



Raccourcir la durée d'hospitalisation du sujet très âgé

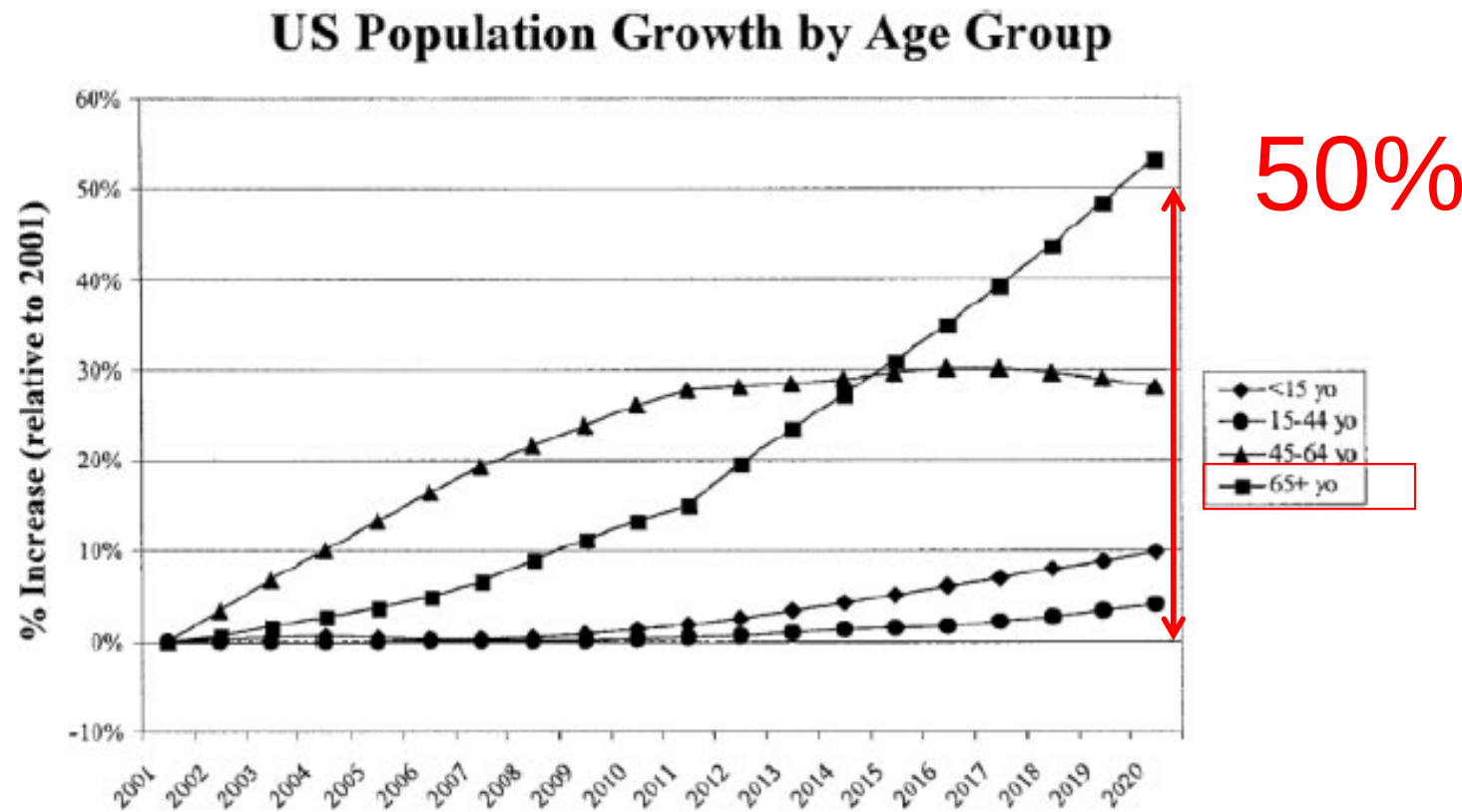
Pr Vincent Minville
RASA 2016



Université
de Toulouse



Patients âgés



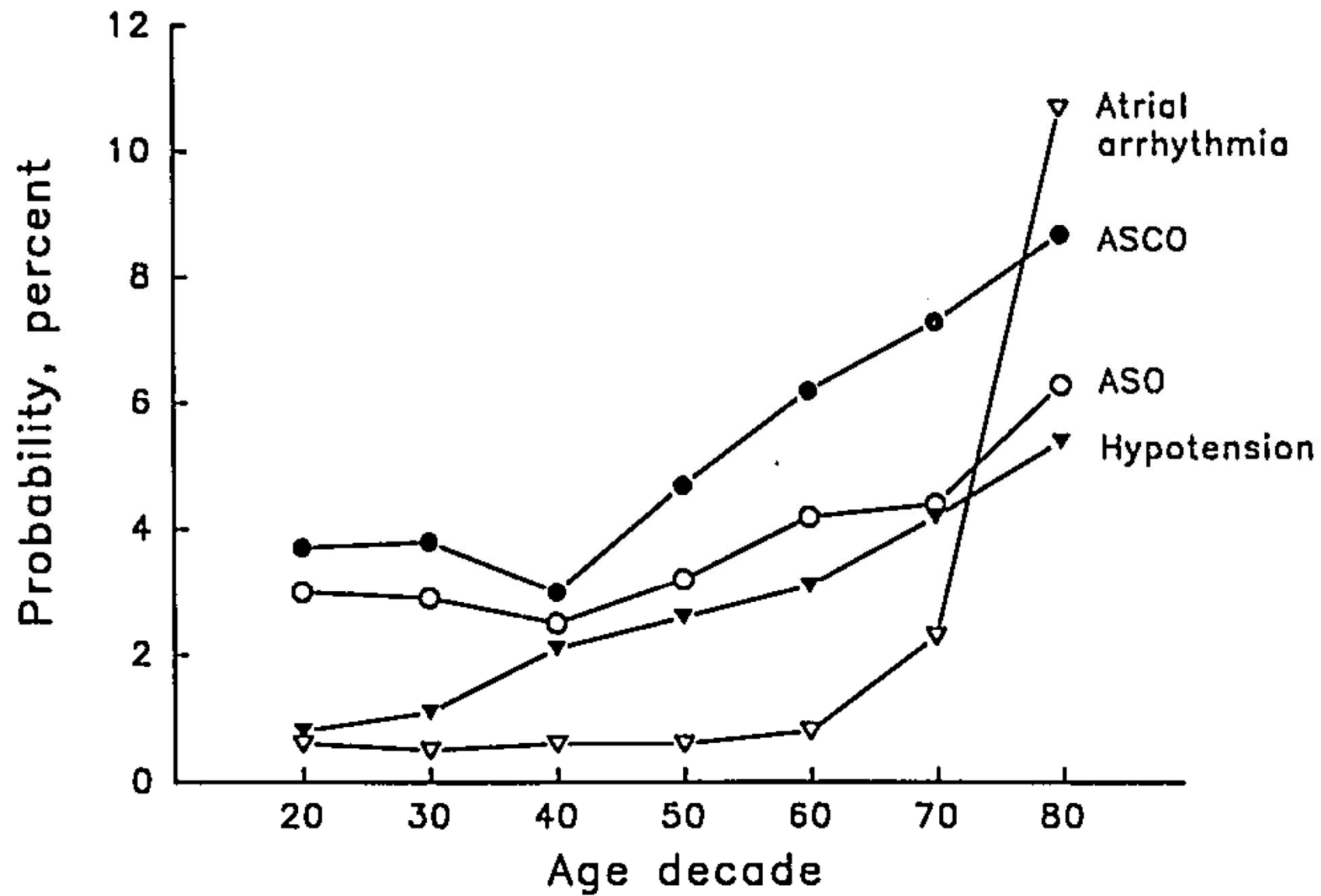
White et al. A&A 2012

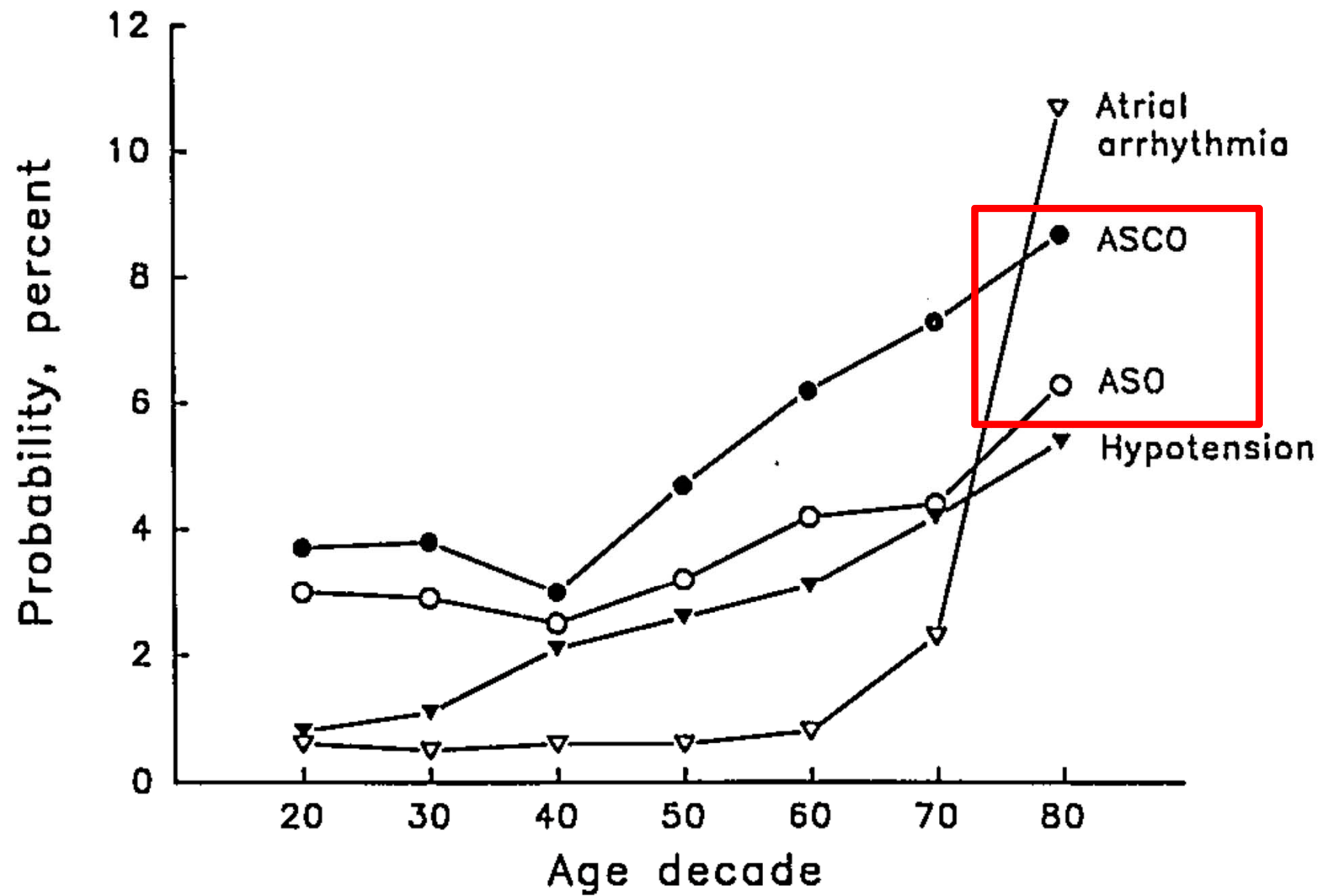
Une population plus opérée

Age (yr)	Rate of Anesthesia for Male (per 100 population)	Rate of Anesthesia for Female (per 100 population)
<1	11.6	7.1
1-4	14.2	8.3
5-14	7.0	5.4
15-24	7.3	10.7
25-34	7.5	17.8
35-44	8.9	13.2
45-54	13.2	14.4
55-64	17.7	14.6
65-74	25.1	18.8
75-84	30.2	23.5
>84	26.3	20.8

Lapalissade

Faites de l'ambulance !





Un malade ?

Bien vieillir =
vieillissement actif et en bonne
santé

Syndrome de Fragilité

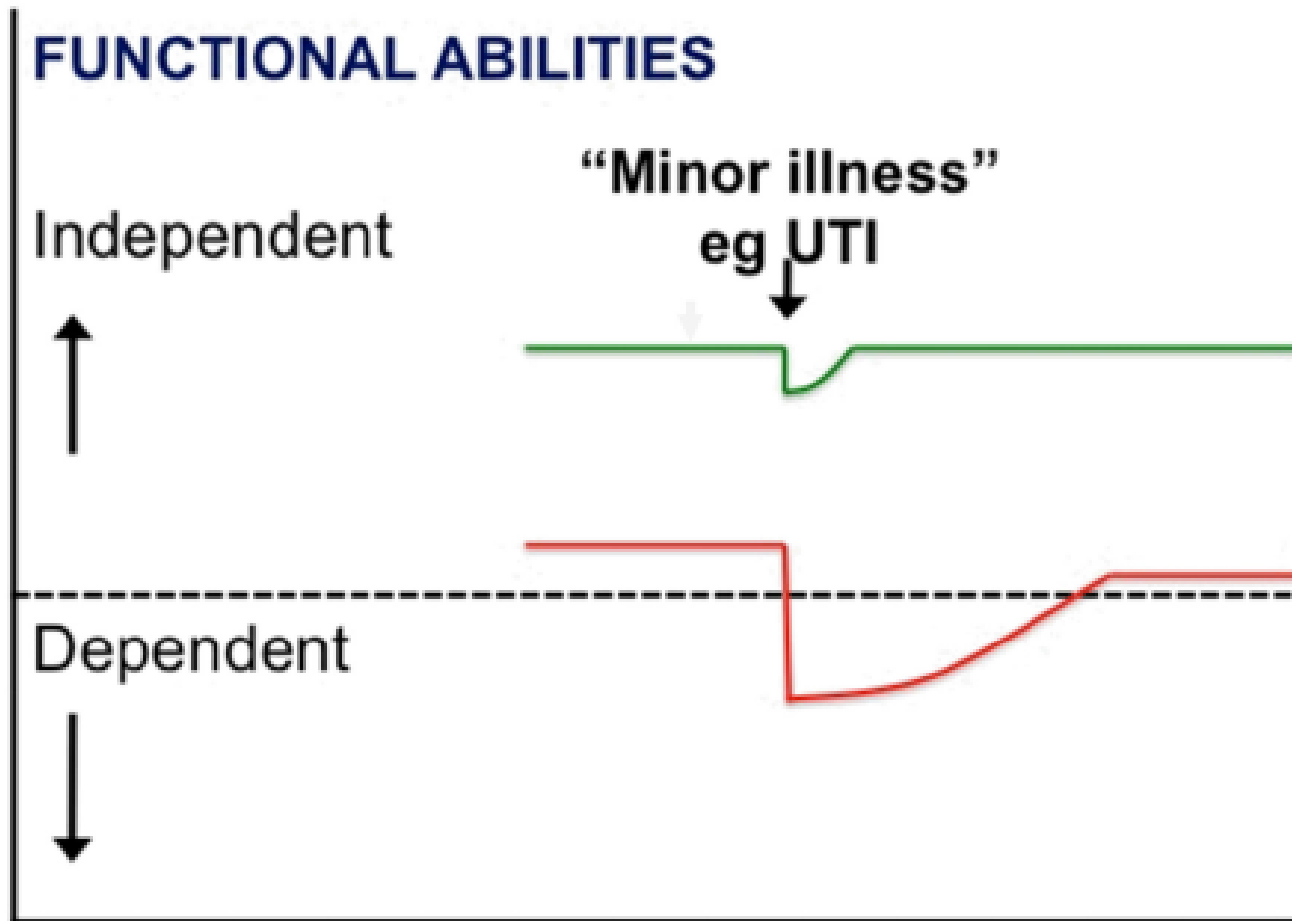
Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress.

