: 36-80 dB)

Normale

(Audiométrie: ≤ 35 dB)

ÉVALUER **LA CAPACITÉ AUDITIVE** $\rightarrow$ 8.1
(Audiométrie Diagnostique)

● INTERROGER SUR :

- LES FACTEURS DE RISQUE (tels que l'exposition au bruit et les médicaments ototoxiques)
- DES DOULEUR DANS L'OREILLE
- L'HISTORIQUE du drainage actif de fluide d'une ou des deux oreilles, déficience auditive soudaine ou rapide
- VERTIGE
- OTITE MOYENNE CHRONIQUE
- DÉFICIENCE AUDITIVE UNILATÉRALE

OUI

(  l'une des questions)

- Orienter vers des soins auditifs spécialisés

- ★ - évaluer et fournir un appareil auditif $\rightarrow$ 8.4 (prothèses auditives ou implants cochléaires)

- Renforcer les conseils génériques sur les soins des oreilles ou les



RÉÉVALUER une fois par an

NON

(  tout)

- Fournir des prothèses auditives $\rightarrow$ 8.4
- Si aucune prothèse auditive n'est disponible, informer sur la lecture labiale et le langage des signes, ainsi que d'autres stratégies de communication $\rightarrow$ 8.5



ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET PHYSIQUE

- Fournir un soutien émotionnel et de l'aide pour prendre en charge la détresse émotionnelle
- Installer des aides auditives dans toute la maison (téléphone, sonnettes de porte)
- Fournir à la personne malentendante, aux membres de sa famille et aux aidants des stratégies pour rester en contact et maintenir des liens

★ Besoin de soins spécialisés

LORSQUE DES SOINS SPÉCIALISÉS SONT NÉCESSAIRES

- Évaluation d'une personne souffrant d'une déficience auditive sévère ou de surdité
- Mise en place d'un dispositif d'aide à l'audition
- Prise en charge d'un problème sous-jacent qui cause ou contribue à la déficience auditive

1

TESTER L'AUDITION

L'évaluation initiale utilise l'un des trois tests possibles.

TEST DE VOIX CHUCHOTÉE

Le test de chuchotement est un outil de dépistage qui peut - aider à déterminer si une personne a une audition normale ou si elle a besoin d'une audiométrie diagnostique.

AUDIOMÉTRIE DE DÉPISTAGE (15)

Utiliser l'audiométrie de dépistage si vous disposez du matériel nécessaire. L'audiométrie de dépistage présente des tonalités dans tout le spectre de la parole (500 à 4000 Hz) aux limites supérieures de l'audition normale. Les résultats sont enregistrés comme normaux ou nécessitant un recours. Une lecture de 35 dB ou moins indique une audition normale. Avec une brève formation spécifique, un non-spécialiste peut tester avec précision l'audition avec ce matériel.

TEST AUTOMATIQUE DES CHIFFRES SUR FOND DE BRUIT   L'AIDE D'UNE APPLICATION

Un autotest automatique des chiffres sur fond de bruit peut également être utilisé pour déterminer si une audiométrie diagnostique est nécessaire.

Disponible sous forme **d'application pour téléphone portable** - par exemple :

 **hearWHO:** <https://www.who.int/deafness/hearWHO> (gratuit, en anglais)

 **hearZA:** <https://www.hearza.co.za/> (gratuit, in anglais)

 **uHear:** <http://unitron.com/content/unitron/nz/en/professional/practice-support/uhear.html> (gratuit, pour utilisateurs d'iPhone, en allemand, anglais, espagnol et français).

Disponible sous la forme d'un **service Web** - par exemple :

 **HearCom:** http://hearcom.eu/prof/DiagnosingHearingLoss/SelfScreenTests/ThreeDigitTest_en.html (gratuit, en allemand anglais, néerlandais, polonais et suédois).

2

CONSEILS GÉNÉRIQUES SUR LES SOINS DES OREILLES

- **NE PAS** mettre les doigts sales dans les oreilles ni oublier de se laver les mains avant de manipuler des aliments, et ne pas manger avec les mains sales
- **TOUJOURS** se laver les mains après être all  aux toilettes
- **NE PAS** nager ni se laver dans de l'eau sale
- **NE RIEN** introduire dans les oreilles :
 - huile chaude ou froide
 - remèdes à base de plantes
 - liquides tels que le kérosène.

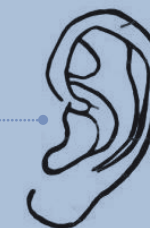
3

TEST DE VOIX CHUCHOTÉE

- Tenez-vous   une distance d'environ une longueur de bras derrière et d'un côté de la personne.
- Demandez à la personne ou à un assistant de boucher l'oreille opposée en appuyant sur le tragus. (Le tragus est la saillie avant de l'oreille, qui en recouvre partiellement l'ouverture.)
- Expirez, puis chuchotez doucement quatre mots. Utilisez des mots courants qui n'ont aucun rapport entre eux.
- Demandez à la personne de répéter les mots après vous. Les mots doivent être répétés un   un, et vous devez attendre la réponse de chaque mot. *Si la personne répète plus de trois mots et si vous êtes sûr qu'elle vous entend distinctement, alors l'acuité auditive de cette oreille est probablement bonne.*
- Passez de l'autre côté de la personne et testez l'autre oreille. Utilisez d'autres mots.

Chuchotez des mots qui sont familiers à la personne.

En voici quelques exemples :



- usine	- poisson
- ciel	- bicyclette
- feu	- jardin
- num�r	- jaune

8

Capacité auditive

Filière de soins pour prendre en charge la déficience auditive



ÉVALUER LA CAPACITÉ AUDITIVE

★ 8.1 TROIS TESTS POUR UNE ÉVALUATION COMPLÈTE

L'évaluation de l'audition peut comprendre trois tests effectués avec du matériel spécialisé - un audiomètre diagnostique pour le son pur, une audiométrie vocale et un tympanomètre pour l'évaluation de l'oreille moyenne. Ces tests peuvent aider à déterminer le besoin de réadaptation. La réalisation de ces tests nécessite une formation spécialisée.

Audiométrie à sons purs. L'audiométrie à sons purs teste la capacité d'une personne à entendre les sons de différentes fréquences (hauteurs) de sons purs. Elle consiste à faire jouer des sons préenregistrés de plus en plus fort jusqu'à ce que la personne puisse les entendre - le seuil d'audition. Elle teste la conduction aérienne et la conduction osseuse des sons afin d'évaluer les seuils auditifs à des fréquences allant de 125 Hz (très basse) à 8000 Hz (très haute). Ce test aide à déterminer le degré et le type de déficience auditive.

Audiométrie vocale. Les personnes âgées bénéficient d'un test supplémentaire - l'audiométrie vocale. Dans ce test, une série de mots simples préenregistrés sont joués à des volumes croissants, et la personne est invitée à répéter les mots quand elle les entend. Ce test recoupe les résultats de l'audiométrie à sons purs. Il aide à déterminer si la reconnaissance vocale est compatible avec les résultats de l'audiométrie à sons purs, s'il y a une asymétrie de la perception de la parole qui n'est pas prévue par l'audiométrie à sons purs, ou il identifie quelle oreille équiper d'une aide auditive si une seule aide auditive doit être installée.

Tympanométrie. Enfin, la tympanométrie teste la conformité (ou mobilité) du tympan. Ce test peut appuyer les résultats de l'audiométrie à sons purs et de l'audiométrie vocale afin de déterminer le type de problème auditif.



PRENDRE EN CHARGE LA DÉFICIENCE AUDITIVE

Tant les stratégies de communication que les appareils auditifs doivent être envisagés pour prendre en charge la déficience auditive.

La meilleure approche pour prendre en charge la déficience auditive doit être décidée à la lumière de l'évaluation complète des capacités intrinsèques de la personne. Tout déclin cognitif, toute perte de capacité locomotrice ou de dextérité dans les bras ou les mains, ainsi que le soutien de la famille et de la communauté doivent tous être pris en considération

8.2 POUR LES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES D'UNE DÉFICIENCE AUDITIVE MODÉRÉE À SÉVÈRE

- Expliquer aux personnes malentendantes et à leurs familles les avantages des appareils auditifs tels que les prothèses auditives, où se les procurer et comment les utiliser. Une fois qu'une personne dispose d'une prothèse auditive, l'agent de santé peut appuyer et encourager son utilisation.
- L'audiométrie seule ne devrait pas déterminer si une personne a besoin d'un appareil auditif. La plupart des personnes malentendantes se plaignent de difficultés à communiquer lorsqu'il y a un bruit de fond. Une personne doit faire l'objet d'une évaluation de ses

besoins globaux avant de lui suggérer l'utilisation d'appareils auditifs.

- Donner des conseils clairs aux personnes malentendantes et à leurs familles et aidants sur la communication et les stratégies qui peuvent améliorer les capacités fonctionnelles. → 8.5
- Certains médicaments peuvent endommager l'oreille interne, entraînant une déficience auditive et/ou une perte d'équilibre. Il s'agit notamment d'antibiotiques tels que la streptomycine et la gentamicine et d'antipaludéens tels que la quinine et la chloroquine. D'autres médicaments peuvent également affecter l'audition. La réduction de ces médicaments, si possible, peut prévenir l'aggravation de la déficience auditive. →

8.3 POUR LES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE SURDITÉ

Une personne âgée atteinte d'un degré élevé de déficience auditive (sévère ou profonde) ou qui ne bénéficie pas des interventions mentionnées ci-dessus aura besoin de soins auditifs spécialisés tels que l'installation d'un appareil auditif. **La fourniture de prothèses auditives nécessite des compétences spécialisées pour les tests, la prescription et l'installation.**

8

Capacité auditive

Filière de soins pour prendre en charge la déficience auditive

★ Autres signaux d'alarme pour les soins auditifs spécialisés

Les affections pouvant être à l'origine d'une déficience auditive nécessitent un diagnostic et une prise en charge spécialisés. Il s'agit notamment de :

- douleur dans l'oreille
- otite moyenne chronique (infection de l'oreille moyenne)
- déficience auditive soudaine ou à progression rapide
- vertige avec déficience auditive modérée à sévère
- drainage actif de fluide d'une ou des deux oreilles
- présence de facteurs de risque tels que l'exposition au bruit et la prise de médicaments qui peuvent endommager l'audition.

8

Capacité auditive

Filière de soins pour prendre en charge la déficience auditive

★ 8.4 APPAREILS AUDITIFS

Prothèses auditives. Les prothèses auditives constituent généralement la meilleure technologie pour les personnes âgées malentendantes. Les prothèses auditives rendent les sons plus forts. Elles peuvent être efficaces pour la plupart des gens, et elles sont pratiques parce qu'elles se portent à l'intérieur de l'oreille ou sur celle-ci. Il est important d'expliquer aux personnes que les prothèses auditives ne guérissent pas ou ne traitent pas la déficience auditive.

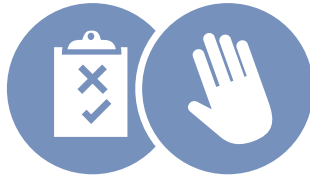
Implants cochléaires. Les implants cochléaires peuvent être bénéfiques pour une personne atteinte d'un degré élevé de déficience auditive et à qui l'utilisation de prothèses auditives n'est d'aucune utilité. Un implant cochléaire est placé dans l'oreille par le biais d'une opération chirurgicale. Il transforme les sons en impulsions électriques et les envoie aux nerfs de l'oreille. Une personne doit être évaluée soigneusement afin de déterminer si un implant cochléaire peut l'aider. Si l'implantation cochléaire n'est pas disponible ou réalisable, la personne âgée et sa famille doivent en être informées et formées à la lecture labiale et au langage des signes.

