

Comité interuniversitaire et interprofessionnel de développement
professoral continu (CII-DPC)

Titre du document :
Les signes aînées partie 1:
l'histoire de Mme.Rose

Auteurs:
Sylvie Lafrenière et Annik Dupras

Les Signes « AINÉES » *partie 1*

L'histoire de M^{me} Rose

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

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



© Max Blain / Dreamstime.com

Objectif : Cette série de deux articles souligne l'importance d'adapter l'évaluation infirmière aux particularités et aux besoins spécifiques de l'adulte âgé et indique les principaux aspects à surveiller au moment de l'évaluation initiale et de celles en cours d'évolution. Pour vous guider dans cette tâche, l'outil « Signes AINÉES » a été développé. La première partie présente son utilité et la seconde expliquera comment l'intégrer dans sa pratique quotidienne.

M^{me} Rose est une infirmière à la retraite de 82 ans. Veuve depuis cinq ans, elle habite le même logis depuis quarante ans. Elle présente une insuffisance cardiaque chronique, un diabète de type 2 et de l'arthrose aux genoux. Elle utilise une marchette pour ses déplacements à l'extérieur. Sa salle de bain est adaptée, ce qui lui permet de s'occuper de son hygiène corporelle de façon autonome. Ses enfants l'aident en passant l'aspirateur et en se chargeant des

Si l'équipe soignante croit que ces signes de « détérioration de l'état général » sont normaux à cause du vieillissement, elle n'interviendra pas adéquatement. De même, l'infirmière qui ne connaît pas les Signes AINÉES habituels de son patient âgé ne pourra pas repérer de détérioration surtout si elle considère la clientèle âgée comme une population homogène qui souffre « généralement » d'incontinence, d'atteintes cognitives, de troubles de mobilité et qui est prédisposée aux chutes.



M^{me} Rose est la « porte-parole » de l'approche OPTIMAH au CHUM.

Illustration de Beha, © CHUM

Tableau 1 L'OUTIL SIGNES AINÉES^{1, 2}

Un acronyme, sept questions et des actions pour l'équipe interprofessionnelle

gros travaux. M^{me} Rose est une femme active. Elle sort de la maison presque tous les jours et elle est responsable du club de bridge de son quartier.

Sa plus grande crainte est de devoir se rendre à l'hôpital, pour des soins d'urgence ou une hospitalisation. Récemment, son frère Marcel, un solide gaillard de 80 ans a vécu toute une aventure. Hospitalisé pour une pneumonie, il a été pris dans un tourbillon de complications : déshydratation, perte de poids, rétention urinaire avec infection secondaire, déconditionnement, difficulté à marcher, chute. Il a même « perdu la tête » pendant quatre jours en plus d'avoir eu à porter une culotte d'incontinence pendant tout son séjour à l'hôpital ! Depuis, il est en convalescence chez sa fille et son moral est bien bas.

Sur Internet, M^{me} Rose a lu des histoires pas rassurantes du tout, comme celle d'Esther Winkler en Colombie-Britannique (www.esthersvoice.com), une enseignante à la retraite de 77 ans pleine de vie et de projets. Hospitalisée pour une opération chirurgicale non urgente à la hanche, elle est décédée, selon le coroner, des suites de dix lacunes dans les soins donnés, dont plusieurs étaient liées à des pratiques non adaptées aux adultes âgés (McIver et Wyndham, 2013). De plus, les professionnels de la santé ont expliqué à la famille que ces complications étaient normales chez une personne âgée et qu'elle devait se consoler en pensant que leur proche avait eu une « belle vie ». Ce genre d'excuses bouleverse M^{me} Rose et ses amis du club de bridge : « Nous savons bien que nous sommes à la dernière période de notre vie, mais nous ne voulons pas perdre notre autonomie ni mourir avant notre heure ! » M^{me} Rose a-t-elle raison de s'inquiéter ?

Une évaluation différente pour les adultes âgés ? Pourquoi ?

