

I C O P E

Manuel sur les soins intégrés pour les personnes âgées

Guide pour l'évaluation et les parcours centrés
sur la personne en soins primaires

Seconde édition



**Organisation
mondiale de la Santé**



Manuel sur les soins intégrés pour les personnes âgées

Guide pour l'évaluation et les parcours centrés
sur la personne en soins primaires

Seconde édition

Manuel sur les soins intégrés pour les personnes âgées : guide pour l'évaluation et les parcours centrés sur la personne en soins primaires, seconde édition [Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care, second edition]

ISBN 978-92-4-011645-0 (version électronique)

ISBN 978-92-4-011646-7 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2025

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

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

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée. Manuel sur les soins intégrés pour les personnes âgées : guide pour l'évaluation et les parcours centrés sur la personne en soins primaires, seconde édition [Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care, second edition]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2025. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <https://iris.who.int/?locale-attribute=fr&>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <https://www.who.int/publications/book-orders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>.

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

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

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

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

La traduction française a été réalisée par Octopus Translations. La terminologie peut ne pas être cohérente avec d'autres publications de l'OMS. En cas d'incohérence entre la version anglaise et la version française, la version anglaise est considérée comme la version authentique faisant foi.

Table des matières

Remerciements	iv
Abréviations et acronymes	v
Glossaire	vi
1 Soins intégrés pour les personnes âgées	1
2 Optimisation de la capacité intrinsèque et de l'aptitude fonctionnelle	11
3 Parcours ICOPE en quatre étapes pour les soins primaires	15
4 Parties prenantes et services transversaux pour le parcours de soins ICOPE en soins primaires	41
5 Parcours de soins pour la prise en charge du déclin cognitif	53
6 Parcours de soins pour améliorer la mobilité	63
7 Parcours de soins pour la prise en charge de la malnutrition	73
8 Parcours de soins pour la prise en charge de la déficience visuelle	85
9 Parcours de soins pour la prise en charge de la perte de l'audition	95
10 Parcours de soins pour la prise en charge des symptômes dépressifs	105
11 Parcours de soins pour les soins et le soutien sociaux	115
12 Parcours de soins pour le soutien apporté aux aidants	125
13 Parcours de soins pour la prise en charge de l'incontinence urinaire	133
14 Éléments à prendre en considération pour la mise en œuvre du programme ICOPE	143
Références	149
Bibliographie	152
Annexe : Exemple de plan de soins simplifié	154

Remerciements

Ce manuel s'appuie sur le travail des nombreuses personnes qui, dans le monde entier, se consacrent aux soins et à l'accompagnement des personnes âgées. Yuka Sumi et Rachel Albone de l'unité Vieillissement et santé du département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et Vieillissement de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont dirigé la préparation de ce manuel, sous la direction d'Anshu Banerjee. D'autres collègues de l'unité ont apporté une contribution inestimable, notamment Matteo Cesari, Hyobum Jang, Jotheeswaran Amuthavalli Thiagarajan et Ye Jin Lee.

De nombreux autres membres du personnel de l'OMS des bureaux régionaux et de diverses unités techniques ont contribué à la rédaction de ce document : Andrew Briggs (Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est), Shelly Chadha (Fonctions sensorielles, handicap et réadaptation), Neerja Chowdhary (Santé cérébrale), Carolina Der Mussa (Fonctions sensorielles, handicap et réadaptation), Shalini Desai (Programme essentiel de vaccination), Laura Diaz (Santé cérébrale), Megan Doherty (Services et systèmes cliniques), Antony Duttine (Fonctions sensorielles, handicap et réadaptation), Samer Elfeky (Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale), Mai Eltigany (Maladies non transmissibles), John Fogarty (Services et systèmes cliniques), Maria Nieves Garcia-Casal (Action pour la nutrition et l'alimentation dans les systèmes de santé), Shoshanna Goldin (Programme d'urgence sanitaire), Yuriko Harada (Programme de santé buccodentaire), Thiago Herick De Sa (Changement démographique et vieillissement en bonne santé), Stefania Ilincă (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), Mikiko Kanda (Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental), Catherine Kane (Personnel de santé), Amrita Kansal (Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est), Stuart Keel (Fonctions sensorielles, handicap et réadaptation), Pauline Kleinitz (Fonctions sensorielles, handicap et réadaptation), April Siwon Lee (Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental), Silvio Paolo Mariotti (Fonctions sensorielles, handicap et réadaptation), Chris Mikton (Changement démographique et vieillissement en bonne santé), Patricia Morsch (Bureau régional de l'OMS pour les Amériques), Andreas Mueller (Fonctions sensorielles, handicap et réadaptation), Triphonie Nkurunziza (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique), Asiya Ismail Odugleh-Kolev (Qualité des soins), Alana Officer (Changement démographique et vieillissement en bonne santé), Roberta Ortiz (Maladies non transmissibles), Alexandra Rauch (Fonctions sensorielles, handicap et réadaptation), Nicole Rendell (Programme de santé buccodentaire), Katrin Seeher (Santé cérébrale), Kylie Shae (Produits de santé, politiques et normes), Sangeeta Singh (Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental), Shamsuzzoha Syed (Programme spécial de soins de santé primaires), Abena

Tannor (Fonctions sensorielles, handicap et réadaptation), Emma Tebbutt (Produits de santé, politiques et normes), Benoit Varenne (Programme de santé buccodentaire), Enrique Vega (Bureau régional de l'OMS pour les Amériques), Inka Weissbecker (Santé cérébrale), Kazuki Yamada (Changement démographique et vieillissement en bonne santé), Yongjie Yon (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), Mitasha Yu (Fonctions sensorielles, handicap et réadaptation) et Patrick Zuber (Programme spécial de soins de santé primaires).

Le manuel a également bénéficié de la précieuse contribution des experts suivants spécialisés dans les domaines du vieillissement et de la santé, ainsi que de soins et de soutien sociaux aux personnes âgées : Hanadi Alhamad (Centre collaborateur de l'OMS pour le vieillissement en bonne santé et la démence, Université du Qatar, Qatar), Márlon JR Aliberti (École de médecine de l'Université de São Paulo, Brésil), Hidenori Arai (Centre national de gériatrie et de gérontologie, Japon), Prasert Assantachai (Université Mahidol, Thaïlande), Liat Ayalon (Université Bar Ilan, Israël), Paola Barbarino (Alzheimer's Disease International, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord \ [Royaume-Uni]), Jane Barratt (Fédération internationale du vieillissement, Canada), Ivan Bautmans (Vrije Universiteit Brussel, Belgique), John Beard (Université Columbia, États-Unis d'Amérique \ [USA]), Fatemah Bendhafari (ministère de la Santé, Koweït), Caroline Berbon (IHU HealthAge, Hôpital universitaire de Toulouse ; Centre collaborateur de l'OMS pour la fragilité, la recherche clinique, les géosciences, et la formation en gériatrie, France), Heikea Bischoff-Ferrari (Université de Zurich, Suisse), Marco Canevelli, (Institut national de la santé, Italie), Jagadish Chhetri (Centre national de recherche clinique sur les troubles gériatriques, Chine), Stephen Connor (Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance, Royaume-Uni), Eduardo Ferriolli (Université de São Paulo, Brésil), Roger Fielding (Université Tufts, États-Unis), Leon Geffen (Samson Institute for Ageing Research, Afrique du Sud), Celia Gregson (Université de Bristol, Royaume-Uni), Eva Heras Muxella (Andorran Healthcare System, Andorre), Lee Hooper (Université d'East Anglia, Royaume-Uni), Yun-Hee Jeon (Université de Sydney, Australie), Javier Jerez (Université de Vic - Université centrale de Catalogne, Espagne), Sebastiana Kalula (Albertina & Walter Sisulu Institute of Ageing in Africa, Afrique du Sud), Ramesh Kandel (Académie Rapti des sciences de la santé, Népal), Hongsoo Kim (Université nationale de Séoul, République de Corée), Jan Kottner (Charité-Universitätsmedizin Berlin, Allemagne), Christine Lafont (IHU HealthAge, Hôpital universitaire de Toulouse ; Centre collaborateur de l'OMS pour la fragilité, la recherche clinique, les géosciences, et la formation en gériatrie, France), Caitlin Littleton (HelpAge International, Royaume-Uni), Peter

Lloyd-Sherlock (Université de Northumbria, Royaume-Uni), Carol Ma Hok Ka (Université de Sciences sociales de Singapour, Singapour), Shiromi Maduwage (ministère de la Santé, Sri Lanka), Finbarr Martin (King's College London, Royaume-Uni), Reshma Merchant (National University Health System, Singapour), Jean-Pierre Michel (École de médecine de l'Université de Genève, Suisse), Colin Milner (Conseil international du vieillissement actif, Canada), Kenneth Edmund Mugayehwenkyi (Reach One Touch One Ministries, Ouganda), Cathy Murphy (Université de Southampton, Royaume-Uni), Claudio Pedone (Campus Bio Medico de l'Université de Rome, Italie), Ian Philp (Université du Kent, Royaume-Uni), Jean-Yves Reginster (Université de Liège ; Centre collaborateur de l'OMS pour l'épidémiologie des troubles musculosquelettiques et du vieillissement, Belgique), Leocadio Rodriguez Mañas (Hôpital universitaire de Getafe, Espagne), Catherine Takeda (IHU HealthAge, Hôpital universitaire de Toulouse ; Centre collaborateur de l'OMS pour la fragilité, la recherche clinique, les géosciences, et la formation en gériatrie, France), Hein Thet Soe (AGE Myanmar, Myanmar), Vira Tum (HelpAge Cambodia, Cambodge), Prakash Tyagi (Gramin Vikas Vigyan Samiti \ [GRAVIS], Inde), Adrian Wagg (Université de l'Alberta, Canada), Poppy Walton (HelpAge International, Royaume-Uni), Sijiu Wang (Université Tsinghua, Chine), Camilla Williamson (HelpAge International, Royaume-Uni), Jean Woo (Université chinoise de Hong Kong, RAS, Chine), Gordon Wood (École de médecine Feinberg de l'Université Northwestern, États-Unis) et Anthony Woolf (Alliance mondiale pour la santé musculosquelettique, Royaume-Uni).

Les contributions des participants à la réunion annuelle du Consortium clinique de l'OMS sur le vieillissement en bonne santé (CCHA), qui s'est tenue en décembre 2023, ont également été précieuses pour l'élaboration de ce manuel.

Le département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et Vieillissement de l'OMS remercie le gouvernement du Japon, le gouvernement de l'Allemagne et le gouvernement de la préfecture de Kanagawa au Japon pour leur soutien financier.

Abréviations et acronymes

ABVQ	activités de base de la vie quotidienne	SLD	soins de longue durée
AIVQ	activités instrumentales de la vie quotidienne	SPPB	short physical performance battery
AVQ	activités de la vie quotidienne	SSP	soins de santé primaires
CCHA	Clinical Consortium on Healthy Ageing	TAP	formation sur les produits d'assistance (OMS)
CNO	compléments nutritionnels oraux	TCC	thérapie cognitivo-comportementale
CSU	couverture sanitaire universelle		
dBA	décibels ajustés		
dBHL	niveau d'audition en décibels		
ICOPE	approche de soins intégrés pour les personnes âgées		
IMC	indice de masse corporelle		
IU	incontinence urinaire		
IVU	infection des voies urinaires		
MCV	maladie cardiovasculaire		
MUAC	circonférence du bras		
ODD	objectif de développement durable		
OMS	Organisation Mondiale de la Santé		
ONU	Organisation des Nations Unies		

Glossaire

Activité physique : Tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques et nécessitant une dépense d'énergie, y compris les activités entreprises dans le cadre du travail, du jeu, des tâches ménagères, des voyages ou des activités récréatives.

Activités de base de la vie quotidienne (ABVQ) : Les activités de base nécessaires à la vie quotidienne : prendre un bain ou une douche, s'habiller, manger, se lever du lit ou d'une chaise, se coucher ou s'asseoir, utiliser les toilettes et se déplacer à l'intérieur du logement.

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) : Activités qui facilitent l'autonomie : capacité à utiliser un téléphone, à faire les courses, à préparer les repas, à faire le ménage, à laver le linge, à utiliser les moyens de transport, à prendre des médicaments, à gérer les finances.

Agent de santé communautaire : Les agents de santé qui fournissent des services de santé, y compris l'éducation à la santé, en partenariat avec les agents de santé dans les établissements de soins de santé et qui orientent les patients vers un large éventail de services, et qui apportent soutien et assistance aux communautés, familles et individus. Ils fournissent des mesures préventives en matière de santé et facilitent l'accès aux services sanitaires et sociaux appropriés en comblant les lacunes entre les prestataires de services de santé, sociaux et communautaires et les communautés qui peuvent avoir des difficultés à accéder à ces services. Les agents de santé communautaires sont également appelés agents de santé de village, aides en santé communautaire, promoteurs de la santé communautaire, éducateurs en santé, ou par d'autres appellations.

Agents de santé : Toutes les personnes participant à des actions dont l'objectif principal est d'améliorer la santé (par exemple, les personnels de la santé et de l'aide à la personne, les professionnels de la santé, les gestionnaires de programmes de santé).

Aidant : Une personne telle qu'un membre de la famille, un partenaire, un ami ou un voisin qui dispense des soins au sein des ménages ou de la communauté, et qui partage généralement des liens affectifs ou sociaux avec les bénéficiaires des soins. Ils peuvent offrir des soins réguliers, occasionnels ou de routine ou participer à l'organisation de la fourniture de soins par d'autres personnes. Les aidants se distinguent des aides à la personne, car ils ne sont pas employés par des organisations habilitées à coordonner et à offrir des services. Leur rôle est informel et non rémunéré.

Aide à la personne : Un agent de santé qui dispense des services de soins personnels directs à domicile, dans des établissements de santé et résidentiels, en aidant à accomplir les tâches routinières de la vie quotidienne, avec la formation, la rémunération, la supervision et la réglementation requises. Il s'agit par exemple des aidants professionnels, des agents des services sociaux et des infirmières.

Approche de soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE) :

L'approche de l'OMS visant à offrir un continuum de soins intégrés afin de réorienter les services de santé et sociaux vers des soins plus centrés sur la personne et mieux coordonnés qui permettent d'optimiser les capacités intrinsèques et les aptitudes fonctionnelles des personnes âgées. Cette approche est appelée « ICOPE ».

Aptitude fonctionnelle : Les attributs liés à la santé qui permettent aux individus d'être et de faire ce qu'ils ont des raisons d'apprécier ; ils se composent de la capacité intrinsèque de l'individu, des caractéristiques environnementales pertinentes et des interactions entre l'individu et ces caractéristiques.

Autogestion : La capacité d'utiliser des dispositifs, des médicaments et des connaissances pour entreprendre l'automédication, l'autotraitement, l'autoexamen et l'auto-injection.

Autosoins : La capacité des individus, des familles et des communautés à promouvoir et à préserver leur propre santé, à prévenir les maladies et à faire face à la maladie, avec ou sans l'aide d'un professionnel de la santé ou de l'aide à la personne.

Capacité intrinsèque : L'ensemble des capacités physiques et mentales qu'un individu peut mobiliser.

Continuum de soins : L'éventail de soins de santé et des services sociaux personnels et collectifs nécessaires à tous les stades de la capacité intrinsèque, de l'aptitude fonctionnelle, de la maladie, de la blessure ou de l'événement tout au long de la vie, y compris la promotion de la santé, la prévention, le traitement, la réadaptation, les soins palliatifs et les soins de longue durée.

Coordinateur de soins : Un professionnel de santé qui assure une communication et une coordination efficaces des décisions et des informations entre les équipes et les services, facilite l'orientation d'une personne âgée et de ses aidants au sein des différents systèmes et veille à une prise en charge intégrée en matière de soins. Les gestionnaires de cas endossent souvent le rôle de coordinateurs de soins. Le coordinateur des soins est souvent choisi parmi les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Couverture sanitaire universelle (CSU) : Tous les citoyens ont accès à l'ensemble des services de santé de qualité dont ils ont besoin, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin, sans difficulté financière. Elle couvre l'ensemble des services de santé essentiels, de la promotion de la santé à la prévention, en passant par le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs tout au long de la vie.

Déclin cognitif : Déclin d'une ou plusieurs fonctions cognitives telles que l'attention, la résolution de problèmes, la faculté d'apprentissage et la mémoire.

Entraînement cognitif : Expression générique désignant un groupe d'interventions non pharmacologiques dans lesquelles une série de techniques sont appliquées pour stimuler la pensée et la cognition à des degrés divers d'ampleur et de spécificité. Il cible des fonctions cognitives isolées (par exemple la mémoire) par la pratique individuelle et répétitive de tâches cognitives standardisées.

Environnement favorable aux personnes âgées : Environnement, tel que le domicile ou la communauté, qui favorise le vieillissement en bonne santé en développant et en maintenant la capacité intrinsèque tout au long de la vie et en permettant une plus grande aptitude fonctionnelle chez une personne ayant un niveau de capacité donné.

Exercice physique : Sous-catégorie d'activités physiques planifiées, structurées et répétitives visant à améliorer ou à maintenir une ou plusieurs composantes des capacités physiques.

Exercices multimodaux : Exercice conçu pour développer l'équilibre, la capacité aérobie, la force musculaire, la souplesse et la coordination dans le but de maintenir et de promouvoir la capacité intrinsèque (par exemple, la capacité locomotrice, la cognition), de réduire le risque de chutes et de prévenir les blessures, y compris les fractures.

Équipe pluridisciplinaire : Un groupe de personnels de la santé et de l'aide à la personne issus de diverses organisations et professions (par exemple, médecins, infirmiers, physiothérapeutes, agents des services sociaux) qui collaborent pour prendre des décisions concernant les soins d'une personne âgée et de ses aidants, et offrir des soins de manière collaborative et coordonnée.

Fonction cognitive : Processus intervenant dans l'acquisition et la rétention des connaissances (y compris le langage et les normes sociales), la manipulation des informations, le raisonnement et la régulation émotionnelle.

Gestionnaire de cas : Un agent de santé qui soutient, guide et coordonne les soins aux personnes âgées, aux familles et aux aidants. Ils jouent un rôle central dans la communication, endossant le rôle d'interlocuteurs entre les individus et les membres d'une équipe pluridisciplinaire et les parties prenantes communautaires. Le gestionnaire de cas est généralement choisi parmi les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Gériatrie : Spécialité médicale pour les personnes âgées, axée sur les besoins du patient.

Isolement social : Il s'agit du nombre objectif de relations et d'interactions sociales dont un individu fait l'expérience. Une personne peut être socialement isolée si elle dispose d'un réseau restreint de relations avec des membres de sa famille et des personnes non apparentées, et donc si elle a peu ou pas d'interactions avec d'autres personnes.

Manuel ICOPE : L'outil destiné à aider les agents de santé à intégrer ICOPE dans les soins primaires, y compris au sein de la communauté.

Mobilisation communautaire : Un processus de développement et de maintien des relations qui permet aux parties prenantes partageant une situation géographique et/ou un domaine thématique de collaborer pour traiter les questions liées à la santé et promouvoir le bien-être afin d'obtenir un impact et des résultats positifs et durables en matière de santé.

Médicament(s) inapproprié(s) : Le terme « médicament(s) inapproprié(s) » fait référence à un ou plusieurs médicaments qui sont prescrits alors qu'ils ne sont pas ou plus nécessaires, soit parce que : a) aucune donnée probante ne justifie la prescription du médicament, la raison pour laquelle le médicament a été prescrit n'est plus valable ou la dose est inutilement élevée ; b) un ou plusieurs médicaments n'atteignent pas leurs objectifs thérapeutiques ; c) un ou plusieurs médicaments, ou la combinaison de plusieurs médicaments, provoquent ou risquent de provoquer des effets indésirables ; et d) le patient n'est pas disposé à prendre un ou plusieurs médicaments comme prévu ou n'est pas en mesure de le faire.

Partage des tâches : Approche visant à optimiser l'utilisation du personnel de santé, notamment en cas de pénurie de main-d'œuvre, dans laquelle des tâches ou des rôles spécifiques sont partagés, le cas échéant, avec des agents de santé moins spécialisés afin de mobiliser plus efficacement le personnel disponible. Elle doit être accompagnée de mesures appropriées en termes d'éducation, de supervision, d'aide à la gestion, d'octroi de licences, de réglementation et de rémunération.

Parties prenantes communautaires : Individus, familles, groupes ou organisations liés par un intérêt ou un investissement à une communauté et qui sont affectés par les décisions, les politiques et les opérations au sein de cette communauté ou qui peuvent les influencer. Cela comprend, mais sans s'y limiter, des organisations de la société civile (par exemple, organisations non gouvernementales, organisations communautaires, organisations confessionnelles), des groupes du secteur privé, des associations, groupes ou clubs de personnes âgées, des groupes de soutien par les pairs, des bénévoles et des aidants à domicile, opérant dans le cadre d'un programme organisé. Les agents de santé communautaires sont considérés comme des parties prenantes communautaires, tout en étant inclus dans la définition des agents de santé.

Polymédication : L'utilisation simultanée de plusieurs médicaments est souvent définie comme l'utilisation systématique de cinq médicaments ou plus. Il s'agit des médicaments en vente libre, des médicaments délivrés sur ordonnance et/ou des médicaments traditionnels et complémentaires utilisés par un patient.

Produits d'assistance : Les produits d'assistance maintiennent ou améliorent l'aptitude fonctionnelle et l'indépendance, favorisant ainsi le bien-être. Les produits d'assistance peuvent aller des produits physiques tels que des fauteuils roulants, des lunettes, des piluliers, des chaises de toilette et des aides auditives, aux solutions numériques telles que des alarmes en cas de chute, des logiciels de gestion du temps et le sous-titrage. L'expression générique « technologie d'assistance » désigne les produits d'assistance et les systèmes et services connexes.

Protection sociale : La protection sociale est un droit de l'homme et se définit comme l'ensemble des politiques et des programmes destinés à réduire et à prévenir la pauvreté et la vulnérabilité tout au long de la vie. La protection sociale comprend les prestations pour les enfants et les familles, la maternité, le chômage, les accidents du travail, la maladie, la vieillesse, le handicap, ainsi que la protection de la santé.

Réadaptation : La réadaptation désigne un ensemble d'interventions destinées à optimiser le fonctionnement et à réduire le handicap des personnes atteintes de maladies, en interaction avec leur environnement. La réadaptation aide les personnes âgées à conserver la plus grande autonomie possible dans les activités quotidiennes et leur permet de participer à l'éducation, au travail, aux loisirs et à des rôles significatifs dans la vie.

Santé cérébrale : L'état de fonctionnement du cerveau dans les domaines cognitif, sensoriel, social, émotionnel, comportemental et moteur, permettant à une personne de réaliser pleinement son potentiel tout au long de sa vie, indépendamment de la présence ou de l'absence de troubles.

Services de réadaptation : Les interventions de réadaptation (voir la définition ci-dessus) sont effectuées dans le cadre d'un processus structuré d'identification des besoins, de définition des objectifs, de planification, de prestation et de suivi des soins, généralement au cours d'une série de séances.

Soins centrés sur la personne : Une approche des soins qui adopte consciemment les perspectives des individus, des familles et des communautés, et les considère comme des participants et des bénéficiaires des systèmes de soins de santé et de SLD qui répondent à leurs besoins et à leurs préférences de manière humaine et holistique. Les soins centrés sur la personne sont organisés autour des besoins, des valeurs, des préférences et des attentes des individus plutôt que des maladies.

Soins de longue durée (SLD) : Les activités entreprises par d'autres pour s'assurer que les personnes souffrant d'une perte continue et importante de capacité intrinsèque puissent maintenir un niveau d'aptitude fonctionnelle compatible avec leurs droits fondamentaux, leurs libertés fondamentales et leur dignité humaine.

Soins de santé communautaires : Services dispensés par divers agents de santé au sein de la communauté, en fonction de leur formation et de leurs compétences (non professionnels et professionnels, formels et informels, rémunérés et non rémunérés) ainsi que par le personnel de l'établissement qui les soutient, les supervise et assure des services et des campagnes de proximité.

Soins de santé primaires (SSP) : Une approche pansociétale visant à organiser et à renforcer efficacement les systèmes de santé nationaux afin de rapprocher les services de santé et de bien-être des communautés. Elle comporte trois volets : des services de santé intégrés pour répondre aux besoins de santé des personnes tout au long de leur vie ; la prise en compte des déterminants généraux de la santé par une politique et une action multisectorielles ; et l'autonomisation des individus, des familles et des communautés pour qu'ils prennent en charge leur propre santé.

Soins intégrés : Des services gérés et fournis de manière à garantir que les personnes bénéficient d'un continuum de soins dans les domaines de soins de santé et des services sociaux, grâce à une approche centrée sur la personne. Cela comprend la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs, ainsi que les services sociaux, y compris les soins de longue durée. L'offre de services est intégrée entre les secteurs, les cadres et les sites tout au long de la vie.

Soins palliatifs : Une approche qui améliore la qualité de vie des patients et de leurs familles confrontés à des problèmes liés à une maladie mortelle. Elle prévient et soulage la souffrance par l'identification précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et d'autres problèmes, qu'ils soient physiques, psychosociaux ou spirituels.

Soins primaires : Ils s'agit d'un processus clé du système de santé qui favorise le premier contact de soins, souvent fournis dans les établissements de soins primaires, les centres de santé communautaires, les postes de santé, les cliniques mobiles et par le biais de services de proximité. Les soins primaires permettent de poursuivre la fourniture de soins intégrés centrés sur la personne, à proximité du lieu de vie quotidienne des individus.

Soins sociaux : Assistance et soutien aux personnes et à leurs familles dans les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne (soins personnels) afin de promouvoir la qualité de vie et le bien-être.

Solitude : Expérience subjective résultant d'un décalage entre la qualité et la quantité attendues et réelles des relations.

Soutien social : Soutien psychologique, physique et financier accessible à un individu par le biais de liens sociaux avec d'autres individus, des groupes et la communauté au sens large, qui peut servir de protection contre les événements défavorables de la vie, favoriser la résilience et constituer une ressource positive pour la santé.

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) : Traitement psychologique combinant des composantes cognitives, visant à penser différemment (par exemple en identifiant et en remettant en question les pensées négatives irréalistes) et des composantes comportementales, visant à agir différemment (par exemple en aidant la personne à effectuer des activités plus gratifiantes).

Thérapie de stimulation cognitive : Intervention non pharmacologique qui englobe une variété d'approches incluant l'orientation vers la réalité, la validation, et/ou la réminiscence par le biais d'activités de groupe et d'interactions sociales.

Validisme : Préjugé social qui définit les personnes handicapées par leur handicap et les caractérise comme étant inférieures à celles qui ne sont pas atteintes de handicap.

Viellir chez soi : La capacité de vivre en sécurité, de manière indépendante et confortable dans son propre domicile et sa communauté, quel que soit l'âge, le revenu ou les capacités. Vieillir chez soi (au bon endroit) étend ce concept à la capacité de vivre dans le lieu qui correspond le mieux aux besoins et aux préférences d'une personne, qui peut ou non être son propre domicile.

Viellissement en bonne santé : Le processus de développement et de maintien de l'aptitude fonctionnelle qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être.



1 Soins intégrés pour les personnes âgées

Points clés

- L'optimisation de la capacité intrinsèque et des aptitudes fonctionnelles des individus tout au long de leur vie est la clé d'un vieillissement en bonne santé pour tous.
- La dépendance aux soins peut être réduite, retardée ou évitée si le déclin de la capacité intrinsèque est rapidement identifié, évalué, diagnostiqué et géré, notamment par la création d'un environnement physique et social favorable.
- Les déclinés dans les domaines de la capacité intrinsèque sont interdépendants et nécessitent donc une approche intégrée et centrée sur la personne pour l'évaluation et la prise en charge.
- Les personnes âgées sont des acteurs clés de leur propre santé et devraient être habilitées à comprendre leur état de santé, à prendre leurs propres décisions et à fixer leurs propres objectifs. Leur engagement significatif, ainsi que celui des personnes qui s'occupent d'elles, est crucial.
- Les agents de santé en soins primaires, y compris dans la communauté, peuvent identifier les personnes âgées souffrant d'une perte de capacité intrinsèque et offrir des interventions fondées sur des données probantes en utilisant ce guide et en l'adaptant à leur contexte.
- Les parties prenantes communautaires jouent un rôle important dans le soutien à la prestation de soins intégrés pour les personnes âgées et pour leur donner les moyens de s'engager dans l'autosoins et l'autogestion.

Le *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé* 2015 définit l'objectif du vieillissement en bonne santé comme « aider les individus à développer et à maintenir les aptitudes fonctionnelles qui permettent le bien-être à un âge avancé ». L'aptitude fonctionnelle se définit comme « les attributs liés à la santé qui permettent aux individus d'être et de faire ce qu'ils ont des raisons d'apprécier ». L'aptitude fonctionnelle se compose de la capacité intrinsèque de l'individu, de son environnement et des interactions entre les deux. Les environnements comprennent tous les facteurs extrinsèques (le domicile et les environs, la communauté et la société au sens large), qui forment le contexte de la vie d'un individu. Les facteurs de ces environnements comprennent l'environnement bâti (physique), les personnes et leurs relations, les attitudes et les valeurs, les politiques sanitaires et sociales, les systèmes et les services. La capacité intrinsèque est « l'ensemble des capacités physiques et mentales qu'un individu peut mobiliser » (7).

Ce concept de vieillissement en bonne santé inspire une nouvelle approche des soins de santé pour les personnes âgées – une approche visant à optimiser la capacité intrinsèque et l'aptitude fonctionnelle des personnes à mesure qu'elles vieillissent. Les besoins et les préférences des personnes âgées en matière de services de santé, de soins et de soutien sociaux évoluent en même temps que leur capacité intrinsèque. La fourniture d'un continuum de soins intégrés, suivant la trajectoire de la capacité intrinsèque et de l'aptitude fonctionnelle, est cruciale pour répondre à ces divers besoins et soutenir une aptitude fonctionnelle optimale. Un continuum de soins comprend l'ensemble des soins, de la prévention et de la promotion, en passant par le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs, et répond à l'évolution des besoins et de la capacité intrinsèque d'une personne, ainsi qu'à l'évolution de la maladie.

Les personnes âgées souffrant d'une perte importante de leur capacité intrinsèque ont besoin non seulement de soins de santé, mais aussi de soins et de soutien sociaux pour compenser leur perte. Ce soutien peut être apporté par les aidants et facilité par l'utilisation de produits d'assistance pour créer un environnement favorable. Les soins de longue durée (SLD) comprennent les activités entreprises par d'autres pour aider les personnes souffrant d'une perte importante de capacité intrinsèque à maintenir un niveau d'aptitude fonctionnelle et à mener une vie digne, dans le respect de leurs droits et libertés fondamentaux. Les soins de longue durée peuvent être dispensés dans différents cadres tels que le domicile, la communauté et les établissements résidentiels. Une grande partie des soins quotidiens dont les personnes âgées ont besoin est assurée par des aidants, souvent des membres de la famille, qui ont également besoin d'aide.

1.1

Pourquoi avons-nous besoin de soins intégrés pour les personnes âgées ?

Les personnes âgées représentent une part plus importante que jamais de la population mondiale. En 2024, on estime à 1,18 milliard le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus dans le monde (14,5 % de la population mondiale). Ce pourcentage augmentera rapidement au cours des prochaines décennies, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. On estime que le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus atteindra 2,1 milliards en 2050, soit 22 % de la population mondiale (2), et que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus dépassera celui des personnes âgées de moins de 18 ans (3). Cela reflète l'impact combiné de la baisse rapide des taux de fécondité et de l'augmentation de l'espérance de vie dans une grande partie du monde, qui va souvent de pair avec le développement socio-économique.

Le maintien de la santé des personnes âgées est un investissement dans le capital humain et social et soutient les Objectifs de développement durable (ODD) de l'Organisation des Nations unies (ONU) et le droit de tous les êtres humains, où qu'ils se trouvent, à jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. En parallèle, la prise en charge de la population vieillissante croissante engendre des défis pour les systèmes de soins de santé et des services sociaux. Un changement fondamental des approches de santé publique en matière de vieillissement de la population est nécessaire.

Les approches conventionnelles des soins de santé pour les personnes âgées se sont concentrées sur les maladies individuelles, souvent de manière isolée, en mettant l'accent sur le diagnostic et la prise en charge de ces maladies. Lutter contre ces maladies demeure important, mais une trop grande attention à leur égard peut entraîner des difficultés lorsque de capacité intrinsèque courantes, comme l'audition, la vision, la mémoire, la mobilité et d'autres pertes liées au vieillissement, sont négligées.

Il est indispensable d'adopter un continuum de soins intégré, holistique et axé sur la capacité intrinsèque et l'aptitude fonctionnelle en plus des maladies, sur la base d'une approche de soins de santé primaires (SSP). Ils partagent une relation bidirectionnelle, les maladies mal contrôlées pouvant précipiter l'apparition ou l'accélération du déclin de la capacité intrinsèque, et les déficiences de la

capacité intrinsèque pouvant modifier les trajectoires de la maladie. L'attention portée à la capacité intrinsèque et à l'aptitude fonctionnelle des personnes âgées dans l'ensemble du ou des système(s) de soins de santé et des services sociaux contribuera largement au bien-être de cette partie importante et croissante de la population.

Les agents de santé, y compris les aides à la personne, ont besoin de conseils et de formation pour reconnaître et prendre efficacement en charge le déclin de la capacité intrinsèque et maintenir l'aptitude fonctionnelle, ainsi que pour fournir des soins d'une manière holistique et intégrée répondant aux divers besoins des personnes âgées en matière de santé et d'aide à la personne. Le vieillissement des populations entraîne un besoin urgent de développer des approches communautaires globales comprenant des interventions visant à prévenir ou à retarder le déclin de la capacité intrinsèque, à optimiser l'aptitude fonctionnelle en améliorant l'environnement physique et social, et à soutenir les personnes qui s'occupent des personnes âgées.

1.2

Qu'est-ce que l'approche des soins intégrés pour les personnes âgées ?



L'approche des soins intégrés pour les personnes âgées, appelée ICOPE, vise à faciliter la réorientation des services sociaux et de santé vers des soins davantage centrés sur la personne et mieux coordonnés, qui favorisent l'optimisation de la capacité intrinsèque et de l'aptitude fonctionnelle des personnes âgées. ICOPE est l'approche de l'OMS visant à soutenir la prestation de soins intégrés pour les personnes âgées dans le contexte d'un système de santé axé sur les soins de santé primaires.

Un continuum de soins nécessite la mise en œuvre de services intégrés pour les personnes âgées et leurs aidants dans tous les environnements de soins de santé et de services sociaux, du domicile des personnes âgées aux établissements de SLD, en passant par les cliniques de soins primaires et les hôpitaux. Les communautés jouent un rôle particulièrement important dans le processus permettant aux personnes de « vieillir chez elles ».

Encadré 1.1 L'âgisme

L'âgisme désigne les stéréotypes (ce que nous pensons), les préjugés (ce que nous ressentons) et la discrimination (ce que nous faisons) à l'égard des personnes en raison de leur âge. L'âgisme est présent au sein de nos institutions, dans nos relations (âgisme interpersonnel) et en nous-mêmes (âgisme intériorisé). L'âgisme a un impact négatif sur la santé et le bien-être des personnes âgées (4).

L'âgisme au sein des systèmes et services de santé : Au niveau des systèmes, les stratégies de santé négligent souvent les personnes âgées ou peuvent inclure des politiques âgistes, telles que le refus de traitement en raison de l'âge ; les soins aux personnes âgées et les services spécifiques qui traitent des problèmes les plus courants rencontrés par les personnes âgées sont souvent négligés ; le financement n'est pas prioritaire ; et les établissements ne sont pas conçus pour être accessibles aux personnes âgées. Un manque de formation et de soutien et des perceptions culturelles non contestées du vieillissement peuvent également conduire les agents de santé à avoir des attitudes négatives à l'égard des personnes âgées ou du processus de vieillissement, à adopter un comportement condescendant, à ne pas consulter les personnes âgées sur leurs préférences en matière de soins, et à exclure les personnes âgées des essais cliniques. La diminution de la capacité intrinsèque est souvent négligée par les agents de santé, qui l'interprètent comme un signe « normal » de vieillissement, ce qui constitue une forme d'âgisme. Les attitudes des agents de santé et l'expérience des personnes âgées dans les établissements de soins peuvent affecter le comportement des personnes âgées en matière de recherche en soins. Le degré d'attitude âgiste des agents de santé à l'égard des personnes âgées, même s'il est perçu comme élevé, n'est pas certain. Une série de facteurs systémiques et individuels peuvent influencer les attitudes, notamment les politiques, l'éducation, les pénuries de ressources, le genre, le choix fait par l'agent de santé de travailler spécifiquement avec des personnes âgées, l'expérience des contacts intergénérationnels et l'origine culturelle.

L'âgisme intériorisé : L'âgisme intériorisé fait référence à l'âgisme envers soi-même avec un impact négatif sur la santé. Les personnes intériorisent les préjugés liés à l'âge issus de la culture qui les entoure, après avoir été exposées de manière répétée à ces préjugés. Elles peuvent penser que le déclin de la capacité intrinsèque est « normal » avec l'âge et qu'il ne peut être prévenu ou modifié. Elles peuvent, en outre, penser qu'elles ne peuvent rien faire pour améliorer leur santé et leur bien-être.

ICOPE offre la possibilité de lutter contre l'âgisme en améliorant les compétences des agents de santé dans le domaine de la santé des personnes âgées et des soins intégrés et en responsabilisant les personnes âgées et les aidants. Les parties prenantes communautaires peuvent contribuer à sensibiliser le public, y compris les personnes âgées elles-mêmes, à l'âgisme et au droit des personnes âgées à la santé et aux soins, à l'efficacité de la promotion de la santé et de la prévention chez les personnes âgées, et à la possibilité de gérer les pertes de la capacité intrinsèque et d'optimiser l'aptitude fonctionnelle.

ICOPE doit être mise en œuvre conformément aux principes directeurs suivants :

- Les personnes âgées ont le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.
- Les personnes âgées doivent avoir des chances égales d'accéder à des services qui tiennent compte des déterminants du vieillissement en bonne santé et bénéficier d'un soutien pour adopter des comportements sains, indépendamment de leur statut social ou économique, de leur lieu de naissance, de leur lieu de résidence, de leur âge, de leur genre ou d'autres facteurs sociaux.
- Les personnes âgées doivent être incluses en tant que décideurs clés en ce qui concerne leurs propres soins, dans le respect de leur autonomie.
- Les soins doivent être dispensés de manière égale à tous, sans discrimination, en particulier la discrimination fondée sur le genre, le validisme ou l'âgisme (**Encadré 1.1**).

Le document de l'OMS intitulé *Soins intégrés pour les personnes âgées : directives applicables aux interventions communautaires liées au déclin des capacités intrinsèques* énonce 13 recommandations fondées sur des données probantes à l'intention des agents de santé pour la prestation de soins intégrés centrés sur la personne pour les personnes âgées en soins primaires, y compris au sein de la communauté. Afin de mettre en pratique les recommandations d'ICOPE, l'OMS a publié le *Manuel sur les soins intégrés pour les personnes âgées : conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires* en 2019 (5) pour remédier aux lacunes en matière d'orientation et de formation de la plupart des agents de santé en ce qui concerne la reconnaissance et la prise en charge efficace du déclin de la capacité intrinsèque et de l'aptitude fonctionnelle et la prestation de soins holistiques et intégrés. Il propose un parcours de soins, qui consiste en des mesures que les agents de santé doivent prendre dans le cadre de la prestation de soins intégrés aux personnes âgées, et des parcours de soins détaillés pour prendre en charge le déclin de la capacité intrinsèque dans six domaines (déclin cognitif, mobilité limitée, malnutrition, déficience visuelle, perte auditive, symptômes dépressifs) ainsi que pour soutenir les aidants et permettre une prise en charge des soins et du soutien sociaux.

1.3

ICOPE dans les soins de santé primaires

L'OMS définit les soins de santé primaires comme une approche sociétale globale de la santé qui vise à assurer le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en mettant l'accent sur les besoins des personnes le plus tôt possible tout au long du continuum allant de la promotion de la santé et de la prévention au traitement, en passant par la réadaptation et les soins palliatifs, et aussi près que possible de l'environnement quotidien des personnes.

Comme le souligne la déclaration d'Astana, les soins de santé primaires comprennent trois éléments indissociables qui s'influencent mutuellement :

- placer les soins primaires et les fonctions essentielles de santé publique au cœur des services de santé intégrés ;
- tirer parti de la politique et de l'action multisectorielles ; et
- responsabiliser les personnes et les communautés en tant que co-créateurs de leur santé.

Les soins primaires sont au cœur de la composante « services » des soins de santé primaires, qui favorise des soins rapidement mis en place, accessibles, continus, complets et coordonnés, souvent dispensés dans des établissements de soins primaires (centres de santé pluriprofessionnelles, cabinets médicaux sans rendez-vous), à domicile, dans des centres de santé communautaires, dans des postes de santé, dans des cliniques mobiles et par le biais de services de proximité. Elle se caractérise par la fourniture d'un éventail complet de services de santé intégrés, à proximité des lieux de résidence, dans le cadre d'une approche centrée sur la personne. Les soins primaires peuvent également favoriser d'autres composantes de l'approche des soins de santé primaires en impliquant la communauté et en responsabilisant les personnes âgées et leurs aidants.

Le parcours de soins original du premier manuel ICOPE (2019) a été conçu pour aider les agents de santé intervenant en soins primaires à fournir des soins intégrés et centrés sur la personne à proximité du cadre de vie quotidienne d'une personne âgée. Les étapes du parcours de soins initial peuvent toutefois être appliquées dans différents contextes et avec des personnes âgées ayant des niveaux variables de capacité intrinsèque, y compris celles atteintes de pertes importantes (besoins de SLD). Le présent manuel (deuxième édition) propose donc un parcours de soins global

comprenant quatre étapes (Fig. 1.1, p. 5), qui doivent être envisagées dans le cadre d'une approche plus large des soins de santé primaires au niveau de la population, soutenant l'identification des besoins des populations âgées, la planification, la conception, l'organisation, la gestion et le suivi des services. Il peut être adapté et étendu grâce à des conseils détaillés pour chaque étape, afin de permettre sa mise en œuvre dans des situations et des contextes différents (par exemple, pour les personnes âgées dans les établissements résidentiels de SLD).

Toute adaptation et tout développement du parcours de soins global doit rester centré sur les points suivants :

- une évaluation **des besoins, des préférences et des objectifs** individuels ;
- l'élaboration d'un **plan de soins personnalisé** ;
- la prestation de services basée sur une équipe **pluridisciplinaire** ;
- **la continuité longitudinale des soins** suivant la trajectoire de la capacité intrinsèque ;
- **des services sociaux et de santé coordonnés** orientés vers l'objectif unique du maintien de la capacité intrinsèque et de l'aptitude fonctionnelle ; et
- la réorientation vers une approche des SSP pour répondre aux besoins des personnes âgées grâce à des services fournis par le biais des **soins primaires**, y compris au sein de la communauté.

Ce parcours de soins global peut inspirer des politiques et des actions multisectorielles, en reconnaissance des rôles importants de secteurs autres que celui de la santé, tels que le logement, les transports et la protection sociale, conformément à la vision Décennie pour le vieillissement en bonne santé de l'ONU (2021–2030) (Encadré 1.2, p. 6). Le parcours de soins global peut être utilisé parallèlement au parcours de soins ICOPE dans les soins primaires pour influencer la prise de décision politique en ce qui concerne la prestation de services aux personnes âgées. Cela contribuera à renforcer les systèmes de santé axés sur les soins de santé primaires nécessaires pour permettre la fourniture d'un continuum de soins intégrés aux personnes âgées (Chapitre 14). La mise en œuvre d'ICOPE pourrait également permettre d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé, d'améliorer l'équité, de renforcer la sécurité sanitaire et d'améliorer le rapport coût-efficacité, tous ces éléments étant étroitement liés aux soins de santé primaires.

Les parcours de soins détaillés (chapitres 3 à 13) mettent explicitement l'accent sur la mise en œuvre des soins intégrés pour les personnes âgées dans les soins primaires.

Fig. 1.1
Parcours de soins ICOPE



Encadré 1.2 ICOPE en contexte

La Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2021–2030 de l'ONU met l'accent sur le rôle des systèmes de santé dans la promotion du vieillissement en bonne santé en optimisant la capacité intrinsèque et l'aptitude fonctionnelle, décrit initialement dans la *Stratégie mondiale et le plan d'action sur le vieillissement et la santé (2016–2020) de l'OMS (6)*. La vision de la Décennie de l'ONU est celle d'un monde dans lequel tous les individus vivent longtemps et en bonne santé grâce à une collaboration multisectorielle mondiale en vue d'une action concertée et catalytique sur le vieillissement en bonne santé. Elle est axée sur quatre domaines d'action, dont la prestation de soins intégrés centrés sur la personne et de services de santé primaires adaptés aux personnes âgées, et l'accès aux SLD pour les personnes âgées qui en ont besoin. Les ressources techniques d'ICOPE pour les soins primaires ainsi que le document *Soins de longue durée pour les personnes âgées : ensemble de mesures pour la couverture sanitaire universelle (7)* contribuent à la réalisation de ces engagements.

La couverture sanitaire universelle (CSU) est le fondement de la réalisation des objectifs de santé des ODD et signifie que tous les individus ont accès à l'ensemble des services de santé de qualité dont ils ont besoin, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin, sans difficulté financière (8). Pour réaliser la CSU, les besoins de santé des personnes âgées doivent être pris en charge par un continuum de soins intégrés, dispensés par des services de santé basés sur un système de santé axé sur les soins de santé primaires.

L'OMS a mis au point un ensemble de ressources visant à optimiser la prestation de services de soins primaires, notamment la plate-forme de planification, de fourniture et de mise en œuvre des services (SPDI) de la CSU et le compendium de la CSU. La SPDI est une ressource en ligne qui aide les pays à optimiser et à intégrer la fourniture de services dans toute la gamme des soins et tout au long de la vie. Les pays peuvent mettre en place un ensemble de services de santé en utilisant des outils et des ressources spécifiques, y compris les ressources techniques d'ICOPE.

La santé pour tous est l'objectif de la CSU. Pour y parvenir, tous les individus, y compris les personnes âgées, doivent avoir accès aux services de santé. Le handicap n'est pas une composante naturelle du vieillissement, mais la prévalence du handicap augmente avec l'âge, passant de 5,8 % chez les enfants et les adolescents âgés de 0 à 14 ans à 34,4 % chez les personnes âgées de plus de 60 ans (9). La prestation de services de santé intégrant le handicap nécessite des actions intersectorielles pour promouvoir l'accès des personnes âgées atteintes de handicap et de toutes les personnes vivant avec un handicap. Le *Rapport mondial de l'OMS sur l'équité en santé pour les personnes handicapées* présente 40 mesures clés que les pays peuvent prendre pour renforcer leurs systèmes de santé et réduire les inégalités en matière de santé pour les personnes atteintes de handicap.

1.4

Soins intégrés pour les personnes âgées : guide pour l'évaluation centrée sur la personne et les parcours en soins primaires (manuel ICOPE), deuxième édition

Cette deuxième édition du manuel ICOPE pour les soins primaires intègre les enseignements tirés de la mise en œuvre des soins intégrés pour les personnes âgées dans divers contextes à travers le monde, ainsi que les directives pertinentes nouvelles ou actualisées produites par l'OMS. Le manuel ICOPE (deuxième édition) a été élaboré en collaboration avec des experts du vieillissement en bonne santé et des soins aux personnes âgées par l'intermédiaire du Consortium clinique sur le vieillissement en bonne santé (CCHA) de l'OMS et avec des collègues de diverses unités techniques et régions de l'OMS.

Des contributions ont été sollicitées par le biais d'expériences pratiques et des réunions du CCHA, en particulier la réunion de 2023, au cours de laquelle la mise à jour des parcours de soins était le principal point à l'ordre du jour. Les participants à cette réunion et d'autres experts ont examiné les parcours de soins révisés et les directives contenus dans ce manuel tout au long de son élaboration. Toutes les personnes ayant participé à l'élaboration et à la révision du manuel ont été invitées à déclarer tout conflit d'intérêts sur le formulaire de déclaration d'intérêts des experts de l'OMS. Aucun intérêt déclaré n'a été considéré comme significatif.

Principaux changements dans la deuxième édition du manuel

1. Parcours de soins en quatre étapes

Le parcours de soins ICOPE comporte quatre étapes au lieu de cinq : évaluation de base et interventions au niveau de la communauté ; évaluation approfondie ; élaboration d'un plan de soins personnalisé ; mise en œuvre et suivi. Le rôle crucial des parties prenantes communautaires et des aidants à toutes les étapes du parcours a été reconnu. En réponse, l'engagement communautaire et le soutien aux aidants ont été inclus comme éléments clés dans les quatre étapes du parcours, avec un accent particulier sur l'Étape 1, plutôt que d'être traités comme une cinquième étape distincte.

2. Étape 1 élargie

L'Étape 1 a été élargie afin de garantir la fourniture d'informations, de services et de soutien essentiels au premier point de contact avec une personne âgée et de permettre la prestation de soins aux personnes âgées au sein des communautés et par les parties prenantes communautaires dans des contextes où les ressources sont limitées. Outre une évaluation de base (anciennement appelée « dépistage »), des conseils en matière de santé et de mode de vie ainsi que de soins de santé communautaires peuvent être fournis pour remédier aux pertes de la capacité intrinsèque. L'expression « évaluation de base » est utilisée à la place du terme dépistage pour refléter le passage d'une focalisation unique sur les pertes potentielles de la capacité intrinsèque, à l'identification des besoins de soutien social, des besoins de soutien des aidants et de la présence d'incontinence urinaire – des facteurs clés qui ont un impact sur la santé des personnes âgées. L'élargissement de l'Étape 1 à la fourniture de services et de soutien est particulièrement important dans les contextes où les dernières étapes du parcours ICOPE, y compris l'évaluation approfondie, ne sont pas réalisables, ou lorsqu'il existe un long délai entre l'évaluation de base et l'évaluation approfondie.

3. Engagement communautaire

Le manuel ICOPE (deuxième édition) met davantage l'accent sur l'engagement communautaire. Il donne des exemples d'actions que les parties prenantes communautaires peuvent entreprendre à chaque étape du parcours, notamment lors de la mise en œuvre de l'Étape 1 élargie, en facilitant l'accès aux soins de santé et aux services sociaux, en apportant un soutien direct dans la communauté et en autonomisant les personnes âgées dans leurs décisions de santé. Les parties prenantes communautaires comprennent les individus, les groupes et les organisations, tels que les organisations non gouvernementales, les clubs de personnes âgées, les organisations communautaires, les groupes de soutien par les pairs, les groupes intergénérationnels et les bénévoles, entre autres.

4. Besoins de soutien des aidants

En reconnaissance du rôle des aidants, qui sont pour la plupart des femmes et des jeunes filles, généralement des membres de la famille ou des amis, et du manque de soutien auquel ils sont souvent confrontés, une plus grande attention est accordée aux besoins des aidants en matière de soutien. Cela comprend à la fois l'information et la formation, ainsi que la nécessité d'un soutien pour assurer la santé et le bien-être des aidants. Cette question figurait dans la version précédente du manuel, mais elle est désormais davantage mise en avant et des exemples spécifiques sont inclus dans tous les chapitres. Dans le manuel, le terme « aidant » est utilisé pour désigner une personne, telle qu'un membre de la famille, un ami ou un voisin, qui fournit des soins informels à une personne âgée.

5. Facteurs clés de la santé des personnes âgées

D'autres facteurs importants pour la santé et l'aptitude fonctionnelle des personnes âgées sont inclus et/ou soulignés. Il s'agit notamment d'identifier rapidement les besoins en matière de soutien social et les besoins des aidants (le cas échéant) dans la communauté, de promouvoir la vaccination comme l'une des interventions de santé publique les plus rentables et d'inclure l'incontinence urinaire (IU), pour laquelle un nouveau parcours de soins a été mis au point.

1.5

Comment utiliser le manuel ICOPE (deuxième édition)

Ce manuel fournit un cadre global et des conseils pour la mise en œuvre d'ICOPE que les agents de santé peuvent utiliser pour informer la prestation des soins intégrés pour les personnes âgées en soins primaires dans leur contexte. Il vise à offrir une certaine souplesse, afin de garantir la faisabilité de la mise en œuvre dans différents pays, contextes et avec différents niveaux de ressources. À cette fin, avant de mettre en œuvre ICOPE en soins primaires, les responsables de programmes et de systèmes de santé doivent procéder à une évaluation de leur état de préparation, afin d'adapter l'approche. Cette étape est importante, car les besoins des populations âgées ainsi que les systèmes de soins de santé et de services sociaux, les structures de prestation de services et les capacités sont différents. Les agents de santé peuvent entreprendre des exercices similaires pour identifier les ressources disponibles dans leurs propres contextes de soins de santé. → 14.2

Le détail des parcours de soins spécifiques (chapitres 5 à 13), en termes d'outils et d'instruments à utiliser et d'interventions fondées sur des données probantes à proposer, où et par qui, est flexible et doit être considéré comme faisant partie intégrante d'un processus d'adaptation.

L'intégration dans les soins primaires devrait se faire au sein des services existants et par ceux-ci, d'une manière culturellement appropriée.

Exemples d'adaptation figurant dans le manuel ICOPE (deuxième édition) :

- Les questions et les tests de l'évaluation de base d'ICOPE et des facteurs clés sont fournis à titre d'exemple sur la base des données probantes disponibles et de la consultation d'experts et peuvent être modifiés pour garantir leur pertinence dans le contexte local. Par exemple, les questions sur le soutien social sont destinées à permettre une large compréhension des besoins sociaux des personnes âgées. La façon dont les questions sont posées et la formulation utilisée doivent être adaptées pour garantir leur pertinence et leur adéquation sur le plan culturel, religieux et sociétal, et pour s'assurer qu'elles seront comprises par les personnes âgées.
- Qui effectue chaque étape, où et comment ? Bien que ce parcours actualisé suggère que l'Étape 1 soit mise en œuvre par les parties prenantes communautaires (→ 4.1.3), elle peut également être réalisée par des agents de santé dans un établissement de soins primaires.
- Les instruments à utiliser pour l'évaluation approfondie sont également présentés à titre d'exemple, sur la base d'une validation et de recommandations globales. Il est important que les outils existants et validés localement soient utilisés lorsqu'ils existent.
- Les interventions proposées pour inclusion dans les plans de soins personnalisés sont des recommandations basées sur les données probantes disponibles. Un plan de soins personnalisé doit être élaboré par un agent de santé avec la participation de la personne âgée et des aidants, le cas échéant, et doit répondre aux objectifs et aux préférences de la personne. Toutes les interventions prévues dans le plan de soins doivent être réalisables.

Dans certains contextes, la capacité des systèmes de soins de santé et de services sociaux peut affecter l'évaluation de la capacité intrinsèque et du besoin de soins et de soutien sociaux, ainsi que la prestation d'interventions. Il est important de noter que le dépistage de maladies telles que l'hypertension, suggéré dans le cadre d'une évaluation de base, est contraire à l'éthique si des parcours de soins ne sont pas mis en place pour permettre l'accès à une évaluation et à un traitement plus approfondis. Les directives générales et le cadre de travail présentés dans ce manuel peuvent donc être ambitieux dans certains contextes et constituer un but à atteindre.

Dans tous les contextes et toutes les catégories de ressources, il est possible de prendre des mesures pour aider les personnes âgées souffrant d'une perte de capacité intrinsèque. Grâce à la première étape élargie du parcours de soins, ce manuel fournit des recommandations sur les actions qui peuvent être entreprises dans la communauté immédiatement après une évaluation ICOPE de base par les agents de santé communautaires et d'autres parties prenantes communautaires, si une évaluation approfondie n'est pas possible sous peine de retarder la prise en charge. Ces actions comprennent des conseils en matière de santé et de mode de vie pour prévenir le déclin de la capacité intrinsèque et de l'aptitude fonctionnelle, ainsi que des soins de santé communautaires pour remédier au déclin de la capacité intrinsèque.

L'intention d'inclure des interventions communautaires lors d'une évaluation de base n'est pas de réduire l'importance de l'évaluation approfondie ou de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan de soins personnalisé, ce qui devrait toujours être l'objectif pour assurer des soins intégrés centrés sur la personne. Il s'agit plutôt de démontrer ce qui peut être fait comme point de départ et dans des contextes où il n'est peut-être pas encore possible de mettre en œuvre l'ensemble du parcours. Ces informations figurent au début de tous les chapitres, après le diagramme du parcours de soins, et sont mises en évidence tant sur les diagrammes de parcours que dans le texte par un arrière-plan coloré/ombré.

1.6

À qui s'adresse ce manuel ?

Ce manuel s'adresse en premier lieu aux agents de santé travaillant dans le secteur des soins primaires, à savoir les médecins, les infirmiers, les agents de santé communautaires, les pharmaciens, les nutritionnistes, les agents des services sociaux, les aides à la personne et les physiothérapeutes, entre autres. Le langage utilisé est volontairement simplifié pour rendre le manuel accessible au plus grand nombre possible d'agents de santé, dont le niveau de formation en matière de santé des personnes âgées varie et dont l'anglais n'est pas la langue maternelle.

Les parties prenantes communautaires qui fournissent des services, des conseils et un soutien aux personnes âgées peuvent utiliser le manuel pour renforcer l'engagement communautaire. Le manuel doit également informer les agents de santé dont les connaissances spécialisées seront sollicitées, le cas échéant, pour évaluer et fournir des soins aux personnes âgées.

En outre, les autorités responsables de l'élaboration des formations et des programmes et de l'accréditation dans les domaines de la médecine, des soins infirmiers, de l'aide sociale et de la santé publique peuvent s'inspirer à la fois des concepts et des approches pratiques décrits dans le présent document. Les autres destinataires sont les gestionnaires des soins de santé et les décideurs, tels que les gestionnaires de programmes nationaux, régionaux et de district, chargés de la planification et de l'organisation des services de soins de santé, ainsi que les agences qui financent et/ou mettent en œuvre des programmes de santé publique, y compris des programmes de villes et de communautés amies des aînés.

1.7

Que propose ce manuel ?

Ce manuel a pour but d'aider les agents de santé ayant une formation pluridisciplinaire à identifier et à prendre en charge le déclin de la capacité intrinsèque, sur la base des interventions recommandées dans le document *Soins intégrés pour les personnes âgées : directives applicables aux interventions communautaires liées au déclin de la capacité intrinsèque* de l'OMS ainsi que des directives et orientations techniques pertinentes de l'OMS. Il facilite la prestation de soins intégrés centrés sur la personne en soins primaires en répondant aux besoins des personnes âgées en matière de soins de santé et de services sociaux.

Ce guide décrit comment :

- Mettre en œuvre le parcours de soins ICOPE de manière progressive en soins primaires, y compris la mise en place d'interventions communautaires.
- Garantir l'engagement de toutes les parties prenantes et de tous les secteurs, y compris les services spécialisés (Chapitre 4).
- Évaluer et prendre en charge la perte de capacité intrinsèque, en tenant compte des maladies associées et des facteurs environnementaux (chapitres 5 à 10).
- Évaluer les besoins en matière de soins et de soutien sociaux et y répondre (Chapitre 11).
- Évaluer les besoins des aidants et y répondre (Chapitre 12).
- Évaluer et prendre en charge l'incontinence urinaire (Chapitre 13).
- Examiner les éléments clés à prendre en considération lors de la mise en œuvre d'ICOPE (Chapitre 14).

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- 🔗 **Interventions sanitaires du compendium de la CSU pour la couverture sanitaire universelle, version 1.3.** OMS ; 2024 (<https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium>).
- 🔗 **Plateforme de prestation et mise en œuvre de l'ensemble des services (SPDI) de CSU de l'OMS.** OMS ; 2024 (<https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium/related-tools>).
- 🔗 **Décennie pour le vieillissement en bonne santé de l'ONU : plan d'action, 2021–2030.** OMS ; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>).
- 🔗 **Soins intégrés pour les personnes âgées (SIPA) Directives applicables aux interventions communautaires liées au déclin des capacités intrinsèques.** OMS ; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/258981>).
- 🔗 **Implementing the primary health care approach: a primer.** OMS ; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376777>).
- 🔗 **Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : de l'ambition à l'action.** OMS et UNICEF ; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/337641>).

2 Optimisation de la capacité intrinsèque et de l'aptitude fonctionnelle

Ce manuel contribue au maintien de l'aptitude fonctionnelle en traitant du déclin de la capacité intrinsèque, en favorisant les environnements sociaux et physiques (y compris les soins et le soutien sociaux), en répondant aux besoins des aidants et en évaluant et en prenant en charge l'incontinence urinaire.

Domaines clés de la capacité intrinsèque

- 5 **Cognition** | Déclin cognitif
- 6 **Capacité locomotrice** | Mobilité limitée
- 7 **Vitalité** | Malnutrition
- 8 **Vision** | Déficience visuelle
- 9 **Audition** | Perte auditive
- 10 **Capacité psychologique** | Symptômes dépressifs

Facteurs clés de la santé des personnes âgées

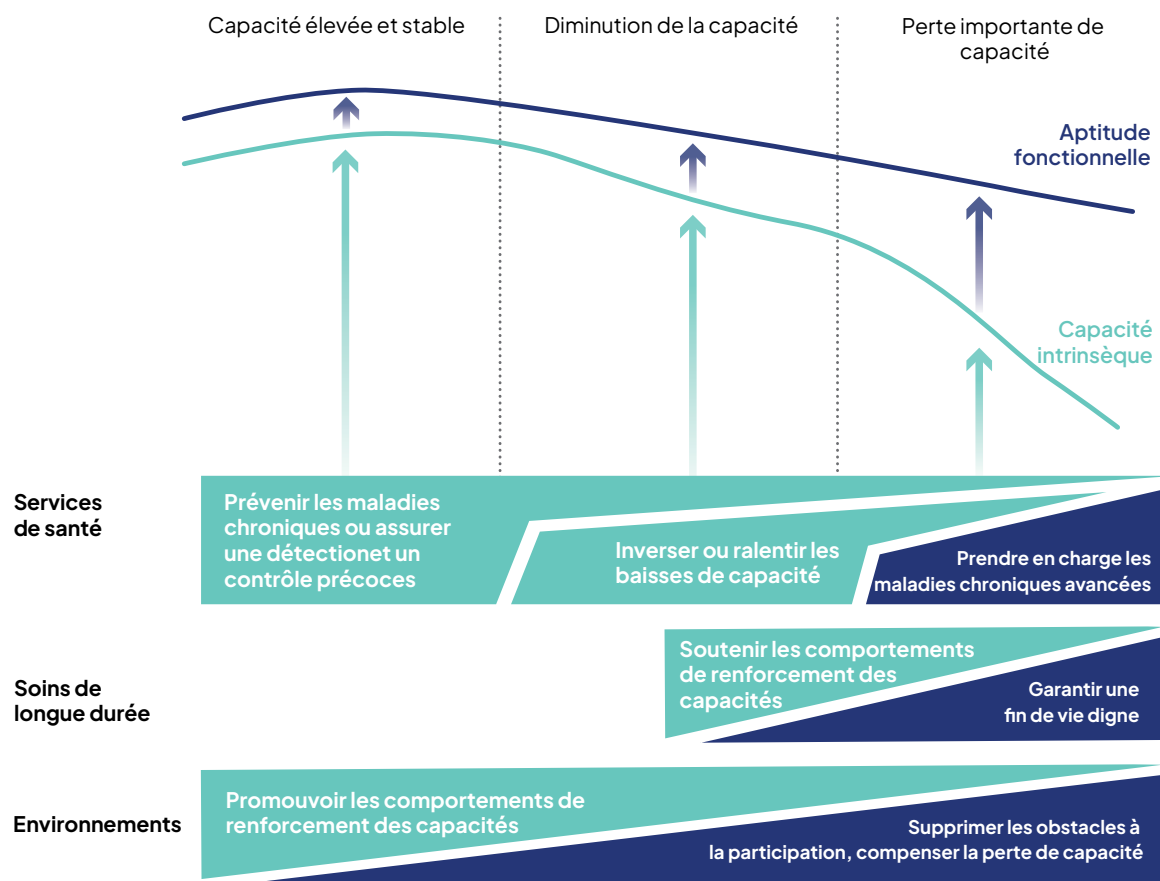
- 11 **Soins et soutien sociaux**
- 12 **Soutien aux aidants**
- 13 **Incontinence urinaire**

Points clés

- La capacité intrinsèque tend à diminuer avec l'âge ; cependant, la variabilité des capacités individuelles met en évidence l'importance d'un continuum de soins intégrés centré sur la personne.
- L'identification proactive des pertes de la capacité intrinsèque dans les soins primaires offre la possibilité de ralentir ou d'inverser les déclin et de maintenir la capacité intrinsèque et l'aptitude fonctionnelle.
- Les caractéristiques et les comportements qui affectent la capacité intrinsèque peuvent souvent être modifiés par l'adoption de modes de vie et de comportements sains.
- Les modifications de l'environnement physique et social d'une personne âgée deviennent d'une importance croissante à mesure que la capacité intrinsèque diminue, afin d'optimiser l'aptitude fonctionnelle.
- Les parties prenantes communautaires peuvent plaider en faveur de la création d'environnements permettant aux personnes âgées d'adopter des comportements sains, tout en fournissant des services et un soutien directs.

