

# Fragilité et complexité chez les bénéficiaires d'aides et de soins à domicile (étude fraXity)

## Vignettes cliniques

Catherine Busnel, Sophie Bontemps, Tobias Burckhardt, Michael Cennamo,  
Debora Verissimo, Catherine Ludwig



Cette publication est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)



DOI : 10.26039/4kw5-pq47

Cette publication est téléchargeable gratuitement sur <https://arodes.hes-so.ch/record/9513>

**Citation recommandée :**

Busnel, C., Bontemps, S., Burckhardt, T., Cennamo, M., Verissimo, D., & Ludwig, C. (2022). Fragilité et complexité chez les bénéficiaires d'aides et de soins à domicile (étude fraXity). *Vignettes cliniques*. Haute école de santé de Genève, HES-SO / institution genevoise de maintien à domicile (imad). <https://doi.org/10.26039/4kw5-pq47>.

# Remerciements

Les auteurs souhaitent adresser leurs remerciements :

- à toutes les personnes qui ont offert de leur temps pour prendre part à l'étude fraXity et qui, au travers de leurs expériences individuelles de santé, ont inspiré les vignettes présentées dans cet ouvrage
- à l'ensemble des partenaires de terrain (institutions, associations, organisations, communes) qui ont contribué à mettre en visibilité l'étude fraXity dans le canton de Genève
- à la Haute école de santé de Genève HES-SO et l'institution genevoise de maintien à domicile (imad) pour leur soutien institutionnel
- au Fonds national suisse de la recherche scientifique pour le soutien financier à l'étude fraXity
- à l'institution genevoise de maintien à domicile (imad) pour sa contribution financière
- à Brant Fries du Consortium interRAI, à Anita Dwarkasing de l'EuroQol Research Foundation, à Ziad Nasreddine et à Kenneth Rockwood pour l'utilisation sans redevance et à des fins de recherche, respectivement de l'interRAI-HC, de l'EQ-5D, de la MoCA, et de la CFS.
- à Christina Guéinichault, Laura Mastromauro et Fanny Vallet pour la vérification de l'opérationnalisation des vignettes dans l'interRAI-HC<sub>suisse</sub>, ainsi que pour la relecture attentive et commentée du manuscrit



# Avant-propos

L'étude fraXity « Fragilité et complexité chez les bénéficiaires d'aides et de soins à domicile : Une étude cas-témoin longitudinale »<sup>1</sup> a été menée dans le canton de Genève de septembre 2018 à février 2021 auprès de 231 personnes âgées de 65 ou plus vivant à domicile (Ludwig & Busnel, 2019). Le protocole de l'étude a été approuvé par la Commission cantonale d'éthique de recherche du Canton de Genève (N° 2018-01039, 13 août 2018) et est enregistré dans la base de données ClinicalTrials.gov (N° NCT03883425, 29 mars 2019)<sup>2</sup>. L'ensemble des publications issues de l'étude, ainsi que les données<sup>3</sup> sont disponible en accès libre.

Le présent ouvrage est issu de l'étude fraXity. Il propose quatre vignettes cliniques, permettant de mobiliser les deux concepts principaux abordés dans l'étude, à savoir la fragilité des personnes et la complexité multidimensionnelle des situations de soin. Un focus est porté sur les indicateurs de fragilité (Ludwig & Busnel, 2020a) et de complexité (Busnel, Vallet, & Ludwig, 2021) proposés dans fraXity à partir d'évaluations gériatrique standardisées guidées par le Resident Assessment Home Care. Les vignettes de madame Rosie, madame Violette, madame Magenta et monsieur Brun ont été élaborées par l'équipe de recherche pour refléter des situations cliniques emblématiques alignées sur les dimensions de fragilité et de complexité. La richesse des situations a pour vocation d'illustrer l'importance du raisonnement clinique, et le rôle essentiel des professionnels dans l'évaluation des besoins individuels des bénéficiaires et dans le développement de plans de soins adaptés.

Au travers de ces situations et de l'analyse qui en est proposée, les auteurs espèrent pouvoir emmener les (futurs) professionnels de la santé et du social à s'intéresser à la fragilité et à la complexité et à mobiliser ces concepts dans une prise en charge systémique des besoins individuels pour les personnes bénéficiant d'aides et/ou soins.

---

<sup>1</sup> <https://data.snf.ch/grants/grant/179453>

<sup>2</sup> <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03883425>

<sup>3</sup> <https://www.swissubase.ch/en/catalogue/studies/13992/latest/datasets/1256/2023/overview>



# Abréviations

AIVQ	Activités instrumentales de la vie quotidienne
AVQ	Activités de la vie quotidienne
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CAPs	[Clinical assessment protocols] Protocoles d'évaluation clinique
CHESS	[Changes in health, end-stage disease, signs, and symptoms scale] Échelle de mesure des changements de l'état de santé, des maladies en phase terminale, des signes et des symptômes
CFS	[Clinical frailty scale] Echelle clinique de fragilité
COMID	Instrument d'évaluation de la complexité multidimensionnelle pour les patients recevant des soins infirmiers à domicile
COMID-P	Instrument d'évaluation de la complexité multidimensionnelle pour les patients recevant des soins infirmiers à domicile – version patient
EBN	[Evidence-based nursing] pratique infirmière fondée sur les données probantes
EVA	Échelle visuelle analogique
GAD	Guide d'analyse par domaine d'intervention
ICOPE	[Integrated care for older people] Soins intégrés pour les personnes âgées
IEPA	Immeuble à encadrement pour personnes âgées
IC	Indicateur de complexité
IF	Indicateur de fragilité
OAS	Organisation d'aides et de soins
MNA-SF	[Mini nutritional assessment - short form]
RAI-HC	[Resident assessment instrument home-care]
SPC	Service des prestations complémentaires
UATR	Unité d'accueil temporaire de répit

# Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
Définitions.....	1
Concepts-clés des vignettes cliniques proposées .....	3
Public cible .....	4
<b>Les vignettes fraXity .....</b>	<b>5</b>
<b>Vignette 1 - Mme Violette.....</b>	<b>7</b>
Anamnèse .....	8
Proposition d'axes de formation .....	10
Proposition de cartographie des concepts-clés .....	11
Proposition à l'intention des formateurs .....	13
Métabaradigme infirmier.....	16
Classification par problèmes, risques, zone d'ombre et ressources.....	17
Synthèse des scores aux échelles mobilisées.....	18
Pistes pour des actions personnalisées.....	21
<b>Vignette 2 - Mme Rosie.....</b>	<b>27</b>
Anamnèse .....	28
Proposition d'axes de formation .....	30
Proposition de la cartographie des concepts-clés .....	31
Proposition à l'intention des formateurs .....	32
Métabaradigme infirmier.....	34
Classification par problèmes, risques, zone d'ombre et ressources.....	35
Synthèse des scores aux échelles mobilisées.....	36
Pistes pour des actions personnalisées.....	39
<b>Vignette 3 - Mme Magenta .....</b>	<b>41</b>
Anamnèse .....	42
Proposition d'axes de formation .....	44
Proposition de la cartographie des concepts-clés .....	45
Proposition à l'intention des formateurs .....	47
Métabaradigme infirmier.....	51
Classification par problèmes, risques, zone d'ombre et ressources.....	52
Synthèse des scores aux échelles mobilisées.....	54
Pistes pour des actions personnalisées.....	57
<b>Vignette 4 - Mr Brun .....</b>	<b>65</b>
Anamnèse .....	66
Proposition d'axes de formation .....	68
Proposition de la cartographie des concepts-clés .....	69
Proposition à l'intention des formateurs .....	72
Métabaradigme infirmier.....	75
Classification par problèmes, risques, zone d'ombre et ressources.....	76



Synthèse de la carte à analyse et cartographie .....	77
Synthèse des scores aux échelles mobilisées.....	78
Pistes pour des actions personnalisées.....	82
<b>Conclusions .....</b>	<b>89</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>91</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>99</b>
Items RAI-HC mobilisés pour le calcul de l'IF .....	99
Items RAI-HC mobilisés pour le calcul du score de Fried.....	101
Complexité multidimensionnelle pour les pratiques infirmières à domicile (COMID).....	102
Items RAI-HC mobilisés pour le calcul de l'IC.....	103



# Introduction

## Définitions

### Fragilité

La fragilité est « un syndrome multidimensionnel caractérisé par une diminution des réserves et une diminution de la résistance aux stressseurs. [...] La fragilité représente un état d'extrême vulnérabilité, dans lequel un stress minimal peut engendrer une perte fonctionnelle » (Rodríguez-Mañas et al., 2013, p.66). Au-delà de cette définition générale et consensuelle de la fragilité, de nombreux modèles d'opérationnalisation sont proposés dans la littérature. Aujourd'hui, la communauté scientifique s'accorde pour en retenir trois principaux (Busnel, Perrier- Gros-Claude, & Ludwig, 2020) : la fragilité en tant que phénotype (Fried et al., 2001) qui conçoit la fragilité comme une perte de ressources physiques, la fragilité en tant qu'accumulation de déficits (Rockwood & Mitnitski, 2007) qui envisage la fragilité comme une perte de ressources physiologiques et la fragilité multidimensionnelle (Gobbens, Luijckx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010a) qui apparente la fragilité à une perte de ressources bio-psycho-sociales. Dans l'étude fraXity, c'est le modèle d'accumulation de déficits qui a été retenu, pour sa proximité avec le processus de senescences (Mitnitski, Mogilner, & Rockwood, 2001).