En raison du vieillissement normal, l'adulte âgé est plus vulnérable aux stress, aux agressions de la vie (Voyer et al., 2013) et aux complications iatrogéniques d'un séjour à l'hôpital (Francis et Lahaie, 2012). Près des tiers des personnes âgées hospitalisées

QUE SONT LES SIGNES AINÉES ?

Six aspects de la santé à surveiller quotidiennement puisqu'une détérioration est indicative ou prédictive de complications et de déclin fonctionnel chez l'ainé, en particulier au cours d'une période de maladie aiguë. Ils sont regroupés sous l'acronyme **AINÉES** :

- Autonomie/mobilité
- Intégrité de la peau
- Nutrition/hydratation
- Élimination
- Etat cognitif/comportement/communication
- Sommeil

COMMENT UTILISER LES SIGNES AINÉES ?

QUESTIONS À INTÉGRER DANS LA DÉMARCHE CLINIQUE	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS
Quels étaient les Signes AINÉES habituels de mon patient âgé avant sa venue à l'hôpital ou à la clinique, avant la visite à domicile ou pendant le quart de travail précédent ?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Déterminer les Signes AINÉES habituels en questionnant le patient et sa famille, les intervenants qui l'ont suivi avant la période de maladie aiguë ou en recherchant l'information au dossier.
Que puis-je faire pour maintenir les acquis AINÉES de mon patient ?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informer le patient et sa famille de l'importance des interventions préventives AINÉES. ■ Tenir compte des objectifs, de l'aide et des stratégies souhaités par le patient. ■ Déterminer et réévaluer avec lui le plan d'action commun : est-il adapté à l'évolution de sa condition ? Est-il acceptable et réalisable pour lui, sa famille et l'équipe de soins ?
Observons-nous une détérioration ou un nouveau problème dans les Signes AINÉES de ce patient ?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer les Signes AINÉES de façon continue et établir les alertes AINÉES, c'est-à-dire les répercussions de la maladie, de l'hospitalisation, des soins et traitements, des auto-soins et des soins donnés par sa famille sur chacun des Signes AINÉES.
Que puis-je faire pour traiter les problèmes liés aux Signes AINÉES de ce patient ?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Demander au patient et à sa famille de participer à la recherche des causes et des solutions. ■ Informer le médecin et les autres membres de l'équipe de l'alerte AINÉES ou du ou des problèmes décelés ; demander une consultation à d'autres professionnels si requis. ■ Modifier le PTI en fonction des problèmes décelés et réajuster en fonction de leur évolution.
Le plan de traitement actuel est-il le meilleur pour favoriser les Signes AINÉES de ce patient ?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Surveiller l'impact des soins et des traitements de l'équipe multidisciplinaire sur les Signes AINÉES. ■ Envisager une autre alternative de traitement si la conduite thérapeutique de première ligne risque de compromettre un ou plusieurs aspects AINÉES.
Comment faire en sorte que le patient âgé et ses proches deviennent des partenaires pour maintenir les Signes AINÉES ?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faire équipe avec le patient et sa famille tout au long de l'épisode de soins, les informer et leur donner le pouvoir d'agir sur la situation de santé.
Que dois-je communiquer et documenter pour assurer la continuité des soins relatifs aux Signes AINÉES de ce patient ?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Documenter et transmettre les alertes AINÉES dans les rapports et les transferts intra et inter équipes et établissements. ■ Intégrer l'évolution des Signes AINÉES aux discussions interprofessionnelles. ■ Documenter : <ul style="list-style-type: none"> - les Signes AINÉES habituels et leur évolution tout au long de l'épisode de soins ; - l'enseignement et le résultat des discussions avec le patient et sa famille au sujet du maintien et de la récupération des aspects AINÉES (préoccupations, attentes, décisions) ; - les objectifs et les interventions planifiés dans les outils de continuité habituels (plans de travail, etc.).