Fig. 2.1

Cadre de santé publique pour un vieillissement en bonne santé : possibilités d'action de santé publique au cours de la vie



Source : Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. OMS, 2015.

2.1

Comment la capacité intrinsèque évolue-t-elle au cours de la vie ?

La Figure 2.1 illustre l'évolution typique de la capacité intrinsèque et de l'aptitude fonctionnelle au cours de la seconde moitié de la vie. La capacité intrinsèque et l'aptitude fonctionnelle diminuent avec l'âge en raison du processus de vieillissement et des maladies sous-jacentes. Ce schéma peut être divisé en trois périodes communes : une période de capacité relativement élevée et stable, une période de déclin de la capacité et une période de perte significative de la capacité, caractérisée par une dépendance aux soins. ICOPE vise principalement à répondre aux besoins des personnes âgées dont les capacités diminuent ou qui font face à une perte considérable de leurs capacités, en tenant compte des aspects des SLD et des environnements adaptés aux personnes âgées qui sont pertinents pour les objectifs et les besoins en matière de soins de l'individu. Pour les personnes dont les capacités sont élevées et stables, ICOPE offre la possibilité d'assurer la promotion de la santé et la prévention.

Il existe une grande variabilité de la capacité intrinsèque par rapport à la moyenne, tant au sein des pays que d'un pays à l'autre. Cela se traduit par des différences persistantes dans l'espérance de vie, qui va de 83 ans et plus, par exemple, en Australie, en Italie, au Japon, en République de Corée, en Suède et en Suisse, à moins de 58 ans en République centrafricaine, au Lesotho, au Nigeria au Sud-Soudan et au Tchad (10).

La variation de la capacité intrinsèque est beaucoup plus importante chez les personnes âgées que chez les groupes plus jeunes. Cette diversité est l'une des caractéristiques du vieillissement et présente à la fois des défis et des opportunités, notamment pour les approches centrées sur la personne. Une personne peut avoir 10 ans de plus qu'une autre, mais avoir une capacité intrinsèque et/ou une aptitude fonctionnelle similaire, alors que deux personnes du même âge peuvent avoir des capacités intrinsèques très différentes. C'est pourquoi l'âge chronologique est un mauvais indicateur de l'état de santé des personnes âgées.

2.2

Intervenir pour optimiser la capacité intrinsèque et l'aptitude fonctionnelle

L'identification des pertes de la capacité intrinsèque offre la possibilité d'intervenir pour ralentir ou inverser les déclin et maintenir la capacité intrinsèque et l'aptitude fonctionnelle (Fig. 2.1, p. 12). Les agents de santé dans les soins primaires, y compris les parties prenantes communautaires, peuvent détecter les baisses de capacité intrinsèque.

Bon nombre des caractéristiques et des comportements qui peuvent déterminer ou affecter la capacité intrinsèque peuvent être modifiés. Par exemple, il est possible de donner des conseils en matière de santé et de mode de vie pour souligner l'importance d'une alimentation équilibrée et les bienfaits de l'activité physique, de la réduction de la sédentarité, du maintien des liens sociaux et de la vaccination ainsi que des informations sur le moment opportun et les lieux appropriés pour bénéficier des services de santé. Ces comportements ne contribuent pas seulement directement au maintien de la capacité intrinsèque, ils réduisent également le risque de maladies qui peuvent contribuer à la perte de capacité. L'ICOPE, en soins primaires, soutient ces comportements sains et les efforts plus larges visant à optimiser la capacité intrinsèque et à gérer les facteurs de risque au cours de la seconde moitié de la vie.

Des évaluations répétées dans le temps et un suivi régulier permettent de suivre l'évolution de la capacité intrinsèque tout en prenant en charge les maladies chroniques. Des interventions spécifiques visant à remédier au déclin de la capacité intrinsèque et à fournir des soins et de soutien sociaux peuvent être proposées en temps opportun. Les interventions à composantes multiples portant sur différents déclin semblent être efficaces en raison de l'interaction entre les domaines de la capacité intrinsèque.

Les modifications de l'environnement physique et social d'une personne âgée deviennent d'une importance croissante à mesure que la capacité intrinsèque diminue, afin d'optimiser l'aptitude fonctionnelle. Cinq domaines d'aptitude fonctionnelle (Encadré 2.1, p. 14) peuvent être soutenus par des changements apportés au domicile d'une personne âgée, dans les environs et à d'autres environnements extérieurs. Par exemple, apporter des changements au domicile pour réduire le risque de chutes ou fournir des produits d'assistance tels que des aides à la mobilité peut aider les personnes âgées à rester mobiles, tandis que fournir des informations sur les possibilités de participer à des événements et des groupes communautaires locaux peut encourager une contribution sociale continue, comme le montrent les exemples fournis par le Réseau mondial des villes et communautés amies des aînés de l'OMS.

Les aidants jouent également un rôle important. Ils sont souvent eux-mêmes plus âgés et peuvent avoir leurs propres besoins en matière de soins et d'assistance. Le parcours de soins ICOPE comprend une évaluation des besoins des aidants et la mise en place d'une formation et d'un soutien.

Une approche intégrée est nécessaire pour l'évaluation et la prise en charge du déclin de la capacité intrinsèque et de l'aptitude fonctionnelle, ainsi que pour la fourniture d'un continuum de soins réunissant les acteurs et les services de soins de santé, de services sociaux, y compris les SLD.

Les parties prenantes communautaires peuvent intervenir en demandant aux gouvernements et aux autorités locales de rendre compte des efforts déployés pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et créer des environnements dans lesquels les personnes âgées sont en mesure d'adopter des comportements sains, tout en fournissant directement des services et un soutien.

Encadré 2.1 Domaines de l'aptitude fonctionnelle

- **Répondre aux besoins fondamentaux** tels que la sécurité financière, le logement et la sécurité personnelle, et l'accès aux services de santé.
- **Apprendre, grandir et prendre des décisions**, y compris continuer à apprendre et à appliquer des connaissances, participer à la résolution de problèmes, maintenir le développement personnel et avoir la capacité de faire des choix.
- **Être mobile**, continuer à faire des activités au domicile, avoir accès aux magasins, aux services et aux équipements de la communauté, et participer à des activités sociales, économiques et culturelles.
- **Établir et entretenir un large éventail de relations**, y compris avec les enfants et les autres membres de la famille, les relations sociales informelles avec les amis et les voisins, ainsi que les relations formelles avec les agents de santé communautaires.
- **Contribuer**, ce qui est étroitement associé à la participation à des activités sociales et culturelles, telles que l'aide aux amis et aux voisins, le mentorat des pairs et des jeunes, le bénévolat et la prise en charge des membres de la famille et de la communauté.

3

Parcours d'ICOPE en quatre étapes en soins primaires

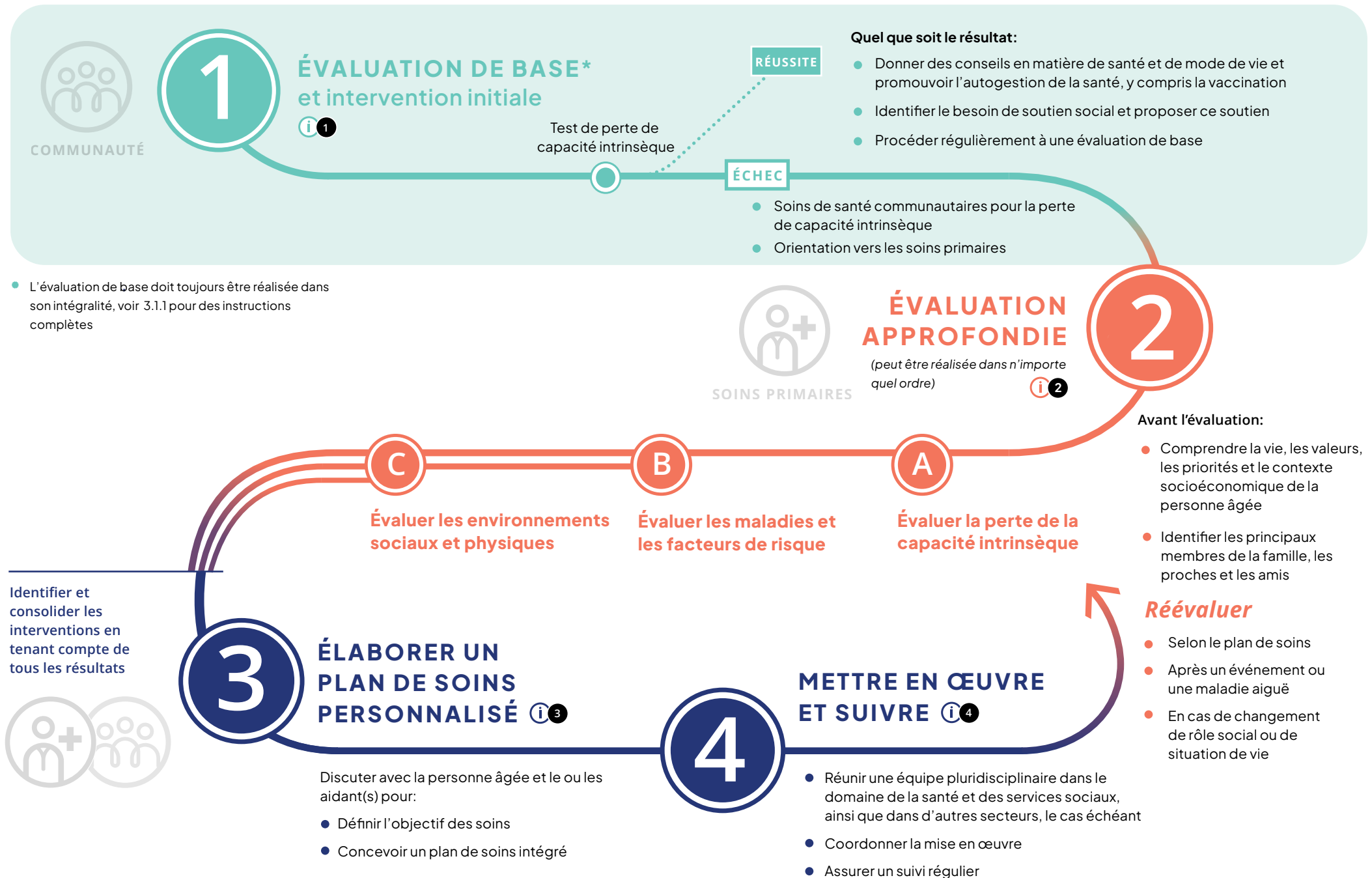
Le parcours en quatre étapes en soins primaires comprend une évaluation de base et des interventions dans la communauté, une évaluation approfondie, l'élaboration d'un plan de soins personnalisé et la mise en œuvre et le suivi du plan. Les soins primaires sont un processus essentiel du système de santé qui favorise les soins de premier contact, souvent dispensés dans des établissements de soins primaires (par exemple, centres de santé pluriprofessionnelles, cabinets médicaux cliniques sans rendez-vous), à domicile, dans des centres de santé communautaires, dans des postes de santé, dans des cliniques mobiles et par le biais de services de proximité. Les soins primaires permettent de poursuivre la fourniture de soins intégrés centrés sur la personne, à proximité du lieu de vie quotidienne des individus. Les étapes de ce parcours de soins ICOPE en soins primaires peuvent être mises en œuvre dans n'importe lequel de ces contextes, et peuvent souvent être réalisées avec les parties prenantes communautaires.

Les soins centrés sur la personne s'appuient sur le fait que les personnes âgées sont des individus ayant des besoins et des préférences uniques dans leur contexte social spécifique. Leurs soins vont au-delà de la prise en charge de leurs maladies ou de leur état de santé et répondent à leurs divers besoins, y compris leur besoin de SLD, en tenant compte de leurs choix et de leurs expériences. Ils prennent également en compte l'impact des problèmes de santé et des besoins de soins des personnes âgées sur les membres de leur famille et les personnes qui s'occupent d'elles.

Points clés

- D'éventuelles altérations de la capacité intrinsèque et des besoins en soutien social peuvent être identifiés au sein de la communauté.
- Les agents de santé communautaires et d'autres parties prenantes communautaires formées peuvent donner des conseils personnalisés en matière de santé et de mode de vie aux personnes âgées tout en procédant à une évaluation de base. Ils peuvent les aider à entreprendre des actions spécifiques en réponse à d'éventuelles pertes de capacité intrinsèque et à prévenir les facteurs de risque.
- Les personnes identifiées avec des pertes potentielles de capacité intrinsèque doivent être orientées vers les soins primaires pour une évaluation approfondie, qui permettra d'élaborer un plan de soins personnalisé, y compris l'orientation vers des soins spécialisés.
- Le plan de soins peut comprendre plusieurs interventions, convenues en concertation avec la personne âgée (et les aidants), afin de gérer les déficiences, de prévenir d'autres diminutions de la capacité intrinsèque et d'optimiser l'aptitude fonctionnelle.
- La hiérarchisation et l'enchaînement des interventions peuvent être guidés par l'urgence d'un problème, la probabilité de réussite et l'impact plus large de la résolution du problème, ainsi que par ce que la personne âgée estime être le plus important pour elle.
- Les parties prenantes communautaires peuvent jouer un rôle à chaque étape du parcours de soins et devraient être impliquées de manière significative et soutenues de manière appropriée.

Le parcours de soins ICOPE en soins primaires





Évaluation de base et des interventions communautaires → 3.1

Pour toutes les personnes âgées:

- Mener une évaluation de base de la perte de capacité intrinsèque (Tableau 3.1)
- Donner des conseils en matière de santé et de mode de vie et promouvoir l'autosoin, y compris la vaccination et la gestion des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (3.1.3, 3.1.4)
- Identifier les besoins en matière de soutien social (environnement domestique, sécurité financière, solitude et participation sociale) et de soutien aux aidants et proposer ce soutien (Tableau 3.2)

Pour les personnes âgées qui échouent au dépistage de la perte de capacité intrinsèque:

- En plus de ce qui précède, offrir des soins de santé communautaires pour remédier aux pertes spécifiques de capacité intrinsèque (3.1.5)
- Orienter vers les soins primaires

Engagement communautaire → 4.1.3

Les parties prenantes communautaires, y compris les agents de santé communautaires, facilitent la prestation de soins aux personnes âgées, à leur famille et à leurs aidants. L'engagement proactif et significatif de la communauté est important pour la mise en œuvre de toutes les étapes du parcours ICOPE en soins primaires.



Évaluation approfondie → 3.2

A. Évaluer la perte de capacité intrinsèque

Confirmation de l'altération de la capacité intrinsèque pour le ou les domaines qui ont échoué au test de base

B. Évaluer les maladies et les facteurs de risque

Évaluer les besoins en:

- Prise en charge des maladies et des facteurs de risque
- Revue des médicaments
- Vaccination

C. Évaluer les environnements sociaux et physiques

Évaluer les besoins en:

- Adaptation de l'environnement
- Produits d'assistance
- Soins et soutien sociaux, y compris le risque de maltraitance et le besoin en matière de soins personnels et d'aide pour la vie quotidienne (11.2, 11.4, 11.5)
- Besoins de soutien des aidants (12.3)



Élaborer un plan de soins personnalisé → 3.3

- Autosoins et autogestion
- Services et soutien communautaires
- Interventions à composantes multiples pour gérer et prévenir le déclin de la capacité intrinsèque et de l'aptitude fonctionnelle
- Prise en charge des maladies et des facteurs de risque
- Vaccination
- Revue des médicaments
- Fourniture et entretien de produits d'assistance
- Soins et soutien sociaux → 11
- Soutien aux aidants → 12
- Orientation vers des soins spécialisés (par exemple, les soins gériatriques, les soins palliatifs, les services de réadaptation)



Mettre en œuvre et suivre le plan de soins personnalisé → 3.4

- Coordination des soins de santé et des services sociaux dans tous les contextes, y compris dans la communauté
- Coordination avec les soins spécialisés
- Suivi régulier et soutenu
- Surveiller l'observance et discuter des modifications à apporter au plan de soins, le cas échéant
- Partage régulier d'informations entre les agents de santé au sein d'une équipe pluridisciplinaire, y compris les résultats, les obstacles et les complications liées aux interventions



Icône communautaire

Cette icône est utilisée pour indiquer les actions qui peuvent être entreprises par les agents de santé communautaires et d'autres parties prenantes communautaires



Icône de l'agent de santé

Cette icône est utilisée pour indiquer les actions qui devraient être entreprises par un agent de santé fournissant principalement des soins dans un établissement de santé, tel qu'un médecin, un infirmier, une infirmière, un agent des services sociaux ou un autre professionnel de santé

Il y a **quatre étapes** à prendre en compte pour répondre aux besoins des personnes âgées en matière de soins de santé et de services sociaux par le biais d'une approche intégrée des soins primaires (voir p. 16). À toutes les étapes, il est essentiel d'impliquer les personnes âgées et la communauté au sens large, et d'assurer un soutien aux aidants. Les quatre étapes du parcours devront généralement être réalisées au fil du temps, dans le cadre d'une série de discussions avec la personne âgée, impliquant éventuellement plusieurs agents de santé différents. Dans la plupart des contextes, l'Étape 1 peut être mise en œuvre au sein de la communauté par les parties prenantes communautaires (mais elle peut également être réalisée par les agents de santé dans les établissements de soins primaires). L'évaluation approfondie doit être effectuée par des agents de santé dans un établissement de soins primaires. Dans la mesure où l'évaluation approfondie et l'élaboration d'un plan de soins personnalisé peuvent nécessiter du temps et une coordination entre les différents agents de santé, ces étapes devront probablement être réalisées au cours de réunions programmées. Les étapes 3 et 4 requièrent la participation des agents de santé, y compris des aides à la personne, des parties prenantes communautaires et des aidants.



3.1 Évaluation de base et interventions communautaires

ICOPE en soins primaires offre la possibilité d'impliquer les personnes âgées, y compris celles qui ont un accès limité aux services de santé, dans le but d'améliorer la santé et le bien-être, en améliorant les connaissances en matière de santé, en promouvant des modes de vie sains, en fournissant un soutien social, si nécessaire, et en encourageant les comportements de recherche de santé. En proposant une évaluation de base, les agents de santé communautaires et les autres parties prenantes communautaires peuvent informer et soutenir les personnes âgées et s'assurer qu'elles comprennent mieux les difficultés auxquelles elles peuvent être confrontées.

Dans la deuxième édition de ce manuel, l'Étape 1 élargie du parcours de soins ICOPE en soins primaires met l'accent sur une évaluation de base avec la possibilité de fournir des interventions communautaires opportunes, le cas échéant :

- L'évaluation de base vise à identifier :
 - La ou les perte(s) de capacité intrinsèque.
 - Les facteurs clés ayant un impact sur la santé des personnes âgées, tels que l'incontinence urinaire (IU) (si possible) et la nécessité d'un soutien social et d'un soutien aux aidants.
- L'apport de conseils en matière de santé et de mode de vie, notamment en ce qui concerne les facteurs de risque des MCV.
- L'offre de soins de santé communautaires pour remédier à la perte ou aux pertes de capacité intrinsèque, notamment en favorisant l'adaptation de l'environnement d'une personne âgée.
- L'orientation vers les soins primaires pour une évaluation approfondie (Étape 2).

L'élargissement de l'Étape 1 vise à tirer le meilleur parti du premier contact avec une personne âgée pour la promotion de la santé et la prévention. Outre le fait de tester la / les perte(s) de capacité intrinsèque, l'Étape 1 permet de fournir des informations et un soutien spécifiques et de dispenser des soins de santé communautaires dans des contextes où la mise en œuvre de toutes les étapes du parcours ICOPE peut ne pas être immédiatement possible ou lorsque la personne âgée choisit de ne pas y participer. Ainsi, toutes les personnes âgées devraient se voir proposer une évaluation de base et des conseils en matière de santé et de mode de vie (adaptés, dans la mesure du possible, à leurs besoins spécifiques). Les personnes âgées identifiées comme présentant une perte potentielle de capacité intrinsèque ou des problèmes liés à d'autres facteurs clés ayant un impact sur leur santé devraient être orientées vers les services de soins primaires et les services sociaux et bénéficier, le cas échéant, de soins de santé communautaires.

Dans l'évaluation de base d'ICOPE, des questions et des tests simples sont utilisés pour identifier les déficiences potentielles dans six domaines de capacité intrinsèque ([Tableau 3.1](#), p. 19), le besoin de soutien social et de soutien des aidants, et la présence d'IU ([Tableau 3.2](#), p. 27).

Tableau 3.1

Évaluation de base de la perte de capacité intrinsèque

	Question filtre	Tests	Évaluer pleinement tout domaine dont un cercle est coché	Réussite
	Si OUI, procéder à une évaluation approfondie (Étape 2)			
5	Déclin cognitif (Cognition)	Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation (comme ne pas savoir où vous êtes ou quel jour nous sommes)?	1. Retenez trois mots (utiliser des noms, par exemple) : fleur, porte, riz. 2. Orientation dans le temps et l'espace: Quelle est la date complète d'aujourd'hui? Où êtes-vous actuellement (au domicile, à la clinique, etc.)? 3. Pouvez-vous répéter les trois mots?	☐ Mauvaise réponse à l'une des questions ou ne connaît pas la réponse ☐ Ne se rappelle aucun des trois mots ☐ Réponse correcte aux deux questions
6	Mobilité réduite (Capacité locomotrice)	Test du lever de chaise Se lever de la chaise cinq fois sans se servir des bras. La personne a-t-elle effectué cinq levers de chaise en 14 secondes?	☐ Non	☐ Oui
7	Dénutrition (Vitalité)	1. Perte de poids Avez-vous perdu involontairement plus de 3 kg au cours des trois derniers mois? 2. Perte d'appétit Avez-vous perdu l'appétit?	☐ Oui ☐ Oui	☐ Non aux deux questions
8	Déficience visuelle (Vision)	Souffrez-vous de problèmes de vue : difficultés à voir de loin ou de près*, douleur ou gêne oculaire? Souffrez-vous de diabète ou d'hypertension, ou prenez-vous actuellement des stéroïdes ou des médicaments pour les yeux?	1. Examen externe des yeux 2. Test d'acuité visuelle à l'aide du tableau de dépistage de la vision de l'OMS*: - Vision de loin (6/12 pour chaque œil) - Vision de près (N6 pour les deux yeux)	☐ Échec ☐ Échec ☐ Réussite ☐ Réussite pour la vision de loin et de près
	*avec des lunettes si la personne en porte habituellement			
9	Perte auditive (Audition)	Avez-vous un problème d'audition? <i>Pour les personnes utilisant des aide(s) auditive(s), ajoutez "même lorsque vous utilisez vos aide(s) auditive(s)".</i>	Test du chuchotement ou Audiométrie de dépistage ou Test des trois chiffres dans le bruit	☐ Échec ☐ Réussite
10	Symptômes dépressifs (Capacité psychologique)	Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été gêné(e) par l'un ou l'autre des éléments suivants: - Se sentir abattu(e), déprimé(e) ou désespéré(e)? - Avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses?	☐ Oui ☐ Oui	☐ Non aux deux questions

3.1.1

Comment procéder à une évaluation de base de la perte de capacité intrinsèque ?

Une évaluation de base de la perte de capacité intrinsèque, qui prend généralement 8 à 12 minutes (**Tableau 3.1**, p. 19), peut être réalisée par des agents de santé communautaires formés, des bénévoles communautaires, des infirmières, des aides-infirmières, des médecins et des agents des services sociaux ou d'autres agents de santé.

Il est fortement recommandé d'évaluer tous les domaines de la capacité intrinsèque en même temps, et non séparément. Pour la cognition, la vision et l'audition, une question filtre est proposée. Si la personne âgée répond OUI, elle peut être orientée directement vers une évaluation approfondie (Étape 2) et aucune autre évaluation de base n'est nécessaire pour ces domaines. L'évaluation de base peut être adaptée au système de santé local et aux compétences des agents de santé.

Évaluation de base Déclin cognitif

Question filtre

"Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation (comme ne pas savoir où vous êtes ou quel jour nous sommes) ?"

Si la réponse est OUI, passez directement à l'Étape 2 - Évaluation approfondie. → 5

Test simple de mémoire et d'orientation

1. Se souvenir de trois mots:

Demandez à la personne de se souvenir de trois mots que vous allez dire. Utilisez des noms simples et concrets tels que "fleur", "porte", "riz".

2. Orientation dans le temps et l'espace:

Demandez ensuite : "quelle est la date complète d'aujourd'hui ?" et "où êtes-vous actuellement ?" (au domicile, à la clinique, etc.).

3. Rappel de trois mots:

Demandez-lui ensuite de répéter les trois mots que vous avez mentionnés.

Une évaluation approfondie est nécessaire si:

- La personne ne peut pas répondre à l'une des deux questions sur l'orientation; **OU**
- La personne ne parvient pas à se souvenir des trois mots. → 5

Évaluation de base Mobilité réduite

Test du lever de chaise

Pour plus de sécurité, placez une chaise solide, de préférence sans accoudoirs, à côté d'un mur et montrez à la personne comment faire le test. Si une personne utilisant une canne préfère effectuer le test du lever de chaise avec celle-ci, demandez-lui de le faire.

Posez la question suivante à la personne: *“Pensez-vous être en mesure de vous lever et de vous asseoir sur une chaise cinq fois de suite ? Vous devez le faire en toute sécurité, aussi vite que possible, sans vous servir de vos bras. Vous ne devez ressentir ni douleur ni inconfort?”*

Si la réponse est OUI, demandez-lui de le faire:

- S'asseoir au centre de la chaise.
- Les bras croisés sur la poitrine.
- Se relever complètement et s'asseoir à nouveau.
- Répéter cette opération cinq fois aussi vite que possible sans s'arrêter.

Chronométrez la personne effectuant le test en secondes.



Une évaluation approfondie est nécessaire si:

- La personne n'est pas en mesure d'effectuer le test du lever de chaise; **OU**
- Est incapable de se lever cinq fois de suite en l'espace de 14 secondes. → 6

Évaluation de base Dénutrition

Posez les deux questions suivantes:

- “Avez-vous perdu involontairement plus de 3 kg au cours des 3 derniers mois ?” (Si le poids corporel n'est pas connu, demandez: “Avez-vous remarqué si vos vêtements, ceintures ou bracelets de montre sont devenus amples ?”)
- “Avez-vous perdu l'appétit ?”

Si l'équipement est disponible, pesez la personne et notez son poids.

Une évaluation approfondie est nécessaire si:

La personne répond OUI à l'une des questions. → 7

Évaluation de base Déficiência visuelle

Question filtre

“Souffrez-vous de problèmes de vue : difficultés à voir de loin ou de près (avec les lunettes si la personne en porte habituellement), douleur ou gêne oculaire ?”

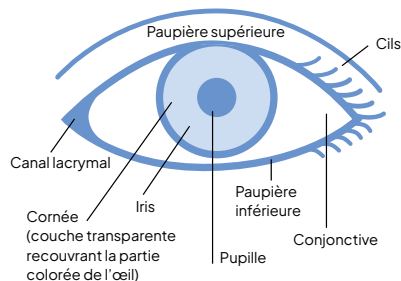
“Souffrez-vous de diabète ou d'hypertension, ou prenez-vous actuellement des stéroïdes ou des médicaments pour les yeux ?”

Si la réponse est OUI à l'une des questions, passez directement à l'Étape 2 – Évaluation approfondie. → 8

1. Examen externe des yeux

Examinez l'aspect de l'œil externe, des paupières et des cils, et observez comment les paupières s'ouvrent et se ferment.

L'œil externe



Une évaluation approfondie est nécessaire si :

L'une des anomalies suivantes de l'œil externe est observée : croûte importante ou pus sur le bord de la paupière, écoulement excessif d'eau ou de liquide collant des yeux, cils tournés vers l'intérieur, fermeture anormale des paupières, rougeur anormale de la partie blanche de l'œil, trouble ou rougeur anormale de la partie colorée de l'œil. → 8

2. Test d'acuité visuelle

Lors de l'examen de l'acuité visuelle, les points suivants doivent être pris en compte :

- Un espace de test bien éclairé offrant une distance de test d'au moins 3 m est nécessaire.
- Montrez comment faire le test du E en pointant les doigts dans la direction où se trouve le E.



- Testez **d'abord la vision de loin, puis la vision de près** (avec des lunettes si la personne en porte habituellement).

L'application WHOeyes est disponible gratuitement sur téléphone portable pour le dépistage des troubles de la vue dans les six langues de l'Organisation des Nations Unies et dans d'autres langues (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/whoeyes>)

Une évaluation approfondie est nécessaire si :

- La vision de loin de la personne est inférieure à 6/12 pour l'un des deux yeux ; **OU**
- La personne n'est pas en mesure de voir N6 avec les lunettes de lecture prêtes à l'emploi. → 8

Tester la vision de loin

avec le tableau de dépistage de la vision de l'OMS

- Testez chaque œil séparément (vision monoculaire), en commençant par l'œil droit, puis l'œil gauche.
- Utilisez un cache-œil (ou une main) pour couvrir l'œil qui n'est pas testé.
- Vérifiez que la personne regarde le tableau en face, sans bouger ni tourner la tête.
- Veillez à ce que le tableau se trouve à 3 m des yeux de la personne.
- Commencez par les grands E (6/60). Si la personne arrive à voir au moins deux des grands E (6/6), poursuivez le test avec les petits E (6/12).
- Enregistrez les résultats pour l'œil droit et répétez l'opération pour l'œil gauche.
- Le test de vision de loin est réussi lorsque chaque œil voit au moins trois des petits E (6/12).

Tester la vision de près

avec le tableau de dépistage de la vision de l'OMS

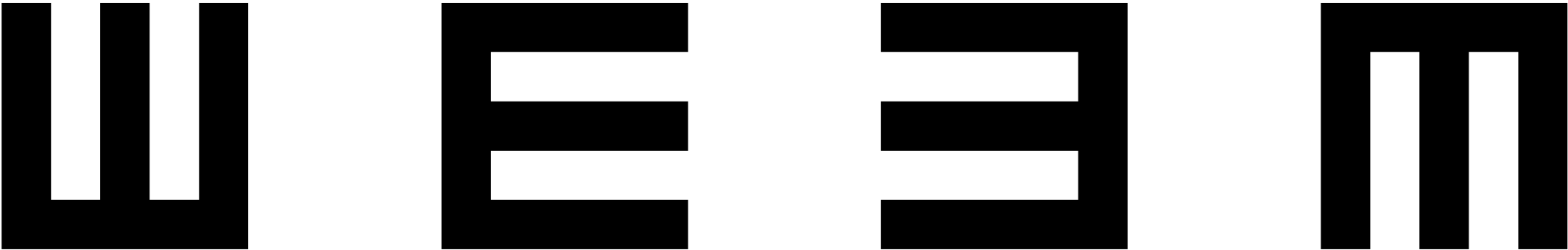
- Testez les deux yeux ensemble (vision binoculaire).
- Tenez le tableau à 40 cm des yeux de la personne.
- Le test de vision de près est réussi lorsque les deux yeux voient au moins trois des E (N6).
- Si la vision de près est inférieure à N6, vérifiez si la personne est capable de voir clairement N6 avec des lunettes de lecture prêtes à l'emploi.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

🔗 **Vision and eye screening implementation handbook.** OMS ; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/375590>).

🔗 **Formation sur les lunettes de lecture.** OMS ; Formation de 2024 sur les produits d'assistance (gate-tap.org).

TABLEAU DE DÉPISTAGE DE LA VISION DE LOIN DE L'OMS
(distance de test de 3 mètres)



6

12



TABLEAU DE DÉPISTAGE DE LA VISION DE PRÈS DE L'OMS
(distance de test de 40 cm)



N6

Évaluation de base Perte auditive

Question filtre

“Avez-vous un problème d’audition?” (pour les personnes utilisant des aides auditives, ajoutez “même lorsque vous utilisez votre ou vos aides auditives”).

Si la réponse est OUI, passez directement à l’Étape 2 - Évaluation approfondie (audiométrie diagnostique). → 9

Test auditif

L’un des trois tests possibles peut être utilisé pour l’évaluation de base de l’audition. Le port d’un casque d’écoute est obligatoire, sauf pour le test du chuchotement. Il est important de veiller à ce que les niveaux de bruit de fond soient inférieurs à 40 dBA (décibels ajustés). Il est possible de s’en assurer en effectuant un test avec un sonomètre ou à l’aide d’une application validée pour smartphone (par exemple, le sonomètre NIOSH).

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

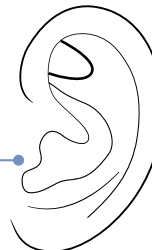
🔗 **Dépistage des troubles auditifs : éléments à prendre en considération pour la mise en œuvre.** OMS ; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/344797>).

1. Test du chuchotement

Il s’agit de l’option la plus simple, mais elle ne doit être utilisée que lorsque les autres tests ne sont pas disponibles. **Les tests 2 et 3 doivent être utilisés dans la mesure du possible.**

• Tenez-vous à environ une longueur de bras derrière et sur le côté de la personne.

• Demandez à la personne de couvrir l’oreille qui N’EST PAS testée en appuyant un doigt sur le **tragus** (le petit cartilage pointu à l’avant du conduit auditif). Donnez l’exemple.



• Respirez profondément et expirez complètement.

Chuchotez ensuite quatre mots courants sans lien entre eux (les mots doivent être familiers à la personne, par exemple riz, poisson, vélo, jardin, jaune, ciel, chien). Prononcez les mots un par un, en attendant que la personne répète chaque mot.

Si la personne répète trois mots ou plus et que vous êtes sûr qu’elle vous entend clairement, il est probable qu’elle ait une audition normale de cette oreille.

• Passez de l’autre côté de la personne et testez l’autre oreille en utilisant des mots différents.

Une évaluation approfondie est nécessaire si:

La personne ne parvient pas à répéter au moins trois des quatre mots. → 9

2. Audiométrie de dépistage

Détection de sons purs dans les deux oreilles (chaque oreille séparément) à un niveau de dB fixe (35 dBHL [niveau d’audition en décibels]), à trois fréquences (1 kHz, 2 kHz et 4 kHz). Les résultats sont enregistrés comme “réussite” (le test est réussi) ou “échec” (une évaluation plus approfondie est nécessaire).

Une évaluation approfondie est nécessaire si:

La personne ne répond pas à 35 dBHL à une ou plusieurs fréquences dans l’une ou l’autre oreille. → 9

3. Test des trois chiffres dans le bruit

Les deux oreilles sont testées ensemble à l’aide d’un test automatisé d’identification des chiffres dans le bruit, afin de déterminer dans quelle mesure la personne peut identifier les chiffres malgré le bruit de fond.

- Une personne écoute des séries de trois chiffres (par exemple 4-7-3) énoncés avec un bruit de fond.
- Les chiffres sont prononcés l’un après l’autre.
- La personne doit répéter les chiffres qu’elle entend.
- Le résultat est enregistré comme « réussi » (identification correcte d’au moins 50 % des trois chiffres) ou « échec » (faible score).

🔗 **hearWHO** est disponible gratuitement sous forme d’application pour téléphone portable, en anglais, chinois, espagnol, russe, néerlandais et français

(<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/hearwho>)

Une évaluation approfondie est nécessaire si:

La personne ne répond pas à 35 dBHL (présenté comme un score faible ; par exemple le score de l’application hearWHO est inférieur à 50). → 9

Évaluation de base Symptômes dépressifs

Posez les deux questions suivantes:

“Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été gêné(e) par l'un ou l'autre des éléments suivants:

- *Se sentir abattu(e), déprimé(e) ou désespéré(e)?*
- *Avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses?”*

Une évaluation approfondie est nécessaire si:

La personne répond OUI à l'**une** des questions. → 10

Après une évaluation de base de la perte de capacité intrinsèque

Expliquer les résultats et l'importance d'une réévaluation régulière.

Pour toutes les personnes âgées :

- Identifier les besoins en termes de soutien et y répondre. → 3.1.2
- Fournir des conseils en matière de santé et de mode de vie. → 3.1.3
- Dans la mesure du possible, mesurer la tension artérielle pour identifier l'hypertension, faciliter la prise en charge des facteurs de risque de MCV et orienter le patient si nécessaire. → 3.1.4

Pour une personne âgée identifiée comme présentant une perte ou des pertes potentielles de capacité intrinsèque :

- Orienter vers les soins primaires pour une évaluation approfondie (**Étape 2**), si les pertes ne sont pas déjà prises en compte.
- Offre des soins de santé communautaires en cas de perte de capacité intrinsèque, le cas échéant.

3.1.2

Principaux facteurs influençant la santé des personnes âgées

Après avoir effectué une évaluation de base de la perte de capacité intrinsèque, un deuxième élément de l'évaluation de base peut être utilisé pour identifier d'autres facteurs clés affectant la santé des personnes âgées, notamment les besoins en matière de soutien social, de soutien aux aidants et l'incontinence urinaire. L'incontinence urinaire est traitée séparément des domaines de la capacité intrinsèque parce qu'il s'agit d'une maladie (syndrome gériatrique) et non d'une capacité intrinsèque, mais elle affecte et est affectée par les pertes de capacité intrinsèque.

Soutien social et soutien aux aidants : Comprendre les besoins en matière de soutien social des personnes âgées et de leurs aidants pour permettre l'inclusion d'interventions appropriées dans un plan de soins personnalisé, et la mise en œuvre de ces interventions, est crucial pour la prestation de soins intégrés. En raison de l'importance de ces enjeux et de leur possible manque de priorité, ce manuel attire plus tôt l'attention sur le soutien social et le soutien aux aidants, en incluant des questions sur ces sujets dès la première étape du parcours de soins ICOPE.

La prise en compte des déterminants sociaux de la santé, tels que le statut socio-économique, les relations sociales et le logement, est essentielle pour améliorer l'état de santé des personnes âgées et optimiser leur aptitude fonctionnelle. Il est recommandé d'interroger toutes les personnes âgées sur leurs besoins en matière de soutien social, indépendamment de leur capacité intrinsèque. Ces questions peuvent être posées par la personne qui a effectué l'évaluation de base, soit directement après une évaluation de base ICOPE négative (c'est-à-dire qu'aucune perte potentielle n'a été identifiée), SOIT dans les cas où des pertes potentielles ont été identifiées, mais qu'une évaluation approfondie n'est pas (immédiatement) possible. Ces questions peuvent également être posées lors de l'évaluation approfondie dans un établissement de soins primaires, dans le cadre de l'évaluation générale de l'environnement social et physique.

Compte tenu de la diversité sociale et culturelle, la formulation des questions relatives à l'aide sociale et à l'aide aux aidants dans le [Tableau 3.2](#) (p. 27) doit être adaptée pour garantir sa pertinence et son adéquation au contexte dans lequel elles sont posées. Il est important de veiller à ce que les ajustements ou adaptations de ces questions n'entraînent pas l'utilisation d'un langage discriminatoire, y compris des mots ou une terminologie âgistes.

Fournir des soins, en particulier à une personne âgée dont les capacités intrinsèques sont fortement diminuées, peut être physiquement et psychologiquement éprouvant et peut affecter la santé et le bien-être de l'aidant. Il est important que les besoins des aidants soient identifiés lors d'une évaluation de base ou d'une évaluation approfondie, selon le cas, et que le soutien aux aidants soit inclus dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de soins personnalisés. [Le Tableau 3.2](#) (p. 27) comprend des questions à poser aux aidants. → [11](#) [12](#)

Incontinence urinaire : L'incontinence urinaire est une affection courante qui touche des millions de personnes âgées, en particulier les femmes âgées (11), altérant leur qualité de vie et leur bien-être (12). Étant donné les niveaux élevés de sous-déclaration de l'IU, probablement dus à la stigmatisation ressentie par les personnes concernées, et le manque d'accès aux soins qui en résulte, il est recommandé de poser des questions sur l'IU aux personnes âgées lors d'une évaluation de base dans la communauté ou d'une évaluation approfondie dans un établissement de soins primaires dans le cadre de l'évaluation des domaines de capacité intrinsèque pertinents (par exemple, le déclin cognitif, la perte de mobilité, les symptômes dépressifs). Il est reconnu que la conduite de discussions délicates avec des personnes âgées dans les divers environnements où se déroule l'évaluation de base d'ICOPE peut poser des difficultés. → [13](#)

Tableau 3.2
Évaluation de base des principaux facteurs influençant la santé des personnes âgées

	Questions/évaluation	Une évaluation plus approfondie ou des questions supplémentaires devraient être envisagées	Redemander régulièrement
11 Soins et soutien sociaux	Environnement domestique Avez-vous des problèmes avec votre domicile, par exemple l'état du logement, l'emplacement, la sécurité?	☐ Oui	☐ Non
	Situation financière Manquez-vous souvent d'argent pour payer votre nourriture, votre logement et vos soins de santé?	☐ Oui	☐ Non
	Isolement social et solitude Vous sentez-vous souvent seul(e)?	☐ Oui	☐ Non
	Engagement social et participation Avez-vous des difficultés à poursuivre vos loisirs et autres activités qui vous tiennent à cœur?	☐ Oui	☐ Non
12 Soutien aux aidants (Demander à la personne s'occupant de la personne âgée en privé)	Avez-vous le sentiment de bénéficier du soutien dont vous avez besoin dans votre rôle d'aidant?	☐ Non	☐ Oui
	Avez-vous confiance en votre capacité à fournir des soins et du soutien?	☐ Non	☐ Oui
	Évaluer si le rôle d'aidant a un impact négatif (physiquement, mentalement, financièrement, socialement).	☐ Oui	☐ No
13 Incontinence urinaire	Avez-vous des problèmes de contrôle de la vessie, tel que fuite d'urine accidentelle ?	☐ Oui	☐ Non

Remarque : La formulation des questions sur le soutien social, présentée à titre d'exemple, peut être adaptée pour garantir que les questions sont pertinentes et appropriées dans le contexte local.

Interventions communautaires

Les personnes âgées dont l'évaluation de base révèle une altération potentielle de la capacité intrinsèque doivent être orientées vers une évaluation approfondie dans un établissement de soins primaires (**Étape 2**) dans la mesure du possible. L'agent de santé communautaire ou un autre intervenant qualifié ayant effectué l'évaluation de base peut faciliter l'accès aux services pour cette évaluation complémentaire. Les personnes âgées doivent être encouragées à prendre part à des évaluations de base régulières (par exemple, au moins une fois par an), sauf pour la vision et l'audition (par exemple, tous les ans ou tous les 2 ans), et/ou à la suite d'un événement ou d'une maladie grave, et si leur rôle social ou leur situation change (changement de résidence, décès d'un conjoint).

Une évaluation de base périodique permet de détecter précocement les déclin de capacité intrinsèque et d'intervenir dans les plus brefs délais. Les personnes âgées doivent également être encouragées à définir leurs propres objectifs pour rester en bonne santé.

Outre l'orientation vers les services de santé et les services sociaux compétents, d'autres interventions communautaires peuvent être proposées à une personne âgée lors de la réalisation de son évaluation de base, afin de garantir que les meilleurs conseils et le meilleur soutien possibles lui soient apportés lors de ce premier point de contact.

Les agents de santé communautaires et d'autres parties prenantes communautaires formées peuvent proposer différents types de soutien et de soins sur mesure : promotion de la santé par le biais de conseils sur la santé et le mode de vie, dépistage des facteurs de risque de MCV tels que l'hypertension, et soins de santé communautaires qui traitent des pertes spécifiques de capacité intrinsèque et d'autres facteurs ayant un impact sur la santé des personnes âgées.

3.1.3

Promouvoir des modes de vie sains

Toutes les personnes âgées peuvent bénéficier de conseils en matière de santé et de mode de vie, quel que soit leur niveau de capacité intrinsèque, si elles sont capables de comprendre et d'appliquer ces conseils pour modifier leur comportement. Les conseils doivent être prodigués avec des informations visant à promouvoir l'autosoin et à indiquer où et quand il convient de consulter un agent de santé. Les personnes âgées doivent également être interrogées sur leurs éventuelles maladies ou affections existantes et l'autogestion doit être encouragée.

Il est important de noter que les personnes apprennent et réagissent aux informations de différentes manières. L'apprentissage tend à se faire par une combinaison de six voies principales : les conversations au sein de la communauté, les arts, les documents imprimés, les médias conventionnels, les médias numériques, ainsi que la communication et l'interaction avec les agents de santé (13). Les agents de santé communautaires et les autres parties prenantes communautaires doivent donc envisager différentes manières de fournir des informations et des conseils aux personnes âgées. Il peut s'agir de conversations individuelles, de discussions de groupe et de campagnes de sensibilisation utilisant différents supports de communication. Les groupes communautaires, tels que les clubs de personnes âgées, peuvent être invités à organiser des événements pour les personnes âgées, par exemple des discussions entre pairs et des pièces de théâtre locales contenant des messages sur la santé et le mode de vie.

D'autres facteurs doivent être pris en compte lors de l'apport de conseils en matière de santé et de mode de vie, notamment les personnes à impliquer et les informations à fournir. Les individus prennent rarement des décisions sur leur santé et les comportements qui y sont liés de manière isolée, et sont susceptibles d'être influencés par d'autres personnes, y compris les membres de la famille et de la communauté, et les chefs religieux. Dans certains cas, les décisions sont prises en commun. Il est donc important d'atteindre et d'impliquer un groupe plus large au sein de la communauté d'une personne âgée. Les conseils ont également plus de chances d'être compris et suivis s'ils sont accompagnés d'informations sur la manière de procéder. Par exemple, en donnant des informations sur la composition d'un régime alimentaire sain, ainsi que des conseils sur les endroits où acheter des aliments sains et sur la manière de les préparer.

Les conseils en matière de santé et de mode de vie donnés aux personnes âgées dans le cadre de l'**Étape 1** du parcours de soins ICOPE intégré aux soins primaires doivent inclure à la fois des informations générales en faveur de la santé et du bien-être et des actions plus spécifiques liées aux domaines de la capacité intrinsèque. Dans la mesure du possible, les conseils doivent être ciblés et adaptés à chaque personne âgée et à ses besoins spécifiques.

Conseils aux personnes âgées pour un mode de vie sain

1. Pratiquer une activité physique régulière → 6.1

- Toute activité physique est bénéfique et chaque mouvement compte.
- Il est conseillé de commencer doucement, d'y aller lentement et d'augmenter progressivement l'intensité de l'activité physique.
- Différentes options sont disponibles, notamment la marche, le vélo, les tâches ménagères, le jardinage, la danse et le sport, l'accent étant mis sur les activités qui sont agréables pour la personne âgée.
- Il est important d'éviter les comportements sédentaires.
- La perception de l'activité physique peut évoluer vers une acceptation et un engagement positifs, notamment en fonction du contexte culturel et des attitudes à l'égard de la participation des femmes.

2. Adopter une alimentation saine → 7.1

- Les personnes âgées doivent manger beaucoup de protéines.
- Il peut être utile de faire de l'alimentation une activité sociale en mangeant avec d'autres personnes.
- Suggérer des aliments sains disponibles et abordables au niveau local – ce qu'ils sont et où les trouver.
- Les personnes âgées doivent consommer au moins 400 g (cinq portions) de fruits et légumes par jour et moins de 5 g ou une cuillère à café de sel.
- Les céréales complètes, les légumes, les fruits et les légumineuses (en tant que glucides), ainsi que les noix, les graines, les haricots, les olives et le poisson (en tant que graisses saines), sont importants.
- Il est possible de manger de plus petites quantités plus fréquemment si les repas copieux sont difficiles à prendre.
- Un régime riche en fibres peut prévenir la constipation.

3. Hydratation → 7.1

- Boire au moins 6 à 8 verres (1,6 à 2 litres) par jour (sauf en cas de restriction pour des raisons médicales), et une plus grande quantité par temps particulièrement chaud.
- Réduire la consommation de caféine, en particulier en cas d'IU.

4. Santé buccodentaire → 7.1

- Se brosser les dents deux fois par jour avec un dentifrice contenant du fluor (1000–1500 ppm).

5. Lien social et participation à la vie de la communauté → 11.1

- Passer du temps avec les amis et la famille.
- Être socialement actif et participer à la vie de la communauté de manière agréable et significative.

6. Prévention et prise en charge des maladies et des facteurs de risque de MCV → 3.1.4

- Suivre un traitement, y compris des médicaments pour lutter contre les maladies.
- Éviter l'utilisation de médicaments et de compléments en vente libre, sans l'avis d'un agent de santé.
- Surveillance du poids pour prévenir l'obésité, notamment en limitant les graisses et les sucres libres.
- Adopter de bonnes pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement (boire de l'eau potable, hygiène alimentaire, lavage des mains).

... suite →

- Éviter ou réduire la consommation d'alcool et de substances psychoactives :
 - La consommation nocive d'alcool a des répercussions sur la santé physique, mentale, sociale, psychologique et cognitive
 - Demander du soutien pour éviter la consommation d'alcool.
- Arrêt du tabagisme :
 - Dissuader les non-fumeurs de commencer à fumer.
 - Souligner les risques associés au tabagisme, notamment le risque accru de cancer, d'affections respiratoires, de démence, de MCV, de maladies buccodentaires et d'incontinence urinaire.
 - Donner des informations sur les endroits où l'on peut trouver de l'aide pour arrêter de fumer.
- Connaître les facteurs de risque de la déficience visuelle (diabète et hypertension).

7. Vaccination

- Vaccination systématique conformément à la réglementation locale en matière de vaccins (14).
- Il est important de tenir un registre des vaccinations reçues.

8. Promouvoir la santé mentale → 10.1

- Réduction du stress en cas de besoin.
- Prendre des pauses régulières (pour les aidants).
- Pratiquer des activités que l'on aime (ou que l'on avait l'habitude d'aimer).

9. Sommeil régulier et de bonne qualité

- Maintenir une routine de sommeil saine, notamment en se couchant et en se réveillant à des heures régulières.
- Dormir un nombre suffisant d'heures par jour.

10. Optimiser la santé cérébrale → 5.1

- Entreprendre des activités régulières de stimulation cognitive, telles que la lecture, les jeux, l'apprentissage de nouvelles choses et la musique.

11. Promouvoir la santé des yeux et la vision → 8.1

- Contrôles réguliers des yeux et de la vision.
- Suivre les conseils sur la manière et le moment d'utiliser des lunettes.
- Limiter l'exposition aux rayons ultraviolets en portant des lunettes de soleil et des chapeaux.
- Faire des pauses régulières pendant les activités sollicitant la vision de près (utilisation des médias électroniques, lecture, couture).

12. Promouvoir la santé de l'oreille et l'audition → 9.1

- Contrôles réguliers de l'audition.
- Demander conseil si l'on soupçonne une perte auditive.
- Nettoyer la **partie externe** de l'oreille avec un tissu doux.
- Suivre les conseils d'utilisation des aides auditives.
- Ne pas insérer d'objets **dans** les oreilles.
- Ne pas se baigner ni se laver dans de l'eau sale.
- Ne pas écouter de sons ou de la musique trop forte et utiliser des bouchons d'oreille dans les endroits bruyants.

De plus amples informations sur les conseils spécifiques en matière de santé et de mode de vie en rapport avec les domaines de la capacité intrinsèque sont disponibles dans les chapitres correspondants de ce manuel.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

 **Thèmes de santé de l'OMS : alcool, tabac.** OMS ; 2024 (<https://www.who.int/health-topics/alcohol>; <https://www.who.int/health-topics/tobacco>).

3.1.4

Dépistage et prévention des facteurs de risque de MCV

Les maladies cardiovasculaires (MCV) regroupent l'ensemble des troubles du cœur et des vaisseaux sanguins tels que les coronaropathies et les maladies cérébrovasculaires (par exemple, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral). En 2021, elles étaient la première cause de décès dans le monde (15), avec une prévalence élevée chez les personnes âgées (16). Les risques de MCV comprennent des facteurs comportementaux, tels que le tabagisme, une alimentation malsaine, une consommation nocive d'alcool et une activité physique insuffisante, ainsi que des facteurs métaboliques, tels que l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et l'hyperglycémie (diabète).

Compte tenu de la forte prévalence des maladies cardiovasculaires chez les personnes âgées et des taux élevés d'hypertension non diagnostiquée, (17), dans certains contextes, l'Étape 1 du parcours de soins ICOPE offre une occasion importante de sensibiliser les personnes âgées et, si possible, d'identifier les facteurs de risque (**Encadré 3.1**). Les agents de santé peuvent fournir des conseils individuels aux personnes âgées pour lesquelles des facteurs de risque comportementaux ont été identifiés, dans le but d'encourager un changement de comportement. La consultation pour un mode de vie sain en relation avec les MCV consiste à guider et à aider une personne âgée à modifier certains comportements afin de réduire le risque de MCV et d'autres affections (diabète, maladies pulmonaires et cancer) ainsi que le déclin de la capacité intrinsèque tels que le déclin cognitif et la déficience visuelle.

Une brève consultation entre un agent de santé communautaire et une personne âgée (et ses aidants, le cas échéant), au cours d'une évaluation de base, peut permettre d'identifier les problèmes potentiels, de fournir des informations, de motiver et d'aider la personne âgée à changer son comportement. L'outil 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange/Demander, conseiller, évaluer, aider, organiser) peut être utilisé pour identifier les facteurs de risque et soutenir le changement de comportement.

Les agents de santé communautaires pourraient envisager de poser les questions suivantes ou des questions similaires :

- Avez-vous fumé ou utilisé un autre produit du tabac au cours des 12 derniers mois ?
- Combien de portions de fruits et de légumes mangez-vous chaque jour ?
- Consommez-vous parfois de l'alcool ?
- Au cours de la semaine écoulée, combien de fois avez-vous pratiqué une activité physique d'une durée totale de 30 minutes ou plus ? Par exemple : marcher, faire du vélo, nettoyer, jardiner, monter les escaliers, danser ou faire du sport ?

Encadré 3.1 Dépistage de l'hypertension

Outre l'apport d'informations et le soutien au changement de comportement, les agents de santé communautaires peuvent également procéder au dépistage de l'hypertension. La pression artérielle peut être mesurée dans la communauté si les agents de santé communautaires ou d'autres parties prenantes disposent de la formation et de l'équipement appropriés et sont en mesure d'orienter la personne vers les soins primaires pour une évaluation et un traitement plus approfondis. **Il est contraire à l'éthique de procéder à un dépistage de l'hypertension en l'absence de filières d'orientation et d'accès au traitement.**

La mesure de la tension artérielle est le seul moyen de diagnostiquer l'hypertension, car la plupart des personnes souffrant d'hypertension ne présentent pas de symptômes. Pour une mesure précise de la pression artérielle :

- Utilisez la taille de brassard appropriée.
- Demandez à la personne de s'asseoir, le dos bien soutenu, les jambes non croisées, la vessie vide, détendue, pendant 5 minutes, sans parler.
- Faites au moins deux relevés et utilisez le deuxième relevé.

En général, l'hypertension est diagnostiquée lors de deux visites à des jours différents : si la pression artérielle systolique est ≥ 140 mmHg ou si la pression artérielle diastolique est ≥ 90 mmHg. Si une hypertension est diagnostiquée, la personne doit être orientée vers les soins primaires pour une évaluation et un traitement plus approfondis, y compris pour d'autres facteurs de risque métaboliques (diabète et cholestérol). Elle doit être informée des risques liés à l'hypertension et de l'importance de consulter pour un examen plus approfondi.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

 **HEARTS : ensemble d'outils techniques pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires en soins de santé primaires : conseils pour un mode de vie sain.** OMS ; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/260422>).

3.1.5

Soins de santé communautaires pour remédier aux pertes de capacité intrinsèque

Lorsqu'une évaluation ICOPE de base identifie une perte potentielle de capacité intrinsèque, les soins de santé communautaires peuvent être réalisés par des agents de santé communautaires avec le soutien d'autres parties prenantes communautaires, et en partenariat avec des agents de santé dans des établissements de soins de santé, dans certains contextes. Ces interventions sont importantes dans les contextes où une évaluation approfondie dans un établissement de soins primaires n'est pas possible, où l'organisation ou l'accès à une évaluation complète peut prendre du temps, ou lorsque la personne âgée est susceptible de ne pas se présenter. Les interventions réalisables en fonction des contextes et des ressources sont les suivantes (voir le chapitre correspondant pour des informations détaillées) :

- Stimulation cognitive, exercice physique et conseils aux membres de la famille et aux aidants en cas de déclin cognitif. → [5.2](#)
- Programmes d'exercices physiques pour les personnes à mobilité réduite, en tenant compte des questions de sécurité. → [6.2](#)
- Régime alimentaire équilibré comprenant des aliments riches en protéines en cas de dénutrition. → [7.2](#)
- Mise à disposition de lunettes de lecture et dépistage de l'hypertension pour la déficience visuelle. → [8.2](#)
- Conseils en matière de communication en cas de perte auditive. → [9.2](#)
- Gestion du stress, y compris les techniques de relaxation pour les symptômes dépressifs et la douleur. → [10.2](#), [6.5.2](#)
- Conseils et informations sur les services et activités communautaires disponibles pour la participation sociale et le soutien social. → [11.1](#)
- Conseils et informations sur les services communautaires disponibles pour soutenir les aidants. → [12.2](#)
- Rééducation vésicale pour lutter contre l'IU. → [13.2](#)

En cas de doute sur la possibilité ou la manière de mettre en place une intervention en toute sécurité, orienter vers un agent de santé compétent.



3.2

Effectuer une évaluation approfondie dans un établissement de soins primaires

Si, au cours de cette évaluation, une autre personne âgée, par exemple un conjoint, est identifiée au sein de la famille, son besoin de soins intégrés doit également être pris en compte et une évaluation ICOPE de base doit lui être proposée, le cas échéant.

Une évaluation approfondie des besoins en matière de soins de santé et de services sociaux dans un établissement de soins primaires est essentielle pour pouvoir fournir des services et une aide appropriés. La première étape consiste à mieux comprendre la vie de la personne âgée en recueillant des informations sur ses antécédents médicaux, y compris ses médicaments actuels, et en l'interrogeant sur ses valeurs et ses priorités, notamment en matière de santé et de gestion de celle-ci, sur son contexte social et sur l'identification des principaux membres de sa famille, de ses proches et de ses amis.

Une évaluation approfondie nécessitera probablement l'intervention d'un agent de santé qualifié, tel qu'un(e) infirmier/infirmière ou un médecin, qui assurera les visites ou les rendez-vous programmés. Une évaluation approfondie comporte trois éléments clés : l'examen et la confirmation de l'altération de la capacité intrinsèque ; l'évaluation des maladies sous-jacentes et des facteurs de risque ; et l'évaluation de l'environnement social et physique de la personne. Ces trois éléments peuvent être abordés dans n'importe quel ordre (sauf indication contraire). Sur la base des résultats de ces trois éléments, les interventions potentielles doivent être identifiées. Chaque parcours de soins spécifique fournit des informations sur les éléments à prendre en compte lors de l'évaluation et pour les interventions, ce qui devrait permettre d'élaborer un plan de soins personnalisé unique et consolidé.

3.2.1

Évaluer la perte de capacité intrinsèque

Une altération potentielle de la capacité intrinsèque doit être confirmée par l'application des outils/tests disponibles et validés au niveau local. Des exemples d'outils et de tests sont présentés dans chaque parcours de soins (chapitres 5 à 10).

3.2.2

Évaluer les maladies associées et les facteurs de risque

Avec l'âge, la probabilité de souffrir de maladies telles que les MCV, l'hypertension, le diabète, le cancer, la bronchopneumopathie obstructive chronique, l'arthrose, l'ostéoporose, la cataracte et la démence, ainsi que de multimorbidité (coexistence de deux ou plusieurs maladies chroniques) augmente.

Si certains facteurs de risque, comme l'arthrite, peuvent se manifester par des symptômes, d'autres, comme l'hypertension et le diabète, peuvent rester asymptomatiques pendant des années. Il est donc essentiel d'assurer leur détection précoce en soins primaires. L'OMS fournit une série de directives sur la détection précoce et la prise en charge des maladies non transmissibles, y compris la prise en charge des maladies cardiovasculaires et de la démence en fonction du risque. La pression artérielle doit être mesurée pour tous les adultes lors des visites de routine dans les établissements de soins primaires, y compris lors de la première consultation et, si elle est normale, périodiquement par la suite. Une personne dont la tension artérielle est élevée doit faire l'objet d'un suivi immédiat conformément au protocole établi. Pour détecter le diabète, il est recommandé de dépister les personnes présentant des symptômes à l'aide de la glycémie à jeun (FPG) ou de la glycémie plasmatique aléatoire. En outre, les adultes asymptomatiques âgés de 40 ans et plus dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 25 devraient se voir proposer un test de glycémie à jeun.

Le système immunitaire a également tendance à s'affaiblir avec le temps, ce qui expose les personnes âgées à un risque plus élevé de contracter certaines maladies infectieuses. Le statut vaccinal des personnes âgées doit être surveillé afin de réduire les maladies évitables par la vaccination.

Certains diagnostics, dont la multimorbidité ou la polymédication (→ 4.2.4) peuvent nécessiter des tests de diagnostic spécifiques, des équipements et des compétences spécialisées qui ne sont pas toujours disponibles en soins primaires. Selon le contexte, il peut être nécessaire d'orienter le patient vers des services spécialisés de niveau secondaire ou tertiaire.

3.2.3

Évaluer les environnements sociaux et physiques

Une évaluation approfondie de les environnements sociaux et physiques (bâti) au domicile, dans la communauté et dans la société en général, ainsi que l'identification des besoins en matière de soins et de soutien sociaux sont nécessaires.

Les environnements sociaux comprennent les conditions de vie, la sécurité financière, la solitude (relations), l'accès aux activités communautaires et aux services publics, la protection contre les abus, entre autres. Si des besoins d'assistance sont identifiés, des services doivent être fournis pour permettre aux personnes âgées de faire les choses qui sont importantes pour elles. Une personne âgée peut avoir besoin d'un soutien social, quel que soit son niveau de capacité intrinsèque.

Les besoins d'une personne âgée en produits d'assistance utilisés sur le corps ou directement par celui-ci (p. ex. aides auditives, cannes, fauteuils roulants) peuvent être évalués par des agents de santé formés. → 4.2.2 Une évaluation de l'environnement physique au domicile et dans les environs, réalisée en posant des questions à la personne âgée ou en effectuant des visites à domicile, si possible, peut aider à déterminer les modifications environnementales nécessaires, y compris l'identification de tout besoin de produits d'assistance, le risque de chutes et la manière de rendre l'environnement plus sûr et plus accessible. → 4.2.5

Si une personne âgée présente une perte importante de sa capacité intrinsèque, une prise en charge sociale (soins personnels et aide aux activités quotidiennes) peut s'avérer nécessaire. Les besoins en matière de soins sociaux peuvent être identifiés en demandant à une personne âgée si elle peut accomplir diverses tâches quotidiennes sans l'aide d'autrui, et devraient prendre en compte les besoins et les préférences en matière de soins à domicile, au sein de la communauté et dans les institutions, ainsi que les personnes susceptibles de fournir ces soins. Cela peut permettre de déterminer les besoins spécifiques en matière de services de SLD (le cas échéant) et de les inclure dans un plan de soins personnalisé.

