

APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE
ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

AUTONOMIE

DÉCLIN FONCTIONNEL DANS LES AVQ



12-830-01W

Québec 

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications**.**

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-64612-9 (version PDF) (2^e édition, avril 2012)

ISBN : 978-2-550-60946-9 (version PDF) (1^e édition, février 2011)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2012

DÉCLIN FONCTIONNEL DANS LES AVQ

DÉFINITIONS

Une personne âgée est considérée comme indépendante (autonome) lorsqu'elle peut réaliser de façon satisfaisante l'ensemble des activités à accomplir pour remplir ses obligations de la vie courante. On divise habituellement ces activités en trois types :

- Activités de base de la vie quotidienne (AVQ), associées aux soins personnels : faire sa toilette, se laver, s'habiller, s'alimenter, se rendre aux toilettes, se déplacer, etc.
- Activités relatives à la vie domestique (AVD) : utiliser le téléphone, préparer les repas, prendre ses médicaments, gérer ses finances, faire le ménage, utiliser les transports, etc.
- Activités reliées à la vie en société : recevoir sa famille, visiter des amis, aller à la bibliothèque, etc.

La difficulté à maintenir son indépendance à long terme dans les AVQ et les AVD découle de limitations fonctionnelles et d'incapacités engendrées par les conséquences physiques ou psychiques des maladies d'évolution chronique. Chronologiquement, le déclin fonctionnel touchera d'abord les activités sociales, puis les activités de la vie domestique et enfin, les activités de base.

Certains problèmes de santé sont davantage associés à des incapacités; ce sont, par ordre d'importance (non exhaustif), les démences, dont la maladie d'Alzheimer, les séquelles des accidents vasculaires cérébraux, les broncho-pneumopathies chroniques, les cancers, l'incontinence urinaire, les troubles intestinaux, la maladie mentale, l'arthrite et les rhumatismes et le diabète. Et comme on peut s'y attendre, les études démontrent aussi une augmentation des incapacités et du besoin d'aide avec l'âge.

En ce qui concerne le déclin fonctionnel dans les AVQ à l'hôpital, ce sont évidemment des problèmes de santé aigus (dont les épisodes de décompensation des maladies chroniques) qui viennent compromettre l'autonomie fonctionnelle des patients âgés. Une bonne connaissance du statut fonctionnel habituel dans les AVQ est nécessaire pour estimer la contribution d'un nouvel incident et pour viser (de façon réaliste) une récupération des capacités antérieures. On ne saurait trop répéter que l'approche de soins doit favoriser le retour à l'autonomie, mais qu'il faut aussi tenter de compenser les incapacités. Or, l'environnement physique est un incontournable dans cette reprise de l'indépendance (ex. : mains courantes et corridors dégagés, lit à la bonne hauteur pour effectuer les transferts de façon sécuritaire, proximité des toilettes, etc.).

PRINCIPALES CAUSES DU DÉCLIN DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE DANS LES AVQ

- Survenue d'une maladie aiguë ou présence d'une maladie débilante (cancer métastatique);
- Problèmes :
 - » Sensoriels ou neurologiques;
 - » Musculo-squelettiques ;
 - » Cardio-pulmonaires ;
 - » Psychiques;
 - » Iatrogéniques;
- Attitudes des soignants et des proches : « maternage » ou « faire à sa place pour gagner du temps »;
- Solutés, sondes, drains ou autres rendant la mobilisation très difficile;
- Effets secondaires de la médication;
- Environnement physique non adapté;

PRINCIPALES MANIFESTATIONS CLINIQUES D'UN DÉCLIN DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE DANS LES AVQ

- Incapacités à réaliser les activités suivantes :
 - » S'hydrater et s'alimenter;
 - » Se laver et prendre sa douche (ou son bain);
 - » S'habiller et se déshabiller;
 - » Assurer son hygiène buccodentaire;
 - » Soigner son apparence (se coiffer, se raser et se maquiller).

