

LE **CISSS** DES LAURENTIDES  
complice de votre santé

# APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE

Orientation à l'embauche (TRONC COMMUN)  
INFIRMIÈRES- INFIRMIÈRES AUXILIAIRES- CEPI- CEPIA

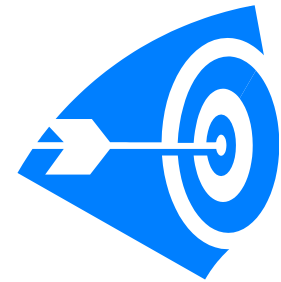
DIRECTION ADJOINTE AUX PRATIQUES PROFESSIONNELLES  
DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

Avril 2020

## Objectifs

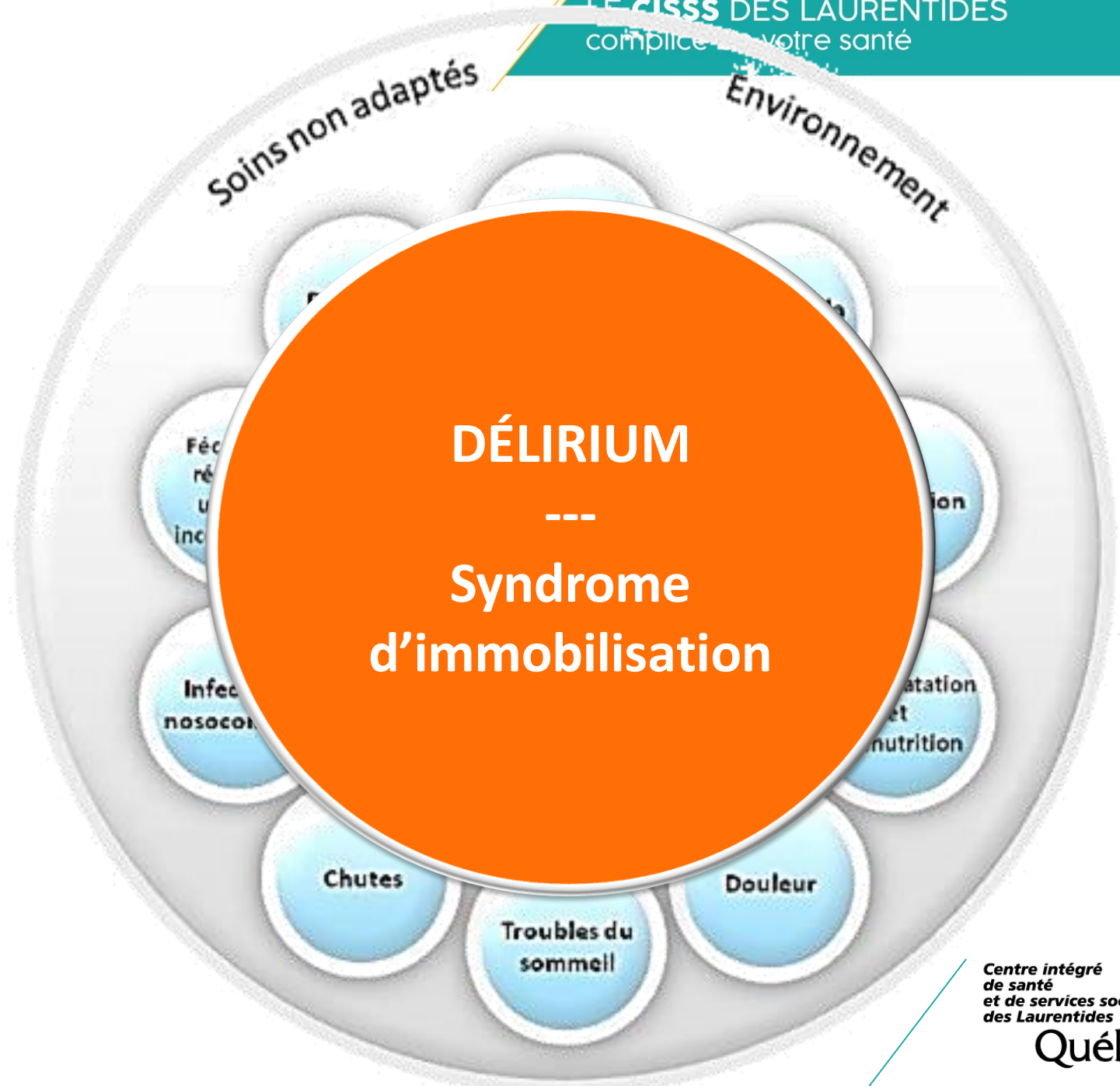
- Sensibiliser le personnel infirmier à l'importance de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA).
- Identifier les outils d'encadrement clinique mis à la disposition du personnel du CISSSLAU dans le cadre de l'AAPA.