La fragilité

Deux personnes de même âge avec des co-morbidités comparables évoluent très différemment lorsqu'elles sont confrontées à la même pathologie aiguë.

	Patient A	Patient B
Caractéristiques	Femme 78 ans HTA traité Autonome à domicile	Femme 78 ans HTA traité Autonome à domicile
Motif	Fracture Bassin	Fracture Bassin
Evolution	Récupération rapide, Retour à domicile sans aide	Syndrome confusionnel Chute dans le service Pneumopathie Perte d'autonomie

Fragilité

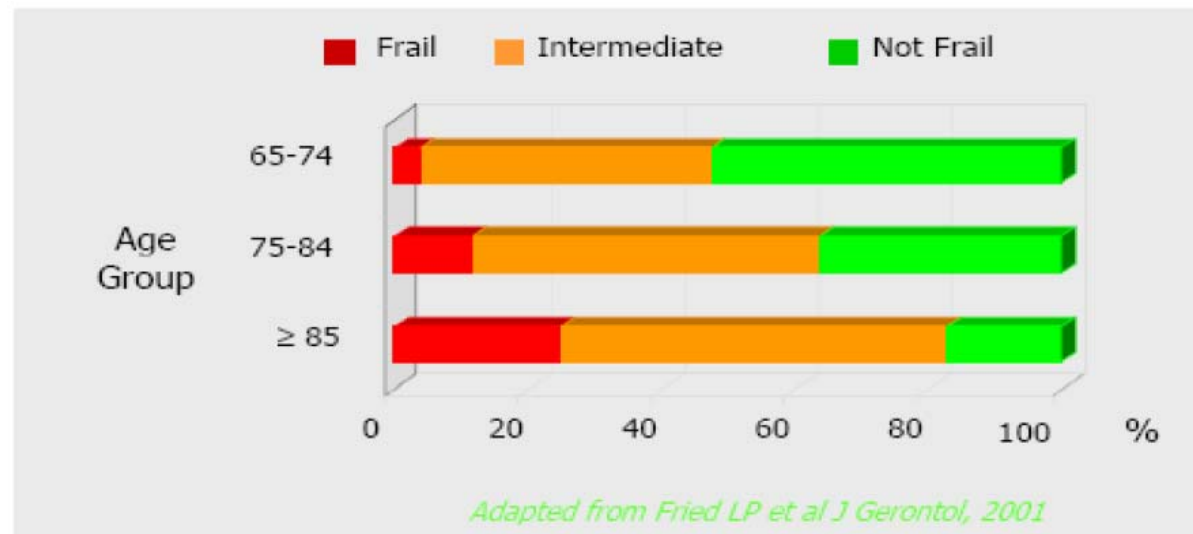


Phénotype de Fried	
Perte de poids involontaire	Perte de > 5 kg en 1 an
Diminution de la vitesse de marche	Temps sur 4 mètres dans le quintile inférieur (fonction de la taille et du sexe) Hommes : ≤ 173 cm, fragile si temps ≥ 6 sec > 173 cm, fragile si temps ≥ 5 sec Femmes : ≤ 159 cm, fragile si temps ≥ 6 sec > 159 cm, fragile si temps ≥ 5 sec
Faiblesse musculaire	Force de préhension au dynamomètre dans le quintile inférieur (en fonction du sexe et de l'IMC). Mesurée sur la main dominante et au meilleur de 3 essais Hommes : IMC ≤ 24, fragile si force ≤ 29 kg IMC de 24.1 à 26, fragile si force ≤ 30 kg IMC de 26.1 à 28, fragile si force ≤ 30 kg IMC > 28, fragile si force ≤ 32 kg Femmes : IMC ≤ 23, fragile si force ≤ 17 kg IMC de 23.1 à 26, fragile si force ≤ 17.3 kg IMC de 26.1 à 29, fragile si force ≤ 18 kg IMC > 29, fragile si force ≤ 21 kg
Fatigue	Interrogatoire du patient Réponse à l'une et/ou l'autre des 2 questions par « occasionnellement » ou « la plupart du temps » : « Tout ce que je fais nécessite un effort » et « Je ne vais pas pouvoir continuer ainsi » ?
Dépenses énergétiques	Dépenses énergétiques dans le quintile inférieur Évaluées par le Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire Hommes < 383 kcal par semaine Femmes < 270 kcal par semaine

3 ou plus = Fragile
1 ou 2 = intermédiaire
0 = non fragile

Fragilité: une population CIBLE pertinente

1 . Problème de Santé Publique :



2 . Population à haut risque de :

- pathologie intercurrente
- perte d'autonomie
- départ en institution
- chutes
- hospitalisation
- mortalité

Personne à prévenir pour le RDV :

Nom :

Lien de parenté :

Tél :

Nom du médecin traitant :

Tél :

Email :

Nom du médecin prescripteur :

Tél :



Informations patient

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Tél :

Adresse :

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL $\geq$ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

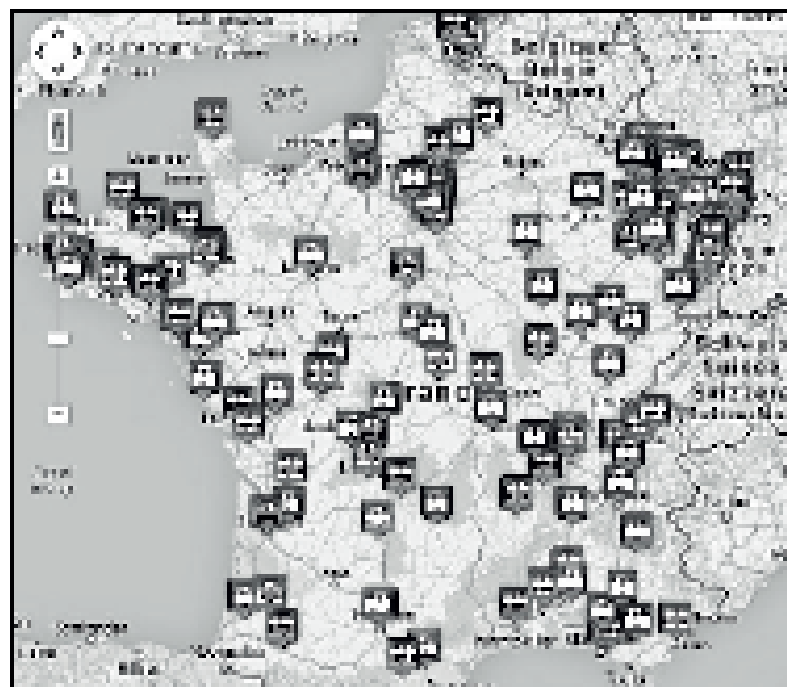
REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	☐	☐	☐

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : ☐ OUI ☐ NON

Association pour la Promotion des Hôpitaux de Jour pour Personnes Âgées



L'APHJPA:

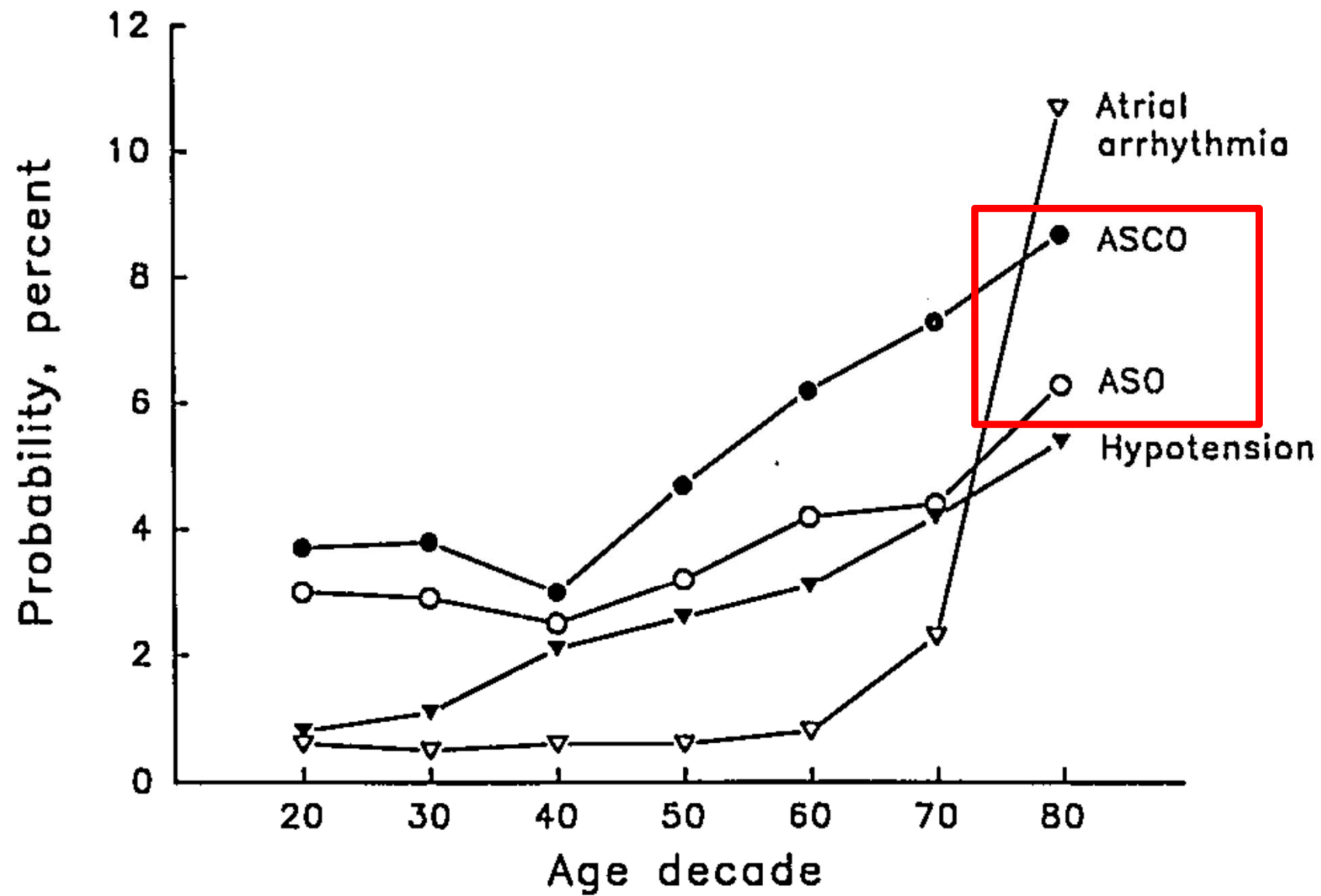
- 112 adhérents
- 200 hôpitaux de jour recensés
- Activités MCO, SSR, et gériatrie psychiatrique
- Un site : www.aphjpa.org
- Un congrès et des formations annuels

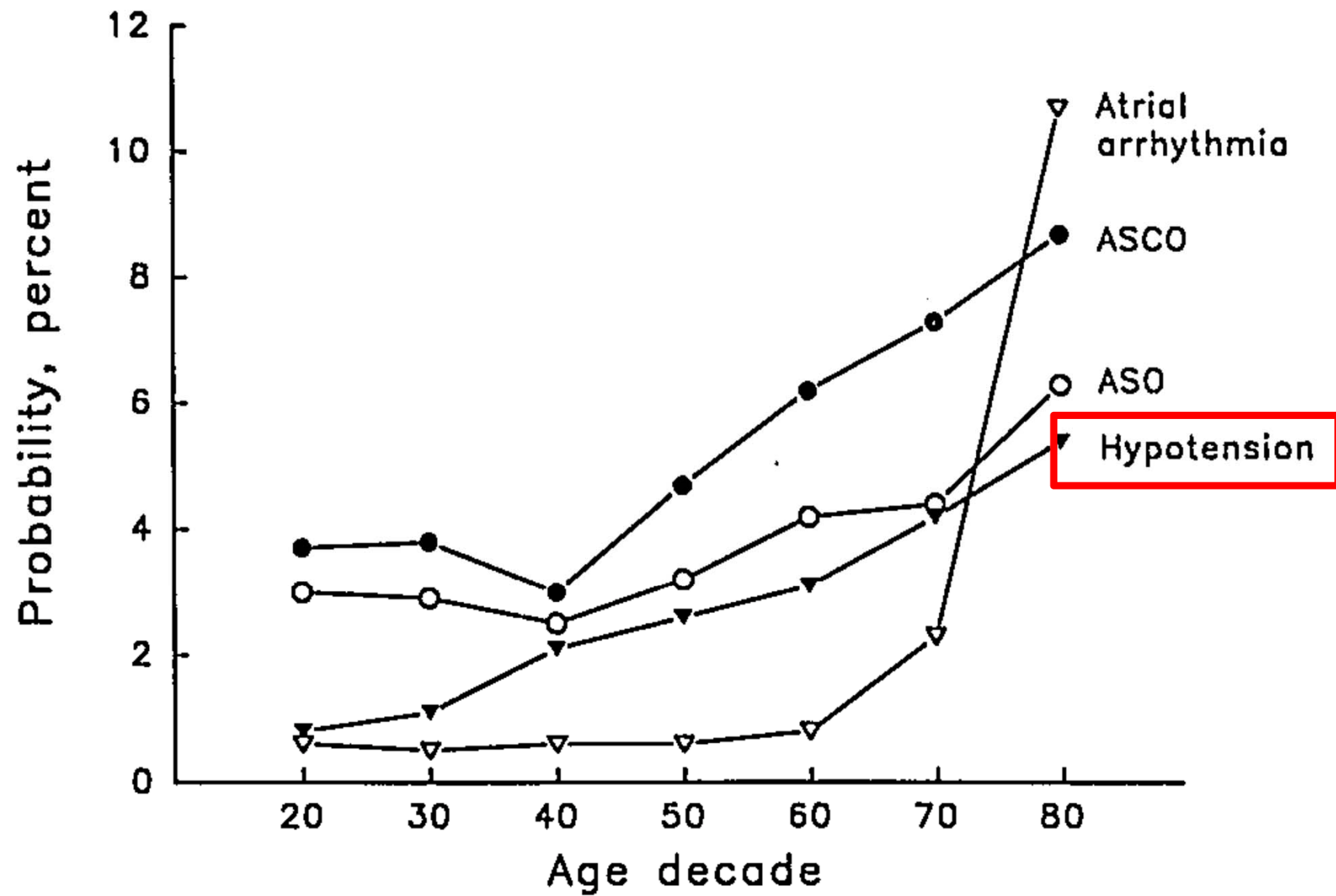
Vocation triple

- Promotion de la place des HdJ dans le tissu sanitaire
- Organisation de formations à destination des professionnels intervenant en HDJ
- Implication dans les projets de recherche clinique