### Complexité

Le terme « complexe » apparaît au XIV<sup>e</sup> siècle, il est emprunté au latin *complexus*, dérivé de *cum* et de *plecti*, *plexi*, *plectere*, *plexum* qui signifie entrelacer, tresser, enlacer puis contenir (Ardoino, 2011). Au cours du temps, il est utilisé tant à visée quantitative que qualitative et a infiltré toutes les disciplines de la linguistique (personne complexe), en mathématique (nombre complexe), en biologie (complexe de Golgi), en géométrie (complexe de droites), en psychanalyse (complexe d'Œdipe) entres autres (Alhadeff-Jones, 2008). Communément, la complexité qualifie "l'état ou la qualité d'avoir beaucoup de parties ou aspects interdépendants", et dans l'ensemble, ces parties constituent un système (Merriam-Webster, 2017). La complexité, dans le secteur de la santé, peut se traduire comme l'impact global d'une maladie dont les aspects ne sont pas liés directement à la maladie première. (Valderas, Starfield, Sibbald, Salisbury, & Roland, 2009). « Une situation complexe peut être définie comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé. » (Haute Autorité de Santé, 2014).

### Vignette clinique

Selon la Haute Autorité de Santé, « L'appellation « vignette clinique » (*case vignette* ou *clinical vignette* en anglais) est utilisée pour désigner un cas clinique construit comme un scénario séquencé et accompagné d'une ou plusieurs questions qui explorent ce qu'un professionnel de santé ferait dans une situation semblable » (Haute Autorité de santé, 2007; 2020, p.1). Souvent, une vignette est une description succincte d'un cas / d'une situation pouvant être rencontrée dans la pratique et qui met en exergue des aspects particuliers ou saillants (Rostagno, Zaczyc, & Regnaud, 2015). La vignette comme support de formation est utilisée depuis plus de 30 ans dans tous les domaines de la santé comme par exemple en psychiatrie (Garg, Manjunatha, Kumar, Chand, & Math, 2019), en oncologie (Piano et al., 2013), en chirurgie (Lepelletier, Ravaut, Baron, & Lucet, 2012), en pédiatrie (Kesselheim et al.,

2019) et elle est mobilisée par différents professionnels de la santé : médecin (Veloski, Tai, Evans, & Nash, 2005), infirmière ou en interprofessionnalité (Lepelletier et al., 2012) et quel que soit le lieu de soins (Colón-Emeric et al., 2018) et les approches d'analyse (approche biopsychosociale) (Spector, Hebditch, Stoner, & Gibbor, 2016).

Une vignette est une histoire courte décrivant une situation d'un patient fictif mais paraissant plausible (Barter & Renold, 1999). Elle est accompagnée d'une ou plusieurs questions qui explorent ce que le professionnel analyserait face à une situation de prise en soin réelle. Les vignettes varient en longueur et en style. Un type de vignette est composé de 100 à 300 mots suivis de questions ouvertes (Veloski et al., 2005). La validation des vignettes par des experts est un moyen approprié de générer des vignettes pouvant être utilisées pour l'apprentissage et le développement professionnel (Leicher & Mulder, 2018). Les vignettes représentent un outil simple qui peut être utilisé pour évaluer le comportement des cliniciens de manière rapide et efficace (Veloski et al., 2005), peu coûteuse, facile à utiliser et peut-être répétée (Piano et al., 2013). La vignette clinique peut être utilisée comme un outil de réflexion pour les professionnels et pour une formation sur mesure (Duprez, Vansteenkiste, Beeckman, Verhaeghe, & Van Hecke, 2019), il permet l'apprentissage et le développement professionnel (Leicher & Mulder, 2018). La méthode de la vignette de cas exige la participation active à la préparation et à la présentation du cas par les apprenants (Kathiresan & Patro, 2013). Elles peuvent être aussi utilisées dans le cadre de la recherche (Hughes & Huby, 2002; Rousseau, Rozenberg, Perrodeau, Deneux-Tharoux, & Ravaud, 2016). Dans un contexte ambulatoire, la mesure de la qualité des soins de santé peut être utilisée par la mobilisation de vignettes cliniques qui offrent une validité et une cohérence plus élevée que d'autres méthodologies (Peabody, Luck, Glassman, Dresselhaus, & Lee, 2000).

## Raisonnement clinique

Le raisonnement clinique est un processus (Higgs, Jones, Loftus, & Christensen, 2008). Il peut être défini soit comme « l'ensemble des processus de pensée et de prise de décisions qui permettent au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé » ou comme un « processus d'identification de l'ensemble des problèmes de santé réels et potentiels d'une personne mais également des capacités » (Belpaume, 2009, p.47; voir aussi Psiuk, 2012).

Le raisonnement clinique infirmier se définit également comme étant l'ensemble des « stratégies et processus cognitifs que les infirmières utilisent pour comprendre la signification des données de santé du patient, pour identifier et diagnostiquer les problèmes actuels ou potentiels du patient, pour prendre des décisions cliniques qui contribuent à la résolution des problèmes, et pour atteindre des résultats positifs pour le patient » (Perrier, 2014). Le raisonnement clinique est une démarche singulière (Belpaume, 2009). C'est une décomposition analytique des données pour une reconstruction globale (Nagels, 2017) pour établir un plan d'action personnalisé.

« Il existe plusieurs types de raisonnement clinique (Belpaume, 2009, p.47)

- Le raisonnement procédural qui met l'accent sur le problème de santé, l'incapacité, il s'agit de pallier l'incapacité, de résoudre le problème ;
- Le raisonnement interactif qui s'élabore en coopération avec la personne ;
- Le raisonnement conditionnel qui s'inscrit dans l'avenir et les évolutions possibles de la personne au regard de son état de santé ;
- Le raisonnement narratif qui réunit les trois types précédents et se rapproche d'une vision holistique de la personne et de son environnement ;
- Le raisonnement pragmatique qui développe une approche systémique, identifiant et prenant en compte l'environnement (famille, travail...), les valeurs, les représentations, les ressources (financière, sociale...) de la personne. » (Busnel, Bridier-Boloré, Marjollet, & Perrier-Gros-Claude, 2021)

# Concepts-clés des vignettes cliniques proposées

## Conception des vignettes

Le contexte domiciliaire oblige de penser chaque situation dans sa singularité et sa multidimensionnalité. Par conséquent, le raisonnement ne peut pas être linéaire.

Le choix des vignettes porte sur les thématiques emblématiques étudiées dans le cadre de l'étude fraXity et des résultats obtenus (Ludwig & Busnel, 2019) : fragilité des personnes et complexité multidimensionnelle des situations. Le développement des vignettes souhaite favoriser l'implémentation des résultats de la recherche en transformant et intégrant les résultats obtenus de l'étude fraXity dans un contexte professionnel.

Les 4 vignettes développées ci-après sont des cas fictifs susceptibles d'être rencontrés en pratique qui sont articulées de manière graduée autour des problématiques ou pas de fragilité et de complexité. Elles ont été élaborées par l'équipe fraXity.

- Il paraissait important dans le cadre de l'étude fraXity de proposer des vignettes cliniques autour de la fragilité et de la complexité afin :
- 1) de relier la théorie à la pratique (Milhomme, Gagnon, & Lechasseur, 2018)
  - 2) d'illustrer une situation de prise en soin au travers d'un patient fictif (Veloski et al., 2005)
  - 3) de susciter une réflexion individuelle et collective (Duprez et al., 2019)
  - 4) de rendre actif et participatif l'apprentissage (Kathiresan & Patro, 2013).

## Validation des vignettes

La validation des vignettes cliniques s'est faite selon la méthode Delphi. L'étude Delphi est processus itératif, une approche qualitative qui a pour objectif d'établir un consensus entre experts sur un sujet particulier. Les experts sont des professionnels ayant une connaissance reconnue dans un domaine spécifique, ils ne constituent pas un échantillon représentatif de la population (Booto Ekionea, Bernard, & Plaisent, 2011). Les vignettes cliniques ont été révisées par des experts afin d'en améliorer la clarté, la compréhension et les références utiles (Evans et al., 2015).

La validation des 4 vignettes s'est faite en 2 temps : 1) par l'équipe de recherche puis 2) auprès d'experts externes à la recherche fraXity. Le processus a été, autant par l'équipe de recherche que par les experts mobilisés, de : 1) comprendre la vignette présentée, 2) analyser les vignettes, les questions proposées et des solutions apportées 3) proposer des clarifications, compléments et 4) ajuster les vignettes et les thématiques indiquées.

## Objectifs des vignettes

Les vignettes cliniques proposées souhaitent 1) favoriser l'apprentissage des nouveaux concepts en les mobilisant, et 2) optimiser le raisonnement clinique dans sa multidimensionnalité en permettant le recueil des données/recherche d'information, les interprétations, l'établissement des priorités et des hypothèses les plus probables, la formulation de liens et de propositions entre autres (Perrier, 2014). Ces vignettes souhaitent s'inscrire dans une approche d'interdisciplinarité.

Chaque vignette comporte un descriptif long d'une à deux pages manuscrite (anamnèse) et une version courte sous forme de métaparadigme. La version courte peut être un résumé initial ou la résultante de la réflexion menée à la lecture de la version longue.

Les questions proposées sont non exhaustives, elles mobilisent des connaissances théoriques et la mise en applicabilité des concepts. Les questions suggérées comportent des références d'articles utiles à la compréhension

des thématiques questionnées. Elles sont non exhaustives et sont à visée formative, à travailler individuellement et/ou collectivement.

Il est également abordé des thématiques connexes tels que les déterminants de la santé, les ressources, les aptitudes fonctionnelles, les syndromes gériatriques afin de pouvoir établir des plans d'intervention ciblés et personnalisés.