1 Fulmer, 2007. Traduction et adaptation de l'acronyme SPICES avec permission de l'auteure.

2 Version française de l'acronyme : Idée proposée par Francine Ouimet, infirmière clinicienne au CHUM.

L'AAPA

Pour soigner adéquatement un adulte âgé, les professionnels de la santé doivent être mieux formés sur la physiologie du vieillissement et la vulnérabilité de l'ainé. Ils doivent adapter leurs pratiques aux particularités et aux besoins de l'adulte âgé. Depuis 2005, inspirées par des programmes ayant démontré leur efficacité comme HELP (Inouye *et al.*, 2000) et ACE (Palmer *et al.*, 1998 ; Palmer *et al.*, 2003 ; Voyer *et al.*, 2013), des initiatives pour améliorer les soins offerts aux personnes âgées contribuent à modifier les pratiques en centres hospitaliers, entre autres aux États-Unis, en Ontario et en Colombie-Britannique (Voyer *et al.*, 2013 ; Lafont *et al.*, 2011 ; Palmisano-Mills, 2007). Au Québec, l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier propose un cadre de référence ainsi que des outils de sensibilisation, de formation et de gestion (MSSS, 2011). L'implantation de l'AAPA dans tous les hôpitaux de la province est actuellement une priorité pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Dans la perspective de cette volonté d'amélioration des soins, les infirmières, en collaboration avec l'équipe médicale, doivent évaluer correctement l'évolution de la condition de santé des adultes âgés sous leurs soins et intervenir rapidement en cas de détérioration, en fonction du niveau d'intervention déterminé.

pour un épisode de maladie aiguë subissent un déclin fonctionnel et dans près de 40 % des cas, il s'agit d'une perte d'autonomie significative qui, fréquemment, deviendra irréversible (Sager et Rudberg, 1998). Paradoxalement, le déclin fonctionnel

de l'adulte âgé survient souvent en même temps que l'amélioration de la condition qui avait mené à son hospitalisation, ce que Palmer *et al.* (2003) appellent **le syndrome dysfonctionnel**.

Le vieillissement normal entraîne une diminution des réserves physiologiques et une modification du fonctionnement de certains organes et systèmes. C'est pourquoi la personne âgée est plus vulnérable aux effets de la maladie aiguë, ainsi qu'aux effets indésirables des médicaments et des traitements, et requiert une approche de soins interprofessionnelle adaptée (MSSS, 2011).

L'évaluation clinique de l'ainé est plus complexe que celle d'un adulte plus jeune, car le tableau clinique comporte de nombreux problèmes de santé, la prise de plusieurs médicaments, fréquemment, une présentation atypique de maladies courantes et, en plus, une hétérogénéité du vieillissement d'une personne à l'autre et d'un organe à l'autre. Les difficultés de communication en raison des atteintes auditives et visuelles contribuent aussi à complexifier l'évaluation.

Quel que soit le contexte dans lequel vous aurez à soigner M^{me} Rose au cours d'une période de maladie aiguë, à l'urgence ou hospitalisée dans une unité de soins de courte durée, ou encore à domicile, en clinique, en réadaptation, en convalescence ou en ressource d'hébergement, votre évaluation clinique et votre plan d'intervention devront s'adapter à ses particularités et à ses besoins.

L'outil Signes AINÉES

En 2008, dans le cadre du développement de l'approche d'**OPTIM**isation des soins à la personne **Âgée à l'Hôpital (OPTIMAH)** au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), le comité des pratiques cliniques interprofessionnelles OPTIMAH a développé l'outil des Signes AINÉES. Ses travaux se sont inspirés du cadre de référence pour

la prévention du déclin fonctionnel proposé par l'Australian Health Ministers' Advisory Council (Victorian Government Department of Human Services, 2007) et le Melbourne Health (2004). Ce cadre présente des interventions préventives (ce qui doit être maintenu) et précise les éléments d'évaluation continue (ce qui doit être surveillé, décelé et traité rapidement) dans cinq domaines précis : cognition et santé émotionnelle ; mobilité, vigueur et autonomie dans les soins ; continence ; nutrition et intégrité de la peau. La communication et le sommeil ont été ajoutés aux fonctions à maintenir et à surveiller, leur atteinte pouvant augmenter le risque de délirium ou s'avérer une manifestation de délirium et mener à un déclin fonctionnel.