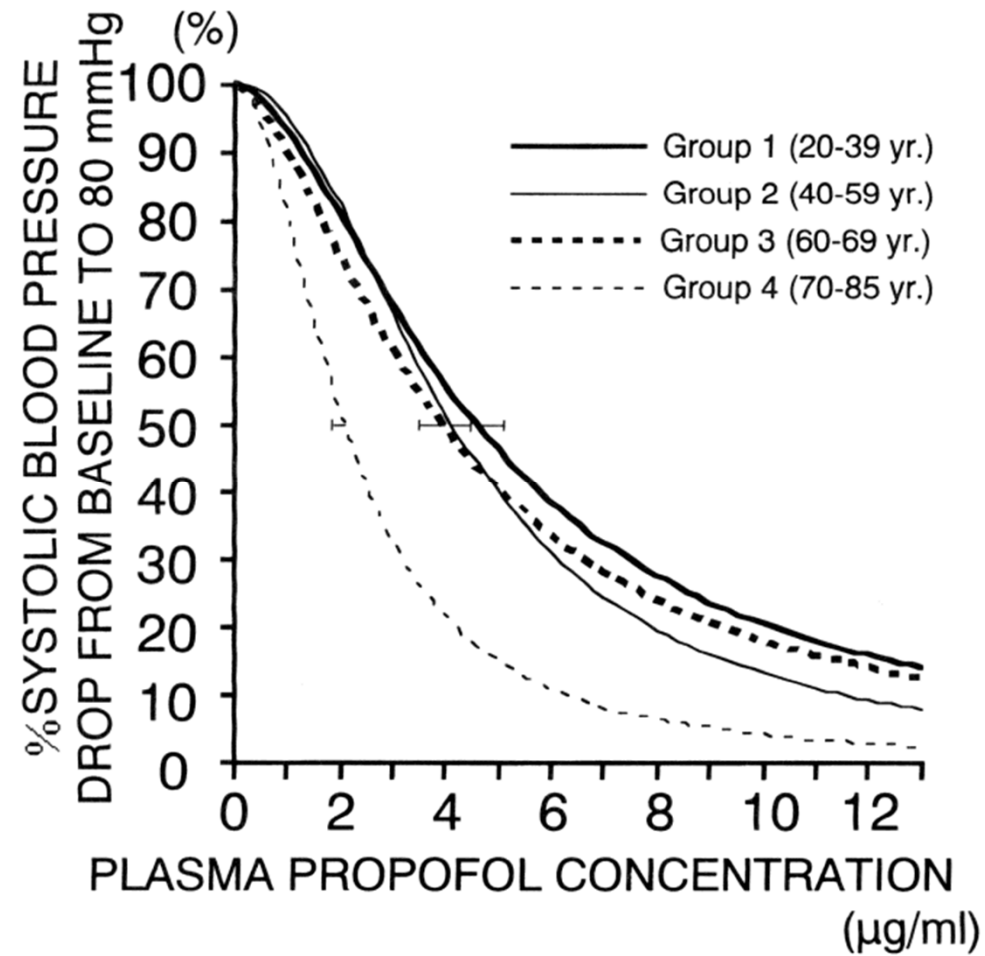
Caractéristique	Population 1401 Fragilités (n=1108) Moyenne ± ET or n (%)
Statut de fragilité, n=1082	
- Robuste	69 (6,4)
- Pré-fragile (1-2 critères)	423 (39,1)
- Fragile (≥3 critères)	590 (54,5)
Critères de fragilité, n=1082	2,6±1,4
- Perte de poids involontaire, n=1098	358 (32,6)
- Épuisement subjectif, n=1083	353 (32,6)
- Vitesse de marche lente, n=1065	547 (51,4)
- Faiblesse musculaire, n=1084	722 (66,6)
- Sédentarité, n=1096	665 (60,7)
MMSE score (/30), n=1071	24,6±4,9
CDR score (/3), n=1039	
- CDR=0	353 (34,0)
- CDR=0,5	531 (51,1)
- CDR=1	111 (10,7)
- CDR≥2	44 (4,2)
MIS score (/8), n=1038	6,6±1,9
MIS-D score (/8), n=1036	6,0±2,3
ADL score (/6), n=1102	5,5±1,0
IADL score (/8), n=1094	5,6±2,4
SPPB score (/12), n=1063	7,3±2,9
- Bonne performance (SPPB=10-12),	272 (25,6)
- Performance moyenne (SPPB=7-9),	388 (36,5)
- Faible performance (SPPB=0-6),	403 (37,9)
Vitesse de marche (m/s), n=1065	0,78±0,27
Force de poignet (kg), n=1083	20,6±8,2
MNA score (/30), n=1048	23,2±4,1
- Bon état nutritionnel (MNA>23,5)	550 (52,5)
- Risque de dénutrition (MNA=17-23,5)	414 (39,5)
- Dénutrition (MNA<17)	84 (8,0)
Taux de Vitamine D (ng/ml), n=1065	18,1±11,3
- ≤ 10 ng/ml	343 (32,2)
- 11-29 ng/ml	563 (52,9)
- ≥ 30 ng/ml	159 (14,9)
GDS score (/15), n=424	4,8±3,1
- Présence de symptômes dépressifs (GDS>5)	155 (36,6)
Vision de loin anormale, n=1019	840 (82,4)
Vision de près anormale, n=1039	232 (22,3)
Grille d'Amsler anormale, n=1060	177 (16,7)
HHIE-S score (/40), n=1055	9,5±9,8
- Handicap auditif significatif (HHIE-S>21)	330 (31,3)
Incontinence urinaire score (/6), n=280	1,7±1,4
- Trouble urinaire engendrant une gêne pour la vie quotidienne (score≥1)	215 (76,8)
OHAT score (/16), n=271	2,8±2,4
- Bouche considérée non saine (OHAT>4)	44 (16,2)

>95%

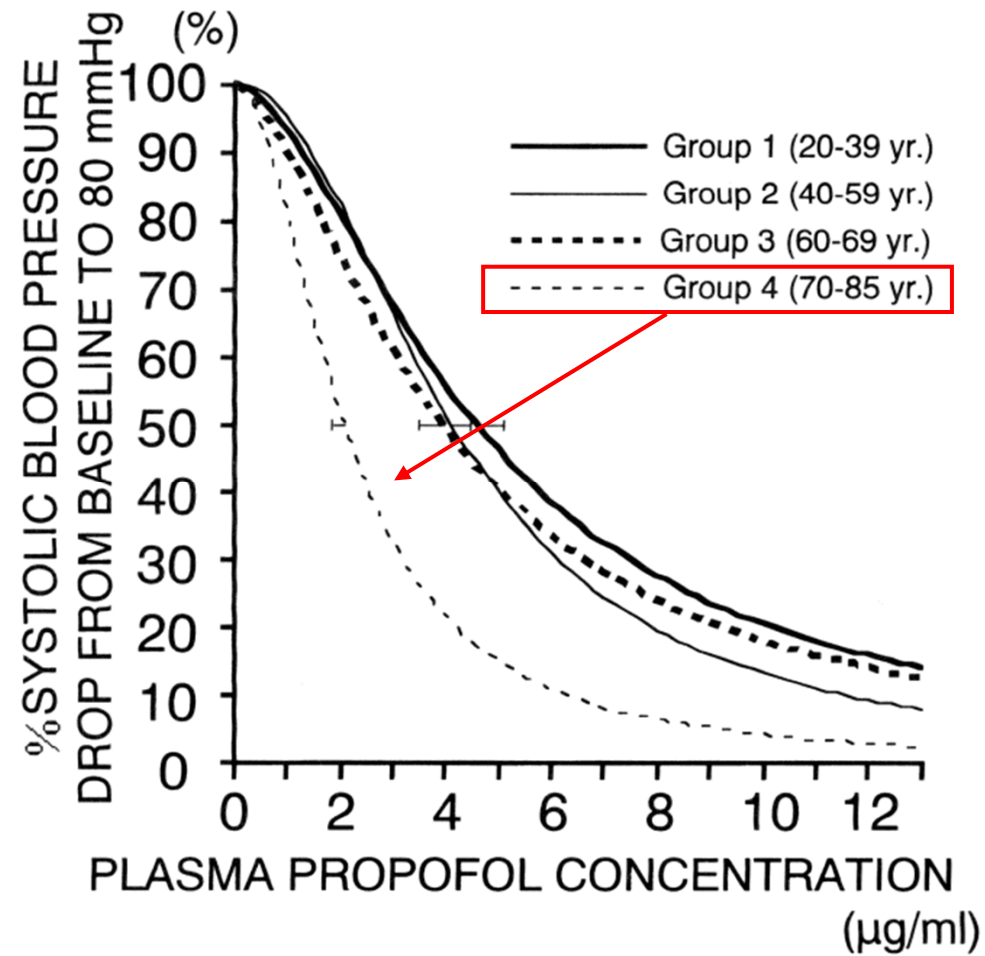




Propofol



Propofol



Propofol

Variable	TCI group	MAN group
Loss of eyelash reflex (min)	4.8 ± 3.9	2.4 ± 1.6
Time to tracheal intubation (min)	12.1 ± 3.9	8.5 ± 4.5
Anesthesia duration (min)	$142 \pm 54^*$	$105 \pm 17^+$
Alfentanil ($\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$)	0.56 ± 0.22	0.52 ± 0.23
Propofol ($\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$)	4.1 ± 1.6	3.1 ± 1.3
Time to spontaneous breathing (min)	7.5 (0–10)	5 (0–35)
Time to eyes opening (min)	15 (0–53)	15 (3–85)
Time to tracheal extubation (min)	32 (1–85)	20 (9–85)
PONV (number of patients)	0	0

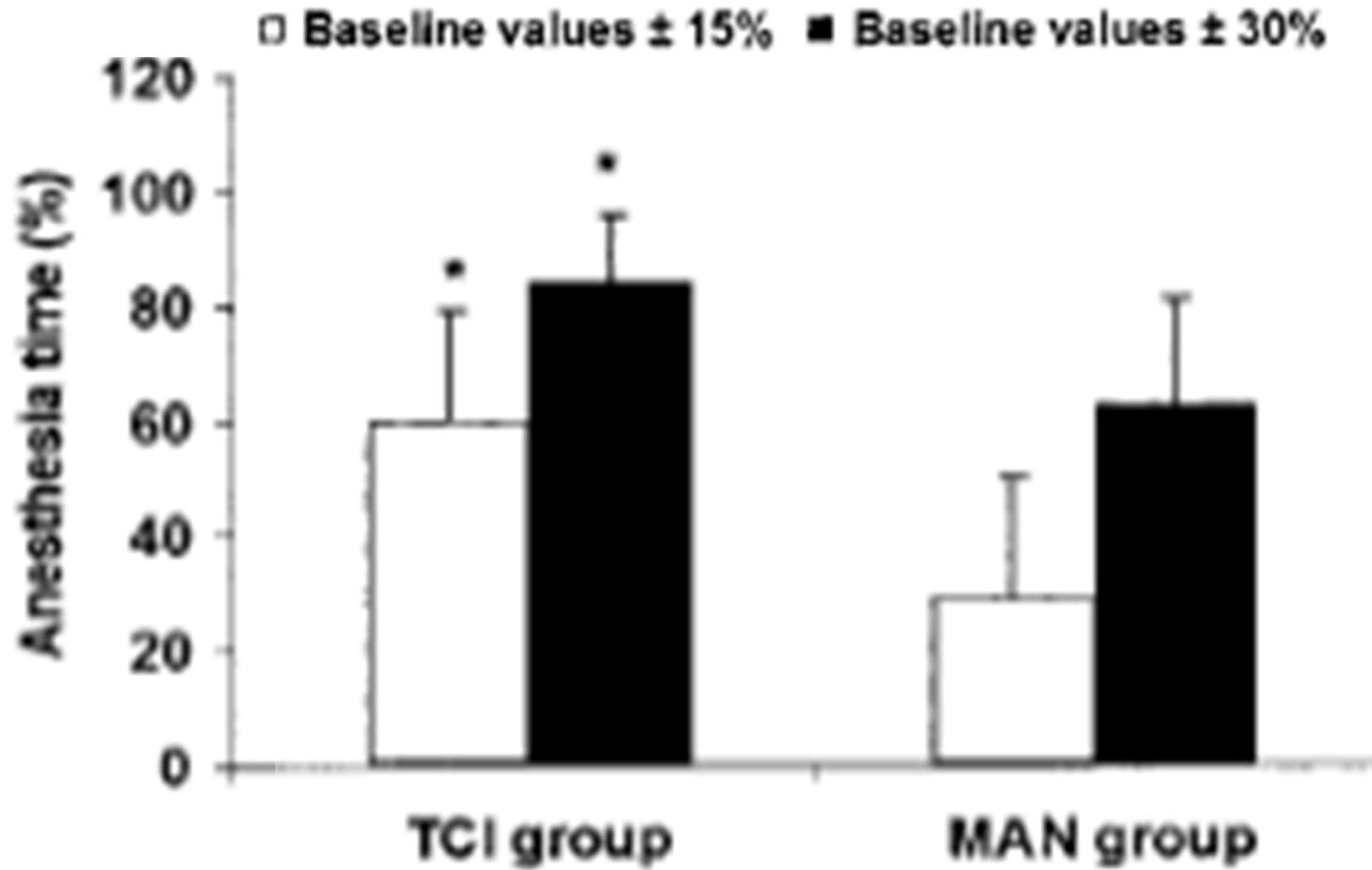
Propofol

Variable	TCI group	MAN group
Loss of eyelash reflex (min)	4.8 ± 3.9	2.4 ± 1.6
Time to tracheal intubation (min)	12.1 ± 3.9	8.5 ± 4.5
Anesthesia duration (min)	142 ± 54*	105 ± 171
Alfentanil ($\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$)	0.56 ± 0.22	0.52 ± 0.23
Propofol ($\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$)	4.1 ± 1.6	3.1 ± 1.3
Time to spontaneous breathing (min)	7.5 (0–10)	5 (0–35)
Time to eyes opening (min)	15 (0–53)	15 (3–85)
Time to tracheal extubation (min)	32 (1–85)	20 (9–85)
PONV (number of patients)	0	0