## Objectif de l'AAPA



Préserver l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées de **65 ans et plus** durant leur séjour à l'urgence et à l'hospitalisation.

**Le but ultime**: réintégrer le plus rapidement possible leur milieu de vie.



Soins non adaptés

Environnement

Féc  
ré  
u  
inc

Infe  
nosoco

Chutes

Troubles du  
sommeil

Douleur

atation  
et  
nutrition

ion

**DÉLIRIUM**  
---  
**Syndrome  
d'immobilisation**

## Syndrome d'immobilisation



**1 jour d'alitement = 3 jours de récupération**

**1 semaine d'alitement = 1 mois d'entraînement**

**3 heures d'alitement = apparition d'une lésion de pression**

## Délirium

- Désordre mental, d'installation **rapide** et **fluctuante**, touchant l'état de conscience, la cognition et le comportement
- Habituellement **transitoire** et **réversible**
- Une **urgence médicale!** Si non traité, peut laisser des pertes cognitives pendant plusieurs mois

## STATISTIQUES SUR LE DÉLIRIUM

- **10 %** → subiront un délirium à **l'urgence**
- **75 %** → subiront un délirium après une **chirurgie**
- **90 %** → subiront un délirium aux **soins intensifs**

**10 à 30 %** présenteront un délirium à **l'admission**

**3 à 30 %** présenteront un délirium **durant l'hospitalisation**

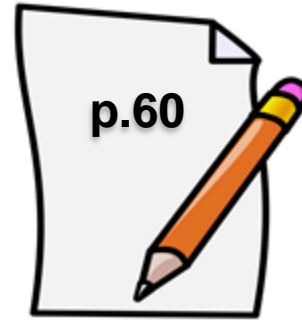
## Signes AINÉES

Outil mnémotechnique pour évaluer et intervenir auprès de la personne âgée :

- A** Autonomie fonctionnelle
- I** Intégrité cutanée
- N** Nutrition
- É** Élimination
- E** État cognitif et affectif
- S** Sommeil



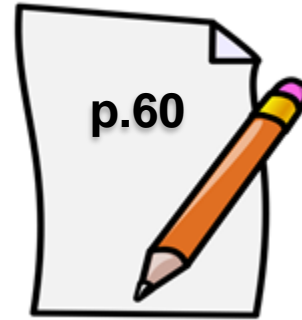
## Quelques caractéristiques relatives au vieillissement normal



### A : Autonomie

- Être plus rapidement fatigué suite à une longue marche dans le corridor
- Ralentissement dans l'exécution de ses soins personnels
- Réagir plus lentement aux obstacles présents sur son parcours de marche

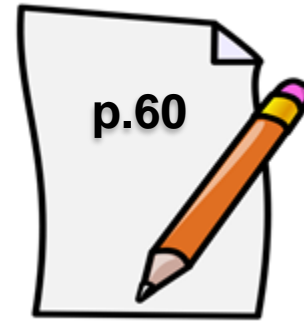
## Quelques caractéristiques relatives au vieillissement normal



### I : Intégrité de la peau

- Amincissement de la peau et proéminences osseuses plus visibles d'où l'apparition des rougeurs plus rapides sur les points de pression
- Texture de peau plus sèche
- Temps de cicatrisation plus long et de moins bonne qualité