Le parcours décrit au Chapitre 11 présente une série de questions permettant d'évaluer les besoins en matière de soins et de soutien sociaux en général et d'y répondre. En outre, chaque parcours de soins mentionne les éventuels besoins en matière de soins et de soutien sociaux spécifiques au domaine et aux conditions de la capacité intrinsèque. → 11

Il est également important de prendre en compte les besoins potentiels en matière de soins et de soutien de la famille et des autres personnes qui s'occupent d'une personne âgée. Les proches aidants, en particulier ceux qui vivent avec la personne dont ils s'occupent, peuvent avoir l'impression d'être constamment sollicités. Il est peu probable qu'ils aient reçu une formation et il est fort possible qu'ils ne bénéficient d'aucun soutien. Cela peut conduire à l'épuisement avec des répercussions sur la santé mentale et physique de l'aidant et sur la qualité des soins qu'il est en mesure de prodiguer. Le besoin de services de relève doit être pris en compte.

Le parcours décrit au Chapitre 12 présente une série de questions pour l'évaluation et la prise en charge des besoins des aidants. En outre, chaque parcours de soins mentionne le soutien spécifique dont les aidants pourraient avoir besoin en fonction des domaines et des conditions de capacité intrinsèque. → 12

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- 🔗 **Lignes directrices pour le traitement pharmacologique de l'hypertension chez l'adulte.** OMS ; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/344424>).
- 🔗 **HEARTS : guide technique pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires en soins de santé primaires : protocoles thérapeutiques basés sur des données factuelles.** OMS ; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/260421>).
- 🔗 **HEARTS: technical package for cardiovascular disease management in primary health care: risk-based CVD management.** OMS ; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/333221>).
- 🔗 **Ensemble d'interventions essentielles de l'OMS contre les maladies non transmissibles (MNT) en soins primaires.** OMS ; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/334186>).
- 🔗 **WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults.** OMS ; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/377825>).



3.3

Élaborer un plan de soins personnalisé

La planification personnalisée des soins est une approche humaniste qui diffère des méthodes traditionnelles axées sur la maladie et se concentre sur les besoins, les valeurs et les préférences des personnes âgées. Le processus tient compte des compétences et des atouts de la personne, de ses expériences, des choses qui comptent le plus pour elle et de son contexte social. Un plan de soins personnalisé guide tous les aspects de soins de santé et de soutien sociaux et est essentiel pour garantir l'intégration de ces services et la manière dont la personne âgée y accède. Les résultats d'une évaluation approfondie dans les domaines de la capacité intrinsèque et de toute intervention potentielle identifiée, comme indiqué aux chapitres 5 à 13, doivent être rassemblés dans un plan de soins personnalisé consolidé, en tenant compte des points suivants :

- Les interventions doivent être convenues en fonction des objectifs de la personne âgée, de la perte de capacité intrinsèque, des maladies et des facteurs de risque, ainsi que des possibilités de promouvoir un environnement favorable.
- Un plan de soins personnalisé doit comprendre des interventions réalisées en soins primaires, avec une orientation vers des soins spécialisés si nécessaire. Il doit également inclure les services sociaux et être adapté aux environnements dans lesquels les services seront assurés (domicile, communauté, institution), le cas échéant.
- Un suivi strict et régulier avec réévaluation est essentiel pour une prestation efficace de soins intégrés.
- Les services communautaires doivent être inclus et peuvent être proposés par les parties prenantes communautaires.

3.3.1

Définir et fixer les objectifs centrés sur la personne

Le point de départ de l'élaboration d'un plan de soins personnalisé doit être les objectifs de la personne âgée, définis lors d'une discussion avec un agent de santé, de préférence un médecin, un infirmier ou une infirmière, sous la direction d'un gestionnaire de cas ou d'un coordinateur de soins. Un médecin, un infirmier ou une infirmière peut jouer le rôle de gestionnaire de cas/coordonateur de soins. Les agents de santé doivent impliquer la personne âgée [et son/ses aidant(s), le cas échéant] dans la prise de décision concernant ses propres soins, et respecter ses besoins, ses valeurs, ses préférences et ses priorités. L'adoption de cette approche peut marquer un changement radical dans la manière dont les agents de santé traitent les personnes âgées.

Pour une équipe pluridisciplinaire (**Encadré 3.2**) qui soutient une personne âgée, un objectif unifié d'optimisation de la capacité intrinsèque et de l'aptitude fonctionnelle peut être utile pour assurer l'intégration des soins et la capacité

Encadré 3.2 Équipe pluridisciplinaire

Une équipe pluridisciplinaire rassemble les personnes impliquées dans les soins d'une personne âgée afin de fournir un large éventail de services dans une approche coordonnée et intégrée. La composition d'une équipe pluridisciplinaire de soins primaires varie selon le contexte, mais elle peut comprendre des médecins, des infirmiers, des infirmières, des agents de santé communautaire, des agents des services sociaux, des thérapeutes (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, psychologie), des aidants, des aides à la personne, des pharmaciens et des bénévoles. En fonction de la capacité des systèmes de soins de santé et de services sociaux, une équipe de base composée d'un petit nombre d'agents de santé directement impliqués dans les soins pourrait être constituée, avec la possibilité d'inclure d'autres personnes dans les discussions lorsque cela est faisable.

La façon dont les membres des équipes pluridisciplinaires collaborent, en tant qu'équipe, est cruciale. Certains éléments peuvent contribuer à l'efficacité des méthodes de travail, notamment : l'identification d'un coordinateur des soins ou d'un gestionnaire de cas qui facilite le travail de l'équipe ; des réunions conjointes pour partager les idées et les préoccupations ; la tenue de dossiers communs ; et l'inclusion d'une diversité de professions et de disciplines, qui reflétant les besoins de la personne recevant des soins intégrés.

de suivre les progrès. Les objectifs d'une personne âgée, qui doivent être au centre du plan, peuvent aller au-delà de la réduction de l'impact direct des maladies, pour aborder également les aspects qui lui permettent de faire ce qui lui tient le plus à cœur, comme vieillir de manière indépendante et en toute sécurité, maintenir son développement personnel, être incluse et contribuer à sa communauté tout en conservant son autonomie et sa santé.

Un plan de soins personnalisé peut être élaboré avec toute personne âgée, y compris celles qui souffrent de pertes multiples et importantes de capacité intrinsèque, qui peuvent être irréversibles, et celles qui arrivent au terme de leur vie. Une discussion entre un agent de santé et une personne âgée doit prendre en compte toutes les préoccupations de la personne âgée concernant la mort et le décès et déterminer les traitements médicaux ou les soins que la personne âgée ne souhaite pas recevoir. Pour une personne âgée, confrontée à une maladie grave au pronostic limité, une attention particulière est nécessaire pour identifier un objectif centré sur la personne dans le contexte de l'évolution attendue de la maladie.

Un plan de soins personnalisé doit comprendre des objectifs limités dans le temps. En plus des objectifs à moyen et long terme, il est recommandé d'inclure des objectifs à court terme pour obtenir des améliorations ou des bénéfices plus immédiats, afin de maintenir la motivation et l'engagement des personnes âgées.

Comment fixer des objectifs centrés sur la personne ?

Un exemple de la manière dont un agent de santé peut définir les objectifs centrés sur la personne avec une personne âgée, les membres de sa famille et les aidants, le cas échéant, est présenté ci-dessous. Le plan doit être basé sur les résultats d'une évaluation approfondie et sur les interventions qui pourraient être proposées en réponse. L'approche doit être adaptée au contexte local.

Identifier les objectifs, en menant une discussion sur les éléments suivants :

- Les choses qui comptent le plus pour la personne âgée à tous les stades de sa vie.
- Certains objectifs spécifiques que la personne âgée a dans sa vie.
- Certains objectifs spécifiques que la personne âgée a pour sa santé.
- Trois objectifs sur lesquels la personne âgée aimerait se concentrer à court terme (par exemple, au cours des trois prochains mois) et à long terme (par exemple, dans les six à douze mois).

Fixer des objectifs – Ceux-ci peuvent être adaptés aux besoins de la personne âgée et à sa propre définition des problèmes en discutant des points suivants :

- Quels sont les objectifs spécifiques (un, deux ou trois) sur lesquels la personne âgée souhaite travailler à court et à long terme ?
- Ce que la personne âgée fait actuellement pour atteindre le(s) objectif(s).
- Quel serait pour la personne âgée le but idéal et réalisable en ce qui concerne l'atteinte de(s) objectif(s).

Hiérarchiser les objectifs – un accord sur les objectifs de soins prioritaires entre une personne âgée et un agent de santé se traduira par une amélioration des résultats. L'établissement des priorités peut être éclairé par une discussion sur les points suivants :

- Les objectifs sur lesquels la personne âgée est le plus disposée à travailler à court et à long terme, seule ou avec l'aide d'un agent de santé ou d'un coordinateur de soins.

Source : Javadi et al ; 2018. Adapté de l'original par Health Tapestry (<http://healthtapestry.ca>).

3.3.2

Élaborer un plan de soins personnalisé et intégré

Il est important d'élaborer un plan de soins intégré et personnalisé qui aborde tous les domaines de la capacité intrinsèque pour lesquels des pertes ont été identifiées, car certaines pertes partagent des déterminants physiologiques et comportementaux sous-jacents. Par conséquent, les interventions ont des effets bénéfiques dans tous les domaines.

Par exemple, le renforcement musculaire est l'intervention clé pour prévenir et gérer la perte de mobilité, tout en contribuant indirectement à la prévention des symptômes dépressifs et du déclin cognitif, ainsi qu'à la réduction du risque de chutes.

Pour certaines personnes présentant une perte importante de capacité intrinsèque dans plusieurs domaines, une évaluation approfondie peut suggérer qu'il est peu probable que leurs déficiences s'inversent. Il peut s'agir, par exemple, d'un handicap dû à des blessures ou à des maladies (par exemple, un accident vasculaire cérébral) ou d'une maladie progressive telle que la démence ou la maladie de Parkinson. Le plan de soins personnalisé devra tenir compte de la trajectoire probable ainsi que de la planification du suivi, qui pourrait devoir se poursuivre tout au long de la vie. L'équilibre entre la modification de la capacité intrinsèque et le traitement des maladies, les soins palliatifs et la fourniture de soins et de soutien sociaux, y compris l'aide aux aidants, évoluerait au fil du temps.

Trois étapes principales peuvent être suivies pour l'élaboration d'un plan de soins personnalisé :

1. Examiner les résultats et discuter des possibilités d'améliorer la capacité intrinsèque, l'aptitude fonctionnelle, la santé et le bien-être :

Au cours d'une discussion visant à fixer des objectifs, les résultats de l'évaluation approfondie et les interventions suggérées pour les différentes pertes de capacité intrinsèque doivent être passés en revue. La hiérarchisation des interventions à intégrer dans un plan de soins peut être guidée par l'urgence d'un problème d'un point de vue clinique, la probabilité de succès de l'intervention, ainsi que par l'impact général que pourrait avoir le traitement d'un problème spécifique, y compris l'impact que la prise en charge d'une perte peut avoir sur la capacité à en traiter une autre. Il convient également de tenir compte de la charge prévisible des interventions et de prendre en considération ce que la personne âgée estime être le plus important pour elle.

Afin de déterminer les interventions possibles, les agents de santé devront avoir une connaissance approfondie des services et des ressources disponibles dans le secteur de la santé et le secteur social.

2. Se mettre d'accord sur les interventions

Cet accord doit être donné par la personne âgée, sur la base d'un consentement éclairé, et être conforme à ses objectifs, besoins, préférences et priorités ; il doit inclure des éléments d'autosoin et d'autogestion, être adapté aux environnements physiques et sociaux et prévoir un soutien aux aidants, si des besoins sont identifiés. Chaque intervention potentielle doit être discutée individuellement avec la personne âgée. Les exemples de composantes potentielles d'un plan de soins personnalisé sont présentés dans l'**Encadré 3.3** (p. 38).

Dans de nombreux cas, les interventions proposées nécessiteront la contribution d'agents de santé de différents secteurs et disciplines. Dans l'idéal, un gestionnaire de cas ou un coordinateur de soins devrait coordonner une équipe pluridisciplinaire (**Encadré 3.2**, p. 35) qui participera à l'évaluation, à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi du plan de soins. Un partenariat entre la personne âgée, ses aidants et l'équipe pluridisciplinaire est important pour maintenir le bien-être de la personne âgée là où elle vit.

3. Finaliser et partager le plan de soins

L'agent de santé identifié comme gestionnaire de cas ou coordinateur de soins doit documenter dans le plan de soins les interventions convenues et partager le plan avec la personne âgée, les membres de sa famille et les aidants (le cas échéant) et l'équipe pluridisciplinaire impliquée dans ses soins, avec le consentement de la personne âgée. Si les interventions prévues dans le plan de soins nécessitent une orientation, la personne âgée doit recevoir des conseils sur la manière de prendre rendez-vous et sur la façon dont les agents de santé peuvent soutenir le processus. Un exemple de plan de soins est fourni dans l'**Annexe**.

Encadré 3.3 Composantes potentielles d'un plan de soins personnalisé

- Objectif(s) éclairé(s) par les priorités et les préférences de la personne âgée.
- Autosoin et autogestion pour promouvoir la santé et le bien-être
- Services et soutien communautaires. La prescription sociale permet de mettre les personnes âgées en contact avec une série de services non cliniques au sein de la communauté afin d'améliorer leur santé et leur bien-être (**Encadré 11.1**, p. 124).
- Un ensemble d'interventions à composantes multiples pour prévenir et prendre en charge les pertes de capacité intrinsèque. La plupart des plans de soins prévoient des interventions visant à améliorer la nutrition et à encourager les exercices multimodaux.
- La prise en charge des maladies sous-jacentes, des syndromes gériatriques (par exemple, les chutes et l'IU) et des facteurs de risque, y compris pour les maladies cardiovasculaires.
- La vaccination périodique, y compris la vaccination contre la COVID-19 et la vaccination annuelle contre la grippe, ainsi que d'autres vaccins, en fonction du calendrier de vaccination du pays.
- Une revue des médicaments pour identifier les médicaments inappropriés et les questions relatives à l'accès, à l'observance et aux aspects pratiques des médicaments. → **4.2.4**
- Le cas échéant, la prise en charge de toute affection chronique avancée et de toute maladie potentiellement mortelle, y compris par le biais de soins palliatifs, afin de garantir que les personnes âgées puissent continuer à vivre une vie pleine de sens et de dignité et que leurs droits soient protégés. → **4.2.3**
- Les soins et le soutien sociaux, y compris l'adaptation de l'environnement, comme l'adaptation du domicile et la fourniture et l'entretien de produits d'assistance ; le soutien social avec l'aide des membres de la famille, des amis et des services communautaires et autres ; les soins personnels et l'aide aux activités quotidiennes, qui peuvent être dispensés à domicile, dans la communauté et dans les institutions (centres de jour, maisons de soins et autres établissements de SLD).
- Soutien aux aidants, sur la base d'une discussion avec le(s) soignant(s). Il peut s'agir de conseils sur la manière de fournir certains types de soins et de soutien, d'astuces pour prendre soin de soi, de possibilités de répit, d'un soutien psychosocial, d'un accès à une aide financière et d'un soutien en cas de chagrin ou de deuil.
- L'orientation vers des soins spécialisés, y compris des services de réadaptation, des soins palliatifs et des soins gériatriques, le cas échéant et s'ils sont disponibles, par le biais de mécanismes d'orientation locaux.
- Une date de suivi convenue pour s'assurer que tout changement ou perte supplémentaire est identifié et que les soins peuvent être modifiés en conséquence.



Le suivi de la mise en œuvre du plan de soins et la réévaluation régulière avec la personne âgée sont essentiels pour atteindre les objectifs convenus.

3.4

Mettre en œuvre et suivre le plan de soins personnalisé

La collaboration et la coordination entre les membres d'une équipe pluridisciplinaire provenant de différents niveaux et types de services de soins de santé et de soins sociaux, guidées par un coordinateur de soins ou un gestionnaire de cas, sont essentielles pour mettre en œuvre les interventions convenues dans le cadre d'un plan de soins personnalisé. Une telle approche favorise la détection précoce des complications, y compris les effets indésirables des interventions, et permet d'identifier les difficultés liées aux événements et aux maladies aiguës, ainsi que les changements dans les rôles sociaux ou les conditions de vie. Elle permet également d'identifier les pertes dans des domaines nouveaux ou supplémentaires de capacité intrinsèque. Un suivi régulier permet d'éviter des situations d'urgence inutiles et de réduire les coûts grâce à une action précoce. Un suivi régulier permet également des contacts fréquents entre la personne âgée et ses agents de santé, ce qui favorise le maintien d'une relation fructueuse.

La fréquence du suivi dépend de l'intensité des soins requis, des types d'interventions proposées et du contexte social de la personne ; elle doit être déterminée par le coordinateur des soins ou le gestionnaire de cas et convenue avec la personne âgée. Le coordinateur de soins ou le gestionnaire de cas peut rappeler tous les rendez-vous, y compris ceux prévus pour une réévaluation. Le suivi des personnes âgées peut se faire de différentes manières, notamment par des rencontres en personne, par téléphone ou par appel vidéo. Le mécanisme le plus approprié pour chaque personne doit être déterminé par l'agent de santé et convenu avec la personne âgée (et l'aidant, le cas échéant).

Le processus de suivi comprend, entre autres, les éléments suivants :

- Assurer la mise en œuvre réussie de chaque étape et intervention du plan de soins.
- Enquête proactive pour identifier les éventuels effets secondaires ou les conséquences imprévues de l'intervention.
- Répéter l'évaluation de base et/ou approfondie et documenter tout changement.
- Résumer les résultats, les obstacles et les complications liés à la mise en œuvre des interventions.
- Identifier les changements et les nouveaux besoins.
- Adapter le plan de soins si nécessaire.





3.5 Compétences en matière de communication

À toutes les étapes du parcours de soins ICOPE en soins primaires, une communication efficace entre les agents de santé et les parties prenantes communautaires est essentielle pour garantir la réussite d'un continuum de soins intégrés centré sur la personne.

Les agents de santé qui procèdent à une évaluation approfondie et élaborent un plan de soins devront prendre le temps de dialoguer convenablement avec la personne âgée afin d'instaurer un climat de confiance. Pour ce faire, il faut un environnement approprié qui permette à la personne âgée de parler ouvertement des difficultés qu'elle rencontre, de ses préférences, de ses choix et de ses objectifs.

Les agents de santé et les parties prenantes communautaires doivent garder à l'esprit un certain nombre de points lorsqu'ils communiquent avec une personne âgée. La plupart sont utiles pour les conversations en général, mais il convient de garder à l'esprit la question de l'âge au sein du système de santé et ses conséquences.

- Lorsque vous rencontrez une personne âgée pour la première fois, veillez à utiliser la forme d'adresse appropriée à la culture et évitez d'utiliser des termes familiers (par exemple, « cher »). Après avoir établi un lien, demandez à la personne comment elle aimerait que l'on s'adresse à elle.
- Soyez respectueux et évitez les attitudes, les mots ou les phrases discriminatoires. Vous ne devez rien tenir pour acquis ni faire des suppositions sur une personne âgée, y compris sur ses capacités en matière de communication sans les avoir testées (par exemple, l'audition, la cognition) (**Encadré 1.1**, p. 3).
- Tenez compte de l'environnement et de la nécessité de trouver un équilibre entre l'intimité et l'autonomie de la personne âgée, avec la participation de son aidant ou de ses aidants si cela est nécessaire ou utile. Ce n'est que lorsque cela est jugé nécessaire, en raison d'une perte spécifique de capacité intrinsèque, telle que le déclin cognitif, et conformément aux cadres juridiques, qu'un aidant ou une autre personne doit être invité à s'exprimer au nom d'une personne âgée.

En plus d'être attentifs à la manière dont ils parlent et écoutent les personnes âgées, les agents de santé doivent être conscients des formes de communication non verbale, notamment le langage corporel, et de l'importance d'observer le comportement de la personne âgée et de tout aidant ou parent présent.

- Analysez l'environnement du point de vue de la mobilité de la personne, en veillant à ce qu'il soit totalement accessible (par exemple, pour un fauteuil roulant).
- Asseyez-vous à une distance appropriée de la personne et adoptez une posture ouverte.
- Tenez compte des éventuelles sensibilités liées au genre et, le cas échéant, et si possible, proposez à un agent de santé du même sexe de rencontrer la personne âgée.
- Avant de commencer, indiquez à la personne âgée la durée de votre entretien et obtenez son approbation avant de continuer. Envisagez de faire des pauses si nécessaire.
- Lorsque vous posez des questions, essayez de ne pas vous précipiter, évitez les interruptions et les distractions, maintenez le contact visuel et faites preuve d'empathie. Utilisez, le cas échéant, des questions ouvertes qui encouragent la personne à partager ses expériences, ses sentiments et son point de vue.
- Adaptez l'approche de communication et le langage pour assurer la compréhension. Pour certaines personnes âgées, cela peut signifier s'en tenir à un seul sujet à la fois, éviter de donner trop d'informations à la fois, utiliser des mots et des phrases courts et simples, parler lentement et clairement et éviter le jargon.
- Pratiquez l'écoute active en résumant de temps à autre les propos de la personne âgée, en reprenant un point particulier et en clarifiant les sentiments de la personne en les exprimant par des mots.
- Lorsque vous communiquez avec une personne âgée malentendante, adoptez des stratégies de communication appropriées. → [9.2.1](#)
- Lorsque vous communiquez avec une personne âgée souffrant de déficience visuelle, veillez à ce que l'éclairage soit suffisant, vérifiez si la personne a apporté et utilise des lunettes, assurez-vous que toutes les instructions et tous les documents sont clairs et dactylographiés en gros caractères, et envisagez d'enregistrer les instructions à l'aide de diagrammes, d'aides ou d'appareils. → [8.6](#)
- Assurez-vous que les recommandations sont claires et comprises par la personne âgée (et l'aidant, le cas échéant). Fournissez des notes clairement écrites sur les recommandations, les ordonnances, les calendriers futurs et les références.
- Soyez attentif aux signes avant-coureurs de maltraitance ou de négligence et notez-les, le cas échéant. → [11.4](#)

4 Parties prenantes et services transversaux pour le parcours de soins ICOPE en soins primaires

La mise en œuvre du parcours de soins ICOPE en soins primaires nécessite la participation d'une série de parties prenantes ainsi qu'une collaboration et une coordination entre les secteurs et les services. Un certain nombre de facteurs, axés sur les personnes à impliquer, les services nécessaires et la manière dont ils peuvent être fournis, doivent être pris en compte lors de la planification de la mise en œuvre d'ICOPE. Ces facteurs seront déterminés par le contexte local, (→ 14.2), y compris la structure et le mécanisme des soins primaires, la disponibilité des services spécialisés, ainsi que la présence et les compétences des parties prenantes communautaires. Dans certains cas, les agents de santé intervenant en soins primaires peuvent être amenés à orienter les patients vers des spécialistes à d'autres niveaux du système de santé (secondaire, tertiaire) ou du système social, lorsque l'expertise ou le service en question n'existe pas en soins primaires.

Points clés

- La mise en œuvre du parcours de soins ICOPE en soins primaires nécessite la participation d'une série de parties prenantes entre les secteurs de soins de santé et des services sociaux et la communauté.
- L'engagement significatif des personnes âgées et la responsabilisation des aidants sont des éléments clés à toutes les étapes du parcours de soins ICOPE.
- Les parties prenantes communautaires devraient être impliquées de manière significative et soutenues de manière appropriée dans la fourniture de soins intégrés aux personnes âgées.
- Lorsque l'orientation vers des soins spécialisés est nécessaire, la coordination et la collaboration entre les agents de santé sont importantes.
- Les services transversaux et le soutien en réponse aux pertes dans des domaines multiples de capacité intrinsèque doivent être fournis de manière holistique et intégrée.

4.1

Engagement des parties prenantes

4.1.1

Engagement significatif des personnes âgées

L'engagement proactif et le soutien des personnes âgées à l'égard d'ICOPE et des soins intégrés en général sont essentiels à sa réussite et peuvent contribuer à accroître leur sentiment d'autonomie et d'épanouissement. Cet engagement peut prendre deux formes : l'engagement des personnes âgées vis-à-vis de leur propre santé et de leur bien-être par le biais du parcours de soins ICOPE ; et un engagement plus large pour soutenir le vieillissement en bonne santé au sein de leur communauté, notamment par le biais de clubs et d'associations de personnes âgées. Les villes et les communautés amies des aînés contribuent à garantir l'engagement significatif des personnes âgées. Des exemples du rôle que les clubs ou associations de personnes âgées peuvent jouer dans la prestation de soins intégrés sont fournis. → 4.1.3

Une première étape essentielle pour parvenir à cet engagement consiste à donner la priorité à la co-conception des services, à l'amélioration des services sur la base du retour d'information des personnes âgées et à la prise de décision partagée en tant que principes clés lors de l'adaptation de toutes les étapes du parcours de soins au contexte local. Des efforts doivent être déployés pour sensibiliser les personnes âgées par le biais de canaux disponibles et appropriés au niveau local, en soulignant l'opportunité qu'offre l'ICOPE aux personnes âgées d'être les acteurs centraux de leurs propres soins et d'exprimer leurs préférences et leurs objectifs. → 3.3.1 Les plans de soins doivent inclure des éléments d'autosoin et d'autogestion afin d'autonomiser les personnes âgées (Encadré 4.1). Si elles sont bien conçues, les campagnes d'information peuvent également contribuer à sensibiliser à l'âgisme, y compris l'âgisme intériorisé (Encadré 1.1, p. 3), et à la maltraitance des personnes âgées. → 11.4

Encadré 4.1 Autosoin et autogestion pour les personnes âgées

Le soutien à l'autosoin et à l'autogestion implique de fournir aux personnes âgées et à leurs aidants les informations, les compétences et les outils dont ils ont besoin pour promouvoir leur santé et leur bien-être, de réduire les facteurs de risque, de prendre en charge leurs maladies, de prévenir les complications, d'optimiser leur capacité intrinsèque et de maintenir leur aptitude fonctionnelle.

Cela ne signifie pas que les personnes âgées devront se débrouiller seules ou que des exigences déraisonnables ou excessives leur seront imposées. Leur autonomie et leur capacité à diriger leurs propres soins, en consultation et en partenariat avec les agents de santé, leur famille et les autres aidants, sont, au contraire, valorisées. Toutes les personnes âgées doivent recevoir des conseils en matière de santé et de mode de vie, quel que soit leur niveau de capacité intrinsèque. → 3.1.3

L'initiative de l'OMS pour la santé mobile en faveur du vieillissement (mAgeing) peut compléter les soins de routine des agents de santé en favorisant l'autosoin et l'autogestion. En fournissant des informations sur la santé, des conseils et des rappels par le biais de téléphones mobiles, elle encourage les comportements sains et aide les personnes âgées à améliorer et à maintenir leur capacité intrinsèque.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

🔗 **Être en bonne santé, être mobile : un manuel sur la mise en œuvre de l'initiative mAgeing.** OSM ; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/274576>).

🔗 **Voix et engagement significatif dans la Décennie pour le vieillissement en bonne santé de l'Organisation des Nations Unies : un document de discussion.** Plate-forme de la Décennie pour le vieillissement en bonne santé ; 2023 (<https://www.decadeofhealthyageing.org/find-knowledge/resources/publications/detail/voice-and-meaningful-engagement-in-the-un-decade-of-healthy-ageing-a-discussion-paper>).

4.1.2

Autonomiser et soutenir les aidants

Les aidants, qui sont principalement des femmes et des jeunes filles, jouent un rôle fondamental dans la prise en charge des personnes âgées et dans le soutien de leur adhésion à un plan de soins personnalisé, et devraient être autonomisés dans ce rôle. Les exigences liées à la prestation de soins et le besoin de soutien des aidants sont reconnus, en particulier en ce qui concerne la formation et le conseil des aidants pour leur permettre de fournir des soins de la meilleure qualité possible, et la garantie d'un soutien adéquat pour assurer la santé et le bien-être des aidants eux-mêmes. Les principaux domaines de soutien dont les aidants sont susceptibles de bénéficier sont l'accès à des services de relève, le soutien psychologique, le soutien financier et le soutien pour leur propre santé et leur bien-être. → 12 Cela est particulièrement important si l'aidant est une personne âgée, auquel cas il devrait également se voir proposer une évaluation ICOPE de base.



4.1.3

Impliquer les parties prenantes communautaires

Dans le monde entier, les parties prenantes communautaires jouent un rôle central dans les soins aux personnes âgées, comme le montrent de nombreux projets pilotes d'ICOPE (19).

Le rôle des parties prenantes communautaires dépend du contexte local – les types d'organisations et d'infrastructures existantes, leurs domaines d'intervention et leurs capacités, y compris les ressources humaines. Elles peuvent sensibiliser aux droits des personnes âgées et soutenir les points de vue, les expériences et les opinions des personnes âgées et de leurs aidants afin qu'ils soient pris en compte dans les processus de planification des programmes et de la prestation de services. Elles peuvent également plaider en faveur des modifications nécessaires des systèmes et des services, y compris des changements rapides en réponse à l'évolution des besoins. Les parties prenantes communautaires peuvent soutenir la mise en place et l'organisation de mécanismes de participation des personnes âgées et d'autres parties prenantes communautaires. Elles ont pour mission de demander des comptes aux prestataires de services et à d'autres personnes, notamment en jouant un rôle direct dans le suivi et l'évaluation. Si les parties prenantes communautaires, y compris les agents de santé communautaires, sont impliquées dans la fourniture directe de services et d'assistance aux personnes âgées, elles doivent être formées, soutenues, supervisées et suivies.

L'OMS définit l'engagement communautaire comme « un processus d'établissement de relations permettant aux parties prenantes de collaborer pour résoudre des problèmes de santé et obtenir des impacts et des résultats positifs en matière de santé » (18).

Le système de santé a la responsabilité de travailler de manière appropriée avec ses partenaires et de les soutenir, en particulier les organisations communautaires, les bénévoles et les aidants. Si les parties prenantes communautaires endossent souvent le rôle de médiateur entre les personnes âgées et les agents de santé et peuvent combler certaines lacunes dans la fourniture de services formels, il ne leur incombe pas de fournir des services qui relèvent de la responsabilité des systèmes de soins de santé et de services sociaux.

Les droits et le bien-être des membres individuels de la communauté qui s'engagent, que ce soit en tant qu'aidants ou dans un rôle rémunéré, non rémunéré ou bénévole, ne doivent pas être bafoués ou affectés négativement par leur engagement. Leur santé et leur bien-être doivent être protégés.

L'Encadré 4.2 (p. 44) fournit des conseils relatifs à l'autosoin aux agents de santé communautaires et aux autres parties prenantes communautaires.

En fonction de leurs compétences, les parties prenantes communautaires peuvent soutenir chaque étape du parcours de soins ICOPE en soins primaires (chapitres 5 à 13). Voici quelques exemples d'engagements possibles :



Étape 1 : Évaluation de base et interventions communautaires

Les lieux ou espaces communautaires (par exemple, les mairies, les centres de soins sociaux, les bureaux de poste, les lieux de rencontre religieux et communautaires) peuvent servir de cadre à des événements d'évaluation ICOPE de base et de sensibilisation au vieillissement en bonne santé, par exemple, pour lutter contre l'âgisme et briser les stéréotypes sur le « vieillissement normal » et pour améliorer la connaissance et la compréhension de la santé à un âge avancé, des droits et des prestations. Les parties prenantes communautaires peuvent encourager la participation des personnes âgées. Les agents de santé peuvent collaborer avec les organisations communautaires pour proposer des évaluations de base par le biais de clubs ou d'associations de personnes âgées et en organisant des visites à domicile au cours desquelles les personnes âgées pouvant bénéficier d'une évaluation de base peuvent être identifiées. Au cours d'une évaluation de base, les agents de santé communautaires et d'autres parties prenantes communautaires formées peuvent fournir divers types de conseils, de soutien et de soins de santé communautaires adaptés. → 3.1.3

Encadré 4.2 Comment pratiquer l'autosoins pour les parties prenantes communautaires

À faire

- ✓ Fixer des limites entre la vie personnelle et la vie professionnelle.
- ✓ Essayer d'établir une routine et d'organiser les activités quotidiennes pour établir un équilibre entre travail, famille et temps libre.
- ✓ Prendre le temps de manger, de boire de l'eau, de dormir, de se reposer, de réfléchir et de se détendre.
- ✓ Adopter des habitudes saines, comme faire de l'exercice régulièrement et éviter l'alcool, le tabac et d'autres substances nocives.
- ✓ Être conscient de ses émotions et essayer de reconnaître les situations susceptibles d'affecter ses sentiments.
- ✓ Parler à sa famille et à ses amis et leur demander du soutien.
- ✓ Nouer des liens avec ses collègues et trouver des moyens de s'entraider au travail.
- ✓ S'adresser à un agent de santé, si l'on a besoin d'aide.

À éviter

- ✗ Se forcer à faire des choses qui génèrent un mal-être.
- ✗ Travailler régulièrement au-delà des heures de travail.
- ✗ Penser qu'on est seul et qu'on n'a pas besoin d'aide.
- ✗ Considérer que parler de son mal-être est un signe de faiblesse.

Source : Boîte à outils communautaire mhGAP : Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP). OMS ; 2019.

2 Étape 2 : Évaluation approfondie

Si les évaluations approfondies doivent être menées par les agents de santé dans un établissement de soins primaires, les parties prenantes communautaires peuvent jouer un rôle pour garantir l'accès en organisant ou en assurant le transport des personnes âgées, ainsi qu'en aidant les agents de santé à évaluer l'environnement social et physique d'une personne âgée. Elles peuvent également assurer un suivi auprès des personnes âgées après une évaluation de base pour s'assurer qu'elles comprennent leurs résultats et, le cas échéant, l'importance d'une évaluation approfondie et d'un suivi.

3 Étape 3 : Plan de soins personnalisé

Les plans de soins doivent inclure des soins et de soutien sociaux, qui peuvent être fournis par des parties prenantes communautaires. Il peut donc s'avérer utile de collaborer avec elles lors de l'élaboration d'un plan de soins afin de comprendre leurs services. Les parties prenantes communautaires peuvent également soutenir un exercice de cartographie plus large, détaillant les services et le soutien disponibles au niveau local, qu'ils soient fournis par des organisations communautaires, des autorités gouvernementales locales ou des entreprises locales et des acteurs à but lucratif. Ces informations peuvent ensuite être communiquées aux agents de santé, aux coordinateurs de soins ou aux gestionnaires de cas, afin de les aider à élaborer des plans de soins personnalisés.

4 Étape 4 : Mise en œuvre et suivi

Les parties prenantes communautaires peuvent soutenir cette étape du parcours de multiples façons :

- Organiser et gérer les soins et le soutien sociaux, tels que les centres de jour, les services de soins à domicile, les clubs de déjeuner pour encourager les repas en société, les services de livraison de repas et de nourriture et les services d'aide aux tâches ménagères.

- Organiser des activités d'exercice en groupe et des événements sociaux pour favoriser la participation et lutter contre l'isolement social et la solitude, par exemple en aidant les personnes âgées à utiliser la technologie numérique pour rester en contact avec leur famille, leurs amis et la communauté.
- Organiser des événements et des campagnes d'information pour soutenir l'autosoin et l'autogestion, tant pour les personnes âgées que pour leurs aidants.
- Favoriser l'accès aux établissements de soins de santé et aux services, en livrant des médicaments, en fournissant des moyens de transport et en proposant des lieux et des horaires réguliers pour les services de proximité, y compris les camps de santé et les événements de vaccination.
- Créer et animer des groupes de soutien, y compris des groupes de soutien par les pairs pour les personnes âgées et les aidants, et des groupes axés sur des questions spécifiques, afin de favoriser le bien-être psychosocial.
- Assurer la liaison avec les entreprises et les établissements locaux pour les sensibiliser à des questions spécifiques, par exemple en fournissant aux magasins, cafés, marchés et kiosques des conseils sur la meilleure façon d'interagir avec une personne présentant un déclin cognitif, ou en demandant aux établissements locaux de mettre leurs toilettes à la disposition des personnes âgées.
- Créer une banque de ressources contenant des informations et des conseils sur la manière d'accéder à d'autres services et aides, tels que des aides financières, des livraisons de repas à domicile, des services de réparation, de nettoyage ou de jardinage. Ces types de soutien peuvent être particulièrement importants pour les aidants, qui peuvent difficilement trouver le temps nécessaire pour ces activités. L'accès à ces services peut contribuer à réduire les contraintes de temps des aidants et le stress qui en découle, et leur permettre de se concentrer davantage sur la personne dont ils s'occupent tout en prenant des pauses pour eux-mêmes.
- Contrôler la mise en œuvre d'ICOPE et demander aux prestataires de services (à but lucratif et non lucratif) et aux décideurs de rendre compte des engagements qu'ils ont pris en faveur de la prestation de soins intégrés aux personnes âgées.

4.1.4

Collaboration et coordination entre les agents de santé pluridisciplinaires

La collaboration et la coordination entre les agents de santé et les agents des services sociaux, issus de différents niveaux et types de soins de santé et de services sociaux, sont essentielles à la réussite de la prestation de soins intégrés aux personnes âgées. → 3.4 Bien que les agents de santé des établissements de soins primaires puissent fournir de nombreux services et que des services spécialisés puissent être disponibles dans les établissements de soins primaires dans certains contextes, la collaboration est essentielle pour garantir la mise en place de filières d'orientation permettant un accès rapide aux services spécialisés, y compris pour la prestation de soins de courte durée, ainsi qu'au secteur social.

Cette coordination et cette collaboration peuvent être guidées par un coordinateur de soins ou un gestionnaire de cas et doivent être soutenues par une équipe pluridisciplinaire (Encadré 3.2, p. 35). Des professionnels de santé spécialistes peuvent être nécessaires dans les situations où des connaissances et des compétences plus pointues sont requises, au-delà de celles que peuvent offrir les agents de santé formés aux soins primaires. Il s'agit notamment des ophtalmologues, des audiologistes, des psychologues, des dentistes, des professionnels de la santé chargés des soins gériatriques (Encadré 4.3), des services de réadaptation et des soins palliatifs.

Encadré 4.3 Soins gériatriques

Les spécialistes en soins gériatriques jouent un rôle important, lorsqu'ils sont disponibles, dans la prestation de soins intégrés aux personnes âgées, y compris pendant les épisodes aigus et dans la prise en charge des affections de longue durée. Les soins gériatriques sont dispensés par des gériatres, assistés d'infirmiers en gériatrie et d'autres professionnels de la santé. Les gériatres, médecins spécialisés dans les soins aux personnes âgées, possèdent l'expertise nécessaire pour évaluer et gérer les besoins de santé des personnes âgées et leurs conséquences sociales, y compris les syndromes gériatriques tels que les chutes, l'IU, les plaies de pression et la confusion, ainsi que la prise en charge de la polymédication. Les gériatres et les infirmiers en gériatrie accompagnent les personnes âgées pour assurer leur autonomie. Ils doivent faire partie intégrante d'une équipe pluridisciplinaire et peuvent soutenir les autres membres de l'équipe.

4.2

Intégration entre les services et les secteurs

Outre la coordination et la collaboration entre les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du parcours de soins ICOPE et des soins intégrés en général, l'intégration entre les services et les secteurs est fondamentale.

Par exemple, des pertes dans un certain nombre de domaines de capacité intrinsèque augmentent le risque de chute d'une personne âgée. Par conséquent, le soutien et les services de prévention des chutes doivent prendre en compte toutes les pertes et tous les facteurs de risque d'une personne âgée. Les services et le soutien suivants sont susceptibles d'être nécessaires en cas de pertes et de pathologies multiples.

4.2.1

Services de réadaptation

La réadaptation est un ensemble d'interventions destinées à optimiser le fonctionnement (le terme « fonctionnement » est un terme générique utilisé dans le secteur de la réadaptation pour désigner les fonctions et structures corporelles, les activités et la participation), à soulager la douleur et à réduire le handicap. Elle est efficace pour raccourcir le temps de récupération, prévenir les complications liées aux affections aiguës et chroniques et améliorer la capacité intrinsèque et l'aptitude fonctionnelle. Les interventions de réadaptation comprennent des techniques et des procédures thérapeutiques, des exercices et de l'entraînement [par exemple, des exercices de renforcement musculaire, un entraînement cognitif, des exercices de respiration, un entraînement à la pratique des activités de la vie quotidienne (AVQ), des compétences sociales ou des compétences en matière de communication], la fourniture de produits d'assistance et la formation à leur utilisation, ainsi que des modifications de l'environnement. Les interventions de réadaptation portent également sur les compétences d'autogestion, y compris l'éducation et les conseils sur l'état de santé ou les exercices autogérés, ainsi que la formation des aidants et de la famille aux techniques et aux tâches liées aux soins.

Les différents services de santé et sociaux doivent être regroupés et fournis de manière à répondre aux besoins globaux d'une personne âgée, plutôt que de traiter une à une les pertes de capacité intrinsèque ou des pathologies spécifiques.

Les services de réadaptation sont généralement fournis par une série de professionnels de la santé, notamment des infirmières de réadaptation, des médecins, des psychologues, des ergothérapeutes et des physiothérapeutes. Toutefois, les agents de santé des établissements de soins primaires peuvent également être formés à fournir un ensemble limité d'interventions de réadaptation. Il est important d'autonomiser une personne bénéficiant de services de réadaptation en l'éduquant et en la conseillant, en la motivant et en l'encadrant, et en lui apportant un soutien. Les questions de sécurité doivent toujours être prises en considération pour résoudre les problèmes qui peuvent survenir au cours des interventions de réadaptation.

Des interventions de réadaptation peuvent être nécessaires à la suite d'une perte de capacité intrinsèque, en relation avec des maladies et des facteurs de risque, et pour soutenir l'environnement social et physique d'une personne âgée. L'*Ensemble d'interventions pour la réadaptation* de l'OMS décrit les interventions de réadaptation et fournit des informations sur les besoins en main-d'œuvre, les produits d'assistance, l'équipement et les consommables. En voici quelques exemples dans les domaines de la capacité intrinsèque :

- **Déclin cognitif** : Les interventions de réadaptation visent à améliorer des fonctions cognitives spécifiques et à aider les individus à compenser le déclin cognitif. Il existe un certain nombre d'interventions qui peuvent être utilisées pour stimuler la mémoire avec des produits d'assistance, notamment des aides-mémoires et des piluliers. La thérapie de stimulation cognitive, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et l'entraînement cognitif sont souvent dispensés par des psychologues ou des ergothérapeutes en services de réadaptation, en fonction de la capacité des soins de santé. → 5
- **Mobilité réduite** : Les interventions de réadaptation comprennent des exercices guidés et des entraînements, mais aussi des conseils sur la manière de commencer et de poursuivre des exercices personnalisés de manière indépendante, qui s'intègrent dans la routine quotidienne de la personne, et doivent permettre de vérifier les progrès réalisés par rapport aux interventions fournies. Les interventions peuvent cibler la fonction articulaire et musculaire, la force musculaire et les douleurs et gonflements associés à des affections musculosquelettiques telles que l'arthrose, l'ostéoporose et la sarcopénie. Elles peuvent également inclure une intervention nutritionnelle en tant que composante essentielle pour les personnes à mobilité réduite. → 6

- **Dénutrition due à des difficultés de déglutition (dysphagie) :** Les interventions de réadaptation comprennent l'instruction et la formation à différents techniques et exercices, tels que les techniques posturales, la déglutition supraglottique, les exercices de renforcement des muscles expiratoires pour améliorer la succion des aliments, la mastication, la manipulation des aliments dans la bouche, la salivation et la déglutition ; et des conseils sur la modification de la consistance des aliments. Ces techniques sont pratiquées de manière répétitive et, si possible, de manière autonome. → 7
- **Déficience visuelle :** Les interventions de réadaptation comprennent la fourniture de produits d'assistance optiques, non optiques et électroniques, des conseils pour optimiser le cadre de vie, une formation à l'orientation, à la mobilité et aux capacités visuelles, ainsi qu'un soutien psychologique. → 8
- **Perte auditive :** Les interventions de réadaptation comprennent la fourniture et la formation à l'utilisation d'appareils auditifs et de produits d'assistance, ainsi que la thérapie de la parole et du langage pour améliorer les compétences perceptives et développer les capacités de communication et linguistiques. Les interventions comprennent également une formation à l'utilisation de la langue des signes et d'autres moyens de substitution sensorielle, tels que la lecture labiale, l'utilisation de l'écriture dans la paume de la main ou Tadoma, la communication par signes. Ces interventions sont souvent assurées par des audiologistes et des orthophonistes. → 9

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

🔗 **Ensemble d'interventions pour la réadaptation.** OMS ; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374993>).

🔗 **Module 2 : Les affections musculosquelettiques** (<https://iris.who.int/handle/10665/370503>).

🔗 **Module 3 : Les affections neurologiques** (<https://iris.who.int/handle/10665/370504>).

🔗 **Module 6 : Les affections sensorielles.** (<https://iris.who.int/handle/10665/370508>).

🔗 **Formation aux produits d'assistance (TAP).** TAP ; 2024 (<https://www.gate-tap.org/>).

4.2.2

Produits d'assistance

Les produits d'assistance (également appelés dispositifs d'assistance ou aides) comprennent les déambulateurs, les aides pour manger et boire, les lunettes, les piluliers, les produits pour l'incontinence, les dispositifs d'aide à la mémoire et les aides auditives. Ils peuvent contribuer au maintien ou à l'amélioration de l'aptitude fonctionnelle d'une personne, et donc de son indépendance, en prenant en compte les pertes de capacité intrinsèque, les maladies associées et les adaptations nécessaires à l'environnement d'une personne âgée. Ils peuvent également être utilisés pour prévenir les complications secondaires, par exemple les chaussures pour diabétiques ou les matelas anti-escarres, et peuvent réduire la charge de travail des aidants.

Les produits d'assistance appropriés doivent être sélectionnés après discussion avec des agents de santé qualifiés. Les attitudes stigmatisantes à l'égard des produits d'assistance, liées au validisme, doivent être prises en compte et peuvent devoir être combattues pour garantir l'utilisation de ces produits par les personnes âgées. Dans le même temps, une utilisation inutile peut conduire à une dépendance, ce qui pourrait réduire l'indépendance.

Les étapes suivantes de la fourniture de services sont nécessaires pour garantir l'utilisation appropriée des produits d'assistance :

1. Sélectionner le produit le mieux adapté aux besoins d'une personne.
2. Adapter le produit à la personne.
3. Apprendre à la personne (et aux aidants) à utiliser et entretenir son produit.
4. Un suivi continu pour vérifier si les besoins de la personne ont changé et pour effectuer les travaux d'entretien et de réparation nécessaires.

Les produits d'assistance peuvent être fournis par le secteur de la santé et/ou le secteur social par un personnel dûment qualifié. Par exemple, une aide auditive sera probablement fournie par un agent de santé, tandis que le secteur du soin social peut être responsable de la mise en place et de la gestion des boucles auditives. Les fauteuils roulants, les cannes et les déambulateurs sont généralement fournis par le système de santé, tandis que l'installation à domicile des barres d'appui et d'autres systèmes d'aide au déplacement peut être organisée par les services sociaux. Les types de produits fournis par les différents

secteurs dépendront des systèmes nationaux. Il est important que la personne âgée et son/ses aidant(s) reçoivent des informations sur les produits d'assistance, sur l'endroit où ils sont disponibles, sur leur utilisation et sur leur entretien.

Certains produits d'assistance simples peuvent être fournis par les agents de santé en soins primaires, moyennant une formation supplémentaire. Cela peut réduire la nécessité de prendre plusieurs rendez-vous dans différents services spécialisés. La formation aux produits d'assistance (TAP) de l'OMS est disponible en complément de la formation des agents de santé à l'identification et à la fourniture d'une gamme de produits d'assistance simples. Il s'agit d'une ressource en ligne avec des modules de formation organisés en six domaines : vision, audition, cognition, communication, mobilité et autosoin (soins personnels).

Des exemples de produits d'assistance pour différents domaines de capacité intrinsèque sont inclus dans les sections sur les environnements sociaux et physiques des chapitres 5 à 13.

4.2.3

Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont une approche qui améliore la qualité de vie des patients et de leurs familles confrontés à des problèmes liés à une maladie potentiellement mortelle et qui les aide à vivre de manière aussi autonome et active que possible. Ils préviennent et soulagent la souffrance par l'identification précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et d'autres problèmes, qu'ils soient physiques, psychosociaux ou spirituels. Ils comprennent également des services destinés à aider les familles à faire face à la détresse émotionnelle, sociale ou spirituelle pendant la maladie du patient et pendant le deuil.

Les soins palliatifs doivent être dispensés par une équipe pluridisciplinaire en soins primaires, y compris au domicile des personnes âgées, en fonction de leurs besoins et de leurs préférences, et selon une approche intégrée, parallèlement aux traitements curatifs ou de soulagement des symptômes proposés. Tous les agents de santé doivent posséder des compétences de base en soins palliatifs pour gérer les symptômes, prescrire des médicaments essentiels en soins palliatifs (y compris la morphine et d'autres opioïdes) et intégrer les soins palliatifs dans un plan de soins personnalisé. Lorsqu'ils sont disponibles, les soins palliatifs spécialisés peuvent aider à prendre en charge la douleur complexe et d'autres symptômes, et à soulager la souffrance multidimensionnelle.

La planification préalable des soins devrait faire partie des pratiques habituelles. Il est important de discuter et de documenter la désignation d'un mandataire pour les soins de santé et les préférences de la personne en ce qui concerne les soins futurs. Ces discussions devraient inclure des informations sur les préférences en matière de lieu de soins et de lieu de décès (par exemple, domicile, établissement résidentiel de SLD), les choix relatifs aux traitements médicaux, y compris le transfert à l'hôpital et les soins intensifs qui peuvent potentiellement maintenir la vie, mais qui imposent un fardeau important et une souffrance potentielle, les pratiques spirituelles importantes et les questions pratiques entourant la mort.

Chez les personnes âgées susceptibles de connaître un déclin important, en particulier de leurs capacités cognitives ou de communication, il est essentiel de discuter et de prendre des décisions concernant les soins de fin de vie dès que possible. Ces conversations doivent être menées avec tact, en tenant compte des perceptions et des attitudes individuelles et culturelles à l'égard de la mort et du décès, ainsi que de la compréhension des soins palliatifs et des avantages qu'ils procurent.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

-  **Soins palliatifs : gestion des symptômes et soins de fin de vie.** OMS ; 2004 (<https://iris.who.int/handle/10665/68753>).
-  **Directives de l'OMS pour la prise en charge pharmacologique et radiothérapeutique de la douleur cancéreuse chez l'adulte et l'adolescent.** OMS ; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/279700>).
-  **Intégrer les soins palliatifs et le soulagement des symptômes dans les soins de santé primaires.** OMS ; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/274559>).

4.2.4

Médicament(s) inapproprié(s) et polymédication

Les personnes âgées atteintes de maladies multiples peuvent être plus susceptibles de présenter des modifications de la pharmacocinétique et de la pharmacodynamique. Le vieillissement physiologique des voies métaboliques/ cataboliques ayant un impact sur les systèmes organiques, y compris les fonctions rénales et hépatiques, entraîne un risque accru de réactions indésirables aux médicaments. Il est essentiel de s'assurer que les médicaments sont adaptés à l'individu afin d'en tirer le maximum de bénéfices avec le moins d'effets néfastes possible.

On parle de médicament inapproprié lorsqu'un médicament est prescrit alors qu'il n'est pas nécessaire ou ne l'est plus pour les raisons suivantes :

- aucune donnée probante ne justifie la prescription du médicament, la raison pour laquelle le médicament a été prescrit n'est plus valable ou la dose est inutilement élevée ;
- un ou plusieurs médicament(s) n'atteignent pas leurs objectifs thérapeutiques ;
- un médicament ou la combinaison de plusieurs médicaments provoque ou risque de provoquer des effets indésirables ; et
- le patient n'est pas disposé à prendre un ou plusieurs médicaments comme prévu ou n'est pas en mesure de le faire.

La polymédication est communément décrite comme l'utilisation quotidienne de cinq médicaments ou plus, y compris les médicaments en vente libre, les médicaments délivrés sur ordonnance ou les médicaments traditionnels et complémentaires. Cette utilisation de médicaments multiples peut être associée à des réactions indésirables et augmente le risque de conséquences négatives pour la santé, entraînant des pertes de capacité intrinsèque potentiellement évitables et des admissions en hôpital de soins intensifs.

Les personnes âgées qui reçoivent des soins fragmentés ou qui ont été hospitalisées récemment (transition des soins) et celles qui souffrent de multimorbidité courent un plus grand risque de polymédication ou d'utilisation de médicaments inappropriés, ce qui souligne l'importance des soins intégrés centrés sur la personne.

Une revue des médicaments repose sur une évaluation structurée des médicaments d'un patient dans le but d'optimiser leur utilisation et d'améliorer les résultats en matière de santé. Dans la mesure où les médicaments inappropriés et la polymédication peuvent contribuer à des pertes dans de multiples domaines de la capacité intrinsèque, l'évaluation approfondie doit inclure un examen des médicaments. Les risques peuvent être réduits en éliminant les médicaments inutiles et inefficaces ainsi que les médicaments qui partagent un même principe actif, et en les remplaçant par des médicaments alternatifs si la poursuite d'un traitement médicamenteux est nécessaire (**Encadré 4.4**, p. 50).

Les parties prenantes communautaires peuvent jouer un rôle dans la lutte contre les médicaments inappropriés et l'amélioration de l'observance des traitements. Les agents de santé communautaires peuvent collaborer avec les pharmaciens locaux pour garantir l'accès des personnes âgées aux médicaments, conformément aux réglementations locales. Ils peuvent également aider les personnes âgées à prendre correctement leurs médicaments et organiser des campagnes d'éducation et de sensibilisation au niveau communautaire sur l'utilisation sûre des médicaments, y compris ceux contre la douleur.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

 **Sécurité des médicaments dans la polymédication : rapport technique.** OMS ; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/325454>).

4.2.5

Prévention des chutes

Les déclin dans n'importe quel domaine de capacité intrinsèque peuvent augmenter le risque de chutes. L'environnement physique et la manière dont une tâche ou une activité est exécutée peuvent également être des facteurs. Il est donc important d'envisager des interventions portant à la fois sur la capacité intrinsèque et les facteurs environnementaux en efforts visant à réduire les risques et à prévenir les chutes. Grâce à une formation, les agents de santé peuvent évaluer le risque de chute. Si une visite à domicile n'est pas possible, ils peuvent donner des instructions générales à la personne âgée et/ou à l'aidant sur la manière d'identifier les dangers domestiques et de créer un environnement plus sûr au domicile.

Encadré 4.4 Comment prescrire de manière appropriée et réduire les erreurs de médication ?

- Obtenir un historique complet des médicaments, y compris les médicaments en vente libre et les médicaments traditionnels, complémentaires et à base de plantes, ainsi que les médicaments qui ont été arrêtés en raison d'un manque d'efficacité ou d'effets secondaires.
- Évaluer si les médicaments peuvent avoir un effet négatif sur la capacité intrinsèque.
- Éviter de prescrire avant d'avoir posé un diagnostic, sauf en cas de douleur aiguë sévère.
- Essayer d'abord un traitement non pharmacologique, le cas échéant.
- Réviser régulièrement les médicaments, y compris après un événement de santé majeur ou une sortie d'hôpital (transition des soins) et avant de prescrire un nouveau médicament.
- Surveiller les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la toxicité des médicaments.
- Essayer d'utiliser un seul médicament pour traiter deux ou plusieurs affections (par exemple, des antidépresseurs pour améliorer l'humeur et gérer les troubles du sommeil) et identifiez les possibilités de réduire le nombre de médicaments.
- Fournissez une carte posologique et mettez des piluliers à disposition.
- Éduquer la personne âgée et l'aidant sur chaque médicament, y compris les symptômes des effets secondaires potentiels et la situation dans laquelle alerter les agents de santé, ainsi que sur l'importance de vérifier les dates de péremption.
- Si de nouveaux symptômes apparaissent, vérifier s'ils peuvent résulter d'une réaction indésirable au médicament.
- Utiliser des images ou des aides visuelles pour les explications si une personne âgée a des problèmes d'alphabétisation ou d'autres difficultés de lecture et soyez conscient de toute perte auditive qui pourrait affecter la communication et la compréhension.

Remarque : En cas de doute sur la possibilité d'arrêter un médicament en toute sécurité, il convient de s'adresser à un agent de santé compétent (pharmacien, gériatre, etc.).

Il peut s'agir de réduire le désordre, d'enlever les tapis mal fixés et les surfaces ou revêtements de sol glissants, d'aplanir les aspérités des sols et des marches, de déplacer les meubles et autres objets durs pour créer un chemin de passage large et dégagé, d'améliorer l'éclairage et l'accès aux toilettes, en particulier la nuit, d'ajouter des mains courantes dans les escaliers et des barres d'appui dans la salle de bains. Une rampe d'accès à l'entrée principale facilitera l'accès aux personnes en fauteuil roulant et à celles ayant des difficultés à monter les marches.

Une évaluation complète du risque de chute comprend :

- Recueillir les antécédents de chutes, y compris les détails des activités pratiquées.
- Une évaluation de :
 - Capacité intrinsèque : mobilité qui comprend la fonction musculaire et articulaire, la démarche, l'équilibre et la flexibilité ; vision ; cognition.
 - État cardiovasculaire et neurologique.
 - Urgence mictionnelle, incontinence ou nycturie (se réveiller pour uriner la nuit).
 - Problèmes podologiques, y compris les déformations des pieds et la neuropathie périphérique due à des maladies sous-jacentes telles que le diabète et l'arthrite.
 - Peur de tomber.
- Une évaluation de l'environnement physique du domicile et des environs afin de déceler les risques éventuels.
- Revue des médicaments tels que les médicaments psychotropes.

Certaines personnes auront besoin d'une évaluation et d'une prise en charge plus approfondies pour des troubles tels que la syncope, l'épilepsie et les troubles neurologiques tels que la maladie de Parkinson. L'évaluation et la gestion complètes du risque de chute d'une personne requièrent des connaissances spécialisées.

Le risque de chute peut être réduit par les actions suivantes :

- Améliorer l'équilibre et la coordination de la personne âgée grâce à des exercices multimodaux tels que le tai-chi.
- Identifier les besoins d'aménagement du domicile et d'adaptation de l'environnement physique. Les pertes spécifiques de capacité intrinsèque d'une personne détermineront les adaptations environnementales les plus importantes.
- Identifier les besoins en produits d'assistance tels que des lunettes pour la déficience visuelle et des chaussures adaptées, et orienter les patients vers un service d'évaluation et de délivrance d'ordonnances. Les personnes âgées doivent être encouragées à porter des chaussures fermées et solides dans la maison, plutôt que des chaussures faciles à enfiler.

- Une revue des médicaments afin d'identifier les médicaments inappropriés et de retirer les médicaments inutiles ou nocifs.
- En ce qui concerne les personnes souffrant de déficience visuelle, des modifications spécifiques peuvent être apportées au domicile et dans les zones de déplacement habituelles de la personne afin de rendre les tâches quotidiennes et les activités de loisirs plus sûres et plus faciles et de réduire le risque de chutes. → 8.6.2
- **Améliorer l'éclairage** : un bon éclairage est particulièrement important pour la vision de près. Installer des lampes dans les couloirs, les escaliers, les placards et les petits espaces sombres pour fournir un éclairage direct. De préférence, la lumière doit être placée sur le côté de la personne (sans créer d'ombre).
- **Réduire l'éblouissement** : une lumière plus claire est généralement préférable. Cependant, l'éblouissement dû au soleil ou aux lumières vives peut gêner certaines personnes.
- **Créer des contrastes** : un bon contraste à l'intérieur des objets et entre eux les rend plus faciles à voir, à trouver ou à éviter. Utiliser un marquage très contrasté sur les bords des marches (en particulier pour les personnes qui ne voient que d'un œil), utiliser des assiettes colorées pour que les aliments ressortent par contraste, utiliser un stylo noir pour écrire, colorer les manches des outils ménagers et de cuisine pour les rendre plus visibles et plus sûrs (par exemple en enveloppant le manche d'un couteau avec du ruban adhésif de couleur vive ou en le peignant).

Les agents de santé peuvent donner des conseils sur les éléments à prendre en compte en matière de logement et d'initiatives en faveur des personnes âgées.

Les parties prenantes communautaires peuvent soutenir les efforts visant à créer des environnements favorables aux personnes âgées à l'intérieur et à l'extérieur du domicile, notamment par le biais de programmes de domicile amies des aînés ou d'initiatives visant à cartographier et à auditer la zone environnante. Cela pourrait prendre la forme d'un audit des espaces verts, de l'accès aux bancs et aux toilettes publiques, ainsi que des services et des équipements locaux. La cartographie des zones problématiques, y compris les endroits où les buissons et l'herbe envahissent les chemins, les obstacles au sol comme les arbres et les rochers qui bloquent les passages, et les trous dans les sentiers, peut fournir des informations que les parties prenantes communautaires, y compris les clubs ou associations de personnes âgées, peuvent utiliser pour plaider en faveur de travaux de réparation ou d'entretien auprès des autorités locales. Les parties prenantes communautaires concernées peuvent également collaborer avec les autorités locales pour entreprendre ce travail, à condition de bénéficier d'une formation, d'un soutien et d'une rémunération appropriés.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- 🔗 **Marcher en toute sécurité : stratégies pour prévenir et gérer les chutes tout au long de la vie.** OMS ; 2012 (<https://iris.who.int/handle/10665/340962>).
- 🔗 **Programme pilote de mise en œuvre des soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE) : Résultats de la phase de préparation.** OMS ; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/353553>).
- 🔗 **Base de données mondiale des pratiques favorables aux personnes âgées.** OMS ; 2024 (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/age-friendly-practices/>).
- 🔗 **Réseau mondial de l'OMS pour des villes et des communautés amies des aînés.** OMS ; 2024 (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-network/>).



5

Cognition

Parcours de soins pour la prise en charge du déclin cognitif



Le déclin cognitif se manifeste différemment chez chaque personne et peut inclure une augmentation des oublis, une perte d'attention, des difficultés linguistiques, des changements dans le jugement et une capacité réduite à résoudre des problèmes. Il est associé à des pathologies, telles que la perte d'audition, et à des maladies non transmissibles comme la dépression, l'hypertension, le diabète, la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence. Le manque d'exercice physique, l'isolement social et un faible niveau d'éducation sont d'autres facteurs qui augmentent le risque de déclin cognitif.

Le déclin cognitif est souvent accompagné de changements d'humeur, de contrôle émotionnel, de comportement ou de motivation, et il devient particulièrement préoccupant lorsqu'il commence à interférer avec la capacité d'une personne à fonctionner efficacement dans son environnement (démence). Il a des répercussions physiques, psychologiques, sociales et économiques, non seulement pour la personne atteinte de déclin cognitif, mais aussi pour ses aidants, sa famille et la société dans son ensemble. Le déclin cognitif et la démence ne font pas partie du vieillissement normal et de nombreuses personnes vieilliront sans connaître de déclin cognitif ou de démence. La prévalence estimée de la démence chez les personnes âgées de plus de 60 ans en 2019 varie selon les régions, de 2,9 % en Asie du Sud-Est à 6,5 % en Europe. La prévalence mondiale augmente rapidement avec l'âge, passant de 1,1 % chez les personnes âgées de 60 à 64 ans à 35,9 % chez les personnes âgées de 90 ans et plus (20).