En plus du cadre de référence australien, le comité OPTIMAH s'est aussi inspiré du concept des signes vitaux gériatriques de Inouye *et al.* (1993) et de l'outil SPICES de Fulmer (2007), SPICES étant un acronyme qui réfère à des conditions qu'il faut rapidement déceler et traiter chez l'adulte âgé. Avec la permission de l'auteure Terry Fulmer, SPICES a été adapté en français et est devenu l'acronyme AINÉES à partir duquel fut créé l'outil *Signes vitaux gériatriques*. Après essai, l'outil a été renommé *Signes AINÉES*. Ce nom inclut d'emblée l'acronyme et a l'avantage d'éviter toute confusion avec les signes vitaux habituels.

Il désigne six aspects à surveiller et propose sept questions et actions à intégrer dans la démarche clinique des professionnels de la santé qui soignent un adulte âgé. Comparativement à SPICES, il permet d'inclure un plus vaste éventail de conditions. Et comme en témoigne la deuxième question « que puis-je faire pour maintenir les Signes AINÉES de ce patient ? », l'acronyme AINÉES sert aussi à prévenir l'apparition de complications (voir Tableau 1).

Utilité des Signes AINÉES

Les signes AINÉES ciblent les aspects de la santé qui sont à maintenir et

Qu'est-il arrivé à M^{me} Justine ?

à surveiller puisque la détérioration de l'un d'entre eux est indicative ou prédictive de complications et de déclin fonctionnel chez l'adulte âgé (Inouye *et al.*, 1993 ; Melbourne Health, 2004 ; Victorian Government Department of Human Services, 2007 ; MSSS, 2011). L'évaluation des Signes AINÉES permet aux membres de l'équipe interprofessionnelle :

- De mettre davantage l'accent sur l'état de santé global de l'adulte âgé plutôt que de se limiter à l'organe, à la maladie ou à la cause l'ayant conduit à l'hôpital ou à consulter. Une approche dite *par organe* défavorise la personne âgée, car la maladie aiguë, ainsi que les soins et traitements hospitaliers non adaptés, peuvent entraîner des complications pouvant mener à un déclin fonctionnel temporaire, voire permanent.
- D'avoir une vue d'ensemble des répercussions de la maladie, de l'hospitalisation, des soins et des traitements sur chacun des aspects AINÉES, en particulier sur les capacités fonctionnelles et cognitives de la personne âgée, ce qui peut mener à une réévaluation du plan d'intervention et à son ajustement, au besoin.
- De déceler et de traiter précocement la détérioration d'une condition de santé se manifestant de façon atypique à travers les Signes AINÉES. Un grand nombre d'affections ne se manifestent chez l'adulte âgé que par des symptômes non spécifiques ou atypiques, attribués souvent à tort au vieillissement normal ou à des complications jugées inévitables chez les personnes âgées (voir Encadré 3).

Ainsi, chez l'adulte âgé, une pneumonie peut ne pas se présenter sous sa forme habituelle. L'absence de fièvre, de toux, de dyspnée ou de leucocytose peut induire en erreur. En fait, une pneumonie pourra se manifester seulement par une détérioration de certains Signes AINÉES tels que faiblesse, chutes, apathie,

L'évaluation initiale et continue des Signes AINÉES peut changer le parcours de santé et de vie d'un adulte âgé au cours d'une période de maladie aiguë comme en témoigne l'histoire de l'amie de M^{me} Rose.

M^{me} Justine est âgée de 83 ans. Elle vit à domicile avec son conjoint atteint de la maladie de Parkinson. Elle a été admise dans une unité de médecine pour recevoir une antibiothérapie intraveineuse à la suite d'une cellulite qui lui a causé de grandes douleurs à la jambe droite. Voici ses antécédents médicaux : diabète de type 2 maîtrisé, arthrose de la hanche droite, insuffisance veineuse aux membres inférieurs.