Boucle à induction magnétique et amplificateurs de sons personnels. Les boucles à induction magnétique et les amplificateurs de sons personnels sont aussi efficaces. Une boucle à induction magnétique, ou boucle pour malentendants, est constituée d'un ou de plusieurs fils placés autour d'un espace (par exemple, une salle de réunion ou un comptoir de service). Les fils envoient des signaux à partir d'un microphone et d'un amplificateur à certains types de prothèses auditives.



Les Lignes directrices de l'OMS sur les prothèses auditives et les services destinés aux pays en développement fournissent davantage de conseils :

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43066>



ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE

L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET PHYSIQUE

Minimiser l'impact de la déficience auditive peut aider à préserver l'autonomie et à réduire la nécessité pour les personnes âgées de compter sur les services communautaires pour leurs besoins quotidiens. Les membres de la famille, les autres aidants et la communauté peuvent tous apporter une aide.

La déficience auditive entraîne souvent une détresse psychologique et l'isolement social. C'est pourquoi la réadaptation audilogique met désormais davantage l'accent sur les considérations psychosociales, adaptées aux objectifs de la personne âgée et de ses aidants.

- Une interaction sociale régulière peut réduire le risque de déclin cognitif, de dépression et d'autres conséquences émotionnelles et comportementales de la déficience auditive. Par temps de détresse particulière, les réseaux de soutien social peuvent aider.
- Les conjoints et les membres de la famille peuvent aider à éviter la solitude et l'isolement. Ils peuvent avoir besoin de conseils sur la façon de le faire. Par exemple, ils doivent continuer à communiquer avec la personne malentendante et organiser des activités qui maintiennent son implication dans un réseau social. Consultez l'encadré ci-contre pour obtenir des conseils sur la façon de parler à une personne malentendante. → 8.5
- Les solutions environnementales à domicile peuvent inclure l'installation de sonnettes de porte et de téléphones à un endroit où on peut les entendre partout dans la maison.

8.5 STRATÉGIES DE COMMUNICATION À L'INTENTION DES MEMBRES DE LA FAMILLE ET DES AIDANTS

Les agents de santé peuvent conseiller aux membres de la famille et aux aidants de suivre certaines pratiques simples lorsqu'ils s'adressent à une personne malentendante (14).

- ✓ Veiller à ce que la personne voie votre visage quand vous parlez.
- ✓ S'assurer que votre visage est bien éclairé pour permettre à la personne de voir vos lèvres.
- ✓ Attirer son attention avant de lui parler.
- ✓ Essayer d'éviter les distractions, surtout le vacarme et les bruits de fond.
- ✓ Parler clairement et plus lentement. Ne pas crier.
- ✓ Ne pas cesser de parler aux personnes qui ont des difficultés auditives. Cela les isolerait et pourrait entraîner la dépression.

Ces stratégies sont utiles, qu'une personne porte ou non un appareil auditif.

9

Capacité psychologique

Filière de soins pour prendre en charge les symptômes dépressifs



L'expression « symptômes dépressifs » (ou humeur sombre) s'applique aux personnes âgées qui présentent simultanément deux ou plusieurs symptômes de dépression la plupart du temps ou en permanence pendant au moins deux semaines, mais qui ne répondent pas aux critères d'un diagnostic de dépression majeure. Les symptômes dépressifs sont plus fréquents chez les personnes âgées atteintes d'affections invalidantes et de longue durée, en isolement social ou qui sont des aidants avec des responsabilités de soins exigeantes. Ces questions doivent être considérées comme faisant partie d'une approche globale de la prise en charge des symptômes dépressifs.

Les symptômes dépressifs sont un aspect important des capacités psychologiques, mais n'en sont qu'une seule dimension. Il y a d'autres aspects tels que l'anxiété, les caractéristiques de la personnalité, l'adaptation et la maîtrise qui nécessitent des mesures complexes.

Ce chapitre fournit des conseils sur la prévention et la prise en charge des symptômes dépressifs chez les personnes âgées. Des conseils supplémentaires sur les interventions contre la dépression sont disponibles dans le guide d'intervention mhGAP de l'OMS, à l'adresse <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

POINTS CLÉS

- En posant une série de questions, l'agent de soins primaires de la communauté peut identifier les personnes présentant des symptômes dépressifs et distinguer les symptômes dépressifs de la dépression.
- Grâce à de brèves interventions psychologiques structurées, des professionnels de santé non spécialisés formés et supervisés peuvent aider les personnes présentant des symptômes dépressifs dans la communauté et dans d'autres lieux de soins primaires.
- La dépression exige une approche globale et habituellement spécialisée du traitement.
- Le déclin dans d'autres domaines des capacités intrinsèques, tels que l'audition ou la mobilité, peut altérer les capacités fonctionnelles, réduire la participation sociale et contribuer aux symptômes dépressifs.

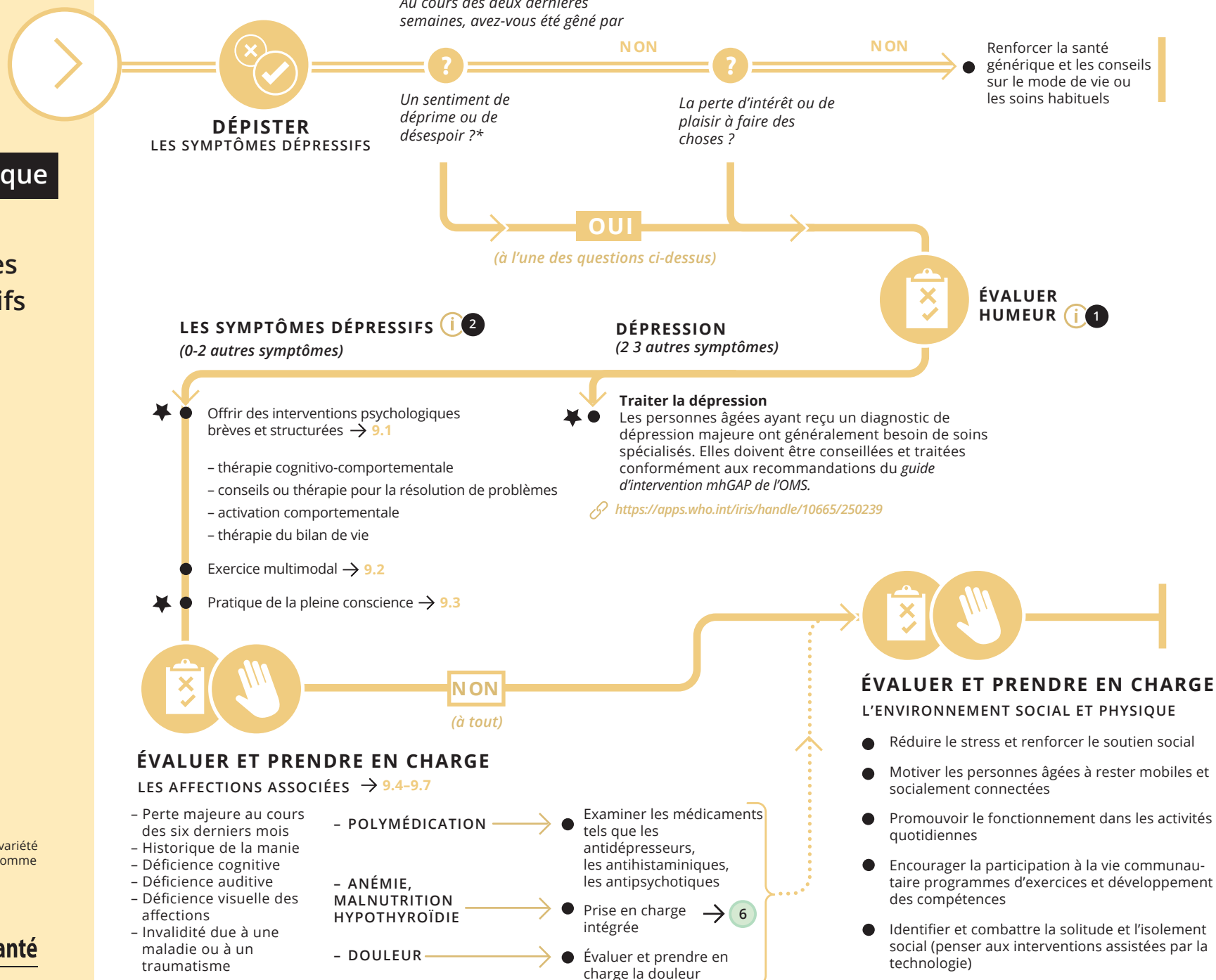
9

Capacité psychologique

Filière de soins pour prendre en charge les symptômes dépressifs

★ Besoin de soins spécialisés

* Les personnes âgées utilisent une grande variété de termes pour désigner l'humeur sombre, comme « la tristesse », « déprimé », « mal », etc.





ÉVALUER L'HUMEUR

Si une personne signale au moins un des symptômes principaux – mauvaise humeur, déprime ou désespoir et manque d'intérêt ou de plaisir à faire les choses –, faites une autre évaluation de l'humeur. D'autres mots peuvent être utilisés si une personne ne comprend pas bien les deux questions du dépistage.

POSER LA QUESTION :

*« Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été gêné par l'un des problèmes suivants ? »**

- difficulté à s'endormir, à rester endormi, ou dormir trop longtemps ;
- sensation de fatigue ou manque d'énergie ;
- manque d'appétit ou suralimentation ;
- vous vous sentez mal dans votre peau, vous pensez que vous avez échoué, que vous vous êtes déçu vous-même ou que vous avez laissé tomber votre famille ;
- difficulté à se concentrer sur des choses comme lire le journal ou regarder la télévision ;
- vous vous déplacez ou parlez si lentement que d'autres personnes peuvent l'avoir remarqué ;
- vous êtes si nerveux ou si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude.
- vous pensez que vous seriez mieux mort ou en vous faisant mal
- d'une façon ou d'une autre.

* Ces questions se trouvent dans le Questionnaire sur la santé des patients (PHQ-9) (http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq9.pdf), qui est un outil d'évaluation des symptômes dépressifs. Consulter aussi la section sur la dépression du guide d'intervention du mhGAP, à l'adresse <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>.

LORSQUE DES SOINS SPÉCIALISÉS SONT NÉCESSAIRES

- La prise en charge de la dépression nécessite une approche plus globale et habituellement spécialisée pour élaborer un plan de soins personnalisés.
- Pour prendre en charge les symptômes dépressifs, les agents de santé ont besoin d'une formation spécifique en interventions psychologiques brèves et structurées.
- Certaines affections connexes, telles que l'hypothyroïdie, peuvent nécessiter un diagnostic et une prise en charge spécialisés.



SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

Si une personne présente au moins un des symptômes principaux et un ou deux autres symptômes, il se peut qu'elle ait des symptômes dépressifs. Si une personne présente plus de deux symptômes, elle peut être admissible à un diagnostic de trouble dépressif. Il est important de distinguer les symptômes dépressifs des troubles dépressifs car leurs traitements diffèrent.

