

Les outils de
Soins de Santé
Primaires



DIRECTION
DE LA SANTÉ

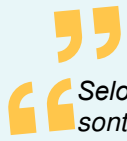
« Vieillir en bonne santé » en Polynésie française

Recommandations officielles de la Direction de la santé de Polynésie française

Octobre 2023

Ce document « Vieillir en bonne santé en Polynésie française » a été élaboré par une équipe pluridisciplinaire regroupant des professionnels de la Direction de la santé et du Centre Hospitalier de Polynésie française, en collaboration avec la DSFE et avec l'appui technique d'Emmanuelle RUPP-TERRIS, consultante en santé publique. Les éléments présentés se basent sur différentes recommandations internationales (cf. bibliographie), adaptées au contexte local. Destiné aux professionnels médicaux et paramédicaux des subdivisions de santé et des formations sanitaires de la Direction de la santé, ce guide a pour objectif de permettre aux professionnels de santé d'accompagner l'optimisation des capacités intrinsèques des individus, selon une approche intégrée et centrée sur la personne. Il s'agira, à terme, d'évaluer l'atteinte de cet objectif à travers la connaissance et l'appropriation de cet outil par les professionnels ciblés.

Ce document est disponible sur le site internet de Direction de la santé.



Selon la définition de l'OMS les soins de santé primaires (SSP), sont essentiels à la réalisation des objectifs de santé du développement durable, quel que soit le niveau de développement d'un pays. Les SSP consistent à offrir à la population, au sein des communautés, des soins curatifs de qualité, mais également sur les mêmes sites, des soins de santé préventive et des actions de promotion de santé.

Les soins de santé primaire doivent être centrés sur la personne et la famille et non pas sur un organe malade. Ils nécessitent pour cela une démarche participative et holistique, tenant compte du contexte local.

Les soins de santé primaires ne sont pas simplement une porte d'entrée vers les soins secondaires ou tertiaires que sont les spécialistes et les hôpitaux. Les soins de santé primaires doivent pouvoir répondre en autonomie à une grande partie des besoins de santé d'une communauté, et sont complémentaires des hôpitaux et des autres professionnels de santé avec qui ils travaillent en réseau.

Pour cela, il est nécessaire de réinvestir dans les soins de santé primaires, et il s'agit d'un des objectifs majeurs de la Direction de la santé dans le cadre de sa feuille de route 2023-2025.

Les professionnels des soins de santé primaire, exercent un métier complexe nécessitant des compétences larges et spécifiques permettant de garantir l'efficacité et la qualité du service apporté aux communautés.

C'est pourquoi la Direction de la santé a développé une « boîte à outils de soins de santé primaires » comprenant des guides, des recommandations, des protocoles et des procédures adaptés à la Polynésie Française. Ces outils sont disponibles sur le site de la direction de la santé : <https://www.service-public.pf/dsp/> et donneront lieu dès 2024 à un programme spécifique de formation continue.

Parmi ces outils, le guide « Vieillir en bonne santé en Polynésie française » a pour objectif de donner aux professionnels des soins de santé primaire les connaissances, compétences et pratiques nécessaires à l'accompagnement en santé des personnes âgées de notre pays. Le but étant de maintenir l'autonomie des personnes vieillissantes, et de prolonger leur santé et leur qualité de vie le plus longtemps possible.

Cet outil est le fruit d'un travail collaboratif impliquant de nombreux professionnels, dont je remercie la mobilisation.

Philippe Biarez

Directeur de la santé

Sommaire

1. « VIEILLIR EN BONNE SANTE »	5
2. PROMOUVOIR DES COMPORTEMENTS FAVORABLES A LA SANTE	7
2.1 L'ALIMENTATION.....	7
2.2 L'ACTIVITE PHYSIQUE	8
2.3 L'ACTIVITE CEREBRALE.....	9
2.4 LA VIE AFFECTIVE ET SOCIALE	9
2.5 LE LOGEMENT	9
3. PREVENIR LE RISQUE DE IATROGENIE MEDICAMENTEUSE	10
4. REPERER LA DIMINUTION DE CAPACITES	12
4.1 TESTS A REALISER	14
4.2 CONSEILS A DELIVRER DANS L'ATTENTE D'UNE EVALUATION APPROFONDIE.....	16
4.3 LE RISQUE DE MALTRAITANCE	17
5. BIBLIOGRAPHIE	18

1. « Vieillir en bonne santé »



La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Elle est influencée par de nombreux facteurs appelés déterminants de la santé, qui varient, pour chaque individu, selon le lieu et le moment. (*Organisation Mondiale de la Santé - OMS*)

Du point de vue biologique [1] [2] [3], le vieillissement est dû à l'accumulation de lésions moléculaires et cellulaires, conduisant à :

- une réduction progressive des ressources physiologiques,
- un risque accru d'apparition et de progression d'une ou de plusieurs maladies chroniques,
- et à une **diminution générale des capacités intrinsèques** (= capacités physiques et mentales) de l'individu.

Les 3 niveaux de capacités

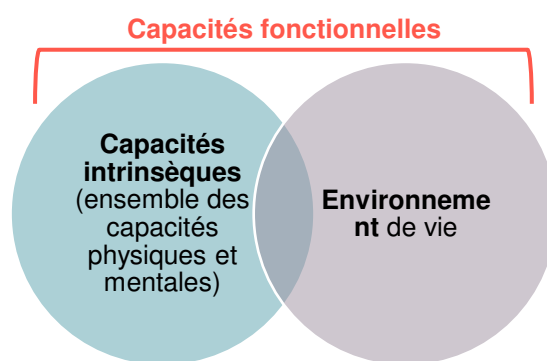
- Niveau de pleines capacités
- Niveau de capacités diminuées
- Niveau de perte de capacités, caractérisée par une dépendance aux soins.