Après huit jours d'hospitalisation, « sa jambe droite » se porte mieux, la cellulite ayant bien réagi à l'antibiothérapie, mais M^{me} Justine doit demeurer à l'hôpital en raison de complications : délirium hypoactif multifactoriel sur déshydratation, insuffisance rénale aiguë secondaire, dénutrition, infection urinaire, déconditionnement. Son conjoint est bouleversé ; il craint que son épouse ne puisse plus revenir à la maison.

Que s'est-il passé ?

Après étude du dossier, on constate que les Signes AINÉES de M^{me} Justine, tels qu'ils étaient avant son hospitalisation, dans son environnement quotidien, n'ont pas été évalués au moment de son admission (question 1). Par la suite, les détériorations de son état de santé ont été imputées à tort au vieillissement normal et à sa maladie. En conséquence, lorsque la patiente a perdu sa capacité de marcher et que ses facultés cognitives se sont subitement altérées, ces changements n'ont pas inquiété l'équipe de soins. Ce n'est qu'au moment de la visite de son conjoint, trois jours après l'admission de M^{me} Justine, que l'infirmière a été alertée quand il lui a affirmé ne plus reconnaître son épouse. Il la trouvait somnolente et se disait surpris de la voir incapable de se déplacer à l'aide de la marchette qu'il lui avait apportée de la maison.

De fait, le plan d'intervention infirmier n'avait ni tenu compte des capacités fonctionnelles de M^{me} Justine qui, à la maison, marchait de façon autonome, ni considéré qu'elle était atteinte d'une surdité importante de l'oreille droite non compensée par un appareil auditif. On ne lui avait pas fourni de marchette et au début de son séjour, on avait déduit que sa difficulté à répondre adéquatement aux questions résultait d'une atteinte cognitive causée par son âge plutôt que par un problème auditif. Ensuite, sa somnolence et son inattention ont été attribuées aux effets secondaires des opiacés plutôt qu'à la possibilité d'un délirium causé par une dose ou une fréquence inappropriées.

M^{me} Justine portait une culotte d'incontinence lorsqu'elle a été transférée de l'urgence. Ne sachant pas qu'elle était continente à domicile, le personnel a ignoré son incontinence *de novo* et conséquemment, n'en a ni évalué les causes (ici, une infection urinaire), ni vérifié si la patiente pouvait se rendre à la toilette par elle-même ou si elle avait besoin d'aide.

Finalement, l'équipe n'a pas porté attention au fait que M^{me} Justine ne s'hydratait pas suffisamment. En fait, par crainte d'uriner dans sa culotte d'incontinence et gênée de demander de l'aide, elle a tout simplement préféré limiter sa consommation de liquide et d'aliments.

ENCADRÉ 3 Pour qui utiliser l'outil Signes AINÉES ?

Le cas de M^{me} Justine, présenté dans l'Encadré 2, illustre bien la spirale de complications évitables pouvant atteindre l'adulte âgé en période de maladie aiguë quand on ne tient pas compte de ses Signes AINÉES habituels et actuels. Il est recommandé d'utiliser l'outil des Signes AINÉES :

- Pour tous les adultes âgés de 75 ans et plus, en raison de la vulnérabilité physiologique accrue à partir de cet âge.
- Pour les personnes de 65 ans et plus considérées comme plus fragiles en raison d'une perte de capacités physiques (p. ex., maladie de Parkinson), d'une démence, d'antécédents de délirium ou de dénutrition.

Sont exclus les adultes âgés en situation de soins palliatifs ou de fin de vie pour qui la prévention du déclin fonctionnel n'est habituellement pas un objectif.

perte d'appétit et de poids, ainsi que des changements cognitifs ou des comportements inhabituels. Ces signes de « détérioration de l'état général » ne sont bien souvent que la pointe de l'iceberg. Si l'équipe soignante croit qu'ils sont normaux chez une personne âgée, elle n'interviendra pas adéquatement. De même, l'infirmière qui ne connaît pas les Signes AINÉES habituels de son patient âgé ne pourra pas remarquer de détérioration surtout si elle considère les adultes âgés comme une population homogène. C'est pourquoi les évaluations des Signes AINÉES au moment de l'admission de l'adulte âgé et pendant l'épisode de soins permettront de repérer une détérioration de son état de santé. Ces détériorations sont appelées « alertes AINÉES » et demandent des interventions rapides : intensifier la surveillance clinique, procéder à une évaluation plus précise du problème, rechercher les causes et les facteurs contributifs et adapter les plans d'intervention intra et interprofessionnels.