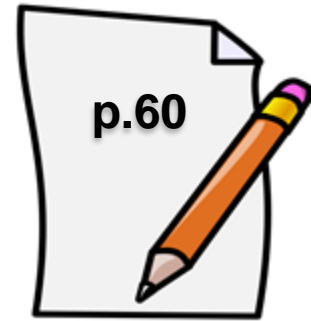
## Quelques caractéristiques relatives au vieillissement normal



### **N : Nutrition et hydratation**

- Le besoin en hydratation est le même qu'une personne plus jeune, mais les personnes âgées ressentent moins la soif
- Moins bien percevoir les saveurs des aliments
- Prendre un peu plus de temps pour mastiquer et avaler une bouchée d'aliments
- Ressentir la satiété plus rapidement lors de la prise d'un repas

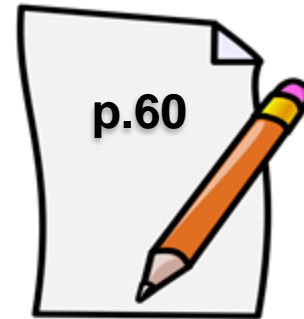
## Quelques caractéristiques relatives au vieillissement normal



### É : Élimination

- Ressentir durant la journée le besoin d'uriner à une fréquence allant aux 2 à 3 heures
- Se lever 1 à 2 fois la nuit pour uriner
- Avoir des habitudes d'élimination propres à chacun: horaire, mode

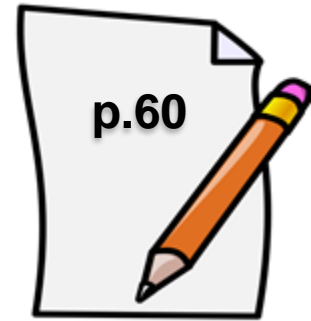
## Quelques caractéristiques relatives au vieillissement normal



### É : État cognitif

- Devoir porter ses lunettes et appareils auditifs pour mieux communiquer
- Prendre quelques secondes avant de répondre à une question et plus de temps pour répondre à une consigne ou effectuer une tâche
- Avoir plus souvent recours au calendrier pour s'orienter dans le temps
- Avoir besoin de répéter un enseignement pour l'apprentissage de nouvelles consignes

## Quelques caractéristiques relatives au vieillissement normal



### **S : Sommeil**

- Être plus sensible aux bruits ambiants
- Prendre plus de temps pour s'endormir, jusqu'à 30 minutes
- Conserver ses rituels ou habitudes de préparation à l'endormissement propre à chacun pour favoriser le sommeil
- 5 à 6 heures de sommeil par nuit

## L'AAPA – Priorité du CISSSLAU

**La mobilisation et la prise des repas au fauteuil, trois fois par jour est une priorité du CISSSLAU :**

- Voir les affiches promotionnelles dédiées à la clientèle



## Moment d'engagement

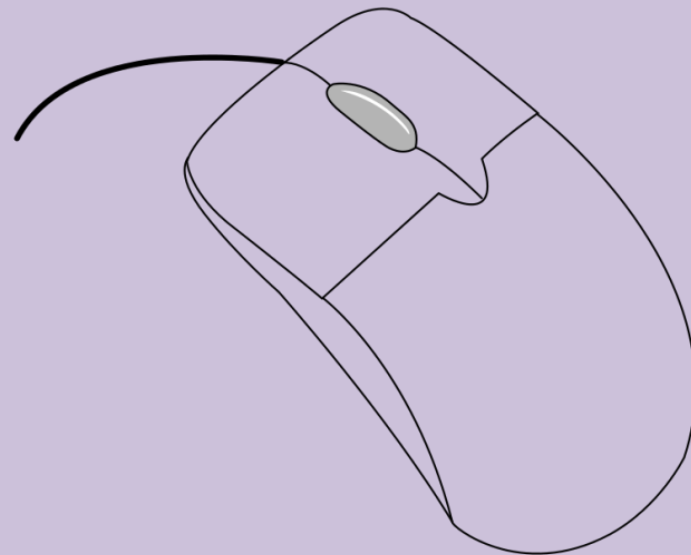




# OUTILS CLINIQUES SPÉCIFIQUES AU CISSSLAU

## Démonstration Intranet – Outils AAPA

Intranet –  
Outils AAPA



## FORMULAIRE – Profil AINÉES

- Complété 1 fois par jour par l’infirmière durant le séjour à l’hôpital
- Objectif : suivre l’évolution clinique à l’aide de différents paramètres de surveillance
- Permet :
  - D’identifier les premiers signes de déclin fonctionnel
  - D’intervenir rapidement, pour maintenir les capacités