Ces altérations ne sont ni linéaires, ni constantes, et elles ne sont que faiblement associées à l'âge d'une personne. En effet, alors que certaines personnes de 60 ans jouissent de bonnes aptitudes physiques et mentales, d'autres peuvent être fragilisées et peuvent nécessiter une aide significative pour assurer leurs besoins élémentaires. C'est pourquoi l'âge chronologique est un mauvais marqueur de l'état de santé.

Cela s'explique en partie parce que la plupart des mécanismes du vieillissement sont aléatoires, mais aussi parce que ces changements sont fortement influencés par les comportements de l'individu et l'environnement dans lequel vit l'individu (logement, communautés, relations sociales, attitudes et valeurs, politiques sociales, structures sociales, transports, etc.). Le vieillissement implique également d'autres changements significatifs, comme l'arrêt d'activité qu'elle soit professionnelle, de loisir, communautaire, occupationnelle, etc. entraînant une modification des rôles et des positions sociales.

L'association et l'interaction des capacités intrinsèques avec l'environnement dans lequel vit une personne représentent les **capacités fonctionnelles** d'un individu (ex : se déplacer, prendre ses repas, se laver, etc.).

Selon l'OMS, « *Vieillir en bonne santé* » est un processus de **développement** et de **maintien des aptitudes fonctionnelles** qui permet aux **personnes vieillissantes de jouir d'un état de bien-être**. Cette approche globale et positive de promotion de la santé a pour but de **maintenir l'autonomie** des personnes vieillissantes et de **prolonger leur santé et leur qualité de vie le plus longtemps possible**.



➔ **Les professionnels de la santé jouent un rôle majeur dans cette démarche, en accompagnant l'optimisation des capacités intrinsèques des individus**, selon une approche intégrée et centrée sur la personne, à travers :

- la **promotion des comportements favorables et protecteurs** pour la santé,
- la **prévention du risque iatrogénique**,
- le **dépistage et la prise en charge précoces des diminutions des capacités** : il s'agit de déceler, le plus tôt possible, les diminutions des capacités physiques et mentales, et de fournir des interventions efficaces pour en prévenir ou retarder la progression,
- et la **collaboration efficace avec les acteurs locaux**, et notamment les services sociaux, afin de répondre de façon globale aux besoins des personnes vieillissantes.



Les données présentées ci-dessous sont issues :

- d'une enquête de terrain réalisée à Moorea par M. Misery (« *Stratégie de promotion de la santé et des préventions en faveur des personnes âgées - Projet de prévention en faveur des personnes âgées de Moorea-Maiao 2016 – 2018* » [4]),
- et de la thèse de Dr. L. Chauveau (« *Recours aux soins du sujet âgé en milieu isolé en Polynésie Française: déterminants et vécu du soin* » [5]).



Pour les personnes âgées, la santé est **état de bien être permettant d'être actif au sein de la famille et de la société locale**, et ne se limite pas à l'absence de maladie.



Les personnes âgées veulent continuer à être actif (= "travailler "). Cette demande forte doit être entendue et comprise, malgré les peurs et les risques perçus par l'entourage et les professionnels de santé.



Les personnes âgées utilisent régulièrement les médicaments de la **pharmacopée traditionnelle** et souhaitent pouvoir continuer à le faire.



Les personnes âgées sont très respectueuses de la parole du professionnel de santé, **obéissant à ses directives même en l'absence d'accord intime**.



Les personnes âgées ne veulent pas être une charge pour leur famille. C'est pourquoi, elles se plient parfois aux habitudes de leurs enfants et petits-enfants et **cèdent à leurs décisions**.



Les personnes âgées veulent finir leur vie sur leur île et à leur domicile. Cette demande peut être source de refus de soins que les professionnels de santé et les familles doivent savoir entendre et respecter.



En pratique

Il s'agit pour le professionnels de santé de :

- identifier le(s) aidant(s) et recueillir sa (ses) perception(s) du rôle d'aidant,
 - impliquer la famille, selon son organisation, dans la prise en charge des personnes âgées.
- ▲ Rappel !** Le patient âgé doit donner son accord pour que les soignants délivrent des informations à son entourage et l'impliquent dans le projet de soins (cf. l'outil SSP « *Droits du patient en Polynésie française* »).
- avoir conscience des alternatives utilisées telles que les médicaments tahitiens et / ou chinois dans la prise en charge des maux,
 - valoriser les compétences traditionnelles en santé des personnes âgées,
 - limiter les consignes de repos qui peuvent être délétères (sauf de manière provisoire en cas de pathologie intercurrente).

2. Promouvoir des comportements favorables à la santé

La promotion de la santé auprès des personnes vieillissantes a pour objectif de favoriser l'acquisition et le maintien de comportements favorables et protecteurs pour un vieillissement en santé.