La surveillance des Signes AINÉES prévient la spirale de complications qu'on rencontre souvent chez les adultes âgés. Elle permet également de constater une amélioration de sa condition ainsi que les effets bénéfiques et indésirables ou iatrogènes du plan d'intervention. Comme l'indique la quatrième question de l'outil Signes AINÉES :

« Le plan de traitement actuel est-il le meilleur pour favoriser les Signes AINÉES de ce patient ? ». Est-ce qu'en traitant un problème, on en crée un autre tout aussi grave ? Certains médicaments, par exemple le métronidazole, coupent l'appétit ou causent la dysgueusie. Peut-être est-il alors justifié, si un autre traitement existe, de changer d'antibiotique et d'éviter la déshydratation, la malnutrition et les déséquilibres biochimiques associés qui augmentent le risque de perte de poids, de délirium et de déconditionnement. La même réflexion s'impose au moment du choix d'un médicament analgésique ayant parfois des effets secondaires qui peuvent mener au délirium, à la dénutrition et au déconditionnement.

Une responsabilité interprofessionnelle

En raison de la complexité croissante de la condition de santé de la clientèle âgée, seule une approche holistique permettra de rendre les soins efficaces, et ce, autant en milieu de soins généraux que spécialisés. En effet, pourquoi offrir un traitement de pointe à un adulte âgé si, parallèlement, l'approche de soins lui cause des incapacités fonctionnelles ? Ainsi, bien que « la santé de l'organe ait été améliorée », l'aîné, victime d'une perte d'autonomie par suite de soins non adaptés à sa vulnérabilité, perd

sa qualité de vie ce qui engendre des coûts prohibitifs en soins de santé. Dans l'AAPA (MSSS, 2011), tous les membres de l'équipe interprofessionnelle sont appelés à adapter leur pratique, notamment en matière d'observation et d'évaluation (voir Encadré 1).

L'utilisation des Signes AINÉES s'adapte au rôle de l'intervenant auprès du patient ; qu'il soit médecin, infirmière, physiothérapeute, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires, etc. L'information découlant de l'observation, de l'évaluation et de l'évolution des Signes AINÉES des différents intervenants doit être transmise à tous les membres de l'équipe soignante pour assurer une continuité des soins et des objectifs visés. Le suivi des Signes AINÉES fait partie des aspects discutés pendant les réunions interprofessionnelles et les transferts d'information entre intervenants d'une même discipline.

Le plan d'intervention et les Signes AINÉES sont suivis par les équipes médicale et infirmière. Les autres membres de l'équipe soignante signalent les changements dans les Signes observés durant leurs évaluations et interventions. Ils collaborent aux interventions ainsi qu'à la recherche de solutions en fonction de leur champ de compétence respectif. Ainsi, les complications seront décelées et traitées plus rapidement diminuant ainsi la perte d'autonomie, les durées de séjour et les besoins en ressources humaines durant le séjour hospitalier et posthospitalier.

Les Signes AINÉES ont été élaborés initialement pour être utilisés en soins de courte durée à l'urgence et dans les unités d'hospitalisation. L'expérience démontre que cet outil peut aussi être utile dans d'autres contextes, par exemple en soins de première ligne en clinique ou à domicile, en clinique ambulatoire spécialisée, en ressources d'hébergement ou en centre de réadaptation.

L'utilisation des Signes AINÉES est relativement simple. Le défi consiste à les intégrer aux processus d'évalua-

tion initiale et continue de la clientèle âgée et aux outils de documentation en vigueur.