## Repérer et suivre les SIGNES AINÉES pendant le séjour à l'hôpital

<b>Clientèle visée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usager de 75 ans ou plus ou de 65 ans ou plus avec un profil gériatrique (difficulté à accomplir au moins une AVQ ou atteinte de la mobilité, ou troubles cognitifs)</li> </ul>																				
<b>Fréquence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aux 24 heures sur le quart de jour durant le séjour à l'hôpital</li> <li>Au congé (dernière colonne)</li> </ul>																				
<b>Démarche clinique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Évaluer :</b> compléter le formulaire pour chaque signe et préciser au dossier la nature des détériorations s'il y a lieu.</li> <li><b>Analyser :</b> comparer avec le profil AINÉES de l'HISTOIRE DE SANTÉ SOMMAIRE (FP-CISSS-6026) et documenter le résultat de votre analyse au dossier.</li> <li><b>Planifier :</b> ajuster le PTI, le plan de soins et le communiquer à l'équipe de soins.</li> <li><b>Intervenir :</b> appliquer les interventions requises pour maintenir et améliorer les capacités.</li> </ul>																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Date</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Heure</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Date										Heure									
Date																					
Heure																					
<b>Indiquer le degré d'autonomie</b> 0 : autonome    -1 : supervision/stimulation    -2 : aide partielle    -3 : aide totale																					
<b>A</b> Autonomie	Marche																				
	S'alimente/s'hydrate																				
	Inscrire le nombre depuis la <u>dernière évaluation</u> et le total au congé																				
	Nombre de nouvelles chutes depuis la dernière évaluation																				
Inscrire le nombre depuis la <u>dernière évaluation</u> et le total au congé																					
<b>I</b> Intégrité cutanée	Nombre de nouvelles lésions de pression depuis la dernière évaluation																				
<b>Cocher s'il y a présence des signes suivants lors de l'évaluation</b>																					
<b>N</b> Nutrition	Signes de déshydratation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Signes de dysphagie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<b>É</b> Élimination	Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<b>E</b> Etat cognitif/ comportement	Altération de l'état de conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Désorientation (temps, lieux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Difficulté à être attentif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Changement et fluctuation des fonctions mentales et du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<b>S</b> Sommeil	Perturbation du rythme éveil-sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<b>Nouvelle(s) directive(s) aux PTI</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<b>Initiales</b>																					


## FORMULAIRE – Histoire de santé sommaire

- Complété par l'infirmière de l'urgence suite à une demande d'admission et avant le transfert à l'unité de soins
- Permet :
  - D'identifier les écarts entre la situation habituelle de l'utilisateur et son nouvel état
  - Les soins peuvent alors être planifiés pour combler ou retrouver l'autonomie antérieure

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides



DT6026



## HISTOIRE DE SANTÉ SOMMAIRE

CLIENTÈLE ADULTE SUR CIVIÈRE À L'URGENCE OU HOSPITALISÉE (FP-CISSL-6026)

---

### HISTOIRE MÉDICAMENTEUSE – DONNÉES COMPLÉMENTAIRES AU PROFIL PHARMACOLOGIQUE

Allergie :  Aucune  Oui Si oui, précisez : \_\_\_\_\_  
 Réaction : \_\_\_\_\_  
 Intolérance :  Aucune  Oui Si oui, précisez : \_\_\_\_\_  
 Réaction : \_\_\_\_\_  
 Poids : \_\_\_\_\_ kg ou \_\_\_\_\_ lbs Taille : \_\_\_\_\_ mètres ou \_\_\_\_\_ pieds