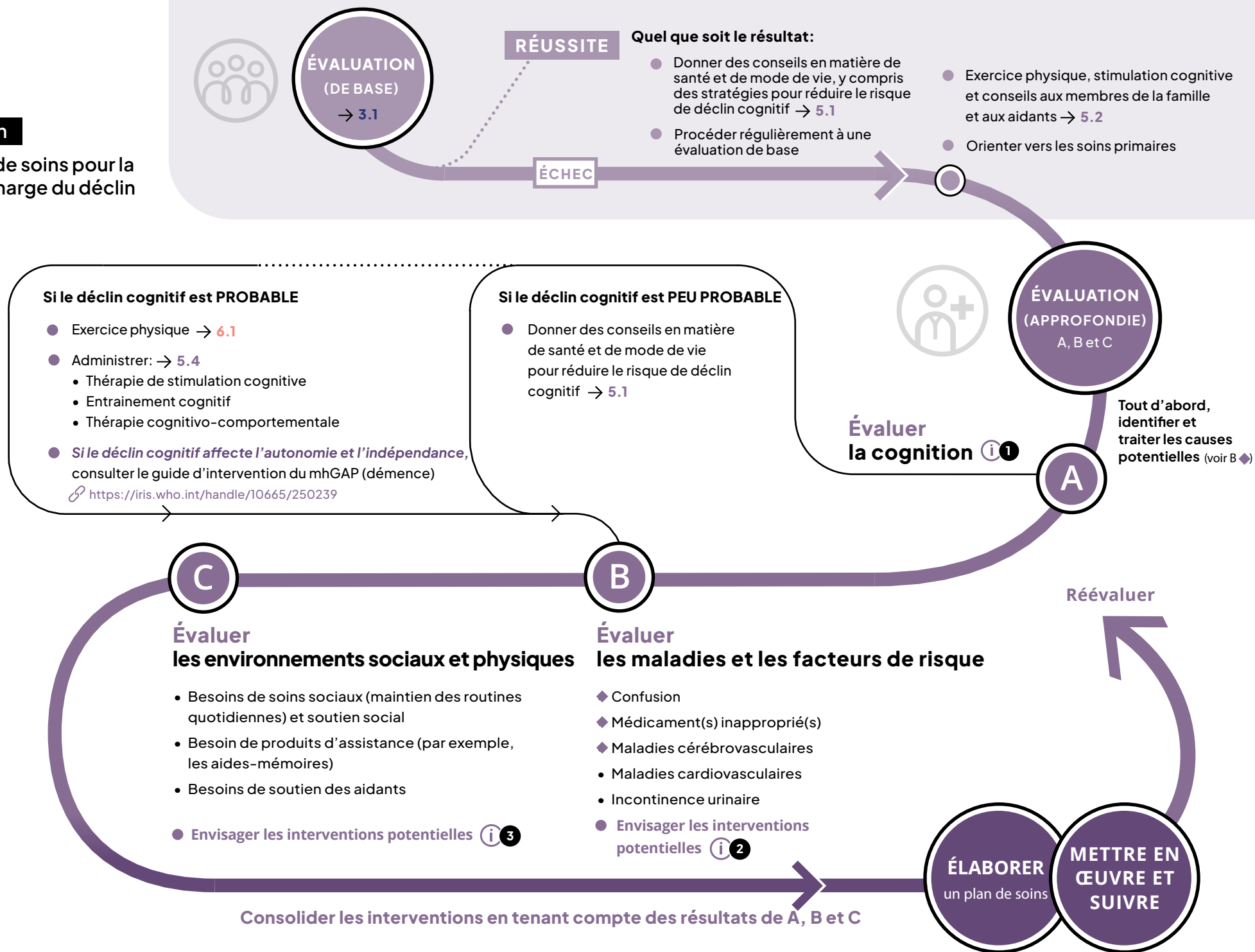
Points clés

- Les agents de santé de la communauté peuvent procéder à une évaluation de base du déclin cognitif à l'aide d'une série de questions.
- La promotion d'un mode de vie sain, incluant l'exercice physique, la stimulation cognitive et l'engagement social, peut optimiser la santé cérébrale, y compris pour les personnes atteintes de déclin cognitif.
- Les aidants des personnes atteintes de déclin cognitif ou de démence ont besoin de conseils sur la manière de fournir des soins appropriés, ainsi que d'un soutien pour leur propre santé et leur bien-être.
- Pour une personne atteinte de démence, une approche plus spécifique, ciblée ou adaptée est nécessaire.
- Les parties prenantes communautaires peuvent sensibiliser au déclin cognitif, en soulignant que les personnes atteintes de déclin cognitif ou de démence ne devraient pas être victimes de stigmatisation ou de discrimination et que leurs droits et leur dignité devraient être protégés. Elles peuvent aider les personnes atteintes de déclin cognitif à rester en contact avec la société.

5

Cognition

Parcours de soins pour la prise en charge du déclin cognitif



Besoin de connaissances et de formations spécialisées

- Prise en charge des personnes souffrant de maladies multiples ou de confusion, et dont le contexte social, y compris l'isolement social, nécessite une approche plus globale
- Prise en charge des comportements et des symptômes psychologiques associés à la démence, tels que la déambulation, l'apathie (perte d'intérêt), l'agitation, l'agressivité, les idées délirantes et les hallucinations
- Thérapie cognitivo-comportementale (5.4.3)

i 1 Évaluer la cognition → 5.3

L'évaluation approfondie des capacités cognitives doit se faire à l'aide d'un outil validé au niveau local. Le **Tableau 5.1** présente une liste d'options pour l'évaluation de la cognition dans les établissements de soins primaires.

Qu'est-ce que la démence?

La démence est un syndrome chronique et progressif dû à des changements dans le cerveau. Si la maladie d'Alzheimer est la forme la plus courante, la démence peut être causée par toute une série de maladies et de lésions cérébrales. La démence se traduit par un déclin des fonctions cognitives et interfère avec les souvenirs et les compétences nécessaires pour accomplir les activités quotidiennes telles que se laver, s'habiller, manger et s'occuper de son hygiène personnelle, ainsi que gérer ses finances et ses affaires personnelles et réaliser les tâches ménagères. D'autres symptômes courants sont la détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social et de la motivation.

Tableau 5.1 Exemples d'outils d'évaluation cognitive succincte à utiliser en soins primaires

OUTIL/TEST	AVANTAGE	INCONVÉNIENT	TEMPS
 Mini-Cog https://mini-cog.com/download-the-mini-cog-instrument/	Bref; langage minimal, sans biais éducatif ni racial; peut constituer un outil de dépistage alternatif	L'utilisation de listes de mots différentes peut affecter la notation	2–4 min
 Montreal cognitive assessment (MoCA) https://mocacognition.com/paper/	Permet d'identifier les troubles cognitifs légers; disponible en plusieurs langues	Préjugés éducatifs et culturels; peu de données publiées; implications en termes de formation et de coûts (par exemple, les droits d'auteur)	10–15 min
 Mini-examen de l'état mental (MMSE) https://www.parinc.com/products/pkey/237	Largement utilisé et étudié	Sujet à des biais liés à l'âge et à la culture, à des effets de plafond et à des implications en termes de formation et de coûts (par exemple, les droits d'auteur)	7–10 min
 General practitioner assessment of cognition (GPCOG) http://gpcog.com.au/index/downloads	Préjugés culturels et éducatifs minimes; disponible en plusieurs langues	Il peut être difficile d'obtenir le rapport d'un informateur	5–6 min
 Échelle universelle d'évaluation de la démence de Rowland (RUDAS) https://www.dementia.org.au/professionals/assessment-and-diagnosis-dementia/rowland-universal-dementia-assessment-scale-rudas	Préjugés linguistiques, éducatifs et socioculturels réduits au minimum	Peu de données publiées	10 min

i 2 Interventions sur les maladies et les facteurs de risque → 5.5

- | | |
|---|--|
| Confusion → | ● Identifier la cause (déshydratation sévère, infection, médicaments, anomalies du métabolisme électrolytique) et la traiter (5.5.1) |
| Médicament(s) inapproprié(s) → | ● Réviser les médicaments et les retirer ou prescrire des médicaments alternatifs (5.5.2) |
| Maladies cérébrovasculaires et cardiovasculaires → | ● Prise en charge des maladies et réduction des facteurs de risque (5.5.3, 5.5.4) |
| Incontinence urinaire → | ● Voir le parcours de soins pour l'incontinence urinaire → 13 |

i 3 Interventions sur les environnements sociaux et physiques → 5.6

- | | |
|--|---|
| Besoins en matière de soins et de soutien sociaux → | ● Permettre la participation sociale et la capacité à maintenir les routines quotidiennes (5.6.1) |
| | ● Fournir des soins personnels et une aide pour les activités de la vie quotidienne (11.6) |
| | ● Identifier et gérer les risques de chutes à domicile et dans les environs (4.2.5) |
| Besoin de produits d'assistance → | ● Fournir des conseils sur les aides-mémoires (notes, rappels et calendriers) (5.6.2) |
| Besoins de soutien de l'aidant → | ● Donner des conseils (5.2.3) et une formation sur la manière d'aider une personne âgée souffrant de déclin cognitif et sur le bien-être des aidants (12.4) |

5.1

Conseils en matière de santé et de mode de vie pour réduire le risque de déclin cognitif



Les agents de santé communautaires et les parties prenantes communautaires peuvent donner aux personnes âgées et à leurs aidants des conseils sur les comportements et les stratégies en matière de santé et de mode de vie visant à réduire le risque de déclin cognitif, ainsi que des conseils d'ordre plus général.

→ **3.1.3** Ce conseil reste pertinent pour les personnes atteintes de déclin cognitif, pour lesquelles la prévention d'une perte supplémentaire peut être possible. Des conseils spécifiques et ciblés peuvent également être utiles aux personnes atteintes de déclin cognitif.

Pour toutes les personnes âgées, il est important de :

- Gérer les facteurs de risque des MCV.
- Faire de l'entraînement cognitif par la pratique répétitive pour améliorer la mémoire.
- Faire régulièrement des activités de stimulation cognitive, seul, comme lire, jouer à des jeux, apprendre quelque chose de nouveau et jouer de la musique.
- Être socialement actif et s'intégrer dans la communauté (par exemple, interagir avec les enfants et les petits-enfants, pratiquer des loisirs, écouter et discuter des actualités et des affaires courantes).
- Prendre en charge la perte auditive et la dépression. → **9** **10**

Pour les personnes âgées présentant un déclin cognitif (potentiel), il est important de :

- Comprendre la nature de leur maladie, les options de traitement disponibles et le soutien.

Les informations peuvent être fournies dans le cadre de conversations individuelles, de réunions, de discussions de groupe et de campagnes de sensibilisation. Ces campagnes plus larges sont importantes pour combattre les idées fausses souvent répandues sur le déclin cognitif. Les communautés doivent être sensibilisées au fait que le déclin cognitif n'est pas une « partie normale du vieillissement » et aux croyances culturelles néfastes associant le déclin cognitif à une « punition » ou à de la « sorcellerie », ainsi qu'à la stigmatisation et aux abus qui peuvent en résulter. La stigmatisation et la discrimination aggravent les conséquences psychologiques, sociales, émotionnelles et financières déjà importantes que la démence a sur les individus, leurs aidants, leurs familles et leurs communautés.

5.2

Soins de santé communautaires pour lutter contre le déclin cognitif



Si une personne âgée est identifiée comme présentant un risque de déclin cognitif lors d'une évaluation ICOPE de base, et qu'une évaluation approfondie n'est pas immédiatement disponible, les agents de santé communautaires et les parties prenantes communautaires peuvent apporter un soutien sous forme d'exercices physiques, de stimulation cognitive et de conseils aux membres de la famille.

5.2.1

Exercice physique

L'activité physique peut réduire le risque d'un (nouveau) déclin cognitif. Une variété d'exercices physiques, y compris des exercices aérobiques d'intensité modérée ainsi que des exercices d'équilibre et de renforcement musculaire tels que le Tai-chi, ont des effets positifs sur les fonctions cognitives et les fonctions de la vie quotidienne (21)(22)(23). Les parties prenantes communautaires peuvent aider les personnes âgées à faire de l'exercice physique (trois à quatre fois par semaine pendant 30 à 45 minutes pendant plus de 12 semaines) en mettant en place et en gérant des programmes d'exercice et en rendant ces programmes accessibles et abordables. → **6.1**

5.2.2

Stimulation cognitive

Grâce à une formation, les agents de santé communautaires et les autres parties prenantes communautaires peuvent soutenir une personne âgée par le biais de la stimulation cognitive. En fonction du contexte et des compétences des parties prenantes communautaires, des sessions individuelles ou collectives peuvent être organisées de manière plus ou moins formelle, par exemple un groupe de danse en ligne, un club d'échecs ou un cours de langue. Les groupes sont efficaces si les membres du groupe partagent un objectif commun.

5.2.3

Conseils aux membres de la famille et aux aidants

Fournir des conseils pratiques pour la vie quotidienne aux membres de la famille et aux aidants peut être utile pour les aider à s'occuper d'une personne âgée présentant un déclin cognitif.

- Aider les personnes âgées à noter leurs rendez-vous, à configurer des rappels et à afficher sur leur réfrigérateur ou sur le mur un calendrier mentionnant ces rendez-vous et l'ordre des tâches à accomplir au cours de la journée.
- Répondre aux besoins de soins sociaux des personnes âgées présentant un déclin cognitif, notamment en élaborant des plans pour les activités de la vie quotidienne (AVQ).
- Fournir des informations d'orientation, telles que la date, les événements en cours dans la communauté, l'identité des visiteurs, la météo, les nouvelles des membres de la famille.
- Encourager et organiser des contacts et des activités avec des amis et des membres de la famille au domicile et dans la communauté.
- Rendre et maintenir le domicile sûr pour réduire le risque de chutes et de blessures. → 4.2.5
- Afficher des panneaux dans la maison pour aider la personne à s'orienter (par exemple, pour les toilettes, la chambre, la porte donnant sur l'extérieur).
- Organiser des activités sociales et participer à ces activités (en fonction des capacités de la personne). → 9 10

- Se renseigner sur la nature de la maladie de la personne dont vous vous occupez et comprenez-la, ainsi que sur les options de traitement et le soutien disponibles.
- L'importance de prendre soin de sa propre santé et de son bien-être. → 12

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

 **Réduction du risque de déclin cognitif et de démence : Lignes directrices de l'OMS.**
OMS ; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/312180>).



 **Version d'essai sur le terrain : boîte à outils communautaire mhGAP : Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP).**
OMS ; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/328742>).

 **Vers une société inclusive pour les personnes atteintes de démence : Boîte à outils de l'OMS pour des initiatives en faveur des personnes atteintes de démence.** OMS ; 2021
(<https://iris.who.int/handle/10665/343780>).

5.3

Évaluer la cognition



La cognition est un processus associé à la pensée, qui comprend le raisonnement, la mémoire, le jugement, la résolution de problèmes et la planification. Une étape importante, avant tout test diagnostique de la cognition, consiste à identifier et à traiter toute cause réversible (◆). → 5.5

Presque toutes les évaluations cognitives standard utilisées pour l'évaluation de base ou le diagnostic du déclin cognitif supposent un niveau d'éducation minimal (**Tableau 5.1**, p. 55). Si une personne a un faible niveau d'éducation ou est analphabète, l'évaluation cognitive peut être limitée (24) (25). D'autres facteurs socioculturels, tels que la langue utilisée et le statut socio-économique, peuvent également affecter l'efficacité d'une évaluation. Ces facteurs doivent être pris en compte et, le cas échéant, l'entretien et le jugement clinique doivent être privilégiés. Pour ces personnes, il est fortement recommandé de s'inscrire à un programme d'alphabétisation pour adultes (le cas échéant), car cela favorise la santé cérébrale.

Le parcours de soins décrit deux voies différentes basées sur les résultats d'une évaluation cognitive approfondie. Les personnes dont la cognition est jugée normale doivent néanmoins faire l'objet d'une évaluation pour les maladies et les facteurs de risque, ainsi que de l'environnement social et physique.

Une personne présentant un déclin cognitif doit également être évaluée pour déterminer si elle éprouve des difficultés dans les AVQ ou les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Les résultats de leur évaluation de base pour d'autres domaines liés à la capacité intrinsèque, tels que la mobilité limitée, la perte auditive et les symptômes dépressifs, doivent également être vérifiés et une évaluation approfondie doit être réalisée si nécessaire. → 6 9

10 Ces informations sont importantes pour intégrer les interventions liées à d'autres pertes de capacité intrinsèque et les besoins en matière de soins et de soutien sociaux dans le cadre d'un plan de soins personnalisé. → 11

5.4

Prendre en charge le déclin cognitif



Les interventions visant à gérer le déclin cognitif doivent toujours s'inscrire dans le cadre d'un plan de soins complet et personnalisé portant sur les maladies sous-jacentes (par exemple les MCV), les symptômes tels que la confusion et les facteurs de risque, ainsi que les interventions portant sur d'autres domaines de la capacité intrinsèque.

Pour une personne atteinte de démence, une approche plus spécifique, ciblée ou adaptée est appropriée. Il peut s'avérer nécessaire de faire appel à des spécialistes dans les cas de maladies multiples associées ou de cas de confusion et de symptômes comportementaux et psychologiques tels que la déambulation, l'apathie, l'agitation, l'agressivité, les idées délirantes et les hallucinations.

Outre l'exercice physique et la stimulation cognitive, qui peuvent être fournis dans la communauté, il existe de multiples autres moyens de prendre en charge le déclin cognitif. La thérapie de stimulation cognitive, l'entraînement cognitif, la TCC et l'orientation vers des services de réadaptation (→ 4.2.1), doivent être envisagés conformément aux lignes directrices du *Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives*. Ces interventions sont souvent réalisées par des psychologues ou des ergothérapeutes, mais elles peuvent l'être par un agent de santé qualifié dans un établissement de soins primaires, sous supervision. Des protocoles locaux doivent être appliqués pour l'orientation vers des spécialistes.

La prescription de médicaments contre la démence en cas de déclin cognitif sans diagnostic de démence n'est pas recommandée. Les agents de santé doivent être formés et supervisés afin de garantir leur compétence en matière de diagnostic et de surveillance pour la prescription de médicaments contre la démence.

5.4.1

Thérapie de stimulation cognitive

La thérapie de stimulation cognitive comprend une variété d'approches incluant l'orientation vers la réalité, la validation et/ou la réminiscence. L'approche de groupe standard met l'accent sur l'interaction sociale en stimulant simultanément plusieurs fonctions cognitives et comprend jusqu'à 14 sessions thématiques d'environ 45 minutes chacune, organisées deux fois par semaine. En règle générale, une session peut commencer par une activité d'échauffement non cognitive, puis passer à une série de tâches cognitives, y compris l'orientation vers la réalité (par exemple, un tableau affichant des informations telles que le lieu, la date et l'heure), sous la direction d'un facilitateur. Les sessions sont axées sur différents thèmes, par exemple l'enfance, l'utilisation de l'argent, les jeux de mots, la cuisine ou la musique. Ces activités évitent généralement les rappels de faits et mettent plutôt l'accent sur des questions telles que les suivantes : « Qu'est-ce que ces (mots ou objets) ont en commun ? »

5.4.2

Entraînement cognitif

L'entraînement cognitif fait référence à un ensemble de techniques utilisées pour stimuler la pensée et la cognition avec différents degrés d'ampleur et de spécificité. Il cible des fonctions cognitives isolées (par exemple la mémoire) par la pratique individuelle et répétitive de tâches cognitives standardisées. Par exemple, placer cinq objets de la vie quotidienne (comme, une tasse, un stylo, une clé) sur une table, les étudier pendant une minute, les recouvrir d'un chiffon et essayer ensuite de se les remémorer. Pour faire progresser l'exercice, il est possible d'utiliser un plus grand nombre d'objets et de prolonger le délai entre leur dissimulation et le moment de les énumérer. Les objectifs comprennent l'amélioration ou le maintien des processus cognitifs ou la prise en compte de l'impact de l'altération des processus cognitifs sur l'aptitude fonctionnelle associée dans la vie quotidienne.

Il est important d'encourager les membres de la famille et les aidants à fournir régulièrement aux personnes âgées des informations telles que le jour, la date, le temps, l'heure et le nom des personnes, ce qui les aide à s'orienter dans le temps et l'espace.

La mise à disposition de supports tels que des journaux, des émissions de radio et de télévision, des albums de famille et des objets ménagers peut favoriser la communication, aider une personne âgée à se tenir informée des actualités, stimuler les souvenirs et permettre à la personne de partager et de valoriser ses expériences.



5.4.3

Thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est un terme générique qui recouvre un large éventail d'approches psychologiques visant à améliorer la fonction affective. La TCC met l'accent sur le processus de la pensée plutôt que sur le contenu afin d'aider les personnes à accepter leurs pensées. La TCC peut avoir des effets positifs sur le fonctionnement quotidien et la qualité de vie, ainsi que sur la réduction des symptômes dépressifs en tant qu'état comorbide. → 10.4.2

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES



🔗 **Optimiser la santé cérébrale tout au long de la vie : Note de synthèse de l'OMS.** OMS ; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/361251>).

🔗 **Ligne directrice du Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives: [3e édition].** OMS ; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374250>).

🔗 **Guide d'intervention du mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances dans les structures de soins non spécialisées, version 2.0.** OMS ; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/274363>).

5.5

Évaluer et prendre en charge les maladies associées et les facteurs de risque



L'évaluation des maladies et des facteurs de risque de déclin cognitif doit commencer par l'identification et le traitement des causes possibles (◆). Les pathologies et les facteurs de risque réversibles courants qui peuvent provoquer un déclin cognitif comprennent la confusion, les médicaments et les maladies cérébrovasculaires. Dans certains cas, le traitement de ces pathologies entraîne une amélioration de la cognition. Si le déclin cognitif persiste, une évaluation plus poussée sera nécessaire.

La découverte d'une cause réversible de déclin cognitif implique un bilan diagnostique complet, comprenant parfois des analyses sanguines. Il peut être nécessaire d'explorer plusieurs explications potentielles des symptômes pour parvenir à une approche précise du plan de soins.

5.5.1

La confusion ◆

La confusion est une perte aiguë et fluctuante de la capacité à diriger, déplacer, maintenir et focaliser l'attention. Les personnes peuvent également être désorientées quant à l'endroit où elles se trouvent et à l'heure qu'il est. La confusion se développe sur une courte période et a tendance à se manifester par intermittence au cours de la journée. Il peut s'accompagner d'autres troubles de la perception, de la mémoire, de la pensée, des émotions et de la concentration. Pour une personne souffrant d'un déclin cognitif important, y compris de démence, tout changement soudain de situation, comme un déménagement ou un deuil, peut précipiter l'aggravation de la confusion. Chez la plupart des personnes, les facteurs déclenchants les plus courants sont la maladie, en particulier l'infection, la déshydratation, la prise de nouveaux médicaments, les anomalies métaboliques (telles que l'hypoglycémie, l'hyponatrémie, l'hypothyroïdie, les carences en vitamines), les blessures, l'intoxication par une substance ou le sevrage d'une substance.

5.5.2

Médicament(s) inapproprié(s) ◆

Deux ou plusieurs médicaments peuvent interagir et provoquer des effets secondaires indésirables. → 4.2.4 Les effets nocifs potentiels de ces médicaments peuvent également l'emporter sur leurs avantages pour certaines personnes. Il s'agit notamment des opioïdes, des antidépresseurs, des médicaments psychotropes, des dihydropyridines, des antihistaminiques et des antimuscariniques (26).

5.5.3

Maladie cérébrovasculaire ◆

Les maladies vasculaires du cerveau sont étroitement associées au déclin cognitif. Si le patient a des antécédents d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire, la prévention d'autres événements est la principale approche pour empêcher un nouveau déclin de la cognition.

5.5.4

Maladies cardiovasculaires et facteurs de risque

Les maladies cardiovasculaires et les facteurs de risque, tels que l'hypertension, le diabète et l'hypercholestérolémie, sont des facteurs modifiables du déclin cognitif. Le risque de développer une MCV peut être réduit par l'adoption d'un mode de vie sain. Un diagnostic et un traitement précoces des MCV sont essentiels pour prévenir les complications. Le dépistage de l'hypertension peut être intégré dans la communauté par la mesure de la tension artérielle, suivie d'une orientation rapide. → 3.1.5, 3.2.2 Le dépistage précoce du diabète dans un établissement de soins primaires est encouragé en dépistant les personnes symptomatiques, en surpoids ou obèses. Les personnes atteintes de MCV doivent bénéficier d'un soutien pour garantir l'observance du traitement, y compris des médicaments.

5.5.5

Incontinence urinaire → 13

L'incontinence urinaire est fréquente chez les personnes atteintes de déclin cognitif et doit être évaluée et prise en charge de manière appropriée.

5.6

Évaluer et prendre en charge les environnements sociaux et physiques



5.6.1

Soins et soutien sociaux → 11

Avec la formation et le soutien des agents de santé, les membres de la famille et les aidants peuvent élaborer des plans pour les AVQ qui maximisent l'activité indépendante, améliorent l'aptitude fonctionnelle, aident à adapter et à développer des compétences, et minimisent le besoin de soutien.

Pour les personnes atteintes de démence, des mesures spécifiques peuvent être nécessaires pour faciliter les activités quotidiennes tout en assurant la sécurité de la personne. Ces mesures doivent être adaptées aux capacités de la personne et évoluer en fonction de la progression de son état. Par exemple, une personne présentant des symptômes de démence plus avancés devrait éviter de conduire, éviter d'utiliser le gaz pour cuisiner, cuisiner en présence d'une autre personne et porter sur elle un mot indiquant son nom et son adresse au cas où elle se perdrait.

Les aidants peuvent également informer les amis et les voisins de la démence de la personne, au cas où celle-ci se perdrait et serait retrouvée dans la communauté. Dans certains contextes, des services de téléassistance peuvent être disponibles, comprenant des boutons d'urgence et d'autres dispositifs pour aider les personnes âgées atteintes de démence à rester en sécurité au domicile et dans la communauté, tout en rassurant les aidants.

Les parties prenantes communautaires peuvent contribuer à créer des environnements adaptés aux personnes âgées et aux personnes atteintes de démence, qu'il s'agisse d'espaces extérieurs, de services publics (bibliothèques, cafés, etc.) ou d'entreprises.



5.6.2

Produits d'assistance, y compris les aides-mémoires

Les produits d'assistance, y compris les aides-mémoires (notes, rappels et calendriers), peuvent aider une personne atteinte de déclin cognitif à se souvenir des choses importantes et à continuer de vivre avec une certaine indépendance. Il peut être utile de placer des notes et d'autres rappels au domicile, par exemple une liste ou des images près de la porte pour rappeler à la personne ce qu'elle doit emporter avec elle lorsqu'elle quitte la maison. L'étiquetage des placards pour que la personne puisse savoir où trouver les objets et l'étiquetage des objets en précisant leur utilisation peuvent également être utiles. Si vous disposez d'un smartphone, les alertes, les applications et les fonctions de calendrier peuvent être des aides-mémoires utiles. L'utilisation de boîtes à pilules ou de piluliers peut aider à se souvenir de prendre les médicaments tels qu'ils sont prescrits.

Les notes de rappel peuvent inclure :

- les tâches ménagères
- les médicaments et le moment de les prendre
- des listes de courses
- les numéros de téléphone des amis proches, des parents, des services d'urgence
- comment effectuer des tâches importantes.

5.6.3

Optimiser l'environnement physique pour réduire le risque de chutes

Une évaluation et des modifications de l'environnement physique peuvent être utiles pour réduire le risque de chutes. → 4.2.5

5.6.4

Soutien aux aidants → 12

S'occuper d'une personne âgée atteinte de déclin cognitif, y compris de démence, peut être accablant. À mesure que le déclin cognitif progresse, la personne peut perdre la mémoire et avoir de plus en plus besoin d'aide pour accomplir ses tâches quotidiennes. Elle peut ne pas reconnaître les membres de sa famille ou ses amis et présenter des changements de comportement qui peuvent être pénibles et difficiles à gérer pour les personnes qui s'occupent d'elle. Ces exigences peuvent mettre en péril la santé et le bien-être des aidants.

Il est important que les aidants reçoivent un soutien pour leur bien-être ainsi que des informations et une formation pour renforcer leur capacité à prodiguer des soins.

Ceux-ci peuvent être axés sur l'importance de maintenir une routine quotidienne, d'identifier et de modifier les facteurs de risque de chute liés à l'environnement, de consigner en détail les incidents de chute (→ 4.2.5), sur la manière d'utiliser les produits d'assistance, sur la façon de réagir face à des comportements difficiles et sur la réponse à apporter si la personne dont ils s'occupent ne se souvient pas d'eux.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES



Programme iSupport de l'OMS pour la démence : manuel de formation et de soutien pour les personnes s'occupant de personnes atteintes de démence.

OMS ; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/324794>).

6

Capacité locomotrice

Parcours de soins pour améliorer la mobilité

La santé musculosquelettique désigne la performance du système locomoteur, comprenant les muscles, les os, les articulations, les nerfs et les tissus conjonctifs. La capacité locomotrice est définie comme l'état du système musculosquelettique d'une personne, englobant l'endurance, l'équilibre, la force musculaire, la fonction et la puissance musculaire, ainsi que la fonction articulaire, et la manière dont ces éléments évoluent au fil du temps (27). La mobilité est l'interaction entre la capacité locomotrice et l'environnement d'une personne. La mobilité est un facteur déterminant essentiel pour maintenir l'autonomie et l'indépendance.

L'état nutritionnel est étroitement associé à la capacité locomotrice. La douleur a également un impact sur la mobilité, l'équilibre et la coordination, ce qui peut augmenter le risque de chutes. Il existe des stratégies efficaces pour améliorer et maintenir la capacité locomotrice et la mobilité chez les personnes âgées.



Points clés

- Les agents de santé communautaires peuvent procéder à une évaluation de base de la mobilité réduite à l'aide d'un simple test.
- Un programme d'exercices multimodaux, adapté aux capacités, aux préférences et aux besoins individuels, est l'approche la plus importante pour améliorer ou maintenir la capacité locomotrice, parallèlement aux interventions nutritionnelles.
- Les agents de santé doivent évaluer la douleur et inclure des interventions de gestion de la douleur dans un plan de soins personnalisé.
- Les produits d'assistance peuvent permettre aux personnes âgées de conserver leur mobilité malgré une capacité locomotrice réduite.
- Les adaptations environnementales du domicile et des environs peuvent renforcer l'aptitude fonctionnelle des personnes âgées à mobilité réduite.
- Les organisations communautaires et les personnes âgées elles-mêmes peuvent favoriser l'adhésion à l'activité physique, y compris l'exercice, en mettant en place leurs propres activités et en offrant un soutien par les pairs.

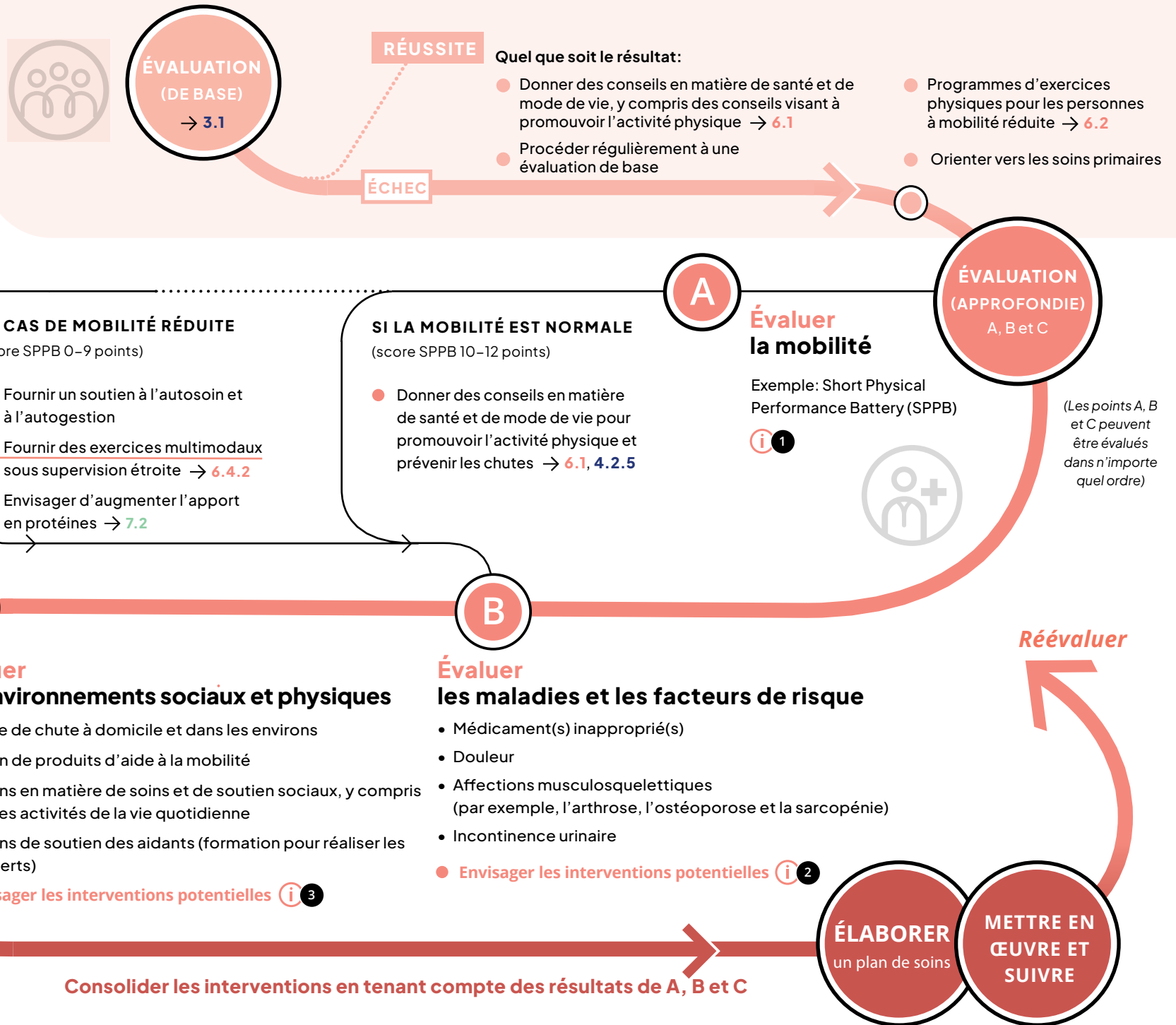
6

Capacité locomotrice

Parcours de soins pour améliorer la mobilité

Exercices multimodaux

Un programme d'exercices multimodaux pour les personnes à mobilité réduite combine différents types d'exercices en mettant l'accent sur les groupes de muscles centraux du dos, des cuisses, de l'abdomen et du bas du corps



Besoin de connaissances et de formations spécialisées

- Réadaptation pour les personnes présentant une perte importante de capacité intrinsèque et une multimorbidité (4.2.1)
- Prise en charge de la douleur chronique qui limite l'activité (6.5.2)
- Prise en charge de la douleur et de la souffrance multidimensionnelle associées à une maladie potentiellement mortelle (4.2.3)
- Exercice sur mesure fondé sur une évaluation des risques pour la sécurité (**Encadré 6.1**)
- Fourniture et entretien des produits d'assistance à la mobilité (6.6.2)

i 1 Évaluer la mobilité → 6.3

Short Physical Performance Battery (SPPB)

Le test SPPB mesure la performance chronométrée de trois tâches, chacune notée sur quatre, pour un score total compris entre 0 (le pire) et 12 (le meilleur).

Décrivez chaque test et demandez à la personne si elle se sent capable de le faire. Dans le cas contraire, donnez une note en conséquence et passez à l'étape suivante.

1. Équilibre: Rester debout pendant 10 secondes, les pieds dans chacune des trois positions. Utilisez la somme des trois scores. Si aucune tentative n'a été faite, mettez fin aux tests d'équilibre.

2. Vitesse de marche: temps nécessaire pour parcourir 4 m

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

3. Lever de chaise: temps nécessaire pour se lever cinq fois d'une chaise

< 11.19 secondes	4 points
11.2–13.69 secondes	3 points
13.7–16.69 secondes	2 points
16.7–59.90 secondes	1 point
> 60 secondes ou impossibilité de le faire	0 points

Score final du test SPPB = somme des scores des trois tests ci-dessus.

i 2 Interventions sur les maladies et les facteurs de risque → 6.5

- Médicament(s) inapproprié(s)** → Réviser les médicaments et les retirer ou prescrire des médicaments alternatifs (6.5.1)
- Douleur** → Prise en charge de la douleur, notamment par l'exercice physique et les interventions psychologiques (6.5.2)
- Affections musculosquelettiques** → Prise en charge des maladies (6.5.3)
- Incontinence urinaire** → Voir le parcours de soins pour l'incontinence urinaire → 13

i 3 Interventions sur les environnements sociaux et physiques → 6.6

- Risque de chute** → Optimiser les environnements physiques à domicile et dans les environs (4.2.5)
- Besoin de produits d'assistance** → Fournir des produits d'aide à la mobilité et donner des conseils sur leur utilisation et leur entretien (6.6.2)
- Besoins en matière de soins et de soutien sociaux** → Fournir des soins personnels et une aide pour les activités de la vie quotidienne (11.6)
→ Favoriser l'accès aux soins de santé et aux médicaments (6.6.3)
- Besoins de soutien des aidants** → Fournir une formation sur le bon positionnement et le transfert d'une personne âgée à mobilité réduite (12.4)

Position debout pieds côte à côte:

Maintenue pendant 10 secondes	1 point
Non maintenue pendant 10 secondes	0 points
Pas tentée	0 points

Position debout en semi-tandem

Maintenue pendant 10 secondes	1 point
Non maintenue pendant 10 secondes	0 points
Pas tentée	0 points

Position debout en tandem

Maintenue pendant 10 secondes	2 points
Maintenue pendant 3 à < 10 secondes	1 point
Maintenue pendant < 3 secondes	0 points
Pas tentée	0 points

Si aucun des éléments ci-dessus n'a été tenté, mettez fin aux tests d'équilibre

Comment la douleur affecte la mobilité → 6.5.2

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle unique et désagréable qui peut limiter les activités et rendre la vie quotidienne difficile. Elle peut provoquer une gêne, limiter les mouvements, affecter le sommeil et la participation sociale. Elle est influencée par les circonstances physiques, psychologiques, sociales, culturelles et spirituelles d'une personne. La douleur peut également avoir un impact sur l'humeur, la motivation, le bien-être général et les symptômes dépressifs. Elle peut être aiguë, mais est souvent chronique (plus de 3 mois) chez les personnes âgées. Une douleur intense associée au mouvement peut limiter ou empêcher l'exercice physique. La prise en charge de la douleur comprend une évaluation complète de la douleur, la compréhension des objectifs de la personne en matière de gestion de la douleur et l'utilisation d'approches non pharmacologiques et pharmacologiques pour parvenir à un contrôle optimal de la douleur.

6.1

Conseils en matière de santé et de mode de vie pour promouvoir l'activité physique



Tout le monde devrait pratiquer une activité physique régulière. Les avantages sont bien établis, y compris pour les personnes âgées et les personnes souffrant de douleurs. Les avantages comprennent la prévention et le contrôle des facteurs de risque de MCV, la réduction des symptômes dépressifs et de l'anxiété et l'amélioration des fonctions cognitives, la promotion et le maintien de la capacité locomotrice et la prévention des chutes, ainsi que l'amélioration de la santé osseuse et la prévention de l'ostéoporose (28).

Les agents de santé communautaires et les autres parties prenantes communautaires peuvent donner des conseils en matière d'activité physique à toutes les personnes âgées, y compris celles qui risquent de perdre leur mobilité. Ces conseils peuvent être fournis en même temps que les conseils plus généraux sur la santé et le mode de vie. → 3.1.3 Les conseils en matière d'activité physique doivent tenir compte de la capacité intrinsèque de la personne, de son environnement social et physique, ainsi que des perceptions culturelles et de l'acceptabilité de l'activité physique dans son contexte. Les conseils devraient également porter sur le fait qu'une activité trop intense, y compris un travail physique, peut ne pas être bénéfique.

Pour toutes les personnes âgées et les aidants :

- Toutes les personnes âgées peuvent bénéficier de l'activité physique, quel que soit leur niveau de mobilité.
- Chaque mouvement compte. Toute activité physique, quelle qu'elle soit, est préférable à l'absence d'activité. Les personnes âgées peuvent débuter en douceur, en pratiquant une activité physique modérée, puis augmenter progressivement la fréquence et l'intensité. Essayer la marche, le vélo, le jogging, la natation, les tâches ménagères quotidiennes, le jardinage, la danse et le sport.
- Un comportement trop sédentaire est mauvais pour la santé. Bouger et remplacer les périodes de sédentarité par une activité physique, quelle que soit son intensité, procure des bienfaits pour la santé.
- L'activité physique doit être adaptée aux capacités de la personne.
- Une alimentation saine est également importante. → 7.1

Chaque semaine :

- Faites au moins 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité physique aérobie d'intensité vigoureuse, ou une combinaison équivalente des deux.
- Visez 300 minutes d'activité d'intensité modérée ou 150 minutes d'activité d'intensité vigoureuse pour obtenir des bénéfices substantiels pour la santé.
- Faites de l'exercice pendant au moins 10 minutes d'affilée.
- Pratiquez des activités de renforcement musculaire sollicitant tous les principaux groupes musculaires au moins 2 jours par semaine.
- Pratiquez une activité physique qui améliore l'équilibre au moins 3 jours par semaine.
- Pratiquez une activité physique multimodale combinant des exercices d'équilibre et de musculation au moins 3 jours par semaine.
- Si vous ne pouvez pas faire autant d'exercice que recommandé, soyez aussi actif physiquement que possible.

Activité d'intensité modérée : le cœur bat plus vite que d'habitude et on transpire. Il est difficile, mais pas impossible, de tenir une conversation.

Activité d'intensité vigoureuse : le cœur bat très vite et la respiration est forte. Il est presque impossible de tenir une conversation et on transpire probablement à grosses gouttes.

Pour les personnes âgées à mobilité réduite (potentielle), afin de prévenir les chutes :

- Certaines activités peuvent aider à prévenir les chutes, notamment les activités d'équilibre comme le yoga.
- Adapter l'environnement domestique en utilisant un éclairage adéquat, des contrastes et des couleurs, ainsi qu'en installant des mains courantes et des barres d'appui.
- Pratiquer une bonne hygiène et un bon soin des pieds et porter des chaussures appropriées.

L'activité physique est également importante pour les aidants, car elle favorise leur santé physique et mentale et leur résilience. Cela peut devenir crucial si la capacité locomotrice d'une personne âgée diminue, obligeant les aidants à réaliser des tâches plus physiques, telles que les aider à se déplacer, à changer de position ou les soulever.

6.2

Les soins de santé communautaires pour traiter la mobilité réduite



6.2.1

Exercice physique

Si une personne âgée est identifiée comme présentant une mobilité réduite potentielle lors d'une évaluation ICOPE de base, et qu'une évaluation approfondie n'est pas immédiatement disponible, les agents de santé communautaires et d'autres parties prenantes communautaires peuvent fournir des conseils plus spécifiques et faciliter l'accès à des opportunités d'exercice physique au niveau communautaire. Il peut s'agir de cours d'exercices organisés ou de groupes et d'activités plus informels. Les parties prenantes communautaires, y compris les groupes de personnes âgées, peuvent mettre en place des activités d'exercice physique, telles que des groupes de marche rapide, des cours réguliers de Tai-chi dans un parc local ou des cours de yoga dans une salle communautaire, en faisant appel à des personnes formées pour encadrer ces exercices. Cela offrira des possibilités d'engagement social et de soutien par les pairs, ce qui peut encourager les personnes âgées à poursuivre leur activité physique.

En cas de doute sur la sécurité de l'exercice, adressez-vous à un agent de santé compétent et qualifié (**Encadré 6.1**, p. 69).

Des activités intergénérationnelles peuvent également être proposées lorsque cela est approprié et souhaitable pour les personnes âgées. Les parties prenantes communautaires peuvent collaborer avec les autorités locales et d'autres prestataires de services (par exemple, les rassemblements religieux, les gymnases) afin de consacrer du temps à l'exercice physique des personnes âgées et d'améliorer l'environnement physique par le biais de programmes de villes et de communautés amies des aînés.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES



- 🔗 **Activité physique.** OMS ; 2024 (<https://www.who.int/initiatives/behealthy/physical-activity>).
- 🔗 **Promouvoir l'activité physique chez les personnes âgées : un guide pratique.** OMS ; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373332>).
- 🔗 **Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'oeil** OMS ; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/337003>).

6.3

Évaluer la mobilité



La mobilité peut être évaluée de manière plus complète à l'aide d'un test de performance physique. Le Short physical performance battery (SPPB) (29) est l'un des outils les plus utilisés et les plus recommandés. Il possède des propriétés de mesure supérieures et est utile pour toute une gamme de capacités. Le SPPB comprend un test d'équilibre, un test de vitesse de marche et un test de lever de chaise, dont les scores sont additionnés pour déterminer la performance physique d'une personne, y compris sa capacité locomotrice. Si une personne utilise un ou plusieurs produits d'assistance, des tests alternatifs ou modifiés, réalisés avec ou sans le ou les produit(s), peuvent être envisagés.

Ce parcours de soins décrit deux voies différentes en fonction du score total. Les personnes dont la capacité locomotrice est jugée normale doivent néanmoins faire l'objet d'une évaluation des maladies et des facteurs de risque, ainsi que de l'environnement social et physique.

Les résultats de l'évaluation de base pour d'autres domaines de la capacité intrinsèque, tels que la dénutrition, doivent être vérifiés et une évaluation doit être effectuée si nécessaire. → 7

L'incontinence urinaire doit être évaluée et prise en charge de manière appropriée. → 13

De plus amples informations sur le SPPB, ce qu'il implique et comment il est évalué sont disponibles à la page 65  1

6.4

Prendre en charge la mobilité réduite



Les interventions visant à prendre en charge la mobilité réduite doivent toujours s'inscrire dans le cadre d'un plan de soins personnalisé complet, incluant les maladies sous-jacentes (par exemple, les affections musculosquelettiques) et les facteurs contribuant à la mobilité réduite, tels que la douleur ou les problèmes articulaires, ainsi que les interventions portant sur d'autres domaines de la capacité intrinsèque.

Outre la promotion de l'activité physique, y compris les exercices proposés au sein de la communauté, il existe de nombreux autres moyens de prendre en charge la mobilité réduite. Des programmes d'exercices multimodaux, une augmentation de l'apport en protéines et une orientation vers des services de réadaptation doivent être envisagés.

6.4.1

Soutien à l'autosoin et à l'autogestion

Le soutien à l'autosoin et à l'autogestion de l'activité physique augmente l'adhésion et les bénéfices, et aide à soulager la douleur. Les personnes dont le score SPPB est compris entre 10 et 12 (considéré comme ayant une mobilité normale) peuvent faire de l'exercice chez elles et dans la communauté, tout comme celles dont le score est inférieur, à condition de bénéficier de conseils, d'un soutien et d'un suivi attentif.

6.4.2

Exercices multimodaux

Pour les personnes à mobilité réduite, un programme d'exercices multimodaux doit être adapté aux capacités, aux besoins et aux préférences de chaque personne et être supervisé pour garantir la sécurité de l'exercice (**Encadré 6.1**, p. 69). Pour éviter les blessures, privilégiez l'utilisation d'équipements sûrs et connus, ainsi qu'un échauffement et une récupération adaptés. Il convient de tenir compte des perceptions culturelles et des facteurs spécifiques au genre, notamment en ce qui concerne l'acceptabilité de l'exercice. Les exercices multimodaux peuvent également contribuer à réduire le risque de chute. → 4.2.5

Lorsque la douleur limite la mobilité, le fait d'organiser l'exercice en fractions de temps gérables et d'augmenter lentement les tâches physiques contribue à renforcer la résilience du corps et à gérer la douleur. La prise en charge de la douleur doit être envisagée et fournie de manière appropriée, parallèlement à l'exercice physique. Pour les personnes présentant une perte importante de la capacité locomotrice, l'entraînement à l'exercice au lit ou assises sur une chaise peut constituer un point de départ. Pour les personnes souffrant de déclin cognitif ou de démence, un programme d'exercices simples et moins structurés peut être plus adapté.

Encadré 6.1 Sécurité de l'exercice

Avant de donner des conseils sur l'exercice physique ou de planifier un programme d'exercices, il convient de s'informer sur les problèmes de santé susceptibles d'affecter le type et l'intensité de l'activité. Si la personne répond par l'affirmative à l'une des questions suivantes, un professionnel de la santé doit élaborer un programme d'exercices sur mesure.

- Avez-vous ressenti des douleurs thoraciques ou des palpitations au cours du dernier mois ?
- Avez-vous eu une crise cardiaque au cours des 6 derniers mois ?
- Vous êtes-vous évanoui(e) ou avez-vous perdu connaissance ?
- Êtes-vous tombé(e) au cours des 12 derniers mois ?
- Avez-vous eu une fracture au cours du dernier mois ?
- Êtes-vous essoufflé(e) lorsque vous effectuez des activités quotidiennes ordinaires au domicile, par exemple lorsque vous vous habillez ?
- Lorsque vous marchez, avez-vous besoin d'utiliser des objets pour vous soutenir, par exemple, vous appuyer sur des meubles ou sur une autre personne ?
- Souffrez-vous d'une maladie articulaire ou musculaire qui vous empêche de faire de l'exercice ?
- Un agent de santé vous a-t-il conseillé de limiter votre activité physique ?

Si une personne âgée souffre d'une maladie chronique ou d'une perte importante de capacité intrinsèque ou si la douleur limite sa mobilité, il convient de consulter des professionnels de santé pour obtenir des conseils sur le type et l'intensité de l'exercice physique.

Un programme d'exercices multimodaux pour les personnes à mobilité réduite doit être conçu en tenant compte du contexte local et des installations et équipements disponibles. Il existe de multiples façons de faire de l'exercice et des types d'entraînement spécifiques peuvent être adaptés. Il n'est pas nécessaire de disposer d'une salle de sport et/ou d'un équipement spécialisé. Un programme pour les personnes âgées à mobilité réduite devrait inclure :

- **L'entraînement en force musculaire/résistance**, qui sollicite les muscles avec une charge, à l'aide de poids, de bandes de résistance ou d'exercices avec le poids du corps tels que les squats, les fentes et les exercices du lever de chaise ; d'autres exemples incluent le jardinage intensif et la montée d'escaliers. Si vous ne disposez pas de poids d'exercice, vous pouvez utiliser un article ménager, par exemple des boîtes de conserve ou des sacs de haricots ou de riz.
- **L'entraînement aérobie/cardiovasculaire**, comme la marche rapide, le vélo ou la danse, qui augmente la fréquence cardiaque jusqu'à ce que la personne soit légèrement essoufflée, mais puisse encore tenir une conversation ; il est important de s'échauffer et de récupérer après l'exercice d'aérobie en effectuant des étirements légers et en marchant à un rythme plus modéré.
- **L'entraînement à l'équilibre**, qui sollicite l'équilibre et la coordination, incluant des exercices statiques et dynamiques ; il peut évoluer et être effectué sur différentes surfaces et se faire les yeux ouverts ou fermés ; des exemples incluent se tenir sur une jambe à la fois et marcher en ligne droite en mettant un pied devant l'autre (talon-pointe).
- **L'entraînement à la flexibilité**, qui améliore l'extensibilité des tissus mous, tels que les muscles, et l'amplitude des mouvements articulaires ; les exercices d'étirement, de yoga, de Tai-chi et de Pilates en sont des exemples.

Le projet Vivifrail propose un guide pratique pour élaborer un programme d'exercices sur mesure, basé sur la capacité locomotrice et le risque de chute (30).

Les interventions nutritionnelles, y compris les conseils diététiques tels que l'augmentation de l'apport en protéines, peuvent renforcer les avantages d'un programme d'exercice. → 7

6.5

Évaluer et prendre en charge les maladies associées et les facteurs de risque



6.5.1

Médicament(s) inapproprié(s)

Certains médicaments peuvent altérer ou interférer avec la capacité locomotrice, mais sont parfois encore prescrits. Les effets nocifs potentiels de ces médicaments peuvent l'emporter sur leurs avantages chez certaines personnes (31). Il s'agit notamment des médicaments qui affectent le système nerveux central, y compris ceux qui ont des effets anticholinergiques (par exemple, les benzodiazépines, les opioïdes, les antidépresseurs). → 4.2.4

6.5.2

La douleur

La douleur peut rendre la vie quotidienne d'une personne âgée difficile. Il est important que la douleur soit évaluée et prise en charge.

Évaluer la douleur

Il est utile d'évaluer la gravité de la douleur dans le cadre d'une évaluation centrée sur la personne, à la fois pour aider à concevoir un programme d'exercices et pour gérer la douleur. L'identification précoce de la douleur (gravité et cause) doit être réalisée de manière proactive afin de faciliter la prise en charge de la perte de capacité locomotrice et des symptômes dépressifs. Il existe plusieurs échelles de douleur telles que l'échelle d'évaluation numérique et le Brief Pain Inventory (32). L'échelle d'évaluation numérique est une échelle de 11 points permettant au patient d'évaluer lui-même sa douleur. La personne doit être invitée à évaluer l'intensité de sa douleur, le moment où elle la ressent (le matin, pendant le sommeil, la nuit, pendant ou après l'exercice) et la durée de la douleur.

Échelle d'évaluation numérique de la douleur

0 = pas de douleur
2 = légère douleur
4 = douleur d'intensité moyenne
6 = forte douleur
8 = douleur très forte
10 = douleur extrême

Prendre en charge la douleur

L'objectif de la prise en charge de la douleur (33) est de soulager la douleur à un niveau qui permette une qualité de vie acceptable. Lorsque la douleur constitue un obstacle important au mouvement et à l'activité, un professionnel de la santé spécialisé dans la prise en charge de la douleur doit mettre au point des interventions de prise en charge de la douleur, y compris des médicaments sous surveillance étroite, afin de les intégrer dans un plan de soins personnalisé consolidé, qui peut également inclure l'orientation vers des services de réadaptation ou des soins palliatifs. → 4.2.1, 4.2.3

Les parties prenantes communautaires, y compris les groupes de personnes âgées, peuvent également fournir des conseils et un soutien aux personnes âgées vivant avec des douleurs, notamment en créant des groupes de soutien par les pairs.

Les interventions pour soulager la douleur peuvent inclure :

- l'autogestion, comme maintenir une activité physique, utiliser des compresses chaudes ou froides, adopter de bonnes postures et éviter les positions statiques, gérer le stress grâce à des techniques de relaxation, améliorer la qualité du sommeil et adopter une pensée positive ;
- des exercices physiques ;
- la thérapie manuelle telle que le massage, la manipulation et la mobilisation des articulations ;
- la psychothérapie, y compris la TCC ; → 10.4
- l'acupuncture ;
- les produits d'assistance pour faciliter la mobilité ; et
- des médicaments tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens, qui doivent être utilisés avec une extrême prudence en raison d'une augmentation substantielle du risque d'effets indésirables gastro-intestinaux et d'insuffisance rénale. En cas d'absolue nécessité, la prescription exige une attention particulière aux antécédents médicaux, une revue des médicaments, un suivi étroit et une durée de traitement aussi courte que possible.

Douleur liée aux maladies graves

La douleur est l'un des symptômes les plus fréquents et les plus graves dont souffrent les patients atteints de maladies graves. Des soins palliatifs doivent être dispensés, notamment aux personnes atteintes de maladies mortelles, chroniques et/ou évolutives (par exemple, la démence, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'insuffisance cardiaque),

Le bénéfice du soulagement de la douleur doit être mis en balance avec le risque d'effets indésirables et de surdosage pouvant entraîner une dépression respiratoire. Une surveillance régulière est importante pour réduire les risques associés aux opioïdes, en favorisant l'identification précoce des effets indésirables potentiels.

afin de prévenir et de soulager la souffrance par l'identification précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et d'autres problèmes. Le soulagement de la douleur peut être nécessaire à tous les stades d'une maladie, et pas seulement en fin de vie. Ces patients doivent être examinés régulièrement, car ils peuvent nécessiter des doses croissantes d'analgésie en fonction de l'évolution de leur maladie. → 4.2.3

Douleur liée aux affections musculosquelettiques

Les affections musculosquelettiques qui altèrent la capacité locomotrice s'accompagnent souvent de douleurs chroniques. Il n'est pas toujours possible de trouver une cause biologique spécifique à la douleur persistante. L'évaluation holistique et les soins personnalisés d'un point de vue biopsychosocial portent donc sur de multiples facteurs susceptibles d'être associés à la douleur – des facteurs physiques tels que la force musculaire, l'amplitude des mouvements et l'endurance, le bien-être psychologique tel que la capacité à faire face à la douleur et les facteurs sociaux.

Lombalgie chronique

La lombalgie chronique/récurrente (plus de 3 mois) est fréquemment ressentie par les personnes âgées, en plus des douleurs liées à d'autres affections musculosquelettiques. La lombalgie chronique entraîne des niveaux élevés d'invalidité et un impact important sur la qualité de vie. Dans la mesure où les agents de santé peuvent identifier une maladie sous-jacente ou des lésions structurelles (par exemple, arthrite, fracture ancienne) chez les personnes âgées, leur jugement clinique et une approche globale sont essentiels pour diagnostiquer une lombalgie primaire chronique. La Directive de l'OMS pour la prise en charge non chirurgicale de la lombalgie primaire chronique chez les adultes dans les établissements de soins primaires et communautaires recommande 10 interventions liées à l'éducation, aux soins physiques et psychologiques, aux médicaments et aux interventions à composantes multiples (Tableau 6.1). Outre ces interventions, les produits d'aide à la mobilité doivent être envisagés.

6.5.3 Prise en charge des affections musculosquelettiques

Les affections musculosquelettiques telles que l'arthrose, l'ostéoporose et la sarcopénie peuvent altérer la capacité locomotrice.

L'arthrose est une affection dégénérative des articulations qui affecte l'articulation et les tissus environnants. Elle provoque des douleurs, des gonflements et des raideurs, et peut entraîner des pertes significatives de la capacité locomotrice, une réduction de la participation sociale et de la qualité de vie, ainsi qu'une augmentation de la détresse psychologique. Elle est plus fréquente aux genoux, aux hanches, à la colonne vertébrale et aux mains.

Tableau 6.1 Interventions recommandées pour la lombalgie primaire chronique chez l'adulte

Classe d'intervention	Interventions
Éducation	Éducation ou conseils structurés et/ou normalisés
Interventions physiques	- Thérapies ou programmes d'exercices structurés - Thérapies par aiguilles - Thérapie manipulative de la colonne vertébrale - Massage - Produits d'aide à la mobilité
Interventions psychologiques	- Conditionnement opérante - Thérapie cognitivo-comportementale
Médicaments	- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)* - Application locale de piment de Cayenne (<i>Capsicum frutescens</i>)
Interventions à composantes multiples	Soins biopsychosociaux à composantes multiples

*Cette recommandation ne concerne pas les personnes âgées

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- 
- Directive de l'OMS pour la prise en charge non chirurgicale de la lombalgie primaire chronique chez les adultes dans les établissements de soins primaires et communautaires. OMS ; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374726>).
 - Sommaire : Directive de l'OMS pour la prise en charge non chirurgicale de la lombalgie primaire chronique chez les adultes dans les établissements de soins primaires et communautaires. OMS ; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/376185>).

L'ostéoporose se caractérise par une faible masse osseuse et une détérioration structurelle du tissu osseux, entraînant une susceptibilité accrue aux fractures, en particulier de la hanche, de la colonne vertébrale et du poignet. L'ostéoporose est plus fréquente chez les femmes, souvent en raison de changements hormonaux après la ménopause. Le tabagisme, l'alcool, l'utilisation à long terme de stéroïdes, le manque de calcium et de vitamine D et l'insuffisance pondérale sont les principaux facteurs de risque.

La sarcopénie est une affection progressive des muscles squelettiques impliquant une perte de masse et de force musculaires, qui est associée à une augmentation des conséquences négatives, notamment les chutes, les limitations dans l'accomplissement des AVQ, la participation sociale, la perte d'indépendance et la mortalité. → 7.5.1

6.5.4

Incontinence urinaire → 13

Il est prouvé qu'il existe un lien entre l'incontinence urinaire (IU) et la réduction de la mobilité (34), ce qui peut avoir un impact négatif sur l'accès aux toilettes. Si une perte de capacité locomotrice est identifiée, l'IU doit être évaluée et prise en charge de manière appropriée.

6.6

Évaluer et prendre en charge les environnements sociaux et physiques



6.6.1

Optimiser l'environnement physique pour réduire le risque de chutes

Une évaluation et des modifications de l'environnement physique peuvent être utiles pour réduire le risque de chutes. → 4.2.5

6.6.2

Produits d'assistance

Les produits d'aide à la mobilité peuvent améliorer l'indépendance et la sécurité d'une personne âgée et lui permettre de vivre chez elle le plus longtemps possible. Les produits d'aide à la mobilité comprennent les aides à la marche, les rampes portables, les barres d'appui, les planches de transfert et les fauteuils roulants. → 4.2.2

Les produits d'assistance peuvent :

- Aider une personne à s'asseoir, à se lever ou à marcher.
- Aider une personne à être plus indépendante dans ses activités quotidiennes de base.
- Réduire le risque de chute pendant la marche.
- Fournir aux personnes qui ne peuvent pas marcher un moyen différent de se déplacer.
- Aider une personne à accéder à son environnement (domicile et environs), y compris l'accès aux services sociaux et de santé.

6.6.3

Soins et soutien sociaux → 11

Une personne âgée à mobilité réduite peut avoir besoin d'aide pour les tâches quotidiennes, comme se laver, s'habiller, aller aux toilettes et sortir de la maison. Les difficultés potentielles d'accès aux soins de santé et d'obtention de médicaments (par exemple, aller à la pharmacie) liées à la mobilité réduite peuvent également être abordées, les aidants et les parties prenantes communautaires explorant d'autres moyens de faciliter l'accès aux soins.

6.6.4

Soutien aux aidants → 12

Les aidants doivent être formés à la manière d'aider une personne à se déplacer en toute sécurité, tout en se protégeant des blessures.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

🔗 **Produits d'aide à la mobilité, aides à la marche, rampes portables. TAP** (<https://www.gate-tap.org/>).

7

Vitalité

Parcours de soins pour la prise en charge de la malnutrition

L'OMS utilise le terme vitalité pour décrire les facteurs physiologiques qui contribuent à la capacité intrinsèque d'un individu. Il peut s'agir de l'équilibre énergétique et du métabolisme, de la fonction neuromusculaire, des fonctions immunitaires et de réponse au stress de l'organisme (35). Le vieillissement entraîne des modifications de la composition corporelle, la masse grasse remplaçant la masse musculaire. Une alimentation inadéquate contribue également à la perte de masse et de force musculaires (sarcopénie). L'état nutritionnel, y compris l'hydratation, l'un des facteurs clés de la vitalité, influe considérablement sur la santé, l'aptitude fonctionnelle et la qualité de vie d'une personne âgée. L'altération de la fonction buccale peut affecter la capacité de mastication et de déglutition et, par conséquent, la nutrition. Ce manuel traite de la malnutrition, en mettant l'accent sur la dénutrition.