La deuxième partie de cet article traitera de la documentation et de l'intégration concrète des Signes AINÉES dans l'évaluation infirmière d'un adulte âgé hospitalisé ou vivant dans la communauté. Il abordera aussi comment les Signes AINÉES permettent de mieux faire équipe avec l'adulte âgé et sa famille dans la prévention du déclin fonctionnel au cours d'une maladie aiguë. ■

Remerciements

Les auteures tiennent à remercier les personnes suivantes pour leur contribution inestimable, que ce soit pour le développement du concept et des outils AINÉES au CHUM ou pour la rédaction des deux parties de cet article : Sylvie Guillemette, infirmière conseillère en soins infirmiers, Francine Ouimet et Nathalie Lepage, infirmières de suivi clientèle personnes âgées, Nathalie Larochelle, infirmière clinicienne coach OPTIMAH, et Manon Bougie, conseillère en soins infirmiers spécialisés (urgences). Elles remercient également les autres collègues du comité des pratiques cliniques interprofessionnelles OPTIMAH du CHUM pour leur apport au développement de l'approche OPTIMAH, en particulier Marthyne Brazeau, audiologiste, Komala Voora, physiothérapeute, Geneviève St-Germain, ergothérapeute, Louise Belley et Maya Khadag, nutritionnistes.

Les auteures



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



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

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

Références

- Francis, D.C. et J.M. Lahaie. « Iatrogenesis: the nurse's role in preventing patient harm », in M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer et D. Zwicker (ss la dir.de), *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (4^e éd.), New York (NY), Springer, 2012, p. 200-228.
- Fulmer, T. « How to try this: Fulmer SPICES », *American Journal of Nursing*, vol. 107, n° 10, oct. 2007, p. 40-48.
- Inouye, S.K., S.T. Bogardus Jr., D.I. Baker, L. Leo-Summers et L.M. Cooney Jr. « The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 48, n° 12, déc. 2000, p. 1697-1706.
- Inouye, S.K., D. Acampora, R.L. Miller, T. Fulmer, L.D. Hurst et L.M. Cooney Jr. « The Yale Geriatric Care Program: a model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 41, n° 12, déc. 1993, p. 1345-1352.

Lafont, C., S. Gérard, T. Voisin, M. Pahor et B. Vellas. « Comment réduire la dépendance iatrogène chez les sujets âgés hospitalisés ? », *Les cahiers de l'année gériatologique*, vol. 3, n° 1, oct. 2011, p. 6-26.

Mclver, S. et R. Wyndham. *After the Error. Speaking out About Safety to Save Lives*, Toronto (ON), ECW Press, 2013, 264 p.

Melbourne Health Clinical Epidemiology and Health Services Evaluation Unit. « Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings: Quick guide », Melbourne (Australie), 2004, 31 p. [En ligne : [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/125F8D37AC152227CA257852001000B6/\\$FILE/functional-decline-manual-quickguide.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/125F8D37AC152227CA257852001000B6/$FILE/functional-decline-manual-quickguide.pdf)]

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de référence*, Québec, MSSS, 2011, 205 p. [En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf>]

Palmer, R.M., S.R. Counsell et S.C. Landefeld. « Acute care for elders units », *Disease Management and Health Outcomes*, vol. 11, n° 8, 2003, p. 507-517.

Palmer, R.M., S.R. Counsell et S.C. Landefeld. « Clinical intervention trials: the ACE unit », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 14, n° 4, nov. 1998, p. 831-849.

Palmisano-Mills, C. « Common problems in hospitalized older adults », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 33, n° 1, janv. 2007, p. 48-54.

Sager, M.A. et M.A. Rudberg. « Functional decline associated with hospitalization for acute illness », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 14, n° 4, nov. 1998, p. 669-679.

Victorian Government Department of Human Services. « Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings: Update 2007 », Melbourne (Australie), 2007, 29 p. [En ligne : [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/0A1A42D295F67742CA257852000ECC48/\\$FILE/functional-decline-update.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/0A1A42D295F67742CA257852000ECC48/$FILE/functional-decline-update.pdf)]

Voyer, P., F. Collin, S. Racine et M. Bourque. « Principes des soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie dans divers milieux de soins », in P. Voyer (ss la dir. de), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2^e éd.), Saint-Laurent (QC), Éditions du Renouveau pédagogique, 2013, p. 29-48.