- Le déclin cognitif et la démence peuvent être associés à des symptômes dépressifs et doivent également être évalués. Les personnes atteintes de démence s'adressent souvent à un agent de santé pour se plaindre de problèmes d'humeur ou de comportement, tels que l'apathie, la perte de contrôle émotionnel ou des difficultés pour effectuer des activités professionnelles, domestiques ou sociales normales.
- En même temps, le déclin d'autres domaines des capacités intrinsèques, tels que la capacité sensorielle ou la mobilité, peut réduire les capacités fonctionnelles et la participation sociale, et contribuer ainsi aux symptômes dépressifs.
- Les interventions contre le déclin d'autres composantes des capacités intrinsèques, telles que les facultés cognitives ou l'audition, peuvent être plus efficaces si les symptômes dépressifs sont traités en même temps. Il faut en tenir compte lors de l'élaboration du plan de soins

9

Capacité psychologique

Filière de soins pour prendre en charge les symptômes dépressifs

9

Capacité psychologique

Filière de soins pour prendre en charge les symptômes dépressifs



PRENDRE EN CHARGE LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

★ 9.1 INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES BRÈVES ET STRUCTURÉES

Des interventions psychologiques brèves et structurées, telles que la thérapie cognitivo-comportementale, les approches de résolution de problèmes, l'activation comportementale et la thérapie du bilan de vie peuvent réduire considérablement les symptômes dépressifs chez les personnes âgées. L'exercice multimodal et la pratique de la pleine conscience peuvent également réduire les symptômes dépressifs.

De nombreuses interventions psychologiques peuvent être utilisées, avec le consentement de la personne âgée et en tenant compte de ses préoccupations, telles que les difficultés pour résoudre les problèmes. L'exercice physique doit être pris en compte, en plus des traitements psychologiques structurés, en raison de l'effet positif de l'exercice physique sur l'amélioration de l'humeur (voir le chapitre 5 sur la mobilité réduite). → 5

La prescription d'antidépresseurs par des médecins de premier recours sans connaissances spécialisées en santé mentale n'est pas recommandée.

Thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) repose sur l'idée que les sentiments sont affectés à la fois par les croyances et le comportement. Les personnes présentant des symptômes dépressifs (ou des troubles mentaux diagnostiqués) peuvent avoir des pensées négatives irréalistes et déformées qui, si rien n'est fait, peuvent conduire à un comportement nuisible. Ainsi, la thérapie cognitivo-comportementale comporte généralement une composante cognitive - qui aide la personne à acquérir la capacité d'identifier et de remettre en question les pensées négatives irréalistes -, ainsi qu'une composante comportementale pour améliorer les comportements positifs et réduire les comportements négatifs. Les étapes de cette thérapie peuvent inclure (1) l'identification des problèmes dans sa propre vie, (2) la prise de conscience des pensées, des émotions et des croyances concernant ces problèmes, (3) l'identification des pensées négatives ou inexacts (4) et la transformation de ces pensées pour les rendre plus réalistes.

Conseils ou thérapie de résolution de problèmes

Une approche de résolution de problèmes doit être envisagée pour les personnes présentant des symptômes dépressifs qui sont en détresse ou qui ont un certain degré d'altération du fonctionnement social (en l'absence d'un épisode ou d'un trouble dépressif diagnostiqué).

La thérapie de résolution de problèmes fournit à la personne un soutien direct et pratique. Le professionnel de santé agissant à titre de thérapeute et la personne âgée travaillent ensemble pour identifier et isoler les principaux problèmes qui pourraient contribuer aux symptômes dépressifs. Ensemble, ils les décomposent en des tâches précises et gérables par la résolution de problèmes et l'élaboration de stratégies d'adaptation pour des problèmes spécifiques.

★ Des professionnels de santé ayant reçu une formation en santé mentale administrent habituellement ces interventions. Les agents de santé communautaires pourraient également les fournir s'ils en ont les compétences et s'ils sont formés aux problèmes de santé mentale des personnes âgées. Aucun préjudice n'a été associé à ces interventions.

Activation comportementale

L'activation comportementale consiste à encourager la personne à participer à des activités gratifiantes afin de réduire les symptômes dépressifs.

Cette approche peut être apprise plus rapidement que la plupart des autres traitements psychologiques fondés sur des données probantes. Elle peut être apprise par des non-spécialistes, ce qui peut accroître l'accès aux soins pour les symptômes dépressifs. L'intervention a été étudiée principalement en tant qu'intervention à sessions multiples menée par des spécialistes. Il est possible, cependant, que l'intervention se présente sous une forme brève et qu'elle soit dispensée par des professionnels de santé formés à titre de traitement d'appoint ou dans le cadre d'une première étape d'une approche globale des soins dans les soins primaires.

Thérapie du bilan de vie

La thérapie du bilan de vie implique un thérapeute qui aide une personne à se rappeler et à évaluer son passé afin d'atteindre un sentiment de paix ou d'acceptation au sujet de sa vie. Ce type de thérapie peut aider à mettre les choses en perspective et même à retrouver des souvenirs importants d'amis et d'êtres chers. La thérapie du bilan de vie peut aider à traiter la dépression chez les personnes âgées et peut aider les personnes aux prises avec des problèmes de fin de vie. Les thérapeutes axent la thérapie

du bilan de vie sur des thèmes de la vie ou sur le retour sur certaines périodes, telles que l'enfance, la paternité ou la maternité, l'accès au statut de grand-parent ou les années de travail.

9.2 EXERCICE PHYSIQUE MULTIMODAL

Un programme d'exercice adapté aux capacités physiques et aux préférences de la personne peut réduire les symptômes dépressifs à court terme et peut-être même à long terme. Voir le chapitre 5 sur la mobilité réduite. → 5

★ **9.3 PRATIQUE DE LA PLEINE CONSCIENCE**

La pleine conscience consiste à être attentif à ce qui se passe dans le moment présent au lieu de se laisser emporter par un train de pensées au sujet du passé, de l'avenir, par des souhaits, les responsabilités ou les regrets. Ces dernières pensées peuvent devenir une spirale descendante pour une personne présentant des symptômes dépressifs. Il existe de nombreux types de pratique de la pleine conscience. Une approche largement utilisée consiste à s'asseoir ou à se coucher tranquillement et à concentrer son attention sur les sensations de la respiration. La conscience du mouvement physique - par exemple, pendant le yoga ou la marche - est également utile pour certaines personnes.

9

Capacité psychologique

Filière de soins pour prendre en charge les symptômes dépressifs



PRENDRE EN CHARGE LES AFFECTIONS ASSOCIÉES

La présence des affections associées suivantes suggère qu'une approche différente du traitement de la dépression est nécessaire.

- **Perte majeure au cours des six derniers mois.**
- **Antécédents de manie.** La manie est un épisode d'élévation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie et de l'activité. Les personnes qui connaissent des épisodes maniaques sont classées comme ayant un trouble bipolaire. Des antécédents de manie peuvent être identifiés en vérifiant plusieurs symptômes survenant simultanément, pendant au moins une semaine, et assez graves pour influencer de façon significative sur le travail et les activités sociales ou nécessitant une hospitalisation ou un isolement (voir le guide d'intervention mhGAP https://www.paho.org/mhgap/en/diagramme_d'écoulement_bipolaire.html).
- **Déclin cognitif.** La relation entre la dépression et le déclin cognitif est complexe. Des études épidémiologiques ont depuis longtemps établi un lien entre la dépression et le développement de la maladie d'Alzheimer. Les fonctions cognitives affectées dans la dépression sont l'attention, l'apprentissage et la mémoire visuelle, ainsi que les fonctions d'exécution. La dépression pourrait être une réaction psychologique à la prise de conscience par l'individu d'un léger déclin cognitif qui n'a pas encore commencé à affecter son fonctionnement quotidien.
- **Déficiences auditives.** Les personnes âgées malentendantes peuvent être susceptibles de signaler de l'embarras, de l'anxiété et une perte d'estime de soi, et sont moins susceptibles de participer aux activités sociales et d'avoir une activité physique, ce qui peut conduire à l'isolement social et à la solitude, et à terme à la dépression (15).
- **La déficience visuelle et la présence de maladies oculaires majeures liées à l'âge, telles que la dégénérescence maculaire liée à l'âge et le glaucome,** sont associées à un risque accru de dépression (16). Les personnes ayant un mauvais fonctionnement visuel signalent souvent qu'elles se sentent malheureuses, seules ou même désespérées.
- **Réaction à l'invalidité due à une maladie ou à un traumatisme.** La dépression est une affection secondaire courante chez les personnes handicapées. Les personnes qui souffrent d'un handicap dû à une maladie ou à un traumatisme subissent du stress ; elles doivent également faire face aux transitions qui interviennent dans leur vie. Les étapes de l'adaptation à une nouvelle forme d'invalidité comprennent le choc, le déni, la colère ou la dépression et l'adaptation ou l'acceptation. Les personnes âgées souffrant de nouvelles incapacités risquent de développer de l'anxiété et de la dépression.

★ **9.4 POLYMÉDICATION**

La polymédication peut entraîner des symptômes dépressifs, et les symptômes dépressifs peuvent entraîner la polymédication. Il est important de prendre en charge la polymédication ainsi que les syndromes dépressifs pour briser ce cercle vicieux. En plus des médicaments qui agissent principalement sur le système nerveux central, les médicaments ayant des propriétés psychotropes, comme les antihistaminiques et les antipsychotiques, les relaxants musculaires et d'autres médicaments non psychotropes ayant des propriétés anticholinergiques peuvent être associés à des symptômes dépressifs. L'élimination des médicaments inutiles, inefficaces, ainsi que des médicaments faisant double emploi réduit la polymédication.

★ **9.5 ANÉMIE, MALNUTRITION**

L'anémie et la malnutrition peuvent entraîner des symptômes dépressifs en raison de déficiences en fer et vitamines telles que l'acide folique, la vitamine B6 et la vitamine B12. Les symptômes dépressifs peuvent aussi jouer un rôle dans le développement de l'anémie. La perte d'appétit et le manque d'intérêt pour les activités quotidiennes (p. ex., faire les courses et la cuisine) peuvent réduire la qualité et la quantité de la nutrition

des personnes âgées, facilitant ainsi le développement de l'anémie et de la malnutrition. Pour prendre en charge les symptômes dépressifs, il est essentiel de prendre en charge l'anémie et d'améliorer l'état nutritionnel (voir le chapitre 6 sur la malnutrition). → 6

★ **9.6 HYPOTHYROÏDIE**

L'hypothyroïdie est un trouble courant chez les personnes âgées, surtout les femmes. Les symptômes de l'hypothyroïdie peuvent ne pas être spécifiques et varier d'une personne à l'autre, mais ils peuvent inclure des symptômes dépressifs. L'hypothyroïdie doit être évaluée et prise en charge par des agents de santé possédant des connaissances spécialisées.