D'une manière plus détaillée, chaque vignette clinique comporte :

- Une description d'un cas (anamnèse)
- Proposition d'axes de formation autour du cas
- Proposition de la cartographie des concepts-clés pour le cas sous forme de carte conceptuelle par thématique (Tardif, 2006). Les cartographies proposées ne sont pas exhaustives et peuvent également être déclinées par carte (Gerber Hornink & Costa, 2021).
- Des questions concernant les thématiques de santé à mobiliser en rapport avec le cas présenté.
- Des références, des recommandations pour la pratique
- Des corrigés possibles mis à disposition tels que :
  - o Métaparadigme infirmier
  - o Proposition de classification par problèmes, risques, zone d'ombre et ressources
  - o Tableaux synthétiques des différents items et scores des échelles mobilisées
  - o Pistes non exhaustives pour des actions personnalisées à mettre en place

Les questions suggérées sont à visée formative. Il est proposé 3 niveaux d'approfondissement (Benner, 2003; Krathwohl, 2002; Miller, 1990) : a) niveau débutant, b) niveau intermédiaire c) niveau avancé.

## Mode d'emploi des vignettes

Les vignettes proposées sont conçues pour être mobilisées comme déclencheur de processus d'apprentissage et de développement professionnel (Leicher & Mulder, 2018), de manière active et participative (Kathiresan & Patro, 2013), en individuel comme en collectif (Duprez et al., 2019).

Aussi, il est proposé pour les vignettes cliniques fraXity, une utilisation individuelle dans un premier temps et collective dans un deuxième temps.





- Un travail individuel permet dans un premier temps :
  - o Une lecture attentive de l'anamnèse
  - o Une collecte des données et élaboration de propositions de réponses aux questions en se référant aux éléments de la vignette clinique et de l'EB (formulation, arguments, production)
  - o Une réalisation d'une carte conceptuelle des connaissances mobilisées par l'apprenant
- Un travail collectif permet en petit groupe:
  - o Une mise en commun des réflexions : discussion, échange, confrontation collaboration
  - o L'écriture d'une synthèse collective sur le raisonnement clinique (formulation, arguments, production)
  - o La réalisation d'une carte conceptuelle
- Une séance de débriefing en plus grand groupe

## Public cible

Les vignettes s'adressent aux professionnels, enseignants, aux étudiants de niveau Bachelor et aux professionnels de la santé et du travail social.

# Les vignettes fraXity

Quatre vignettes cliniques ont été élaborées autour des 2 axes que sont la **fragilité** et la **complexité**. Pour les différencier des codes couleurs sont proposés ainsi qu'une graduation concernant l'importance des 2 axes traités pour chaque vignette, niveau faible/peu mobilisé indiqué par le signe de (-) à niveau important indiqué par le signe de (+ à +++).

	<b>Mme Violette</b> Fragilité ++ Complexité -
	<b>Mme Magenta</b> Fragilité +++ Complexité ++
	<b>Mme Rosie</b> Fragilité - Complexité -
	<b>Mr Brun</b> Fragilité - Complexité +++





# Vignette 1 - Mme Violette



## Anamnèse

Mme Violette a 80 ans et vit à Genève. Elle est de nationalité Suisse. Elle est veuve depuis 2 ans. Son mari est décédé d'un cancer du poumon. Elle vit seule, dans un appartement de 3 pièces à Onex depuis 40 ans, au 1er étage avec ascenseur dans un quartier central, à proximité des transports publics et des commodités (5min). Elle aimerait y vivre jusqu'à la fin de sa vie, car elle y possède de nombreux souvenirs.

Elle est à la retraite depuis 15 ans et a exercé la profession de cuisinière durant 40 ans dans une cantine scolaire. Actuellement, elle vit avec un revenu de 2500 Frs/mois complété par une aide du Service des Prestations Complémentaires (SPC) de 750 Frs/mois<sup>4</sup>. Elle dit arriver à payer toutes ses factures avec difficulté et doit faire très attention à ses dépenses.

Ses journées, elle les passe le plus souvent seule à la maison, mais dit apprécier la solitude et le calme. Elle aime écouter la radio et lire, qui sont ses hobbies préférés, même si depuis peu elle évoque plus de difficultés à lire lorsque n'y a pas assez de lumière.

Habituellement, elle sort 2 fois par semaine à pied pour réaliser ses courses dans les commerces de proximité (250 mètres) et fait une balade à pied de 30min 3x/semaine de 600 mètres environ autour de son quartier. Mme Violette a une démarche instable en lien avec une force musculaire diminuée, une douleur aux deux genoux lors de la mobilisation (gonarthrose) et aux lombaires (arthrose), elle dit avoir peur de chuter. Elle se déplace habituellement avec une canne et fait 4 mètres en 15 secondes. De plus, elle souffre d'un ulcère au niveau du tibia gauche et d'œdèmes des membres inférieurs en lien avec une insuffisance veineuse périphérique chronique.

Depuis 3 mois, son ascenseur est en remplacement et donc indisponible. Mme Violette descend les escaliers péniblement, et avec beaucoup de précaution de peur de chuter. Une infirmière à domicile intervient 3x/semaine pour la réfection de son pansement d'ulcère (avec hydrocolloïde sur plaie de 2x6cm) et 1x/semaine pour la surveillance de ses douleurs aux genoux et aux lombaires ainsi que pour le suivi des paramètres vitaux (hypertension artérielle, fréquence cardiaque), constantes habituelles : tension artérielle 150/85 mmHg, fréquence cardiaque 85 bpm. Malgré la prise de ses antalgiques, ses douleurs sont constantes aux genoux et aux lombaires (EVA 7/10).

Mme Violette est autonome pour ses traitements qu'elle prend tous les jours (Lisinopril, per os (antihypertenseur) : 10 mg/jour ; Metozero (Métoprolol), per os (bétabloquant) : 100 mg/jour ; Aspirine Cardio (Acide acétylsalicylique), per os (antiagrégant plaquettaire) : 100 mg 1x/j et Dafalgan (Paracétamol), per os (antalgique) : 1000 mg 3x/j), aucune allergie connue. Mme Violette voit son médecin, en qui elle a confiance, environ une fois tous les deux mois. Elle se sent comprise et bien suivie. A ce jour, Mme Violette n'a pas fait de directives anticipées.

Au cours des 2 derniers mois, elle a chuté une première fois dans sa salle de bain durant la nuit, sans gravité, en voulant s'asseoir sur les WC. Ça fait plusieurs mois qu'elle pense à installer une barre d'appui pour les toilettes mais elle n'a pas encore franchi le pas. Sa deuxième chute s'est déroulée la journée dans son couloir mal éclairé, alors qu'elle marchait sans sa canne, elle s'est encoublée dans le tapis.

Son fils et sa petite fille habitent à Genève. Son fils est très présent, et d'autant plus depuis le décès de son père. Il voit sa mère pour s'occuper des paiements et de la gestion administrative 1x/mois, et l'emmène au restaurant tous les dimanches avec Valentine, sa petite fille avec qui elle a toujours eu un très bon lien. Sa voisine est aussi un fort lien social pour Mme Violette. Cette dernière l'aide ponctuellement pour une course de dernière minute et passe régulièrement pour boire un café à la maison.

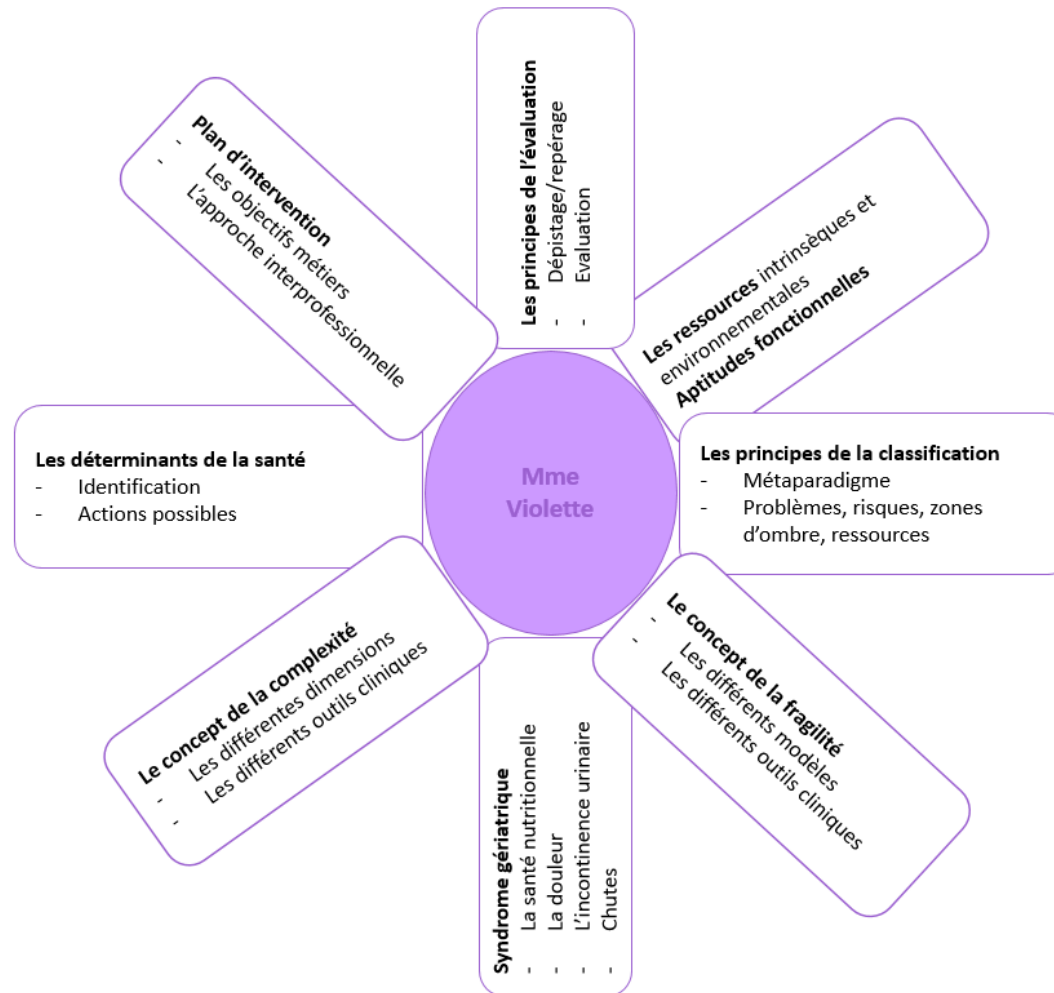
---

<sup>4</sup><https://www.ahv-iv.ch/fr/Assurances-sociales/Prestations-complémentaires-PC/Calculateur-de-prestations-complémentaires> (09.07.2020)