Les professionnels de santé mais aussi la famille et les membres de la communautés (la commune, les communautés religieuses, les associations, les clubs sportifs, etc.) peuvent y participer en :

1. **créant des environnements et des situations favorables à la santé** [6] comme :
 - organiser des temps conviviaux à la maison et dans la communauté,
 - aménager l'environnement de vie (voie piétonnière, éclairage publique, etc.),
 - aider à rendre (et maintenir) le domicile plus sûr afin de réduire les risques de chute,
 - proposer des repas familiaux ou en groupe, en particulier pour les personnes vivant seules ou socialement isolées,
 - organiser des sorties et des activités collectives (activités physiques, ateliers culturels transgénérationnels, témoignages et partage de souvenirs avec les enfants, etc.),
 - etc.
2. fournissant des **informations, compétences et outils adaptés aux besoins des personnes vieillissantes**, dans le respect des principes de l'éducation pour la santé.

Cette démarche, réalisée lors d'entretiens individuels ou de séances collectives, doit permettre aux individus d'être « **acteurs de leurs santé** » c'est-à-dire **d'agir par eux-mêmes sur différents déterminants de la santé**, de s'occuper de leurs problèmes de santé, de prévenir les complications, de maximiser leurs capacités intrinsèques et de maintenir leur qualité de vie.

Les **thématiques prioritaires** à aborder avec les personnes vieillissantes sont :

 - l'alimentation,
 - l'activité physique,
 - l'activité cérébrale,
 - la vie affective et sociale,
 - le logement.

Les principes de l'éducation pour la santé.

- L'éducation pour la santé repose sur une **alliance** entre l'individu et le professionnel, basée sur l'empathie et le dialogue. L'objectif n'est pas que la personne suive aveuglément les conseils du professionnel, mais qu'elle fasse ses propres choix éclairés, en connaissance de cause et qu'elle soit accompagnée dans ce choix.
- Toute démarche d'éducation pour la santé doit **prendre en compte** la situation, l'expérience, les attentes et les représentations de l'individu.
- Les nouveaux savoirs doivent être **coconstruits** avec l'individu pour améliorer leurs appropriations. Chercher uniquement à transmettre et faire mémoriser les informations n'est pas efficace !
- Une **attitude positive et une posture d'écoute active**, bienveillante, non-jugeante et respectueuse favorisent les échanges. Les discours stigmatisants et culpabilisants doivent être évités.
- Le discours doit valoriser les **habitudes de vie favorables à la santé déjà acquises** par l'individu et non pas être centré sur les risques et dangers pour la santé.

Les principaux conseils et messages clefs à délivrer aux personnes vieillissantes sont présentés ci-après. Ces recommandations généralistes doivent être adaptées à chaque individu en fonction de son état de santé et de son contexte de vie (habitudes de vie, ressources financières, etc.).

2.1 L'alimentation

Une alimentation équilibrée est essentielle pour vieillir en bonne santé et contribue à lutter naturellement contre certaines maladies comme les maladies cardio-vasculaires ou les cancers.

Les besoins nutritionnels des personnes âgées ne différant pas de ceux des adultes, il est recommandé de :

1. **manger de façon équilibrée et en quantité suffisante en consommant :**

- la moitié d'une assiette en légumes, 1/6e en protéines et 2/6e en féculents,
- 5 portions de fruits et légumes par jour, crus et cuits,
- 1 à 2 portions de protéines animales ou végétales par jour en limitant la charcuterie et la viande rouge et en favorisant la consommation de poisson (minimum 2 fois par semaine),



Avec l'âge, les besoins en protéines sont plus importants (1 à 1.2 g/kg versus 0.8 pour un adulte) en raison de la diminution des réserves nutritionnelles, amoindries par la fonte musculaire liée au vieillissement. Pour répondre à ces besoins, il est essentiel d'enrichir l'alimentation avec des produits de base (ex : lait de coco, jaune d'œuf, fromage).

- au moins 1 portion de féculent par jour de préférence complet (tubercules locaux, riz brun non transformés, etc.),
 - 3 portions de produits laitiers par jour,
 - de bonnes matières grasses (ex : huile de colza, d'olive), tous les jours en petites quantités,
 - au moins 2 portions de légumes secs (lentilles, haricots rouges, etc.) par semaine.
2. de boire au moins **1,5 litres par jour d'eau** et d'éviter les boissons sucrées,
3. d'opter pour un rythme régulier de **3 repas par jour**, complétés par une collation dans la journée en privilégiant les laitages et les fruits,
4. de **varier et d'adapter les textures** en fonction des capacités de mastication,
5. de faire du repas un **moment convivial**, à partager en compagnie de proches ou d'amis.

Avec l'âge, il est fréquent que les personnes âgées aient une diminution de la soif et du sentiment de satiété. Cela nécessite une **vigilance par l'entourage car la dénutrition et / ou la déshydratation** peuvent rapidement s'installer. Elles se traduisent par une perte de poids et une somnolence. Il est recommandé de se peser régulièrement. [7]

2.2 L'activité physique

Limitier la sédentarité et pratiquer une activité physique régulière (sous forme de sport, de loisirs, de tâches ménagères et quotidiennes) contribue au bien-être général et : [8]

- prévient les chutes et les blessures associées, le déclin de l'état osseux et le déclin de la capacité fonctionnelle,
- prévient et aide à gérer les maladies cardiaques, le diabète de type 2 et le cancer,
- réduit les symptômes de dépression et d'anxiété,
- et améliore la réflexion et l'apprentissage.