★ **9.7 DOULEUR**

Les personnes qui signalent des douleurs chroniques présentent plus souvent des symptômes dépressifs. Il est important d'évaluer et de prendre en charge la douleur (voir le chapitre 5 sur la mobilité réduite). → 5

9

Capacité psychologique

Filière de soins pour prendre en charge les symptômes dépressifs



PRENDRE EN CHARGE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET PHYSIQUE

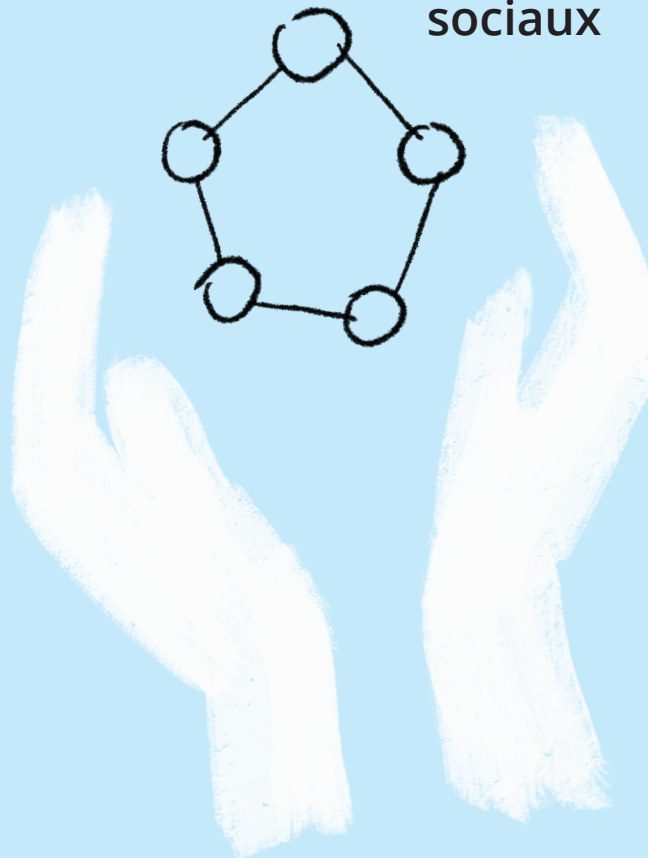
La perte d'intérêt pour des activités autrefois intéressantes ou agréables est typique de la dépression. Les membres de la famille et les aidants peuvent fournir des encouragements et un soutien en douceur pour l'accroissement de l'activité physique et de l'engagement social, comme les programmes d'exercices communautaires et le développement des compétences.

Si une personne âgée souffre d'une perte de capacité, telle qu'une déficience auditive ou une réduction de la capacité locomotrice, les membres de la famille et les aidants peuvent porter une attention particulière à éviter l'isolement social. L'isolement social peut entraîner des symptômes dépressifs. Envisagez d'utiliser des interventions assistées par la technologie sur téléphone ou sur Internet pour contrer la solitude.

10

Prise en charge et soutien sociaux

Filière de soins pour la prise en charge et le soutien sociaux



Pour les personnes souffrant de pertes de capacités intrinsèques, la dignité n'est souvent possible qu'avec des soins, le soutien et l'aide d'autrui. La disponibilité de la prise en charge et du soutien sociaux est essentielle pour garantir une vie digne et significative. La prise en charge et le soutien sociaux comprennent non seulement de l'aide pour les activités quotidiennes et les soins personnels, mais aussi la facilitation de l'accès aux installations communautaires et aux services publics, la réduction de l'isolement et de la solitude, l'aide à l'accès à la sécurité financière, la fourniture d'un lieu de vie convenable, l'absence de harcèlement et de violence, et la participation à des activités qui donnent un sens à la vie.

La personne la mieux placée pour répondre aux questions sur les besoins en prise en charge et en soutien sociaux peut varier d'une question à l'autre. Si la personne âgée souffre d'un déclin cognitif, il est préférable de poser des questions sur les activités quotidiennes et les finances à une personne qui la connaît bien, comme un membre de la famille, un aidant ou un ami.

POINTS CLÉS

- La perte de capacités fonctionnelles est courante chez les personnes âgées, en particulier chez celles dont les capacités intrinsèques sont en baisse, mais elle n'est pas inévitable.
- Les agents de santé communautaires peuvent dépister les pertes de capacités fonctionnelles à l'aide d'un simple questionnaire.
- Des interventions adaptées aux priorités d'une personne âgée peuvent améliorer les capacités fonctionnelles.
- Les interventions efficaces sont celles qui visent à améliorer les capacités intrinsèques, les capacités fonctionnelles et la fourniture d'une prise en charge et d'un soutien sociaux.

Prise en charge et
soutien sociauxFilière de soins pour la
prise en charge et le
soutien sociauxPOSER LES QUESTIONS
SUIVANTES

AIDE SOUS FORME DE PRISE EN CHARGE SOCIALE (ASSISTANCE PERSONNELLE)

- Évaluer et modifier l'environnement physique pour compenser la perte de capacités intrinsèques, améliorer la mobilité et prévenir les chutes
- Envisager l'utilisation de technologies d'assistance, d'aides et d'adaptations
- Évaluer le soutien du conjoint, de la famille ou d'autres aidants non rémunérés, et inclure une évaluation des besoins de l'aidant
- Examiner les besoins de soutien des travailleurs sociaux rémunérés
- Les aidants et les services doivent être disponibles dans le cadre d'une prise en charge à domicile, soins de jour, foyers de soins infirmiers

1. Avez-vous des difficultés pour vous déplacer à l'intérieur de la maison ?

2. Avez-vous des difficultés pour utiliser les toilettes ?

3. Avez-vous des difficultés pour vous habiller tout seul ?

4. Avez-vous des difficultés pour utiliser la baignoire ou la douche ?

5. Avez-vous des difficultés pour maintenir votre apparence personnelle ?

6. Avez-vous des difficultés pour vous nourrir tout seul ?

7. Avez-vous des problèmes en rapport avec l'endroit où vous vivez (logement) ?

8. Avez-vous des problèmes avec vos finances ?

9. Vous sentez-vous seul ?

10. Êtes-vous en mesure de poursuivre vos loisirs préférés, vos passe-temps, votre travail, le bénévolat, le soutien à votre famille, des activités éducatives ou spirituelles qui sont importantes pour vous ?

11. Évaluez le risque de mauvais traitements envers les personnes âgées

OUI

OUI

OUI

OUI

NON

POSER DES QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES :

Avez-vous des inquiétudes à propos de :

1. votre sécurité là où vous vivez ?
2. l'état de votre maison ?
3. l'emplacement de votre maison ?
4. le coût du logement ?
5. la réparation et l'entretien de votre maison ?
6. votre capacité à vivre de façon autonome là où vous êtes ?

OUI

POSER DES QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES :

1. En général, comment se portent vos finances à la fin du mois ?
2. Êtes-vous capable de gérer votre argent et vos affaires financières ?
3. Aimerez-vous recevoir des conseils à propos des allocations financières ?

Examiner les moyens d'améliorer :

- les relations sociales proches (conjoint, famille, amis, animaux domestiques)
- l'utilisation des ressources communautaires locales (clubs, groupes confessionnels, centres de jour, sports, loisirs, éducation)
- les possibilités de contribution (bénévolat, emploi)
- la connectivité à l'aide des technologies de communication

● Penser aux éléments suivants :

- adaptations domiciliaires
- autre logement
- orienter vers des programmes de protection sociale ou de logement communautaire ou vers des réseaux de soutien existants

● Penser aux éléments suivants :

- recours aux conseils d'un spécialiste en finances
- conseils sur la délégation de la prise de décision financière avec protection contre les abus

POSER DES QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR IDENTIFIER LES OBSTACLES :

Vous n'êtes pas en mesure de poursuivre... à cause :

1. coût, 2. distance, 3. transport, 4. manque d'opportunités, 5. autres ?

- Fournir une liste des services communautaires locaux disponibles pour les personnes âgées, tels que les installations et les clubs de loisirs, les agents d'éducation pour adultes, les services de bénévolat et de conseil en emploi
- Encourager la personne âgée à utiliser ces services pour accroître sa participation

Les renseignements provenant de l'observation du comportement de la personne âgée, du comportement de ses aidants ou des membres de sa famille, ou sur des signes de violence physique doivent être utilisés pour identifier les cas possibles de violence.  1

- En cas de menace immédiate, consultez un spécialiste de l'assistance sociale, de la protection des adultes ou du système judiciaire.



LORSQUE DES CONNAISSANCES SPÉCIALISÉES SONT NÉCESSAIRES

Les agents de santé doivent savoir vers qui les personnes âgées doivent être orientées pour une évaluation spécialisée. Les protocoles varieront selon la disponibilité. Un chef de village, un directeur d'école, un moine ou le chef d'un groupe religieux sont des exemples de personnes qui peuvent être appropriées plutôt qu'un travailleur social, dans certains contextes. Étant donné que la prise en charge et le soutien sociaux intégrés nécessitent l'appui de plusieurs dimensions, il est important de tenir régulièrement des réunions pour favoriser la confiance entre les spécialistes et les services. Voici quelques exemples des domaines d'expertise des différents spécialistes impliqués dans les soins aux personnes âgées.

- Conditions de vie : services de logement, travailleur social, ergothérapeute.
- Finances : travailleur social, services de conseil en allocations.
- Solitude : travailleur social, services bénévoles, médecin de premier recours.
- Participation : travailleur social, loisirs, emploi et services bénévoles.
- Violence : travailleur social, protection des adultes, services d'application de la loi.
- Activités quotidiennes : ergothérapeute, travailleur social, infirmière ou équipe multidisciplinaire de spécialistes des personnes âgées.
- Mobilité en intérieur : physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social ou équipe multidisciplinaire spécialisée dans les personnes âgées.
- Mobilité en extérieur : kinésithérapeute, assistante sociale, transport volontaire.

i 1 INDICES D'OBSERVATION POUR DÉCELER D'ÉVENTUELS MAUVAIS TRAITEMENTS ENVERS LES PERSONNES ÂGÉES

COMPORTEMENT DE LA PERSONNE ÂGÉE

- Semble avoir peur d'un parent ou d'un aidant professionnel.
- Ne veut pas répondre lorsqu'on le lui demande, ou regarde avec anxiété l'aidant ou le parent avant de répondre.
- Le comportement change lorsque l'aidant ou le parent entre dans la pièce ou en sort.
- Parle de l'aidant avec des termes tels que « tenace » ou souvent « fatigué » ou « de mauvais caractère », ou qui devient irritable, très anxieux, très stressé ou perd ses nerfs très facilement.
- Fait preuve d'un respect exagéré ou d'une extrême déférence à l'égard de l'aidant.

COMPORTEMENT DE L'AIDANT OU DU PARENT

- Entrave ou empêche la communication en privé entre le professionnel et la personne âgée, ou n'arrête pas de trouver des excuses pour interrompre l'entretien d'évaluation (en entrant sans arrêt dans la pièce, par exemple).
- Insiste pour répondre aux questions qui s'adressent plutôt à la personne âgée.
- Met des obstacles à la fourniture d'une assistance à domicile pour la personne âgée.
- Manifeste un niveau élevé d'insatisfaction à propos de l'obligation de prendre soin de la personne âgée.
- Tente de convaincre les praticiens que la personne âgée est « folle » ou démente, ou qu'elle ne sait pas ce qu'elle dit, car elle est désorientée, alors que ce n'est pas le cas.
- Est hostile, fatigué ou impatient pendant l'entretien, et la personne âgée est très agitée ou indifférente en sa présence.

VIOLENCES PHYSIQUES

- Coupures, brûlures, ecchymoses et égratignures.
- Traumatismes qui ne correspondent pas à une explication donnée à leur sujet.
- Traumatismes qui sont peu susceptibles d'être accidentels.
- Traumatismes et plaies dans des endroits cachés.
- Ecchymoses en forme de doigts dues à une manipulation brutale (souvent les bras).
- Traumatismes dans des zones protégées, par exemple, aux aisselles.
- Traumatismes non traités.
- Traumatismes multiples à différents stades de guérison.
- Sous-utilisation ou surutilisation des médicaments.