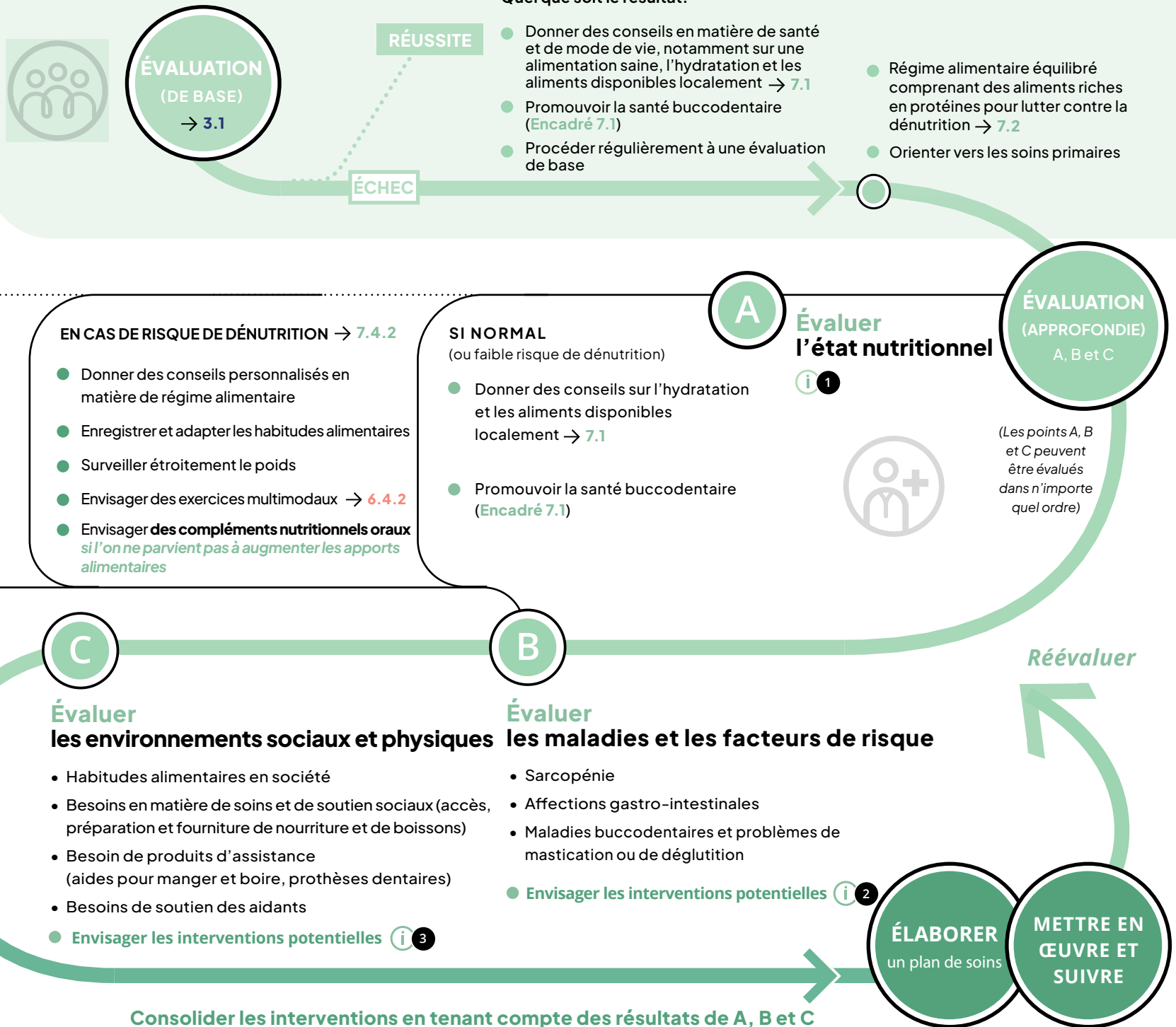
Points clés

- Les agents de santé communautaires peuvent facilement procéder à une première évaluation de l'état nutritionnel. Une évaluation complète nécessite des connaissances spécialisées et généralement des analyses de sang.
- Il est important pour les personnes âgées d'avoir une alimentation riche en protéines grâce aux aliments riches en protéines disponibles localement.
- Ne pas boire suffisamment entraîne une déshydratation. Les personnes âgées devraient être encouragées et soutenues pour bien s'hydrater.
- Une alimentation équilibrée et en quantité suffisante fournit généralement les vitamines et minéraux nécessaires aux personnes âgées, mais les carences en vitamines D et B12 sont fréquentes.
- Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque majeurs pour les maladies non transmissibles. Ils devraient être prévenus et gérés grâce à une alimentation équilibrée et à une activité physique.
- Faire de l'alimentation une activité sociale, en mangeant ensemble au domicile ou au sein de groupes communautaires, peut encourager les personnes âgées à manger plus sainement et à éviter l'isolement.

7

Vitalité

Parcours de soins pour la prise en charge de la malnutrition



Besoin de connaissances et de formations spécialisées

- Prise en charge des symptômes gastro-intestinaux (par exemple, vomissements chroniques, diarrhée, douleurs abdominales) (7.5.2)
- Prise en charge de la malnutrition en présence de maladies affectant le métabolisme (par exemple, cancer, insuffisance cardiaque, maladies respiratoires, dysfonctionnement rénal, dysfonctionnement hépatique, diabète)
- Conseils nutritionnels personnalisés pour les personnes souffrant de malnutrition
- Maladies buccodentaires et problèmes de mastication et de déglutition (7.5.3)

i 1

Évaluer l'état nutritionnel → 7.3

Plusieurs outils sont disponibles pour déterminer le risque de dénutrition (état nutritionnel normal/faible risque de malnutrition, risque moyen de malnutrition et malnutrition/risque élevé de malnutrition) sans analyse de sang. Par exemple:



Mini nutritional assessment (MNA)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0899900798001713>



Malnutrition universal screening tool (MUST)

https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf



Questionnaire Seniors in the community risk evaluation for eating and nutrition, version II (SCREEN II)

<https://olderadultnutritionscreening.com/screen-tools/>



Questionnaire court d'évaluation nutritionnelle 65+ (SNAQ65+) <https://clinicalnutrition.science/en/nrs/screenings/snaq-65-.html>

i 2

Interventions sur les maladies et les facteurs de risque → 7.5

Sarcopénie

- Envisager une rééducation pour améliorer la fonction musculaire (7.5.1)

Affections gastro-intestinales

- Prise en charge des maladies (7.5.2)

Maladies buccodentaires et problèmes de mastication ou de déglutition

- Prise en charge des maladies buccodentaires (7.5.3)
- Conseils sur la consistance et la texture des boissons et des aliments (hachés, émincés, réduits en purée) (7.5.3)

i 3

Interventions sur les environnements sociaux et physiques → 7.6

Habitudes alimentaires en société

- Encourager les repas en famille et les repas sociaux au sein de la communauté (7.6.1)

Besoins en matière de soins et de soutien sociaux

- Organiser une assistance pour faire les courses, préparer et cuisiner les repas (7.6.2)

Besoin de produits d'assistance

- Conseiller le positionnement approprié et l'aide à l'alimentation (11.6)

Besoins de soutien des aidants

- Fournir des aides pour manger et boire et des prothèses dentaires (7.6.3)
- Donner des conseils sur la préparation des aliments et des boissons, pour s'alimenter et boire (12.4)

Qu'est-ce que la déshydratation? → 7.3.2

La déshydratation, « une quantité insuffisante d'eau dans l'organisme », est une affection fréquente chez les personnes âgées (36). Une personne âgée sur quatre, que ce soit en milieu communautaire ou dans un établissement de soins de longue durée, présente une déshydratation due à une consommation insuffisante de liquides (37). Il est important d'encourager et de promouvoir une consommation suffisante d'eau en fonction des capacités individuelles et du contexte social.

7.1

Conseils en matière de santé et de mode de vie pour promouvoir l'alimentation saine et la santé buccodentaire



Nos régimes alimentaires et notre façon de manger sont influencés par notre culture et, pour de nombreuses personnes, manger est un événement social. À ce titre, les communautés et les familles, y compris les aidants, peuvent jouer un rôle clé dans le soutien d'une alimentation saine et la promotion de la santé buccodentaire. → 3.1.3

Toutes les personnes âgées peuvent bénéficier de conseils en matière d'alimentation saine, y compris celles qui sont menacées ou touchées par la dénutrition. Lorsqu'on prodigue des conseils sur une alimentation saine, y compris l'hydratation, il est essentiel de rappeler que les personnes âgées doivent respecter les recommandations médicales qui leur ont été faites, comme réduire la consommation de certains aliments ou boissons en cas de maladies sous-jacentes, y compris les médicaments (interactions médicaments-aliments).

Point important : Il est important que les membres de la famille et les autres aidants, ainsi que la personne âgée, reçoivent ces conseils, accompagnés d'informations sur les endroits où des aliments spécifiques et abordables, riches en énergie (par exemple, glucides, protéines) et en micronutriments comme les vitamines et les minéraux, peuvent être achetés ou obtenus localement (magasins, marchés).

Pour toutes les personnes âgées, il est important de :

- Hygiène alimentaire : garder les mains et les zones de préparation des aliments propres, séparer les aliments crus des aliments cuits, bien cuire les aliments, les conserver correctement et utiliser de l'eau propre et salubre.
- Manger suffisamment : manger de plus petites quantités plus souvent (5 à 6 fois par jour) s'il est difficile de prendre des repas copieux.
- Les repas en famille et les repas communautaires peuvent être utiles, en particulier pour les personnes âgées qui vivent seules ou qui sont socialement isolées.
- Les glucides doivent provenir principalement des céréales complètes, des légumes, des fruits et des légumineuses, et les graisses des aliments complets, tels que les noix, les graines, les haricots, les olives et les poissons gras.
- Hydratation : boire au moins 1,6 à 2 L (6 à 8 verres ou tasses) par jour, régulièrement tout au long de la journée. Les boissons peuvent être de l'eau, du thé, du café, des jus de fruits, des boissons gazeuses et des soupes. D'autres liquides proviennent des aliments. La quantité de liquide doit être augmentée par temps particulièrement chaud ou dans les endroits chauds.
- La pratique d'une activité physique, qui permet l'incorporation des protéines dans les muscles et développe l'appétit, contribue à prévenir et à gérer le surpoids et l'obésité. → 6.1
- Une exposition sûre à la lumière du soleil pour permettre à la peau de fabriquer de la vitamine D. La vitamine D contenue dans les aliments peut ne pas être suffisante pour permettre aux personnes âgées de maintenir des niveaux optimaux.
- Promouvoir la santé buccodentaire (**Encadré 7.1**, p. 77)
- Pour les personnes âgées en surpoids ou obèses, il convient de limiter l'apport énergétique provenant des graisses totales et des sucres libres et d'augmenter la consommation de fruits et légumes, de légumineuses, de céréales complètes et de fruits à coque.
- Pour certaines personnes âgées, y compris celles qui souffrent d'IU et dont la mobilité est réduite, il peut être bénéfique d'éviter les allers-retours fréquents aux toilettes pendant la nuit. Dans ces cas, la consommation de boissons peut être réduite le soir.

Pour les personnes âgées souffrant de dénutrition (potentielle) :

- Conseillez-les sur ce qu'il faut manger et en quelle quantité. Les personnes souffrant de diabète ou d'un dysfonctionnement rénal ou hépatique doivent être invitées à consulter un agent de santé pour obtenir des conseils en matière de régime alimentaire.
- Encouragez-les à noter chaque jour sur un tableau les aliments et les boissons qu'elles consomment, pendant et entre les repas. Il est ainsi plus facile de suivre un bon régime alimentaire et de s'hydrater.

Outre l'organisation de réunions communautaires visant à fournir des conseils en matière de nutrition, les parties prenantes communautaires peuvent également soutenir une alimentation saine en encourageant la consommation de nourriture en tant qu'événement social et en organisant des clubs de déjeuner et d'autres réunions communautaires régulières au cours desquelles un repas est servi. Elles peuvent collaborer avec les autorités locales et d'autres acteurs pour identifier de petites parcelles de terrain pouvant être utilisées comme jardins communautaires ou potagers, et les personnes âgées et les familles qui cultivent déjà des aliments peuvent s'organiser pour échanger leurs surplus afin de diversifier leur alimentation.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

 **Affiche sur la nutrition et la sécurité alimentaire.** OMS ; 2024 (<https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/multisectoral-actions-in-food-systems/five-keys-to-safer-food-poster>).

 **Alimentation saine.** OMS ; 2024 (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>).

 **Cours de formation en santé buccodentaire pour les agents de santé communautaires en Afrique.** WHO Academy, 2025 (https://whoacademy.org/coursewares/course-v1:WHOAcademy-Hosted+H0115EN+2025_Q1?source=edX).



Encadré 7.1 Promouvoir la santé buccodentaire

L'OMS définit la santé buccodentaire comme l'état de la bouche, des dents et des structures orofaciales qui permet aux individus d'accomplir des fonctions essentielles telles que manger, respirer et parler. Elle englobe des dimensions psychosociales, telles que la confiance en soi, le bien-être et la capacité à socialiser et à travailler sans douleur, sans gêne et sans embarras. Une mauvaise hygiène buccodentaire est un facteur de risque pour les maladies buccodentaires, qui affectent négativement l'apport nutritionnel. Les maladies buccodentaires sont également associées aux facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires, en particulier le diabète sucré. Les parties prenantes communautaires peuvent fournir les conseils suivants :

- Brossez-vous les dents deux fois par jour avec un dentifrice fluoré (1000–1500 ppm) et de l'eau potable, après le petit-déjeuner et avant d'aller vous coucher. Pour les personnes édentées, il est conseillé de brosser les gencives et la langue avec une brosse à dents souple deux fois par jour afin d'éliminer les résidus alimentaires et les bactéries.
- Prodiguez des conseils sur l'hygiène des prothèses dentaires, le cas échéant.
- Limitez la consommation de sucre libre.
- Arrêtez l'usage de toutes les formes de tabac, y compris la mastication de noix d'arec et de chique de bétel.

7.2

Les soins de santé communautaires pour lutter contre la dénutrition



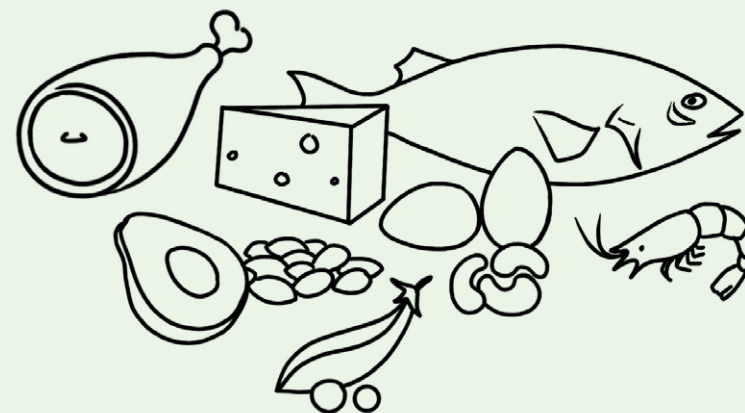
7.2.1

Régime hyperprotéiné

Si une personne âgée est identifiée comme pouvant souffrir de dénutrition lors d'une évaluation ICOPE de base, et qu'une évaluation approfondie n'est pas immédiatement disponible, les agents de santé communautaires peuvent l'aider en lui donnant des conseils pour un régime riche en protéines. Les protéines sont nécessaires à la croissance des cellules et des tissus et favorisent la contraction et le mouvement des muscles ainsi que les fonctions digestives et immunitaires. Un régime riche en protéines est important pour les personnes âgées qui sont sous-alimentées, car la capacité du corps à absorber les protéines diminue avec l'âge.

Pour une personne âgée souffrant de dénutrition, un apport en protéines de 1,0 -1,2 g par kg de poids corporel est recommandé. Une personne qui se remet d'une perte de poids, d'une maladie aiguë ou d'une blessure peut avoir besoin de 1,5 g par kg de poids corporel. Des conseils devraient également être donnés pour augmenter l'activité physique en toute sécurité, car cela permet d'incorporer les protéines dans les muscles et de stimuler l'appétit.

Les aliments riches en protéines (> 20 g pour 100 g) comprennent les légumineuses telles que les noix, les haricots, les lentilles, les pois et les graines, les céréales, le fromage, la viande et le poisson. Les agents de santé communautaire peuvent utiliser une table de composition des aliments pour identifier les aliments locaux riches en protéines et en micronutriments (<https://www.fao.org/infoods/infoods/tables-and-databases/faoinfoods-databases/en/>). Bien que certaines légumineuses séchées aient une teneur en protéines similaire à celle des sources de protéines animales, elles ne sont pas comparables lorsqu'elles sont cuites. Compte tenu de la diversité de la disponibilité des différents groupes et types d'aliments, ainsi que des pratiques et des goûts culturels, l'élaboration d'une liste d'aliments locaux peut aider les personnes âgées à accéder aux aliments disponibles localement et riches en protéines.



7.3

Évaluer l'état nutritionnel



L'état nutritionnel et le risque de dénutrition doivent être identifiés par une évaluation approfondie à l'aide d'outils disponibles et validés au niveau local.

Des exemples d'outils sont fournis

à la page 75  1

La plupart des outils d'évaluation nutritionnelle (38) posent des questions sur les éléments suivants :

- consommation d'aliments et de liquides
- perte de poids récente
- mobilité
- stress psychologique récent ou maladie aiguë récente
- problèmes de santé mentale
- situation de vie.

Ils enregistrent également les éléments suivants :

- poids
- taille
- indice de masse corporelle (IMC - kg/m²)
- circonférence du bras (MUAC) et circonférence du mollet.

Une carence en micronutriments, c'est-à-dire en vitamines telles que A, B12 et D, et en minéraux tels que le fer, l'acide folique et le calcium, peut être à l'origine de maladies et de problèmes de santé tels que l'anémie et l'ostéoporose (39). Une analyse de sang permet d'identifier des carences spécifiques en vitamines et en minéraux afin d'orienter les interventions nutritionnelles. Des compléments nutritionnels oraux spécifiques ou des injections peuvent traiter ces carences.

Ce parcours de soins décrit trois voies différentes en fonction du risque de dénutrition. Les personnes dont l'état nutritionnel est jugé normal (faible risque de dénutrition) doivent néanmoins faire l'objet d'une évaluation des maladies et des facteurs de risque, ainsi que de l'environnement social et physique.

Les résultats de l'évaluation de base pour d'autres domaines de la capacité intrinsèque, tels que la mobilité réduite et les symptômes dépressifs, doivent également être vérifiés et une évaluation doit être effectuée si nécessaire. → 6 10

7.3.1

Composition de la masse corporelle et vieillissement

En général, après 60 ans, la masse musculaire a tendance à diminuer. Une alimentation et une activité physique inadéquates entraînent une perte de masse et de force musculaires. Le poids corporel peut diminuer ou rester inchangé, masquant ainsi ces éventuels changements néfastes.

L'utilisation de l'IMC chez les personnes âgées présente des limites. Par exemple, la perte de taille peut être causée par un tassement vertébral et un changement de posture. Une personne âgée souffrant de dénutrition peut avoir perdu une grande partie de sa masse musculaire tout en ayant un IMC acceptable, voire en surpoids, en raison de l'augmentation de la masse grasse.

Les indicateurs anthropométriques de substitution de la malnutrition, tels que la MUAC et la circonférence du mollet, sont des outils simples et pratiques. Les données disponibles suggèrent qu'une MUAC de 23,5–25,0 cm, sur le bras non dominant, peut être utilisée pour identifier le risque de dénutrition chez les adultes dans la communauté (40) (41) (42).

Un agent de santé qualifié peut évaluer la force et la fonction musculaires ainsi que la dénutrition à l'aide d'un outil tel qu'un dynamomètre à main pour mesurer la force de préhension, s'il est disponible. Cet outil mesure la force avec laquelle une personne peut serrer l'outil d'une seule main. Une faible force de préhension indique la nécessité de faire de l'exercice et d'adopter un régime alimentaire plus riche en protéines.

7.3.2

Déshydratation

La déshydratation (43) est associée à des problèmes de santé tels que les infections urinaires, l'insuffisance rénale, la constipation, la confusion et le déclin cognitif. Les causes et les facteurs sont multiples, notamment la diminution de la sensation de soif et des réserves de liquide liée à l'âge, le diabète non contrôlé et le dysfonctionnement rénal. Le déclin cognitif, les difficultés de déglutition, la perte de mobilité, l'IU et la difficulté à s'alimenter peuvent également limiter la consommation d'eau d'une personne âgée. Une personne âgée souffrant d'IU peut choisir activement de limiter sa consommation de liquide, pensant que cela l'aidera à gérer son IU. Certains médicaments, tels que les diurétiques et les laxatifs, peuvent contribuer à la perte de liquide, et les personnes âgées peuvent également être particulièrement sensibles à la fièvre, à la diarrhée et aux vomissements, qui sont autant de causes de déshydratation.

Les agents de santé peuvent :

- Rechercher les symptômes de déshydratation, tels que la sécheresse de la bouche, des lèvres et de la langue, les yeux enfoncés, la constipation, une miction moins fréquente, la tachycardie, les maux de tête, la faiblesse, la confusion et les vertiges, bien qu'une personne âgée puisse ne pas présenter de symptômes ou de signes cliniques typiques (44).
- Conseiller à la personne âgée (et à ses aidants) de surveiller sa consommation de liquides, notamment d'eau, de jus de fruits et de soupes.
- Fixer un objectif personnalisé de consommation quotidienne de liquide. Cela devrait représenter au moins 1,6 à 2 litres (6 à 8 verres ou tasses) en l'absence de conditions cliniques nécessitant une approche différente, et en tenant compte des facteurs environnementaux, comme la chaleur.
- Encouragez la personne âgée (et les aidants) à garder à portée de main une réserve de boissons qu'elle apprécie, préparées comme elle les aime, et à utiliser des aides à la consommation (par exemple, des récipients légers, des pailles et des cuillères) si nécessaire.
- Discuter avec la personne âgée et l'aider à gérer son IU pour lui permettre de bien boire. → 13

7.3.3

L'obésité

La prévalence de l'obésité chez les personnes âgées augmente dans le monde entier (45). L'obésité est associée à de nombreuses maladies chroniques, dont les MCV et le cancer, ainsi qu'à une perte de capacité locomotrice et de qualité de vie. Pour les personnes âgées, les avantages de la perte de poids doivent être mis en balance avec les risques potentiels, tels que la perte de masse musculaire, qui peut exacerber la sarcopénie et augmenter le risque de fractures. La promotion de modes de vie sains (nutrition, activité physique) est essentielle pour maintenir la masse musculaire et la densité osseuse pendant toute restriction calorique. → 3.1.3

Les agents de santé dans les établissements de soins primaires doivent :

- Évaluer régulièrement le poids et la taille des personnes âgées.
- Fournir des conseils pour une alimentation et un mode de vie sains.
- Surveiller et prendre en charge les facteurs de risque de MCV (→ 3.1.4) et évaluer la présence de comorbidités, y compris de troubles mentaux.
- Lorsqu'une personne est diagnostiquée comme étant en surpoids ou obèse :
 - Fournir des services de santé pour gérer l'obésité, y compris des interventions diététiques, de l'exercice physique et des mesures médicales lorsque cela est indiqué.
 - Évaluer la présence d'un diabète.
 - S'adresser à un diététicien spécialisé, le cas échéant.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

 **Obésité et surpoids.** OMS ; 2024 (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>).

7.4

Prendre en charge la dénutrition



Les interventions nutritionnelles doivent toujours s'inscrire dans le cadre d'un plan de soins personnalisé complet portant sur les maladies sous-jacentes (par exemple, les maladies gastro-intestinales ou buccales, les tumeurs malignes) et les facteurs contribuant à une mauvaise nutrition, ainsi que sur les interventions portant sur d'autres domaines de la capacité intrinsèque. Ces facteurs comprennent les déficiences sensorielles (diminution du goût et de l'odorat), la mauvaise santé buccodentaire, tels que les problèmes de mastication et de déglutition, l'isolement social, la solitude, les faibles revenus et les maladies chroniques de longue durée. Certains médicaments peuvent également perturber le goût ou l'odorat ou provoquer des nausées et des vomissements.

Outre un régime riche en protéines, il existe de nombreux autres moyens de gérer la dénutrition, tels que les conseils nutritionnels avec surveillance du poids, les exercices multimodaux et les compléments nutritionnels oraux (CNO).

Encadré 7.2 Compléments nutritionnels oraux (CNO): points clés

- La nourriture passe avant tout. À moins que le besoin de CNO ne soit urgent, il faut d'abord essayer d'améliorer le régime alimentaire et d'augmenter la fréquence des repas.
- Les CNO complètent l'alimentation. Ils ne doivent pas remplacer l'alimentation. Une personne suivant un plan de CNO doit comprendre la nécessité de continuer à manger aussi bien que possible.
- Les personnes ont besoin d'instructions sur la manière de combiner les CNO, la quantité à prendre et le moment de le faire.
- Les CNO doivent être prise entre les repas et non au moment des repas.
- Les personnes ont souvent besoin d'un soutien et d'encouragements continus (de la part des membres de leur famille, des aidants et des agents de santé) pour continuer à suivre la prise de CNO.
- Elles peuvent se lasser du goût et de la texture d'un type de CNO. Une variété de saveurs pourrait être utilisée, le cas échéant.
- Le poids doit être surveillé de près et consigné régulièrement.
- De préférence, l'objectif devrait être d'arrêter la prise de CNO une fois que le risque de malnutrition a disparu et que le régime alimentaire assure une nutrition adéquate.

7.4.1

Risque de dénutrition

Les agents de santé peuvent donner des conseils personnalisés en matière d'alimentation, tout en surveillant étroitement le poids, afin de prévenir le développement de la dénutrition. Ils doivent commencer par noter les habitudes alimentaires (types et quantités d'aliments, y compris les boissons, et fréquence), puis adapter ces habitudes alimentaires aux préférences culturelles ou personnelles de l'individu afin d'augmenter les protéines et les nutriments nécessaires. Si une personne âgée n'est pas en mesure d'augmenter sa consommation de nourriture, y compris de protéines, il convient d'envisager la prise de CNO (**Encadré 7.2**).

Lorsqu'un risque de dénutrition est identifié, il est important d'envisager également des exercices multimodaux, car la nutrition et l'exercice sont des facteurs clés pour maintenir et améliorer la force et la fonction musculaires. Un apport adéquat en énergie et en protéines renforce l'efficacité des programmes d'exercices multimodaux. → **6.4.2**

7.4.2

Malnutrition

En cas de malnutrition, les agents de santé doivent donner immédiatement des conseils diététiques personnalisés (conseils nutritionnels) et évaluer et gérer les facteurs contributifs. Un agent de santé ayant des connaissances spécialisées (par exemple un diététicien) doit procéder à une évaluation approfondie de l'état nutritionnel, offrir des conseils diététiques personnalisés et prescrire des CNO, si cela est nécessaire et disponible.

En cas de carence identifiée, les compléments nutritionnels oraux peuvent apporter des protéines de haute qualité supplémentaires, des calories et des quantités adéquates de vitamines et de minéraux. Des connaissances spécialisées sont nécessaires pour élaborer un plan de la prise de CNO adapté aux besoins de la personne et à ses déficiences physiques et psychologiques. L'évaluation permet de choisir la meilleure méthode de supplémentation, qu'il s'agisse d'aliments riches en nutriments, de suppléments en vitamines ou en minéraux, de produits commerciaux spécialisés ou de formulations nutritionnelles non commerciales (46)(47). Les CNO ne doivent être prescrits que lorsqu'une personne ne peut pas consommer suffisamment d'aliments normaux riches en calories et en nutriments ou lorsque Les CNO sont une stratégie temporaire en complément de l'alimentation normale pour augmenter l'apport calorique. Les agents de santé communautaires peuvent soutenir et surveiller les personnes qui utilisent les CNO (**Encadré 7.2**).

7.5

Évaluer et prendre en charge

les maladies associées et les facteurs de risque



7.5.1

Sarcopénie

La sarcopénie, une perte de masse et de force musculaires, qui entraîne une diminution de la fonction musculaire, peut nécessiter des interventions de réadaptation, notamment une prise en charge nutritionnelle mettant l'accent sur l'apport en protéines. → [4.2.1](#), [6.5.3](#)

7.5.2

Affections gastro-intestinales

Toutes les fonctions du système gastro-intestinal, telles que le mouvement des aliments, la sécrétion d'enzymes et d'hormones, la digestion et l'absorption, peuvent être affectées à un âge avancé. Les maladies gastro-intestinales sont l'une des causes les plus fréquentes de perte de poids involontaire (48). L'examen physique et l'anamnèse permettent d'identifier les maladies gastro-intestinales courantes telles que la constipation, la diarrhée, les maladies inflammatoires de l'intestin et les ulcères gastroduodénaux, et la prise en charge de la maladie doit être assurée.

7.5.3

Maladies buccodentaires et problèmes de mastication ou de déglutition

Les maladies buccodentaires et les problèmes de mastication ou de déglutition ont un impact majeur sur l'état nutritionnel. Les principales maladies buccodentaires comprennent les caries dentaires, les maladies parodontales, l'édentation (perte totale des dents) et le cancer de la bouche (49). La perte des dents est souvent considérée, à tort, comme une partie inévitable du vieillissement et est socialement acceptée dans de nombreuses cultures. Cependant, elle peut être psychologiquement traumatisante, socialement préjudiciable et affecter négativement la capacité intrinsèque et l'aptitude fonctionnelle. La plupart des maladies buccodentaires peuvent être évitées par l'autosoins ([Encadré 7.1](#) p. 77) et grâce à un accès à des services de santé buccodentaire appropriés.

Les agents de santé des établissements de soins primaires peuvent identifier les maladies et les affections buccodentaires en posant des questions sur les éléments suivants :

- difficulté à manger/mâcher les aliments
- difficulté à avaler des aliments ou des boissons
- nombre de dents naturelles restantes (avoir moins de 20 dents naturelles est associé à de moins bons résultats)
- caries dentaires
- saignement des gencives lors du brossage
- expérience de sécheresse buccale
- douleur/gonflement/ulcère ne cicatrisant pas.

Les maladies buccodentaires peuvent être traitées par un agent de santé qualifié dans un établissement de soins primaires, conformément aux règles et réglementations locales, notamment par les soins apportés aux caries dentaires, l'obturation après l'extraction d'une dent cariée et la prise en charge des maladies parodontales à l'aide d'une solution saline et/ou d'un bain de bouche désinfectant. Cependant, une évaluation et une prise en charge plus approfondies nécessitent une orientation vers un professionnel de santé spécialisé (dentiste, assistant dentaire, hygiéniste, etc.).

Les difficultés de déglutition (dysphagie) comprennent les problèmes survenant lors du passage des solides ou des liquides de la bouche à l'estomac, y compris la succion, la mastication et la morsure, la manipulation des aliments dans la bouche, la salivation et la déglutition. Les complications graves de la déglutition peuvent inclure l'aspiration, la déshydratation ou la perte de poids. Ces difficultés peuvent résulter d'un certain nombre d'affections plus fréquentes chez les personnes âgées, notamment les dysfonctionnements de l'œsophage, les accidents vasculaires cérébraux, la maladie de Parkinson et la démence.

Les conseils doivent porter sur l'importance de tenir compte de la consistance et de la texture des aliments et des boissons pour faciliter la déglutition et réduire le risque d'étouffement ou d'aspiration.

Certaines personnes âgées peuvent bénéficier d'aliments plus finement hachés, émincés ou réduits en purée. Pour une personne souffrant de dysphagie, il est recommandé d'éviter les aliments à texture mixte (par exemple, une soupe avec des morceaux solides) afin de réduire le risque d'aspiration.

Un entraînement visant à renforcer les muscles de la déglutition et à améliorer la coordination du mécanisme de déglutition peut être proposé, notamment des exercices de mastication, de chant et de prononciation rapide de mots afin d'entretenir les muscles autour de la bouche. Un massage des glandes salivaires peut être pratiqué pour stimuler la production de salive. Si une personne âgée présente un trouble important de la déglutition, elle doit être orientée vers des services de réadaptation s'ils sont disponibles et accessibles. → 4.2.1

Les prothèses dentaires

Les prothèses dentaires sont des fausses dents amovibles qui s'insèrent sur les gencives pour remplacer les dents manquantes et éliminer les problèmes potentiels causés par les espaces vides. Les prothèses dentaires peuvent aider à prévenir les problèmes d'alimentation, de dénutrition ultérieure et d'élocution. Elles peuvent également améliorer la confiance en soi en modifiant l'apparence d'une personne. Les prothèses dentaires peuvent être mesurées et posées par un professionnel de la santé ayant des connaissances spécialisées (p. ex. dentiste, technicien dentaire) qui peut également donner des conseils sur la manière de les porter, de les nettoyer et de les entretenir. Elles doivent être vérifiées régulièrement, notamment pour s'assurer qu'elles sont bien adaptées, surtout si le poids de la personne change.

7.6

Évaluer et prendre en charge les environnements sociaux et physiques



7.6.1

Habitudes alimentaires en société

Faire de l'alimentation une activité sociale peut avoir un impact positif, non seulement sur le plan nutritionnel et de l'hydratation, mais aussi psychologiquement, en favorisant un sentiment d'appartenance et en prévenant la solitude.

Les aidants et les parties prenantes communautaires peuvent contribuer à surmonter les obstacles aux habitudes alimentaires sociales des personnes âgées en organisant des repas communautaires pour les personnes âgées, notamment en fournissant des repas lors des réunions ou activités, et en encourageant les familles à prendre leurs repas ensemble. Les organisations communautaires peuvent faciliter l'accès à des options alimentaires plus saines (par exemple, par le biais de jardins communautaires, de marchés d'alimentation communautaires).

7.6.2

Soins et soutien sociaux → 11

Les soins et le soutien sociaux apportés à une personne âgée souffrant ou risquant de souffrir de malnutrition ou de déshydratation peuvent inclure l'accès à des repas préparés et prêts à être consommés, l'aide à la cuisine, ou la fourniture de boissons, y compris la collecte d'eau.

Si une personne âgée et/ou son aidant a des difficultés à se procurer de la nourriture, les parties prenantes communautaires peuvent l'aider en organisant des livraisons de produits d'épicerie et en fournissant des conseils et un soutien financier. Si une personne âgée a des difficultés à s'alimenter, elles peuvent également l'aider à se positionner correctement à table et à s'alimenter.

7.6.3

Produits d'assistance

De simples aides pour s'alimenter et boire peuvent aider une personne souffrant d'une faiblesse ou d'une mauvaise coordination à manger et à boire de manière autonome.

Les agents de santé communautaires peuvent déterminer quand ces produits d'assistance simples peuvent être utiles. Des dentiers peuvent également être nécessaires pour les personnes ayant perdu des dents, afin de gérer les problèmes d'alimentation. Une formation simple est disponible sur la manière d'identifier et de fournir des aides pour s'alimenter et boire.

7.6.4

Soutien aux aidants → 12

Les aidants doivent avoir accès à des conseils sur l'importance de l'hydratation et sur la préparation des aliments pour les personnes âgées, notamment des aliments plus mous en cas de difficultés de mastication ou de déglutition. Ils devraient également recevoir des informations sur la manière d'aider à l'alimentation.

Les aidants doivent recevoir des informations sur ce à quoi s'attendre en fin de vie. Une diminution de l'appétit et de l'hydratation fait partie du processus normal de la phase terminale d'une maladie grave. Les aidants peuvent trouver cela difficile, car la nourriture est souvent le moyen par lequel les individus témoignent leur affection les uns aux autres. Il est important de fournir des informations et un soutien, notamment en permettant aux aidants d'exprimer leur affection par d'autres moyens, comme les soins de la bouche et de la peau.

Une alimentation saine est tout aussi importante pour l'aidant, mais celui-ci peut négliger son propre régime alimentaire, en particulier s'il se sent dépassé ou stressé par son rôle d'aidant. Si une personne âgée a besoin d'aide pour se nourrir, l'aidant peut se concentrer sur cette tâche au lieu de manger et d'apprécier son propre repas. Partager des repas avec sa famille ou des amis peut s'avérer utile, car d'autres personnes seront disponibles pour apporter leur soutien.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

 *Formation sur les aides à l'alimentation et à la boisson.* TAP ; 2024 (<https://www.gate-tap.org/>).

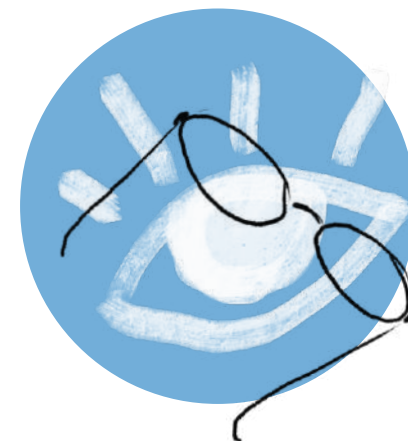
8

Vision

Parcours de soins pour la prise en charge de la déficience visuelle

La vision est une composante essentielle de la capacité intrinsèque, qui permet aux personnes d'être mobiles et d'interagir en toute sécurité avec leurs pairs et l'environnement. Environ 80 % de déficience visuelle de loin et 67 % des déficiences de la vision de près surviennent chez les personnes âgées de 50 ans et plus (50). L'hypermétropie (presbytie), la cataracte, le glaucome et la dégénérescence maculaire liée à l'âge sont des affections oculaires courantes chez les personnes âgées.

La déficience visuelle affectent gravement la qualité de vie et sont associées à la dépression, au déclin cognitif, à l'anxiété, à l'isolement social et à un risque plus élevé de chutes. Elles peuvent entraîner des difficultés à se déplacer en toute sécurité, entretenir des relations familiales et sociales, travailler et s'assurer un revenu, ainsi qu'à accéder à l'information.



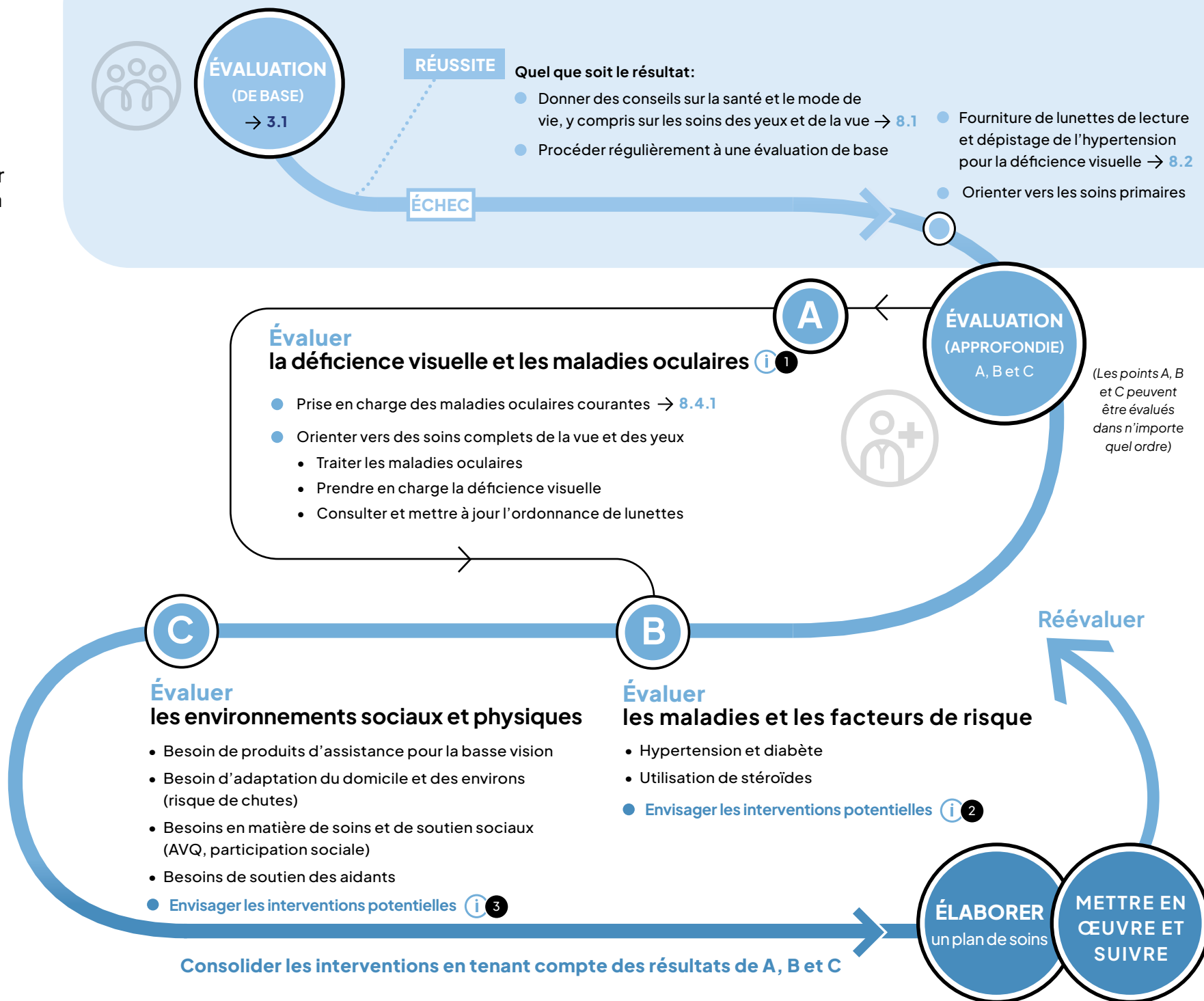
Points clés

- À l'aide d'un tableau oculaire simple, les agents de santé communautaires peuvent effectuer un dépistage de base de déficience visuelle.
- La majorité des cas de déficience visuelle et de cécité peuvent être évités grâce au dépistage précoce et à la prise en charge en temps utile des maladies oculaires.
- Les lunettes peuvent souvent corriger une perte de vision de près ou de loin.
- Les produits d'assistance tels que les loupes et les cannes blanches peuvent aider les personnes atteintes de déficience visuelle qui ne peut être corrigée par des lunettes.
- Des modifications de l'environnement, telles qu'un meilleur éclairage, peuvent améliorer l'aptitude fonctionnelle des personnes âgées atteintes de déficience visuelle et prévenir les chutes.
- Les parties prenantes communautaires peuvent soutenir les personnes âgées atteintes de déficience visuelle en cartographiant et en contrôlant les environnements locaux, mais aussi en créant des groupes de soutien par les pairs.

8

Vision

Parcours de soins pour la prise en charge de la déficience visuelle



Besoin de connaissances et de formations spécialisées

- Déficience visuelle soudaine ou progressant rapidement
- Fourniture de lunettes pour la correction de déficience visuelle de loin
- Contrôle des maladies rétinienne liées à l'hypertension et au diabète et d'autres maladies oculaires (par ex. glaucome, cataracte, dégénérescence maculaire) (8.5)
- Problèmes au niveau de l'œil externe (par exemple, écoulement important, y compris du pus, rougeur anormale sur la partie blanche de l'œil, trouble anormal ou rougeur sur la partie colorée de l'œil)

i 1

Évaluer la déficience visuelle et les maladies oculaires courantes → 8.3

La capacité d'une personne à identifier ou à distinguer clairement un objet ou une lettre à une distance donnée (acuité visuelle) est mesurée à l'aide d'une carte E tumbling. L'évaluation de l'acuité visuelle est une mesure clinique importante lors de l'évaluation du trouble de réfraction.

Pour réaliser cette évaluation, il faut un espace bien éclairé et suffisamment grand pour garantir une distance de test correcte (par exemple, 3 m pour la vision de loin, 40 cm pour la vision de près).

Si la personne porte déjà des lunettes, examinez son acuité visuelle lorsqu'elle les porte.

Les maladies oculaires courantes telles que les yeux rouges, les cils anormaux, la conjonctivite et la sécheresse oculaire peuvent être évaluées en examinant l'aspect de l'œil externe, des paupières et des cils à l'aide d'une lampe de poche.

i 2 Interventions sur les maladies et les facteurs de risque → 8.5

- Hypertension et diabète** →
- Prise en charge des facteurs de risque de MCV (8.5.1)
 - Contrôle annuel de la rétine (8.5.1)
- Utilisation de stéroïdes** →
- Révision régulière de la prescription de stéroïdes (8.5.2)
 - Examen régulier des yeux et de la vue (8.5.2)

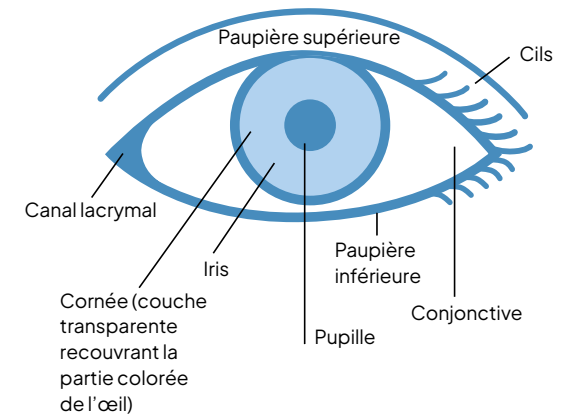
i 3 Interventions sur les environnements sociaux et physiques → 8.6

- Besoin de produits d'assistance** →
- Fournir des produits d'assistance pour la basse vision (optiques et non optiques) (8.6.1)
- Besoin d'adaptation du domicile et des environs** →
- Optimiser l'environnement physique (le domicile et les environs) pour réduire le risque de chute (4.2.5)
 - Conseils sur l'utilisation d'objets ménagers avec une police plus grande et plus lisible (8.6.2)
- Besoins en matière de soins et de soutien sociaux** →
- Soutien aux tâches de la vie quotidienne, possibilités de participation sociale (8.6.3)
 - Apporter un soutien psychosocial (8.6.3)
- Besoins de soutien des aidants** →
- Prodiquer des conseils et une formation, y compris l'adaptation de la communication (8.6.4)

Trouble de réfraction

Le trouble de réfraction non corrigé est la cause la plus fréquente de déficience visuelle dans le monde. On parle de défauts de réfraction lorsque la forme de l'œil empêche la lumière de se focaliser directement sur la rétine, ce qui entraîne une vision floue. Les défauts de réfraction les plus courants sont la myopie (déficience visuelle de loin), l'hypermétropie (déficience visuelle de près), la presbytie (déficience visuelle de près lié à l'âge) et l'astigmatisme (vision floue à toutes les distances).

L'œil externe



8.1

Conseils en matière de santé et de mode de vie pour promouvoir les soins des yeux et de la vision



Les agents de santé communautaires et les autres parties prenantes communautaires peuvent donner des conseils à toutes les personnes âgées, y compris celles qui présentent la déficience visuelle potentielle, afin de favoriser les soins des yeux et de la vision, notamment :

Pour toutes les personnes âgées :

- Lutter contre les idées fausses courantes, telles que l'idée selon laquelle la déficience visuelle ferait partie du processus normal de vieillissement.
- Souligner l'importance de la prise en charge des facteurs de risque de déficience visuelle, notamment le diabète, l'hypertension et l'utilisation de stéroïdes.
- Faire contrôler régulièrement ses yeux auprès d'un agent de santé et demander conseil en cas de problème.
- Faire des pauses régulières pendant les activités sollicitant la vision de près impliquant l'utilisation de médias électroniques (téléphones, tablettes, etc.), la lecture et la couture.
- Limiter l'exposition aux rayons ultraviolets en portant des lunettes de soleil et des chapeaux.
- Se laver les mains régulièrement, éviter de frotter ou de toucher les yeux et n'utiliser qu'un savon doux pour laver les paupières.
- Arrêter de fumer, car le tabagisme augmente le risque de maladies oculaires (par exemple, la cataracte, la dégénérescence maculaire).

Pour les personnes âgées atteintes de déficience visuelle (potentielle) :

- Comment optimiser l'environnement du domicile et des environs pour réduire le risque de chutes grâce à l'éclairage, aux contrastes et aux couleurs.
- Suivre les conseils sur la manière et le moment d'utiliser des lunettes, par exemple si celles-ci ont été prescrites pour la lecture.

8.2

Les soins de santé communautaires pour lutter contre la déficience visuelle



8.2.1

Fourniture de lunettes de lecture

Si une évaluation ICOPE de base révèle la déficience visuelle potentielle chez une personne âgée et qu'une évaluation approfondie (pour détecter les maladies oculaires, anomalies externes et la déficience visuelle) n'est pas possible dans l'immédiat, l'aide des agents de santé communautaires peut être utile dans ce cas. Ils peuvent faciliter l'accès à des lunettes de lecture prêtes à l'emploi, le cas échéant, pour les personnes atteintes de déficience visuelle de près. De nombreuses personnes âgées de 50 ans et plus ont des difficultés à voir ou à lire de près. Les lunettes de lecture peuvent être une solution efficace et rapide pour corriger la presbytie (déficience visuelle de près) en agrandissant les objets proches.

Des lunettes de lecture prêtes à l'emploi peuvent être disponibles à bas prix avec différentes corrections (+1,00, +1,50, +2,00, +2,50, +3,00). Il existe plusieurs façons de prescrire des lunettes de lecture. L'une des méthodes couramment utilisées consiste à associer l'âge d'une personne à une approche par essais et erreurs.

Groupe d'âge	Puissance des lunettes de lecture
40–50 ans	+1,00 DS à +2,00 DS
≥ 50 ans	+2,00 DS à +3,00 DS

Les lunettes de lecture doivent être essayées dans une pièce bien éclairée à l'aide de la carte de test d'acuité visuelle de près (p. 23). La monture doit s'adapter confortablement et correctement à la personne, en veillant à ce qu'elle ne soit ni trop petite ni trop lâche, et qu'elle repose sur les oreilles sans exercer de pression sur les côtés de la tête. Lorsque de simples lunettes de lecture ne suffisent pas à résoudre le problème, un examen complet des yeux et de la vision par un professionnel de santé spécialisé (par exemple, un infirmier en ophtalmologie, un optométriste ou un ophtalmologiste) est recommandé.

Les parties prenantes communautaires peuvent fournir des informations sur les endroits où des lunettes de lecture prêtes à l'emploi sont disponibles localement et sur leur fonctionnement. Les groupes communautaires, y compris les organisations de personnes âgées, peuvent collaborer avec les agents de santé pour faciliter les services mobiles de proximité afin de fournir et de faire essayer des lunettes de lecture aux personnes âgées.

8.2.2

Dépistage de l'hypertension

Les risques de maladies oculaires et de déficience visuelle liés à l'hypertension peuvent également faire l'objet d'un dépistage. Les agents de santé communautaires doivent prendre la tension artérielle, s'ils disposent de la formation et de l'équipement appropriés, afin d'identifier les facteurs de risque de MCV et donner des conseils sur la prise en charge de ces facteurs de risque. → **3.1.4** Si une personne a déjà été diagnostiquée comme souffrant d'hypertension et de diabète, elle doit être orientée vers les soins primaires pour un suivi, et un contrôle systématique de la rétine doit être recommandé.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES



Training in provision of reading glasses, magnifiers, and telescopes. TAP ; 2024 (<https://www.gate-tap.org>).



Vision and eye screening implementation handbook. OMS ; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/375590>).

8.3

Évaluer la déficience visuelle et les maladies oculaires



Des services de soins oculaires peuvent être offerts au sein des établissements de soins primaires, grâce à une supervision adéquate et à la formation des agents de santé existants, ou à l'adoption de services de soins oculaires primaires autonomes, soit dans des établissements fixes, soit par l'intermédiaire d'unités mobiles.

Les agents de santé des établissements de soins primaires peuvent effectuer des examens des yeux et de la vision. Ils peuvent mesurer la capacité d'une personne à identifier ou à distinguer clairement un objet ou une lettre à une distance donnée (acuité visuelle). Ils peuvent également examiner les maladies oculaires courantes, telles que les yeux rouges, les cils anormaux, la conjonctivite, la sécheresse oculaire et l'inflammation des paupières, à l'aide d'une lampe de poche.

Dans certains cas, lorsque des connaissances spécialisées sont nécessaires, il convient de s'adresser à un professionnel de la santé (infirmier, ophtalmologiste, optométriste, ophtalmologiste, etc.). Cela comprend des examens oculaires plus approfondis tels que la réfraction subjective, l'ophtalmoscopie directe et l'imagerie rétinienne, la prescription de lunettes ou de lentilles de contact pour la déficience visuelle de loin (myopie), ainsi que le diagnostic et le traitement des maladies oculaires telles que la cataracte et la rétinopathie dues au diabète et à l'hypertension artérielle.

Les résultats de l'évaluation de base pour d'autres domaines de la capacité intrinsèque, tels que le déclin cognitif et les symptômes dépressifs, doivent également être vérifiés et une évaluation approfondie doit être réalisée si nécessaire. → 5 10



Une carte « E tumbling » peut également être utilisée dans la plupart des cas, tandis qu'une carte LogMAR (EDTRS) nécessite la connaissance de l'alphabet latin.

Encadré 8.1 La cataracte

La cataracte est une opacification du cristallin qui empêche de voir clairement. Elle est souvent liée au processus de vieillissement. Le diabète et l'obésité en sont des facteurs de risque. Avec les défauts de réfraction, il s'agit de la principale cause de déficience visuelle et de cécité évitable (51). La réduction du tabagisme et de l'exposition aux rayons ultraviolets peut prévenir ou retarder le développement de la cataracte. Un dépistage précoce et une correction chirurgicale peuvent restaurer la vision et éviter à un grand nombre de personnes de perdre la vision. L'intervention chirurgicale consiste à retirer le cristallin opacifié de l'œil et à implanter une lentille intraoculaire artificielle.

8.4

Prendre en charge

la déficience visuelle et les maladies oculaires



Les interventions visant à prendre en charge la déficience visuelle et les maladies oculaires doivent toujours s'inscrire dans le cadre d'un plan de soins personnalisé complet portant sur les maladies sous-jacentes (par exemple, l'hypertension, le diabète) et d'autres facteurs, ainsi que d'interventions portant sur d'autres domaines de la capacité intrinsèque. Outre la fourniture de lunettes de lecture et le dépistage de l'hypertension, il existe de nombreux autres moyens de prendre en charge la déficience visuelle.

8.4.1

Prise en charge des maladies oculaires courantes

Les agents de santé peuvent dispenser un traitement et/ou des soins de premiers secours dans les établissements de soins primaires et donner des conseils sur le suivi des personnes présentant une rougeur des yeux ou des cils anormaux, une conjonctivite infectieuse et allergique, une sécheresse oculaire, une inflammation des paupières (blépharite), un corps étranger dans l'œil et une kératite (inflammation de la cornée). Si l'amélioration est minime ou inexistante, il convient d'orienter rapidement le patient vers un professionnel de la santé spécialisé.

8.4.2

Prise en charge des défauts de réfraction

La prise en charge des défauts de réfraction comprend des examens oculaires réguliers et des soins complets de la vision et des yeux. Les mesures correctives telles que les lunettes, les lentilles de contact et la chirurgie réfractive permettent de prendre en charge efficacement les défauts de réfraction. Ces traitements sont sûrs et peuvent améliorer considérablement la vision et la qualité de vie.

8.4.3

Déficience visuelle irréversible et cécité

Beaucoup de personnes souffrent de basse vision, une condition que les lunettes sur ordonnance ne parviennent pas à corriger de manière suffisante. Pour ces personnes, des aides visuelles adaptées à la basse vision permettent d'accomplir des tâches nécessitant une vision de près, comme lire un livre ou un journal, reconnaître des billets, déchiffrer des étiquettes, coudre ou examiner de petits objets ou des détails de grands objets. Elles doivent être orientées vers des services de réadaptation, s'ils sont disponibles et accessibles, afin de recevoir des conseils pour participer à la vie sociale en optimisant leur vision résiduelle et en mettant en place des adaptations pratiques pour gérer les conséquences sociales, psychologiques et économiques de la déficience visuelle. →4.2.1

Les parties prenantes communautaires peuvent aider les personnes malvoyantes ou non-voyantes à s'orienter dans leur communauté locale. Il peut s'agir d'accompagner une personne qui marche ou effectue un trajet sur un itinéraire qu'elle souhaite connaître, par exemple de son domicile à celui d'un membre de sa famille. En procédant ainsi à plusieurs reprises, la personne s'habitue à l'environnement et prendra confiance en elle pour effectuer le trajet. L'élaboration de cartes audio des environnements locaux, décrivant l'emplacement des choses et la manière de trouver des installations et des services particuliers, pourrait également être utile.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES



Jeu complet d'interventions en matière de soins oculaires. OMS ; 2022
(<https://iris.who.int/handle/10665/354256>).



8.5

Évaluer et prendre en charge les maladies associées et les facteurs de risque



8.5.1

Hypertension et diabète

L'hypertension et le diabète sont des facteurs de risque importants pour les maladies de la rétine et le glaucome (l'une des principales causes de déficience visuelle et de cécité évitables). La rétinopathie diabétique est la complication microvasculaire la plus fréquente du diabète. Outre la prise en charge des facteurs de risque de MCV (→ 3.1.4), il est recommandé aux personnes souffrant d'hypertension ou de diabète de procéder à un contrôle systématique de leur rétine (c'est-à-dire une fois par an ou tous les deux ans, selon le contexte), suivi d'un traitement. La rétinopathie peut être détectée et surveillée par ophtalmoscopie par un professionnel de la santé ayant des connaissances spécialisées ou par imagerie rétinienne avec une interprétation locale ou des programmes de télémedecine avec l'évaluation centralisée.

8.5.2

Utilisation de stéroïdes

Chez certaines personnes, un traitement à long terme aux corticostéroïdes peut augmenter la pression dans le globe oculaire ou entraîner une cataracte. Si elle n'est pas traitée, cette augmentation de la pression (glaucome) peut entraîner la déficience visuelle et la cécité en endommageant le nerf optique. Toute personne recevant un traitement stéroïdien à long terme doit faire l'objet d'un examen complet et régulier des yeux et de la vision, y compris un contrôle de la pression oculaire. L'adéquation de la prescription de stéroïdes, y compris le dosage, doit être régulièrement réexaminée.

8.6

Évaluer et prendre en charge les environnements sociaux et physiques



8.6.1

Produits d'assistance pour la basse vision

Une gamme de produits d'assistance peut être utilisée pour aider les personnes âgées souffrant de déficience visuelle à poursuivre leur vie quotidienne et leurs centres d'intérêt. Il s'agit de produits d'assistance optique tels que les loupes, les télescopes et les lunettes, et de produits d'assistance non optique tels que les livres et lecteurs audio, les montres parlantes, les cannes blanches, les lecteurs d'écran et les téléphones portables adaptés. De nombreux téléphones portables et programmes informatiques sont désormais dotés de fonctions de synthèse vocale. Des piluliers avec du texte en relief ou en braille peuvent s'avérer utiles.

8.6.2

Modification de l'environnement au domicile et dans les environs

Outre l'utilisation de produits d'assistance à la basse vision, des changements simples peuvent être apportés au domicile et dans les environs afin de réduire le risque de chutes pour les personnes âgées souffrant de déficience visuelle. → 4.2.5 Outre ces modifications, les changements suivants peuvent être apportés pour faciliter les tâches quotidiennes et les activités de loisirs :

- **Utilisation de la police la plus lisible :** Pour les supports imprimés et les écrans d'ordinateurs ou de téléphones, une police large et sans empattement (comme celle de ce manuel), qui contraste nettement avec un fond de couleur uniforme, est plus facile à lire.

- **Choisir des objets domestiques avec des polices plus grandes et un bon contraste :** Il existe des produits courants avec des lettres et des chiffres plus grands ou un bon contraste, par exemple des horloges, des montres et des livres en gros caractères. En ce qui concerne les loisirs, il est possible d'acheter ou de fabriquer des plateaux de jeu et des pièces de grande taille, ainsi que des cartes à jouer avec des caractères et des symboles en gros caractères.
- **Utilisation de produits d'assistance à commande vocale :** Envisagez des montres, thermomètres et balances parlants.

8.6.3

Soins et soutien sociaux → 11

Les personnes âgées souffrant de déficience visuelle peuvent avoir besoin d'aide dans le cadre de leurs AVQ. Outre l'aide aux activités quotidiennes, telles que l'alimentation et l'habillement, les personnes âgées peuvent bénéficier d'une assistance pour organiser leurs effets personnels afin de les trouver et de les distinguer facilement.

Les personnes âgées souffrant de déficience visuelle peuvent se sentir malheureuses, seules ou désespérées, et présentent un risque accru de dépression, d'anxiété, de fatigue ou de chagrin lié à la perte (progressive) de la vision. Elles peuvent souffrir d'isolement social, en particulier si elles ont du mal à sortir de chez elles pour assister à des réunions et à des événements sociaux, et peuvent bénéficier d'un soutien psychologique.

Les aidants et les parties prenantes communautaires peuvent aider en organisant des événements locaux et en accompagnant les personnes qui y participent, en cartographiant les environnements locaux et en créant des groupes de soutien par les pairs. Ils peuvent également préconiser et mettre en œuvre des solutions pour améliorer la lisibilité des panneaux dans les établissements privés et publics (par exemple, dans les établissements de soins de santé, les menus des restaurants) ainsi que dans les espaces extérieurs (par exemple, les panneaux de signalisation et les plaques de rue).

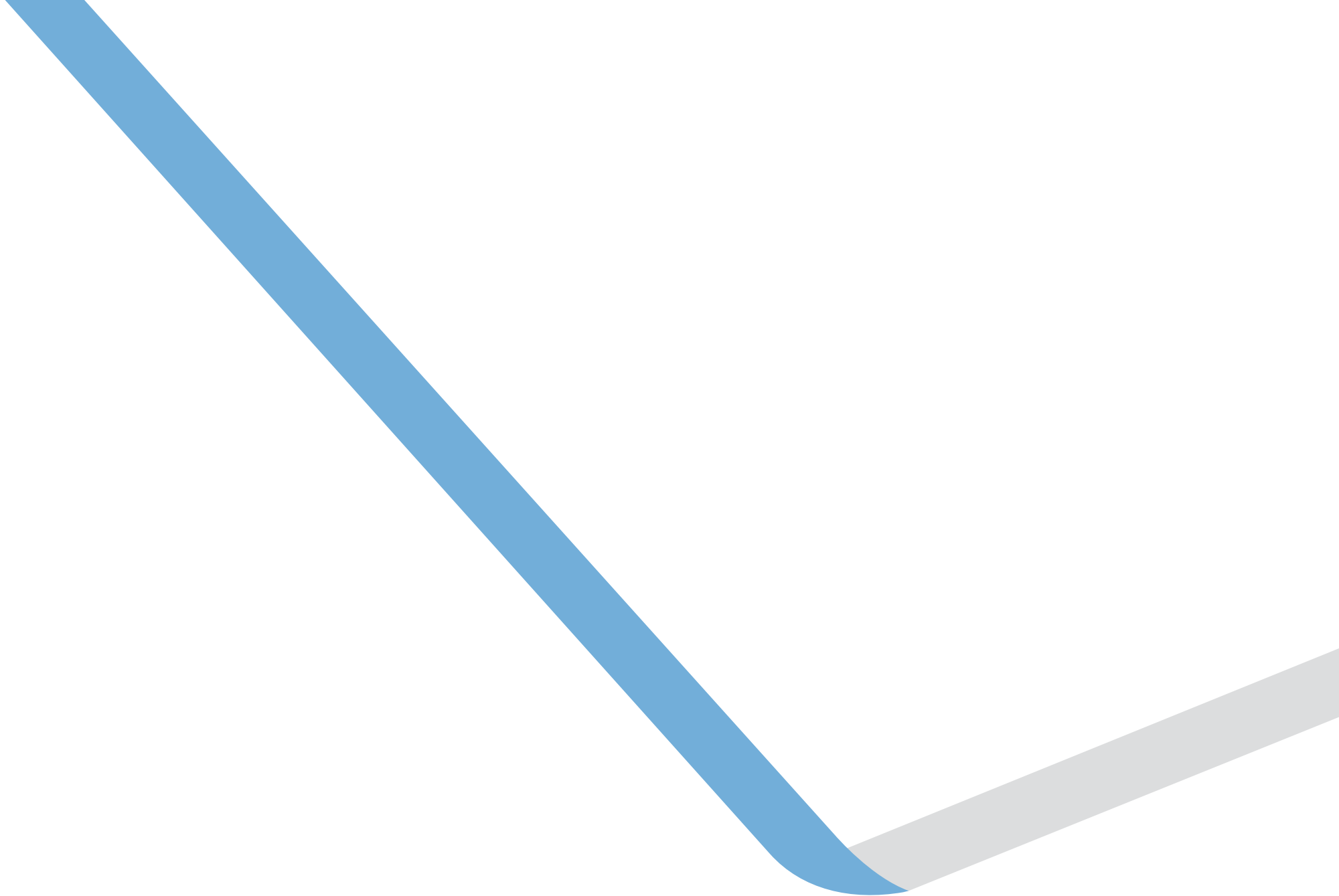
Par exemple, ranger les articles similaires, comme les couverts, ensemble dans les tiroirs et les séparer des tournevis. Les vêtements peuvent être rangés dans les tiroirs ou les armoires sous forme d'ensembles coordonnés ou en les organisant en fonction des occasions au cours desquelles ils sont portés.