ÉVALUATION CLINIQUE SYSTÉMATIQUE (INITIALE)

Dépistage et prévention du déclin fonctionnel dans les AVQ chez l'ensemble de la clientèle âgée.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Degré d'autonomie de la personne dans ses AVQ (seul ou avec supervision, aide partielle, aide totale) avant l'hospitalisation et depuis l'hospitalisation pour**
 - » S'hydrater et s'alimenter;
 - » Se laver et pour prendre sa douche ou son bain;
 - » Soigner son apparence : cheveux, dents, barbe;
 - » Se vêtir et se dévêtir.
- **Limitations fonctionnelles aux membres supérieurs susceptibles d'entraver l'exécution des AVQ**
 - » Immobilité : paralysie, parésie, ankylose, spasticité, contracture, fracture;
 - » Douleur, inflammation;
 - » Incoordination motrice : ataxie, tremblements;
 - » Ralentissement psychomoteur;
 - » Persévérance motrice.
- **Équilibre et posture en position assise**
 - » Pâleur, étourdissement, nausée, faiblesse, vision trouble, flexion du tronc.
- **Endurance à la réalisation de chaque AVQ**
 - » Dyspnée, sudation, fatigue, épuisement, douleur, etc.;
 - » Augmentation de la fréquence respiratoire et cardiaque;
 - » Augmentation de la pression artérielle ou hypotension orthostatique.
- **Douleur ou inconfort à la mobilisation, s'il y a lieu, procéder à l'évaluation selon le code mnémotechnique PQRSTU**
 - » **P** = Provoque (ce qui provoque la douleur)/Pallie (ce qui soulage la douleur);
 - » **Q** = Qualité (description de la douleur)/Quantité
 - » **R** = Région (localisation)/Irradiation (à d'autres zones);
 - » **S** = Signes/Symptômes associés (autres malaises ressentis);
 - » **T** = Temps (début de la douleur, moments de la journée, continu ou intermittent). Pour les personnes avec atteintes cognitives ou incapables de s'exprimer adéquatement, identifier les comportements non verbaux pouvant indiquer une douleur : faciès grimaçant, position antalgique, résistance aux soins, agressivité physique lors des mobilisations, des soins ou des traitements, etc.
 - » **U** = *Understanding* (compréhension) – Ce que la personne comprend de sa situation, ce qu'elle en perçoit.

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Habitudes liées à l'hygiène corporelle de la personne**
 - » Fréquence des soins d'hygiène;
 - » Moment de la journée où les soins sont accomplis;
 - » Produits utilisés;
 - » Utilisation du lavabo, du bain ou de la douche;
 - » Aide technique utilisée.
- **Habitudes liées à l'hygiène buccodentaire de la personne**
 - » Fréquence des soins buccaux;
 - » Moment de la journée où les soins sont accomplis;
 - » Produits utilisés;
 - » Utilisation du lavabo, d'un bassin;
 - » Aide technique utilisée.
- **Habitudes vestimentaires de la personne**
 - » Vêtements personnels ou non;
 - » Vêtements adaptés ou non.
- **Intérêt et motivation de la personne à effectuer ses soins personnels**
 - » Signification et importance de réaliser ses propres soins;
 - » Présence de déficits cognitifs et capacité de faire de nouveaux apprentissages;
 - » Présence d'anxiété ou d'éléments dépressifs.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX ET MATÉRIEL ADAPTÉ

- **Nécessité d'aides techniques courantes pour la réalisation des AVQ (récupérer les aides déjà utilisées)**
 - » Alimentation;
 - » Hygiène corporelle;
 - » Hygiène buccodentaire;
 - » Habillage et déshabillage;
 - » Soins personnels.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

Dès que possible, stimuler la participation active aux AVQ.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Participation aux AVQ**
 - » S'assurer du port des lunettes et des prothèses auditives, s'il y a lieu;
 - » Placer tous les objets, produits et vêtements à portée de la main pour faciliter la réalisation de l'activité par la personne elle-même dès qu'elle en est capable;
 - » Installer la personne en position assise pour réaliser toutes ses AVQ ou lui demander de s'asseoir d'elle-même dès qu'elle en a la capacité fonctionnelle;
 - » Préparer le matériel nécessaire et inciter la personne à initier l'activité dès qu'elle en est capable;
 - » Laisser à la personne le temps nécessaire pour réaliser l'activité à son rythme;
 - » Respecter l'intimité de la personne pendant les soins d'hygiène;
 - » Fractionner les AVQ selon la tolérance de la personne;
 - » Laisser la personne initier l'activité et lui fournir l'aide nécessaire par la suite;
 - » Montrer à se servir des aides techniques fournies pour faciliter la réalisation de l'AVQ;
 - » Encourager la personne à choisir ses vêtements;
 - » Inciter la personne à recommencer à porter ses vêtements usuels;
 - » Le cas échéant, conseiller à la personne et à ses proches l'utilisation de vêtements adaptés pour plus de confort et pour faciliter l'habillage et le déshabillage (pantalon ample avec élastique, chaussure avec velcro, etc.).