Selon les recommandations de l'OMS, **toutes les personnes âgées de 65 ans et plus devraient pratiquer, par semaine :**

- au moins 2h30 à 5h d'activité physique aérobique d'intensité modérée **OU** au moins 1h15 à 2h30 d'activité physique aérobique d'intensité soutenue **OU** une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée et soutenue par semaine,
- et des activités physiques qui mettent l'accent sur **l'équilibre et la coordination** au moins **3 fois par semaine**.
- et des exercices de renforcement musculaire au moins 2 fois par semaine.

Si les personnes âgées n'atteignent pas le niveau recommandé, une quantité limitée d'activité physique sera néanmoins bénéfique pour leur santé. **En effet, une activité physique limitée vaut mieux qu'aucune activité physique.** Il s'agit d'adapter le niveau d'effort en fonction de la forme physique de chacun. Il est recommandé de commencer par de petites quantités d'activité physique et en augmenter progressivement la fréquence, l'intensité et la durée.

La mobilité limitée est courante chez les personnes âgées, mais elle n'est pas inévitable. Un programme d'exercices réguliers, adapté aux capacités et aux besoins individuels, permet d'améliorer ou maintenir la capacité locomotrice.

2.3 L'activité cérébrale

Tout ce qui stimule le cerveau limite l'impact du vieillissement sur les fonctions cognitives (*capacité à raisonner, à mémoriser, à communiquer avec les autres*), dont dépendent l'autonomie et l'épanouissement de chacun [9] [10] [11]. Certaines habitudes de vie sont reconnues pour favoriser la santé du cerveau, retarder son vieillissement et réduire certains risques comme celui de développer des troubles de la mémoire ou bien la maladie d'Alzheimer :

- **L'acquisition de nouvelles connaissances.** Apprendre est possible et bénéfique à tout âge. Même à un âge avancé, un cerveau maintenu en éveil à la capacité d'apprendre. Cela peut juste nécessiter plus de temps et de répétition pour mémoriser les nouveautés.
- **La pratique de loisirs.** Tous les loisirs qui demandent de la créativité, l'utilisation du raisonnement ou de la résolution de problème (jeux de société, jeux de calcul mental et de concentration, bricolage, pratique d'activités manuelles, lecture, mots croisés, écriture, etc.) sont intéressants. Il y aurait un bénéfice à varier les types d'activités afin de recruter l'ensemble des fonctions cognitives telles que la mémoire et l'attention.

 **La télévision est un loisir plutôt passif qui offre peu de stimulation.**

- **La pratique d'activité physique** (cf. partie « *Activité physique* »). La marche, par exemple, permet une meilleure oxygénation, génère le calme et atténue les sentiments négatifs.

Une **alimentation équilibrée** et un **sommeil de qualité** favorisent également la santé du cerveau.

2.4 La vie affective et sociale

Le maintien de liens affectifs et sociaux est essentiel pour conserver un bon moral et préserver la santé. Un réseau relationnel étendu, des interactions sociales positives, la participation à des activités, le fait d'être en couple ou d'avoir une vie en communauté améliorent la qualité de vie, protègent contre la dépression et limitent les problèmes de santé chroniques.

C'est pourquoi, il est important pour les personnes âgées de **ne pas s'isoler**. Il est possible, à tout âge, de faire de nouvelles connaissances en participant à la vie du quartier, en s'engageant dans la vie associative ou dans les activités municipales, ou encore en côtoyant des plus jeunes pour partager son expérience et apprendre des jeunes générations.

2.5 Le logement

Afin de rendre un logement plus adapté et plus sécurisant, d'anticiper d'éventuelles difficultés de mobilité et d'éviter les accidents de la vie quotidienne (chutes, etc.) [11], il est recommandé de :

- renforcer **l'éclairage du logement**,
- faciliter et sécuriser la **circulation** (dégager les obstacles qui gênent le passage, supprimer les tapis ou bien les fixer au sol avec un ruban adhésif, fixer les fils électriques et les rallonges le long des murs, etc.),
- sécuriser les **marches** (installer une main courante, installer un antidérapant et / ou des bandes de couleurs au niveau du nez des marches, etc.),
- installer des **équipements spécifiques** (barre d'appui à côté des toilettes et sur les murs de la douche, tapis antidérapants dans la salle de bain, etc.).

Chaque conseil ou proposition d'aménagement doit être adapté au contexte de vie et aux possibles des individus.

Les chutes [12] [13]

Les chutes ont un impact sur la condition physique de la personne, qui devient plus vulnérable surtout si elle a entraîné une fracture, et sur son état psychologique avec une perte de confiance, la peur de tomber et parfois un repli sur soi-même. Il est important de savoir repérer les signes dits « avant chuteurs » qui augmentent le risque de chute chez les personnes âgées : l'inactivité physique, la peur de la chute, la dénutrition, la baisse de la vue et de l'audition, les risques du logement.

3. Prévenir le risque de iatrogénie médicamenteuse

La iatrogénie médicamenteuse désigne l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments [14]. Ces effets indésirables peuvent être plus ou moins graves, de la simple fatigue au décès.

⚠ Tout cas de iatrogénie médicamenteuse avérée doit être déclarée auprès de sa hiérarchie.

Les risques de iatrogénie médicamenteuse sont en majorité **évitables** (ex : risques liés à une erreur dans la prise du médicament (mauvais horaire, en double dose, etc.) ou à l'interaction entre différents médicaments d'un même traitement). Les risques de iatrogénie médicamenteuse **non évitables** sont eux liés au médicament lui-même (effets indésirables indiqués dans la notice d'utilisation du médicament, allergies non connues avant la prise du médicament).