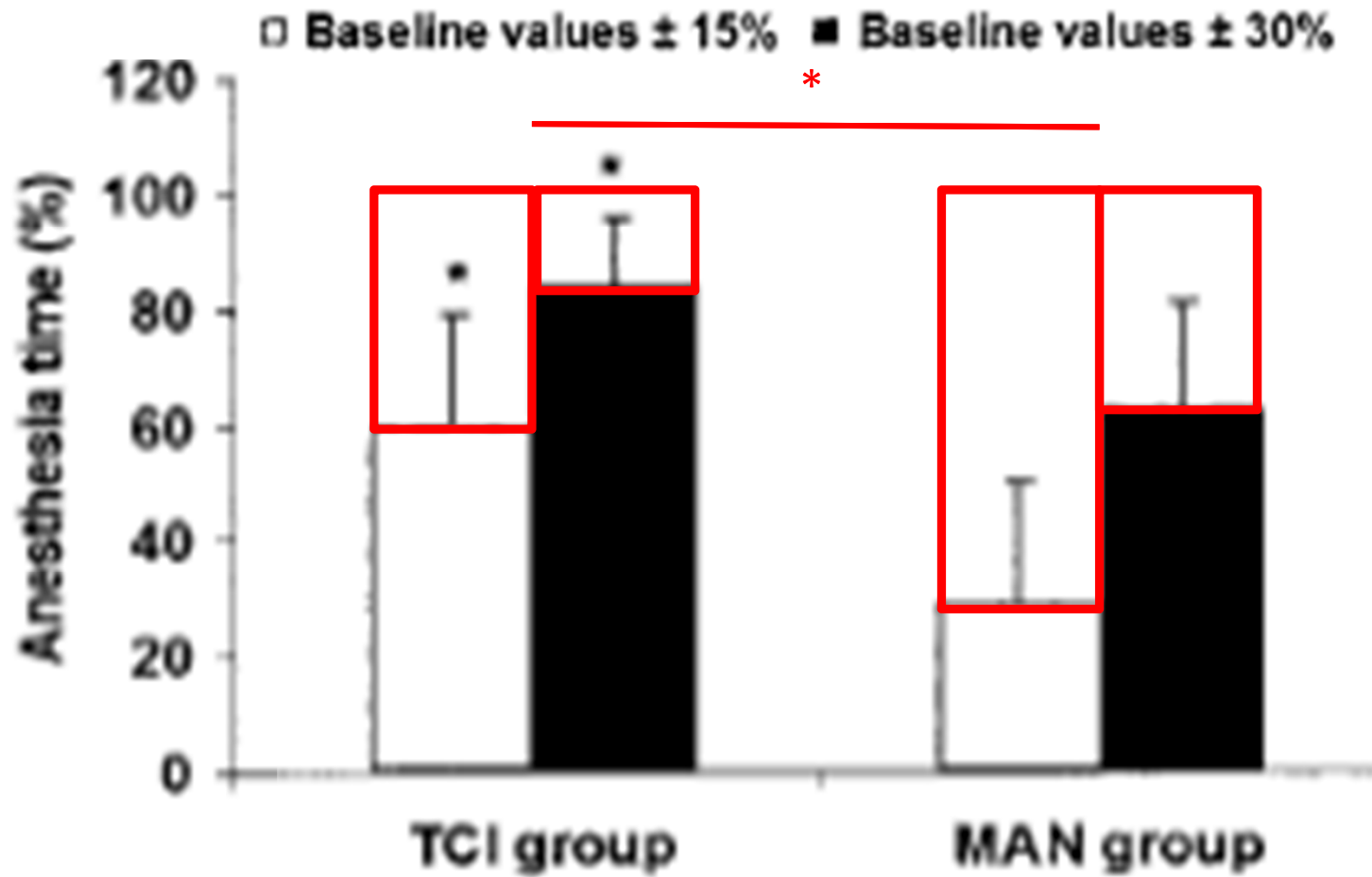
Propofol

Variable	TCI group	MAN group
Loss of eyelash reflex (min)	4.8 ± 3.9	2.4 ± 1.6
Time to tracheal intubation (min)	12.1 ± 3.9	8.5 ± 4.5
Anesthesia duration (min)	$142 \pm 54^*$	105 ± 171
Alfentanil ($\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$)	0.56 ± 0.22	0.52 ± 0.23
Propofol ($\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$)	4.1 ± 1.6	3.1 ± 1.3
Time to spontaneous breathing (min)	7.5 (0–10)	5 (0–35)
Time to eyes opening (min)	15 (0–53)	15 (3–85)
Time to tracheal extubation (min)	32 (1–85)	20 (9–85)
PONV (number of patients)	0	0

Propofol



Propofol



En pratique

- Diminution posologies : 1 mg/kg
- Diminution vitesse d'administration : > 2min
- Si AIVOC modèle de Schnider

=> Utilisation du BIS +++

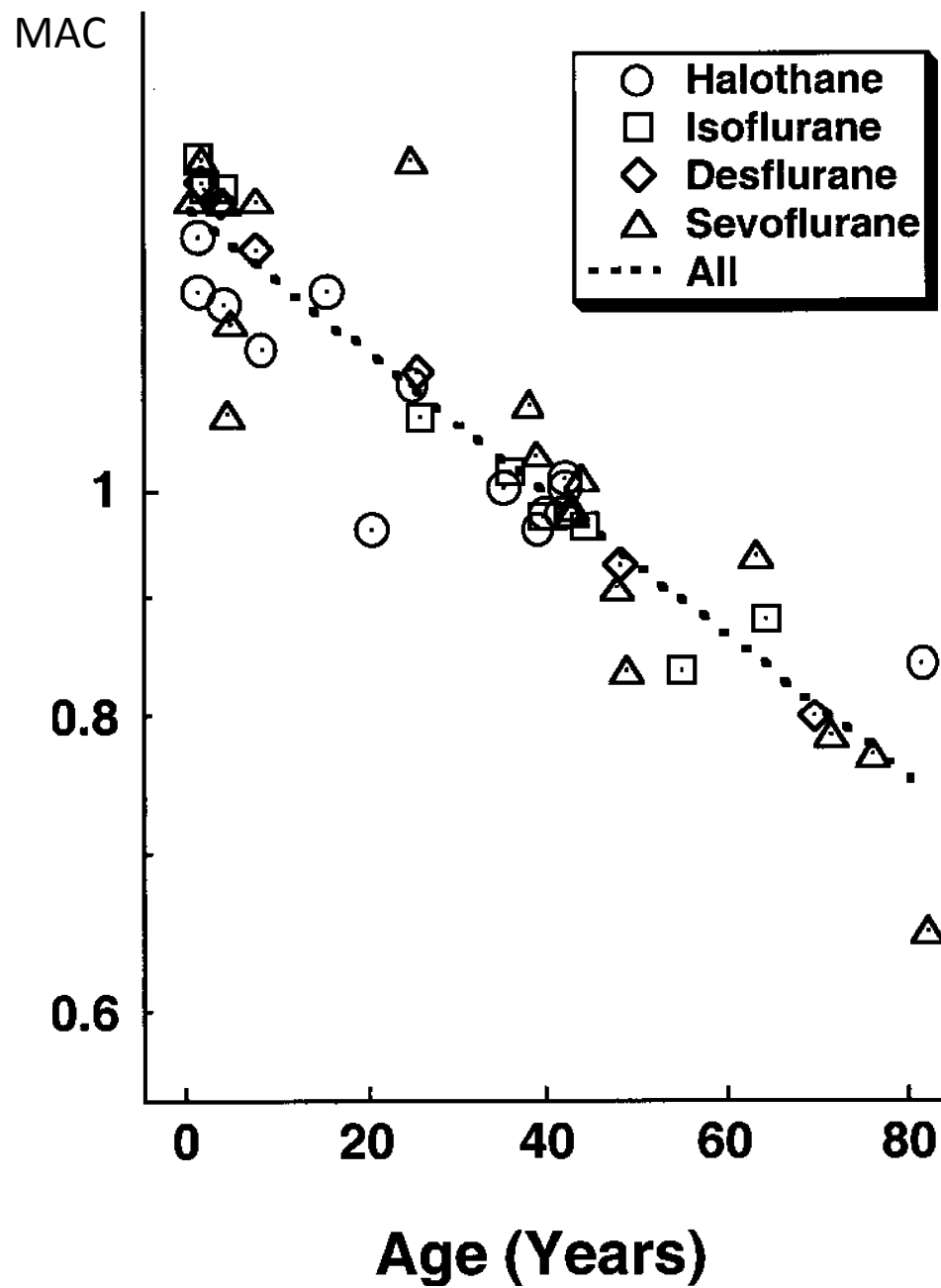
Peacock et al. BJA 1992

Peacock et al. BJA 1995

Schnider et al. Anesthesiology 1999

Schnider et al. Anesthesiology 1998

Kazama et al. Anesthesiology 1999



En pratique

- Diminution de la CAM
- Intérêt de l'AINOC

=> Utilisation du BIS +++

Juvin et al. Anesth Analg 1997

Strum et al. Anesth Analg 1991

Eger. Anesth Analg 2001

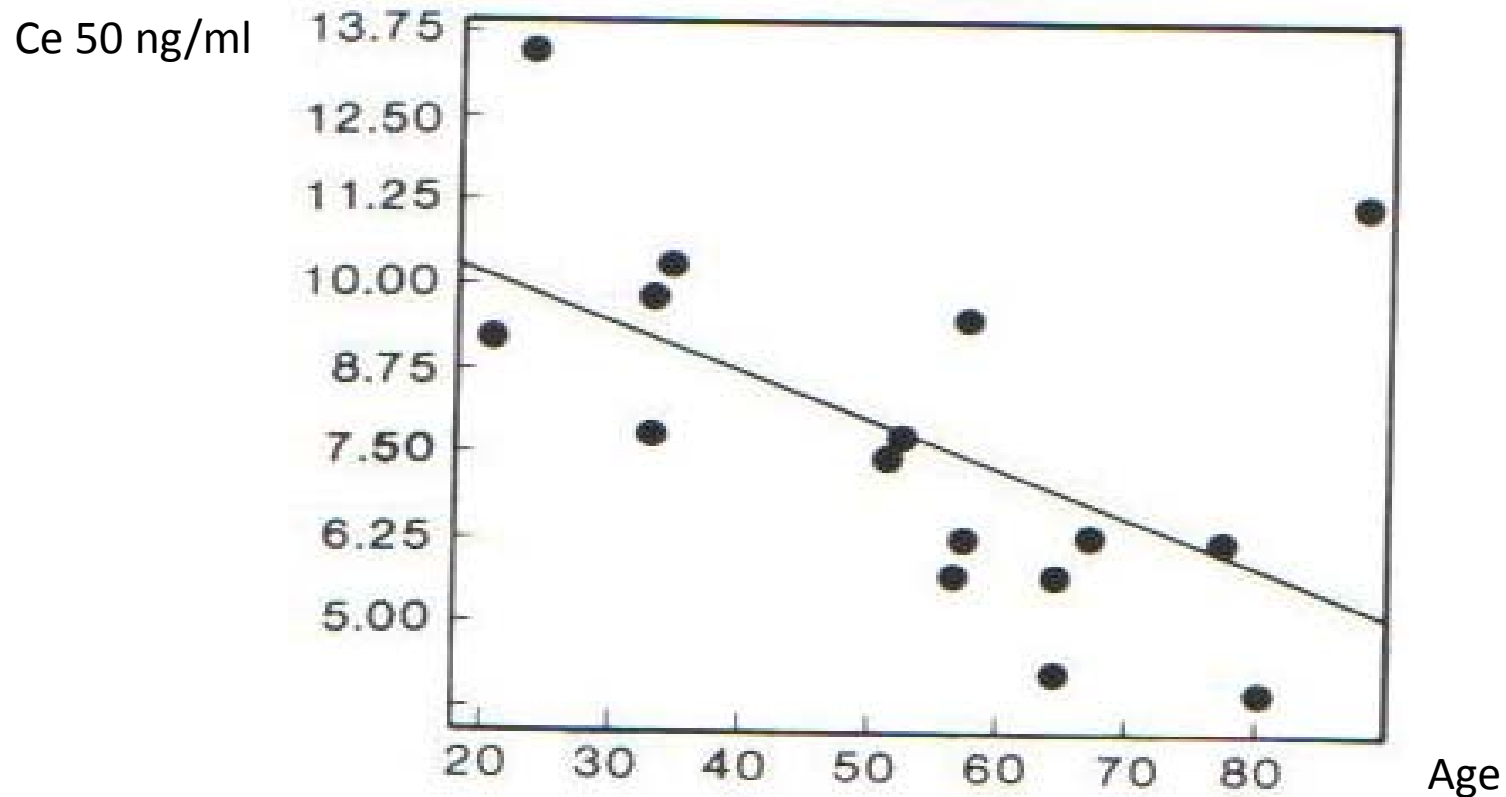
Les opiacés

Pas de monitoring efficace pour la composante analgésique de l'anesthésie

- Hypnotiques : Perte de conscience, BIS
- Curares : Curamètre
- Opiacés : ?