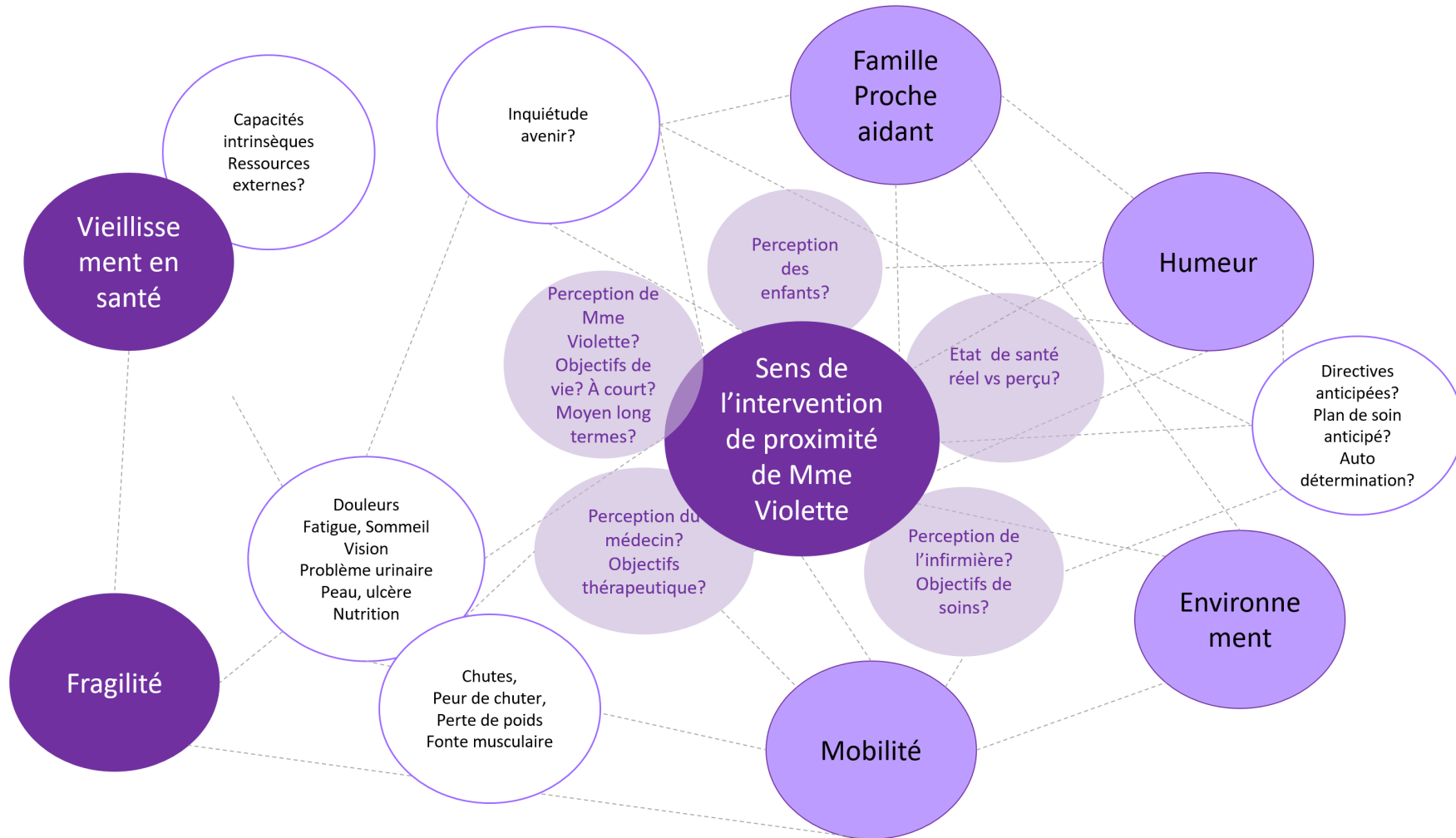
Ce dernier mois, Mme Violette a perdu 3 kilos (poids actuel de 50kg pour 160cm), qu'elle explique par un manque d'appétit lié aux douleurs, et une plus grande difficulté à porter les courses devenues trop lourdes. Elle préfère manger peu et porter peu.

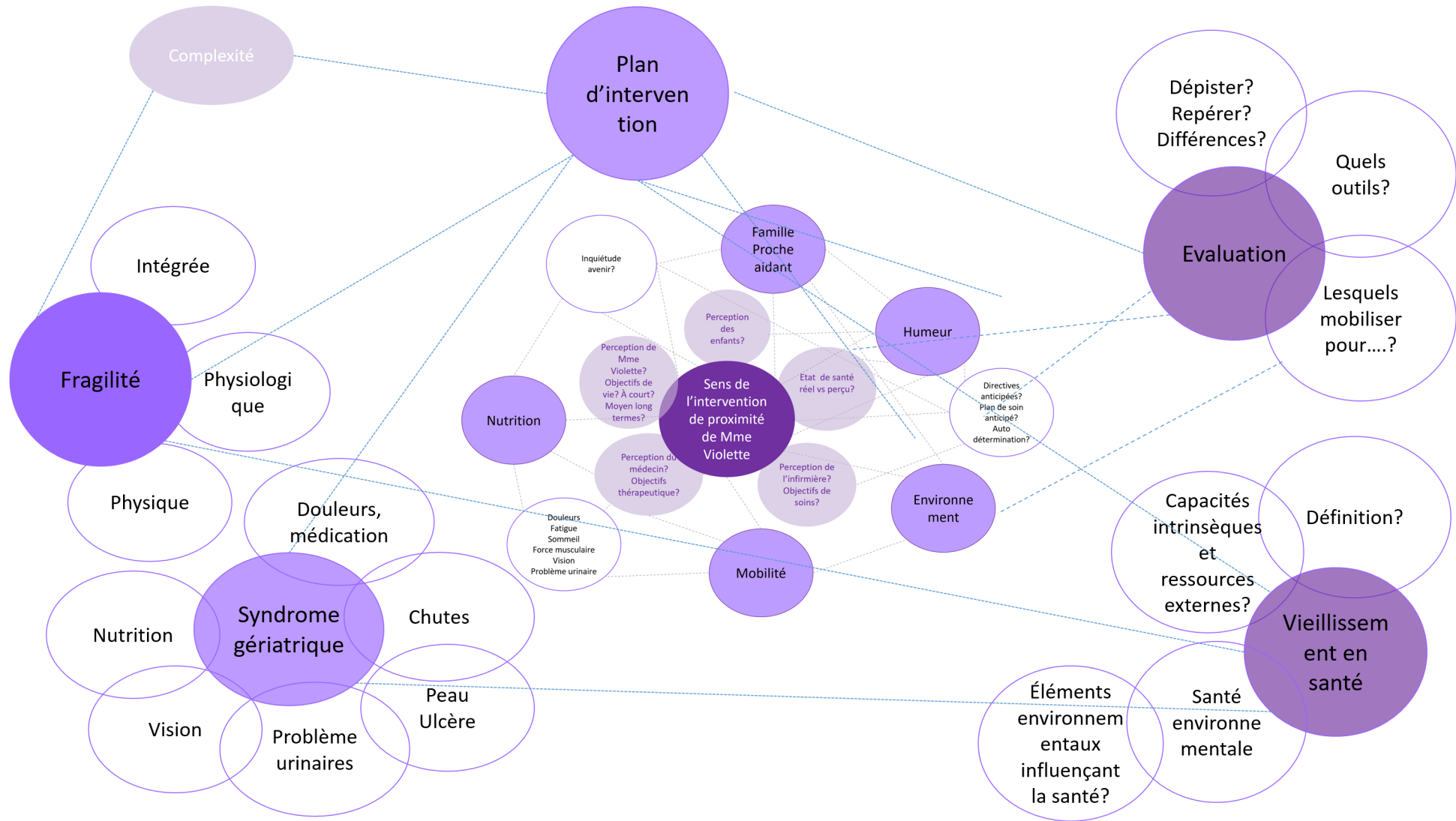
Mme Violette est parfois démoralisée face à ses douleurs et à sa fatigue chronique. Elle passe de mauvaises nuits. Elle se réveille presque toutes les heures pour aller aux toilettes. La nuit, il lui arrive régulièrement d'avoir des fuites urinaires d'urgence, elle change ses draps au milieu de la nuit, ce qui l'épuise. Elle met de plus en plus souvent des protections.

Proposition d'axes de formation



Proposition de cartographie des concepts-clés





## Proposition à l'intention des formateurs

Les questions suggérées sont à visée formative. Il est proposé 3 niveaux d'approfondissement (Benner, 2003; Krathwohl, 2002; Miller, 1990) : a) niveau débutant, b) niveau intermédiaire c) niveau avancé.

Les questions proposées sont non exhaustives, elles mobilisent des connaissances théoriques et la mise en applicabilité des concepts.