Les principaux **facteurs de risque** de iatrogénie médicamenteuse évitable sont :

- l'âge (augmentation de la sensibilité à la modification des doses de médicaments ou à l'ajout d'un médicament à un traitement médicamenteux en cours),
- la polymédication (plusieurs médicaments),
- les antécédents d'Effets Indésirables Médicamenteux (EIM),
- et les troubles cognitifs.

Les personnes âgées sont donc particulièrement concernées par la iatrogénie médicamenteuse.

La prévention de la iatrogénie médicamenteuse évitable chez les personnes âgées relève **du patient et des professionnels de santé**. Il s'agit, pour ces derniers, de **favoriser l'observance des traitements** et **d'éviter toute prescription inutile** [15], **dans le respect des compétences de chacun**.


Recommandations pratiques

- **Identifier le patient à risque d'EIM grave** (usage d'anti-hypertenseurs, anti-diabétique, anti-coagulant, démence, insuffisance rénale, modification thérapeutique de moins de 3 mois (ordonnance, automédication dont les ra' au Tahiti).
- **Prendre connaissance de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses** (dossier de santé, ordonnances, carnet longue maladie, etc.) pour connaître les modifications thérapeutiques préexistantes, les hospitalisations éventuelles, les antécédents qualifiant le patient à risque.
- **Evaluer la tolérance et l'observance avec le patient** au début du traitement d'une pathologie ou en cas de changement ou d'addition de traitement. Réévaluer de manière régulière.
- **Mettre en place une surveillance cardiologique** par ECG de l'espace QTC pour prévenir le risque de torsade de pointe et donc de décès des patients sous neuroleptiques, macrolides, fluoroquinolones, amiodarone, sotalol, anti1 particulièrement en association avec un hypokaliémiant (ex : diurétiques).
- **Encourager le patient à :**
 - Discuter de ses habitudes de vie. Un simple changement de l'une d'entre-elles peut parfois suffire à réduire la consommation de médicaments.
 - Utiliser un pilulier pour préparer la prise de médicaments.
 - Éviter l'automédication surtout en cas de maladie chronique (cardiaque, rénale, respiratoire ou hépatique).
 - Interroger son médecin traitant ou à son pharmacien, en cas d'utilisation de médecine traditionnelle (rā'au tahiti, médecine chinoise).
 - Signaler **l'apparition de signes inhabituels lors de modifications thérapeutiques** dans les 3 derniers mois, **l'intégralité des médicaments pris avec ou sans ordonnance**, les médicaments arrêtés par le patient.

Médicaments pouvant contribuer à la diminution des capacités intrinsèques

- **Capacité cognitive** : sédatifs, hypnotiques.
- **Capacité locomotrice** : anticonvulsivants, benzodiazépines, hypnotiques non-benzodiazépines, antidépresseurs tricycliques, antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, antipsychotiques et opioïdes.
- **Capacité visuelle** : stéroïdes.
- **Capacité auditive** : streptomycine, gentamicine, quinine, chloroquine.
- **Capacité psychologique** : antidépresseurs, antihistaminiques, antipsychotiques, relaxants musculaires, autres médicaments non psychotropes ayant des propriétés anticholinergiques.

Les éléments présentés ci-dessous sont uniquement à destination DES MEDECINS (médecin traitant, prescripteur lors d'une hospitalisation ou prescripteur occasionnel).


- **S'interroger** sur la possibilité d'un accident iatrogénique devant tout nouveau symptôme [16] :
 - La chronologie de survenue est-elle compatible ?
 - Les signes cliniques sont-ils évocateurs (chute, anorexie, confusion) ?
 - Existe-t-il des événements intercurrents favorisant (fièvre, déshydratation) ?
 - **Déprescrire les médicaments du sujet âgé** dont :
 - l'indication n'a plus lieu ou est discutable,
 - la balance bénéfique/risque semble défavorable.
-  *Un outil validé d'aide à la déprescription et à l'instauration de traitement chez le sujet âgé a été mis en place par l'université de Liège. Il est disponible à l'adresse suivante : <http://stopstart.free.fr>*
- **Prescrire les médicaments** dont l'efficacité est démontrée chez le sujet âgé.
 - **Adapter la posologie des traitements à la fonction rénale** (se référer au site internet <https://sitegpr.com>).
 - **Co-prescrire pour éviter la survenue d'effet indésirable prévisible** (ex : les laxatifs à la prescription des opiacés).
 - **Se questionner sur l'interaction médicamenteuse à chaque prescription ou déprescription** : interactions pharmacodynamiques (ex. : utilisation simultanée de médicaments cardiotropes bradycardisants), interactions pharmacocinétique (ex. : médicaments métabolisés par le cytochrome p450 3A4, 2D6, 2C9).
 - **Organiser l'ordonnance par groupe de pathologies** (traitement du diabète, traitement cardiovasculaire, traitement psychiatrique). Cela évite les doublons et permet au patient de mieux comprendre sa prescription.

Une cause médicamenteuse doit être systématiquement évoquée devant toute altération de l'état de santé d'une personne âgée dont l'explication n'est pas d'emblée évidente. Les signes sont souvent peu spécifiques et peuvent se résumer à une altération de l'état général, des chutes, une perte d'autonomie ou une clinophilie (personne restant couchée en permanence ou pour une durée anormalement longue) [17].