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX

- **Interventions pour compenser les déficits cognitifs**
 - » Commencer la conversation en appelant la personne par son nom et en se nommant;
 - » Adopter un ton de voix doux et rassurant;
 - » Utiliser des gestes, des mimiques et des démonstrations pour se faire comprendre;
 - » Donner une consigne à la fois et attendre la réaction de la personne;
 - » Employer des termes simples et concrets, parler lentement et prononcer les mots clairement;
 - » Laisser le temps à la personne d'exécuter la consigne avant d'en donner une autre;
 - » Limiter la conversation à l'activité en cours (ex. : se laver) pour optimiser l'attention de la personne;
 - » Si la personne ne répond pas, éviter de hausser la voix, ce qui risque d'être interprété comme de l'agressivité par la personne agitée;
 - » Encadrer, structurer l'activité en cours pour tenir compte de tout déficit cognitif;
 - » Diminuer les stimuli de l'environnement (télé, autres conversations dans la chambre, musique, etc.) de manière à favoriser la concentration sur l'activité en cours.
- **Habitudes de vie**
 - » Demander aux proches de fournir les articles usuels de la personne (produits d'hygiène, vêtements habituels, vêtements adaptés facilitant l'habillage et assurant le confort, etc.);
 - » Tenter de respecter les habitudes de vie de la personne pour la réalisation des AVQ (heure, fréquence, etc.), surtout si elle y participe activement.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX ET MATÉRIEL ADAPTÉ

- **Environnement sécuritaire**
 - » Prévoir un éclairage suffisant pour l'hygiène au lavabo;
 - » Garder la chambre bien rangée et les corridors désencombrés;
 - » Appliquer les freins sur le fauteuil roulant avant les soins d'hygiène ou l'habillage ou demander à la personne de le faire si elle en a la capacité;
 - » S'assurer que les planchers sont secs pour effectuer les transferts et éviter les chutes;
 - » Ajuster la hauteur du lit et, s'il y a lieu, la tête de lit, selon les besoins de la personne.
- **Environnement respectueux de la personne**
 - » Assurer l'intimité de la personne : tirer les rideaux, découvrir les parties du corps au fur et à mesure, etc.;
 - » Couvrir la personne en tout temps avec la blouse d'hôpital lors des soins (très aidant auprès des personnes avec atteintes cognitives), etc.
- **Matériel adapté courant pour effectuer les AVQ**
 - » Fournir, au besoin, les aides techniques adaptées courantes : assiette à rebord, ustensile à gros manche, verre à dégagement nasal, chausse-pied, ventouse à savon, ventouse à brosse à dents, etc.

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

MAINTIEN DES CAPACITÉS DANS LES AVQ?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.



NON

ALERTE : faire appel à l'équipe multiprofessionnelle et passer au **PALIER SPÉCIFIQUE**.

ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIFIQUE

Évaluation par les membres de l'équipe multiprofessionnelle en collaboration avec l'équipe soignante.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Évaluation rapide de la fonction des membres supérieurs**
 - » Force musculaire;
 - » Mobilité et amplitude articulaire fonctionnelle;
 - » Préhension;
 - » Coordination des gestes;
 - » Capacité de la personne à passer de la position couchée à assise.
- **Capacité de la personne à demeurer en position assise pour les AVQ**
 - » Temps requis pour réaliser l'AVQ;
 - » Posture et alignement corporel;
 - » Équilibre en position assise;
 - » Endurance en position assise.
- **Type de douleur et traitement adapté**
 - » Nociceptives : blessure des tissus mous, lésion des tissus périphériques;
 - » Neuropathiques : lésions du système nerveux central et périphérique;
 - » Mixte : associée à la fois les douleurs nociceptives et neuropathiques;
 - » Psychogènes : douleur sans lésion apparente.