Proposition de questions pour la formation et l'intégration des concepts clés- Mme Violette		Quelques références
<b>Evaluation</b>		
a) En santé, qu'est-ce que le dépistage appelé aussi repérage ? Qu'est-ce que l'évaluation? Quelles sont les différences entre le dépistage <sup>5</sup> et l'évaluation <sup>6</sup> ?		(Wilson, Jungner, & World Health, 1968)
b) Identifier/Citer des outils de repérage et d'évaluation (par exemple pour la nutrition, la douleur).		(CF ICOPE) (Organisation mondiale de la santé, 2019)
c) Utiliser un outil de dépistage/repérage et un outil d'évaluation globale standardisée (par exemple interRAI-HC) et interpréter les résultats obtenus.		
<b>Classification</b>		
a) Identifier les 4 concepts/piliers du métaparadigme infirmier.		(Fawcett, 1984)
b) Classer les éléments essentiels de la vignette <sup>7</sup> de Mme Violette selon les 4 concepts/piliers du métaparadigme.		
c) Classifier les éléments de la situation dans un tableau (problèmes, risques, ressources, zones d'ombres) <sup>8</sup> .		(Morichaud, 2014)
<b>Fragilité</b>		(Rockwood, Theou, & Mitnitski, 2015)
a) En gérontologie, qu'est-ce que la fragilité ? Quels sont les différents modèles de fragilité ?		(Rodriguez-Manas et al., 2013)
b) Mobiliser les différents modèles de fragilité et identifier les différents scores de fragilité de Mme Violette selon :		(Busnel, Perrier- Gros-Claude, et al., 2020)
i) Fragilité physique : Le phénotype de Fried		(Fried et al., 2001)
ii) Fragilité physiologique : accumulation de déficits (profil selon l'échelle de fragilité clinique et score IF Suisse)		(Ludwig & Busnel, 2017, 2020b; Searle, Mitnitski, Gahbauer, Gill, & Rockwood, 2008)
iii) Fragilité intégrée (Edmonton)		(Gobbens, Luijckx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010b; Rolfson, Majumdar, Tsuyuki, Tahir, & Rockwood, 2006)

<sup>5</sup> Bref, sensible, non-expert

<sup>6</sup> Long, spécifique, expert

<sup>7</sup> Cf. Proposition de métaparadigme infirmier de Mme Violette

<sup>8</sup> Cf. Proposition de classification par problèmes, risques, zone d'ombre et ressources de Mme Violette

<p>c) A partir d'une évaluation gériatrique standardisée (par ex. InterRAI), quels items retenir pour évaluer la fragilité? Comment ces évaluations peuvent-elles être utilisées pour faire un plan de soins ?</p>	<p>(Morris et al., 2019; Q-Sys AG, 2009)</p>
<p><b>Complexité</b></p>	
<p>a) Dans les soins, qu'est-ce que la complexité ? Quels sont les dimensions de la complexité ? Quels instruments permettent de repérer les situations complexes ?</p>	<p>(Busnel, Bridier-Boloré, et al., 2021)</p>
<p>b) Selon le COMID, quel est le score de complexité de Mme Violette? A partir d'une évaluation gériatrique standardisée (par ex. InterRAI), quels items retenir pour évaluer la complexité ?</p>	<p>(Busnel, Marjollet, &amp; Perrier-Gros-Claude, 2018; Guitteny, 2014; Huyse et al., 2001; Pratt, Hibberd, Cameron, &amp; Maxwell, 2015; Stiefel et al., 1999)</p>
<p>c) Comment adapter le plan de soins de Mme Violette en intégrant le score de complexité dans une approche holistique ?</p>	<p>(Busnel, Vallet, et al., 2021) (Busnel, Ludwig, &amp; Da Rocha Rodrigues, 2020)</p>
<p><b>Focus sur un syndrome gériatrique : La santé nutritionnelle<sup>9</sup></b></p>	
<p>a) Quel serait le score du MNA-SF ? Calculer l'IMC. Est-il dans les normes ?</p>	<p>(Guigoz &amp; Vellas, 1995)</p>
<p>b) A partir d'une évaluation gériatrique standardisée (par ex. InterRAI), quels items retenir pour évaluer la dénutrition?</p>	<p>(Busnel &amp; Ludwig, 2018)</p>
<p>c) Selon l'analyse clinique ciblée, proposer des objectifs et des actions à mettre en place pour Mme Violette.</p>	<p>(Busnel et al., 2015)</p>
<p><b>Focus sur un syndrome gériatrique : La douleur</b></p>	
<p>a) Identifier les éléments essentiels de la douleur à évaluer.</p>	
<p>b) A partir d'une évaluation gériatrique standardisée (par ex. InterRAI-HC), quels items retenir pour évaluer la douleur ?</p>	
<p>c) Proposer des objectifs et des actions à mettre en place pour la douleur de Mme Violette et les argumenter.</p>	<p>(Cedraschi, Ludwig, Allaz, Herrmann, &amp; Luthy, 2018; Poundja, Fikretoglu, Guay, &amp; Brunet, 2007)</p>
<p><b>Focus sur un syndrome gériatrique : Chutes</b></p>	
<p>a) Quelles sont les éléments essentiels des chutes/risques de chutes à évaluer?</p>	<p>(Feder, Cryer, Donovan, &amp; Carter, 2000; National Institute for Health and Care Excellent [NICE], 2013; World Health Organisation, 2007)</p>

<sup>9</sup> <http://www.sge-ssn.ch/fr/>



<p>b) A partir d'une évaluation gériatrique standardisée (par ex. InterRAI-HC), quels items retenir pour évaluer les chutes/risques de chutes ?</p> <p>c) Proposer des objectifs et des actions à mettre en place pour les chutes/risques de chute de Mme Violette et les argumenter</p>	
<p><b>Ressources</b></p>	<p>(Gottlieb &amp; Gottlieb, 2014; World Health Organization, 2019)</p>
<p>a) Identifier les éléments qui constituent les capacités intrinsèques et ceux qui constituent les aptitudes fonctionnelles.</p> <p>b) Identifier les ressources de Mme Violette (capacités intrinsèques et aptitudes fonctionnelles).</p> <p>c) Qu'est ce qui est à valoriser ? Qu'est-ce qui est à optimiser ?</p>	<p>(Organisation mondiale de la santé, 2019)</p> <p>(Belloni &amp; Cesari, 2019)</p>
<p><b>Déterminants de la santé</b></p>	<p>(Cantoreggi, 2010; Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, 2009)</p>
<p>a) Que sont les déterminants de santé ?</p> <p>b) Identifier les déterminants de santé de Mme Violette</p> <p>c) Comment agissent et interagissent ces déterminants dans la situation ? Quelles actions peut-on mener pour agir sur ces déterminants à différents niveaux ?</p>	<p>(Haefliger, Houben, &amp; Thadikkaran-Salomon, 2016; Renaud &amp; Lafontaine, 2018)</p> <p>(Département de l'Emploi des Affaires Sociales et de la Santé &amp; Direction Générale de la Santé, 2016)</p>
<p><b>Plan d'intervention</b></p>	<p>10</p>
<p>a) Identifier puis prioriser les axes de prise en soins</p> <p>b) Formuler des objectifs de soins avec votre approche métier disciplinaire (soins infirmiers, ergothérapeute, physiothérapeute, assistant sociaux...)</p> <p>c) Argumenter les objectifs et moyens de la prise en soin ciblée et personnalisée de Mme violette dans une approche interprofessionnelle (Patient, proche aidant, médecins, professionnels de santé et du social) ?</p>	<p>(NANDA International, 2019; Pascal &amp; Frécon Valentin, 2016)</p> <p>(Haute autorité de santé, 2019; Psiuk, 2012)</p>

D'autres focus cliniques sont bien entendus possibles tels que celui de l'incontinence, les plaies, la vision...

<sup>10</sup> <http://nanda.host4kb.com/category/63/0/10/English-/Frequently-Asked-Questions/Nursing-Diagnosis/>

Métaparadigme infirmier

Personne	Environnement
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mme Violette</li> <li>– Age : 80 ans</li> <li>– Sexe : Féminin</li> <li>– Etat matrimonial : Veuve depuis 2 ans</li> <li>– A un fils de 50 ans et une petite fille de 20 ans</li> <li>– Origine : Nationalité suisse, est née et a vécu à Genève toute sa vie</li> <li>– Education : CFC cuisinière</li> <li>– Situation professionnelle: Cuisinière dans une cantine scolaire à la retraite depuis 15 ans</li> <li>– Revenus : 2'500 CHF/mois + 750 CHF/mois (SPC). Les petits plaisirs sont impossibles.</li> <li>– Activités : Lecture et écouter la radio. Apprécie la solitude et le calme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Physique : Vit seule dans un appartement de 3 pièces au 1er étage avec ascenseur, qui est en cours de remplacement depuis 3 mois. Logement bien éclairé, à part le couloir. Salle de bain non adaptée en fonction de ses besoins (pas de mise en place d'une barre d'appui pour les toilettes). Il y a des tapis dans la maison. Quartier central, proximité des transports publics (5min) et des commodités (5min).</li> <li>– Social : Son fils et sa petite fille habitent à Genève et sont présents. Mme Violette dit aimer la solitude. Sa voisine vient souvent la voir.</li> <li>– Mobilité : Marche le plus souvent avec une canne à l'intérieur et à l'extérieur du domicile. Elle sort de son domicile en descendant les escaliers péniblement.</li> </ul>
Santé	Soins
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnostics : Gonarthrose bilatérale, lombalgies, (EVA 7/10) hypertension artérielle traitée (Tension artérielle : 150/85 mmHg, Fréquence cardiaque : 85 bpm)</li> <li>– Ulcère veineux au tibia gauche et œdème des membres inférieures liés à l'insuffisance veineuse périphérique chronique, incontinence urinaire d'urgence</li> <li>– Perte de poids de 3kg en 1 mois liée à une perte d'appétit et difficulté à porter les courses trop lourdes. Poids : 50 kg et taille : 160 cm</li> <li>– Deux chutes (1x la nuit dans les WC et 1x dans son couloir la journée)</li> <li>– Sommeil insuffisant (se lève plusieurs fois pendant la nuit pour aller aux toilettes)</li> <li>– Fatigue</li> <li>– Pas de directives anticipées</li> <li>– Aucune allergie connue</li> <li>– Vision diminuée (difficulté à lire lorsque qu'il n'y pas assez de lumière).</li> <li>– Capacités cognitives : pas de troubles cognitifs</li> <li>– Humeur : Bonne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aide AIVQ : Aide de son fils pour les paiements et gestion administrative 1x/mois. Aide ponctuelle de sa voisine pour une course de dernière minute.</li> <li>– Soins professionnels : Visite de l'infirmière 3x/semaine pour la réalisation du pansement d'ulcère au tibia gauche (hydrocolloïde) et 1x/semaine pour l'évaluation de l'état de santé (paramètres vitaux, douleurs, mobilité, alimentation)</li> <li>– Contrôle de routine tous les 2 mois chez son médecin traitant</li> <li>– Traitements : Prise autonome des traitements, adhésion complète</li> <li>– Lisinopril, per os (antihypertenseur) : 10 mg/jour</li> <li>– MetozeroK (Métoprolol), per os (bétabloquant) : 100 mg/jour</li> <li>– Aspirine Cardio (Acide acétylsalicylique), per os (antiagrégant plaquettaire) : 100 mg 1x/j</li> <li>– Dafalgan (Paracétamol), per os (antalgique): 1000 mg 3x/j</li> </ul>