**Conditions particulières**

Grossesse (nombre semaine : \_\_\_\_\_)  Allaitement  Autre (greffe, dialyse, etc.) : \_\_\_\_\_

**Étapes à suivre pour BCM sur profil de la pharmacie communautaire**

- En haut à gauche du profil communautaire, inscrire « BCM »
- À gauche de chaque médicament, valider la prise avec l'usager/famille en indiquant : « Oui, cessé ou modifié et la raison de l'arrêt ou tout autre commentaire »
- Inscrire un « D » vis-à-vis chacun des médicaments ayant une divergence

Collecte complétée  Collecte impossible avec usager ou famille  Aucun médicament en externe

**Médicaments sans prescription**

Prenez-vous des médicaments en vente libre? (ex : crème topique, Tylenol<sup>MD</sup>)  Non  Oui Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_  
 Prenez-vous des produits de santé naturels?  Non  Oui Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

**Autre**

Prenez-vous des médicaments non servis par la pharmacie (échantillons, médicaments de recherche)?

Non  Oui Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_  
 Prenez-vous des médicaments servis par une clinique spécialisée (ex : Aredia, Zometa, chimiothérapie (IV/PO)?  Non  Oui Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_  
 Prenez-vous d'autres médicaments dont nous n'avons pas discuté?  Non  Oui Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

**Adhésion au traitement**

Prenez-vous vos médicaments de façon régulière?  Non  Oui Commentaire : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Titre d'emploi : \_\_\_\_\_ # permis : \_\_\_\_\_ Date/heure : \_\_\_\_\_

---

### HISTOIRE DE SANTÉ SOMMAIRE

#### AUTONOMIE ET MOBILITÉ

	Activités de la vie quotidienne (AVQ) – Inscrire la cote			Mobilité – Inscrire la cote		
	Cote Domicile	Cote Admission	Aide requise ou particularité	Cote Domicile	Cote Admission	Aide requise ou particularité
Se nourrir et boire						
Se laver						
S'habiller						
Utiliser les toilettes						

Aide technique à la marche :  Non  Oui  
 En sa possession :  Non  Oui  Canne  Marchette  Fauteuil roulant  Orthèse  Prothèse  
 Chute depuis 6 mois :  Non  Oui Raison : \_\_\_\_\_  
 Problème d'équilibre ou étourdissements :  Non  Oui  
 Si oui, évaluer le risque de chute et prendre TA couché-debout DIE x 3

---

#### INTÉGRITÉ DE LA PEAU

Peau intacte :  Non  Oui Préciser le site : \_\_\_\_\_  
 Évaluer le risque de plaie de pression (Braden) au besoin, ainsi que pour tous les usagers de 75 ans et plus.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ # Dossier : \_\_\_\_\_

### ÉLIMINATION

É	Incontinence – Inscrire la cote : 0 = Aucune - 1 = Occasionnelle - 2 = Fréquence - 3 = Habituelle/sonde/stomie			Fonction vésicale			Fonction intestinale		
	Cote domicile	Cote admission	Particularité	Cote domicile	Cote admission	Particularité	Cote domicile	Cote admission	Particularité

Si incontinence, depuis combien de temps? Urinaire : \_\_\_\_\_ Intestinale : \_\_\_\_\_  
 Nycturie :  Non  Oui Produit de protection :  Aucun  Coussinet  Culotte Autre : \_\_\_\_\_

### ÉTAT COGNITIF ET COMPORTEMENT

Portez-vous des verres correcteurs?  Non  Oui En sa possession :  Non  Oui  
 Portez-vous un appareil auditif?  Non  Oui  Gauche  Droit En sa possession :  Non  Oui

Comportement  Non  Oui  Non  Oui Particularité (si changement précisez depuis quand) \_\_\_\_\_