10

Prise en charge et soutien sociaux

Filière de soins pour la prise en charge et le soutien sociaux



ASSESS & MANAGE SOCIAL SUPPORT NEEDS

10.1 ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE LES BESOINS EN MATIÈRE DE SOINS PERSONNELS ET D'ASSISTANCE POUR LES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES (SECTION A DE LA FILIÈRE)

Six questions permettent d'évaluer si une personne a atteint le point où elle ne peut plus prendre soin d'elle-même sans l'aide des autres. Une personne âgée ayant une perte de capacités intrinsèques gagnerait à faire cette évaluation.

Se déplacer en intérieur recouvre un certain nombre d'activités, telles que passer d'un lit à une chaise, marcher, aller aux toilettes et les utiliser, et monter et descendre les marches. Une mobilité réduite crée des risques accrus et le besoin d'être pris en charge. S'habiller, se nourrir, se baigner et prendre soin de soi sont des activités quotidiennes. Ne pas pouvoir effectuer ces activités quotidiennes entraîne le besoin d'être pris en charge. Beaucoup de personnes âgées ne veulent pas dépendre de l'aide d'autres personnes pour les activités quotidiennes, préférant pouvoir se débrouiller seules.

Les personnes âgées qui ont des difficultés dans des activités quotidiennes et/ou des problèmes de mobilité peuvent tirer profit d'un programme de réadaptation. Il

peut servir à améliorer les capacités, mais peut aussi inclure des technologies d'assistance et des adaptations de l'environnement afin d'optimiser les capacités fonctionnelles malgré la diminution des capacités intrinsèques. Des services de transport peuvent être fournis pour aider à la mobilité à l'extérieur. Si des difficultés demeurent, le soutien d'un conjoint, de la famille et d'autres aidants non rémunérés doit être envisagé, y compris la prise en compte de leurs propres besoins. Si un soutien supplémentaire est nécessaire, des services de soins à domicile bénévoles, privés ou publics doivent être fournis.

10.2 ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE LES BESOINS EN SOUTIEN SOCIAL (SECTION B DE LA FILIÈRE)

Quel que soit le niveau des capacités intrinsèques et des capacités fonctionnelles, une évaluation des besoins en soutien social sera utile à une personne âgée. Le soutien social permet à une personne âgée de faire les choses qui sont importantes pour elle. Cela inclut le soutien pour leurs conditions de vie, pour la sécurité financière, contre la solitude, pour l'accès aux installations communautaires et aux services publics, ainsi que le soutien contre les mauvais traitements infligés aux personnes âgées.

B7 CONDITIONS DE VIE

Le lieu où vit une personne âgée peut affecter sa santé, son indépendance et son bien-être. Ses problèmes peuvent être liés à de nombreux facteurs, tels que la taille du lieu, l'accès à celui-ci, son état, sa sûreté et sa sécurité. Des questions supplémentaires peuvent aider à identifier les domaines spécifiques à aborder.

Les problèmes liés aux conditions de vie peuvent être atténués par l'introduction de nouvelles mesures de sécurité, la mise en place d'un numéro d'appel en cas d'urgence et la mise en place d'adaptations pour maintenir une vie autonome. Des allocations financières peuvent être disponibles pour aider la personne âgée à payer pour son hébergement, ainsi que pour des réparations et l'entretien. Si tout le reste échoue, un déménagement vers un logement plus convenable doit être envisagé.

B8 FINANCES

Les ressources financières sont fortement associées à la santé, à l'autonomie et au bien-être des personnes âgées. Parmi les problèmes qu'ils peuvent rencontrer, il y a l'argent insuffisant pour satisfaire les besoins élémentaires ou participer pleinement à la vie en société. En outre, les personnes âgées peuvent craindre de manquer d'argent ou de devenir incapables de gérer leurs finances. D'autres questions peuvent aider à identifier les domaines spécifiques qui doivent être abordés.

Les problèmes financiers peuvent être atténués par des conseils indépendants sur la planification et la gestion financières. Des dispositions peuvent être prises pour

déléguer l'autorité à un tiers de confiance pour la gestion des finances, à condition qu'une protection juridique soit en place pour prévenir les abus.

B9 SOLITUDE

La solitude est fréquente chez les personnes âgées et est associée à une probabilité accrue de dépression et de décès précoce. Voir le chapitre 9 pour des conseils sur le dépistage des symptômes dépressifs. Être seul n'est pas la même chose que se sentir seul - une personne âgée peut se sentir seule même lorsqu'elle est entourée d'autres personnes, si la qualité des relations est mauvaise.

Il est utile de demander à une personne âgée seule si des contacts sociaux accrus avec sa famille et ses amis, ou la rencontre d'autres personnes ayant des intérêts similaires, aideraient à réduire son sentiment de solitude. Mais lorsqu'on demande à une personne âgée si un contact accru peut l'aider, il faut la rassurer en lui disant que la question est confidentielle, afin de l'aider à surmonter toute crainte de révéler la nature de ses relations personnelles.

Avoir un animal de compagnie réduit la solitude de nombreuses personnes âgées. L'utilisation d'installations communautaires locales telles que des clubs, des groupes confessionnels, des centres de jour et des services de sport, de loisirs ou d'éducation doit être encouragée. Il peut y avoir des possibilités d'apporter une contribution en faisant du bénévolat ou en occupant un emploi rémunéré. Il est possible d'accroître les liens sociaux grâce aux technologies de la communication. Une revue générale de ces mesures de lutte contre la solitude doit être entreprise. Les évaluateurs doivent prendre conscience de la vaste gamme d'actifs locaux.

10

Prise en charge et soutien sociaux

Filière de soins pour la prise en charge et le soutien sociaux

B10 PARTICIPATION ET ENGAGEMENT SOCIAUX

Le but de l'approche ICOPE est d'aider les personnes âgées à faire les choses qui sont importantes pour elles. Il est utile de rechercher ce qui est important pour la personne âgée en comprenant sa vie, ses priorités et ses préférences, car il est possible de trouver des moyens d'accroître sa participation.

Les activités de loisirs, les hobbies, le travail, l'apprentissage et les activités spirituelles sont des exemples de participation à la société. Chaque personne âgée est unique et aura des priorités différentes, souvent très spécifiques, quant à ce qui est important pour elle. Vous devriez poser des questions à ce sujet et les consigner comme guide pour le plan de soins personnalisés.

D'autres questions doivent être posées pour identifier des obstacles tels que le coût, l'accessibilité et les possibilités. Les évaluateurs doivent savoir s'il existe des installations et des clubs de loisirs locaux, des prestataires d'éducation pour adultes, des services de bénévolat et des services de conseil en recrutement, et demander aux personnes âgées si ces activités pourraient les intéresser. Le transport peut être un enjeu important, et ce service devrait être disponible pour accroître l'accès. Le coût de certains services peut être subventionné pour permettre aux personnes âgées et aux personnes à faible revenu d'en bénéficier.

B11 MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES

De nombreuses personnes âgées dépendantes de soins sont vulnérables à la maltraitance, et environ une personne âgée sur six est victime d'une forme de maltraitance, un chiffre plus élevé que celui estimé précédemment (20). La maltraitance peut prendre plusieurs formes, y compris la négligence, la violence psychologique, la violence physique, la violence sexuelle et les abus financiers.

Les renseignements basés sur l'observation du comportement de la personne âgée, du comportement de ses aidants ou des membres de sa famille, ou sur des signes de violence physique doivent être utilisés pour identifier les cas possibles de violence  1. S'il y a des soupçons de maltraitance, une évaluation et une prise en charge par un spécialiste seront nécessaires. Vous devrez faire savoir à la personne âgée que vous avez des inquiétudes et que vous allez demander l'aide d'un spécialiste. Vous devez consigner vos préoccupations et indiquer que vous avez informé la personne âgée du recours à l'aide d'un spécialiste. Si vous identifiez une menace immédiate, vous devez vous adresser à un spécialiste pour une évaluation par le biais des systèmes de l'action sociale, de la protection des adultes ou de l'application de la loi.

11

Soutien aux aidants

Filière de soins pour soutenir l'aidant



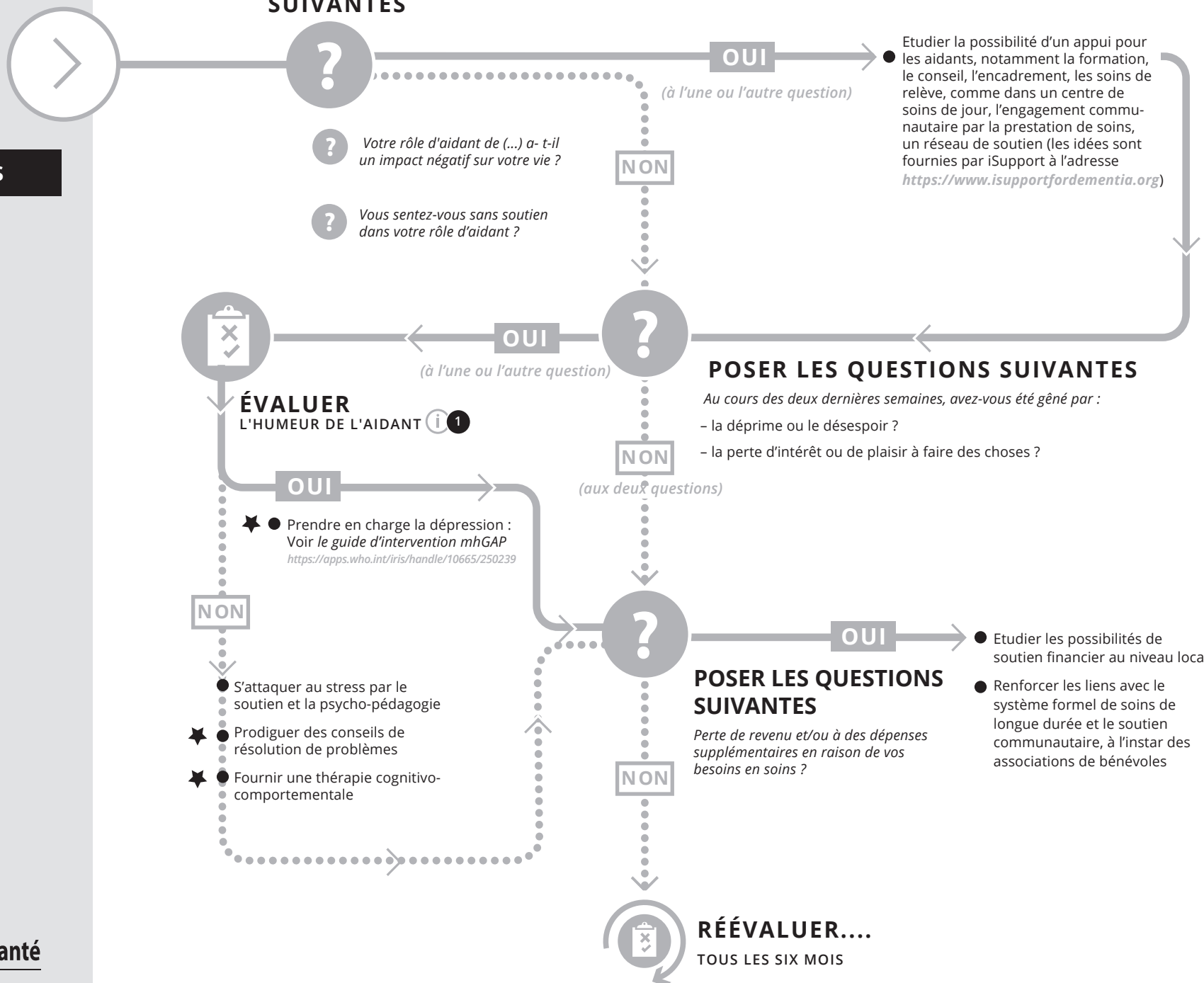
Lorsque le déclin des capacités intrinsèques et des aptitudes fonctionnelles rend une personne dépendante des autres pour les soins, la prestation de soins incombe souvent au conjoint, à un autre membre de la famille ou à d'autres membres du ménage. Selon les besoins de la personne âgée, la charge de la prestation des soins peut mettre le bien-être de l'aidant en danger.