Classification par problèmes, risques, zone d'ombre et ressources

Problèmes	Risques
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Perte de poids</li> <li>– Lombalgies et gonarthrose bilatérale (douleurs 7/10)</li> <li>– Vision diminuée</li> <li>– Petits revenus rendant impossible les petits plaisirs</li> <li>– Diminution des capacités physiques et de la mobilité (diminution de la force musculaire, démarche instable, déplacement avec une canne, peur de chuter)</li> <li>– Ulcère tibia gauche et œdème des membres inférieures</li> <li>– Chute 2 fois (1x dans la salle de bain la nuit et 1x dans son couloir la journée)</li> <li>– Barrière environnementale (ascenseur en rénovation et appartement non adapté à ses besoins)</li> <li>– Sommeil insuffisant</li> <li>– Fatigue</li> <li>– Incontinence urinaire d'urgence/ pollakiurie nocturne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Risque de chutes avec gravité (équilibre, levées nocturnes pour uriner)</li> <li>– Risque de perte d'autonomie pour la mobilisation (augmentation de ses douleurs, sort moins du domicile, perte de poids et de la force musculaire...)</li> <li>– Décompensation des pathologies chroniques (hypertension artérielle, gonarthrose,)</li> <li>– Risque de dénutrition</li> <li>– Risque de retrait des activités qui présentent un intérêt (causé par la fatigue, problème urinaire, baisse de la vision)</li> </ul>
Ressources	Zones d'ombre
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ressources sociales : son fils, sa petite-fille et sa voisine,</li> <li>– Ressources instrumentales : radio, téléphone</li> <li>– Ressources structurelles : son appartement depuis 40 ans et la très bonne connaissance de son quartier, satisfaction de son cadre de vie, accessibilité aux commerces (quand ascenseur de l'immeuble est fonctionnel)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fonte musculaire et affaiblissement : Sarcopénie, perte de poids, fatigue : Répercussions ?, Equilibre ? Comportement à risque ? Facteurs de risque ? Habitudes alimentaires ? Besoin de livraison des courses à domicile transitoire en attente de la réparation de l'ascenseur ?</li> <li>– Maîtrise des douleurs : adaptation de son traitement antidouleur prescrit et/ou amélioration de sa mobilité (séances de physiothérapie à domicile, plus de sorties à l'extérieur, besoin d'accompagnement formel ou informel ?)</li> <li>– Besoin d'une évaluation ergonomique de son appartement et d'une nouvelle adaptation de soutien dans sa mobilité (canne suffisante, besoin de rolator)? Changement de la canne pour un rolator et ainsi possibilité de mettre ses courses dans le chariot du rolator ?</li> <li>– Besoin de séances de physiothérapie à la maison pendant la période du remplacement de l'ascenseur ?</li> <li>– Évaluation de l'incontinence urinaire : Origine, solutions envisagées et souhaitées, impact du coût financier, impact sur ses sorties ?</li> <li>– Causes vision altérée ? Evaluation ophtalmique ? Besoin d'adapter les lumières ? Besoin de porter des lunettes ? Problème financier ?</li> <li>– Délai de réparation de l'ascenseur ?</li> <li>– Capacités de son fils, de la voisine à accompagner davantage Mme Violette?</li> <li>– Comment Mme Violette voit-elle son avenir en termes d'évolution de sa santé et d'adaptation de son lieu de vie ? Quels sont ses souhaits, ses envies, ses motivations ?</li> <li>– Comment son fils, sa petite-fille perçoivent-ils la situation de Mme Violette?</li> <li>– Besoin perçu d'une évaluation sociale et financière ? Existe-t-il des répercussions sur sa qualité de vie ?</li> </ul>

## Synthèse des scores aux échelles mobilisées

### Fragilité (phénotype, score de Fried)

Items interRAI-HC	Codage de la situation
K2a. perte de poids, recodé	1
J5. fatigue, recodé	1
J3a Difficulté/incapacité à se mettre debout sans aide	0
G1fa Escaliers	0
G4a. Total heure activité / exercice physique, recodé	0
Frailty Fried: Total déficits	2
Frailty Fried: Phénotype (0 : robuste ; 1-2 : pré-fragile ; 3 ou + : fragile)	<b>Pré-fragile</b>

### Nutrition (score MNA-SF)

Items MNA-SF	Codage de la situation
Moins mangé ces 3 derniers mois	1
Perte récente de poids (<3 mois)	2
Motricité	2
Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?	2
Problèmes neuropsychologiques	2
Indice de masse corporelle IMC	1
Total	10
Statut : 12-14 : normal ; 8-11 : risque de dénutrition ; 0-7 dénutrition avérée	<b>Risque de dénutrition</b>

### Fragilité (accumulation de déficits, score CFS)

#### → Score du Clinical frailty Scale



4. **Vulnérable** - Personne qui ne dépend pas des autres pour effectuer ses activités quotidiennes, mais qui présente des symptômes limitant ses activités. Elle se plaint régulièrement de se sentir « au ralenti » ou d'être fatiguée durant la journée.

Fragilité (accumulation de déficits, score IF)

Items interRAI-HC	Codage de la situation
C1. Facultés cognitives pour les décisions courantes, recodé	0
C3a. Facilement distrait, recodé	0
C2a. Mémoire à court terme, recodé	0
C2b. Mémoire procédurale, recodé	0
C3b. Episode de discours incohérent, recodé	0
D1. Capacité à se faire comprendre, recodé	0
D2. Capacité à comprendre les autres, recodé	0
D3. Audition, recodé	0
D4. Vision, recodé	0.5
E1a. Expression négative	0
E1b. Colère perpétuelle envers soi-même ou les autres	0
E1c. Expression de craintes non fondées, recodé	0
E1d. Plaintes somatiques répétées, recodé	0
E2c. Tristesse, désespoir, déprime, recodé	0
E3a. Errance, recodé	0
E1i. Retrait des activités présentant un intérêt	0
F2. Solitude, recodé	0
G1f.c Monter / descendre les escaliers, recodé	0
G2a.Toilette complète	0
G2b. Hygiène personnelle, recodé	0
G2c, G2d. Habillage, recodés	0
G2e. Marche (intérieur)	0
G2g. Mobilité sur les toilettes, recodé	0
G2h. Utilisation des toilettes, recodé	0
G2i. Mobilité dans le lit	0
G2j. S'alimenter, recodé	0
G3a. Principal mode de déplacement, recodé	0.5
G4a. Activités / exercice physique, recodé	0
G4b. Nombre de jours avec une sortie du logement	0
H1. Continence urinaire	1
H3. Continence fécale, recodé	0
H2, H4. Moyen contre continence.	1
J1.a/b Chutes, recodé	1
J3d. Démarche instable, recodé	1
J3l. Constipation, recodé	0
J3m. Diarrhée, recodé	0
J3n. Vomissements	0
J3u. Œdème périphérique, recodé	1
J3o., J3p. Sommeil insuffisant ou excessif, recodé	1
J4. Dyspnées, recodé	0
J5. Fatigue, recodé	1
J6a. Fréquence des douleurs, recodé	1
J6b. Intensité maximale de la douleur, recodé	1
K2a. Perte de poids, recodé	1
J6e Maitrise de la douleur	1

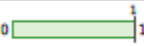


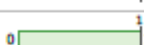

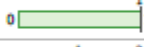
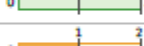
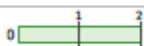


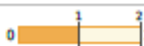

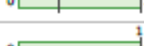
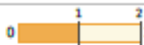



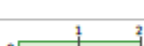
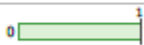

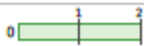



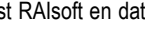


K2c. Insuffisance de liquide	0
K2d élimination liquidiennes	0
K3. Mode d'alimentation, recodé	0
K1. Indice de masse corporelle, recodé	0
L4. Problèmes de peau importants, recodé	1
L7. Problèmes de pieds, recodé	0
M1x. Nombre de substances en prises régulières, recodé	0
<b>Frailty Swiss: Total déficits</b>	<b>13</b>
<b>Frailty Swiss: Valeur dénominateur</b>	<b>52</b>
<b>Frailty Swiss: Index (IF)</b>	<b>0.25</b>