Fentanyl

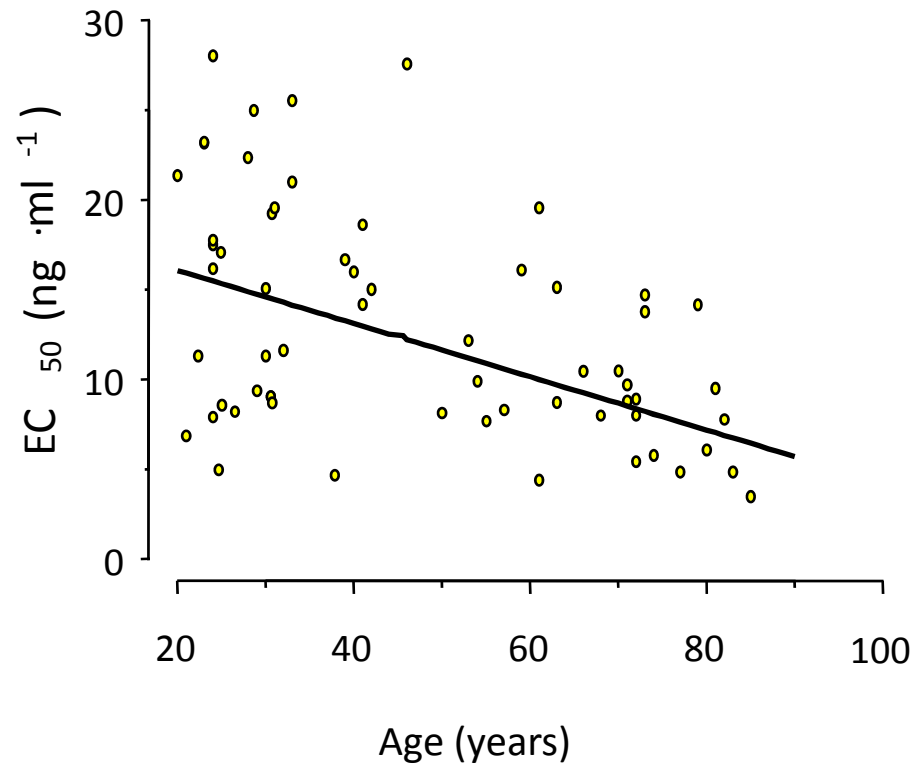
Ce 50 diminuée de 50 % entre 20 et 80 ans



Scott et al. J Pharmacol Exp Ther, 1987

Rémifentanyl

Ce 50 diminuée de 50 % entre 20 et 80 ans



En pratique

- Diminuer les doses de 50% à 75%
- Si AIVOC modèle de Minto

=> Pas de monitoring disponible !

En pratique

- Récupération plus lente pour vecu et rocu
- Pas de modif pour Atracurium et cisatracurium

=> Monitoriser la curarisation +++

Sorooshian et al. Anesthesiology 1996

Slavov et al. BJA 1995

Matteo et al. Anesth Analg 1993

Et la décurarisation ?

- Effet prolongé de la néostigmine

Young et al. A&A 88

- Efficacité du sugammadex

McDonagh et al. Anesthesiology 2011

Facteurs de risques d' hypotension induite par la rachianesthésie

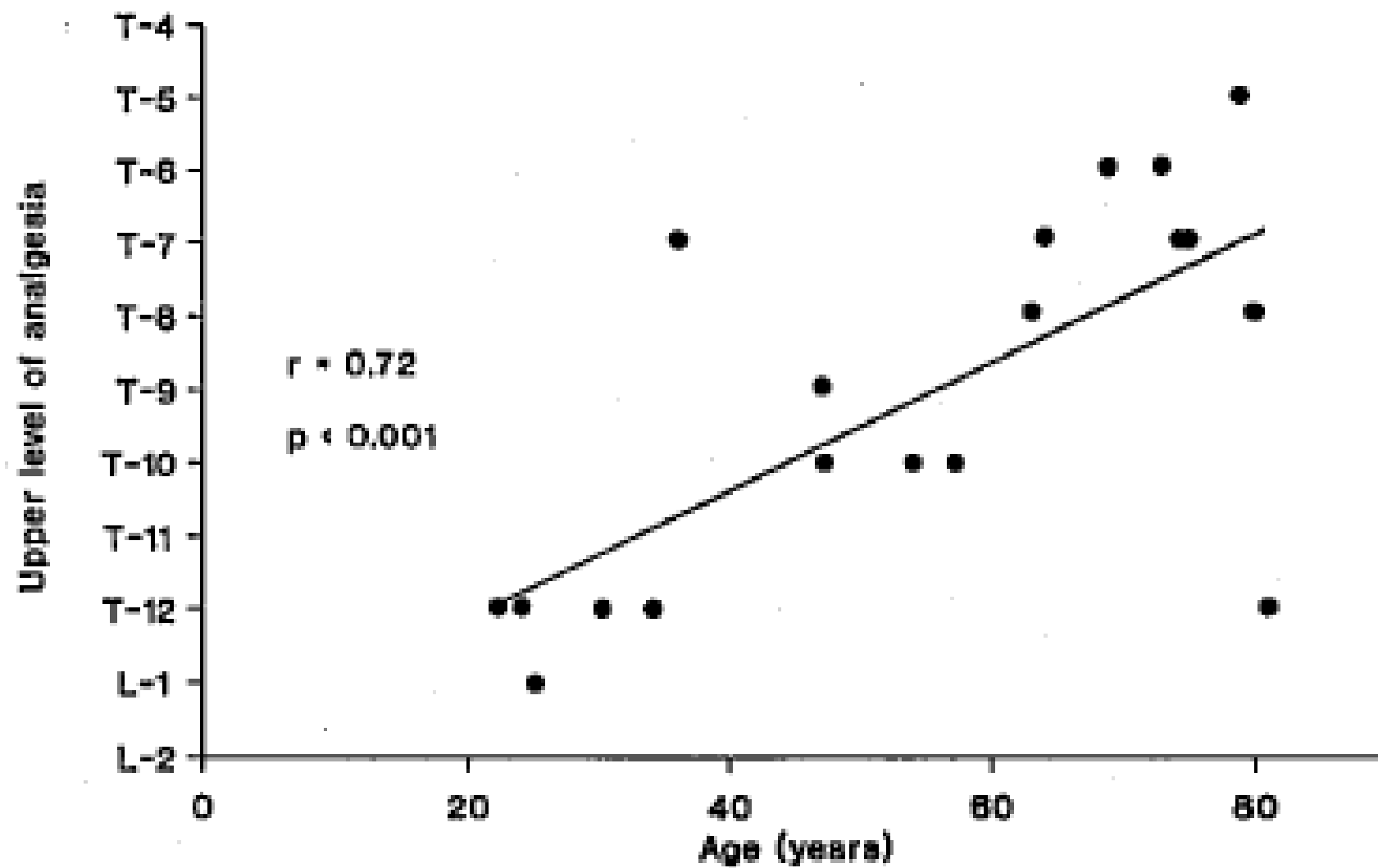
- Consommation chronique d' alcool
- BMI
- Âge
- Dose d' anesthésique locale injecté
- Hauteur du bloc sensitif
- Classe ASA
- Urgence

Facteurs de risques d' hypotension induite par la rachianesthésie

- Consommation chronique d' alcool
- BMI
- Âge
- Dose d' anesthésique locale injecté
- Hauteur du bloc sensitif
- Classe ASA
- Urgence

Facteurs de risques d' hypotension induite par la rachianesthésie

- Consommation chronique d' alcool
- BMI
- Âge
- Dose d' anesthésique locale injecté
- Hauteur du bloc sensitif
- Classe ASA
- Urgence



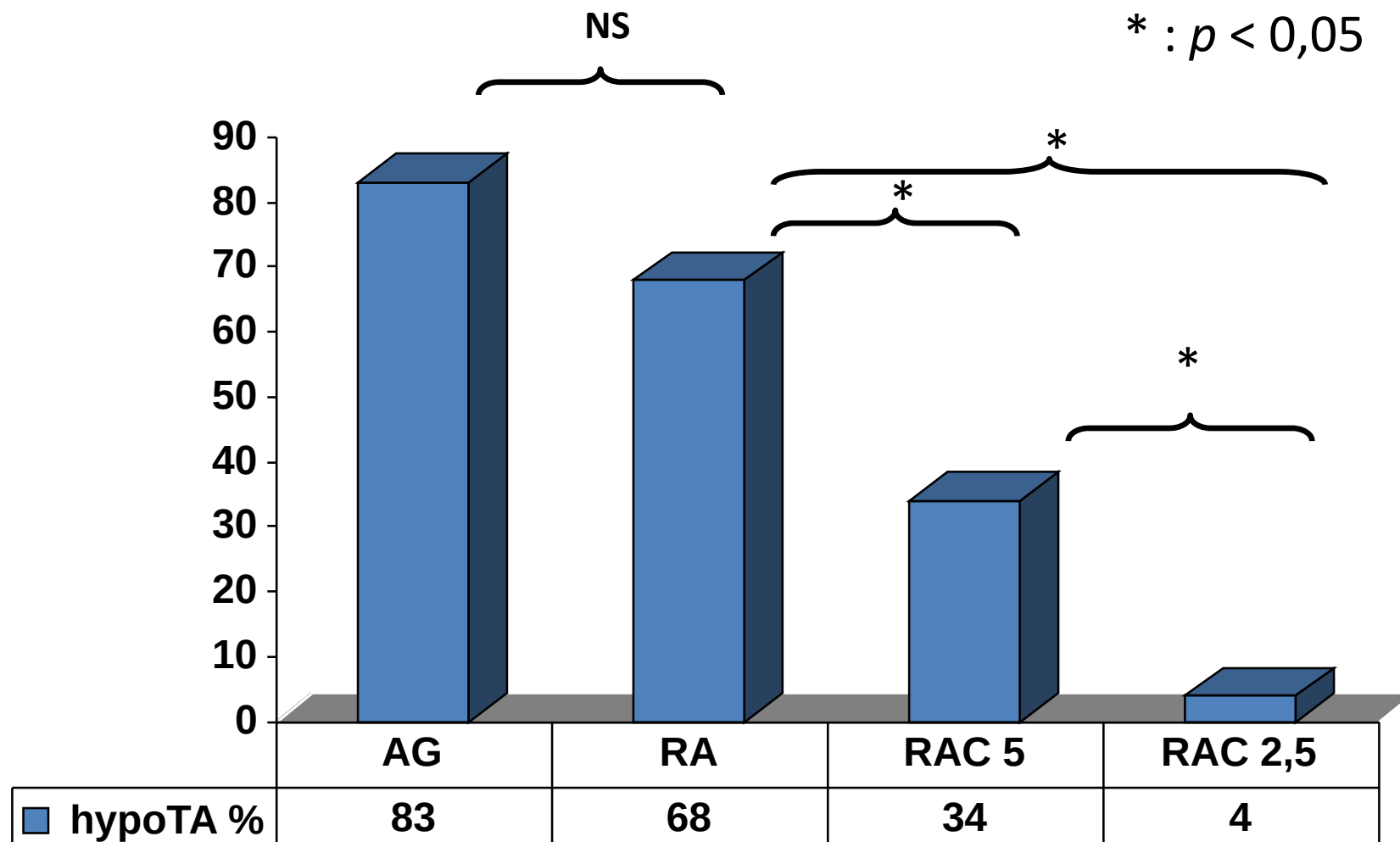
RAC vs. Petite dose

- Titration 2,5 mg vs. 7,5 mg
- Bupivacaine : 5 (2,5-10) vs. 7,5 mg +++
- Niveau sensitif : T10 vs. T8

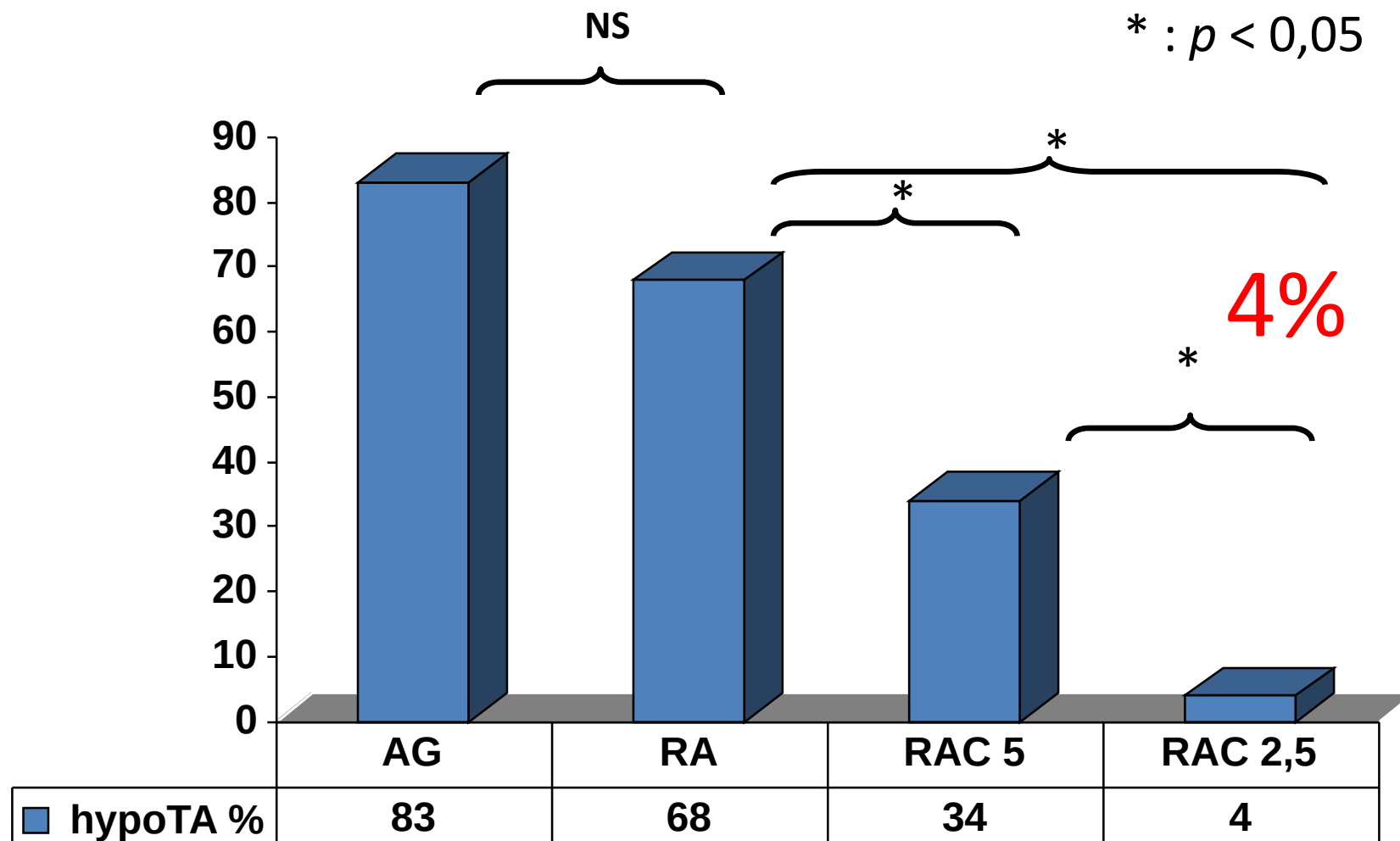
RAC vs. Petite dose

- Hypotension sévère : 8% vs. 51% +++
- Éphédrine : $4,5 \pm 2$ vs. 11 ± 2 mg
- Remplissage : 690 ± 300 vs. 920 ± 300 ml