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Évaluation cognitive de la personne (si nécessaire)**
 - » Collaboration et capacité d'apprentissage;
 - » Jugement, autocritique;
 - » Possibilité d'apraxie et de troubles perceptuels :
 - » Apraxie à l'alimentation, à l'hygiène, à l'habillement;
 - » Héminégligence corporelle.
- **Évaluation de l'état mental (si nécessaire)**
 - » Humeur;
 - » Perception, hallucinations;
 - » Contenu de la pensée (idées délirantes, obsessions, phobies, etc.);
 - » Cours de la pensée (fuite des idées, discours tangentiel, etc.).
- **Évaluation en présence d'agitation lors des AVQ**
 - » Nature de l'agitation;
 - » Identification du soin qui suscite l'agitation;
 - » Fréquence et durée.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX ET MATÉRIEL ADAPTÉ

- **Évaluation de la nécessité d'employer une aide technique spécifique pour la réalisation des AVQ et d'utiliser une surface de positionnement adaptée**

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus des éléments de l'intervention systématique, entreprendre les actions suivantes et assurer l'application des recommandations formulées par les membres de l'équipe multiprofessionnelle.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Soulagement de la douleur**
 - » Offrir de la médication PRN 30 minutes avant le soin;
 - » Renseigner sur les effets généraux des analgésiques prescrits;
 - » Planifier les AVQ en tenant compte des périodes de soulagement de la douleur;
 - » Expliquer à la personne chaque étape avant la mobilisation ou le transfert pour diminuer la peur d'avoir mal;
 - » Conseiller à la personne d'amorcer les mesures de soulagement de la douleur avant que la douleur ne devienne trop importante;
- **Application du programme d'amélioration ou de maintien de l'autonomie dans les AVQ**

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Soutien à la personne découragée**
 - » Renforcer les efforts et souligner les progrès;
 - » Vérifier avec la personne ses objectifs personnels et les appuyer;
 - » Demander aux proches de souligner les améliorations, si minimes soient-elles.
- **Compensation pour l'apraxie**
 - » Interrompre tout geste de persévération (ex : se laver les mains sans arrêt), notamment en proposant autre chose à faire;
 - » Enseigner à la personne de respecter les séquences de l'activité et lui présenter les articles dans l'ordre : savon et débarbouillette, dentifrice et brosse à dents, etc.;
 - » Demander à la personne de nommer au fur et à mesure les étapes pour se laver ou s'habiller, ou s'alimenter;
 - » Initier le geste et laisser la personne terminer;
 - » Placer les vêtements dans l'ordre d'habillage;
 - » Aider à compléter l'habillage (agrafe, bouton, ceinture, etc.) et ajuster les vêtements.
- **Compensation pour l'héminégligence visuelle, l'hémiplégie ou les limitations des amplitudes articulaires des membres supérieurs**
 - » Placer le matériel du côté sain de la personne et à sa portée;
 - » Enseigner à la personne à toucher régulièrement son membre atteint afin de mieux l'intégrer;
 - » Montrer à la personne à enfiler d'abord les vêtements du côté atteint et à terminer par le côté sain et, à déshabiller le côté sain en premier, pour terminer par le côté atteint;
 - » Encourager la personne à utiliser un miroir pour bien inspecter la peau du côté atteint;
 - » Placer le matériel dans le champ visuel de la personne;
 - » Enseigner à la personne à effectuer un balayage visuel du côté atteint.
- **Gestion de l'agitation à l'hygiène**
 - » Lorsque la personne refuse de se laver, lui proposer, si possible, de reporter cette activité à plus tard;
 - » Aborder la personne avec le sourire en lui parlant d'un sujet qui fait appel à ses souvenirs anciens et significatifs, tout en l'amenant tranquillement à la tâche;
 - » Connaître les habitudes d'hygiène de la personne et tenter de les reproduire;
 - » Diminuer les bruits et l'éclairage dans la salle de bain;

- » Se centrer sur les réactions de la personne et être attentif à ses plaintes : si elle a froid, déposer une serviette, une blouse, un drap sur ses épaules;
- » Laisser la personne porter une chemise d'hôpital tout au long des soins d'hygiène, laver sous la chemise;
- » Écourter le temps de l'hygiène (pudeur, froid), faire vite tout en demeurant calme et en ayant des gestes doux pour laver la personne (aller à l'essentiel);
- » Encourager la personne à se laver les mains, le visage;
- » Si, pour une raison particulière, le séjour dépasse 2 à 3 semaines, terminer le bain par le lavage des cheveux, lequel provoque très souvent de l'agitation (le lavage des cheveux devrait être fait seulement lorsque l'apparence l'exige).