### Dépistage du delirium selon le test d'évaluation 4AT

<b>1. État de conscience</b> Demandez à l'usager de dire son nom et son adresse pour aider l'évaluation • Normal (âge, mais pas agité, tout au long de l'évaluation) 0 <input type="checkbox"/> • Somnolence légère moins de 10 sec. après le réveil, puis normal 0 <input type="checkbox"/> • Clignement anormal 4 <input type="checkbox"/>	<b>2. AMT 4</b> Âge, année, date de naissance, endroit (nom de l'hôpital/cityment) • Aucune erreur 0 <input type="checkbox"/> • 1 erreur 1 <input type="checkbox"/> • 2 erreurs ou plus ne peut être testé 2 <input type="checkbox"/>
<b>3. Attention</b> Demandez à l'usager : « Pouvez-vous me dire les mois de l'année dans l'ordre inverse en commençant par décembre? » Pour aider à la compréhension, il est permis de dire une seule fois : « quel est le mois avant décembre? » • Réussit à nommer 7 mois ou plus 0 <input type="checkbox"/> • Commence, mais réussit moins de 7 mois ou refuse de commencer 1 <input type="checkbox"/> • Ne peut être testé (ne peut pas commencer, car ne se sent pas bien, somnolent ou inattentif) 2 <input type="checkbox"/>	<b>4. Changement aigu ou évolution fluctuante</b> Preuve de changement significatifs ou de fluctuation de : état de conscience, cognition, autre fonction mentale (ex. paranoïa, hallucinations) apparus au cours des 2 dernières semaines et encore apparents dans les dernières 24 heures • Non 0 <input type="checkbox"/> • Oui 4 <input type="checkbox"/>

**4 ou plus :** delirium possible et plus ou moins de troubles cognitifs  
**1 – 3 :** troubles cognitifs possibles  
**0 :** delirium ou troubles cognitifs sévères peu probable (mais delirium encore possible si information incomplète à (4))  
 Score 1 à 4 : Aviser le médecin traitant et mettre en place les interventions préventives

Score du 4AT

### SOMMEIL

Perturbation récente du sommeil :  Non  Oui Cycle éveil-sommeil inversé :  Non  Oui Ronnement :  Non  Oui

### DÉPISTAGE DU RISQUE SUICIDAIRE

1. Au cours des semaines passées, avez-vous éprouvé de la difficulté à vous concentrer, à réfléchir ou à prendre des décisions?  Non  Oui  
 2. Vous êtes-vous déjà senti découragé au point de souhaiter la mort?  Non  Oui Si oui, aux questions 1 ou 2, poser la question 3  
 3. Avez-vous déjà pensé à vous suicider?  Non  Oui Si oui, poser la question 4  
 4. Avez-vous déjà tenté de vous enlever la vie?  Non  Oui (comment, où et quand dans la note infirmière)  
 Si présence d'idées suicidaires, évaluer l'urgence du risque suicidaire et l'inscrire au plan thérapeutique infirmier (PTI)

### PLANIFICATION DU DÉPART

Qu'est-ce qui vous inquiète le plus concernant votre retour à domicile? \_\_\_\_\_  
 Quelles sont vos inquiétudes face à votre séjour hospitalier? \_\_\_\_\_

Prévoyez-vous retourner à domicile après votre séjour à l'hôpital?  Non  Oui  
 Si non, où? \_\_\_\_\_  
 Y a-t-il des escaliers :  Non  Oui Nombre de marches : Int. : \_\_\_\_\_ Ext. : \_\_\_\_\_

	ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE (AVD)	
	Autonome	Reçoit l'aide requise
Services/Soutien à domicile : <input type="checkbox"/> Aucun		
Entretien ménager	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Lors du retour à domicile, qui pourra vous aider?		
Préparer repas	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Cet aidant est-il : <input type="checkbox"/> Âgé <input type="checkbox"/> Malade <input type="checkbox"/> Épuisé/fatigué	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Nom de l'infirmière \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Licence \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj \_\_\_\_\_