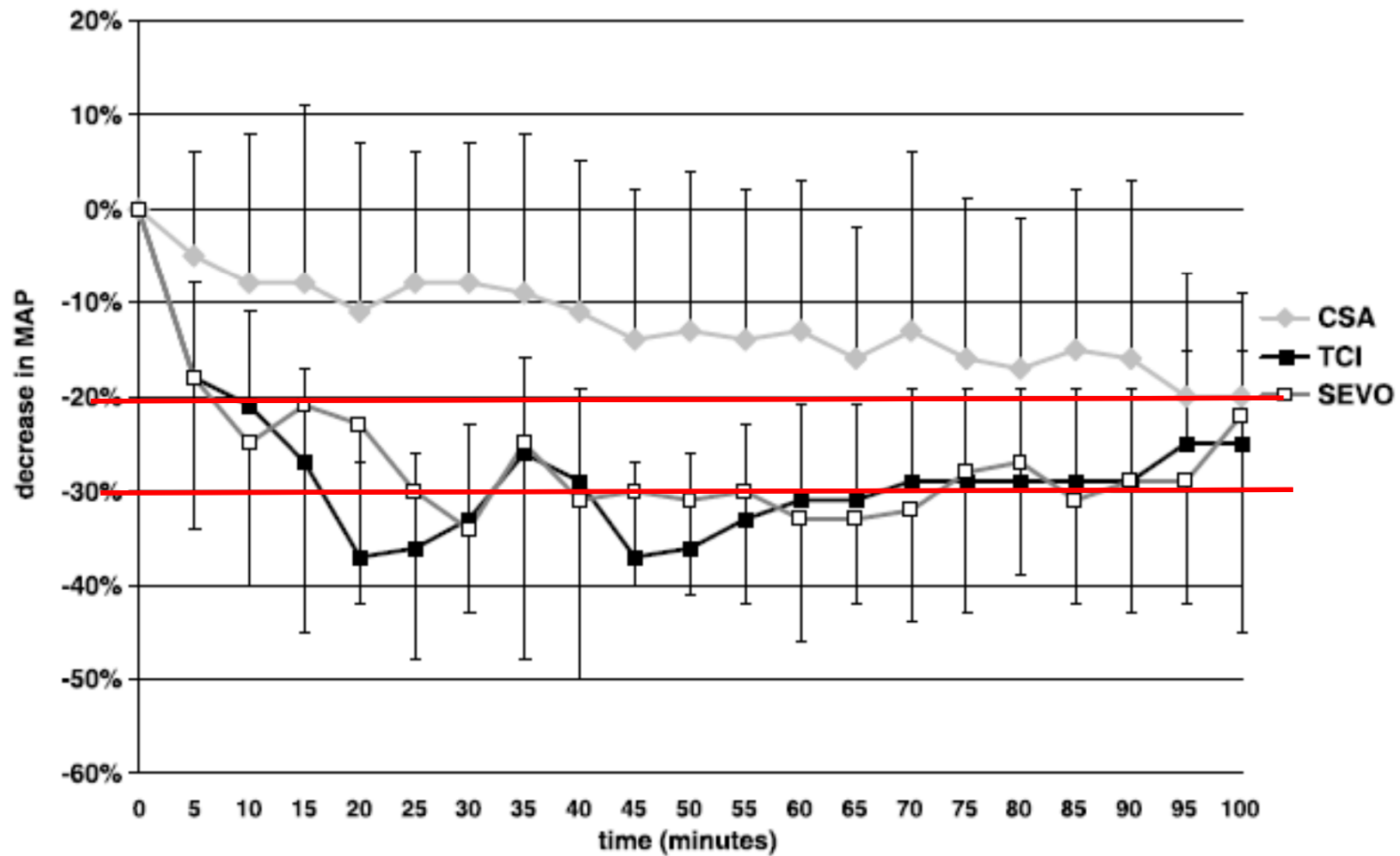
RAC vs. RA vs. AG



RAC vs. RA vs. AG



RAC vs. AG



Diminution des doses

Anesthésie **TITREE**



Cette illustration peut choquer certaine personne.
En effet le matériel employé n'est pas à usage unique et très peu stérile.
On comprend mieux...

Analgésie

Variable	OR	95% CI
Age $\geq$ 70 years	2.50	1.47–4.24
Moderate pain at rest preoperatively (VAS 1–4 versus VAS = 0)	2.19	1.20–4.01
Severe pain at rest preoperatively (VAS $\geq$ 5 versus VAS = 0)	3.72	1.54–8.96
Increase in pain at rest; baseline vs. postoperative Day 1	1.11	1.01–1.23
Neuraxial vs. patient-controlled analgesia for postoperative pain control ^a	0.83	0.39–1.74
Oral narcotics vs. patient-controlled IV analgesia for postoperative pain control	0.35	0.17–0.73

Analgésie

Variable	OR	95% CI
Age $\geq$ 70 years	2.50	1.47–4.24
Moderate pain at rest preoperatively (VAS 1–4 versus VAS = 0)	2.19	1.20–4.01
Severe pain at rest preoperatively (VAS $\geq$ 5 versus VAS = 0)	3.72	1.54–8.96
Increase in pain at rest; baseline vs. postoperative Day 1	1.11	1.01–1.23
Neuraxial vs. patient-controlled analgesia for postoperative pain control ^a	0.83	0.39–1.74
Oral narcotics vs. patient-controlled IV analgesia for postoperative pain control	0.35	0.17–0.73

Analgésie

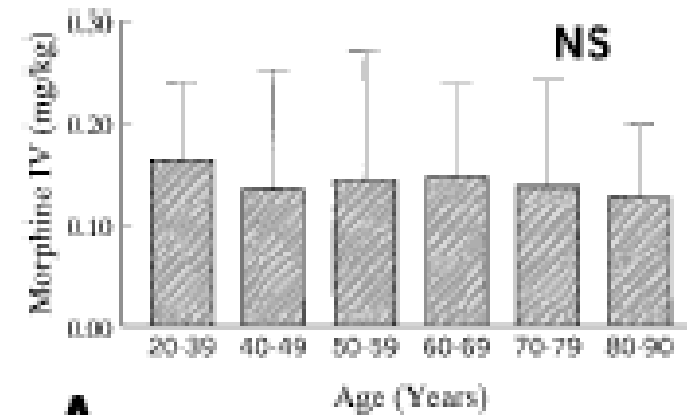
Variable	OR	95% CI
Age $\geq$ 70 years	2.50	1.47–4.24
Moderate pain at rest preoperatively (VAS 1–4 versus VAS = 0)	2.19	1.20–4.01
Severe pain at rest preoperatively (VAS $\geq$ 5 versus VAS = 0)	3.72	1.54–8.96
Increase in pain at rest; baseline vs. postoperative Day 1	1.11	1.01–1.23
Neuraxial vs. patient-controlled analgesia for postoperative pain control ^a	0.83	0.39–1.74
Oral narcotics vs. patient-controlled IV analgesia for postoperative pain control	0.35	0.17–0.73

Analgésie

Variable	OR	95% CI
Age $\geq$ 70 years	2.50	1.47–4.24
Moderate pain at rest preoperatively (VAS 1–4 versus VAS = 0)	2.19	1.20–4.01
Severe pain at rest preoperatively (VAS $\geq$ 5 versus VAS = 0)	3.72	1.54–8.96
Increase in pain at rest; baseline vs. postoperative Day 1	1.11	1.01–1.23
Neuraxial vs. patient-controlled analgesia for postoperative pain control ^a	0.83	0.39–1.74
Oral narcotics vs. patient-controlled IV analgesia for postoperative pain control	0.35	0.17–0.73

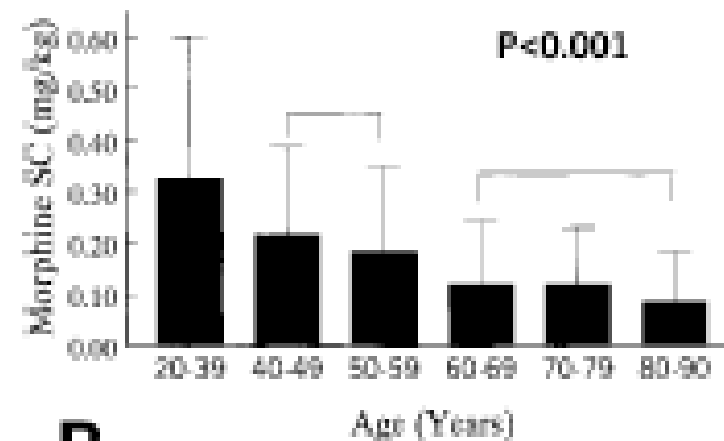
Analgésie

Morphine IV en titration



A

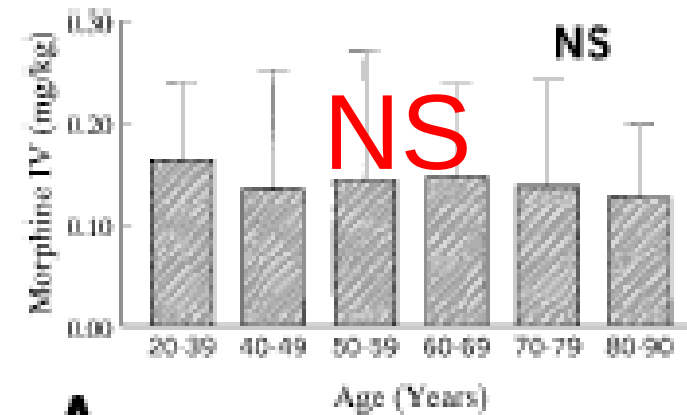
Morphine SC post titration



B

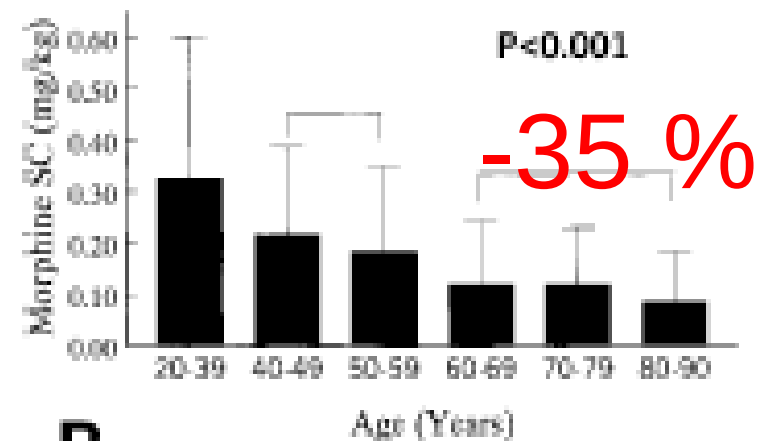
Analgésie

Morphine IV en titration



A

Morphine SC post titration



B

PCA

	Young Patients (n = 45)	Older Patients (n = 44)
Pain at rest (cm)		
POD 1	3.0 ± 2.4	2.8 ± 2.1
POD 2	2.3 ± 1.9	1.7 ± 1.7
Pain with movement (cm)		
POD 1	6.4 ± 2.2	6.3 ± 2.4
POD 2	5.4 ± 1.8	5.1 ± 2.6
Opioid self-administered (mg)		
POD 1	66.6 ± 43.4	39.1 ± 20.7
POD 2	44.3 ± 30.9	27.8 ± 18.3

PCA

	Young Patients (n = 45)	Older Patients (n = 44)
Pain at rest (cm)		
POD 1	3.0 ± 2.4	2.8 ± 2.1
POD 2	2.3 ± 1.9	1.7 ± 1.7
Pain with movement (cm)		
POD 1	6.4 ± 2.2	6.3 ± 2.4
POD 2	5.4 ± 1.8	5.1 ± 2.6
Opioid self-administered (mg)		
POD 1	66.6 ± 43.4	39.1 ± 20.7
POD 2	44.3 ± 30.9	27.8 ± 18.3

PCA

	Young Patients (n = 45)	Older Patients (n = 44)
Pain at rest (cm)		
POD 1	3.0 ± 2.4	2.8 ± 2.1
POD 2	2.3 ± 1.9	1.7 ± 1.7
Pain with movement (cm)		
POD 1	6.4 ± 2.2	6.3 ± 2.4
POD 2	5.4 ± 1.8	5.1 ± 2.6
Opioid self-administered (mg)		
POD 1	66.6 ± 43.4	39.1 ± 20.7
POD 2	44.3 ± 30.9	27.8 ± 18.3

PCA

	Young Patients (n = 45)	Older Patients (n = 44)
Pain at rest (cm)		
POD 1	3.0 ± 2.4	2.8 ± 2.1
POD 2	2.3 ± 1.9	1.7 ± 1.7
Pain with movement (cm)		
POD 1	6.4 ± 2.2	6.3 ± 2.4
POD 2	5.4 ± 1.8	5.1 ± 2.6
Opioid self-administered (mg)		
POD 1	66.6 ± 43.4	39.1 ± 20.7
POD 2	44.3 ± 30.9	27.8 ± 18.3

Attention

- Pas d'acupan : confusion, atropinique et anticholinergique
- Pas de tramadol : confusion, sérotoninergique
- Pas d'AINS : UGD, IR, interaction médicamenteuse
- Pas de prémédication
- Poly médication +++

Kubark

Comment rendre mon patient
dépendant ?

Kubark



3D vs. 3R



Debility, Dependancy, Dread

(rendre le sujet Débile, Dépendant, et Apeuré)

Vs.

Ré-afférentation, Réorientation, Rythme veille-sommeil.