Un agent de santé ou un travailleur social de la communauté peut surveiller le bien-être des aidants et essayer de faire en sorte qu'ils reçoivent des soins pour leur propre santé et de l'aide pour prodiguer des soins.

POINTS CLÉS

- La charge et le stress liés aux soins aux personnes âgées dont les capacités intrinsèques et les capacités fonctionnelles ont fortement diminué peuvent nuire à la santé des membres de la famille et des amis qui prodiguent des soins. De plus, cela peut les priver - en particulier les femmes - d'un emploi rémunéré.
- Trouver des aidants qui ont eux-mêmes besoin d'aide est un élément important pour identifier les personnes âgées dont les capacités diminuent.
- Une gamme d'interventions - soins de relève, conseils, éducation, soutien financier soutien et interventions psychologiques - peuvent permettre à l'aidant de maintenir une relation de soins satisfaisante et saine.
- Parfois, la relation de soins devient abusive. Un travailleur communautaire peut voir des signes de maltraitance pendant l'évaluation d'une personne âgée ou d'un aidant. A ce stade, le recours à un spécialisée est nécessaire.

POSER LES QUESTIONS SUIVANTES



★ Besoin de soins spécialisés

**LORSQUE DES CONNAISSANCES
SPECIALISÉES SONT NÉCESSAIRES**

- pour traiter la dépression
- pour prodiguer des conseils de résolution de problèmes ou une thérapie cognitivo-comportementale à un aidant présentant des symptômes dépressifs.
- lorsqu'on soupçonne une relation abusive.

**ÉVALUER L'HUMEUR DE L'AIDANT**

Si une personne signale au moins un des symptômes principaux – mal-être, déprime ou désespoir et manque d'intérêt ou de plaisir à faire les choses – faites une autre évaluation de l'humeur. D'autres mots peuvent être utilisés si une personne ne comprend pas bien les deux questions du dépistage.

POSER LA QUESTION SUIVANTE : « *Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été gêné par l'un des problèmes suivants ?* »*

- Difficulté à s'endormir, à rester endormi, ou dormir trop longtemps
- Sensation de fatigue ou manque d'énergie
- Manque d'appétit ou suralimentation
- Vous vous sentez mal dans votre peau, vous pensez que vous avez échoué, que vous vous êtes déçu vous-même ou que vous avez laissé tomber votre famille.
- Difficulté à se concentrer sur des choses comme lire le journal ou regarder la télévision
- Se déplacer ou parler si lentement que d'autres personnes peuvent l'avoir remarqué.
- Être si nerveux ou si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude.
- Penser que vous seriez mieux mort ou en vous faisant mal d'une façon ou d'une autre.

RISQUE DE MALTRAITANCE

La relation bidirectionnelle entre la personne qui reçoit les soins et l'aidant peut être complexe. Des aidants heureux et en santé sont capables d'offrir un soutien extraordinaire, mais parfois la relation de soins peut ne pas être la bienvenue pour l'une ou l'autre des parties ou pour les deux. Cela peut donner lieu à conflit, ce qui peut rendre la personne âgée vulnérable à la maltraitance. La maltraitance peut prendre la forme de la négligence, du retrait d'avantages matériels (financiers, par exemple) ou de violences physiques, psychologiques ou sexuelles. La négligence peut aussi être due à l'ignorance, au manque de compétences en matière de soins ou au manque de soutien ou de supervision externe. La personne âgée et l'aidant pourraient ne pas faire part des maltraitances à l'agent de santé. Les renseignements basés sur l'observation du comportement de la personne âgée, du comportement de ses aidants ou des membres de sa famille, ou sur des signes de violence physique doivent être utilisés pour identifier les cas possibles de violence (voir le chapitre 10 sur la prise en charge et le soutien sociaux).

Les facteurs qui augmentent la probabilité d'une relation violente sont :

- une mauvaise relation de longue date ;
- des antécédents de violence familiale ;
- la difficulté constante de l'aidant à fournir le niveau ou le type de soins nécessaires ; et
- les problèmes de santé physique ou mentale de l'aidant, en particulier la dépression et, particulièrement chez les hommes, l'alcoolisme et la toxicomanie.

La probabilité de maltraitance n'est pas seulement liée à la nature des soins prodigués ni même à des facteurs souvent associés au stress de l'aidant, comme les défis que pose le comportement d'une personne atteinte de démence.

Si l'on soupçonne l'existence d'une relation empreinte de violence, il faut recourir à un spécialiste pour une évaluation plus détaillée, en suivant les filières d'orientation locales.

* Ces questions se trouvent dans le Questionnaire sur la santé des patients (PHQ-9) (http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq9.pdf), qui est un outil d'évaluation des symptômes dépressifs. Consulter aussi la section sur la dépression du *guide d'intervention du mhGAP*, à l'adresse <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>.

11

Soutien aux aidants

Filière de soins pour soutenir l'aidant

11.1 SOUTENIR L'AIDANT

La filière présentée à la page 74 éclaire la discussion avec l'aidant. Dans cette filière, chaque aidant entendu est interrogé sur trois aspects :

1. la charge de la prestation de soins (deux questions), qui pourrait mener à des stratégies pratiques de soutien aux aidants ;
2. les deux principaux symptômes de la dépression, qui pourraient requérir une évaluation complète de la dépression (voir le chapitre 9 sur les symptômes dépressifs) ;
3. les coûts de la prestation de soins, qui pourraient mener à des sources de soutien financier local et à des services sociaux organisés, selon la disponibilité.

Lorsqu'il parle avec l'aidant, l'agent recherche tout signe d'épuisement, de colère, de frustration ou de manque de respect. De plus, l'agent de santé peut demander à l'aidant s'il apprécierait une évaluation plus approfondie ou le soutien d'un prestataire de soins sociaux. Avec le temps, le fardeau de la prestation de soins peut s'alourdir. Une réévaluation tous les six mois est indiquée.

L'évaluation du rôle et de l'impact de l'aidant doit se faire de préférence à l'écart de la personne âgée afin de réduire l'embarras ou l'hésitation de l'aidant à s'exprimer ouvertement et pleinement. Les récits de la personne âgée et

de l'aidant peuvent diverger pour plusieurs raisons, y compris des problèmes de mémoire de la personne âgée. L'évaluation doit donc être envisagée à la lumière des connaissances acquises grâce à l'évaluation complète des capacités intrinsèques.

11.2 OFFRIR DU SOUTIEN À L'AIDANT

Avec le soutien et sous la supervision des services de santé et d'aide sociale, des professionnels bien formés et des aidants rémunérés doivent soutenir les aidants non rémunérés. Dans la communauté, les agents de santé et le personnel chargé des soins – tant professionnels que bénévoles – peuvent créer un réseau pour partager les ressources disponibles pour le soutien aux aidants non rémunérés.

iSupport est un programme de formation en ligne de l'OMS qui peut permettre aux aidants des personnes atteintes de démence de prodiguer des soins de qualité et de prendre soin d'eux-mêmes - voir <https://www.isupportfordementia.org>.

Le soutien est destiné au principal aidant de la famille. Pour comprendre les besoins de l'aidant, le prestataire peut lui demander quelles tâches sont exécutées, comment et à quelle fréquence, à la recherche d'aspects des soins qui peuvent être facilités par des conseils, un soutien pratique ou des technologies d'assistance innovantes (voir l'encadré à la page 77). Le soutien doit correspondre aux choix de l'aidant et mettre l'accent sur l'optimisation du bien-être de l'aidant.

Soutien aux aidants

Filière de soins pour soutenir l'aidant

Les agents de santé et des services d'aide sociale peuvent :

- fournir à l'aidant une formation et un soutien pour des compétences en matière de soins - par exemple, la gestion des comportements difficiles ;
- envisager de fournir ou d'organiser un soutien pratique, tel qu'une pause dans les soins ; et
- vérifier si la personne ayant une perte de capacités fonctionnelles peut bénéficier de prestations sociales ou d'autres formes de soutien social ou financier provenant de sources gouvernementales ou non gouvernementales.

Donner des conseils. Reconnaître que la prestation de soins peut être extrêmement frustrante et stressante. Elle peut aussi être compliquée par un sentiment de deuil en raison de la perte de la relation antérieure entre la personne âgée et l'aidant, en particulier si l'aidant est un conjoint.

Encourager les aidants à respecter la dignité des personnes âgées en les faisant participer autant que possible aux décisions concernant leur vie et leurs soins.

Organiser des soins de relève. Lorsque les soins sont devenus trop lourds ou trop fatigants, une autre personne peut-elle temporairement superviser et

prendre soin de la personne âgée ? Il peut s'agir d'un autre membre de la famille ou du ménage, ou d'un travailleur social qualifié, professionnel ou bénévole. Ces soins de relève, comme les soins de jour, peuvent soulager l'aidant principal, qui peut alors se reposer ou mener d'autres activités. Les soins de jour sont un type de service de soutien communautaire qui fournit des soins personnels (bain, alimentation, rasage, toilette), des programmes de réadaptation ou d'activités récréatives et sociales, des repas et le transport, plusieurs heures par jour, plusieurs jours par semaine. Les soins de jour fournissent également des services de soutien aux aidants, comme des visites à domicile, des activités familiales, des groupes de soutien et la formation des aidants. Le fait d'interrompre la prestation de soins peut aider à maintenir une relation de soins saine et durable, et les périodes d'absence de l'aidant habituel ne sont pas censées être nuisibles pour la personne qui reçoit les soins.

Offrir un soutien psychologique. Essayer de prendre en charge le stress psychologique de l'aidant en lui offrant du soutien et des conseils de résolution de problèmes, particulièrement lorsque les soins sont complexes et importants et que la pression sur l'aidant est grande.

TECHNOLOGIES D'ASSISTANCE INNOVANTES

Les technologies d'assistance médicale innovatrices comme la télésurveillance et les robots d'assistance sont des moyens prometteurs d'améliorer les capacités fonctionnelles des personnes âgées, en vue d'améliorer leur qualité de vie ainsi que celle de leurs aidants, d'accroître leurs possibilités de choix, leur sécurité, leur autonomie et leur sentiment de contrôle, et de leur permettre de vieillir sur place. L'utilisation de ces technologies doit être fondée sur les besoins et les préférences des personnes âgées ou de leurs aidants, et nécessite une formation appropriée pour les utilisateurs finaux. Une attention particulière doit être accordée à l'élaboration d'un mécanisme de financement de la recherche et du développement, ainsi qu'à sa mise en œuvre équitable.