La conciliation médicamenteuse

« La conciliation des traitements médicamenteux (ou conciliation médicamenteuse) est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. »

Pour plus de renseignement se référer au document « *Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé* » de la Haute Autorité de Santé.

 Certaines pratiques liées à la prise en charge des personnes âgées peuvent être défavorables au maintien de leur autonomie [18]. Il s'agira autant que possible :

- d'éviter tous les médicaments potentiellement sédatifs,
- prévenir l'utilisation inappropriée de protections urinaires ou de contentions physiques par « souci de sécurité » (ex : barrières de lit).

4. Repérer la diminution de capacités

En complément des échanges avec le patient ou ses proches, l'outil « *Grille de repérage de la baisse des capacités* », (cf. page suivante) [1] permet de repérer une baisse :

- **des capacités intrinsèques à travers 6 domaines :**
 - la capacité cognitive (mémoire, attention, aptitude à résoudre des problèmes),
 - la capacité locomotrice,
 - la vitalité (facteurs physiologiques),
 - la capacité visuelle,
 - la capacité auditive,
 - et la capacité psychologique.
- des capacités **fonctionnelles**.

Il est recommandé de réaliser ce repérage 1 fois par an (ou en cas de suspicion de baisse de capacité) auprès des personnes de plus de 60 ans et d'évaluer l'ensemble de ces capacités au même moment (la baisse d'une des capacités pouvant en impacter une autre).

Conduite à tenir

→ **Si aucune diminution de capacité n'est repérée.**

Valoriser les **habitudes de vie favorables à la santé déjà acquises** par l'individu et renforcer l'information en santé adaptée à la personne et à son contexte de vie. (cf. partie « *Promouvoir des comportements favorables à la santé* »).

→ **Si une baisse de capacité est repérée.**

- Réorienter le patient vers un médecin généraliste ou un médecin spécialiste (selon besoin) pour une **évaluation approfondie**, axée sur le patient et délivrer les conseils adaptés à la personne (cf. partie 4.2 « *Conseils à délivrer dans l'attente d'une évaluation approfondie* »).
- En fonction des éléments de la partie 2 de la grille, réorienter et /ou prendre contact avec les **services sociaux** (cf. « *Exemple de fiche de liaison entre la Direction de la santé et la Direction des solidarités, de la famille et de l'égalité (DSFE)* »)



La diminution des capacités fonctionnelles est courante chez les personnes âgées, en particulier chez celles dont les capacités intrinsèques sont en baisse. Des interventions adaptées aux priorités d'une personne âgée peuvent améliorer les capacités fonctionnelles. Il s'agit d'adapter l'environnement afin d'optimiser les capacités fonctionnelles malgré la diminution des capacités intrinsèque.

- Valoriser les **habitudes de vie favorables à la santé déjà acquises** par l'individu et renforcer l'information en santé adaptée à la personne (cf. partie « *Promouvoir des comportements favorables à la santé* »).

Restez attentif aux risques de maltraitance des personnes âgées (cf. partie « *Le risque de maltraitance* »).

Les étapes de l'évaluation approfondie

- Comprendre la vie de la personne à travers une **anamnèse conventionnelle** et 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.
- Evaluer de façon approfondie la **capacité intrinsèque**.
- Évaluer les **affections associées** à la perte de capacités intrinsèques.
- Évaluer et prendre en charge les **maladies sous-jacentes**. **Les maladies chroniques sous-jacentes possibles doivent être recherchées, de même que toute polymédication et les effets indésirables** qui peuvent en résulter (cf. partie « *Prévenir le risque de iatrogénie médicamenteuse* »).

Grille de repérage de la baisse de capacités

NOM Prénom :

Date :

Capacités intrinsèques	Test à réaliser	Une baisse des capacités est repérée si :
Capacité cognitive	<ul style="list-style-type: none"> Mémorise les 3 mots suivants : Tiare, Taro, Fare. Quel jour sommes-nous ? Quelle date sommes-nous ? Où te trouves-tu en ce moment (maison, infirmerie, etc.) ? Répète les trois mots cités 	<input type="checkbox"/> La personne donne une ou plusieurs mauvaises réponses
Capacité locomotrice	<ul style="list-style-type: none"> Penses-tu pouvoir, sans risque, te lever d'une chaise 5 fois de suite sans utiliser tes bras ? (Faire une démonstration du test de lever de chaise.) Si OUI, réaliser le test de lever de chaise 	<input type="checkbox"/> La personne n'arrive pas à se lever 5 fois de la chaise en 14 secondes
Vitalité	<ul style="list-style-type: none"> As-tu perdu plus de 3 kg au cours des 3 derniers mois, sans le vouloir ? As-tu perdu l'appétit ? 	<input type="checkbox"/> La personne répond « Oui » à au moins une des questions
Capacité visuelle	Tester l'acuité visuelle de loin et de près	<input type="checkbox"/> Un des tests est échoué
Capacité auditive	Réaliser le test à la voix chuchotée	<input type="checkbox"/> La personne répète moins de 3 mots sur 4 (0, 1 ou 2) ET vous n'êtes pas sûr qu'elle vous entende distinctement
Capacité psychologique	<ul style="list-style-type: none"> Au cours des 2 dernières semaines, as-tu été gêné par un sentiment de déprime ou de désespoir ? (« tristesse », « déprimé », « mal ») Au cours des 2 dernières semaines, as-tu été gêné par la perte d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ? 	<input type="checkbox"/> La personne répond « Oui » à au moins une des questions