Pas de prothèse auditive

Les clips à fond

Pas de lunette

Désorientation temporo-spatial

Pas de dentier

Contention

Repas inadapté

Une couche

Faire la toilette

Alitement/Immobilisation

Ne pas se présenter



Perte proprioception

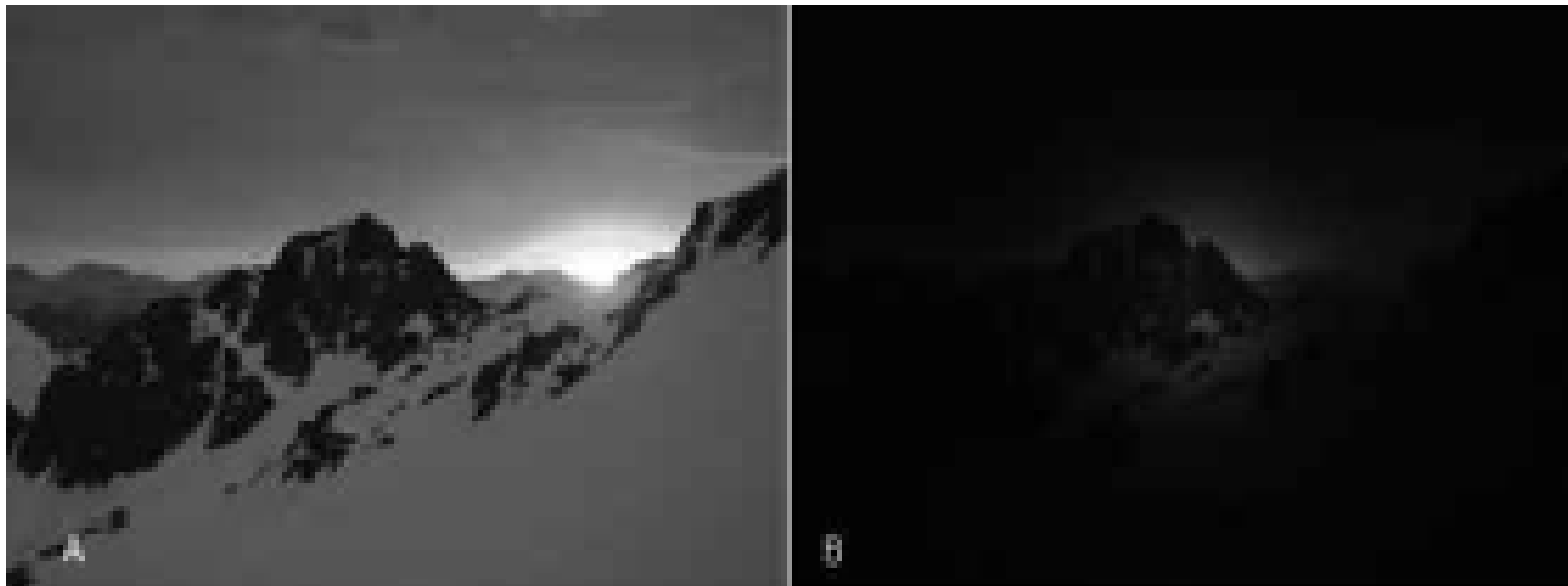
Traitement troubles des sens

Prothèses auditives : Amélioration des fonctions cognitives

Acar et al. Arch Gerontol Geriatr 2011

Tesch-Romer et al. J Gerontol B Psychol Soc Sci 1997

Traitement troubles des sens



Traitement troubles des sens

- Principale cause d'inactivité !
- Dépression
- Chutes
- Fatigue
- Perte de mobilité/d'autonomie

Yamada et al. J Am Med Dir Assoc 2014

Kulmala et al. Aging Clin Exp Res 2008

Knudtson et al. Arch Gerontol Geriatr 2009

Vu et al. Br J Ophthalmol 2005

Anand et al. Invest Ophthalmol Vis Sci 2003

Evans et al. Ophthalmology 207

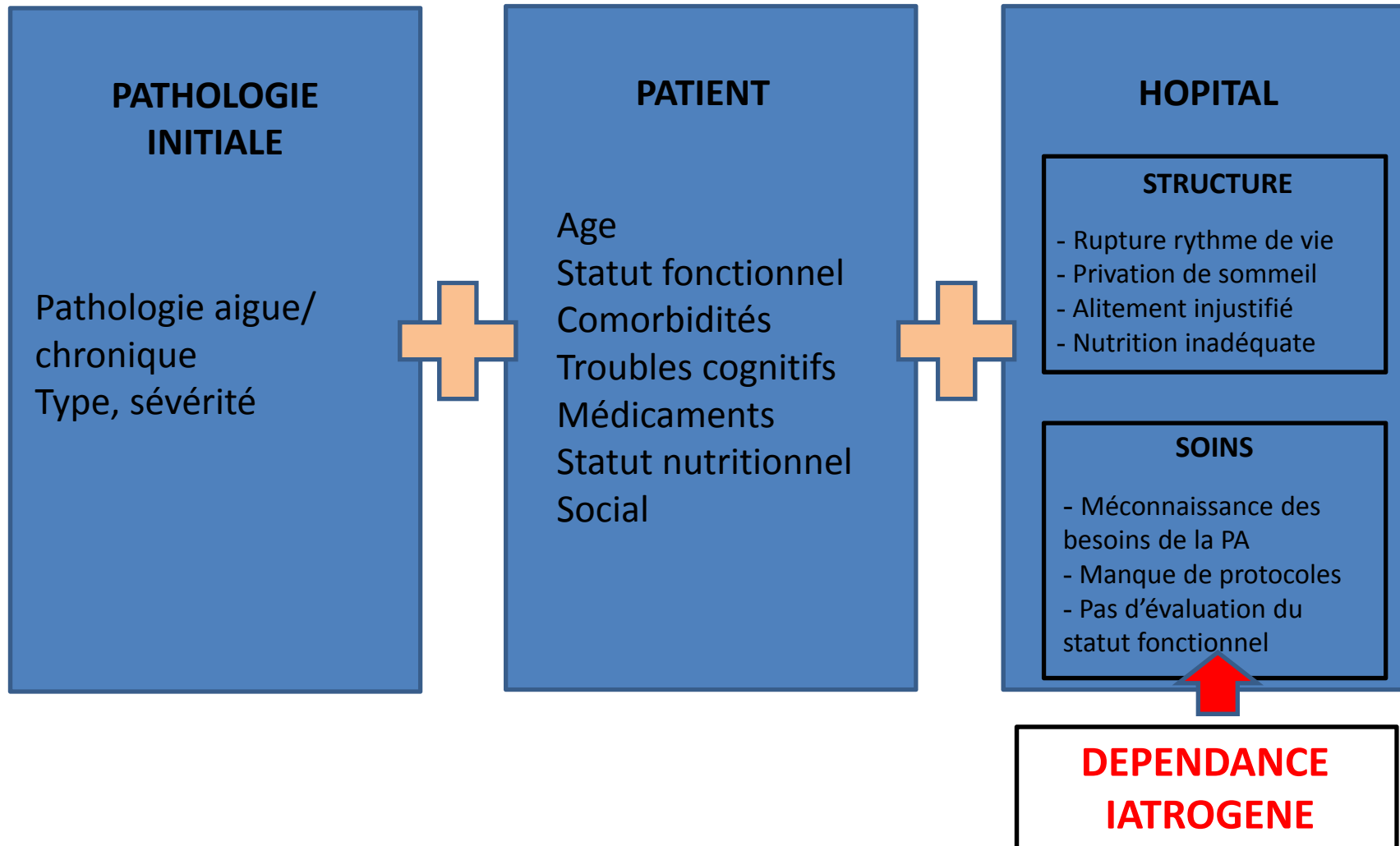
Complications de l'hospitalisation : la dépendance iatrogène

- Nombreux évènements indésirables : chutes, confusion, polymédication, ...
- Conséquences : Durée de séjour, mortalité, perte d'autonomie...
- **30 à 60 % des patients âgés perdent des capacités à réaliser les AVQ au décours d'une hospitalisation, perte d'autonomie due à l'affection aigue...**

... mais aussi liée aux modalités de prise en charge

Dépendance acquise durant l'hospitalisation:

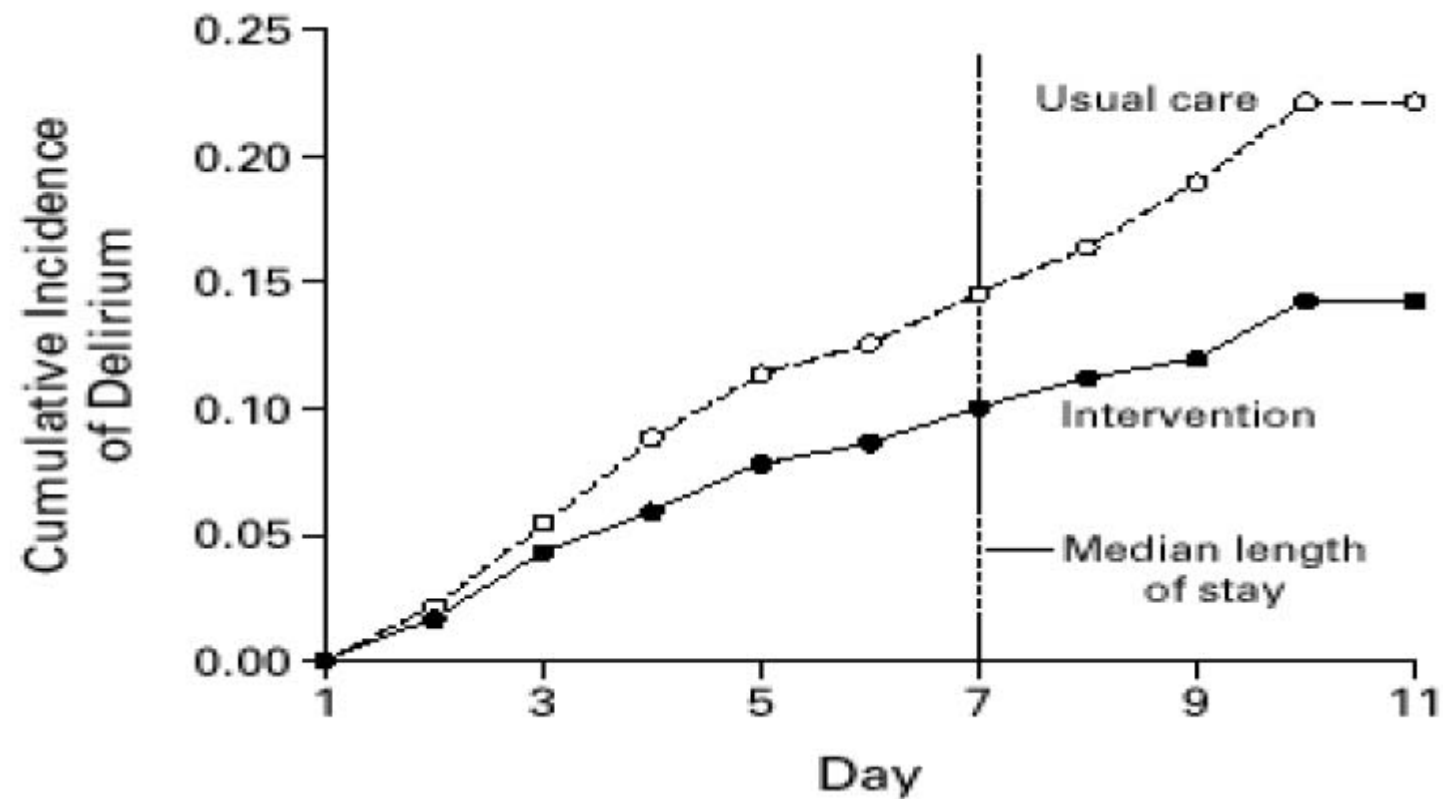
3 facteurs intriqués



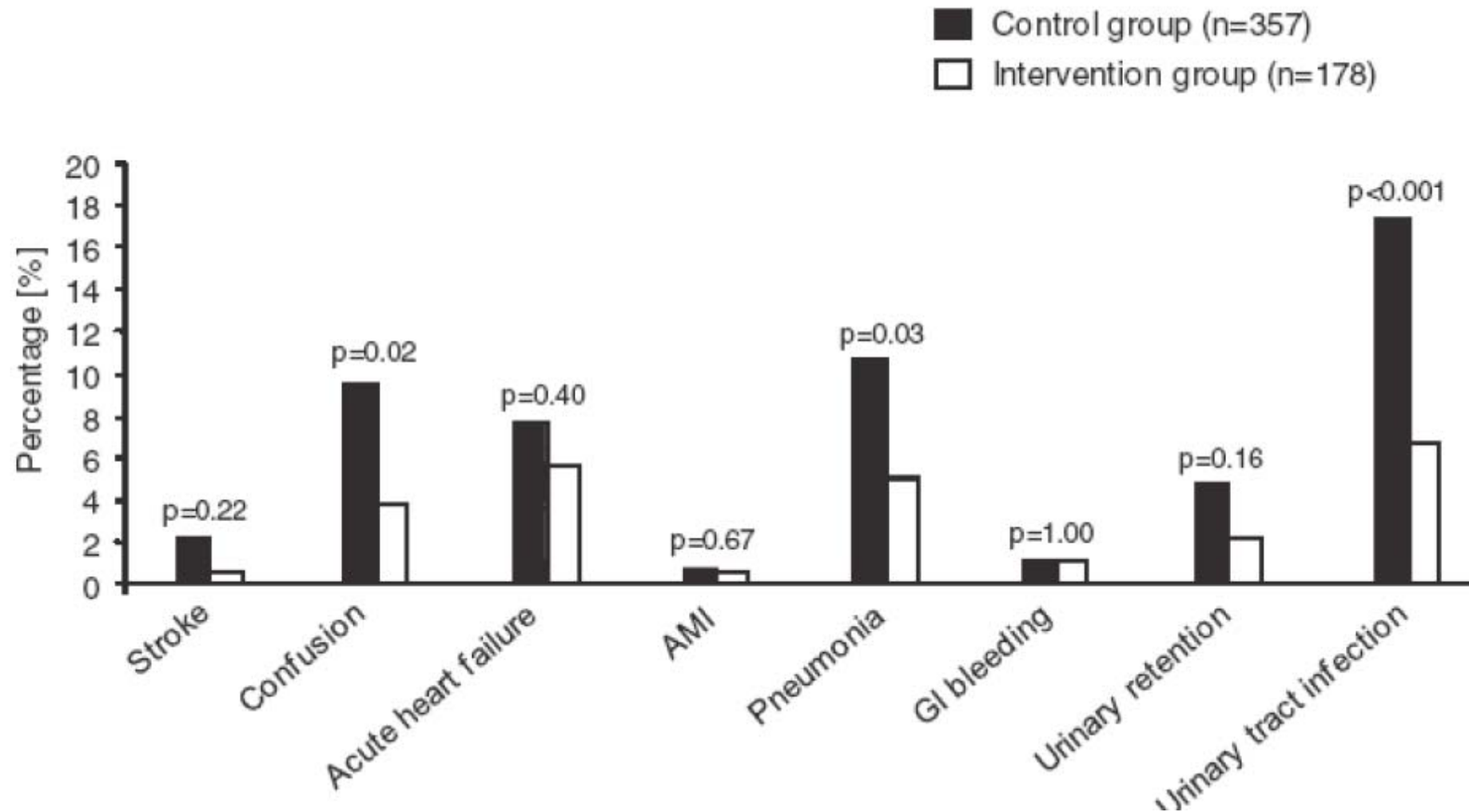
Stratégie des soins multiple (médicale, sociale, psychologique) pourrait diminuer l'impact individuel et collectif de ces troubles

- Médecins gériatre-gérontologues qui coordonnent les soins.
- Médecins consultants (Psychiatre, Neurologue, Cardiologue, Chirurgiens,...)
- Cadres infirmiers.
- **Infirmières +++.**
- **Aides-soignantes +++.**
- **Assistantes sociales +++.**
- Kinésithérapeutes.
- Psychologues.
- Diététiciennes.
- Orthophonistes.
- Ergothérapeutes.
- Psychomotriciens.
- Socio-esthéticiennes.
- Pédicures, coiffeurs,...
- Personnes formées à l'animation.
- Bénévoles.