Exemples de technologies d'assistance novatrices :

- Robot d'assistance sociale PARO. Ce robot- phoque sert de compagnon (22). <http://www.parorobots.com>

Type lombaire du Membre d'assistance hybride (HAL). Il donne aux aidants les muscles robotiques dont ils ont besoin pour soulever et déplacer les patients du lit à un siège et du siège à la salle de bain. https://www.cyberdyne.jp/english/products/Lumbar_CareSupport.html

12 ÉLABORER UN PLAN DE SOINS PERSONNALISÉS

POINTS CLÉS

- ✓ Les soins axés sur la personne sont des soins holistiques et personnalisés soutenus par des relations de collaboration entre les agents de santé et les personnes âgées, ainsi qu'avec la famille et les amis qui les soutiennent.
- ✓ Des équipes multidisciplinaires peuvent aider les personnes âgées à se fixer des objectifs.
- ✓ Les interventions qui appuient les soins axés sur la personne doivent être convenues à la lumière des besoins et des objectifs prioritaires de la personne âgée.
- ✓ Un suivi soutenu et régulier est essentiel pour atteindre les objectifs.

La planification personnalisée des soins est une approche humaniste qui s'éloigne des méthodes traditionnelles axées sur la maladie et se concentre plutôt sur les besoins, les valeurs et les préférences des personnes âgées. Une fois exprimé, un plan de soins personnalisés guide tous les aspects des soins médico-sociaux et appuie des objectifs réalistes axés sur la personne.

ÉTAPES DE L'ÉLABORATION D'UN PLAN DE SOINS PERSONNALISÉS

1. Examiner les conclusions et discuter des possibilités d'améliorer les capacités fonctionnelles, la santé et le bien-être

Avec les personnes âgées et les membres de leur famille et/ou les aidants (s'il y a lieu), les équipes multidisciplinaires examineront maintenant les résultats de l'évaluation axée sur la personne et les interventions proposées dans les filières de soins. L'évaluation axée sur la personne produira une liste de propositions d'interventions qui peuvent être incluses dans le plan de soins et discutées avec le patient. L'application ICOPE peut aider l'agent de santé dans ce processus. Les équipes multidisciplinaires peuvent comprendre toutes les personnes impliquées dans les soins de la personne âgée, notamment les médecins de premier recours, les médecins spécialistes, les infirmières, les agents de soins communautaires, les travailleurs sociaux, les

thérapeutes (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, psychologie), les aidants rémunérés ou non, les pharmaciens et les bénévoles.

2. Établissement d'objectifs axé sur la personne

L'établissement d'objectifs axé sur la personne pour identifier, établir et hiérarchiser les objectifs est un élément clé de l'élaboration d'un plan de soins. Il est important pour l'équipe multidisciplinaire d'impliquer les personnes âgées dans la prise de décisions concernant leurs propres soins et de comprendre et de respecter leurs besoins, leurs valeurs, leurs préférences et leurs priorités. Il peut s'agir d'un changement transformateur dans la façon dont les professionnels de santé interagissent avec leurs patients aujourd'hui.

Les objectifs des soins peuvent aller au-delà de la réduction de l'impact direct des affections et être davantage axés sur les choses qui permettent aux personnes âgées de faire ce qu'elles apprécient le plus, comme vieillir sur place de façon autonome et sûre, maintenir leur développement personnel, être incluses et contribuer à leur communauté tout en conservant leur autonomie et leur santé. En plus des objectifs à moyen et à long termes (six à douze mois), il est recommandé d'inclure des objectifs à court terme (trois mois) pour tirer parti d'améliorations ou d'avantages plus immédiats pour garder les personnes âgées motivées et engagées.

3. S'entendre sur les interventions

Les interventions proposées pour inclusion dans le plan de soins à la suite de l'évaluation axée sur la personne et les filières devront :

- a) avoir l'accord de la personne âgée ;
- b) être conformes aux objectifs, aux besoins, aux préférences et aux priorités de la personne âgée ;
- c) s'adapter à son environnement physique et social.

L'agent de santé ou le travailleur social doit ensuite discuter avec la personne âgée pour s'entendre sur chaque intervention, une par une, qui doit demeurer dans le plan de soins final.

4. Finaliser et distribuer le plan de soins

Le professionnel de santé doit maintenant consigner les résultats des discussions dans le plan de soins et remettre le document à la personne âgée, aux membres de sa famille, aux aidants et à toute autre personne qui pourrait être impliquée dans la prestation de soins, avec le consentement de l'intéressé. L'application mobile ICOPE peut soutenir ce processus en fournissant à toutes les personnes impliquées un résumé du plan de soins, qui inclut les objectifs prioritaires et les affections identifiées.

5. Surveillance et suivi

La surveillance et le suivi régulier de la mise en œuvre du plan de soins sont essentiels pour atteindre les objectifs convenus. Ils permettent de suivre les progrès et de détecter rapidement des difficultés à participer aux interventions, les effets indésirables des interventions et les changements dans l'état fonctionnel. Ils contribuent également au maintien d'une relation fructueuse entre les personnes âgées et leurs aidants. Le processus de suivi consiste, sans toutefois s'y limiter :

- à assurer le succès de la mise en œuvre, étape par étape, du plan de soins ;
- à répéter l'évaluation axée sur la personne et à documenter tout changement ;
- à résumer les résultats, les obstacles et les complications de la mise en œuvre des interventions en matière de santé et de services sociaux ;
- à identifier les changements et les nouveaux besoins ;
- à se mettre d'accord pour continuer à prendre en charge ces changements et ces besoins, y compris l'adoption de nouvelles interventions au besoin, ainsi que la révision et l'amélioration du plan, le cas échéant ; et
- à répéter le cycle.

DOMAINES DES CAPACITÉS FONCTIONNELLES

1. Répondre aux besoins élémentaires tels que la sécurité financière, le logement et la sécurité personnelle.
2. Apprendre, grandir et prendre des décisions, ce qui implique des efforts pour continuer à apprendre et appliquer ses connaissances, s'engager dans la résolution de problèmes, poursuivre son développement personnel, ainsi que l'aptitude à faire des choix.
3. Être mobile, ce qui est nécessaire pour faire des choses dans la maison, accéder aux magasins, aux services et aux installations de la communauté, et participer à des activités sociales, économiques et culturelles.
4. Établir et maintenir des relations très variées, y compris avec les enfants et les autres membres de la famille, des relations sociales informelles avec les amis, les voisins, les collègues, ainsi que des relations formelles avec les agents de soins communautaires.
5. Apporter une contribution, ce qui est étroitement lié à l'engagement dans des activités sociales et culturelles, telles que l'aide aux amis et aux voisins, l'encadrement des pairs et des jeunes, et les soins aux membres.

12

IDENTIFIER DES OBJECTIFS :

Identifier les objectifs avec la personne âgée, les membres de sa famille et les aidants (23) :

- **QUESTION 1**
Veuillez citer les choses qui vous importent le plus dans tous les aspects de votre vie
- **QUESTION 2**
Citez quelques objectifs spécifiques que vous vous êtes fixés dans la vie
- **QUESTION 3**
Citez quelques objectifs spécifiques que vous vous êtes fixés pour votre santé.
- **QUESTION 4**
En vous référant à la liste des objectifs sanitaire et de vie dont il vient d'être question, pouvez-vous en choisir trois sur lesquels vous aimeriez vous concentrer au cours des trois prochains mois ? Et des six à douze prochains mois ?

FIXER DES OBJECTIFS :

Les objectifs peuvent être adaptés aux besoins des personnes âgées et à leur propre définition des problèmes.

- **QUESTION 5**
Sur quels aspects précis des objectifs un, deux et trois aimeriez-vous travailler au cours des trois prochaines mois ? Et au cours des six à douze prochains mois ?
- **QUESTION 6**
Que faites-vous actuellement pour réaliser [objectif visé] ?
- **QUESTION 7**
Quelle serait la cible idéale, mais atteignable, pour vous dans la réalisation de cet objectif ?

HIÉRARCHISER LES OBJECTIFS :

Un accord sur les objectifs prioritaires des soins entre les personnes âgées et les aidants permettra d'améliorer les résultats.

- **QUESTION 8**
Parmi ces objectifs, sur lequel êtes-vous le plus disposé à travailler au cours des trois prochains mois - seul ou avec le soutien de [Dr XX et son équipe] ? Et au cours des six à douze prochains mois ?

Source : adapté de l'original par Health Tapestry (<http://healthtapestry.ca>)

13 COMMENT LES SYSTÈMES DE SANTÉ ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE PEUVENT APPUYER LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE ICOPE DE L'OMS

POINTS CLÉS

- ✓ La mise en œuvre efficace de l'approche ICOPE nécessite une démarche intégrée reliant les services de santé et les services sociaux.
- ✓ L'optimisation des capacités intrinsèques et des capacités fonctionnelles des personnes âgées commence dans la communauté et avec les travailleurs communautaires. Les systèmes des secteurs sanitaire et social doivent appuyer les soins axés sur le niveau communautaire.
- ✓ Les plans de soins personnalisés sont au cœur de l'approche ICOPE. Pour mettre en œuvre et gérer ces plans, les travailleurs peuvent avoir besoin d'une formation spécifique en prise en charge de cas.

Le *rapport mondial de l'OMS sur le vieillissement et la santé* a défini une nouvelle orientation pour les systèmes de santé et de soins de longue durée (1). Il invite ces systèmes à se concentrer sur l'optimisation des capacités intrinsèques des personnes âgées dans le but de préserver et d'améliorer leurs capacités fonctionnelles. Les Directives OMS applicables aux interventions communautaires liées au déclin des capacités intrinsèques, publiées en 2017, traduisent cette nouvelle orientation en une approche pratique de l'évaluation et des soins au niveau communautaire (2). Ensemble, elles favorisent des soins de santé et des services sociaux intégrés et axés sur la personne. Cette approche commence par une évaluation axée sur la personne des besoins médico-sociaux qu'un travailleur communautaire peut effectuer.

Le présent chapitre met en lumière certaines considérations essentielles pour la mise en œuvre de l'approche ICOPE. Les orientations ICOPE de l'OMS pour les systèmes et services de mise en œuvre de l'approche ICOPE traiteront en détail de la mise en œuvre (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>).

13.1 APPUI NATIONAL À LA MISE EN ŒUVRE

Dans un premier temps, les recommandations de l'OMS et le présent manuel devront être adaptés au contexte, ainsi qu'à la culture et à la langue locales, selon les besoins des agents de la santé, des prestataires de soins, des aidants et des personnes âgées elles-mêmes. Un processus d'adaptation inclusif peut commencer à susciter un large soutien en faveur de la nouvelle approche.

La mise en œuvre de l'approche ICOPE exigera une collaboration continue à tous les niveaux et à toutes les étapes entre les intervenants, y compris les décideurs, les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les chercheurs, les communautés et les personnes âgées. Les connaissances locales appuient la traduction des orientations mondiales en configurations de services réalisables et acceptables.

La promotion d'un vieillissement en bonne santé exige la participation des secteurs de la santé et de l'action sociale. Les deux secteurs seront mieux à même d'adopter et d'appliquer l'approche ICOPE si les politiques nationales soutiennent une approche intégrée en matière de santé et de protection sociale. La politique doit donc préciser comment le lien entre les soins de santé et les services sociaux fonctionnera aux niveaux national, régional et communautaire.

Les mesures incitatives et les récompenses, les mécanismes de financement et le suivi de la performance peuvent encourager un changement de priorité en vue de fournir des soins aux personnes âgées qui optimisent les capacités intrinsèques et les capacités fonctionnelles. Les systèmes d'information doivent être orientés vers le suivi de cette transformation aux niveaux national et local.