En cas de baisse de capacité intrinsèque repérée : renseigner le tableau suivant (repérage des baisse de capacités fonctionnelles)

		Commentaires
As-tu des difficultés pour te déplacer à l'intérieur de la maison ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
As-tu des difficultés pour utiliser les toilettes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
As-tu des difficultés pour t'habiller tout seul ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
As-tu des difficultés pour utiliser la douche ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
As-tu des difficultés pour maintenir ton apparence personnelle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
As-tu des difficultés pour te nourrir tout seul ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
As-tu des problèmes en rapport avec l'endroit où tu vis (logement) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
As-tu des problèmes avec tes finances ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

4.1 Tests à réaliser

4.1.1 Test du lever de chaise [1]

Demander à la personne de :

- s'asseoir au milieu de la chaise,
- croiser les bras et les maintenir sur sa poitrine,
- se mettre debout, puis de s'asseoir à nouveau,
- répéter ce geste 5 fois le plus rapidement possible sans s'arrêter.



Le test est réussi si la personne arrive à se lever cinq fois dans les 14 secondes.

Autre test possible : Le test de la vitesse de marche

La vitesse de marche est un des critères utilisés dans l'évaluation du syndrome de fragilité du sujet âgé (Fried ou Short Physical Performance Battery - SSPB). Elle doit être **mesurée sur 4 m en marchant à son rythme habituel, avec aide technique (ex : canne) si besoin.**

Un score de plus de 5 secondes pour parcourir 4 m, soit 0.8 m/s, est un critère de fragilité de la personne âgée.

4.1.2 Test d'acuité visuelle

Le test peut être effectué à l'aide de l'échelle d'acuité visuelle simple de l'OMS (pour la vision de loin **et** de près) (cf. page suivante). Cette échelle peut être imprimée directement sur papier au sein des structures.

1. Test de la vision de loin

- Positionner la planche « test vision de loin » à 3 mètres de distance de la personne.
- Demander lui doit indiquer dans quelles directions les E pointent.
- Si la personne répond correctement pour 3 ou 4 des 4 E, **le test est réussi**. La vision est de 6/18 ou plus.

2. Test de la vision de près

- Demander à la personne de tenir la planche « test vision de près » aussi près d'elle que possible.
- Demander lui doit indiquer dans quelles directions les E pointent.
- Si la personne répond correctement pour 3 ou 4 des 4 E, **le test est réussi**.

- Toujours tester la vision de loin avant la vision de près.
- Tests à réaliser avec lunettes si la personne en porte normalement.
- Tester un œil à la fois, puis les deux à la fois.

Echelle d'acuité visuelle simple de l'OMS

Planche « test vision de loin »

Les 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.

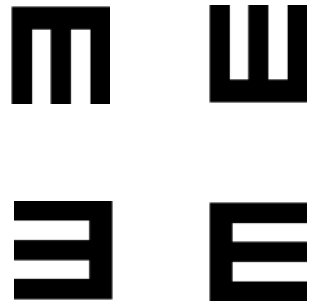
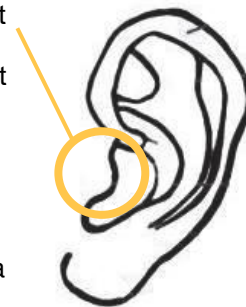


Planche « test vision de près »



4.1.3 Test à la voix chuchotée

1. Se tenir à une distance d'environ une longueur de bras derrière et d'un côté de la personne.
2. Demander à la personne de se boucher l'oreille opposée en appuyant sur le tragus (saillie avant de l'oreille, qui en recouvre partiellement l'ouverture).
3. Expirer, puis chuchoter doucement 4 mots. Utiliser des mots courants qui n'ont aucun rapport entre eux, comme :
 - Liste 1 : Ciel, Feu, Poisson, Vélo
 - Liste 2 : Ballon, Mer, Avion, Banane
 - Liste 3 : Fenua, Tāne, Mahana, Ume
 - Liste 4 : 'Urī, Tumu, Pāreu, Va'a
4. Demander à la personne de répéter les mots après vous. Les mots doivent être répétés un à un, et vous devez attendre la réponse de chaque mot.



Si la personne répète plus de 3 mots et si vous êtes sûr qu'elle vous entend distinctement, alors l'acuité auditive de cette oreille est probablement bonne.

5. Passer de l'autre côté de la personne et tester l'autre oreille. Utilisez d'autres mots (cf. listes proposées).

4.2 Conseils à délivrer dans l'attente d'une évaluation approfondie

Les conseils ci-dessous doivent être adaptés à chaque individu en fonction de son état de santé et de son contexte de vie.

→ Capacité cognitive

- Sensibiliser la famille sur les risques et la mise en danger de la personne associés à la perte de mémoire et à la désorientation (ex : se perdre sur le chemin, oublier d'éteindre le gaz, etc.).
- Encourager la famille à faire de la stimulation cognitive avec la personne (ex : fournir des informations d'orientation (date, événements communautaires actuels, identité des visiteurs, météo, nouvelles des membres de la famille, etc.), installer des indications à la maison (ex : les toilettes, la chambre, etc.), pour aider la personne à s'orienter, etc.).
- Encourager la pratique d'une activité physique* (accompagnée si besoin).

→ Capacité locomotrice

- Maintenir la pratique d'une activité physique quotidienne, en tenant compte des capacités de la personne*.
- Encourager le patient et sa famille à adapter le domicile* pour réduire les situations favorisant les risques de chutes.