### Complexité multidimensionnelle (score COMID)

Items COMID	Codage de la situation
1.a. Maladies chroniques ou un/des symptôme(s) inexpliqué(s)	1
1.b. Douleurs chroniques	1
1.c. Intolérance à un médicament et/ou une allergie	0
1.d. 5 médicaments ou plus	0
1.e. Troubles cognitifs	0
2.a. Difficultés financières régulières	1
2.b. Fatigue/stress entourage à propos de l'aide apportée	0
2.c. Littératie	0
2.d. Isolement	0
2.e. Logement inadapté /obstacles à la mobilité dans l'environnement	1
3.a. Dépression/idées suicidaires	0
3.b. Maladie psychiatrique ou des troubles psychiques	0
3.c. Addiction / Dépendance	0
3.d. Anxiété /angoisse	0
3.e. Etat mental variant au cours de la journée	0
4.a. Sollicitation récurrente du réseaux de soins	0
4.b. Communication conflictuelle avec réseau de soins	0
4.c. Inquiétude face à santé	0
4.d. Agressivité	0
4.e. Refus soins	0
5.a. Dégradation état santé	1
5.b. Dégradation indépendance	0
5.c. Période de transition	0
5.d. Changement capacités cognitives	0
5.e. Evolution santé imprévisible/instable	0
6.a. Multiples professionnels intervenants	0
6.b. Communication inadéquate avec les différents professionnels	0
6.c. Prise en soin manque de cohérence	0
6.d. Problèmes avec assurance	0
6.e. Prise en soin lourde émotionnellement ou physiquement	0
<b>Score total</b>	<b>5</b>
<b>Situation évaluée selon le jugement clinique : simple ou complexe</b>	<b>simple</b>

Pistes pour des actions personnalisées

interRAI-HC<sub>suisse</sub> - Analyse des alarmes (CAPs)<sup>11</sup>

Alarmes	Abréviation	Stade	
<b>CAPS</b>			
Promotion des activités physiques (0-1)	PACTIV	Non déclenchée	0  1
Activités instrumentales de la vie quotidienne (0-1)	AIVQ	Non déclenchées	0  1
Activités de la vie quotidienne (0-2)	AVQ	Non déclenchées	0  2
Adaptation du logement (0-1)	ENVIR	Non déclenché	0  1
Risque d'entrée en institution (0-1)	RISK	Non déclenché	0  1
<b>1</b> Perte cognitive (0-2)	COGNIT	Déclenché pour surveillance du risque de déclin cognitive	0  2
Delirium (0-1)	DELIR	Non déclenché	0  1
Communication (0-2)	COMMUN	Non déclenchée	0  2
<b>1</b> Humeur (0-2)	MOOD	Déclenchée - risque modéré	0  2
Comportement (0-2)	BEHAV	Non déclenché	0  2
Maltraitance (0-2)	ABUSE	Non déclenchée	0  2
Aide informelle (0-1)	BRITSU	Non déclenchée	0  1
Relations sociales (0-1)	SOCFUNC	Non déclenchées	0  1
<b>1</b> Chutes (0-2)	FALLS	Déclenchées - risque modéré	0  2
<b>1</b> Douleur (0-2)	PAIN	Déclenchée - risque moyen	0  2
Escarre/Ulcère décubitus/de pression (0-3)	PULCER	Non déclenchée	0  3
Problèmes cardio-respiratoires (0-1)	CARDIO	Non déclenchés	0  1
<b>1</b> Dénutrition/Malnutrition (0-2)	NUTR	Déclenchée - risque moyen	0  2
Déshydratation (0-2)	DEHYD	Non déclenchée	0  2
Tube d'alimentation/Alimentation par sonde (0-2)	FEEDTB	Non déclenché	0  2
Consommation de tabac et d'alcool (0-1)	ADD	Non déclenchée	0  1
<b>1</b> Incontinence urinaire (0-3)	URIN	Déclenchée pour soutenir l'amélioration de la fonction vésiculaire	0  3
Problèmes intestinaux (0-2)	BOWEL	Non déclenchés	0  2
Adéquation des médicaments (0-1)	DRUG	Non déclenchée	0  1
<b>1</b> Fragilité par accumulation de déficits (0-2)	IF	Déclenché pour prévenir la fragilité par accumulation de déficits : fragilité modérée	0  2
Complexité (0-2)	ICpx	Non déclenché : pas complexe	0  2
<b>1</b> Phénotype de fragilité physique (0-2)	FF	Déclenché pour prévenir la survenue de la fragilité physique	0  2

<sup>11</sup> interRAI-HC renseigné selon les éléments de la vignette de Mme Violette par C. Guéinichault avec la version test RAISOFT en date du 18.08.2020

interRAI-HC<sub>suisse</sub> - Echelles de performance

**ÉCHELLES**

Échelle hiérarchique des activités de la vie quotidienne (AVQ) (0-6)	ADLH	<b>Indépendance (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 6
Échelle hiérarchique des AVQ, version longue (0-28)	ADLLF	<b>Aucune restriction des AVQ (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 28
Échelle hiérarchique des AVQ, version courte (0-16)	ADLSF	<b>Aucune restriction des AVQ (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 16
Échelle de comportements agressifs (0-12)	ABS	<b>Aucun signe d'agressivité (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 12
Body Mass Index (5-70)	BMI	<b>19.53</b>	5 <input type="text" value=""/> 70
Échelle de performance cognitive (0-8)	CPS2	<b>Intact 1 (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 8
Échelle de performance cognitive (0-6)	CPS	<b>Intact (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 6
Échelle de communication (0-8)	COMM	<b>Intacte (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 8
Indice de sévérité des atteintes sensorielles (0-5)	DbSI	<b>Ouïe et vue intactes (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 5
Échelle de mesure la dépression (0-14)	DRS	<b>1</b>	0 <input type="text" value=""/> 14
Risque accru de séjour non planifié aux urgences (1-6)	DIVERT	<b>2</b>	1 <input type="text" value=""/> 6
Risque de chute (0-3)	FALLS	<b>1</b>	0 <input type="text" value=""/> 3
Échelle hiérarchique fonctionnelle AVQ-AIVQ (0-11)	FUNH	<b>OK (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 11
Échelle de la capacité des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) (0-6)	IADLCH	<b>OK - aucune difficulté (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 6
Méthode d'attribution de niveaux d'urgence (1-5)	MAPLE 5	<b>Modéré (3)</b>	1 <input type="text" value=""/> 5
Douleur (0-4)	PAIN	<b>Douleur quotidienne mais pas sévère (2)</b>	0 <input type="text" value=""/> 4
Échelle de risque d'ulcère de pression (0-8)	PURS	<b>Faible risque (2)</b>	0 <input type="text" value=""/> 8
IF_score (0-1)	IF_score	<b>0.23</b>	0 <input type="text" value=""/> 1
Complexité (0-26)	ICpx_score	<b>Situation simple (4)</b>	0 <input type="text" value=""/> 26



interRAI-HC<sub>suisse</sub> - Synthèse des remarques

**REMARQUES**

Etat civil	A4	Veuf / Veuve <i>*Depuis 2018*</i>
Type de résidence ou hébergement au moment de l'évaluation	A11	Maison privée / appartement / chambre louée <i>*Appartement de 3 pièces*</i>
Vision	D4	Adéquate - Distingue les détails, y compris les caractères ordinaires des journaux/livres <i>*Quelques difficultés lorsqu'il n'y a pas assez de lumière*</i>
Visage exprimant tristesse, douleur ou inquiétude - p.ex. front soucieux, sourcils constamment froncés	E1f	Présent mais non manifesté au cours des 3 derniers jours <i>*Mme Violette se sent parfois démoralisée face à ses douleurs et sa fatigue chronique*</i>
Autre interaction avec un(e) ami(e) ou connaissance de longue date ou un membre de la famille (p.ex. téléphone, courriel, skype, messages instantanés)	F1c	Au cours des 3 derniers jours <i>*Sa voisine vient boire un café avec elle de temps en temps . Son fils et sa petite fille l'amènent une fois/ semaine, les dimanches, au restaurant*</i>
Temps pendant la journée (matin et après-midi) où la personne est seule	F4	Plus de 2 heures, mais moins de 8 heures <i>*Parfois elle a la visite et le dimanche elle sort au restaurant pour manger. Elle sort habituellement tous les jours*</i>
Escaliers - Comment est montée ou descendue une pleine volée de marches - (12-14 marches) ? - Performance effective	G1fA	Indépendance - Aucune aide, préparation ou supervision <i>*Actuellement l'ascenseur est en panne et Mme Violette descend péniblement, mais seule et avec beaucoup de précautions les escaliers depuis son premier étage, de peur de chuter*</i>
Principal mode de déplacement à l'intérieur	G3a	Marche, avec moyen auxiliaire <i>*utilise une canne pour marcher*</i>
Distance de marche	G3b	100 mètres ou plus <i>*fait une promenade d'environ 600m, 3x / semaine*</i>
Continence urinaire	H1	Incontinence occasionnelle - Moins d'un épisode d'incontinence par jour <i>*Mme Violette met de plus en plus souvent des protections. Elle a régulièrement des fuites d'urgences surtout la nuit*</i>
Protection, Serviette hygiénique	H4	Oui <i>*Pas toujours, mais très souvent*</i>
Autres diagnostics médicaux actuels [texte libre et codage ICD-10 si connu]	I3	Diagnostic principal, diagnostic pour l'épisode de soins actuel I87.2 - Insuffisance veineuse (chronique) (périphérique) (I87.2)  M17.0 - Gonarthrose primaire, bilatérale (M17.0)  M16 - Coxarthrose [arthrose de la hanche] (M16)  L97 - Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs (L97)