13.2 EXIGENCES BUDGÉTAIRES ET EN RESSOURCES HUMAINES

Les implications de la mise en œuvre de l'approche ICOPE doivent être analysées afin d'identifier les domaines dans lesquels des investissements supplémentaires seront nécessaires - par exemple, la formation du personnel de santé, l'utilisation des technologies et l'adaptation des systèmes d'information sanitaire. En particulier, les agents de santé et des services sociaux communautaires et les équipes de soins primaires auront besoin d'appui pour comprendre et appliquer la nouvelle approche. Les sociétés professionnelles nationales et locales peuvent jouer un rôle important à cet égard dans le cadre d'un processus participatif impliquant toutes les parties prenantes.

CONSIDÉRATIONS CLÉS POUR LA MISE EN ŒUVRE AU NIVEAU NATIONAL

La planification de l'intégration de l'approche ICOPE dans les systèmes de santé et de soins de longue durée doit permettre :

- la **faisabilité** - financière et organisationnelle ;
- la **durabilité** - efficacité et capacités du personnel ;
- la **cohérence** - conformité aux politiques en faveur du vieillissement en bonne santé ;
- l'**intégration** - liens entre les services de santé et les services sociaux.

13.3 INTÉGRATION DES SOINS ET SOUTIEN DANS L'ENSEMBLE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Toutes les interventions de soins intégrés doivent suivre les principes de l'application des connaissances, que l'OMS a définis en 2005 comme « la synthèse, l'échange et l'application des connaissances par les parties prenantes concernées pour accélérer l'innovation mondiale et locale dans le renforcement des systèmes de santé et l'amélioration de la santé des personnes ». Le cadre d'application des connaissances 2012 de l'OMS pour le vieillissement et la santé a été élaboré spécifiquement pour appliquer ces principes aux soins aux personnes âgées présentant des comorbidités multiples et/ou des difficultés d'accès aux services de santé (24).

Le cadre 2016 de l'OMS sur les services de santé intégrés axés sur la personne propose des approches clés pour garantir des soins intégrés de grande qualité (6). Un élément important des soins intégrés concerne une bonne prise en charge des cas pour appuyer la conception, la coordination et le suivi des plans de soins, qui sont susceptibles de couvrir plusieurs domaines des soins de santé et des services sociaux. Les agents de santé et des services sociaux peuvent avoir besoin d'une formation spécifique en prise en charge des cas, ainsi que sur les aspects cliniques des recommandations de l'approche ICOPE.

Le cadre de mise en œuvre de l'approche ICOPE de l'OMS met l'accent sur les principales mesures à prendre au

niveau des services et des systèmes pour assurer la mise en œuvre de cette approche(25). Les présentes orientations portent sur les mesures (page 84) qui doivent être prises par les responsables des services et des systèmes pour assurer la prestation de soins intégrés. Le cadre recommande des mesures spécifiques en fonction de l'étendue des services de santé et des services sociaux existants.

13.4 HARMONISER LES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX POUR APPUYER LA MISE EN ŒUVRE

Les interventions de l'approche ICOPE doivent être mises en œuvre en vue de favoriser le vieillissement sur place. En d'autres termes, les services de santé et les services sociaux doivent être fournis de manière à permettre aux personnes âgées de vivre dans leur maison et dans leur communauté en toute sécurité, de façon autonome et confortable. Les interventions sont conçues pour être fournies par le biais de modèles de soins qui donnent la priorité aux soins primaires et communautaires. Cette approche met l'accent sur les interventions à domicile, la participation communautaire et un système d'orientation entièrement intégré.

Cet objectif ne peut être atteint qu'en reconnaissant et en soutenant le rôle crucial que jouent les travailleurs communautaires dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et à la couverture sanitaire universelle. Les directives de l'OMS sur la politique de santé et l'appui du système pour optimiser les programmes d'agents de santé communautaires (*WHO guidelines on health*



<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>

RÉSUMÉ DES MESURES DU CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE DES SOINS INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES

MESURES À PRENDRE POUR LES SERVICES

- ✓ **Mobiliser et autonomiser les personnes et les communautés.** Faire participer les personnes âgées, leurs familles et la société civile à la prestation de services ; soutenir et former les aidants.
- ✓ **Appuyer la coordination des services fournis par des équipes multidisciplinaires.** Identifier les personnes âgées dans la communauté qui ont besoin de soins, entreprendre des évaluations exhaustives et élaborer des plans de soins complets ; établir des réseaux d'agents de santé et des services sociaux.
- ✓ **Orienter les services vers les soins communautaires.** Prodiguer des soins efficaces et acceptables axés sur les compétences fonctionnelles par l'entremise de travailleurs et de services communautaires appuyés par des infrastructures suffisantes.

MESURES À PRENDRE POUR SYSTÈMES

- ✓ **Renforcer les systèmes de gouvernance et de responsabilisation.** Impliquer les parties prenantes dans l'élaboration des politiques et des services ; élaborer des politiques et des règlements pour appuyer des soins et des interventions intégrés en cas de mauvais traitements à l'égard des personnes âgées ; entreprendre une assurance et une amélioration continues de la qualité ; réexaminer régulièrement la capacité de fournir des soins de façon équitable.
- ✓ **Favoriser le renforcement des systèmes.** Renforcer la gestion des capacités du personnel, des financements et des ressources humaines ; utiliser la technologie pour échanger des informations entre les prestataires de services ; recueillir et communiquer les données sur les capacités intrinsèques et les capacités fonctionnelles ; utiliser les technologies numériques pour appuyer l'autoprise en charge.

policy and system support to optimize community-based health worker programmes) font des suggestions et des recommandations fondées sur des données probantes concernant la sélection, la formation, les compétences de base, la supervision et la rémunération des agents de santé communautaires (26).

Lorsque des soins spécialisés sont nécessaires, un réseau d'agents de santé aux niveaux secondaire et tertiaire doit soutenir le travail des agents de santé communautaires. Des critères et des filières d'orientation clairs doivent être établis par le biais d'une entente entre toutes les parties au niveau opérationnel, puis faire l'objet d'un suivi de l'assurance de la qualité. Les dispositions pour le suivi doivent être claires afin de s'assurer que les plans de soins demeurent appropriés et que la prestation des soins de santé et du soutien est efficace. Le suivi et le soutien peuvent être particulièrement importants à la suite de changements importants dans l'état de santé ou si la personne âgée connaît un événement majeur dans sa vie, comme un changement de résidence ou le décès d'un conjoint ou d'un aidant.

13.5 PARTICIPATION DES COMMUNAUTÉS ET APPUI AUX AIDANTS

Le personnel soignant a besoin de l'appui de ressources supplémentaires dans la communauté. Une participation plus active et plus directe des communautés et des quartiers à la prise en charge et au soutien aux personnes âgées peut nécessiter à la fois une organisation locale et de la volonté politique, en particulier pour encourager le bénévolat et faciliter la contribution des membres plus âgés de la communauté. Les clubs et associations de personnes âgées sont des alliés naturels dans cet effort.

En même temps, le système de soins de santé a une responsabilité envers ses partenaires dans l'appui au vieillissement en santé - les communautés, les organisations communautaires et les membres de la famille, ainsi que les autres aidants non rémunérés des personnes âgées. Cette responsabilité comprend l'attention portée à la santé et au bien-être des aidants, tel que mentionné au chapitre 11, et le soutien mutuel, la collaboration et la coordination avec les communautés et les organismes communautaires pour créer un environnement sain pour un vieillissement en santé.

REFERENCES

- World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization (WHO); 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>, accessed 2 April 2019).
- Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO; 2017 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>, accessed 2 April 2019).
- Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing 2017: Highlights. New York: United Nations; 2017 (http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf, accessed 2 April 2019).
- Sustainable Development Goals [website]. New York: United Nations; no date (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>, accessed 2 April 2019).
- Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: WHO; 2017 (<http://www.who.int/ageing/global-strategy>, accessed 2 April 2019).
- Framework on integrated, people-centred health services: report by the secretariat. Geneva: WHO; no date (A69/39; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698>, accessed 2 April 2019).
- Rebok GW, Ball K, Guey LT, Jones RN, Kim HY, King JW, et al. Ten-year effects of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cognitive training trial on cognition and everyday functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(1):16–24. doi: 10.1111/jgs.12607.
- American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2227–46. doi: 10.1111/jgs.13702.
- painHEALTH. Pain management. East Perth: Department of Health, Western Australia; no date (<https://painhealth.csse.uwa.edu.au/pain-management>, accessed 1 May 2019).
- Assistive devices and technologies. Geneva: WHO; no date (<https://www.who.int/disabilities/technology>, accessed 1 May 2019).
- Texas Department of Aging and Disability Services. Instructions for completing the Nutrition Risk Assessment (NRA): DETERMINE Your Nutritional Health. Washington (DC): Nutrition Screening Initiative; 2010 (<https://www.dads.state.tx.us/providers/AAA/Forms/standardized/NRA.pdf>, accessed 2 April 2019).
- Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the mini nutritional assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev*. 1996;54(1,part 2):S59–65. doi: 10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x.
- Camicelli AP, Keeffe JE, Martin K, Carbone J, Balding C, Taylor H. Vision screening for older people: the barriers and the solutions. *Australas J Ageing*. 2003;22(4):179–85.
- Blindness and vision impairment Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: WHO; 2018 (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>, accessed 2 April 2019).
- Acceptability, benefit and costs of early screening for hearing disability: a study of potential screening tests and models. Davis A, Smith P, Ferguson M, Stephens D, Gianopoulos I. *Health Technology Assessment*, 2007, 11(42).
- Primary ear and hearing care training resource. Geneva: WHO; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43333>, accessed 2 April 2019).
- Li CM, Zhang X, Hoffman HJ, Cotch MF, Themann CL, Wilson MR. Hearing impairment associated with depression in us adults, national health and nutrition examination survey 2005-2010. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;140(4):293–302. doi: 10.1001/jamaoto.2014.42.
- Zhang X, Bullard KM, Cotch MF, Wilson MR, Rovner BW, McGwin G Jr, et al. Association between depression and functional vision loss in persons 20 years of age or older in the United States, NHANES 2005–2008. *JAMA Ophthalmol*. 2013;131(5):573–81. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2013.2597.
- Spotting the signs of harm, abuse and neglect Scotland. Streatham: Action on Elder Abuse; no date (<https://www.elderabuse.org.uk/spotting-the-signs-of-harm-abuse-and-neglect>, accessed 2 April 2019).
- Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2):e147–e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
- Douglas SL, Daly BJ, Kelley CG, O'Toole E, Montenegro H. Impact of a disease management program upon caregivers of chronically critically ill patients. *Chest*. 2005;128(6):3925–36. doi: 10.1378/chest.128.6.3925.
- Liang A, Piroth I, Robinson H, MacDonald B, Fisher M, Nater UM, et al. A pilot randomized trial of a companion robot for people with dementia living in the community. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(10):871–8. doi: 10.1016/j.jamda.2017.05.019.
- Javadi D, Lamarche L, Avilla E, Siddiqui R, Gaber J, Bhamani M, et al. Feasibility study of goal setting discussions between older adults and volunteers facilitated by an eHealth application: development of the Health TAPESTRY approach. *Pilot Feasibility Stud*. 2018;4:184. doi: 10.1186/s40814-018-0377-2.

24. Knowledge translation. Geneva: WHO; no date (https://www.who.int/ageing/projects/knowledge_translation, accessed 2 April 2019).

25. Integrated care for older people: Guidance for systems and services. Geneva: WHO; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>, accessed June 2019).

26. Community-based health workers (CHWs). Geneva: WHO; no date (<https://www.who.int/hrh/community>, accessed 2 April 2019).

www.who.int/ageing/health-systems/icope

Organisation mondiale de la Santé
Bureau Régional de L'Afrique
Brazzaville - 2019

ageing@who.int