→ Vitalité

- Encourager la pratique d'une activité physique* (accompagnée si besoin).
- Fournir de l'information et des conseils pour une alimentation équilibrée*.

→ Capacité visuelle

- Encourager le patient et sa famille à adapter le domicile* (éclairage, contraste, etc.).

→ Capacité auditive

- Encourager le patient et sa famille à adapter le domicile* (téléphone, sonnettes de porte).
- Encourager la famille et les aidants à continuer à communiquer avec la personne en adoptant des stratégies de communication adaptées (ex : parler clairement et lentement, ne pas crier, faire face à la personne pour lui parler, réduire le bruit de fond, etc.).
- Encourager la famille et les aidants à organiser des activités qui maintiennent son implication dans un réseau social, pour éviter l'isolement social.

→ Capacité psychologique

- Encourager le patient à rester actif et à participer à la vie communautaire.
- Encourager la pratique d'une activité physique* (accompagnée si besoin) en tenant compte de l'état de santé.
- Encourager la famille et les aidants à organiser des activités qui maintiennent son implication dans un réseau social, pour éviter l'isolement.

* : cf partie « Promouvoir des comportements favorables à la santé »

4.3 Le risque de maltraitance

La relation entre la famille (et/ou les aidants) et la personne vieillissante peut être complexe et peut donner lieu à des conflits, ce qui peut rendre la personne âgée vulnérable à la maltraitance.

La maltraitance envers la personne âgée peut prendre différentes formes (négligence, retrait d'avantages matériels et/ou financiers, de violences physiques, psychologiques ou sexuelles, etc.). La négligence peut aussi être due à l'ignorance, au manque de compétences en matière de soins, au manque de soutien ou de supervision externe. 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,
- les problèmes de santé physique ou mentale de l'aidant (dépression, alcoolisme et toxicomanie).

Il s'agit en pratique **d'identifier les signes d'alerte** d'éventuels mauvais traitements envers les personnes âgées :

→ Comportement de la personne âgée

- Semble avoir peur d'un parent ou d'un aidant.
- 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 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.

Trois signes de maltraitance rencontrés fréquemment :

- La dénutrition et sous-alimentation (déshydratation)
- La propreté globale et l'hygiène corporelle
- Une personne en position de défense (recroquevillé) et mutique

En cas de suspicion de maltraitance, donner l'alerte selon les conditions définies dans le « Formulaire pour adulte vulnérable et mineur en danger – Formulaire destiné aux professionnels » (F002-CS) disponible sur le site internet de la Direction de la santé.

5. Bibliographie

- [1] OMS, « Manuel — Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires. » 2019.
- [2] OMS, « Vieillesse et santé ». <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (consulté le 24 mars 2022).
- [3] OMS, *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2016. Consulté le: 28 mars 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206556>
- [4] M. Misery, « Stratégie de promotion de la santé et des préventions en faveur des personnes âgées ». 2018.
- [5] L. Chauveau, « Recours aux soins du sujet âgé en milieu isolé en Polynésie Française : déterminants et vécu du soin », 2017.
- [6] Cnav, CNRA, CCMSA, et Santé publique France, « Pourbienvieillir.fr - Espace Pro », *pourbienvieillir*. <https://www.pourbienvieillir.fr/> (consulté le 26 mars 2022).
- [7] Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, « Dénutrition : comment veiller à une bonne alimentation ? » www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr (consulté le 24 mars 2022).
- [8] OMS, *Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'oeil*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2020. Consulté le: 23 mars 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337003>
- [9] Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, « Programme de stimulation cognitive destiné aux personnes âgées. Banque d'activités cognitives stimulantes ». 2020. Consulté le: 26 mars 2022. [En ligne]. Disponible sur: https://ciusssmq.ca/Content/Client/Librairie/Documents/COVID-19/OU-07-334_Programme_de_stimulation_cognitive_2020-06-26_2305843009222979379_.pdf
- [10] Santé publique France, « Bien vieillir », *Santé publique France*. <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age2/bien-vieillir> (consulté le 7 mars 2022).
- [11] D. Soleymani, « Fiches conseils Professionnels. Dispositif d'intervention en promotion de la santé pour les personnes âgées Bonne journée, bonne santé [Kit pédagogique]. » Santé publique France, 2016.
- [12] Santé publique France, « Chute », *Santé publique France*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute> (consulté le 30 mars 2022).
- [13] Ministère chargé de l'autonomie, « Qu'Est-Ce Qui Fait Chuter Les Personnes Âgées ? » 2022.
- [14] Assurance Maladie, « Iatrogénie médicamenteuse ». <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/iatrogenie-medicamenteuse/iatrogenie-medicamenteuse> (consulté le 11 mars 2020).
- [15] N. Parameswaran Nair *et al.*, « Prediction of Hospitalization due to Adverse Drug Reactions in Elderly Community-Dwelling Patients (The PADR-EC Score) », *PLOS ONE*, vol. 11, n° 10, p. e0165757, oct. 2016, doi: 10.1371/journal.pone.0165757.
- [16] HAS, « Le Réflexe Iatrogénique ». Consulté le: 30 mars 2022. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/epp_pmsa_aide2.pdf
- [17] AFSSAPS, « Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé ». 2005.
- [18] HAS, « Évaluation de la prise en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification ». septembre 2020. Consulté le: 15 juin 2022. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_personnes_agees_certification.pdf



DIRECTION
DE LA SANTÉ