8.6.4

Soutien aux aidants → 12

La formation des aidants des personnes âgées souffrant de déficience visuelle peut porter sur la manière d'aider la personne à se déplacer, qu'il s'agisse de modifier l'environnement domestique pour le rendre plus sûr ou de savoir comment marcher avec une personne souffrant de déficience visuelle. Elle peut également porter sur la manière d'adapter les styles et les méthodes de communication, notamment :

- Être patient – donner à la personne suffisamment de temps pour s'orienter dans un environnement, surtout s'il ne lui est pas familier.
- Offrir de l'aide en cas de besoin, mais respecter l'indépendance de la personne en lui permettant de faire les choses par elle-même lorsque cela est possible.
- Décrire l'environnement, par exemple les alentours, la disposition, les objets et les personnes dans une pièce.
- Être vigilant – marcher quelques pas devant la personne pour lui donner des repères et l'avertir des dangers potentiels, tels que la présence de marches.
- Éviter de supposer ce que la personne souffrant de déficience visuelle peut ou ne peut pas faire. Lui permettre d'exprimer ses besoins et ses préférences.
- Encourager l'utilisation de produits d'assistance pour aider la personne à conserver son autonomie et à se sentir bien dans son environnement.



9

Audition

Parcours de soins pour la prise en charge de la perte auditive

La perte auditive liée à l'âge est l'une des déficiences sensorielles la plus courante chez les personnes âgées. Une perte auditive non traitée entrave la communication et peut conduire à l'isolement social. Des limitations dans d'autres domaines de capacité intrinsèque, comme le déclin cognitif, peuvent aggraver ces conséquences sociales. La perte auditive est liée à de nombreux autres problèmes de santé, notamment la dépression et l'anxiété, les troubles de l'équilibre et les chutes. La perte auditive a été identifiée comme un risque potentiellement modifiable de démence (52). Sa prise en charge par l'utilisation d'appareils auditifs peut réduire efficacement ce risque.



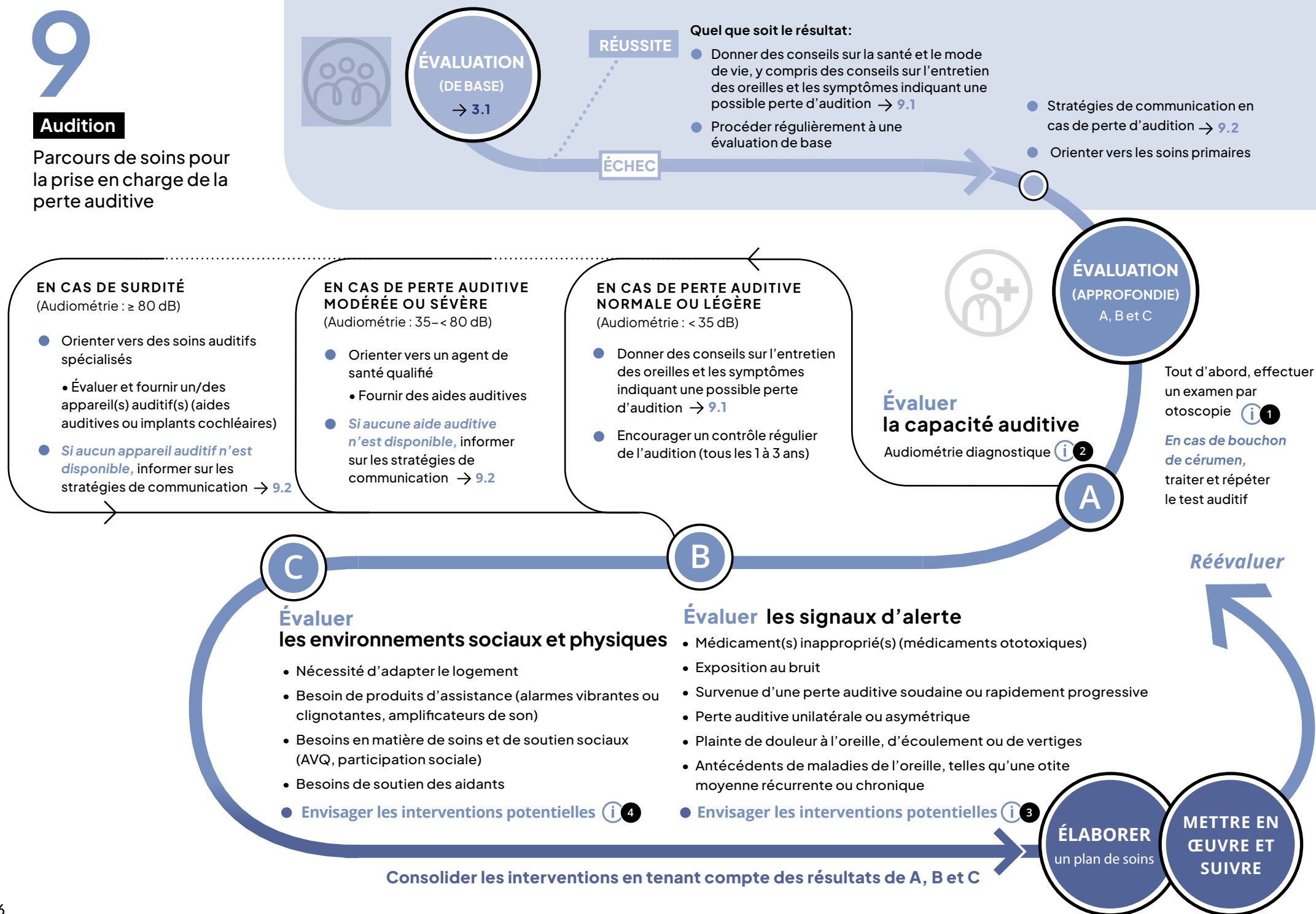
Points clés

- Les agents de santé communautaires peuvent procéder à une évaluation de base de la perte auditive à l'aide d'un simple équipement portable ou d'un test de chuchotement.
- Des actions simples au sein du foyer et de la communauté peuvent réduire l'impact de la perte auditive, notamment l'adoption de stratégies de communication.
- Les aides auditives peuvent être adaptées par un agent de santé qualifié. Cependant, certaines personnes peuvent avoir besoin des conseils d'un spécialiste pour l'ajustement et l'utilisation afin de garantir que l'appareil auditif fonctionne de manière optimale.
- Les parties prenantes communautaires peuvent aider les personnes âgées souffrant de perte auditive en leur fournissant des informations et des conseils, en adaptant les styles de communication lors des événements et des réunions communautaires et en créant des groupes de soutien par les pairs.

9

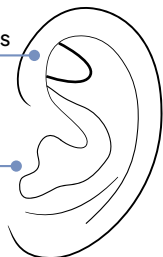
Audition

Parcours de soins pour la prise en charge de la perte auditive



i 1 Examen de l'oreille par otoscopie

- D'une main, tirer doucement le **pavillon** de l'oreille vers l'arrière et vers le haut pour redresser le conduit auditif.
- De l'autre main, tirer doucement le **tragus** vers l'avant avec le doigt pour ouvrir le conduit auditif.
- Inspecter le conduit auditif à l'aide d'une lampe (avec un otoscope, le cas échéant, ou demander à un assistant d'éclairer avec une lampe torche), afin de rechercher ce qui suit:
 - Cérumen, pus ou écoulement
 - Gonflement et rougeur
 - Corps étranger dans le conduit auditif



Le cérumen peut être éliminé par un lavage d'oreille.

Le test auditif doit être répété après élimination du cérumen.

i 2 Audiométrie diagnostique → 9.3.2

Test auditif non invasif qui mesure la capacité à entendre différentes fréquences ou intensités de sons, hauteurs tonales. Le test doit être effectué dans une pièce calme et avec des casques d'écoute. Il existe deux tests : l'audiométrie tonale et l'audiométrie vocale.

Cérumen

Le cérumen est produit par le conduit auditif pour nettoyer l'oreille et est normalement expulsé du conduit par l'oreille elle-même. Les bouchons de cérumen peuvent entraîner des douleurs, une perte auditive et affecter le fonctionnement des aides auditives. Si une personne âgée échoue au test de dépistage auditif, il convient d'identifier et de traiter tout bouchon de cérumen présent.

Le cérumen peut être éliminé par un lavage d'oreille avec de l'eau propre, à la température du corps (37 °C). Si le cérumen ne peut être enlevé en toute sécurité, il faut s'adresser à un spécialiste.

Besoin de connaissances et de formations spécialisées

- Adaptation des aides auditives pour une perte auditive modérée (9.4.3)
- Évaluation et prise en charge de la perte auditive sévère/de la surdité et fourniture et utilisation d'un appareil pour l'audition
- Prise en charge d'un problème sous-jacent qui cause ou contribue à la perte auditive
- Si des signaux d'alerte sont identifiés (9.5)

i 3 Interventions en cas de signaux d'alerte → 9.5

- Médicament(s) inapproprié(s)** (médicaments ototoxiques) → ● Réviser les médicaments et les retirer ou prescrire des médicaments alternatifs (9.5.1)
- Exposition au bruit** → ● Conseiller sur le volume d'écoute sûr et l'utilisation de bouchons d'oreille (9.5.2)
- Survenue d'une perte auditive soudaine ou rapidement progressive** → ● Orienter vers des soins auditifs spécialisés
- Perte auditive unilatérale ou asymétrique** → ● Orienter vers des soins auditifs spécialisés
- Plainte de douleur à l'oreille, d'écoulement ou de vertiges** → ● Orienter vers des soins auditifs spécialisés
- Antécédents de maladies de l'oreille, telles qu'une otite moyenne récurrente ou chronique** → ● Orienter vers des soins auditifs spécialisés

i 4 Interventions sur les environnements sociaux et physiques → 9.6

- Nécessité d'adapter le logement** → ● Aménager le domicile pour faciliter la communication (9.6.1)
- Besoin de produits d'assistance** → ● Fournir des produits d'assistance tels que des téléphones et sonnettes vibrants ou clignotants, des amplificateurs de son portables (9.6.2)
- Besoins en matière de soins et de soutien sociaux** → ● Soutien pour les tâches de la vie quotidienne, possibilités de participation sociale (11.6)
- Besoins de soutien des aidants** → ● Conseiller les aidants sur les stratégies de communication (9.2)

9.1

Conseils en matière de santé et de mode de vie pour promouvoir les soins de l'oreille et de l'audition



Les agents de santé communautaires et les autres parties prenantes communautaires peuvent jouer un rôle dans la prestation de soins généraux de l'oreille et de l'audition et de conseils sur le mode de vie pour toutes les personnes âgées, y compris celles qui souffrent d'une perte auditive. Les informations à transmettre comprennent les bonnes pratiques et les erreurs à éviter pour préserver la santé des oreilles, l'importance des tests auditifs réguliers, ainsi que les situations nécessitant une consultation médicale, en particulier en cas de suspicion de perte auditive.

Conseils pour toutes les personnes âgées :

- Nettoyez uniquement la partie externe de l'oreille avec un chiffon doux.
- Ne mettez pas d'objets dans les oreilles, par exemple des cotons-tiges, des bougies auriculaires, des huiles, des liquides tels que le kérosène, des bâtonnets, des remèdes maison ou des doigts sales.
- Ne vous baignez pas ou ne vous lavez pas dans des eaux sales.
- Ne partagez pas vos écouteurs ou bouchons d'oreille avec d'autres personnes.
- N'écoutez pas de sons ou de la musique trop forts et utilisez des bouchons d'oreille dans les endroits bruyants.
- Effectuez des contrôles auditifs réguliers auprès d'un agent de santé et demandez conseil en cas de douleur à l'oreille, d'écoulement ou de toute difficulté d'audition.

- Consultez un agent de santé **en cas de suspicion de perte auditive** basée sur les éléments suivants :
 - Demander souvent aux gens de se répéter.
 - Augmenter le volume de la radio ou de la télévision.
 - Difficulté à suivre les conversations dans les endroits bruyants.
 - Difficulté à comprendre ce qui est dit au téléphone.
 - Sensation de bourdonnement dans l'oreille (acouphènes).
 - Difficultés à entendre les sons tels que les sonnettes de porte, les alarmes ou les téléphones.
 - Être informé par d'autres que l'on parle fort.

Les parties prenantes communautaires peuvent également organiser des séances de conseil ou des discussions sur la manière dont la perte auditive peut être gérée, notamment par l'utilisation d'aides auditives et d'autres produits d'assistance. Elles peuvent également contribuer à lutter contre la stigmatisation associée à l'utilisation. Elles peuvent également contribuer à lutter contre la stigmatisation associée à l'utilisation. Les campagnes de sensibilisation peuvent faire comprendre aux personnes qu'il n'y a pas lieu d'avoir honte d'une perte auditive ou de la cacher. Une personne sur 20 souffre d'une perte auditive nécessitant une prise en charge (53).

9.2

Les soins de santé communautaires pour la prise en charge de la perte auditive



9.2.1

Stratégies de communication

Si une évaluation ICOPE de base révèle une perte auditive potentielle chez une personne âgée et que l'audiométrie diagnostique n'est pas accessible immédiatement, les agents de santé communautaires et les parties prenantes locales peuvent proposer des stratégies de communication, que des aides auditives soient disponibles ou non. Les conseils peuvent notamment être les suivants :

- Accordez à la personne toute votre attention, en particulier si elle présente également des difficultés d'élocution.
- Laissez la personne voir votre visage lorsque vous parlez et établissez un contact visuel pour montrer que vous écoutez activement et que vous accordez de l'importance à ce qu'elle dit.
- Veillez à ce que votre visage soit bien éclairé pour que l'auditeur/auditrice puisse voir vos lèvres. N'exagérez pas et ne déformez pas les mouvements des lèvres.
- Attirez l'attention de la personne avant de parler.
- Réduisez les bruits de fond ou installez-vous dans un endroit plus calme.
- Parlez clairement et plus lentement. Ne criez pas.
- Donnez à la personne le temps de s'exprimer. N'interrompez pas votre interlocuteur/interlocutrice et ne terminez pas ses phrases.
- N'oubliez pas que la personne peut avoir besoin de plus de temps pour communiquer. Faites preuve de patience et de respect.
- Utilisez des signaux non verbaux, comme un signe de tête, pour indiquer que vous suivez la conversation.

- En groupe, ne parlez pas tous en même temps. Encouragez les personnes à parler chacune à leur tour.
- Ne renoncez pas à parler à une personne malentendante.
- Si la personne a des difficultés à s'exprimer, utilisez des aides visuelles, telles que des images ou des notes écrites, pour l'aider.
- Restez attentif aux autres causes possibles de difficultés de communication, non liées à une perte auditive, comme le déclin cognitif.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES



 **Conseils pour des oreilles saines.** OMS ; 2023 (<https://www.who.int/fr/publications/m/item/community-resource-5-tips-for-healthy-ears>).

 **Des soins auditifs pour tous.** OMS ; 2023 (<https://www.who.int/fr/publications/m/item/community-resource-1a-when-to-suspect-hearing-loss-in-an-adult>).

 **Ressource de base pour les soins de l'oreille et auditifs.** OMS ; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/331278>).

 **Conseils aux utilisateurs d'aides auditives.** OMS ; 2023 (<https://www.who.int/fr/publications/m/item/community-resource-4-tips-for-hearing-aid-users>).

9.3

Évaluer les problèmes d'oreille et la capacité auditive



Une étape importante avant tout diagnostic de la capacité auditive consiste à identifier et à traiter le cérumen par otoscopie.

9.3.1

Otoscopie

L'otoscopie est la procédure qui permet d'identifier les affections à l'origine de la perte d'audition, telles que le cérumen ou les perforations de la membrane tympanique. Il existe de nombreux types d'otoscope. Certains peuvent se connecter à un ordinateur ou à un téléphone portable et enregistrer des photos ou des vidéos de ce qui est examiné. Un otoscope nécessite un spéculum, un accessoire (généralement en plastique) permettant d'examiner le conduit auditif.

9.3.2

Évaluation approfondie de l'audition

Une évaluation approfondie de l'audition peut comporter trois tests : un audiomètre diagnostique pour les sons purs, une audiométrie vocale et une tympanométrie pour l'évaluation de l'oreille moyenne. Ces tests peuvent aider à identifier les besoins en matière d'appareils auditifs et de soutien. La réalisation de ces tests nécessite une formation spécialisée.

- **Audiométrie tonale liminaire (ATL) :** Il s'agit de tester la capacité d'une personne à entendre des sons purs de différentes fréquences (hauteurs tonales). Ce test consiste à diffuser des sons préenregistrés de plus en plus fort jusqu'à ce que la personne puisse les entendre afin d'identifier le seuil d'audition. Il teste la conduction aérienne et la conduction osseuse des sons pour évaluer les seuils auditifs à des fréquences allant de 125 Hz (très basses) à 8000 Hz (très hautes). Ce test permet de déterminer la gravité et le type de perte auditive.

- **Audiométrie vocale :** Les personnes âgées bénéficient de ce test supplémentaire. Lors d'un test d'audiométrie vocale, une série de mots simples préenregistrés est diffusée à des volumes croissants et il est demandé à la personne de répéter les mots lorsqu'elle les entend. Ce test permet de recouper les résultats de l'ATL. Il permet de déterminer si la reconnaissance vocale est cohérente avec les résultats de l'ATL, s'il existe une asymétrie de la perception vocale qui n'est pas prédite par l'ATL, et identifie l'oreille à équiper d'une aide auditive si un seul appareil auditif est nécessaire.
- **Tympanométrie :** Ce test mesure la compliance (ou souplesse) du tympan, c'est-à-dire sa capacité à transmettre efficacement le son vers la cavité de l'oreille moyenne et, par conséquent, vers l'oreille interne. Ce test peut compléter les résultats de l'audiométrie tonale liminaire et de l'audiométrie vocale pour déterminer le type de problème auditif.

Le parcours de soins présente la prise en charge de la perte auditive selon trois catégories (normale, modérée ou sévère, et surdité). Lorsque les capacités du système de santé le permettent et que cela est considéré comme approprié, une perte auditive légère (20 à < 35 dB) peut également être identifiée ([Tableau 9.1](#), p. 101). Les personnes dont la capacité auditive est jugée normale doivent néanmoins faire l'objet d'une évaluation des signaux d'alerte et des environnements sociaux et physiques.

Outre les tests auditifs, les résultats de l'évaluation de base pour d'autres domaines de la capacité intrinsèque, tels que le déclin cognitif et les symptômes dépressifs, doivent également être vérifiés et une évaluation approfondie doit être réalisée si nécessaire. → **5** **10**

Veiller à toujours examiner les deux oreilles, même si la personne ne se plaint que d'une seule oreille.

Tableau 9.1
Classification des pertes auditives en fonction de leur gravité

Classe	Seuil d'audition de l'oreille la plus performante (dB)	Expérience auditive dans un environnement calme
Audition normale	< 20 dB	Aucune difficulté à entendre les sons
Perte auditive légère	20 à < 35 dB	Aucune difficulté à entendre une conversation normale dans un environnement calme
Perte auditive modérée ou sévère	35 à < 80 dB	Difficulté à entendre une conversation dans un environnement calme ; en cas de perte auditive sévère, difficulté à entendre une conversation même à voix haute
Surdité	� 80 dB	Difficulté extrême � entendre les voix fortes

9.4 Prendre en charge la perte auditive



Les personnes souffrant de perte auditive peuvent éprouver des sentiments de gène, d'anxiété et de perte d'estime de soi, ce qui entraîne une moindre participation aux activités sociales, l'isolement social et la solitude, autant de facteurs qui contribuent à la dépression. → 10

Les interventions visant à prendre en charge la perte auditive doivent toujours s'inscrire dans le cadre d'un plan de soins complet et personnalisé répondant aux facteurs sous-jacents, parallèlement à des interventions portant sur d'autres domaines de la capacité intrinsèque. Outre le soutien aux stratégies de communication, il existe de nombreux autres moyens de prendre en charge la perte auditive, notamment la fourniture d'appareils auditifs et l'orientation vers des services de réadaptation. → 4.2.1

Une  ducation de base et des conseils sur la perte auditive devraient être fournis afin d'encourager et de soutenir l'acceptation et l'adaptation psychologiques. Il s'agit notamment de stratégies de communication, d'adaptations de l'environnement, de la manière d'utiliser les aides auditives et de l'apprentissage entre pairs. Les personnes âgées, les membres de leur famille et les aidants peuvent bénéficier de conseils pour les aider à accepter leur perte auditive et   s'y adapter, notamment en apprenant à surmonter les attitudes stigmatisantes des autres.

9.4.1 Perte auditive modérée ou sévère

Il est important que les personnes âgées souffrant d'une perte auditive modérée ou sévère reçoivent des informations et un soutien pour faciliter leur adaptation et leur vie avec leur perte auditive. Les avantages des appareils auditifs, tels que les aides auditives, doivent être expliqués à la fois à la personne malentendante et à ses aidants, ainsi que des informations sur l'endroit où se les procurer et sur la manière de les utiliser. Lorsqu'une personne est équipée d'une aide auditive, un agent de santé peut l'aider et l'encourager à l'utiliser.

9.4.2
Surdité

Une personne âgée souffrant d’une perte auditive sévère ou d’une surdité ou qui ne bénéficie pas des interventions susmentionnées aura besoin d’une autre approche, telle que la prestation d’un implant cochléaire, s’il est disponible. Cette décision ne peut être prise qu’en consultation avec un spécialiste de l’audition.

9.4.3
Appareils auditifs

La plupart des appareils auditifs doivent être fournis par un agent de santé formé et autorisé, conformément aux règles et réglementations locales. Si les appareils auditifs ne sont pas disponibles, les agents de santé communautaires et d’autres parties prenantes communautaires peuvent fournir des informations sur les stratégies de communication.

Aides auditives : Une aide auditive est un dispositif électronique qui se porte à l’oreille ou à l’intérieur de celle-ci. Il amplifie les sons pour permettre à une personne malentendante de mieux entendre la parole et d’autres sons. Il s’agit généralement de la technologie la plus utile et la plus pratique pour les personnes âgées souffrant d’une perte auditive. L’audiométrie ne doit pas être la seule base pour déterminer si une personne a besoin d’une aide auditive. Une personne doit faire l’objet d’une évaluation de ses besoins globaux avant qu’une aide auditive ne lui soit proposée. Il est important d’expliquer aux personnes que les aides auditives ne guérissent ni ne traitent la perte auditive. Des conseils doivent être fournis concernant leur utilisation et leur entretien, y compris le remplacement régulier de la batterie et de l’écouteur.

Les conseils et les informations sur l’utilisation des aides auditives comprennent :

- Le fonctionnement des aides auditives et l’importance de les utiliser régulièrement pendant les heures d’éveil.
- L’entretien d’une aide auditive comprend :
 - la conserver dans un endroit sûr et frais lorsqu’elle n’est pas utilisée, et à l’abri de l’eau et de la chaleur à tout moment ;
 - l’enlever pendant le bain ou la douche ;
 - ouvrir le couvercle du compartiment dans lequel se trouvent les piles ou la batterie la nuit ;
 - s’assurer qu’elle soit éteinte lorsqu’elle n’est pas utilisée ;
 - nettoyer l’écouteur avec un chiffon sec tous les jours.

- Changer ou recharger les piles/batteries et savoir où trouver des piles/batteries à un prix abordable.
- Problèmes courants lors de l’utilisation des aides auditives et comment les résoudre.
- La probabilité que les aides auditives soient efficaces - pour gérer les attentes.

Implants cochléaires : Un implant cochléaire est un dispositif médical électronique destiné aux personnes souffrant d’une perte auditive sévère et ne pouvant être traitée par des aides auditives. Il se compose de deux parties : un processeur externe qui capte les sons et les transmet à la partie implantable qui est placée chirurgicalement dans l’oreille. Il transforme les sons en impulsions électriques et les envoie aux nerfs auditifs. Une personne doit être évaluée avec soin pour déterminer si un implant cochléaire peut l’aider. Si l’implantation cochléaire n’est pas disponible ou réalisable, la personne âgée et sa famille doivent être informées des différentes stratégies de communication.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

-  **Formation sur les produits d’assistance auditive.** TAP ; 2024 (<https://www.gate-tap.org/>).
-  **Approches pour la prestation de services en matière d’aides auditives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.** OMS ; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/376092>).
-  **Soins primaires de l’oreille et de l’audition : matériel de formation.** OMS ; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/366334>).

Certains pays disposent de réglementations qui permettent d’accéder à des aides auditives en vente libre sans ordonnance, tels que les aides auditives préprogrammées et les aides auditives auto-adaptatives. Ces aides auditives conviennent généralement aux personnes souffrant d’une perte auditive légère ou moyenne, sans aucun signe d’alerte. Les aides auditives préprogrammées sont déjà programmées en fonction des types de perte auditive les plus courants chez les personnes âgées. Un agent de santé qualifié peut décider de l’aide auditive préprogrammée qui convient et l’adapter.

9.5

Évaluer et prendre en charge les signaux d'alerte



Il existe un certain nombre de « signaux d'alerte » en matière de perte auditive, notamment des causes potentielles et des problèmes qui doivent être considérés comme nécessitant une consultation auprès d'un professionnel de la santé spécialisé (par exemple, un oto-rhino-laryngologiste).

9.5.1

Médicament(s) inapproprié(s)

Certains médicaments peuvent endommager l'oreille interne, entraînant une perte d'audition et/ou d'équilibre (54), par exemple :

- les antibiotiques, tels que la streptomycine et la gentamicine ;
- les antipaludéens, tels que la quinine et la chloroquine ;
- le traitement par injection de la tuberculose multirésistante ;
- les diurétiques, tels que le furosémide ; et
- les anti-inflammatoires non stéroïdiens, tels que l'aspirine.

Une revue complète des médicaments et l'ajustement des médicaments peuvent nécessiter des connaissances spécialisées. Lorsqu'un tel traitement ototoxique est indispensable, il est important de contrôler régulièrement l'audition afin de détecter le plus tôt possible une perte auditive et de prendre les mesures qui s'imposent.

9.5.2

Exposition au bruit

La perte auditive due au bruit peut être causée par divers environnements et comportements au travail, au domicile ou dans le cadre d'activités récréatives. Le volume des sons, la durée d'écoute et la fréquence d'exposition à des sons forts ont tous un impact sur l'audition. Dans le cas d'une perte auditive causée par une utilisation dangereuse d'appareils audio personnels, il existe des pratiques simples et efficaces telles que le maintien du volume à des niveaux d'écoute sûrs et la limitation du temps consacré à des activités bruyantes.

9.5.3

Autres signaux d'alerte

Les pathologies qui peuvent être à l'origine d'une perte auditive et qui nécessitent un diagnostic et une prise en charge spécialisés sont les suivantes :

- La survenue d'une perte auditive soudaine ou rapidement progressive ;
- la perte auditive unilatérale ou asymétrique ;
- la plainte de douleur dans l'oreille, d'écoulement auriculaire ou d'étourdissement avec une perte auditive modérée ou sévère ; et
- les antécédents de maladies de l'oreille, telles qu'une otite moyenne récurrente ou chronique (infection de l'oreille moyenne).

9.6

Évaluer et prendre en charge les environnements sociaux et physiques



9.6.1

Adaptation du domicile

L'adaptation de l'environnement du domicile et des environs peut faciliter la vie des personnes souffrant de perte auditive. Il peut s'agir, par exemple, d'améliorer l'éclairage pour que les interlocuteurs soient bien visibles, de disposer les meubles de manière à ce que les chaises se fassent face pour favoriser les échanges, d'installer des sonnettes à plusieurs endroits au domicile et d'ajouter des alarmes avec signal lumineux.

9.6.2

Produits d'assistance

Outre les appareils auditifs, les produits d'assistance qui peuvent aider les personnes malentendantes comprennent les amplificateurs téléphoniques, les amplificateurs de son portables, les appareils de messagerie textuelle, ou encore les applications et les programmes qui permettent de sous-titrer les contenus audio sur différents canaux multimédias et de convertir la parole en texte. Les boucles d'induction auditive peuvent également être utiles. Elles comprennent un ou plusieurs fils placés autour d'un espace (par exemple, une salle de réunion ou un comptoir de service). Les fils transmettent les signaux d'un microphone et d'un amplificateur à certains types d'aides auditives.

Les parties prenantes communautaires peuvent aider à identifier ce qui est disponible au niveau local et fournir des informations et du soutien. Les organisations communautaires qui organisent des cours pour aider les personnes âgées à se familiariser avec la technologie numérique et à l'utiliser peuvent organiser des sessions axées sur l'utilisation des sous-titres et des applications de transcription vocale.



9.6.3

Soins et soutien sociaux → 11

Une interaction sociale régulière peut réduire le risque de déclin cognitif, de dépression et d'autres conséquences psychologiques et comportementales de la perte auditive. Dans les moments de détresse particulière, les réseaux de soutien social peuvent être utiles.

Les parties prenantes communautaires et les proches peuvent contribuer en maintenant une communication active avec une personne souffrant de perte auditive et en organisant des activités qui l'intègrent dans les réseaux sociaux.

Outre l'aide à la participation sociale, les personnes malentendantes peuvent avoir besoin d'autres formes d'assistance dans leur vie quotidienne. Par exemple, si la communication est un problème, un soutien peut être nécessaire pour passer des appels téléphoniques ou prendre des rendez-vous.

9.6.4

Soutien aux aidants → 12

Les aidants peuvent soutenir une personne âgée malentendante en adoptant les stratégies de communication décrites ci-dessus. Ils peuvent également avoir besoin d'un soutien.

10

Capacité psychologique

Parcours de soins pour la prise en charge des symptômes dépressifs



Les personnes ayant des « symptômes dépressifs » présentent deux ou plusieurs symptômes simultanés de dépression la plupart du temps pendant au moins deux semaines, mais ne remplissent pas les critères d'un diagnostic de dépression. Les symptômes dépressifs sont fréquents chez les personnes âgées souffrant d'affections de longue durée et invalidantes et peuvent être associés à un déclin dans tous les autres domaines de la capacité intrinsèque. Il est également fréquent que les personnes isolées socialement ou les aidants ayant des responsabilités exigeantes présentent des symptômes dépressifs. Ils peuvent affecter tous les aspects de la vie, y compris les relations avec la famille, les amis et la communauté.

Les symptômes dépressifs représentent une dimension parmi d'autres qui composent la capacité psychologique (anxiété, traits de personnalité, capacité d'adaptation et maîtrise).

Ce chapitre fournit des conseils sur la prévention et la prise en charge des symptômes dépressifs chez les personnes âgées. D'autres conseils sur les interventions de prise en charge de la dépression (modérée ou sévère) et de l'anxiété sont disponibles dans le *Guide d'intervention mhGAP* et la *Ligne directrice mhGAP*.

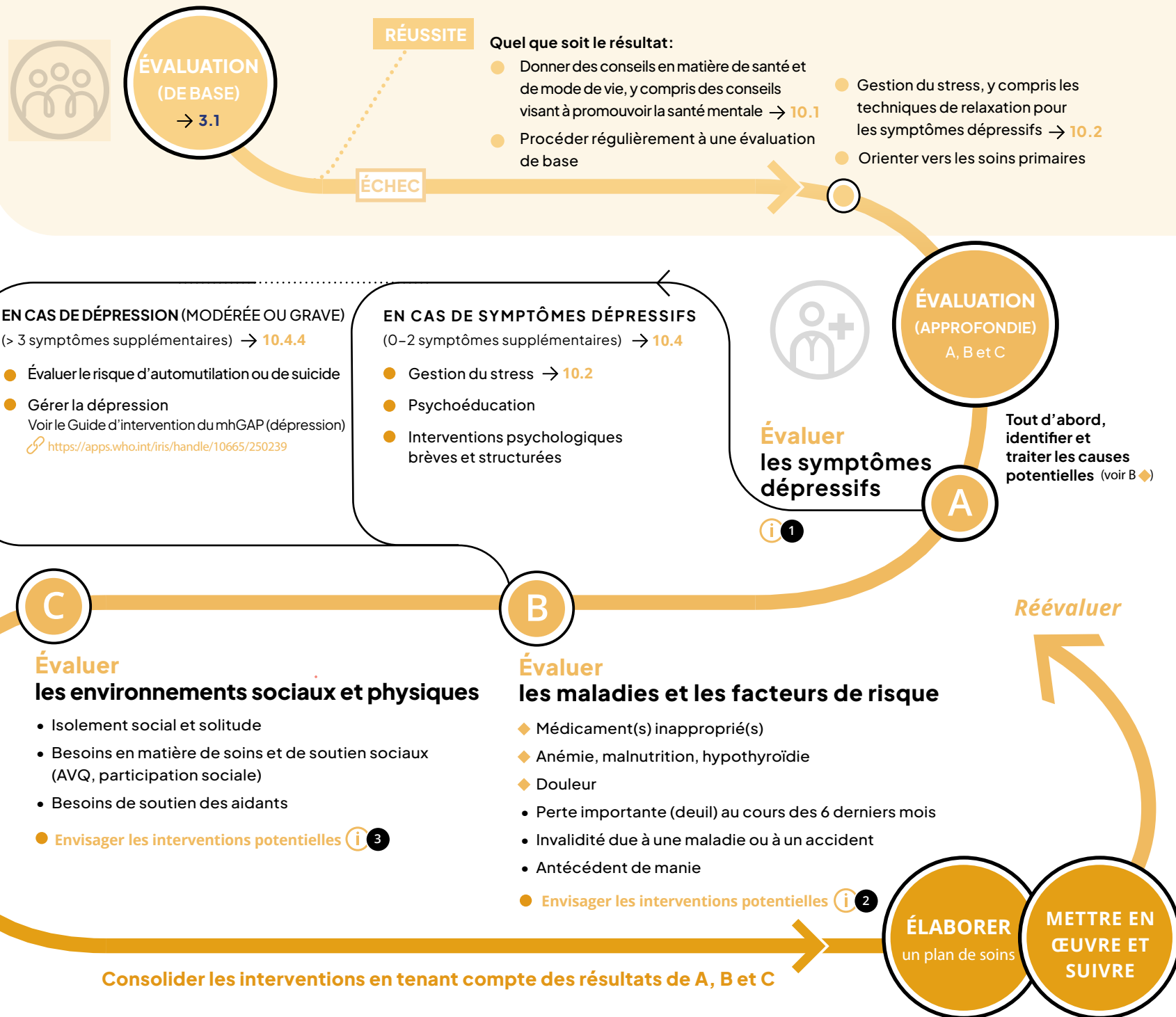
Points clés

- En posant des questions, les agents de santé communautaires peuvent identifier les personnes présentant des symptômes dépressifs.
- Grâce à des interventions psychologiques, des agents de santé non spécialisés, formés et supervisés, peuvent aider les personnes présentant des symptômes dépressifs.
- Pour une personne souffrant de dépression (modérée ou sévère), une approche plus spécifique, ciblée ou adaptée est nécessaire.
- Si un risque imminent d'automutilation ou de suicide est identifié, une orientation rapide vers des soins spécialisés est nécessaire.
- Les parties prenantes communautaires peuvent sensibiliser aux symptômes dépressifs et aider à mieux les comprendre afin de lutter contre la stigmatisation. Elles peuvent également contribuer à lutter contre l'isolement social.

10

Capacité psychologique

Parcours de soins pour la prise en charge des symptômes dépressifs



Si le risque est imminent:

- Orienter immédiatement la personne vers des professionnels de santé ayant des connaissances et une formation spécialisées
- Mobiliser la famille, les amis, les collègues concernés ou d'autres personnes pour assurer une surveillance étroite
- Mettre la personne en contact avec les ressources communautaires, y compris les lignes téléphoniques pour la santé mentale ou le suicide
- Supprimer l'accès aux moyens d'automutilation



Évaluer les symptômes dépressifs → 10.3

Si une personne fait état **d'au moins un des principaux symptômes** (sentiment d'abattement, de dépression ou de désespoir et manque d'intérêt ou de plaisir pour les activités), il convient de procéder à une évaluation plus poussée.

DEMANDER: Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été gêné par l'un des problèmes suivants ?

- Difficulté à s'endormir ou à dormir, ou sommeil excessif
- Sentiment de fatigue ou manque d'énergie
- Manque d'appétit ou suralimentation
- Se sentir « mal dans sa peau », avoir un sentiment d'échec ou penser que l'on s'est laissé aller ou que l'on a laissé tomber sa famille
- Difficulté à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision
- Se déplacer ou parler si lentement que d'autres personnes pourraient le remarquer
- Être tellement agité ou si nerveux que l'on bouge beaucoup plus que d'habitude
- Penser que l'on serait mieux mort ou que l'on pourrait se faire du mal d'une manière ou d'une autre

Si une personne présente **plus de deux symptômes supplémentaires**, elle peut souffrir de dépression (modérée ou sévère). Il est important de distinguer les symptômes dépressifs de la dépression, car leurs traitements diffèrent.

Conseils pour poser des questions

- Rencontrer la personne dans un espace privé, si possible.
- Faire preuve d'empathie et de sensibilité.
- Faire preuve d'une grande sensibilité pour les sujets difficiles.
- Rappeler à la personne que vos échanges resteront confidentiels, sauf en cas de risque d'automutilation ou de suicide.
- Ne pas juger les personnes en fonction de leur comportement et de leur apparence.
- Reconnaître qu'il a pu être difficile pour la personne de divulguer des informations.
- Si des aidants sont présents, suggérer de parler en privé avec la personne.

Besoin de connaissances et de formations spécialisées

- Risque imminent d'automutilation ou de suicide (10.4.4)
- Prise en charge du trouble bipolaire ou de la psychose (délires, hallucinations, comportement désorganisé, troubles émotionnels) (10.5.4)
- Interventions psychologiques brèves et structurées (10.4.2)
- Prise en charge de la douleur chronique, qui nécessite des soins complets (6.5.2)



Interventions sur les maladies et les facteurs de risque → 10.5

- | | | |
|--|---|--|
| Médicament(s) inapproprié(s) | → | ● Réviser les médicaments et les retirer ou prescrire des médicaments alternatifs (10.5.1) |
| Anémie, malnutrition, hypothyroïdie | → | ● Prise en charge des maladies (10.5.2) |
| Douleur | → | ● Évaluer et prendre en charge la douleur (6.5.2) |
| Perte importante (deuil) au cours des 6 derniers mois | → | ● Conseils pour des processus d'adaptation et de deuil culturellement appropriés |
| Invalidité due à une maladie ou à un accident | → | ● Conseils pour réduire le stress et renforcer le soutien social |
| Antécédent de manie | → | ● Voir le <i>Guide d'intervention du mhGAP</i> (psychoses) |



Interventions sur les environnements sociaux et physiques → 10.6

- | | | |
|--|---|--|
| Isolement social et solitude | → | ● Identifier et combattre la solitude et l'isolement social (11.3.3) |
| Besoins en matière de soins et de soutien sociaux | → | ● Aider aux tâches de la vie quotidienne, y compris les AVQ (11.6) |
| | → | ● Encourager la participation aux activités communautaires (11.3.4) |
| Besoins de soutien des aidants | → | ● Fournir une psychoéducation et un soutien psychosocial (12.4) |

10.1

Conseils en matière de santé et de mode de vie pour promouvoir la santé mentale



Les agents de santé communautaires et les autres parties prenantes communautaires peuvent conseiller toutes les personnes âgées, y compris celles qui présentent des symptômes dépressifs, sur des modes de vie sains afin de promouvoir la santé mentale et de prendre en charge les symptômes dépressifs.

Les conseils pour toutes les personnes âgées incluent l'importance des éléments suivants :

- Pratiquer une activité physique régulière.
- Avoir une bonne qualité de sommeil, notamment en conservant les mêmes horaires de coucher et de lever.
- Manger de manière saine et équilibrée.
- Maintenir un lien social et être socialement actif.
- Utiliser des techniques de réduction du stress.
- Éviter et réduire la consommation nocive d'alcool et d'autres substances psychoactives. Les troubles liés à la consommation d'alcool et la dépression peuvent augmenter le risque de suicide et affecter la qualité du sommeil.

Outre des conseils sur un mode de vie sain, les parties prenantes communautaires peuvent fournir d'autres informations sur les symptômes dépressifs et d'autres troubles de la santé mentale. La sensibilisation peut aider les personnes âgées et les aidants à mieux comprendre et gérer les symptômes dépressifs. La normalisation des troubles mentaux peut également contribuer à réduire la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale et aider les personnes à exprimer plus ouvertement leurs sentiments. Il est également important de faire comprendre aux personnes que les symptômes dépressifs ne sont pas un aspect normal ou inévitable du vieillissement, mais que s'ils surviennent, ils peuvent être traités ou gérés.

10.2

Les soins de santé communautaires pour traiter les symptômes dépressifs



10.2.1 Gestion du stress

Si une personne âgée est identifiée comme pouvant présenter des symptômes dépressifs lors d'une évaluation ICOPE de base et qu'une évaluation approfondie n'est pas immédiatement disponible, les agents de santé communautaires peuvent fournir des conseils sur la gestion du stress. Ces conseils peuvent être fournis sous la forme d'une autoassistance non guidée ou guidée. Ces conseils peuvent également être fournis aux aidants. → 12.1

L'exercice physique, un sommeil réparateur et le fait de passer du temps de qualité avec ses proches sont autant d'éléments utiles pour aider à gérer le stress. L'exercice physique doit être encouragé, en fonction des capacités locomotrices et des préférences de la personne, en raison de ses effets positifs sur la réduction du stress, le soulagement des symptômes d'anxiété et de tristesse, l'augmentation des niveaux d'énergie et l'amélioration de la qualité du sommeil. → 6.1

Les techniques de relaxation et la pratique d'activités agréables avec des amis ou des proches peuvent également être bénéfiques. La respiration profonde, les étirements et la relaxation musculaire sont des moyens rapides et efficaces de réduire l'impact physique et psychologique du stress. Il peut être utile de pratiquer ces techniques quotidiennement afin de maintenir la résilience et d'établir une routine pour les moments difficiles où elles sont particulièrement nécessaires.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES



Version d'essai sur le terrain : boîte à outils communautaire mhGAP : Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP).
OMS ; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/328742>).



Faire ce qui compte en période de stress : un guide illustré.
OMS ; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/331901>).



10.3

Évaluer les symptômes dépressifs



Une première étape importante lors d'une évaluation approfondie des symptômes dépressifs consiste à identifier et à traiter toute cause potentiellement réversible pouvant ressembler à des symptômes dépressifs ou les exacerber (◆). → 10.5

L'agent de santé doit également évaluer les facteurs de stress psychologiques, tels que le deuil et les événements traumatisants, qui peuvent expliquer les symptômes dépressifs.

Ensuite, en posant une série de questions, un agent de santé peut identifier les personnes présentant des symptômes dépressifs et distinguer les symptômes dépressifs de la dépression (modérée ou sévère) dans un établissement de soins primaires. Si une personne déclare au moins un des symptômes clés – se sentir triste, déprimé ou désespéré, ou manquer d'intérêt ou de plaisir dans ses activités – ainsi qu'un ou deux autres signes, elle pourrait souffrir de symptômes dépressifs. Si une personne présente plus de deux symptômes supplémentaires, il est possible de porter le diagnostic de dépression modérée ou sévère. Une personne souffrant de dépression modérée ou sévère éprouve généralement des difficultés considérables à faire face au quotidien à des situations personnelles, familiales, sociales ou autres.

En plus d'une évaluation approfondie des symptômes dépressifs, les résultats des évaluations de base pour d'autres domaines de la capacité intrinsèque, tels que le déclin cognitif, la déficience visuelle et la perte auditive, doivent également être vérifiés et des évaluations approfondies doivent être effectuées si nécessaire. → 5 8 9

Voir la section sur la dépression dans le *Guide d'intervention mhGAP* pour savoir comment réaliser une évaluation. Des outils peuvent être utilisés pour évaluer la dépression, par exemple le *Questionnaire sur la santé du patient* (PHQ-9).

Se référer à la page 107 pour plus d'informations 

10.4

Prendre en charge les symptômes dépressifs



Les interventions visant à prendre en charge les symptômes dépressifs doivent toujours s'inscrire dans le cadre d'un plan de soins complet et personnalisé répondant aux facteurs sous-jacents, parallèlement à des interventions portant sur d'autres domaines de la capacité intrinsèque.

Outre les conseils en matière de gestion du stress, il existe de nombreux autres moyens de gérer les symptômes dépressifs, notamment la psychoéducation et les interventions psychologiques brèves et structurées. Il est recommandé d'appliquer **une approche de soins par étapes** en commençant par une intervention d'auto-assistance de faible intensité (gestion du stress), en surveillant les symptômes et en proposant d'autres interventions en cas d'absence d'amélioration ou d'aggravation.

10.4.1 Psychoéducation

La psychoéducation désigne les programmes éducatifs destinés aux personnes âgées présentant des symptômes dépressifs et à leurs aidants, qui visent à améliorer la compréhension de leurs symptômes, y compris leur cause probable, la surveillance des symptômes et les stratégies d'adaptation, en tenant compte de leurs difficultés spécifiques en matière d'AVQ et de résolution de problèmes. Cette information :

- Contribue à améliorer les connaissances d'une personne sur son état de santé et permet une prise de décision éclairée sur le traitement.
- Améliore la compréhension de l'utilité du traitement, encourage l'adhésion au traitement et les attentes réalistes.
- Peut accroître les sentiments de contrôle et d'autonomie et réduire l'anxiété.
- Donne l'espoir d'un rétablissement.
- Peut améliorer les connaissances des aidants et des membres de la famille, ce qui les aide à mieux soutenir la personne.

Il est important de fournir un volume limité d'informations à la fois, d'utiliser un langage simple et des exemples pertinents, et de vérifier que la personne ou le groupe comprend les informations fournies.

La psychoéducation peut être dispensée individuellement ou en groupe si les composantes thérapeutiques sont adaptées à un format psychoéducatif structuré.

10.4.2

Interventions psychologiques brèves et structurées

Les interventions psychologiques sont l'utilisation informée et intentionnelle de techniques cliniques développées à partir de principes psychologiques pour aider les individus à modifier leurs compétences psychologiques (par exemple, les compétences émotionnelles, interpersonnelles, comportementales et cognitives). En l'absence d'amélioration des symptômes dépressifs grâce à des conseils sur la gestion du stress et à la psychoéducation, des interventions psychologiques brèves et structurées, telles que la thérapie d'activation comportementale, la TCC, la thérapie de résolution de problèmes et les thérapies de la troisième vague, peuvent être envisagées.

Différents formats d'interventions psychologiques (8 à 10 séances en moyenne) peuvent être envisagés avec les personnes âgées, y compris des traitements psychologiques individuels et/ou en groupe, en face à face. Les professionnels de la santé intervenant dans le domaine de la santé mentale, tels que les psychologues, administrent généralement ces interventions. Les agents de santé des établissements de soins primaires peuvent les administrer s'ils sont compétents et formés aux problèmes de santé mentale rencontrés par les personnes âgées, car les avantages l'emportent sur les inconvénients.

Bien que les traitements psychologiques en face à face soient susceptibles de donner de meilleurs résultats que l'auto-assistance non guidée, cette dernière peut convenir aux personnes qui n'ont pas accès à un traitement psychologique en face à face ou qui ne souhaitent pas suivre ce type de traitement.

- **Thérapie d'activation comportementale** : Elle met l'accent sur l'amélioration de l'humeur en (re)prenant des activités orientées vers des tâches et autrefois vécues comme agréables, en dépit de l'humeur actuelle basse. Elle peut être utilisée en tant que traitement autonome et constitue également une composante de la TCC.

- **Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)** : Une personne présentant des symptômes dépressifs peut avoir des pensées négatives irréalistes et déformées qui peuvent conduire à un comportement néfaste. La TCC, qui consiste à penser différemment (par exemple en identifiant et en remettant en question les pensées négatives irréalistes) et à agir différemment (par exemple en aidant la personne à faire des activités plus gratifiantes), peut s'avérer utile.
- **Thérapie de résolution de problèmes** : Une thérapie de résolution de problèmes implique l'utilisation systématique de techniques d'identification et de résolution de problèmes au cours d'un certain nombre de séances. Elle offre un soutien direct et pratique en décomposant les problèmes en tâches spécifiques et gérables, puis en développant des stratégies d'adaptation à des problèmes spécifiques.
- **Thérapies de troisième vague** : Il s'agit notamment d'interventions basées sur la pleine conscience, de la thérapie d'acceptation et d'engagement, de la thérapie métacognitive et de la thérapie comportementale dialectique. L'expression « interventions basées sur la pleine conscience » est une expression générique qui désigne les techniques de pleine conscience, de méditation et de yoga, ainsi que la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience et la réduction du stress basée sur la pleine conscience. La pleine conscience consiste à prêter attention à ce qui se passe dans le moment présent au lieu de se laisser porter par un train de pensées sur le passé, l'avenir, les souhaits, les responsabilités ou les regrets.

Les parties prenantes communautaires peuvent fournir des informations sur les services et le soutien disponibles et contribuer à briser la stigmatisation liée à la santé mentale. Cette démarche peut être particulièrement efficace si des dirigeants communautaires de confiance et respectés, y compris des chefs religieux, sont impliqués. Les organisations communautaires peuvent aider à identifier les personnes de leur communauté susceptibles de présenter des symptômes dépressifs et d'avoir besoin d'aide, ainsi que leurs aidants, qui peuvent eux-mêmes présenter des symptômes. Elles peuvent aider en orientant les personnes vers les services appropriés, en créant des groupes de soutien par les pairs, en organisant des événements pour promouvoir la participation sociale et en aidant à accomplir les tâches quotidiennes qui peuvent être source de stress.

10.4.3

Déclin cognitif → 5

Le déclin cognitif et la démence peuvent être associés à des symptômes dépressifs. Les résultats d'une évaluation de base du déclin cognitif doivent être validés et une évaluation plus approfondie doit être effectuée si nécessaire. Les fonctions cognitives qui peuvent être affectées par la dépression sont l'attention et la mémoire, ainsi que les fonctions exécutives. La dépression peut être une réponse psychologique à la prise de conscience par un individu d'un déclin cognitif léger qui n'a pas encore commencé à interférer avec son fonctionnement quotidien.

Une personne atteinte de démence se plaint souvent de troubles de l'humeur ou du comportement, tels qu'un manque d'intérêt, une perte de contrôle émotionnel ou des difficultés à mener à bien ses activités professionnelles, domestiques ou sociales habituelles. Des interventions psychologiques, telles que la TCC, la thérapie interpersonnelle, le conseil structuré et la thérapie d'activation comportementale, doivent être envisagées pour les personnes atteintes de démence et de dépression légère ou modérée (voir la *Ligne directrice mhGAP*).

10.4.4

Prendre en charge la dépression modérée ou sévère

Pour une personne souffrant de dépression (modérée ou sévère), une approche plus spécifique, ciblée ou adaptée est nécessaire. Il s'agit notamment d'évaluer les pensées, les plans ou les actes d'automutilation ou de suicide potentiels et de proposer des interventions fondées sur des données probantes, telles que des antidépresseurs et des interventions psychologiques brèves et structurées.

Poser des questions sur l'automutilation ou le suicide NE provoque PAS de passage à l'acte. Cela réduit souvent l'anxiété associée à ces pensées ou à ces actes et procure un sentiment de soulagement. Cependant, il est important d'établir une relation avec la personne avant de poser ces questions. Pour introduire les questions sur le suicide, reconnaissez que lorsque les personnes sont très bouleversées ou se sentent désespérées, elles peuvent penser à la mort ou à mettre fin à leur propre vie, que ces pensées ne sont pas rares et que les individus ne doivent pas en avoir honte.

Après avoir confirmé que la personne accepte de discuter de ces sujets, vous pouvez poser des questions, telles que : « Au cours du mois dernier, avez-vous sérieusement envisagé ou planifié de mettre fin à votre vie ? » Ou « Avez-vous pris des mesures pour mettre fin à votre vie au cours de l'année écoulée ? »

Si un risque imminent d'automutilation ou de suicide est identifié, la personne doit être immédiatement orientée vers des agents de santé formés à la santé mentale ou vers des soins spécialisés, s'ils sont disponibles. Les membres de la famille, les amis et les autres collègues ou voisins doivent être mobilisés pour surveiller la personne et lui interdire l'accès aux moyens d'automutilation. La personne et ses aidants doivent être mis en relation avec les ressources communautaires, par exemple les lignes téléphoniques dédiées à la santé mentale ou à la lutte contre le suicide qui fournissent des conseils et un soutien.

La prescription d'antidépresseurs nécessite des connaissances en matière de gestion des problèmes de santé mentale. La prise d'antidépresseurs seuls pour les personnes souffrant de dépression (modérée ou sévère) ne doit être envisagée que lorsque des interventions psychologiques structurées ne sont pas disponibles.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

  **Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées : version 2.0.** OMS ; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/274363>).

 **Ligne directrice du programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives, [3e éd.].** OMS ; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374250>).

 **Psychological interventions implementation manual: integrating evidence-based psychological interventions into existing services.** OMS ; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376208>).

10.5

Évaluer et prendre en charge les maladies associées et les facteurs de risque

L'évaluation des maladies et des facteurs de risque des symptômes dépressifs doit commencer par l'identification et le traitement des causes possibles (◆). Les affections et les facteurs de risque communs susceptibles de provoquer des symptômes dépressifs sont les médicaments, l'anémie, la malnutrition, l'hypothyroïdie et la douleur. Dans certains cas, le traitement de ces affections entraîne une amélioration des symptômes dépressifs. Si les symptômes dépressifs persistent, une évaluation plus approfondie sera nécessaire. Pour découvrir la ou les causes possibles des symptômes dépressifs, il faut procéder à un bilan diagnostique complet, comprenant parfois des analyses de sang.

10.5.1

Médicament(s) inapproprié(s) ◆

Certains médicaments peuvent entraîner des symptômes dépressifs. Cela comprend, mais sans s'y limiter, des médicaments qui agissent principalement sur le système nerveux central, tels que les antihistaminiques, les médicaments psychotropes, les relaxants musculaires et d'autres médicaments non psychotropes ayant des propriétés anticholinergiques, ainsi que les stéroïdes. Les effets nocifs potentiels de ces médicaments peuvent également l'emporter sur leurs avantages pour certaines personnes. L'élimination des médicaments inutiles et inefficaces ainsi que des médicaments partageant un même principe actif réduit la polymédication. → 4.2.4

10.5.2

Anémie, malnutrition et hypothyroïdie ◆

Diverses maladies affectent les symptômes dépressifs, telles que les maladies cardiaques, les bronchopneumopathies chroniques obstructives, le cancer, les maladies auto-immunes, l'anémie, la malnutrition et l'hypothyroïdie. Il est important de lutter contre ces maladies, qui peuvent ressembler à des symptômes dépressifs ou exacerber ces derniers.

L'anémie et la malnutrition peuvent entraîner des symptômes dépressifs en raison de carences en fer, ou en vitamines telles que le folate, la vitamine B6 et la vitamine B12. Les symptômes dépressifs peuvent également jouer un rôle dans le développement de l'anémie. Par exemple, la perte d'appétit et le manque d'intérêt pour les activités quotidiennes (telles que les courses et la cuisine), tous deux associés à des symptômes dépressifs, peuvent réduire la qualité et la quantité de l'alimentation, entraînant potentiellement le développement de l'anémie et de la malnutrition. Pour prendre en charge les symptômes dépressifs, il est essentiel de prendre en charge l'anémie et d'améliorer l'état nutritionnel. → 7

L'hypothyroïdie est une maladie fréquente chez les personnes âgées, en particulier chez les femmes. Les symptômes de l'hypothyroïdie peuvent être non spécifiques, comme la fatigue et la sécheresse de la peau, et peuvent inclure des symptômes dépressifs. Le diagnostic de l'hypothyroïdie nécessite généralement une analyse sanguine et les soins doivent être pris en charge par des agents de santé disposant de connaissances spécialisées.

10.5.3

La douleur ◆

Il existe une relation dans les deux sens entre la douleur et les symptômes dépressifs. Les personnes souffrant de douleurs chroniques présentent souvent des symptômes dépressifs, qui peuvent se manifester par des symptômes physiques, tels que de vagues douleurs. Certaines personnes se trouvent dans un cercle vicieux où la douleur aggrave les symptômes dépressifs et où la dépression qui en résulte amplifie les sentiments de douleur. Il est important de traiter la douleur et les symptômes dépressifs de manière globale et holistique. → 6.5.2

10.5.4

Autres affections associées

La présence des affections associées suivantes suggère qu'une approche différente du traitement des symptômes dépressifs est nécessaire.

- Perte importante (deuil) au cours des 6 derniers mois :** Le deuil est un processus normal de perte, de chagrin et de rétablissement associé à la mort. Le chagrin a des effets à la fois mentaux et physiques et les individus font face au chagrin de différentes manières, par exemple en manifestant des émotions fortes ou en réagissant de manière modérée. Dans la plupart des cas, le chagrin s'atténue avec le temps. Il est important de discuter des processus d'adaptation ou de deuil culturellement appropriés et de les soutenir pour gérer le deuil. Si les symptômes d'une personne impliquent des difficultés considérables dans le fonctionnement quotidien pendant plus de six mois et comportent une préoccupation excessive ou un manque profond envers la personne décédée, ainsi qu'une souffrance émotionnelle intense, un trouble du deuil doit être envisagé. Dans ce cas, il convient de consulter un agent de santé spécialisé.
- Invalidité due à une maladie ou à un accident :** Les personnes qui souffrent d'un handicap dû à une maladie ou à une blessure subissent un stress ; elles doivent également faire face à des transitions de vie. Les étapes de l'adaptation à une nouvelle forme de handicap comprennent le choc, le déni et l'adaptation/acceptation. Les personnes âgées souffrant de nouveaux handicaps risquent de souffrir d'anxiété et de dépression. Dans la plupart des cas, les symptômes sont susceptibles de s'atténuer avec le temps, en particulier si la personne bénéficie d'un soutien social et s'efforce de réduire son stress.
- Antécédent de manie :** La manie est un épisode qui se caractérise par une élévation de l'humeur et une augmentation de l'énergie et de l'hyperactivité. Les personnes présentant des épisodes maniaques sont diagnostiquées avec un trouble bipolaire, marqué par l'alternance d'épisodes maniaques et de dépression. Les antécédents de manie peuvent être détectés par la présence de plusieurs symptômes, comme un besoin réduit de sommeil, une loquacité accrue ou un débit de parole rapide, ainsi que des comportements impulsifs ou risqués. Ces symptômes doivent survenir simultanément, durer au moins une semaine, et être suffisamment graves pour perturber sérieusement les activités professionnelles et sociales, ou nécessiter une hospitalisation ou un placement en institution. La prise en charge de la manie nécessite des professionnels de santé formés en santé mentale ou des soins spécialisés, si disponibles.

10.6

Évaluer et prendre en charge les environnements sociaux et physiques



10.6.1

Isolement social et solitude

La perte d'intérêt pour des activités autrefois intéressantes ou agréables est fréquente chez les personnes présentant des symptômes dépressifs et peut conduire à l'isolement social et à la solitude. Il est important d'essayer de comprendre tous les facteurs qui peuvent entraîner ou exacerber l'isolement social et la solitude, en plus des symptômes dépressifs, ce qui peut inclure des relations personnelles compliquées. Il peut être utile de demander à une personne âgée s'il y a des activités qu'elle aimerait essayer ou pratiquer et l'accompagner pour les réaliser. → 11.3.3

10.6.2

Soins et soutien sociaux

Une personne âgée présentant des symptômes dépressifs peut éprouver des difficultés à gérer ses activités quotidiennes et peut avoir besoin de soins et soutien sociaux. Cela peut commencer par une aide pour répondre aux besoins de base, faciliter l'accès aux services et établir un lien avec la famille et d'autres formes de soutien social.

Il est important d'identifier et de discuter des questions pertinentes qui constituent un stress pour la personne et/ou qui ont un impact sur sa vie, y compris, mais sans s'y limiter, les problèmes familiaux et relationnels, le logement, les finances, l'accès à la sécurité et aux services de base, la stigmatisation, la discrimination et la maltraitance (maltraitance des personnes âgées, y compris la négligence). → 11.4

10.6.3

Soutien aux aidants → 12

Les aidants des personnes présentant des symptômes dépressifs doivent recevoir des informations et des conseils, notamment par le biais d'interventions de psychoéducation. La psychoéducation peut produire un large éventail d'effets positifs, notamment une réduction des symptômes dépressifs de l'aidant, le cas échéant, de la charge et du stress liés aux soins, et de l'anxiété, ainsi qu'une amélioration du bien-être et de la qualité de vie liée à la santé.

Les agents de la santé peuvent soutenir les aidants comme suit :

- Les aider à comprendre que les symptômes dépressifs sont courants. Ils ne sont pas un signe de faiblesse ou de paresse et ne peuvent être contrôlés par la volonté.
- Encourager l'ouverture et la communication entre les aidants et la personne dont ils s'occupent, y compris :
 - Écouter avec empathie sans porter de jugement.
 - Être présent à ses côtés et lui donner le sentiment qu'elle n'est pas seule et qu'elle est comprise.
 - Tenir compte de ses émotions.
- Fournir des informations sur les symptômes dépressifs et les services de santé mentale.
- Expliquer que les personnes présentant des symptômes dépressifs ont tendance à avoir des pensées négatives irréalistes sur elles-mêmes et sur leur vie, mais que cela s'améliorera probablement lorsque leurs symptômes s'atténueront.

- Encourager les aidants à soutenir le suivi du traitement (par exemple, en facilitant la prise de rendez-vous).
- Sensibiliser l'aidant aux plans de crise et à la conduite à tenir en situation d'urgence, y compris si la personne dont il s'occupe exprime des pensées ou entreprend des actes d'automutilation ou de suicide.
- Expliquer l'importance du respect de la dignité et des droits de la personne présentant des symptômes dépressifs.

Il est également important de reconnaître que s'occuper d'une personne présentant des symptômes dépressifs peut être difficile, et que l'aidant peut avoir besoin de soutien pour sa propre santé et son bien-être. L'impact psychosocial et les besoins de l'aidant doivent être évalués afin de s'assurer que le soutien approprié peut être fourni.

11

Soins et soutien sociaux

Parcours de soins pour les soins et le soutien sociaux

Toutes les personnes âgées peuvent avoir besoin, à un moment ou à un autre, de soins et de soutien sociaux pour mener une vie épanouie et digne. Ce besoin peut se manifester indépendamment de leur capacité intrinsèque et peut évoluer au fil du temps. Les besoins en matière de soins et de soutien sociaux peuvent résulter de changements dans la capacité intrinsèque et l'aptitude fonctionnelle, par exemple le besoin d'aide pour les ABVQ et les AIVQ, mais les besoins et les préférences en matière d'aide et l'acceptabilité de la manière dont elle est fournie diffèrent tant sur le plan individuel que sur le plan socioculturel. La prestation de soins et de soutien sociaux permet à une personne âgée de continuer à faire les choses qui sont importantes pour elle dans le lieu de son choix.

Dans la plupart des cas, la personne la plus appropriée à qui les questions sur les besoins en matière de soins et de soutien sociaux doivent être posées est la personne âgée elle-même. Toutefois, dans certains cas, les questions doivent être adressées à quelqu'un d'autre. Si une personne âgée souffre d'un déclin cognitif, par exemple, il est préférable de poser des questions sur les ABVQ et les finances à quelqu'un qui connaît bien la personne, comme un membre de la famille ou un aidant.



Points clés

- Les agents de santé communautaires et les autres parties prenantes communautaires peuvent poser des questions pour identifier les besoins en matière de soutien social.
- Le soutien aux personnes âgées nécessite des interventions et des conseils provenant de divers secteurs, comme les services sociaux, y compris les soins de longue durée, les finances, la protection sociale et les services juridiques.
- Une assistance personnelle peut être nécessaire pour aider les personnes âgées dont la capacité intrinsèque est fortement diminuée à accomplir les tâches quotidiennes, notamment se laver, s'habiller, aller aux toilettes et manger.
- Les agents de santé dispensant des soins primaires et les parties prenantes communautaires doivent observer les signes potentiels de maltraitance et de négligence à l'égard des personnes âgées et prendre les mesures qui s'imposent.
- Les parties prenantes communautaires sont des fournisseurs essentiels de soins et de soutien sociaux, intervenant souvent dans l'organisation et la gestion de programmes de soins à domicile et de clubs et d'activités communautaires.

Soins et soutien sociaux

Parcours de soins pour les soins et le soutien sociaux

* Voici des exemples de questions qui pourraient être utilisées. Veuillez les adapter à votre contexte.

DEMANDER*

? Environnement domestique

Avez-vous des problèmes avec votre domicile par exemple l'état du logement, l'emplacement, la sécurité?