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX ET MATÉRIEL ADAPTÉ

- Fournir les aides techniques spécifiques pour la réalisation des AVQ
- Adaptation de la salle de bain, dans la mesure du possible



ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIALISÉE

Procéder à des consultations auprès de professionnels spécialisés selon les difficultés rencontrées, car une détérioration à ce stade pourrait être l'indice d'un problème non diagnostiqué ou d'une complication iatrogénique. S'assurer de la collaboration de l'équipe multiprofessionnelle et de l'équipe soignante.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus d'assurer l'application des éléments pertinents de l'intervention spécifique, appliquer les recommandations formulées par les membres de l'équipe spécialisée et assurer la continuité des soins.

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

MAINTIEN OU AMÉLIORATION DES CAPACITÉS AUX AVQ?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats.
Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.



NON

ALERTE : poursuivre les interventions.
Le médecin traitant et les consultants visés devront envisager des mesures adaptées pour le long terme (PII).

AUTEURS

MONIQUE BOURQUE, INF., M.A.

Conseillère clinicienne en soins infirmiers, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Conseillère clinicienne en soins infirmiers gériatriques, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke

Professeure associée, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

MARIE-JEANNE KERGOAT, M.D., CCFP, FCFP, CSPQ

Géiatre

Chef du Département de médecine spécialisée

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Directrice du programme réseau de résidence en gériatrie du Québec

Professeure titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal

Chercheuse, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

JUDITH LATOUR, M.D., FRCP

Géiatre

Chef du service de gériatrie du CHUM

Membre associé, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Professeure agrégée de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

DIANE BOYER, M.SC. (PS-ÉD), MAP

Coordonnatrice, projet « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier »,

Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Coordonnatrice promotion de la santé et transfert des connaissances,

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie est classée par ordre alphabétique d'auteurs. Elle comprend les références des documents qui ont inspiré la réflexion des membres du groupe et ont abouti à la création de cette fiche thématique sur la prévention du risque de déclin fonctionnel dans les AVQ.

La bibliographie a été réalisée à partir d'une sélection d'ouvrages, d'articles, de rapports (résultats d'études d'instituts de recherche...).

La recherche de données probantes a été privilégiée.

Browse, N. L. (1965). *The physiology and pathology of bed rest*. Springfield: Charles C. Thomas, 221 p.

Brûlé, M., Cloutier, L., & Doyon, O. (2002). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique, 676 p.

Counsell, S. R., Holder, C. M., Liebenauer, L. L., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Kresevic, D. M., et al. (2000). Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients : a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1572-1581.

Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell, S. R., Stewart, A. L., Kresevic, D., et al. (2003). Loss on independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses : increased vulnerability with age. *Journal of the American geriatrics society*, 51(4), 451-458.

Flanders, S. A., Podrazik, P. M., Whelan, C., & Blaum, C. (2009). Acute hospital care. In J. B. Halter, J. G. Ouslander, M. E. Tinetti, S. Studenski, K. P. High & S. Asthana (Eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology* (6 ed., p. 209-220). New York: McGraw-Hill.

Grumbach, R., & Blanc, A. (1973). Le syndrome d'immobilisation du vieillard. *Nouvelle Presse Medicale*, 2(30), 1989-1991.

Hanks, R. A., & Lichtenberg, P. A. (1996). Physical, psychological, and social outcomes in geriatric rehabilitation patients. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 77(8), 783-792.

Havey, A., Gosselin, S., & Arcand, M. (2007). La réadaptation. In M. Arcand & R. Hébert (Eds.), *Précis pratique de gériatrie* (p. 1075-1098). Acton Vale; Paris: Edisem; Maloine.

Hébert, R., & Roy, P.-M. (2007). Syndrome d'immobilisation. In M. Arcand & R. Hébert (Eds.), *Précis pratique de gériatrie* (p. 477-491). Acton Vale; Paris: Edisem; Maloine.

Inouye, S. K., Acampora, D., Miller, R. L., Fulmer, T., Hurst, L. D., & Cooney, L. M., Jr. (1993). The Yale Geriatric Care Program : a model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(12), 1345-1352.