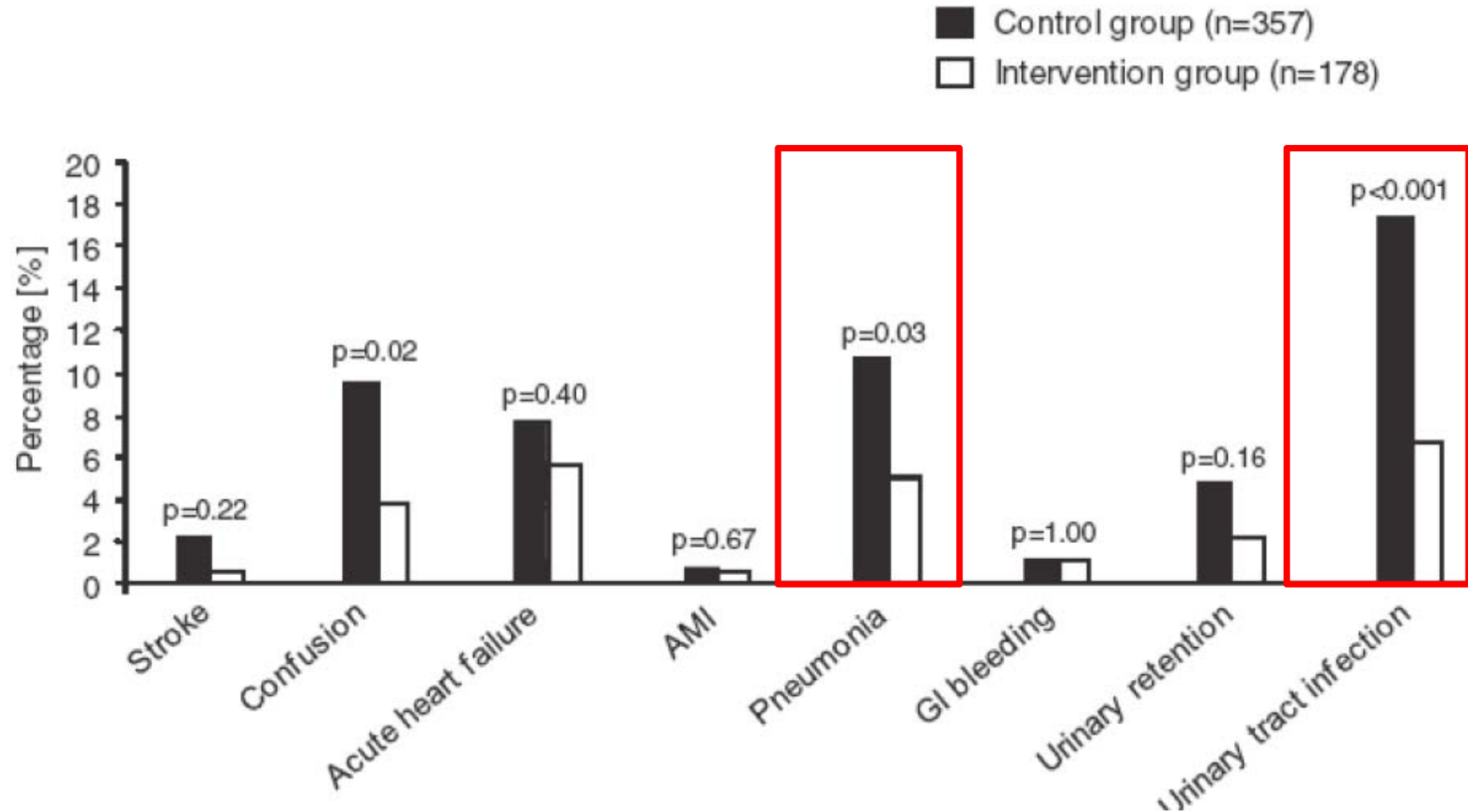
Prise en charge



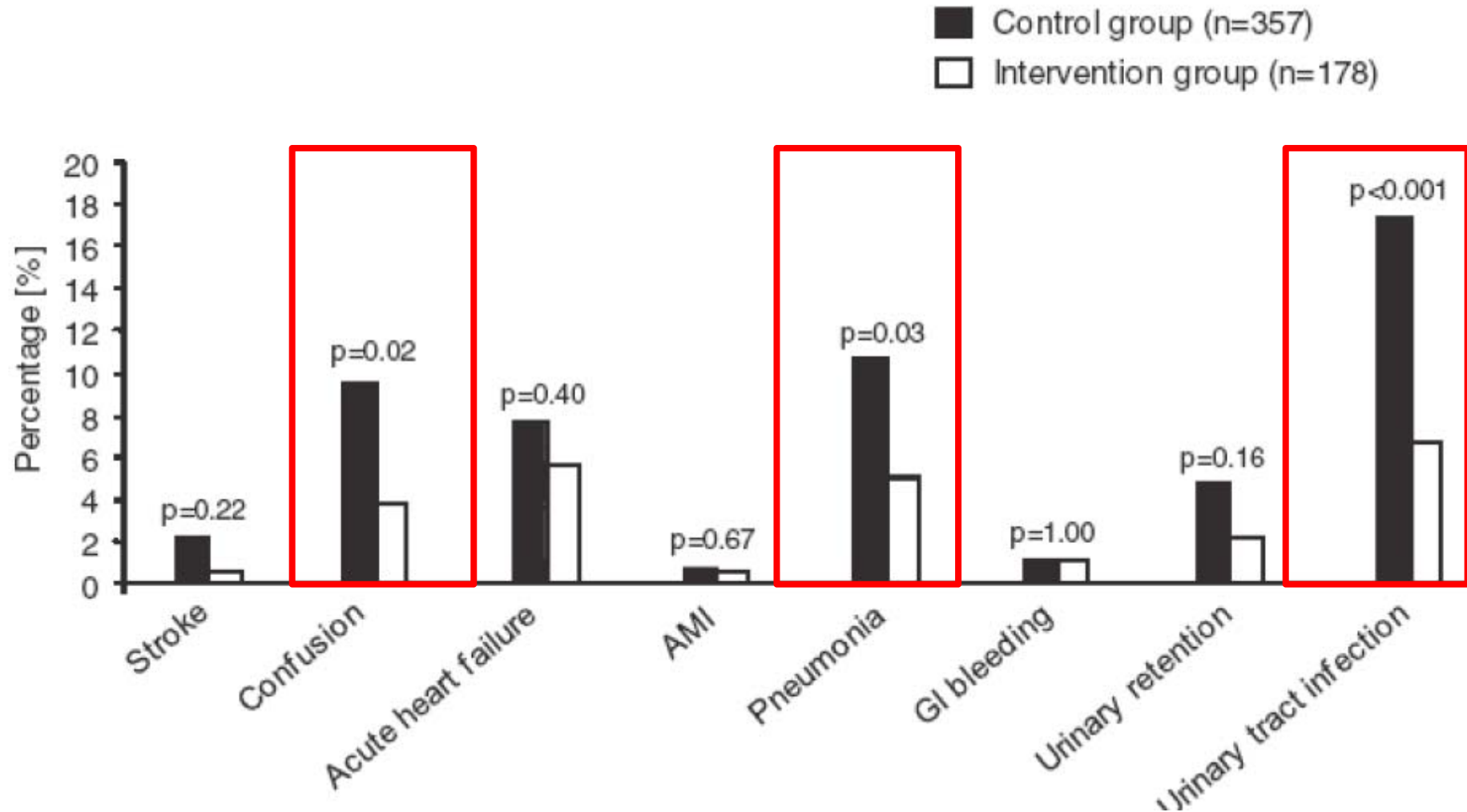
Prise en charge



Prise en charge



Prise en charge



AGISSONS CONTRE LA DÉPENDANCE IATROGÈNE ÉVITABLE CHEZ LA PERSONNE AGÉE HOSPITALISÉE

Le saviez-vous ?

Lors d'une hospitalisation environ 30% des sujets de plus de 70 ans perdent la capacité à réaliser une ou plusieurs activités de base de la vie quotidienne¹ en raison de la pathologie aiguë... mais aussi des modalités de prise en charge.

Cette dépendance est évitable dans la moitié des cas².

Prévenir la dépendance à l'hôpital, c'est la mission de tous

① J'évalue le statut fonctionnel du patient à des moments clés grâce à l'échelle A.D.L.³

Moments clés (en lien avec le patient ou le proche ou un intervenant externe de l'équipe)	Activité	État
J-15	Toilette	1. Aucune aide 0.5. Aide pour une seule partie du corps 0. Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible
	Habillage	1. Aucune aide 0.5. Aide pour laiter ses chaussures, boutons, fermer une fermeture éclair 0. Aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller
Entrée	Aller au W.C. (seul ou avec aide)	1. Aucune aide humaine (pour utiliser toilettes, toilettes publiques...) 0.5. Besoin d'une aide 0. Ne va pas au W.C.
	Locomotion	1. Aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever (pour utiliser une aide technique de marche) 0.5. Besoin d'aide 0. Ne quitte pas le lit
Une fois/semaine pendant le séjour	Continence	1. Contrôle complet urine et selles 0.5. Incontinence occasionnelle 0. Incontinence totale, nécessité de sondage ou surveillance permanente
	Alimentation	1. Aucune aide 0.5. Aide pour couper la viande ou brasser le plat 0. Aide complète ou alimentation artificielle
Sortie		

② Je reste vigilant face aux principales situations à risque de dépendance iatrogène évitable (HOSPITAL) et propose un plan de prévention personnalisé pour le patient

Situations à risque	Attention !!!
H Habillage/ toilette	Ne pas faire la toilette à la place du patient quand il en est capable 
O Orientation	Ne pas négliger le risque de confusion: rappeler date et lieu 
S Sondes et protections urinales	Ne pas mettre de protection ou de sonde urinaire si ce n'est pas nécessaire 
P Perfusions, oxygène, sondes et scopes	Ne pas maintenir un dispositif médical sans le réévaluer 
I Immobilité	Ne pas laisser le patient au lit sans le mobiliser 
T Traitements	Ne pas renouveler systématiquement un traitement 
A Alimentation	Ne pas mettre le patient au régime 
L Lieu de sortie non anticipé	Ne pas oublier d'anticiper la sortie dès l'entrée 

Pour retrouver toutes les informations de ce brochure, rendez-vous sur www.equipe-regionale-vieillesse-et-ars.midi-pyrenees-seats.fr
> rubrique "dépendance iatrogène"



Prévenir la dépendance à l'hôpital, c'est la mission de tous

① J'évalue le statut fonctionnel du patient à des moments clés grâce à l'échelle A.D.L.³

Moments clés (par interrogatoire du patient ou de la famille ou par évaluation directe de l'équipe) J-15 Entrée Une fois/semaine pendant le séjour Sortie	Activité	État
	Toilette	1: Aucune aide 0,5: Aide pour une seule partie du corps 0: Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible
	Habillage	1: Aucune aide 0,5: Aide pour lacer ses chaussures, boutonner, fermer une fermeture éclair 0: Aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller
	Aller au W.C. (s'essuyer et se rhabiller)	1: Aucune aide humaine (peut utiliser canne, fauteuil roulant...) 0,5: Besoin d'une aide 0: Ne va pas au W.C.
	Locomotion	1: Aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever (peut utiliser une aide technique de marche) 0,5: Besoin d'aide 0: Ne quitte pas le lit
	Continence	1: Contrôle complet urine et selle 0,5: Incontinence occasionnelle 0: Incontinence totale, nécessité de sondage ou surveillance permanente
	Alimentation	1: Aucune aide 0,5: Aide pour couper la viande ou beurrer le pain 0: Aide complète ou alimentation artificielle

- ② Je reste vigilant face aux principales situations à risque de dépendance iatrogène évitable (HOSPITAL) et propose un plan de prévention personnalisé pour le patient

<i>Situations à risque</i>		<i>Attention !!!</i>
H	Habillage/ toilette	Ne pas faire la toilette à la place du patient quand il en est capable 
O	Orientation	Ne pas négliger le risque de confusion : rappeler date et lieu 
S	Sondes et protections urinaires	Ne pas mettre de protection ou de sonde urinaire si ce n'est pas nécessaire 
P	Perfusions, oxygène, sondes et scopes	Ne pas maintenir un dispositif médical sans le réévaluer 
I	Immobilité	Ne pas laisser le patient au lit sans le mobiliser 
T	Traitements	Ne pas renouveler systématiquement un traitement 
A	Alimentation	Ne pas mettre le patient au régime 
L	Lieu de sortie non anticipé	Ne pas oublier d'anticiper la sortie dès l'entrée 

« Celui qui ne prévoit pas les choses lointaines s'expose à des malheurs prochains »

Confucius

Record du monde du 100 m/104 ans : Hidekichi Miyazaki



2 marathons après 100 ans : Fauja Singh



- ② Je reste vigilant face aux principales situations à risque de dépendance iatrogène évitable (HOSPITAL) et propose un plan de prévention personnalisé pour le patient

<i>Situations à risque</i>		<i>Attention !!!</i>
H	Habillage/ toilette	Ne pas faire la toilette à la place du patient quand il en est capable 
O	Orientation	Ne pas négliger le risque de confusion : rappeler date et lieu 
S	Sondes et protections urinaires	Ne pas mettre de protection ou de sonde urinaire si ce n'est pas nécessaire 
P	Perfusions, oxygène, sondes et scopes	Ne pas maintenir un dispositif médical sans le réévaluer 
I	Immobilité	Ne pas laisser le patient au lit sans le mobiliser 
T	Traitements	Ne pas renouveler systématiquement un traitement 
A	Alimentation	Ne pas mettre le patient au régime 
L	Lieu de sortie non anticipé	Ne pas oublier d'anticiper la sortie dès l'entrée 

« Celui qui ne prévoit pas les choses lointaines s'expose à des malheurs prochains »

Confucius