## Un mot sur... le Dépistage du délirium

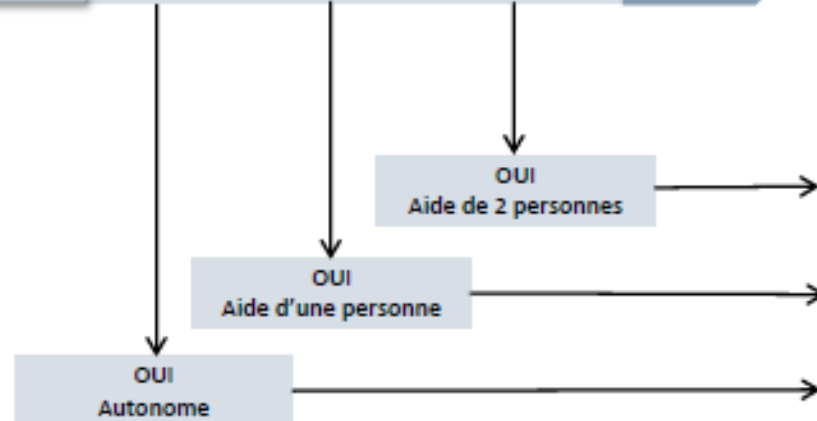
- Le **C.A.M** (Confusion Assessment Method) est l'outil préconisé au CISSSLAU et à appliquer par les infirmières pour le dépistage du délirium
- 4 critères à évaluer
- L'outil est intégré au formulaire *Histoire de santé sommaire*

## Outil – Détermination du niveau de mobilité

- Outil en soutien à la décision de l'infirmière ; n'est pas versé au dossier
  - Aide à déterminer si l'utilisateur doit demeurer alité, si il peut être mobilisé au fauteuil ou autorisé à la marche tout en précisant le nombre de personne(s) qui doit(vent) l'accompagner, le cas échéant
- **Le niveau d'aide à la mobilisation doit apparaître au PTI de tous les usagers hospitalisés**



<b>2</b> OUI	Absence de précaution, de contre-indication ou de suspicion de contre-indication à la mobilité?	NON
<b>3</b> OUI	La personne répond-elle à la stimulation verbale et au toucher?	NON
<b>4</b> OUI	La douleur est-elle suffisamment bien contrôlée pour permettre la mobilisation?	NON
<b>5</b> OUI	La personne peut-elle s'asseoir seule ou avec aide sur le bord du lit?	NON
<b>6</b> OUI	La personne peut-elle lever les deux pieds du sol et/ou allonger les jambes (en alternance)?	NON
<b>7</b> OUI	La personne peut-elle se tenir debout (avec ou sans aide)?	NON
<b>8</b> OUI	La personne peut-elle se transférer au fauteuil (avec ou sans accessoire de marche)?	NON
<b>9</b> OUI	La personne peut-elle marcher sur une courte distance (avec ou sans accessoire de marche)?	NON



**X** Contre-indications : Référence médicale  
Précautions : Référence en physiothérapie

**L**

**MOBILITÉ AU LIT (L)**

- Changer de position aux deux heures
- Utiliser le lève-personne pour asseoir au fauteuil au moins une fois par jour (si la condition le permet)
- Asseoir à 90 degrés ou sur le bord du lit pour tous les repas (si la condition le permet)
- Favoriser l'activation des membres supérieurs et inférieurs lors de la réalisation de chacune des activités quotidiennes de la personne durant son séjour hospitalier (ex. : plier les genoux, retrait des couvertures, etc.)

**F2**

**F1**

**MOBILITÉ AU FAUTEUIL (F)**

- Lever la personne au fauteuil trois fois par jour aux heures de repas
- Encourager la personne à être active, à bouger ses bras et ses jambes selon tolérance

**M2**

**M1**

**M**

**MARCHE (M)**

- S'assurer que la personne s'assoit au fauteuil 3 fois/jour à l'heure des repas
- S'assurer qu'elle marche au moins 3 fois/jour (si possible au corridor; sinon dans la chambre)
- S'assurer qu'elle utilise son aide technique si requis
- Augmenter progressivement la distance de marche selon tolérance

# FORMATION AAPA



# Formation obligatoire

**Pour infirmières et infirmières auxiliaires  
(pratiquant en milieux hospitaliers)  
À faire dans la première année suivant l'embauche**

**\*\*Heures de formation accréditées!\*\***

Vous devez fournir à votre chef le certificat d'attestation de formation disponible à la fin de chacun des modules. Suite à la réception de la preuve de formation, les heures seront ajoutées à votre période de paie en cours.