Kozier, B., Glenora, E., Berman, A., & Snyder, S. (2005). *Soins infirmiers : théorie et pratique : volume 1 / Barbara Kozier ... et al.; adaptation française de la septième édition de Fundamentals of nursing : concepts, process and practice, sous la direction de Sophie Longpré et Lyne Cloutier; avec la participation de Caroline Longpré ... et al.* (Vol. 1). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique, 915 p.

Kozier, B., Glenora, E., Berman, A., & Snyder, S. (2005). *Soins infirmiers : théorie et pratique : volume 2 / Barbara Kozier ... et al.; adaptation française de la septième édition de Fundamentals of nursing : concepts, process and practice, sous la direction de Sophie Longpré et Lyne Cloutier; avec la participation de Caroline Longpré et la collaboration de Hugo Laplante* (Vol. 2). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique, 1707 p.

Lewis, C. B., & Bottomley, J. M. (2008). *Geriatric rehabilitation : a clinical approach* (3 ed.). Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall, 527 p.

Mahoney, J. E., Sager, M. A., & Jalaluddin, M. (1998). New walking dependence associated with hospitalization for acute medical illness : incidence and significance. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 53(4), M307-312.

Miller, C. A. (2007). *L'essentiel en soins infirmiers gériatriques / Carol A. Miller; adapté de l'anglais par Ivan L. Simoneau*. Montréal: Beauchemin.

Stanley, M., & Gauntlett Beare, P. (2005). *Soins infirmiers en gériatrie : vieillissement normal et pathologique / Mickey Stanley; traduit de l'américain par Françoise Hallet* (2 ed.). Bruxelles: De Boeck Université, 507 p.

ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES	CONSULTATION	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES
ÉLÉMENTS PHYSIQUES			
<p>Dépistage d'un déclin fonctionnel dans les AVQ avant et depuis l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> Pour s'hydrater et s'alimenter Pour se laver au lavabo, au bain ou à la douche Pour entretenir sa personne : dents, cheveux, barbe Pour se vêtir et se dévêtir, et choisir ses vêtements Rapidité d'intervention si forme aiguë : installation en quelques heures à quelques jours ou si ↑ depuis l'hospitalisation 	Ergothérapie si jugé nécessaire	<p>Compléter l'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> Tête, cou, tronc et MS : motricité et préhension fines, coordination, force musculaire, équilibre statique et dynamique Fonctions cognitives et perceptuelles : apraxie, agnosie, hémiparésie corporelle, rigidité d'opposition 	<p>Consultations spécialisées</p> <ul style="list-style-type: none"> Appliquer les recommandations Poursuivre les soins
<p>Problèmes associés et collecte de données</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitations fonctionnelles : hémiparésie, fracture, tremblements État fonctionnel : mobilité articulaire et force musculaire des membres supérieurs, équilibre et tolérance en position assise Douleur à évaluer selon le PQRST Atteintes cognitives, dont apraxie Apathie, éléments dépressifs 		<p>Étude de l'impact de la médication sur la réalisation des AVQ</p> <ul style="list-style-type: none"> Somnolence ↓ état d'éveil Soulagement de la douleur 	
<p>Gestes favorisant l'autonomie dans les AVQ</p> <ul style="list-style-type: none"> Port des lunettes et des appareils auditifs Réduction des cathéters dès que possible (facilite les mouvements) Position assise pour hygiène, habillage, etc. (↓ fatigue, ↓ chute) AVQ fractionnées dans le temps selon la tolérance Réalisation des AVQ par la personne, à considérer comme un traitement planifié dans l'horaire 	Ergothérapie et physiothérapie si jugé nécessaire		
ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE			
<p>Habitudes de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> Hygiène, choix des vêtements, degré de motivation Respect de la pudeur et motivation à entreprendre les AVQ 		Application d'un programme de maintien et de stimulation de l'autonomie dans les AVQ	Gestion des symptômes comportementaux complexes avec plusieurs facteurs étiologiques
<p>Assistance à la personne présentant des déficits cognitifs</p> <ul style="list-style-type: none"> Établir le contact visuel, puis donner une consigne simple et concrète Utiliser des gestes pour expliquer (démonstration) Apraxie : initier le geste, superviser étape par étape 			
ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX			
<p>Éléments environnementaux et matériel adapté</p> <ul style="list-style-type: none"> Environnement sécuritaire et adaptation de la salle de bain Aides techniques : hygiène, habillage, alimentation, mobilité au lit 	Ergothérapie si jugé nécessaire		