OUI

? Situation financière

Manquez-vous souvent d'argent pour payer votre nourriture, votre logement et vos soins de santé?

OUI

? Isolement social et solitude

Vous sentez-vous souvent seul(e)?

OUI

? Engagement social et participation

Avez-vous des difficultés à poursuivre vos loisirs et autres activités qui vous tiennent à cœur?

OUI

Poser des questions complémentaires

Avez-vous des inquiétudes relatives à l'un des points suivants:

- sûreté et sécurité
- état du logement, y compris l'entretien
- emplacement
- vivre de manière indépendante
- taille du logement

- Êtes-vous capable de gérer votre argent et vos affaires financières?
- Souhaitez-vous obtenir des conseils sur les allocations ou les prestations financières?

- Avez-vous des relations étroites (par exemple avec votre conjoint, votre famille, vos amis)?
- Êtes-vous au courant des activités sociales et des possibilités de contribuer à la vie de la communauté?
- Êtes-vous en mesure de rester en contact avec vos amis et votre famille par téléphone, ordinateur, etc.?

Vous n'êtes pas en mesure de poursuivre pour l'une des raisons suivantes:

- coût
- distance
- transport
- manque d'opportunités

i 1

Si au moins une réponse est OUI OU en cas de perte de capacité intrinsèque, poursuivre l'évaluation

ÉVALUER LES POINTS A et B

B

En cas de perte de la capacité intrinsèque

Évaluer

les besoins d'assistance personnelle pour les activités quotidiennes (exemple: ABVQ, AIVQ): → 11.5

- Transfert, par exemple du lit à la chaise
- Hygiène personnelle - toilette, bain, habillage
- Préparation des repas et alimentation
- Utilisation de médicaments et observance du traitement
- Aptitude à utiliser un téléphone et à gérer les transports

i 3

A

Évaluer

le risque de maltraitance

en observant le comportement et les signes de négligence ou de maltraitance → Tableau 11.1

En cas de suspicion de maltraitance i 2

En cas de menace immédiate pour la vie ou la sécurité physique, il convient de faire appel à un spécialiste, à un service de protection des adultes, tel qu'un abri temporaire, ou à des systèmes d'application de la loi

Réévaluer

Les ABVQ et les AIVQ

Les activités de base de la vie quotidienne (ABVQ) sont les compétences de base nécessaires pour prendre soin de soi de manière autonome dans la vie quotidienne : se laver, s'habiller, aller aux toilettes, se déplacer, gérer les passages aux toilettes et se nourrir.

Les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) sont des activités plus complexes qui facilitent l'autonomie : capacité à utiliser un téléphone, à faire les courses, à préparer les repas, à faire le ménage, à laver le linge, à utiliser les moyens de transport, à prendre des médicaments, à s'occuper de ses finances.

Quel que soit le résultat:

- Donner des conseils en matière de santé et de mode de vie, y compris des informations sur les possibilités d'engagement social → 11.1
- Redemander régulièrement

Besoin de connaissances et de formations spécialisées

Les soins et le soutien sociaux impliquent de nombreux secteurs en plus de celui de la santé, notamment le logement, les finances, les transports et l'application de la loi, qui peuvent fournir des services pour les éléments suivants :

- Adaptation ou réparation importante du logement et accès à ces services, ou conseils juridiques relatifs à des litiges en matière de logement, tels que la sécurité et le coût (11.3.1)
- Soutien financier et conseils financiers, y compris l'éligibilité et les droits aux prestations de protection sociale (pensions, allocations, subventions) (11.3.2)
- Évaluation de la nécessité de déléguer la prise de décision en matière de finances et de soins de santé et d'assurer la protection juridique (11.3.2)
- Conseils sur les possibilités d'emploi, d'éducation et de bénévolat, les groupes de soutien et les droits (11.3.3)
- Évaluation du risque de maltraitance, protection et application de la loi (11.4)
- Évaluation de l'éligibilité aux services formels de SLD et mise à disposition de ces services (11.6)
- Évaluation des besoins en produits d'assistance, garantie de l'accès et conseils sur leur utilisation et leur entretien (4.2.2)

1 Soutien social → 11.3

Environnement domestique → 11.3.1

- Envisager l'adaptation du logement
- Envisager un hébergement alternatif
- Envisager l'orientation vers des programmes d'aide sociale ou de logement communautaire ou vers des réseaux de soutien

Situation financière → 11.3.2

- Envisager l'orientation vers les services sociaux pour l'accès à la protection sociale (pensions, subventions, allocations)
- Envisager l'orientation vers des services de conseil financier
- Donner des conseils sur la délégation de la prise de décision financière et la protection contre les abus financiers, si nécessaire

Isolement social et solitude → 11.3.3

- Fournir un soutien pour faire face aux relations personnelles difficiles
- Fournir une liste des possibilités d'activités sociales, de bénévolat, d'emploi et d'éducation au sein de la communauté
- Prodiguer des conseils et un soutien pour l'utilisation de la technologie numérique afin de maintenir le contact avec les amis et la famille

Engagement social et participation → 11.3.4

- Discuter des intérêts personnels et des préférences
- Fournir une liste des services communautaires locaux, tels que les installations et les clubs de loisirs, les programmes d'éducation des adultes, les services de conseil en matière de bénévolat et d'emploi
- Prodiguer des conseils sur les services qui soutiennent la participation, par exemple les transports subventionnés, les activités gratuites et les réductions pour les personnes âgées
- Fournir un soutien pour maintenir le contact avec des organisations et des institutions de confiance, y compris des réseaux et des responsables religieux ou spirituels

2 Maltraitance des personnes âgées → 11.4

- Orienter vers les services sociaux pour une évaluation plus approfondie
- Surveiller étroitement la situation, par exemple par le biais de visites d'un agent de santé communautaire ou d'un travailleur social, et encourager la fréquentation d'un établissement de santé ou d'un autre service pour obtenir de l'aide
- Envisager l'orientation vers des services psychosociaux, tels que des services de conseil
- En cas de menace immédiate pour la vie ou la sécurité physique, faire appel aux systèmes d'application de la loi et fournir un abri temporaire, dans la mesure du possible

3

Soins personnels et aide aux activités quotidiennes → 11.6

- Modifier l'environnement domestique pour améliorer la mobilité et prévenir les chutes (4.2.5)
- Envisager l'utilisation de produits d'assistance (par exemple, des chaises de douche, des aides à l'habillage, des couverts, assiettes et tasses modifiés, des piluliers) avec des informations sur l'accès et l'entretien (4.2.2)
- Évaluer les besoins en services de réadaptation et garantir l'accès à ces services, s'ils sont disponibles (4.2.1)
- Évaluer le soutien apporté par le conjoint, la famille ou d'autres aidants, et identifier les besoins de l'aidant
- Examiner les besoins de soutien des aides à la personne (12.3)
- Lien avec les services disponibles localement, tels que les soins à domicile, les soins de jour ou les établissements de SLD résidentiels, dans la mesure où ils sont disponibles et culturellement acceptables

11.1

Conseils en matière de soutien social et possibilités de participation



Si les réponses d'une personne âgée aux questions initiales sur le soutien social suggèrent qu'elle pourrait avoir besoin du soutien d'autres personnes, un agent de santé communautaire ou une autre partie prenante communautaire peut fournir des conseils et une orientation en attendant une évaluation approfondie ou si une évaluation approfondie n'est pas disponible. Ces conseils peuvent comprendre :

- Les modifications simples qui pourraient être apportées à l'environnement domestique, par exemple en supprimant les risques de chute. → [4.2.5](#)
- Des conseils de base sur les aides financières disponibles, par exemple, les droits à la protection sociale ou les organisations soutenant les activités génératrices de revenus.
- Encourager à rester en contact et à interagir avec des amis, des proches et des voisins.
- Des suggestions pour participer à la vie de la communauté, par exemple en rejoignant un club de personnes âgées.
- Des informations et des ressources au niveau communautaire pour les personnes susceptibles d'avoir besoin de soins personnels et d'une assistance dans leurs activités quotidiennes.

11.2

Évaluer les besoins en matière de soutien social



Le soutien social doit faire partie intégrante d'un plan de soins personnalisé. Le soutien social peut viser à favoriser l'intégration des personnes âgées dans la vie sociale et communautaire afin de lutter contre l'isolement social et la solitude, tout en prenant en compte des aspects essentiels de leur vie, tels que leur environnement domestique et leur situation financière. Il existe plusieurs possibilités d'identifier le besoin de soutien social, notamment lors d'une évaluation de base dans la communauté ou dans le cadre d'une évaluation approfondie dans un établissement de soins primaires. Le risque de maltraitance doit également être pris en compte, certaines personnes âgées étant plus exposées que d'autres ([Tableau 11.1](#), p. 122).

Une personne âgée souffrant d'une perte significative de capacité intrinsèque bénéficierait également d'une évaluation complète de ses besoins en matière de soins et de soutien sociaux, afin de déterminer si elle a atteint le point où elle n'est plus en mesure de prendre soin d'elle-même sans l'aide d'autrui. Cette évaluation comprend les quatre questions initiales, suivies d'une évaluation du risque de maltraitance et des besoins en matière de soins personnels et d'assistance pour les activités quotidiennes.

Les thèmes abordés dans ces questions et évaluations, ainsi que les défis spécifiques auxquels les personnes âgées peuvent être confrontées, sont fortement contextuels. Les questions fournies dans le parcours de soins et de soutien sociaux sont des exemples qui doivent être adaptés au contexte.

11.3

Gérer les besoins en soutien social



Un certain nombre de secteurs devront collaborer pour mettre en œuvre des interventions visant à résoudre les problèmes, notamment les services de logement, les services sociaux, la santé au travail, les services de conseil en matière de prestations sociales (le cas échéant) et les acteurs humanitaires en réponse aux situations d'urgence et de catastrophe susceptibles d'entraîner des déplacements de population.

Le soutien social englobe l'aide pour l'environnement domestique, la sécurité financière, la lutte contre la solitude, ainsi que la participation et l'engagement dans la vie sociale, y compris l'accès aux infrastructures communautaires et aux services publics. Les agents de santé doivent connaître les possibilités, les services et le soutien disponibles au niveau local, y compris les groupes communautaires qui sont souvent des prestataires de services essentiels. → 4.1.3 Ils doivent également faciliter les contacts avec les personnes et structures qui disposent de connaissances spécialisées, notamment les services d'aide sociale, d'emploi, d'éducation et de bénévolat, les services de transport et les chefs religieux. Les programmes de villes et communautés amies des aînés constituent une bonne source d'information.

11.3.1

Environnement domestique

Le lieu de vie d'une personne âgée peut avoir une incidence sur sa santé, son bien-être, son indépendance et sa participation à la vie sociale, en particulier si la taille du logement, les moyens d'accès, l'état, l'emplacement, la sécurité et la sûreté posent problème.

Les problèmes liés à l'environnement domestique peuvent être atténués par l'introduction de nouvelles mesures de sécurité, la mise à disposition d'un numéro à appeler en cas d'urgence et la réalisation d'adaptations pour un environnement plus sûr afin de maintenir un mode de vie indépendant. → 4.2.5 Des aides financières peuvent être accordées pour couvrir les frais de logement, de réparation et d'entretien. Si ces mesures ne suffisent pas, il convient d'envisager, si possible, un déménagement dans un logement plus adapté.

11.3.2

Situation financière

La situation financière d'une personne est étroitement liée à sa santé, son indépendance et son bien-être à un âge avancé. Les problèmes peuvent inclure un manque d'argent pour répondre aux besoins de base ou pour participer pleinement à la société, ainsi que des inquiétudes quant à l'épuisement des ressources financières. Les personnes âgées peuvent également craindre de ne plus pouvoir gérer leurs finances.

Les problèmes financiers, y compris l'incapacité à subvenir aux besoins de base, peuvent être atténués par des conseils indépendants sur la planification et la gestion financières, ainsi que sur l'éligibilité et le droit à la protection sociale disponible, y compris les pensions, les allocations d'invalidité et les allocations pour les aidants. Il peut être nécessaire de demander conseil à des personnes spécialisées dans ces domaines, notamment les services de conseil en matière de prestations sociales, les services de l'emploi, les organisations fournissant une aide aux activités génératrices de revenus et les agents des services sociaux. Des dispositions peuvent être prises pour déléguer l'autorité à un tiers de confiance pour la gestion des finances, à condition qu'une protection juridique soit en place pour prévenir les abus financiers, en particulier pour les personnes souffrant d'un déclin cognitif.

Si les aidants apportent un soutien financier aux personnes âgées ou supportent des coûts en raison de leur rôle d'aidant, ils doivent également recevoir des informations et des conseils, notamment sur la manière dont les coûts des soins peuvent évoluer à mesure que l'aptitude fonctionnelle d'une personne âgée diminue et que ses besoins en matière de soins et d'aide augmentent.

11.3.3

Isolement social et solitude

L'isolement social et la solitude sont fréquents chez les personnes âgées, certaines d'entre elles n'ayant pas de réseau social et jusqu'à un tiers des personnes âgées déclarant se sentir seules (55). La solitude est subjective et se mesure en demandant aux personnes concernées ce qu'elles ressentent. L'isolement social et la solitude sont tous deux associés à une probabilité accrue de mortalité évitable et de maladies et troubles mentaux tels que les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, l'anxiété, la dépression et la démence. Il est important que ces affections soient prises en compte et que les résultats d'une évaluation de base des domaines pertinents de la capacité intrinsèque soient validés par une évaluation approfondie si nécessaire, si la solitude est identifiée comme un problème potentiel. → 5 9 10

Il est important de discuter de ces questions d'une manière sensible, en tenant compte du fait que la manière dont les questions sont posées et le contexte peuvent influencer les réponses. Il est important de rassurer la personne âgée sur la confidentialité de l'échange, pour l'aider à dépasser ses appréhensions concernant la divulgation de ses relations personnelles.

Si une personne âgée déclare qu'elle se sent seule ou qu'elle a peu de relations sociales, des questions complémentaires permettent d'identifier le besoin de soutien et les interventions appropriées. La solitude est souvent stigmatisée et la raison pour laquelle une personne se sent seule peut être liée à des relations personnelles difficiles. Être seul (ou vivre seul) n'est pas synonyme de solitude – une personne âgée peut se sentir seule même lorsqu'elle est entourée d'autres personnes, si la qualité de ses relations est médiocre.

Il peut être utile de demander à une personne âgée qui se sent seule si une augmentation des contacts sociaux avec sa famille et ses amis, ou la rencontre d'autres personnes ayant les mêmes centres d'intérêt, l'aiderait à réduire son sentiment de solitude, et de savoir si elle est au courant des activités sociales locales. Ces discussions doivent permettre de définir les interventions à inclure dans un plan de soins.

L'utilisation d'installations communautaires, telles que les clubs, les groupes confessionnels, les centres de jour et les services sportifs, de loisirs ou d'éducation doit être encouragée. Des opportunités de contribution sont possibles par le biais du bénévolat ou d'un emploi rémunéré. Les liens sociaux peuvent également être renforcés par des opportunités d'engagement avec des personnes de différentes générations. Avoir un animal de compagnie atténue également la solitude chez de nombreuses personnes âgées (56). Les parties prenantes communautaires peuvent apporter leur soutien en organisant des événements et en facilitant l'accès des personnes âgées afin de réduire l'isolement social. → 4.1.3

11.3.4

Engagement social et participation

Chaque personne âgée est unique et a des priorités, des valeurs et des activités différentes. Il est essentiel de comprendre ce qui compte pour les personnes âgées en comprenant leur quotidien, leurs priorités et leurs préférences, comme leurs passe-temps, leurs loisirs, leur travail, leurs activités d'apprentissage et leurs pratiques spirituelles. Ces informations devraient guider l'élaboration du plan de soins personnalisé en ce qui concerne l'engagement social et la participation.

Des questions supplémentaires peuvent être posées pour identifier les obstacles à la participation sociale, tels que le coût, l'accessibilité (distance et transport) et l'opportunité. Les agents de santé doivent connaître les possibilités locales d'engagement et de participation, discuter de leur intérêt potentiel pour la personne âgée et l'aider à y participer. Les tarifs de certains de ces services peuvent être subventionnés pour permettre aux personnes âgées et aux personnes à faibles revenus d'y participer.

11.4

Maltraitance des personnes âgées



Environ une personne âgée sur six est victime de maltraitance (57), un chiffre supérieur aux estimations précédentes (58). La maltraitance peut prendre de nombreuses formes : négligence, violence psychologique, physique, sexuelle et financière (y compris les droits de propriété et d'héritage). Tout le monde peut être victime de maltraitance, mais il existe un certain nombre de facteurs de risque qui rendent les personnes âgées plus vulnérables, notamment le déclin cognitif, une mauvaise santé mentale ou physique et le handicap. Parmi les autres facteurs, citons l'isolement social, les antécédents de maltraitance, la violence ou les conflits familiaux, l'origine ethnique et les faibles revenus ou le fait de vivre dans la pauvreté. Bien qu'elle ne soit pas souvent reconnue ou combattue de manière adéquate, la violence à l'égard des femmes persiste à un âge avancé. En 2018, pour les femmes âgées de 60 ans et plus, la prévalence au cours de la vie de la violence physique et/ou de la violence exercée par un partenaire intime était de 23 % (59).

Compte tenu de ces facteurs de risque, il convient d'évaluer les signes de maltraitance chez une personne âgée présentant une perte de capacité intrinsèque. En raison des liens entre la maltraitance des personnes âgées, l'isolement social et la faiblesse des revenus, une évaluation devrait également être menée auprès de toute personne âgée identifiée comme ayant des problèmes liés à son environnement domestique, sa situation financière, son isolement social, sa solitude ou sa participation à la vie sociale. Il convient d'accorder une attention particulière à l'évaluation des signes de maltraitance d'une personne âgée présentant un déclin cognitif, car les changements de comportement peuvent être liés à son état plutôt qu'à une maltraitance potentielle.

Les informations basées sur l'observation du comportement de la personne âgée et de celui de ses aidants ou de ses proches, ou les signes de maltraitance physique doivent être utilisés pour identifier une maltraitance potentielle (**Tableau 11.1**, p. 122).

Lors de toute interaction, l'agent de santé communautaire doit être attentif aux signes de désespoir, de peur et aux mauvais contacts visuels, ainsi qu'à l'apparence physique et à l'hygiène de la personne âgée, comme l'état de ses ongles, de sa peau et de sa toilette. → **3.5**

En outre, lors d'un examen physique dans un établissement de soins primaires, un agent de santé doit rechercher des signes physiques de maltraitance. Si des blessures sont constatées, l'agent de santé doit examiner le stade de cicatrisation, la taille des ecchymoses et la concordance entre la blessure et la cause déclarée. L'identification de la déshydratation, de la malnutrition, de la non-observance des traitements ou des rendez-vous médicaux peut accroître les suspicions de négligence.

S'il y a le moindre soupçon de maltraitance, une évaluation et une prise en charge plus approfondies seront nécessaires. L'agent de santé doit informer la personne âgée de ses préoccupations et lui indiquer qu'il demandera l'aide de spécialistes, par exemple des agents des services sociaux ou des services chargés de l'application de la loi. Il doit également consigner ses préoccupations et les mesures prises, et surveiller étroitement la situation dans l'attente d'une orientation. Si un agent de santé identifie une menace immédiate pour la vie ou la sécurité physique, il doit demander l'évaluation et l'intervention d'un spécialiste (par exemple, un abri temporaire), d'un service de protection des adultes ou des systèmes d'application de la loi. L'orientation vers des services psychosociaux, y compris les services de conseil, doit également être envisagée, le cas échéant.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES



Maltraitance des personnes âgées : principaux faits. OMS ; 2024 (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>).

Tableau 11.1
Indices d’observation d’une maltraitance potentielle

Comportement de la personne âgée	Comportement de l’aidant	Maltraitance physique	Négligence
• Semble avoir peur de son aidant ou lui être hostile • Ne veut pas répondre lorsqu’on lui pose la question ou regarde avec inquiétude l’aidant avant de répondre • Changements de comportement lorsque l’aidant entre ou sort de la pièce • Se réfère à l’aidant en des termes tels que « forte détermination » ou souvent « fatigué » ou « de mauvaise humeur », ou comme devenant irritable/ très anxieux/très stressé • Fait preuve d’un respect exagéré ou d’une déférence extrême à l’égard de l’aidant, ou semble très agitée ou indifférente en sa présence	• Empêche l’agent de santé et la personne âgée de s’entretenir en privé ou trouve sans cesse des raisons d’interrompre le déroulement de l’évaluation • Interrompt ou insiste pour répondre aux questions qui sont adressées à la personne âgée • Fournit un récit contradictoire des événements par rapport à celui de la personne âgée • Trouve des excuses pour empêcher les agents de santé et/ou des services sociaux de se rendre sur place pour apporter une aide à domicile à la personne âgée • Démonstre un niveau élevé d’insatisfaction à l’idée de devoir s’occuper de la personne âgée • Tentatives de convaincre l’agent de santé que la personne âgée est « folle » ou « démente », ou qu’elle ne sait pas ce qu’elle dit en raison d’une confusion, alors que ce n’est pas le cas • Ne participe pas, est inattentif, accablé, frustré, hostile, en colère, fatigué ou impatient pendant l’entretien • Preuve que l’aidant (ou la personne âgée) a une consommation excessive d’alcool ou des problèmes de toxicomanie	• Blessures (coupures, brûlures, ecchymoses et égratignures) qui ne sont probablement pas accidentelles • Blessures ne correspondant pas à l’explication qui en est donnée • Blessures et plaies dans des endroits cachés ou protégés (par exemple, sous les aisselles) • Ecchymoses en forme de doigts dues à une prise brutale (souvent sur la partie supérieure des bras) • Blessures multiples à différents stades de guérison, y compris les blessures non traitées • Sous-utilisation ou surutilisation de médicaments • Visites répétées dans un établissement de soins de santé, en particulier dans un service d’urgence, pour des blessures similaires	• Malnutrition, déshydratation et escarres • Mauvaise hygiène corporelle et buccodentaire • Vêtements sales et très usés, serviettes pour incontinence ou culottes d’incontinence non changées • Non-respect des traitements, des rendez-vous ou des instructions de l’agent de santé • Délai entre l’apparition de la maladie ou de la blessure et la consultation d’un médecin

11.5

Évaluer les besoins en matière de soins sociaux

(Soins personnels et assistance)



Les besoins spécifiques d'une personne en matière de soins personnels et d'assistance dépendront de la manière de compenser sa perte de capacité intrinsèque afin d'optimiser son aptitude fonctionnelle (c'est-à-dire, répondre à ses besoins fondamentaux, apprendre, grandir et prendre des décisions, être mobile, nouer et entretenir des relations et contribuer), parallèlement à ses préférences, ses choix et ses objectifs.

Une évaluation approfondie peut être menée pour déterminer les besoins en comprenant les compétences d'une personne âgée par rapport aux ABVQ et aux AIVQ. Les questionnaires fréquemment utilisés pour mesurer la fonction comprennent l'indice de Katz de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne et l'échelle de Lawton des activités instrumentales de la vie quotidienne. Divers facteurs affectent les limitations des AIVQ, notamment le genre, la culture et les normes sociales.

L'évaluation et la prestation de soins personnels doivent inclure, sans s'y limiter, les éléments suivants :

- **Transfert** : Il couvre un certain nombre d'activités, telles que le passage d'un lit à une chaise. La mobilité réduite augmente le risque de chutes et la nécessité de soins personnels pour ces activités.
- **Hygiène personnelle** : Toilette, bain, habillage – capacité à se rendre aux toilettes et à les utiliser, à se laver, à s'habiller et à faire sa toilette, y compris se brosser les dents et les cheveux et se couper les ongles. Cela peut être particulièrement le cas pour les personnes âgées à mobilité réduite ou souffrant d'un déclin cognitif.
- **Préparation des repas et alimentation** : La capacité à faire ses courses, à préparer ses repas et à manger de manière autonome peut être affectée par la mobilité réduite, le déclin cognitif et la déficience visuelle. Elle peut également être à la fois une conséquence et un facteur de dénutrition.

- **Utilisation de médicaments** : La capacité à suivre le traitement prescrit pour les maladies, y compris les médicaments et les produits d'assistance (par exemple, les aides auditives), est essentielle pour les personnes âgées souffrant de multimorbidité. L'utilisation sûre des médicaments comprend le fait de se rappeler de prendre les médicaments tels qu'ils ont été prescrits – le bon médicament, avec la bonne dose, au bon moment. L'efficacité des médicaments peut également être affectée par des difficultés liées à la préparation des repas et à l'alimentation. L'observance du traitement peut être difficile pour les personnes souffrant de déclin cognitif ou de déficience visuelle.
- **Capacité à utiliser un téléphone et à gérer les transports** : Cela peut affecter l'utilisation des services de santé et des services sociaux en raison des difficultés à prendre des rendez-vous, que ce soit par téléphone, en ligne ou en personne, à comprendre la correspondance avec les agents de santé concernant les rendez-vous à venir ou passés et à se rendre dans les établissements et à en revenir. Cela peut s'avérer difficile pour les personnes âgées à mobilité réduite, malentendantes ou malvoyantes et souffrant de déclin cognitif.

Les personnes âgées présentant des symptômes dépressifs peuvent éprouver des difficultés à accomplir l'une ou l'autre de ces tâches. Cela peut être lié à un manque d'intérêt pour ces activités, plutôt qu'à leur capacité physique.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

 **Soins de longue durée de l'OMS pour les personnes âgées : ensemble d'interventions en faveur de la couverture sanitaire universelle.** OMS ; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376585>).

11.6

Gérer les besoins en matière de soins sociaux



De nombreuses personnes âgées ne veulent pas dépendre de l'aide d'autrui pour les tâches quotidiennes, et un soutien et une formation devraient leur être fournis pour leur permettre d'en faire le plus possible. Par exemple, une personne âgée qui a besoin d'aide pour se laver peut encore être capable de se laver certaines parties de son corps et doit être encouragée à le faire. De même, une personne incapable de se baisser pour mettre ses chaussures peut être en mesure d'enfiler ses autres vêtements.

Encadré 11.1 La prescription sociale

La prescription sociale permet de mettre les personnes en contact avec une série de services non cliniques au sein de la communauté afin d'améliorer leur santé et leur bien-être, et peut être utilisée pour répondre aux besoins en matière d'assistance et de soins sociaux. Elle peut prendre diverses formes et être adaptée à différents contextes et communautés. Par exemple, les agents de santé des établissements de soins primaires orientent une personne âgée vers un « agent de traitement de cas » ou un « coordinateur de soins » qui travaille avec la personne âgée pour identifier ses besoins en matière de soins et de soutien sociaux et élaborer un plan personnalisé. L'agent de traitement de cas ou le coordinateur de soins assure également un suivi régulier avec la personne âgée. La prescription sociale peut être intégrée à un plan de soins personnalisé. → 3.3

Une étape importante de la prescription sociale consiste à répertorier les services, les associations et les organisations de la communauté afin d'orienter les patients vers d'autres services. Cette cartographie doit recenser les services d'aide sociale, juridiques, financiers, de soutien au logement et de sécurité alimentaire ; les services de soins sociaux, notamment en santé mentale et pour les personnes en situation de handicap ; l'accompagnement des survivants de violences ; les activités sociales ; les services à l'emploi ; les initiatives d'apprentissage tout au long de la vie et d'éducation ; les services de santé et de promotion de la santé, incluant l'activité physique et la nutrition ; dans les zones urbaines, des espaces pour profiter de l'extérieur ; les activités culturelles ; et les opportunités de bénévolat.

Avec le soutien et la supervision appropriés des agents de santé, un membre d'une organisation de la société civile peut jouer le rôle d'agent de traitement de cas ou de coordinateur des soins, en étroite collaboration avec des agents de santé pluridisciplinaires. Les parties prenantes communautaires sont également souvent les mieux placées pour cartographier les services disponibles.

Les aidants doivent bénéficier d'informations et de conseils sur la manière de fournir des soins personnels, mais aussi sur l'importance pour la personne âgée de conserver autant d'indépendance que possible. Lorsqu'un aidant est fatigué et débordé de travail, il peut lui sembler préférable d'accomplir les tâches le plus rapidement possible. Les agents de santé, y compris les agents des services sociaux, doivent donc expliquer les avantages de prendre son temps avec la personne âgée et de l'encourager à faire ce qu'elle peut.

Les personnes âgées qui présentent une perte importante de capacité intrinsèque et des difficultés dans les ABVQ et les AIVQ peuvent bénéficier de services de réadaptation (→ 4.2.1), de la fourniture de produits d'assistance (→ 4.2.2) et/ou d'adaptations de leur environnement afin d'optimiser leur aptitude fonctionnelle. L'accès à ces types de soutien peut aider la personne âgée dans ses tâches quotidiennes et réduire la charge de travail de l'aidant.

Outre les soins personnels fournis par un aidant au domicile d'une personne âgée, d'autres services et aides doivent également être recherchés en fonction des besoins. Cela inclut les soins à domicile, les services de garde et d'autres soins et aides en établissement, dans la mesure où ils sont disponibles et culturellement acceptables. Les parties prenantes communautaires peuvent fournir des informations et des conseils et mettre en relation les personnes âgées et les aidants avec les services officiels de SLD. Elles peuvent également contribuer au bien-être psychosocial des aidants, en facilitant le répit et le soutien par les pairs. → 12

La prescription sociale peut servir de levier pour fournir des soins et soutien sociaux, en garantissant la prestation de services via des relations structurées avec les parties prenantes communautaires (Encadré 11.1).

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

🔗 **Une boîte à outils sur la mise en œuvre de la prescription sociale.** OMS ; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/354456>).

🔗 **Prescription sociale.** WHO Academy: 2025 (https://whoacademy.org/coursewares/course-v1:WHOAcademy-Hosted+H0116EN+2025_Q1?source=edX).



12

Soutien aux aidants

Parcours de soins pour soutenir les aidants

Les exigences et le stress liés à la prise en charge de personnes âgées présentant des pertes significatives de capacité intrinsèque et d'aptitude fonctionnelle peuvent affecter la santé et le bien-être des aidants. Le rôle joué par les aidants est rarement reconnu, valorisé ou soutenu de manière adéquate, ce qui exacerbe les difficultés liées à la prestation de soins. Le rôle de l'aidant peut également entraîner une réduction des opportunités de travail rémunéré, en particulier pour les femmes. Les besoins des aidants doivent être identifiés et les interventions destinées à les soutenir doivent être incluses dans un plan de soins personnalisé.



Points clés

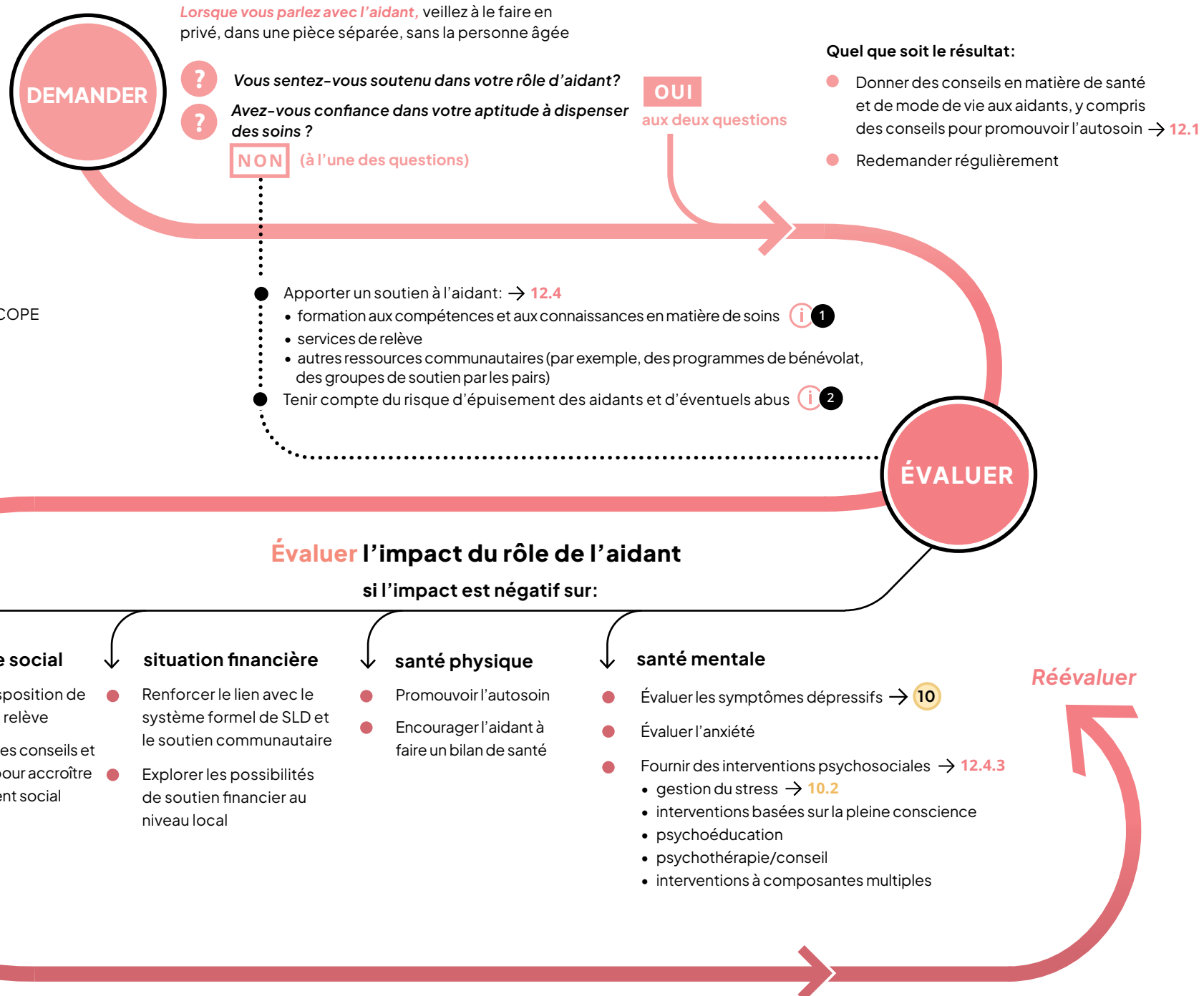
- Les agents de santé communautaires peuvent identifier les besoins des aidants et les moyens de soutenir leur santé et leur bien-être.
- Une série d'interventions (conseils, formation, services de relève, soutien financier et interventions psychologiques) peuvent aider les aidants à maintenir une relation d'aide satisfaisante et saine et à fournir des soins de qualité tout en préservant leur propre santé et leur bien-être.
- Lorsque l'aidant est une personne âgée, il est recommandé de procéder à une évaluation de sa propre santé, y compris de sa capacité intrinsèque.
- Les agents de santé, y compris les agents de santé communautaires, doivent être conscients des signes de maltraitance à rechercher lors de l'évaluation d'une personne âgée ou de son aidant.
- Le rôle de l'aidant doit être reconnu, valorisé et soutenu, et des efforts doivent être consentis pour la répartition des tâches d'assistance. Les parties prenantes communautaires peuvent plaider en faveur de cette reconnaissance tout en offrant une formation continue, y compris des cours de perfectionnement et un soutien aux aidants.

12

Soutien aux aidants

Parcours de soins pour soutenir les aidants

Si l'aidant est une personne âgée, conseillez-lui de réaliser une évaluation ICOPE de base et d'obtenir du soutien





Besoin de formation et de conseils pour les aidants → 12.4.1

Les aidants devraient bénéficier d'une formation spécifique et de conseils pour leur permettre de fournir des soins de bonne qualité. Outre la manière d'identifier la détérioration des signes de fonctionnement, la gestion des médicaments, l'orientation dans les services et systèmes sociaux et de santé, ainsi que la gestion de leurs propres besoins, le type de formation et d'information dépendra de la perte de capacité intrinsèque de la personne dont ils s'occupent.

- **Déclin cognitif**: l'importance de maintenir une routine quotidienne, comment utiliser les aides-mémoires, la gestion des comportements difficiles et la manière de réagir lorsque/si la personne aidée ne les reconnaît pas.
- **Mobilité réduite**: comment aider la personne à se déplacer en toute sécurité tout en se protégeant des blessures, comment accéder aux produits d'assistance et les utiliser.
- **Dénutrition**: comment accéder aux produits d'assistance et les utiliser (ou aider la personne âgée à les utiliser), en particulier pour l'alimentation, les types et les quantités d'aliments et de liquides nécessaires et la meilleure façon de les préparer.
- **Déficience visuelle**: comment aider la personne à se déplacer, modifier l'environnement domestique pour le rendre plus sûr, accompagner une personne malvoyante en l'aidant à se repérer, adapter les styles et méthodes de communication, et utiliser des produits d'assistance.
- **Perte auditive**: comment communiquer au mieux avec la personne, utiliser et entretenir les aides auditives et les produits d'assistance.
- **Symptômes dépressifs**: comment communiquer ouvertement avec la personne âgée, que faire si l'on soupçonne un risque immédiat d'automutilation, comment prévenir l'isolement social.
- **Incontinence urinaire**: comment aider aux soins personnels, à l'utilisation des protections et des produits pour l'incontinence, comment encourager la miction spontanée et comment nettoyer et éliminer en toute sécurité les vêtements, la literie et les serviettes pour incontinence qui sont souillés.



Le risque de maltraitance

La relation bilatérale entre la personne soignée et l'aidant peut être complexe. Des aidants heureux et en bonne santé sont capables d'apporter un soutien extraordinaire, mais parfois la relation d'aide peut être plus difficile, notamment parce qu'elle n'est pas désirée par l'un des participants ou par les deux. En l'absence d'un soutien adéquat, les aidants peuvent se sentir dépassés et souffrir d'épuisement. Cela augmente le risque de maltraitance de la personne soignée.

La maltraitance peut prendre la forme d'une négligence, d'un abus financier ou matériel ou d'une maltraitance physique, émotionnelle ou sexuelle. La négligence peut être intentionnelle ou résulter d'un manque de compétences ou de connaissances en matière de soins ou d'un manque de soutien ou de supervision externe.

Les aidants peuvent également être victimes de maltraitance, y compris de la part de la personne dont ils s'occupent. Cette maltraitance peut prendre les mêmes formes que celles décrites ci-dessus et peut se produire pour des raisons similaires. L'aidant d'une personne atteinte de démence peut être confronté à des risques particuliers en raison des comportements difficiles associés à la démence chez certaines personnes.

Les informations basées sur l'observation du comportement de la personne âgée, de ses aidants ou de sa famille sont donc importantes, de même que l'observation de tout signe de maltraitance physique (**Tableau 11.1**).

Si l'on soupçonne l'existence d'une relation de maltraitance, il faut procéder à une évaluation approfondie, en suivant les voies d'orientation locales, lorsqu'elles existent, et faire appel aux services pertinents et disponibles. Dans de nombreux cas, l'apport d'un soutien supplémentaire aux aidants peut s'avérer plus efficace que des mesures punitives pour remédier à une relation abusive. Les agents de santé doivent demander un avis juridique.

Besoin de connaissances et de formations spécialisées

- Soutien aux aidants souffrant de dépression ou d'anxiété
- L'aidant lui-même souffre d'une perte importante de sa capacité intrinsèque ou de maladies multiples
- Risque imminent d'automutilation ou de suicide de l'aidant (10.4.4)
- Suspicion de relation abusive (11.4)
- Interventions psychologiques brèves et structurées (10.4.2)
- Soutien financier et conseils financiers, y compris l'éligibilité et les droits liés à la prestation de soins (11.3.2)

Facteurs augmentant le risque d'être victime de maltraitance:

Bénéficiaire de soins avec

- une dépendance importante à l'égard des soins
- des symptômes comportementaux et psychologiques de démence
- un faible revenu ou vivant dans la pauvreté

Facteurs augmentant le risque de devenir auteur de maltraitance:

Aidant souffrant de ce qui suit :

- mauvaise santé mentale
- toxicomanie et dépendance
- stress et épuisement professionnel
- dépendance financière à l'égard de la personne soignée

D'autres facteurs peuvent augmenter la probabilité d'une relation abusive, notamment des antécédents de violence familiale ou de violence entre partenaires et une mauvaise relation à long terme.

12.1

Conseils en matière de santé et de mode de vie pour promouvoir le bien-être des aidants



La prestation de soins peut être fatigante et stressante, en particulier pour les proches aidants qui vivent avec la personne dont ils s'occupent, ce qui a un impact sur la santé et le bien-être des aidants. Les agents de santé communautaires et d'autres parties prenantes communautaires peuvent fournir des conseils en faveur du bien-être des aidants, notamment :

- Reprendre (ou poursuivre) des activités que l'on appréciait auparavant.
- Maintenir une routine de sommeil régulière.
- Être aussi actif physiquement que possible.
- Avoir une alimentation saine et équilibrée et manger régulièrement des repas adéquats.
- Passer du temps avec les amis et la famille.
- Participer à des activités communautaires et à d'autres activités sociales.
- Faire des pauses régulières.

12.2

Les soins de santé communautaires pour promouvoir le bien-être des aidants



Les aidants peuvent fournir des soins réguliers (y compris quotidiens), occasionnels ou de routine, ou participer à l'organisation de la prestation de soins par d'autres personnes. Dans les pays où des politiques ont été mises en place, les aidants peuvent bénéficier de prestations sociales telles que des congés payés et des transferts d'argent pour les soins. En fonction des besoins de l'aidant, différents types de soutien doivent être envisagés, tant pour le bien-être de l'aidant que pour lui permettre de fournir des soins de qualité.

Les organisations communautaires peuvent jouer un rôle dans l'identification des aidants susceptibles d'avoir besoin d'un soutien. Elles peuvent créer des groupes de soutien par les pairs et mettre à disposition des espaces, tels que des salles communales, où les aidants peuvent se réunir et partager leurs expériences. Elles peuvent organiser des excursions ou des rencontres autour d'un café pour permettre aux aidants de s'accorder du temps, de s'adonner à des activités plaisantes et d'échanger leurs expériences, émotions et savoirs avec d'autres.

Les ressources disponibles et les informations sur le lieu et la manière de rechercher un soutien au sein de la communauté doivent également être fournies (par exemple, la prestation de services de relève à domicile ou par l'intermédiaire d'un centre de jour, s'ils sont disponibles et acceptables d'un point de vue culturel). Les organisations qui gèrent des programmes de soins à domicile, en faisant appel à des aides à la personne rémunérés ou à des bénévoles, peuvent fournir des informations et des conseils et, dans la mesure du possible, prodiguer des soins à une personne âgée, ce qui permet au proche aidant de bénéficier d'un peu de répit.

Si un aidant est identifié comme étant affecté négativement par son rôle et qu'une évaluation approfondie n'est pas immédiatement disponible, les agents de santé communautaires peuvent prendre certaines mesures pour lui apporter un soutien. Outre des conseils en matière de santé et de mode de vie, ils peuvent fournir des conseils en matière de réduction du stress et de relaxation (→ 10.2) et quelques techniques simples de pleine conscience.

12.3
Évaluer les besoins des aidants

Ces évaluations doivent être effectuées régulièrement, car le besoin de soutien d'un aidant peut évoluer au fil du temps, et il peut s'avérer nécessaire d'introduire différents mécanismes de soutien en fonction de l'évolution de la situation de l'aidant.

Il est important d'évaluer le besoin de soutien d'un aidant, en tenant compte de sa santé et de son bien-être, de l'impact social et économique de la prestation de soins et de sa confiance en sa capacité à remplir son rôle d'aidant.

12.3.1
Demander à l'aidant

Il est préférable de discuter des besoins de l'aidant à l'écart de la personne dont il s'occupe, afin de réduire la gêne ou l'hésitation de l'aidant à s'exprimer ouvertement. Cette évaluation peut se faire en même temps que l'évaluation de la personne âgée, mais dans une pièce ou un espace séparé, ou peut nécessiter un autre rendez-vous. Les récits de la personne âgée et de l'aidant peuvent différer pour diverses raisons, notamment les problèmes de mémoire de la personne âgée, si elle souffre d'un déclin cognitif. Il convient donc de garder à l'esprit les résultats des évaluations de base et approfondies de la personne âgée.

Le parcours de soutien aux aidants fournit deux exemples de questions permettant d'identifier les sentiments d'un aidant et le soutien qu'il reçoit actuellement ou dont il pourrait avoir besoin. Si les réponses indiquent que l'aidant rencontre des difficultés, un soutien concret doit être proposé, notamment des formations, des services de relève et la mise en relation avec des ressources locales. L'aidant doit également faire l'objet d'une évaluation approfondie de l'impact de son rôle, y compris de sa santé psychologique et physique, ainsi que de son bien-être social et financier. Les réponses à une discussion sur le bien-être psychologique peuvent suggérer la nécessité d'une évaluation approfondie des symptômes dépressifs et de l'anxiété, pour laquelle une réunion séparée avec l'aidant doit être organisée.

Pour les aidants dont le rôle a des répercussions financières négatives, il est essentiel de proposer des exemples pour accéder à des aides financières et des conseils adaptés.

Lorsqu'il discute avec un aidant, un agent de santé doit être attentif à tout signe d'épuisement, de colère, de frustration ou d'irrespect. Si l'aidant semble stressé ou épuisé, il convient de prêter attention à tout signe de maltraitance ou de négligence de sa part à l'égard de la personne dont il s'occupe. → 11.4 Il convient également de prêter attention aux signes potentiels suggérant que l'aidant peut être maltraité par le bénéficiaire de l'aide. Il est très probable que ces situations ne soient pas divulguées par l'aidant. Il est donc important que l'agent de santé observe ce qui se passe (i 2 p. 127).

12.3.2
Évaluation de la dépression et de l'anxiété

La prestation de soins est associée à une détérioration de la santé mentale des aidants par rapport à la population générale, la dépression et l'anxiété étant particulièrement fréquentes. Elle peut également être compliquée par des sentiments de deuil liés à la perte de la relation antérieure entre la personne âgée et l'aidant, en particulier si l'aidant est un conjoint. Il est important que les agents de santé reconnaissent que la prestation de soins peut être extrêmement frustrante et stressante. Les agents de santé doivent déterminer si l'aidant a besoin d'une évaluation pour identifier la dépression ou l'anxiété et s'il a besoin de soins et de soutien. → 10

12.4

Soutien aux aidants

Un soutien diversifié peut s'avérer nécessaire, comprenant une aide directe d'aides à la personne rémunérés et d'organisations, des produits d'assistance et des aménagements du domicile pour faciliter la prestation de soins, surtout si l'aidant cohabite avec la personne dont il s'occupe, un soutien psychosocial pour gérer l'anxiété ou la dépression, ainsi que des services de relève. Il est également important de fournir des informations et une formation aux aidants.

Les agents de santé et les parties prenantes communautaires peuvent créer un réseau afin de partager les ressources disponibles pour la formation des aidants et de leur indiquer où trouver un soutien psychosocial et d'autres formes d'aide. Les groupes de soutien par les pairs pour les aidants peuvent être inclus ou combinés à d'autres interventions dans le cadre d'interventions à composantes multiples visant à soutenir les aidants. Les produits d'assistance numérique peuvent aider efficacement les aidants dans leur rôle, tant en permettant aux bénéficiaires des soins de continuer à faire des choses par elles-mêmes qu'en fournissant aux aidants des outils permettant d'améliorer la qualité des soins qu'ils peuvent prodiguer (**Encadré 12.1**).

Encadré 12.1 Produits d'assistance numérique

Les produits d'assistance numérique innovants, comme la surveillance à distance et les robots d'assistance, peuvent améliorer la capacité fonctionnelle des personnes âgées, augmentant ainsi leur qualité de vie et celle de leurs aidants, en offrant plus de choix, de sécurité et d'indépendance sans oublier un sentiment de contrôle, tout en leur permettant de vieillir chez elles. L'utilisation de ces produits devrait être basée sur les besoins et les préférences des personnes âgées et de leurs aidants, ainsi que sur la disponibilité des ressources et une formation appropriée.



12.4.1

Formation

Les aides à la personne, soutenus et supervisés par le système de soins de santé et des services sociaux ou par une organisation prestataire de services, devraient soutenir les aidants en leur offrant une formation et des conseils. Pour comprendre les besoins en termes de formation de l'aidant, l'agent de santé, y compris le travailleur d'aide à la personne, peut demander des informations sur les tâches de soins nécessaires en fonction de la perte de capacité intrinsèque et d'aptitude fonctionnelle de la personne âgée bénéficiaire des soins, et sur la fréquence de réalisation de ces tâches. Ils peuvent également observer les aspects des soins qui pourraient être améliorés grâce à la formation, aux conseils et au soutien pratique. Le soutien doit refléter les choix de l'aidant et mettre l'accent sur l'optimisation de la qualité des soins et du bien-être de l'aidant.

Les thèmes de la formation des aidants peuvent inclure, sans s'y limiter, les soins aux personnes âgées qui ont besoin d'aide, le processus d'identification de la détérioration des signes de fonctionnement, la prévention des chutes et les réponses à y apporter, la gestion des médicaments, la gestion de la douleur, l'orientation dans les services et systèmes sociaux et de santé, la manière de communiquer efficacement avec la personne bénéficiaire des soins ainsi que la gestion de leurs propres besoins. Le type de formation qu'un aidant doit recevoir est déterminé par les besoins de la personne qu'il aide. Thèmes de formation spécifiques liés à la perte de capacité intrinsèque et à l'IU (**i** **1** p. 127). Des possibilités de formation et d'éducation devraient être offertes aux aidants qui souhaitent acquérir des compétences plus formelles, ce qui pourrait se traduire par de futures opportunités de travail.

iSupport est un programme autonome de renforcement des compétences et de formation de l'OMS destiné aux aidants de personnes atteintes de démence. Il vise à prévenir et/ou à réduire les problèmes de santé mentale et physique associés à la prestation de soins et à améliorer la qualité de vie des aidants de personnes atteintes de démence.

12.4.2
Services de relève

Les services de relève désignent un soulagement temporaire des responsabilités d'aidant grâce à la mise en place d'une prise en charge de substitution, que ce soit à domicile, en accueil de jour ou par l'admission temporaire de la personne bénéficiaire des soins dans un établissement de soins. Le répit dans la prestation de soins peut contribuer à maintenir une relation d'aide saine et durable, et s'il est correctement organisé et géré, les périodes d'absence de l'aidant habituel ne devraient pas avoir d'impact négatif sur la personne recevant des soins.

Lorsque la prestation de soins devient trop exigeante, les services de relève devraient être envisagés. Un agent de santé doit déterminer si une autre personne peut temporairement superviser et prendre soin de la personne âgée, et soutenir cette initiative. Il peut s'agir d'un autre membre de la famille ou du foyer, ou d'un travailleur social qualifié, professionnel ou bénévole, à domicile ou dans un établissement de soins.

La possibilité pour une personne âgée de fréquenter un centre d'accueil de jour ou de recevoir des soins de jour à domicile peut soulager l'aidant principal, qui peut alors se reposer ou mener d'autres activités. L'accueil de jour est un type de service de soutien communautaire qui propose des soins personnels (toilette, alimentation, rasage, aide aux toilettes), des programmes d'activités récréatives et sociales, des repas et un transport, pendant plusieurs heures par jour et sur plusieurs jours par semaine. L'accueil de jour propose également des services de soutien aux aidants, tels que des visites à domicile, des activités familiales, des groupes de soutien et des formations.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

 *Directive du programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) pour les troubles mentaux, neurologiques et les troubles liés à l'utilisation de substances, [3e éd.] OMS ; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374250>).*

Dans certains contextes, l'accueil de jour peut ne pas être considéré comme approprié ou culturellement acceptable, et peut ne pas correspondre aux préférences de la personne âgée. Dans ce cas, d'autres types de soins et de soutien communautaires peuvent offrir des possibilités similaires de répit, par exemple les clubs de déjeuner et les réunions et activités sociales pour les personnes âgées.

12.4.3
Interventions psychologiques



Un agent de santé peut traiter le stress psychologique de l'aidant par des interventions psychosociales, notamment des interventions basées sur la pleine conscience, des interventions à composantes multiples, la psychoéducation et la psychothérapie/le conseil. Cela peut s'avérer particulièrement utile lorsque les soins prodigués sont complexes et étendus et que la pression exercée sur l'aidant est importante. Différents modes d'intervention psychosociale peuvent être utilisés : interventions en face à face ou interventions numériques/à distance, dont l'efficacité a été démontrée. Les interventions en groupe sont probablement les plus efficaces.

Les interventions psychosociales comprennent :

- **Les interventions basées sur la pleine conscience**, telles que la pleine conscience, la méditation, les techniques de yoga, la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience et la réduction du stress basée sur la pleine conscience.
- **La psychoéducation**, qui comprend des programmes éducatifs fournissant des informations standardisées et visant à accroître les connaissances des aidants sur les affections courantes chez les personnes âgées, ainsi qu'à développer des compétences spécifiques pour faire face aux défis de la prestation de soins. →10.4.1
- **La psychothérapie/le conseil**, centré sur des interventions impliquant la mise en œuvre de formes spécifiques de thérapie individuelle ou de groupe, ou de conseil, y compris la thérapie comportementale, la thérapie cognitive, la TCC conventionnelle et des orientations théoriques plus récentes comme les programmes d'acceptation et d'engagement. Ces interventions sont généralement dispensées par un professionnel de santé spécialisé, comme un psychologue ou un thérapeute, et mettent fortement l'accent sur le développement et l'utilisation de la relation thérapeutique dans le cadre du processus de traitement.
- **Les interventions à composantes multiples**, qui utilisent plusieurs approches telles que le conseil, les groupes de soutien et les services de répit, intégrés dans un seul programme sans qu'aucune ne domine.

12.4.4

Interventions en faveur de la santé physique et du bien-être social

Les aidants devraient être encouragés à prendre soin de leur santé, notamment en effectuant des bilans de santé réguliers, y compris une évaluation de leur capacité intrinsèque s'ils sont eux-mêmes âgés. Ils devraient également recevoir des conseils et un soutien pour lutter contre la solitude et l'isolement, ainsi que pour maintenir ou accroître leur engagement et leur participation sociale. → 11.3.3, 11.3.4

12.4.5

Soutien financier

Si la prestation de soins a un impact négatif sur les finances d'un aidant, un agent de santé devrait fournir des conseils et orienter l'aidant vers les sources d'information et de soutien disponibles, y compris des conseils financiers et l'aide accessible via les systèmes formels de soins de longue durée. L'aidant peut également être éligible à une aide financière grâce à des programmes de protection sociale, y compris des allocations pour aidants et des pensions non contributives. Les employeurs peuvent prévoir des dispositions pour les aidants, comme des congés spécifiques et des aménagements horaires flexibles.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

🔗 *Soins de longue durée pour les personnes âgées : ensemble d'interventions en faveur de la couverture sanitaire universelle (Annexe 6).* OMS ; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376585>).

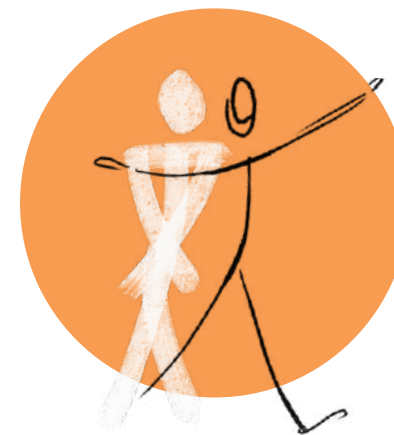
🔗 *Programme iSupport de l'OMS pour la démence : manuel de formation et de soutien pour les personnes s'occupant de personnes atteintes de démence.* OMS ; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/324794>).

13

Incontinence urinaire

Parcours de soins pour la prise en charge de l'incontinence urinaire

L'incontinence urinaire (IU) est une affection courante qui touche de nombreuses personnes âgées, les femmes étant plus susceptibles d'être touchées que les hommes (71), mais elle n'est pas une conséquence naturelle ou inévitable du vieillissement. Elle n'est pas suffisamment reconnue et signalée. Cela peut être dû à un certain nombre de facteurs, notamment la stigmatisation et le fait que les personnes âgées pensent qu'il s'agit d'un fait normal à un âge avancé. Elle est associée à la dépression, à la perte de mobilité, au déclin cognitif et à des comorbidités telles que les infections urinaires, l'obésité, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète. Elle a un impact significatif sur la qualité de vie et le bien-être. L'incontinence urinaire peut affecter l'estime de soi et la confiance d'une personne âgée à sortir, et par conséquent sa participation sociale, entraînant un isolement et une solitude potentiels (60).



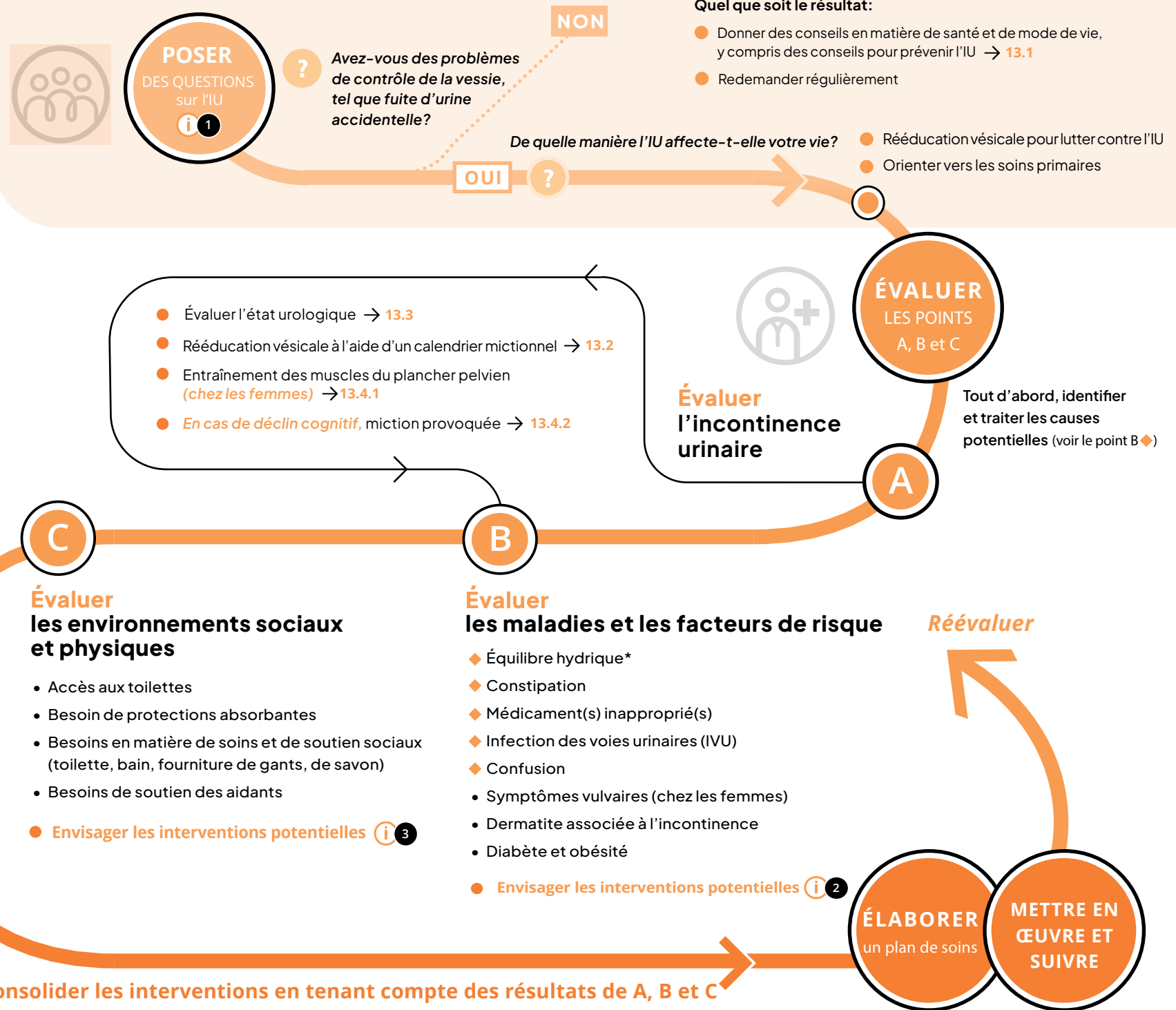
Points clés

- Les agents de santé doivent aborder l'incontinence urinaire de manière proactive, tout en faisant preuve de tact dans leurs questions, compte tenu de la sensibilité du sujet et de la gêne ou de la réticence des personnes à se faire évaluer.
- Il existe des stratégies et des interventions comportementales efficaces, telles que les exercices de Kegel, pour gérer l'IU.
- L'adoption d'une approche de l'incontinence urinaire tout au long de la vie permet d'identifier les facteurs de risque précocement, comme l'obésité, et de les traiter pour prévenir son apparition.
- Les produits d'assistance comme les chaises de toilette, les urinoirs et les protections absorbantes permettent de gérer l'incontinence urinaire et d'améliorer la qualité de vie.
- Les parties prenantes communautaires peuvent sensibiliser au fait que l'incontinence urinaire n'est pas une phase « normale » du vieillissement et soutenir les personnes âgées atteintes d'IU en créant des groupes d'entraide.

13

Incontinence urinaire

Parcours de soins pour la prise en charge de l'incontinence urinaire (IU)



* Équilibre hydrique

Veillez à l'équilibre hydrique approprié, car la restriction de l'apport en liquides peut augmenter le risque d'infection urinaire et de déshydratation. → 7.3.2



Poser des questions sur l'incontinence urinaire

L'incontinence urinaire peut être un sujet sensible, les individus se sentant gênés d'aborder eux-mêmes le problème ou de répondre aux questions qui leur sont posées. Il est préférable que ce soit un agent de santé du même sexe que la personne âgée qui mène la conversation.

Lors d'une discussion sur l'IU:

- trouver un endroit privé pour parler
- prendre le temps d'instaurer un climat de confiance
- écouter activement et éviter les propos qui suggèrent que vous portez un jugement
- utiliser un langage simple si nécessaire, par exemple :
Est ce qu'il vous ait déjà arrivé de vous faire pipi dessus?

La discussion doit également porter sur l'impact négatif de l'IU sur la vie de la personne, afin de motiver et d'encourager une évaluation plus approfondie et de l'informer des interventions possibles. Il est important de noter que de nombreuses personnes âgées considèrent l'IU comme normale et que ce point de vue peut influencer l'impact perçu de l'IU.

Demander à la personne âgée si l'IU affecte ses comportements et ses activités quotidiennes, notamment:

- Les sorties
- L'interaction avec les amis, la famille et la communauté
- Les loisirs et la participation sociale
- L'activité physique, y compris l'exercice
- L'apport en liquide
- Le type de vêtements qu'ils choisissent de porter
- La vie sexuelle
- État psychologique : embarras, anxiété, confiance
- Besoin de produits d'assistance, y compris de protections absorbantes, telles que les serviettes pour incontinence

Besoin de connaissances et de formations spécialisées

- Évaluation et prise en charge complètes d'une affection urologique potentielle (13.3) suggérée par:
 - Une vessie palpable
 - Une masse pelvienne
 - Une hématurie macroscopique (sang visible à l'œil nu dans les urines)
 - Des IVU symptomatiques récurrentes
 - Une prostate hypertrophiée (chez les hommes)
 - Un prolapsus (descente de l'utérus, du col de l'utérus ou des parois vaginales) (chez les femmes)
 - Une fistule présumée (chez les femmes)
- IU avec un antécédent de radiothérapie et de chirurgie pelvienne
- Si les interventions visant à prendre en charge l'IU ne donnent aucun résultat concluant au bout de 3 à 6 mois (13.4)



Interventions sur les maladies et les facteurs de risque → 13.5

- Équilibre hydrique** → ● Encourager un bon équilibre hydrique et essayer de restreindre la consommation de caféine (13.5.1)
- Constipation** → ● Traiter la constipation, notamment par des régimes riches en fibres et par l'activité physique (13.5.2)
- Médicament(s) inapproprié(s)** → ● Réviser les médicaments et les retirer ou prescrire des médicaments alternatifs (13.5.3)
- Infection des voies urinaires (IVU)** → ● Traiter l'infection des voies urinaires si **elle est symptomatique** (13.5.4)
- Confusion** → ● Identifier la cause et la traiter (5.5.1)
- Symptômes vulvaires (chez les femmes)** → ● Prescrire des hydratants vaginaux topiques (13.5.6)
- Dermatite associée à l'incontinence** → ● Hygiène de la peau et traitement des infections secondaires (13.5.7)
- Diabète et obésité** → ● Prise en charge des maladies et des facteurs de risque des MCV (13.5.8)



Interventions sur les environnements sociaux et physiques → 13.6

- Accès aux toilettes** → ● Aménagement du domicile pour faciliter l'accès (13.6.1)
→ ● Envisager des produits d'assistance (par exemple, un siège de toilette surélevé, une chaise de toilette, une chaise percée) (13.6.1)
- Besoin de protections absorbantes** → ● Favoriser l'accès aux protections absorbantes (13.6.2)
- Besoins en matière de soins et de soutien sociaux** → ● Fournir une assistance pour la toilette, le bain, l'habillage et les produits d'hygiène et de lavage (gants, lingettes, savon) (13.6.3)
→ ● Fournir un soutien psychosocial (13.6.3)
- Besoins de soutien des aidants** → ● Fournir une formation sur la miction provoquée et l'utilisation appropriée des protections absorbantes (13.6.4)

13.1

Conseils en matière de santé et de mode de vie pour prévenir l'incontinence urinaire



L'incontinence urinaire reste un sujet stigmatisé et souvent tabou, ce qui peut empêcher les personnes de demander de l'aide et d'accéder aux services dont elles ont besoin. Les parties prenantes communautaires peuvent donner des conseils en matière de santé et de mode de vie à toutes les personnes âgées, y compris celles souffrant d'IU, afin de réduire les risques et de mieux gérer l'IU, en soulignant l'importance des points suivants :

- Maintenir de bonnes habitudes d'hydratation, c'est-à-dire boire au moins 1,6 à 2 litres (6 à 8 verres) par jour, sauf indication contraire d'un professionnel de la santé en raison de maladies sous-jacentes (par exemple, des maladies cardiaques ou rénales). Boire moins peut réduire la capacité de la vessie et aggraver l'incontinence urinaire, tout en entraînant une déshydratation. → 7.3.2
- Réduire la consommation de caféine et d'alcool, surtout le soir, car cela peut accroître la nécessité d'uriner. Le café, le thé ou les boissons gazeuses caféinées peuvent être remplacés par des boissons à faible teneur en caféine.
- Adopter une alimentation équilibrée, riche en fibres pour prévenir la constipation, est essentiel, car les efforts pour aller aux toilettes peuvent affaiblir le plancher pelvien et aggraver l'incontinence urinaire.
- Gérer son poids – l'obésité peut affaiblir les muscles du plancher pelvien. → 7.3.3
- Faire de l'exercice physique peut participer au renforcement musculaire, ce qui peut contribuer à améliorer l'IU. Il convient de demander des conseils personnalisés sur les types d'exercices qui conviennent le mieux.
- Le sevrage tabagique, car le tabac affaiblit la vessie et la toux sollicite les muscles du plancher pelvien.

Les campagnes de sensibilisation peuvent également être utiles pour lutter contre la stigmatisation associée à l'IU et encourager les personnes concernées à se faire soigner.

13.2

Les soins de santé communautaires pour traiter l'incontinence urinaire



13.2.1

Rééducation vésicale

Si une personne âgée présente des signes d'incontinence urinaire et qu'une évaluation approfondie n'est pas possible immédiatement, les agents de santé communautaires peuvent l'accompagner, ainsi que son aidant, en mettant en place un programme de rééducation vésicale. Un calendrier mictionnel permet d'enregistrer les habitudes de miction d'une personne et de guider les interventions adaptées ainsi que les changements de comportement nécessaires. Cela peut contribuer à renforcer l'apprentissage de nouvelles habitudes. Un programme de miction progressive peut être efficace, en particulier pour ceux souffrant d'IU d'urgence, en prévoyant des passages aux toilettes toutes les 2 heures, puis en augmentant progressivement l'intervalle entre les mictions, combiné à des techniques de distraction, comme s'asseoir sur une surface dure ou faire une activité qui demande de la concentration. Il est important de ne pas être trop directif et de reconnaître les limites et les capacités de chaque individu. La rééducation vésicale à l'aide d'un calendrier mictionnel doit être mise en œuvre pendant au moins 6 semaines.

Calendrier mictionnel

Date, heure	Apport hydrique		Urine		Fuites		
	Type	Quantité (ml)	Volume (ml ou *S/M/L)	Urgence du besoin d'uriner (1-5)	Volume (S/M/L)	Activité exercée	Changement de dispositif de protection

* S'il n'est pas possible de mesurer ou d'estimer le volume en ml, indiquez faible, moyen ou important



13.3

Évaluer l'incontinence urinaire et les affections urologiques



L'incontinence urinaire est une fuite d'urine involontaire. Elle est associée non seulement à un dysfonctionnement des voies urinaires inférieures, mais aussi à une perte de mobilité, au déclin cognitif et à d'autres maladies. Avant de procéder à une évaluation approfondie de l'IU, il est important d'identifier et de traiter les causes réversibles (◆). → 13.5

Une incontinence urinaire potentielle peut être repérée en questionnant la personne sur les fuites, surtout si elles surviennent de manière soudaine et/ou sont provoquées par la toux ou le port de charges lourdes. Il convient de rechercher des informations sur la gravité et la quantité d'urine perdue, la fréquence des épisodes d'incontinence et la durée des symptômes. Il existe différents types d'IU (Encadré 13.1) ; toutefois, il n'est pas essentiel de diagnostiquer le type d'IU en soins primaires pour pouvoir mettre en place les interventions appropriées.

Encadré 13.1 Types d'incontinence urinaire

- **Incontinence urinaire d'urgence** : IU précédée immédiatement par une sensation d'urgence mictionnelle. Plus fréquente chez les personnes âgées.
- **Incontinence urinaire due à l'effort** : IU survenant lors d'une augmentation brutale de la pression intra-abdominale (par exemple, en toussant ou en soulevant un objet), due à une faiblesse du plancher pelvien ou du sphincter urinaire. Associée à l'obésité et aux femmes ayant connu un accouchement par voie vaginale.
- **Incontinence mixte** : Combinaison d'IU d'effort et d'urgence.
- **Incontinence par regorgement** : Incontinence urinaire résultant d'une vessie trop pleine, causée par un défaut de contraction de la vessie et/ou par une obstruction de l'évacuation vésicale. Ce phénomène est fréquent chez les hommes.
- **Incontinence fonctionnelle** : Due à un déclin cognitif, une mobilité réduite ou à des comorbidités.

L'évaluation des affections urologiques doit être effectuée par un agent de santé qualifié et comprendre les examens répertoriés ci-dessous. Dans la plupart des cas, une évaluation urologique n'est pas nécessaire lors de l'évaluation initiale, mais les causes réversibles doivent être identifiées et traitées.

- Examen abdominal pour identifier une vessie palpable.
- Un toucher rectal pour identifier une masse pelvienne, une prostate hypertrophiée (chez les hommes, environ la taille d'une balle de ping-pong, c'est-à-dire plus de 40 cc) et un fécalome (constipation).
- Une analyse d'urine pour identifier l'hématurie et les infections urinaires. Soyez conscient des limites des bandelettes d'analyse urinaire, car elles ne distinguent pas l'hémoglobine de la myoglobine. La microscopie (si elle est disponible) est recommandée pour confirmer l'hématurie.
- Chez les femmes, un examen des organes génitaux externes permet de détecter un prolapsus (descente de l'utérus, du col utérin ou des parois vaginales) ou une fistule (une communication anormale entre le vagin et la vessie), suspectés en cas d'écoulement vaginal inhabituel, de fuites urinaires continues ou d'odeur anormale des urines.

Les résultats de l'évaluation de base pour d'autres domaines de la capacité intrinsèque, tels que le déclin cognitif, la mobilité réduite et les symptômes dépressifs, doivent également être vérifiés et une évaluation approfondie doit être réalisée si nécessaire. → 5 6 10

13.4

Prendre en charge l'incontinence urinaire

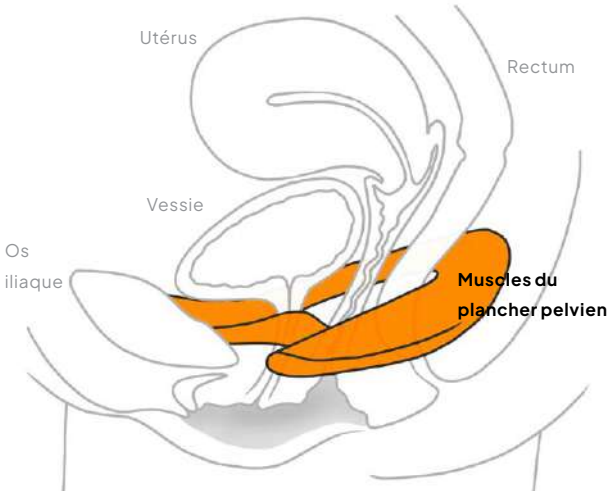


Les interventions visant à prendre en charge l'IU doivent toujours s'inscrire dans le cadre d'un plan de soins complet et personnalisé répondant aux facteurs sous-jacents, parallèlement à des interventions portant sur d'autres domaines de la capacité intrinsèque. Outre la rééducation vésicale, il existe de nombreux moyens de prendre en charge l'IU, notamment l'entraînement des muscles du plancher pelvien pour les femmes et l'aide à la miction pour les personnes souffrant d'un déclin cognitif.

13.4.1 Entraînement des muscles du plancher pelvien

L'entraînement des muscles du plancher pelvien peut être recommandé aux femmes âgées souffrant d'IU. Dans la mesure où ces soins sont généralement dispensés dans les services de santé en soins postnatals, les agents de santé doivent être en mesure de fournir des informations et un soutien aux femmes âgées s'ils sont correctement formés et dotés de ressources suffisantes (Encadré 13.2). Il est conseillé d'entreprendre trois séries de 10 contractions avec un temps de repos adéquate entre les contractions chaque jour. Pour améliorer la fonction du plancher pelvien, ces exercices doivent être réalisés pendant au moins 3 mois.

Fig. 13.1 Muscles du plancher pelvien



Les muscles du plancher pelvien recouvrent le fond du bassin et soutiennent les organes pelviens (la vessie et les intestins, et l'utérus chez les femmes) (Fig. 13.1).

Encadré 13.2 Comment exercer les muscles du plancher pelvien

Les agents de santé peuvent fournir des informations aux femmes âgées sur les exercices de Kegel. Il est important que les femmes âgées apprennent à faire ces exercices correctement et vérifient périodiquement qu'elles les exécutent toujours de la bonne manière. Les agents de santé peuvent aider les femmes âgées à comprendre les exercices en utilisant des diagrammes, des dessins et des modèles et en partageant les conseils suivants :

- En position verticale, la femme doit être assise confortablement, les pieds et les genoux bien écartés. Si elle le préfère, elle peut également s'allonger à plat, les jambes légèrement écartées. Elle doit se rappeler de respirer tout au long de l'exercice et de garder les muscles de l'estomac, des jambes et des fesses détendus.
- La femme doit imaginer qu'elle essaie de retenir d'évacuer des gaz intestinaux tout en essayant d'arrêter l'écoulement de l'urine de la vessie. Elle devrait ressentir un soulèvement et un resserrement autour du vagin et de l'anus.
- Au début, les femmes peuvent ne pas être en mesure de contracter et de détendre leur plancher pelvien de manière adéquate. Cela peut demander de la pratique, mais la plupart des femmes apprendront à le faire si on leur donne le temps d'essayer.

13.4.2

Miction provoquée

Ces mesures peuvent s'avérer difficiles à mettre en œuvre si la personne âgée est atteinte de démence ou a une capacité de collaboration limitée, ou s'il faut l'intervention de plus de deux personnes pour la transférer.

Les personnes souffrant d'un déclin cognitif auront besoin d'un soutien spécifique pour l'IU. Il devrait inclure une miction incitée pour augmenter l'utilisation des toilettes par la personne et réduire le nombre d'épisodes d'incontinence urinaire. Un aidant doit suggérer à la personne âgée d'aller aux toilettes toutes les deux heures tout au long de la journée et l'aider à le faire. Il peut essayer de renforcer le comportement positif des visites fréquentes aux toilettes en passant du temps aux toilettes, en discutant avec la personne âgée et en ne la pressant pas. L'aidant doit également demander à la personne si elle est mouillée, pour l'encourager à en prendre conscience et à agir en conséquence. Si la personne n'est pas en mesure de s'autoévaluer de manière fiable, l'aidant doit vérifier la présence de fuites lors des visites aux toilettes et consigner chaque vérification dans un calendrier mictionnel afin d'établir un schéma de miction qui pourrait aider à anticiper les épisodes d'incontinence.

L'effet de chacune des interventions susmentionnées doit être suivi pendant 3 à 6 mois. Si aucune amélioration n'est constatée, la personne âgée doit être orientée vers des soins spécialisés.

13.5

Évaluer et prendre en charge les maladies associées et les facteurs de risque



L'évaluation des maladies et des facteurs de risque de l'IU doit commencer par l'identification et le traitement des causes possibles, notamment le déséquilibre hydrique, la constipation, les médicaments, les infections urinaires et la confusion. L'identification de la (des) cause(s) réversible(s) de l'IU implique un bilan diagnostique complet dans un établissement de soins primaires. Il peut être nécessaire d'explorer plusieurs explications potentielles des symptômes pour parvenir à un plan de soins approprié.

13.5.1

Équilibre hydrique ♦

Une consommation excessive de liquide peut être un facteur de risque d'IU. L'équilibre hydrique doit être vérifié afin d'identifier la cause potentielle de l'excès d'urine. Certaines boissons et certains aliments, comme la caféine, peuvent agir comme des diurétiques, en augmentant le volume d'urine produit. L'équilibre hydrique normal doit être encouragé et les risques d'une restriction de l'apport hydrique (risque accru d'infection urinaire, déshydratation) doivent être expliqués. Une réduction de la caféine peut être tentée pendant 6 semaines. →7.3.2

13.5.2

Constipation ♦

Des selles peu fréquentes ou un passage difficile des selles, en raison d'une réduction du transit intestinal, peuvent être une cause ou un facteur contribuant à l'IU. Le fécalome peut être identifié par les symptômes, le journal des selles et l'examen clinique (par exemple, le toucher rectal). Une alimentation riche en fibres, un apport hydrique suffisant, une activité physique régulière et le fait d'aller à la selle à la même heure chaque jour (par exemple après le petit-déjeuner) peuvent aider à lutter contre la constipation.

13.5.3

Médicament(s) inapproprié(s) ◆

Une revue des médicaments doit être entreprise afin d'identifier tout médicament susceptible d'entraîner une IU.

Médicaments susceptibles d'entraîner une incontinence urinaire :

- Diurétiques
- Alpha bloquants
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA)
- Inhibiteurs calciques
- Médicaments psychotropes (clozapine, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, benzodiazépines, lithium)
- Médicaments antiparkinsoniens
- Antihistaminiques

À la suite d'une revue, les médicaments peuvent être retirés ou des médicaments alternatifs peuvent être prescrits si l'agent de santé le juge approprié.

13.5.4

Infections urinaires ◆

Une infection urinaire doit être suspectée sur la base d'une analyse d'urine. Elle peut provoquer des symptômes tels qu'un besoin urgent ou fréquent d'uriner, une sensation de brûlure en urinant et la présence de sang dans les urines. Les infections urinaires peuvent se manifester par une confusion en l'absence de fièvre. Le traitement de la bactériurie n'est indiqué qu'en présence de symptômes ou lorsqu'il est prouvé qu'elle peut être la cause de l'IU. Les infections urinaires symptomatiques récurrentes (deux infections ou plus en six mois ou trois infections ou plus par an) nécessitent une orientation vers des soins spécialisés.

13.5.5

Confusion ◆

La confusion est une perte soudaine et fluctuante de la capacité à diriger, déplacer, maintenir et focaliser l'attention et peut être une cause d'IU. Une personne confuse peut ne pas être consciente du remplissage de sa vessie ou du besoin d'uriner. → 5.5.1

13.5.6

Symptômes vulvaires (chez les femmes)

Les symptômes vulvaires comprennent l'inconfort (par exemple, démangeaisons, sécheresse ou brûlure, douleur) autour de la partie externe des organes génitaux féminins dans le cadre du syndrome génito-urinaire de la ménopause. Ils ont un impact négatif profond sur la qualité de vie. Les femmes doivent être informées de ces problèmes et traitées, notamment au moyen d'hydratants vaginaux topiques et d'œstrogènes, s'ils sont appropriés, disponibles et accessibles.

13.5.7

Dermatite associée à l'incontinence

Un examen des organes génitaux externes doit être effectué pour dépister une éventuelle inflammation de la peau due à un contact prolongé avec l'urine. L'utilisation prolongée de protections absorbantes, tels que les serviettes ou les culottes pour incontinence, peut entraîner des dermatites et des infections. La dermatite associée à l'incontinence se manifeste d'abord par un érythème dont l'aspect varie en fonction de la carnation : sur les peaux claires, il va du rose au rouge ; sur les peaux foncées, il peut être plus pâle, plus foncé, violet, rouge foncé ou jaune.

La zone affectée a généralement des bords mal définis et peut être parcellaire ou continue sur de grandes surfaces. La dermatite associée à l'incontinence à un stade avancé présente des zones d'érosion cutanée superficielle accompagnées de douleurs. En cas de dermatite, conseillez un nettoyage doux et la protection de la peau avec des produits topiques appropriés, notamment des crèmes ou des films de protection, traitez toute infection secondaire et recommandez des protections absorbantes appropriées.

13.5.8

Diabète et obésité

Le diabète est associé à l'incontinence urinaire en raison d'un débit urinaire excessif et d'une altération de la fonction musculaire de la vessie. L'obésité est un facteur de risque majeur d'IU, notamment chez les femmes âgées, où une prévalence accrue d'IU est directement liée à un IMC élevé (). La pression intra-abdominale augmentant avec l'obésité, la pression vésicale accrue affaiblit le plancher pelvien. La prise en charge des maladies cardiovasculaires et des facteurs de risque doit être assurée par un régime alimentaire sain et une activité physique, y compris l'exercice, ainsi que par des médicaments. Pour les personnes âgées, les avantages de la perte de poids doivent être soigneusement évalués par rapport aux risques potentiels, tels que la perte de masse musculaire. → 7.3.1

13.6

Évaluer et prendre en charge les environnements sociaux et physiques



13.6.1

Accès aux toilettes

L'accès d'une personne âgée à des toilettes doit être évalué, en tenant compte de la distance entre le domicile et les toilettes et, pour les personnes qui partagent des toilettes à l'extérieur du domicile, de la distance à parcourir, du terrain, de la sécurité et de la sûreté. La facilité d'utilisation des toilettes elles-mêmes doit également être prise en compte, notamment le type de toilettes (assis ou accroupi), la nécessité de barres d'appui, ou encore l'espace de manœuvre pour les personnes utilisant des produits d'assistance à la mobilité. Des chaises de toilette et des urinoirs peuvent être utiles si la distance à parcourir pour se rendre aux toilettes n'est pas raisonnable ou si la personne est incapable d'utiliser les toilettes. Un éclairage supplémentaire dans les toilettes, des bandes contrastantes pour indiquer les marches et un marqueur de couleur sur la chasse d'eau pourraient être utiles aux personnes souffrant de déficience visuelle. Des vêtements faciles à défaire ou à enlever peuvent également être utiles.

Il peut également s'avérer utile d'évaluer l'accès aux toilettes dans la communauté locale. Un manque d'accès peut entraver la capacité ou la volonté d'une personne âgée de sortir et de participer à des activités, ce qui conduit à l'isolement social et à la solitude.

Les parties prenantes communautaires peuvent fournir des cartes indiquant l'emplacement des toilettes publiques et engager le dialogue avec les commerces, cafés et autres établissements pour encourager l'accès de leurs sanitaires aux personnes âgées.



13.6.2

Protections absorbantes

Si le traitement de l'IU n'est pas possible ou ne fonctionne pas, l'utilisation de protections absorbantes peut contribuer à améliorer la qualité de vie. Les protections absorbantes comprennent les culottes d'incontinence et les serviettes pour incontinence ; différents produits doivent être utilisés à différents moments et pour différentes activités. Par exemple, un produit plus petit peut être utilisé pendant la journée, tandis qu'un produit plus grand peut être nécessaire pendant la nuit. Les protections absorbantes peuvent être réutilisables ou jetables. Les produits réutilisables doivent être lavés et séchés avec soin. Ces produits peuvent être d'un coût prohibitif, mais peuvent être subventionnés, dans certains contextes, par le biais de divers mécanismes.

Les parties prenantes communautaires peuvent favoriser l'accès aux protections absorbantes en collaborant avec les autorités locales et les agents de santé pour rendre les produits disponibles (et abordables) et en les tenant responsables de leurs engagements.

Les sondes urinaires à demeure doivent être évitées, car elles sont à l'origine d'infections et d'autres problèmes, tels que la présence de sang ou de débris dans le tube de la sonde, qui peuvent bloquer le système d'évacuation des urines.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

 **Formation sur les produits d'assistance pour l'autosoin et les protections absorbantes.** TAP ; 2024 (<https://www.gate-tap.org/>).

13.6.3

Soins et soutien sociaux → 11

Les besoins en matière de soins et de soutien sociaux peuvent inclure l'aide au toilette, au bain et à l'habillage. Si une personne atteinte d'IU qui utilise des protections absorbantes a besoin de l'aide d'un aidant pour aller aux toilettes et s'habiller, la facilité d'utilisation des protections absorbantes doit être prise en compte, notamment la possibilité de se changer sans enlever les vêtements extérieurs. Les centres d'accueil de jour et autres établissements de SLD au sein de la communauté doivent prévoir un espace suffisant pour que les personnes âgées puissent être assistées lorsqu'elles se rendent aux toilettes et lorsqu'elles se changent.

Les personnes âgées souffrant d'IU peuvent bénéficier d'un soutien psychosocial, y compris d'un soutien par les pairs. Les parties prenantes communautaires peuvent créer des groupes de soutien, afin de donner aux personnes âgées la possibilité de partager leurs expériences et de demander conseil à d'autres personnes se trouvant dans une situation similaire. Cela pourrait contribuer à donner aux personnes âgées atteintes d'IU les moyens de s'exprimer et de demander de l'aide.

13.6.4

Soutien aux aidants → 12

S'occuper d'une personne atteinte d'IU peut être physiquement et psychologiquement difficile. Les aidants, notamment les proches vivant avec la personne âgée, doivent être formés aux meilleures pratiques de soins, notamment sur la façon d'aider la personne âgée à marcher en toute sécurité et à se déplacer vers et depuis les toilettes ; la façon d'aider aux soins personnels, y compris l'hygiène et les soins de la peau pour éviter les infections ; l'utilisation appropriée des serviettes pour incontinence et d'autres produits pour éviter de dépendre de ces produits s'ils ne sont pas nécessaires ; la façon d'encourager la personne à continuer à boire et à ne pas limiter sa consommation de liquide ; la façon d'encourager la miction spontanée ; et la façon de nettoyer et d'éliminer en toute sécurité les vêtements, la literie et les serviettes pour incontinence qui ont été souillés.

Il est également important de fournir un soutien et des conseils aux aidants sur la manière de gérer les sentiments de gêne ou d'anxiété liés à la fourniture de soins personnels. Les aidants peuvent éprouver des difficultés à aborder les questions liées à l'incontinence urinaire avec la personne accompagnée et ressentir un certain malaise à fournir des soins personnels. Ils devraient recevoir des conseils et des informations sur la manière d'aborder des conversations sensibles et de fournir des soins personnels tout en préservant la dignité et l'autonomie.



14 Éléments à prendre en considération pour la mise en œuvre d'ICOPE

ICOPE peut soutenir la transformation des systèmes et des services de soins de santé et de services sociaux afin d'offrir aux personnes âgées un continuum de soins intégré et centré sur la personne, dans le but d'optimiser l'aptitude fonctionnelle. Le parcours de soins ICOPE dans le cadre d'une approche de SSP peut faciliter l'identification des besoins de la population âgée et la prestation de services (Fig. 1.1, p. 5). La mise en œuvre d'ICOPE doit donc s'aligner étroitement sur les efforts visant à renforcer les SSP, en utilisant les leviers de SSP décrits dans le *Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires* de l'OMS et de l'UNICEF.

ICOPE a été testé dans plusieurs pays à travers le monde, couvrant différents niveaux de revenus et présentant des structures et des capacités variées au sein de leurs systèmes de soins de santé et de services sociaux. Les enseignements tirés de ces projets pilotes mettent en évidence des considérations essentielles pour la mise en œuvre, pertinentes pour les gestionnaires de projets et de systèmes.

Points clés

- Avant de mettre en œuvre un parcours de soins ICOPE, il est recommandé d'évaluer l'état de préparation au niveau des services et des systèmes.
- L'adaptation et le développement des parcours de soins locaux commencent par la cartographie des ressources disponibles et l'identification des points d'entrée et des possibilités de mise en œuvre de l'approche ICOPE.
- L'engagement des personnes âgées et de leurs aidants est essentiel pour une mise en œuvre réussie et durable des soins intégrés.
- L'optimisation de la capacité intrinsèque et de l'aptitude fonctionnelle des personnes âgées commence dans la communauté. Les systèmes de soins de santé et de services sociaux doivent soutenir et favoriser la prestation de services communautaire en renforçant les soins primaires et en collaborant avec les parties prenantes communautaires.
- Les agents de santé doivent bénéficier d'une formation, d'un soutien et d'une rémunération adéquate pour assurer la prestation de soins intégrés centrés sur la personne dans le cadre de la pratique courante.
- ICOPE exige l'intégration des services de santé et des soins sociaux, y compris les SLD. Les soins peuvent être dispensés par et avec de multiples secteurs et dans différents contextes. Une coordination et une collaboration efficaces entre les secteurs, les contextes et les services sont essentielles.

14.1

Adapter ICOPE aux contextes locaux

Avant de mettre en œuvre ICOPE à grande échelle, les pays doivent procéder à une évaluation de l'état de préparation à la fourniture de soins intégrés afin d'adapter l'approche au contexte local. Le *Cadre de mise en œuvre d'ICOPE* de l'OMS propose une grille d'évaluation de la capacité globale des services et des systèmes de santé et de services sociaux à fournir des soins intégrés dans les soins primaires. Il informe également les plans d'action de mise en œuvre basés sur l'état de préparation à la mise en œuvre (aucun à minimal, initiation, pérennisation). La notation peut mettre en évidence les domaines d'opportunité et être utilisée pour suivre l'évolution de la mise en œuvre.

Il s'agit d'une étape importante, car tous les systèmes de soins de santé et de services sociaux sont différents, avec des approches de prestation de services, des structures et des réglementations du personnel, des voies d'orientation et des capacités de ressources variées. Il est possible de commencer à mettre en œuvre ICOPE en essayant et en adaptant l'approche dans un cadre communautaire ou clinique, avec la participation des parties prenantes locales concernées.

Afin d'éclairer l'adaptation locale ou nationale, un exercice de cartographie complet (**Encadré 14.1**, p. 145) doit être entrepris avec la participation des personnes âgées, des aidants, des agents de santé et des services sociaux de différents milieux, des autorités de santé publique et des parties prenantes communautaires. La cartographie peut servir à mobiliser des soutiens et à favoriser la collaboration pour cette approche.

ICOPE doit être adapté pour garantir la mise en œuvre efficace des étapes du parcours de soins dans et par les services et contextes existants, d'une manière culturellement appropriée et durable.

Les informations recueillies dans le cadre d'un exercice de cartographie doivent permettre d'élaborer des parcours de soins spécifiques au contexte local. Cet exercice doit se concentrer sur l'intégration des pratiques courantes existantes et l'utilisation des outils d'évaluation de base et approfondie, déjà disponibles et validés, qui évaluent la capacité intrinsèque et la capacité fonctionnelle. Il conviendra également de renforcer la capacité des personnels de santé, les incitations et les services là où cela est nécessaire. Les parcours de soins adaptés doivent être traduits dans les langues appropriées et faire l'objet d'un essai pilote afin de tester leur faisabilité et leur acceptabilité.

Les agents de santé peuvent entreprendre des exercices similaires pour identifier les ressources disponibles dans leur propre établissement de soins, mettre en place une équipe pluridisciplinaire et un mécanisme de collaboration entre les différents services de soins de santé et de services sociaux, et identifier les points d'entrée pour intégrer le parcours de soins ICOPE dans la pratique clinique de routine. Ce processus peut permettre de déterminer où, comment et avec qui commencer pour tester l'approche. La première phase d'un projet pilote devrait consister à évaluer la faisabilité de la mise en œuvre d'ICOPE et à identifier les obstacles et les facteurs favorables à cette mise en œuvre.



Encadré 14.1 Éléments d’une cartographie complète visant à éclairer l’adaptation d’ICOPE

Les personnes âgées et leurs aidants :

- Analyse de situation de la santé et du bien-être des personnes âgées sur la base d’entretiens avec les principaux informateurs et d’une enquête (auprès de la population ou des établissements).
- Les connaissances en matière de santé des personnes âgées et de leurs aidants.
- Identification des lieux où se trouvent les personnes âgées ayant besoin de soins, y compris celles qui ne sont pas en mesure d’accéder aux établissements de soins de santé et dont la prise en charge devra se faire à domicile ou au sein de la communauté.

Modèles de soins : Un modèle de soins est une conceptualisation de la manière dont les services doivent être fournis, y compris les processus de soins, l’organisation des prestataires et la gestion des services. Il est soutenu par la cartographie :

- Disponibilité, accessibilité (coût, distance, transport, adaptation aux seniors), acceptabilité et qualité des services destinés aux personnes âgées à différents niveaux du système de santé.
- Parcours de soins (premier point de contact habituel et régulier, mécanismes d’orientation).
- Points d’entrée pour la mise en œuvre d’ICOPE dans le cadre de la prestation de services existante (par exemple, par le biais de cliniques spécialisées dans les maladies non transmissibles ou de services mobiles de proximité).
- Infrastructure disponible (diagnostics, collecte de données sur la santé et les soins et mécanismes de partage, espace pour l’évaluation).
- Outils de dépistage et d’évaluation des déficiences de la capacité intrinsèque.
- Médicaments essentiels, vaccins et produits de santé, y compris les produits d’assistance.
- Disponibilité, accessibilité et acceptabilité des services de soins sociaux, y compris les SLD, et des services communautaires de soutien social.

Partenariats :

- Engagement formel entre les secteurs de soins de santé et de services sociaux dans différents contextes et les parties prenantes communautaires.
- Définition claire des rôles et des responsabilités.
- Reconnaissance, formation et soutien des parties prenantes communautaires.

Coordination :

- Mécanismes de collaboration entre les services et les agents de santé et de services sociaux.
- Méthodes de travail permettant une collaboration en équipe multidisciplinaire.
- Structure et capacité des services de SLD et des aides à la personne.
- Utilisation d’un soutien social tel que la prescription sociale.
- Partenariats existants avec d’autres secteurs, notamment les transports, l’éducation, l’emploi, la justice et l’application de la loi.

Ressources humaines :

- L’identité des agents de santé dans les soins primaires, y compris les agents de santé communautaires, leur capacité (temps, connaissances, compétences, rémunération) et la composition des équipes pluridisciplinaires (si elles existent déjà).
- La formation actuellement reçue et les connaissances nécessaires qui ne sont actuellement pas fournies.
- Les rôles et responsabilités des différents agents de santé dans les établissements de soins de santé (primaires, secondaires, tertiaires) et des établissements de soins sociaux, y compris les établissements de soins de longue durée.
- Les autres ressources humaines, y compris les bénévoles et les parties prenantes communautaires.

Ressources financières :

- Le budget actuellement disponible qui pourrait être utilisé pour promouvoir des soins de qualité centrés sur la personne pour les personnes âgées.
- Les coûts de la prestation de soins intégrés et les écarts budgétaires.

Remarque : Les éléments d’une cartographie complète visant à informer l’adaptation d’ICOPE peuvent être entrepris dans n’importe quel ordre.

Encadré 14.2 Résumé des actions du cadre de mise en œuvre d'ICOPE

Actions pour les systèmes (niveau macro)

- ✓ Renforcer les systèmes de gouvernance et de responsabilisation
Impliquer les parties prenantes dans l'élaboration des politiques et des services ; élaborer des politiques et des réglementations en faveur des soins intégrés et des mécanismes de réponse à la maltraitance des personnes âgées ; entreprendre une assurance et une amélioration continues de la qualité ; examiner régulièrement la capacité à fournir des soins de manière équitable.
- ✓ Assurer le renforcement des systèmes
Développer la capacité des personnels de santé, le financement et la gestion des ressources humaines ; utiliser la technologie pour échanger des informations entre les prestataires de services ; collecter et communiquer des données sur la capacité intrinsèque et l'aptitude fonctionnelle ; utiliser les technologies numériques pour promouvoir l'autogestion.

Actions pour les services (niveau méso)

- ✓ **Engager et autonomiser les personnes et les communautés**
Faire participer les personnes âgées, leurs familles et la société civile à la prestation de services ; soutenir et former les aidants.
- ✓ **Soutenir la coordination des services fournis par des équipes pluridisciplinaires**
Identifier les personnes âgées de la communauté qui ont besoin de soins, entreprendre des évaluations complètes et élaborer des plans de soins complets ; mettre en place des réseaux d'agents de santé et des services sociaux.
- ✓ **Orienter les services vers les soins communautaires**
Fournir des soins efficaces et acceptables axés sur l'aptitude fonctionnelle grâce à des agents et des services communautaires par une infrastructure adaptée aux personnes âgées.

14.2
Éléments à prendre en considération pour la mise en œuvre

Après l'évaluation de l'état de préparation et l'adaptation d'ICOPE, un certain nombre d'éléments supplémentaires à prendre en considération pour sa mise en œuvre doit être envisagé. Le *Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires* de l'OMS et de l'UNICEF fournit des leviers (stratégiques et opérationnels) interdépendants et liés entre eux pour guider les efforts des pays en vue du renforcement des systèmes de santé axés sur les soins de santé primaires.

Le *Cadre de mise en œuvre d'ICOPE* propose 19 actions, en complément des leviers des SSP, pour accompagner les États membres, en ciblant les niveaux systémiques (macro) et des services (méso) (**Encadré 14.2**). Les composantes au niveau macro sont destinées à soutenir les décideurs, les planificateurs au niveau du système, les bailleurs de fonds et les décideurs, tandis que les actions au niveau méso s'adressent aux gestionnaires de services et de programmes et aux décideurs. En accord avec les leviers opérationnels des SSP, tels que les modèles de soins, les personnels de santé pour les SSP, la technologie numérique et le suivi et l'évaluation, les éléments suivants à prendre en considération pour la mise en œuvre, tirés du cadre de mise en œuvre et des enseignements tirés des programmes pilotes d'ICOPE, visent à soutenir la mise en œuvre au niveau des services.

14.2.1
Intégrer les services de santé et donner la priorité aux soins primaires

La plupart des systèmes de santé dans le monde sont conçus pour traiter et guérir les maladies, souvent par le biais de services verticaux. Malgré les efforts déployés pour renforcer les soins de santé primaires, ceux-ci manquent souvent des moyens nécessaires pour offrir des soins intégrés et centrés sur la personne, qui exigent une approche transversale et globale, favorisant la flexibilité et la collaboration multidisciplinaire. Par conséquent, les services de soins primaires, en tant que premier point de contact régulier et première composante des soins de santé primaires, doivent être privilégiés avec le respect d'un continuum de soins intégrés comme objectif clé, afin de permettre des soins de qualité, y compris la mise en œuvre du parcours de soins ICOPE. Il est possible d'y contribuer en incluant les interventions ICOPE dans un ensemble de services essentiels des soins primaires.

Il est essentiel d'évaluer la coordination entre les systèmes de santé, notamment l'adaptabilité des infrastructures aux personnes âgées, ainsi que la disponibilité d'outils et de technologies adaptés (médicaments, vaccins, produits de santé tels que les produits d'assistance, etc.). Cela inclut la mise en place de mécanismes d'orientation efficaces, que ce soit au sein des services de santé (y compris vers les soins spécialisés de niveaux secondaire et tertiaire) ou entre les secteurs de soins de santé et des services sociaux, tout en développant et/ou renforçant les systèmes de collecte et de partage de données.

14.2.2

Ressources humaines et financières

Des investissements supplémentaires sont très probablement nécessaires pour soutenir la mise en œuvre d'ICOPE, en particulier en ce qui concerne les ressources humaines, afin de garantir une approche plus efficace et efficiente, tout en assurant un meilleur alignement sur les besoins actuels et futurs de la population. Le renforcement des capacités des agents de santé pluridisciplinaires implique généralement la mise en place d'une formation basée sur les compétences à tous les niveaux, en particulier au niveau des soins primaires, afin d'améliorer la compréhension d'ICOPE et de son mécanisme d'application.

Dans de nombreux contextes, les agents de santé communautaires jouent un rôle de plus en plus important dans la prestation des services de santé, mais ils manquent parfois de formation et de soutien et travaillent souvent à titre bénévole ou non rémunéré, ce qui affecte la durabilité (par exemple, le recrutement et le maintien des effectifs). Il est important d'assurer la sécurité de l'emploi, une supervision coopérative et des parcours de développement de carrière. Des configurations alternatives de personnel pourraient être nécessaires, en fonction du contexte et de la disponibilité des ressources, pour répondre aux besoins de santé évolutifs et aux populations. Le partage des tâches entre les agents de santé peut favoriser la prestation de soins intégrés et peut également nécessiter un ajustement de la réglementation, la reconnaissance de nouveaux rôles et une rémunération spécifique.

La mise en place de mesures d'incitation en faveur de la santé publique et de récompenses pour les agents de santé pour les soins intégrés, les mécanismes de financement et le suivi des performances peuvent encourager le passage à des soins de qualité pour les personnes âgées. Les autorités responsables de l'élaboration des formations et des programmes et de l'accréditation, ainsi que les sociétés professionnelles nationales et locales, peuvent jouer un rôle important.

Les équipes pluridisciplinaires qui optimisent l'éventail des compétences des agents de santé doivent permettre la prestation d'un continuum de soins intégrés centrés sur la personne.

14.2.3

Coordination entre les secteurs de soins de santé et de services sociaux

Des structures et des mécanismes sont nécessaires au niveau des services pour permettre l'orientation entre les services de soins de santé et les services sociaux et la collaboration entre les agents de santé et les agents de services sociaux, facilitée par un coordinateur de soins, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire. Cette coordination doit inclure les services de SLD et l'intégration des systèmes d'information et d'assurance de la qualité.

Le document de l'OMS intitulé *Long-term care for older people: package for universal health coverage* fournit une liste d'interventions en matière de SLD que les pays doivent prendre en considération, hiérarchiser et fournir. Dans certains pays, le mécanisme d'évaluation de l'éligibilité aux services de SLD et de prestation de soins est organisé par différents secteurs. Quelles que soient les dispositions prises au niveau local, les principes d'une approche intégrée centrée sur la personne sont les mêmes, même si un personnel différent (dans la communauté ou dans les établissements résidentiels) et des compétences spécialisées peuvent être nécessaires. Les secteurs de soins de santé et des services sociaux seront mieux à même d'adopter et d'appliquer ICOPE lorsque les politiques nationales soutiendront une approche intégrée des soins de santé et des services sociaux. Ces politiques doivent tenir compte de la manière dont les services de santé et de soins sociaux sont fournis et par qui, y compris le rôle du secteur privé dans la prestation de SLD, en particulier, et la nécessité de renforcer les partenariats public-privé.

14.2.4

Technologie numérique

L'utilisation de la technologie numérique comme facteur potentiel de facilitation a été mise en évidence par les enseignements tirés des projets pilotes d'ICOPE, qui ont montré que son utilisation permettait d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des soins intégrés.

Les outils numériques peuvent aider les agents de santé à accéder à la formation (apprentissage en ligne), à effectuer les évaluations de base et approfondies du parcours de soins ICOPE, et à suivre et analyser les résultats des interventions. Les technologies numériques peuvent également faciliter et améliorer la communication avec les personnes âgées et leurs aidants, par exemple grâce à la télésanté et à la santé mobile, ainsi qu'à l'utilisation de vidéos et d'autres médias en ligne pour sensibiliser aux soins intégrés et donner des conseils en matière de santé et de mode de vie. La technologie numérique peut être mise à profit pour renforcer l'aptitude fonctionnelle, réduire la nécessité de soins et aider les aidants dans leur rôle ([Encadré 12.1](#), p. 130).

Il faut lutter contre les préjugés âgistes qui supposent que les personnes âgées ne peuvent pas ou ne veulent pas utiliser les technologies numériques.

Dans le contexte des soins de santé primaires, les pays devront évaluer les lacunes, déterminer les priorités, établir des bases de référence et des objectifs, et suivre les progrès et les performances vers la CSU dans l'ensemble de leurs systèmes de soins de santé et de services sociaux.

Les progrès des technologies de l'information et de la communication (dossiers médicaux électroniques) facilitent également le partage des données en temps réel entre les agents de santé, y compris les agents de santé communautaires et les agents des services sociaux, et favorisent l'agrégation des données pour surveiller et améliorer le ciblage des efforts en matière de santé publique.

Lorsque l'utilisation de la technologie numérique est envisagée, il convient de tenir compte des défis potentiels, notamment la culture numérique des personnes âgées et les inégalités d'accès à la technologie, l'interopérabilité, l'intégrité, la gouvernance des données, la cybersécurité et la facilité d'utilisation.

14.2.5
Suivi et évaluation

Le suivi, l'évaluation et l'examen des progrès et des performances en matière de santé sont essentiels pour garantir que les actions et les décisions prioritaires sont mises en œuvre comme prévu par rapport aux objectifs et aux cibles convenus pour les personnes âgées. Un suivi et une évaluation solides d'ICOPE, axés notamment sur l'état de santé (capacité intrinsèque et aptitude fonctionnelle) d'une personne âgée et des populations âgées, devraient être intégrés à ce processus élargi de suivi et d'évaluation. Il est essentiel de renforcer les capacités en matière de collecte, d'analyse et d'utilisation des données pour la prise de décision au niveau local. Des données fiables sur les services, collectées à l'aide d'indicateurs normalisés, permettent de mieux comprendre l'efficacité d'ICOPE, d'établir des priorités et de modifier la prestation des services, ce qui contribue à garantir la responsabilité, y compris à l'égard des personnes âgées et de leurs aidants.

Les parties prenantes communautaires peuvent jouer un rôle dans la responsabilisation, notamment en tenant les systèmes de santé responsables des besoins des populations âgées et en contribuant à la responsabilisation dans la gouvernance, la planification, la prestation et l'évaluation des soins de santé.

L'élaboration d'une approche de suivi d'ICOPE dans le cadre du suivi et de l'évaluation des soins de santé primaires peut également être poursuivie dans le cadre d'un suivi et d'une évaluation plus larges du vieillissement en bonne santé, en s'inspirant du cadre et des indicateurs de l'OMS pour mesurer les progrès et l'impact de la Décennie de l'Organisation des Nations unies pour le vieillissement en bonne santé (2021–2030).

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

-  **Données probantes, politique, impact : Guide de l'OMS pour la prise de décision fondée sur des données probantes.** OMS ; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/350994>).
-  **Cadre de mise en œuvre des soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE) : directives concernant les systèmes et les services.** OMS ; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/325669>).
-  **Soins de longue durée pour les personnes âgées : ensemble d'interventions en faveur de la couverture sanitaire universelle.** OMS ; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376585>).
-  **Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : de l'ambition à l'action.** OMS et UNICEF ; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/337641>).
-  **Ligne directrice de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires.** OMS ; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/275474>).

Références¹

1. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/186463>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. World population prospects 2024: probabilistic population projections. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2024 (<https://population.un.org/wpp/>). Licence: CC BY 3.0 IGO.
3. World population prospects 2024: summary of results. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2024 (https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2024_Key-Messages.pdf). Licence: CC BY 3.0 IGO.
4. Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/340208>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Integrated care for older people handbook: guidance on person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/326843>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/329960>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. Long-term care for older people: package for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376585>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
8. Universal health coverage (UHC). Key facts [website]. Geneva: World Health Organization; 2023 ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))).
9. Global Burden of Disease 2021: findings from the GBD 2021 Study. Seattle WA: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2024 (<https://www.healthdata.org/research-analysis/library/global-burden-disease-2021-findings-gbd-2021-study>).
10. World population prospects 2024: demographic indicators by region, subregion and country, annually for 1950–2100. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2024 (<https://population.un.org/wpp/>). Licence: CC BY 3.0 IGO.
11. Batmani S, Jalali R, Mohammadi M, Bokaei S. Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Geriatr*. 2021; 21:212 (<https://doi.org/10.1186/s12877-021-02135-8>).
12. Todhunter-Brown A, Hazelton C, Campbell P, Elders A, Hagen S, McClurg D. Conservative interventions for treating urinary incontinence in women: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;9(9):CD012337 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012337.pub2>).
13. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: volume 2: a globally relevant perspective. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/364204>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
14. Table 1: summary of WHO position papers – recommendations for routine immunization [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/publications/m/item/table1-summary-of-who-position-papers-recommendations-for-routine-immunization>).
15. Global Health Observatory: global health estimates: leading causes of death [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghle-leading-causes-of-death>).
16. Qu C, Liao S, Zhang J, Cao H, Zhang H, Zhang N et al. Burden of cardiovascular disease among elderly: based on the Global Burden of Disease Study 2019. *Eur Heart J*. 2024;10(2):143–153 (<https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcad033>).
17. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021;398:957–80 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1)).
18. Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/334379>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
19. Integrated care for older people (ICOPE) implementation pilot programme: findings from the 'ready' phase. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/353553>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
20. Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/344701>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
21. Rampengan DDCH, Gunawan FA, Rampengan JAH, Ramadhan RN, Iqhrammullah M, Yufika A. Effectiveness of Tai Chi as a non-invasive intervention for mild cognitive impairment in the elderly: a comprehensive review and meta-analysis. *Narra J*. 2024;4(1):e724 (<https://doi.org/10.52225/narra.v4i1.724>).
22. Li Z, Guo H, Liu X. What exercise strategies are best for people with cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2024;124:105450 (<https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105450>).
23. Liu X, Liu L, Liu C. Summary of the effect of an exercise intervention on elderly with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2024;103(24):e38025 (<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038025>).
24. Tavares-Júnior JWL, Caetano de Souza AC, Sousa Alves G, De Carvalho Bonfadini J, Ibiapina Siqueira-Neto J, Braga-Neto P. Cognitive assessment tools for screening older adults with low levels of education: a critical review. *Front Psychiatry*. 2019;10(878) (<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00878>).

¹ Accessed 2 December 2024.

25. Pellicer-Espinoza I, Díaz-Orueta U. Cognitive screening instruments for older adults with low educational and literacy levels: a systematic review. *J Appl Gerontol*. 2022; 41(4):1222–1231 (<https://doi.org/10.1177/07334648211056230>).
26. Reisinger M, Reininghaus EZ, De Biasi J, Fellendorf FT, Schoberer D. Delirium-associated medication in people at risk: a systematic update review, meta-analyses, and GRADE-profiles. *Acta Psychiatr Scand*. 2023;147(1):16–42 (<https://doi.org/10.1111/acps.13505>).
27. Veronese N, Honvo G, Thiyagarajan JA, Rizzoli R, Cooper C, Bruyère O. Attributes and definitions of locomotor capacity in older people: World Health Organisation (WHO) locomotor capacity working group meeting report. *Aging Clin Exp Res*. 2022;34(3):481–483 (<https://doi.org/10.1007/s40520-022-02080-5>).
28. Promoting physical activity for older people: a toolkit for action. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373332>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
29. Short Physical Performance Battery (SPPB) [website]. National Institute of Aging; 2023 (<https://www.nia.nih.gov/research/labs/leps/short-physical-performance-battery-sppb>).
30. Vivifrail. Materials for professionals responsible for the prescription of a program of physical exercise [website]. University of Navarra; 2024 (<http://www.vivifrail.com/resources>).
31. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2227–46 (<https://doi.org/10.1111/jgs.13702>).
32. Chiarotto A, Maxwell LJ, Ostelo RW, Boers M, Tugwell P, Terwee CB. Measurement properties of Visual Analogue Scale, Numeric Rating Scale, and Pain Severity Subscale of the Brief Pain Inventory in patients with low back pain: a systematic review. *J Pain*. 2019;20(3):245–263 (<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.07.009>).
33. painHEALTH Pain Management [website]. East Perth: Department of Health, Western Australia; 2024 (<https://pain-health.csse.uwa.edu.au/pain-management/>).
34. Sanses TV, Kudish B, Guralnik JM. The relationship between urinary incontinence, mobility limitations, and disability in older women. *Curr Geriatr Rep*. 2017;6(2):74–80 (<https://doi.org/10.1007/s13670-017-0202-4>).
35. Bautmans I, Knoop V, Thiyagarajan JA, Maier AB, Beard JR, Freiburger E et al. WHO working definition of vitality capacity for healthy longevity monitoring. Personal view. *Lancet Healthy Longev*. 2022;3(11):E789–E796 ([https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00200-8](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00200-8)).
36. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2019;38(1):10–47 (<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>).
37. Parkinson E, Hooper L, Fynn J, Wilsher SH, Oladosu T, Poland F et al. Low-intake dehydration prevalence in non-hospitalised older adults: systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr*. 2023;42(8):1510–1520 (<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.06.010>).
38. de van der Schueren MAE, Jager-Wittenaar H. Malnutrition risk screening: new insights in a new era. Opinion paper. *Clin Nutr*. 2022;41(10):P2163–2168 (<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.08.007>).
39. Norman K, Haß U, Pirlich M. Malnutrition in older adults – recent advances and remaining challenges. *Nutrients*. 2021;13(8):2764 (<https://doi.org/10.3390/nu13082764>).
40. Tang AM, Chung M, Dong KR, Bahwere P, Bose K, Chakraborty R et al. Determining a global mid-upper arm circumference cut-off to assess underweight in adults (men and non-pregnant women). *Public Health Nutr*. 2020;23(17):3104–3113 (<https://doi.org/10.1017/S1368980020000397>).
41. Goswami AK, Kalaivani M, Gupta SK, Nongkynrih B, Pandav CS. Usefulness of mid-upper arm circumference in assessment of nutritional status of elderly persons in urban India. *Int J Med Public Health*. 2018;8(1):34–37 (<https://pdfs.semanticscholar.org/0ceb/7bca7a43da3b664d85cf396446d112cedc3d.pdf>).
42. Dawed A, Mekonnen TS, Genetu M, Tadesse SE, Dewau R, Muche A et al. Comparing the validity of anthropometric measurements in identifying malnutrition status of older age people in Borena district, North Central Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2022;22:776 (<https://doi.org/10.1186/s12877-022-03467-9>).
43. International Classification of Diseases 11th Revision [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://icd.who.int/en>).
44. Hooper L, Abdelhamid A, Attreed NJ, Campbell WW, Channell AM, Chassagne P et al. Clinical symptoms, signs and tests for identification of impending and current water-loss dehydration in older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;4:CD009647 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009647.pub2>).
45. Malenfant JH, Batsis JA. Obesity in the geriatric population – a global health perspective. *J Glob Health Rep*. 2019;3:e2019045 (<https://doi.org/10.29392/joghr.3.e2019045>).
46. van Wijngaarden JP, Wojzischke J, van den Berg C, Cetinyurek-Yavuz A, Diekmann R, Luiking YC et al. Effects of nutritional interventions on nutritional and functional outcomes in geriatric rehabilitation patients: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(9):1207–1215.e9 (<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.04.012>).
47. Khor PY, Vearing RM, Charlton KE. The effectiveness of nutrition interventions in improving frailty and its associated constructs related to malnutrition and functional decline among community-dwelling older adults: a systematic review. *J Hum Nutr Diet*. 2022;35(3):566–582 (<https://doi.org/10.1111/jhn.12943>).
48. Gaddey HL, Holder KK. Unintentional weight loss in older adults. *Am Fam Physician*. 2021;104(1):34–40 (<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0700/p34.html>).

49. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/364538>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
50. Vision and eye screening implementation handbook. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/375590>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
51. World report on vision. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/328717>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
52. Dawes P, Völter C. Do hearing loss interventions prevent dementia? *Z Gerontol Geriatr*. 2023;56(4):261–268 (<https://doi.org/10.1007/s00391-023-02178-z>).
53. World report on hearing. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/339913>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
54. Rizk HG, Lee JA, Liu YF, Endriukaitis L, Isaac JL, Bullington WM. Drug-induced ototoxicity: a comprehensive review and reference guide. *Pharmacotherapy*. 2020;40(12):1265–1275 (<https://doi.org/10.1002/phar.2478>).
55. Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/343206>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
56. WHO Evidence and gap maps for the UN Decade of Healthy Ageing [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing/evidence-gap-map>).
57. Rosen T, Stern ME, Elman A, Mulcare MR. Identifying and Initiating intervention for elder abuse and neglect in the emergency department. *Clin Geriatr Med*. 2018;34(3):435–451 (<https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.04.007>).
58. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2):e147–e156 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)).
59. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341337>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
60. Yip SO, Dick MA, McPencow AM, Martin DK, Ciarleglio MM, Erekson EA. The association between urinary and fecal incontinence and social isolation in older women. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;208(2):146.e1–7 (<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.11.010>).
61. Chen X, Jiang S, Yao Y. Association between obesity and urinary incontinence in older adults from multiple nationwide longitudinal cohorts. *Commun Med*. 2023;3(142) (<https://doi.org/10.1038/s43856-023-00367-w>).

Bibliographie

The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. Malnutrition Universal Screening Tool [website]. 2003 (https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf).

Continence Product Advisor [website]. 2024 (<https://www.continenceproductadvisor.org>).

De Looze C, Feeney J, Seeher KM, Thiyagarajan JA, Diaz T, Kenny RA. Assessing cognitive function in longitudinal studies of ageing worldwide: some practical considerations. *Age Ageing*. 2023;52(4):iv13–iv25 (<https://doi.org/10.1093/ageing/afad122>).

Dementia & Alzheimer's Australia Ltd. Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) [website]. 2004 (<https://www.dementia.org.au/professionals/assessment-and-diagnosis-dementia/rowland-universal-dementia-assessment-scale-rudas>).

Dementia Collaborative Research Centre – Assessment and Better Care. General practitioner assessment of cognition (GPCOG) [website]. 2016 (<https://gpcog.com.au/index/downloads>).

Department of Health and Social Security. Improving care for people with long term conditions: personalised care planning, an 'at a glance' guide for healthcare professionals. United Kingdom Government [website]. 2010 (<https://www.gov.uk/government/publications/improving-care-for-people-with-long-term-conditions-at-a-glance-information-sheets-for-healthcare-professionals>).

Dutta C, Pasha K, Paul S, Abbas MS, Nassar ST, Tasha T et al. Urinary tract infection induced delirium in elderly patients: a systematic review. *Cureus*. 2022;14(12):e32321 (<https://doi.org/10.7759/cureus.32321>).

Eammons-Bell S, Johnson C, Roth G. Prevalence, incidence and survival of heart failure: a systematic review. *Heart*. 2022. 108(17):1351–1360 (<https://doi.org/10.1136/heartjnl-2021-320131>).

Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*. 2010;341:c5146 (<https://doi.org/10.1136/bmj.c5146>).

Food and Agriculture Organization. International Network of Food Data Systems. FAO/INFOODS Food Composition Databases [website]. 2024 (<https://www.fao.org/infoods/infoods/tables-and-databases/faoinfoods-databases/en/>).

Forman DE, Maurer MS, Boyd C, Brindis R, Salive ME, McFarland Horne F. Multimorbidity in older adults with cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(19):2149–2161 (<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.03.022>).

Government of British Columbia, Canada, Patient Health Questionnaire (PHQ9) [website] 2024 (https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/depression_patient_health_questionnaire.pdf).

Hopkins S, Gajagowni S, Qadeer Y, Wang Z, Virani SS, Meurman JH. Oral health and cardiovascular disease. Review. *Am J Med*. 2024;137(4):304–307 (<http://doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.11.022>).

Huang W, Zhu W, Chen H, Li F, Huang J, Zhou Y et al. Longitudinal association between depressive symptoms and cognitive decline among middle-aged and elderly population. *J Affect Disord*. 2022;303:18–23 (<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.107>).

International Urogynecological Association. Pelvic floor exercises [website]. No date (https://www.yourpelvicfloor.org/media/Pelvic_Floor_Exercises_RV2-1.pdf).

Jeyasingam N, McLean L, Mitchell L, Wand APF. Attitudes to ageing amongst health care professionals: a qualitative system-atic review. *Eur Geriatr Med*. 2023; 14(5): 889–908 (<https://doi.org/10.1007/s41999-023-00841-7>).

Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc*. 1983;31(12):721–7 (<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1983.tb03391.x>).

Kawahara T, Ito H, Yao M, Uemura H. Impact of smoking habit on overactive bladder symptoms and incontinence in women. *Int J Urol*. 2020;27(12):1078–1086 (<https://doi.org/10.1111/iju.14357>).

Kwok M, McGeorge S, Mayer-Coverdale J, Graves B, Paterson DL, Harris PNA et al. Guideline of guidelines: management of recurrent urinary tract infections in women. *BJU Int*. 2022;130 (Suppl 3):11–22 (<https://doi.org/10.1111/bju.15756>).

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179–86 (https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179).

Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. *Int J Epidemiol*. 2014;43(1):116–128 (<https://doi.org/10.1093/ije/dyt215>).

Mini Cog © Mini Cog Quick screening for early dementia detection [website]. 2024 (<https://mini-cog.com/download-the-mini-cog-instrument/>).

MoCA Test Inc. MoCA Cognition test [website]. 2024 (<https://mocacognition.com/paper/>).

Muchna A, Najafi B, Wendel CS, Schwenk M, Armstrong DG, Mohler J. Foot problems in older adults associations with incident falls, frailty syndrome, and sensor-derived gait, balance, and physical activity measures. *JAPMA*. 2018;108(2) (<http://doi.org/10.7547/15-186>).

Musa IR, Omar SM, Adam I. Mid-upper arm circumference as a substitute for body mass index in the assessment of nutritional status among adults in eastern Sudan. *BMC Public Health*. 2022;22:2056 (<https://doi.org/10.1186/s12889-022-14536-4>).

National Institute of Aging. What's on your plate? Smart food choices for healthy aging. Bethesda: US Department of Health and Human Services; 2022 (<https://order.nia.nih.gov/publication/whats-on-your-plate>).

Older adult nutrition screening. Screen 14 Seniors in the community risk evaluation for eating and nutrition questionnaire [website]. 2024 (<https://olderadultnutritionscreening.com/screen-tools/>).

PAR Inc. Mini-Mental State Examination [website]. 2024 (<https://www.parinc.com/products/MMSE>).

Perini G, Cotta Ramusino M, Sinforiani E, Bernini S, Petrachi R, Costa A. Cognitive impairment in depression: recent advances and novel treatments. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019;15:1249–1258 (<http://doi.org/10.2147/NDT.S199746>).

Ungar A, Cherubini A, Fratiglioni L, De La Fuente-Núñez V, Fried L, Krasovitsky MS et al. Carta of Florence against ageism. No place for ageism in health care. *Eur Geriatr Med*. 2024;15(2):285–290 (<https://doi.org/10.1007/s41999-024-00938-7>).

United Nations. Sustainable Development Goals [website]. 2024 (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/>).

Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S et al. The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. 1999;15(2):116–122 ([https://doi.org/10.1016/S0899-9007\(98\)00171-3](https://doi.org/10.1016/S0899-9007(98)00171-3)).

Wijnhovena H, Schilpa J, van Bokhorst-de van der Schuerenb M, de Vet H, Kruizengaa H, Deeg D et al. Development and validation of criteria for determining undernutrition in community-dwelling older men and women: The Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+. *Clin Nutr*. 2012;31(3):351–358 (<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2011.10.013>).

World Health Organization. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/328123>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. Global age-friendly cities: a guide. 2007 (<https://iris.who.int/handle/10665/43755>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. Human Rights [website]. 2023 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>).

World Health Organization. Immunization Agenda 2030: a global strategy to leave no one behind. 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. Musculoskeletal health [website]. 2022 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>).

World Health Organization. Quick guide to avoid ageism in communication. 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/quick-guide-to-avoid-ageism-in-communication>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. Social isolation and loneliness. [website] 2024 (<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>).

World Health Organization. WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing 2023 meeting report, 5–7 December 2023. 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/378710>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. World Osteoporosis Day. Simple ways to prevent osteoporosis [website]. WHO Western Pacific Region; 2019 (<https://www.who.int/westernpacific/articles/item/simple-ways-to-prevent-osteoporosis>).

Yan F, Xiao LD, Zhou K, Li Z, Tang S. Perceptions and help-seeking behaviours among community-dwelling older people with urinary incontinence: a systematic integrative review. 2022;78(6):1574–1587 (<https://doi.org/10.1111/jan.15183>).

Annexe : Exemple de plan de soins simplifié

Il s'agit d'un exemple de plan de soins sommaire simple qui peut être partagé par le gestionnaire de cas ou le coordinateur de soins avec la personne âgée.
Il n'est pas destiné à recueillir l'ensemble des antécédents médicaux ni à servir de dossier médical.

Date : JJ / MM / AA

Lieu : clinique de soins primaires xxx

Renseignements personnels

Date de naissance (âge) : (75)

Genre : Homme

ID : XXX

Objectifs centrés sur la personne

(Court terme) J'aimerais assister au match de football de l'école de ma petite-fille le mois prochain. Pour cela, je veux pouvoir me rendre à pied à l'école.

(Long terme) J'aimerais continuer à pouvoir me rendre à pied à l'église au cours de l'année prochaine. Cela devient de plus en plus difficile.

Résumé de l'évaluation

Capacité intrinsèque

- Mobilité réduite avec douleur au genou
- Perte auditive modérée sans signaux alarmants

Maladies et facteurs de risque

- Hypertension et hyperlipidémie contrôlées
- Arthrose du genou

Environnements sociaux et physiques

Il vit avec sa femme au troisième étage sans ascenseur. Son fils, sa belle-fille et ses petits-enfants vivent dans la région et lui rendent visite chaque semaine.

Il participe régulièrement à des activités communautaires, comme des groupes religieux ou des moments conviviaux autour d'un café, mais sa mobilité réduite commence à limiter sa présence, et il éprouve parfois des difficultés à suivre les discussions dans des endroits bruyants.

Interventions proposées et convenues

Interventions proposées	Approuvées par la personne âgée	Actions
Programme d'exercices multimodaux avec orientation vers un service de réadaptation	Oui	Une lettre d'orientation est en préparation afin de fixer un rendez-vous avec un service de réadaptation
Orientation vers un centre de soins auditifs	Oui	Une lettre d'orientation est en cours de préparation afin de fixer un rendez-vous avec un audioprothésiste
Évaluation et prise en charge de la douleur	Non	Refus de l'orientation vers une évaluation de la douleur. Recommandation de noter le moment où la douleur est ressentie et l'intensité de la douleur (0-10)
Poursuite de la prise en charge des maladies (hypertension et hyperlipidémie)	Oui	Poursuite de la prise de la tension artérielle à domicile Prendre les médicaments prescrits et effectuer la prochaine prise de sang dans 2 mois
Conseils diététiques pour augmenter l'apport en protéines	Non	A déclaré ne pas vouloir augmenter sa consommation de protéines. Recommandation d'essayer de consommer des aliments riches en protéines disponibles localement.
Évaluation du risque de chute à domicile	Non	Conseils sur la manière de sécuriser le domicile et les environs
Évaluation des besoins de l'aidant (son épouse)	Oui	Une évaluation est prévue avec l'aidant (l'épouse)
Produits d'aide à la mobilité	Oui	Lettre d'orientation à préparer pour fixer un rendez-vous avec un service de réadaptation

Nom de l'évaluateur : xxx

Date recommandée pour le prochain rendez-vous : JJ/MM/AA

Pour plus d'informations :

<https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-care-for-older-people-icope>

Département Santé de la mère, du nouveau-né,
de l'enfant et de l'adolescent et du Vieillissement (MCA)
Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20
1211 Genève 27
Suisse