De 31 à 90 jours	J1b	Deux chutes ou plus <i>*Une chute la nuit aux toilettes et une deuxième la journée dans le couloir mal éclairé*</i>
Cedème périphérique	J3t	Manifesté(e)s chaque jour au cours des 3 derniers jours <i>*Oedèmes des MI*</i>
Problème de santé ou maladies rendant instables l'état cognitif, les AVQ, l'humeur ou le comportement (fluctuant, précaire ou se détériorant)	J7a	Oui <i>*Mme Violette est parfois démoralisée par ses douleurs et sa fatigue chronique*</i>
Perte de poids de 5% ou plus au cours du dernier mois, ou de 10% ou plus au cours des 6 derniers mois	K2a	Oui <i>*perdu 3 kg en 1 mois (poids actuel 50 Kg)*</i>
Ulcère autre qu'un ulcère de pression	L3	Oui <i>*Ulcère tibia gauche*</i>
Soins de plaie(s)	N1k	1-2 jours au cours des 3 derniers jours <i>*Soins de plaie d'ulcère 3x/semaine*</i>
Existe-t-il des aidants informels pour l'assistance aux AIVQ ou AVQ?	P1	Oui <i>*Fils s'occupe des paiements 1x/ mois. Voisine fait des petites courses de dernière minute parfois*</i>
L'aidant 1	P2c1	Oui <i>*paiement factures et gestion administrative*</i>
Accessibilité limitée du logement ou des pièces à l'intérieur du logement - par ex. difficultés pour entrer et sortir du logement, n'est pas en mesure de monter l'escalier; peine à manœuvrer dans les pièces ; pas les rampes où cela est nécessaire	Q1e	Oui <i>*Ascenseur en panne depuis 3 mois*</i>
Finances	Q4	Oui <i>*Mme Violette doit toutefois faire très attention*</i>

## Analyse globale de la situation

Analyse évaluation spécifique : ressources, problématiques, risques, zones d'ombre comme par exemple :

- Accompagnement de Mme Violette à identifier ses forces, ressources et potentiels,
- Prise en compte des aspirations et motivations de Mme Violette quant à son quotidien, à son avenir
  
- Examen clinique ciblé (Voyer, 2017a, 2017b)
  - Douleurs et mobilité (Organisation mondiale de la santé, 2019)
    - Évaluation du traitement antalgique en systématique,
    - Séances de physiothérapie à la maison
    - Voir pour adapter les moyens de déplacements canne pour un déambulateur ? Évaluation d'ergothérapie (éclairage, besoin d'adaptation de l'appartement) ?
    - Accompagnement à la mobilisation dans le logement, prévention des accidents domestiques
    - Appel régie pour connaître la durée des travaux
    - Téléalarme (aide au relevage)
  
  - Fonction urinaire<sup>12</sup> (Benhaberou-Brun, 2016; Fritel et al., 2010)
    - Rechercher la cause de la pollakiurie nocturne (infection urinaire, douleurs, mobilité, autre)
    - Objectiver le problème avec un bilan des mictions de 24h (quantité de liquides ingérés, les horaires et les volumes des mictions, les éventuels symptômes liés aux mictions...). Evaluation mictionnelle (journal mictionnel)
    - Evaluer les facteurs réversibles favorisant une incontinence urinaire
    - Conseils diététiques et comportementaux (éviter la surconsommation de café, thé, alcool (boissons diurétiques et irritantes pour la vessie), éviter une surconsommation de liquides à la fin de la journée
    - Référencier Mme Violette vers un spécialiste pour une prise en soin adaptée de son incontinence urinaire
  
  - Peau<sup>13</sup>
    - Plaie d'ulcère (quel stade ? caractéristique de la plaie ? pourtour ? présences de sécrétions ? quelle évolution ? changement d'aspect ? douleurs induites? depuis combien de temps ?)
    - Evaluation par professionnel spécialisé
    - Œdèmes, pouls pédioux
    - Evaluation de la nutrition et de l'hydratation
    - Mise en place des bas de contention pour son insuffisance veineuse
  
  - Vision (Organisation mondiale de la santé, 2019) Cf. ICOPE chapitre 7
    - Orientation ophtalmologiste
    - Eclairage adapté de l'appartement
    - Appui social et financier à évaluer et orienter

---

<sup>12</sup> [https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/direction\\_des\\_soins/documents/incontinence-urinaire-forum-escarre-oct-nov-2016.pdf](https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/direction_des_soins/documents/incontinence-urinaire-forum-escarre-oct-nov-2016.pdf)

<sup>13</sup> <https://www.hug.ch/procedures-de-soins/principes-generaux-pour-les-soins-de-plaies>;  
<https://ewma.org/resources/for-professionals/ewma-documents-and-joint-publications>

- Alimentation (Busnel et al., 2017; Organisation mondiale de la santé, 2019) Cf. ICOPE chapitre 6
  - Habitude alimentaire (en tant qu'ancienne cuisinière) ?
  - Lien avec problématique financière ?
  - Problèmes bucco-dentaires ?
  - Accompagnement pour faire les courses ?
  - Livraison de repas ?
  - Participation aux repas des festivités communales ?
  - Évaluation avec une diététicienne
  - Suivi du poids 1x/semaine, MNA-SF, suivi sanguin (albumine, pré-albumine) par exemple à déterminer avec le médecin
  
- Fatigue et troubles du sommeil
  - Prise en soin de son problème d'incontinence urinaire
  
- Difficultés financières
  - Evaluation social et financière par professionnel social (commune, association)
  
- Information médecin du retour de l'évaluation globale et ciblée
  - Élaborer un plan de soin individualisé incluant des stratégies de compensation et d'optimisation des ressources (motivation) de Mme Violette
  
  - Mise en place d'interventions précoces en partenariat Mme Violette, proche aidant, médecin traitant dans de multiples domaines tels que la promotion de la santé, la prévention, la gestion clinique, l'exercice physique, la nutrition, incontinence, sécurité à domicile, plan socioéconomique.

## Vignette 2 - Mme Rosie

Fragilité +

Complexité -

## Anamnèse

Mme Rosie, 80 ans, est enseignante à la retraite depuis 15 ans. Elle a toujours vécu sur le canton de Genève. Depuis 2 ans, elle vit dans un 3 pièces en IEPA (immeuble à encadrement pour personnes âgées<sup>14</sup>) en ville de Genève, suite au décès de son mari dont elle s'est beaucoup occupée ses dernières années de vie. Elle a fait le choix de vivre en IEPA car la présence d'une gérance sociale la rassure.

Mme Rosie a des revenus financiers confortables grâce à son AVS, son 2ème et 3ème pilier et aux différents placements que son mari avait constitué de son vivant. Elle touche environ 8'000CHF/mois.

Depuis le décès de son mari, et malgré la souffrance vécue lors de son décès, Mme Rosie a progressivement retrouvé son énergie et sa joie de vivre, grâce à son entourage et à son dynamisme naturel. Aujourd'hui, elle se considère comme une femme joyeuse et sereine.

Mme Rosie a une fille qui est très présente et avec qui elle a une passion commune : la peinture. Elles se rendent à des expositions partout en Suisse, en train ou en voiture. Mme Rosie conduit toujours avec beaucoup de plaisir. Elles ont aussi décidé de suivre un cours d'un semestre à l'université (Uni3) sur la peinture de la Renaissance. Mme Rosie regrette qu'il n'y ait pas d'examen de certification, car elle apprend tout par cœur sans difficulté. En plus des activités avec sa fille et des nombreuses visites d'amis chez elle, elle participe très souvent aux activités proposées par la commune pour les seniors (bals, repas, rencontres intergénérationnelles, sorties organisées, concerts, cinéma), ainsi qu'aux activités organisées par la gérance sociale de l'IEPA (petits déjeuner, repas festif, pétanque, promenades). Elle invite régulièrement sa voisine à manger, et cuisine elle-même. Mme Rosie a appris plusieurs langues étrangères lorsqu'elle était jeune et elle prend plaisir à entretenir ces apprentissages. Comme la lecture de près lui fatigue les yeux, une jeune étudiante américaine lui lit le journal en anglais tous les mardis. Elles discutent ensuite en anglais afin de pratiquer cette langue.

Mme Rosie a commencé la Zumba-gold depuis 8 mois après une initiation à l'IEPA. Elle s'y rend désormais deux fois par semaine. Elle a d'ailleurs remporté la première place de sa catégorie à une compétition nationale, remportant un voyage de trois jours à Barcelone. Elle part la semaine prochaine, mais appréhende un peu le voyage. Elle dit « Je n'ai jamais pris l'avion, mais je devrais bien y arriver ! En tous cas je me réjouis de pratiquer mon espagnol lors de ce voyage ! ».

La fille de Mme Rosie est pharmacienne en retraite anticipée et veille avec attention sur la santé de sa mère. Elle l'accompagne désormais à ses rendez-vous médicaux. Mme Rosie dit que ce n'est pas nécessaire mais elle accepte pour rassurer sa fille.

Bien que Mme Rosie soit particulièrement stable sur ses jambes et qu'elle n'ait jusqu'à ce jour jamais chuté, elle est très angoissée à l'idée de tomber et de se blesser. Elle a entendu parler des risques lors d'une conférence pour les seniors. En effet, elle sait qu'elle risque une fracture en cas de chute, notamment depuis qu'on lui a diagnostiqué de l'ostéoporose (stable, traitée par Calcimagon-D3 1000mg : 1cp/jour en systématique).

Mme Rosie a mal dans le bas du dos depuis plus de 10 ans (arthrose, EVA entre 3/10 et 5/10 selon les jours). La douleur est présente surtout au réveil et après les cours de Zumba-Gold. La douleur cède lorsqu'elle prend des antalgiques (Paracétamol 1g : 1cp x4/j en réserve), mais elle ne les prend que rarement, de peur de devenir dépendante. Sa fille n'arrive pas à la convaincre du contraire, et ça devient un sujet de friction entre elles. Mme Rosie vient de rencontrer quelqu'un avec qui elle vit une histoire d'amour débutante. Elle craint que ses douleurs lombaires ne l'empêchent de reprendre une vie sexuelle épanouie. Comme elle ne veut pas en parler devant sa fille, elle n'en n'a jamais parlé à son médecin, car sa fille l'y accompagne toujours.

Mme Rosie gère elle-même ses achats, même si elle peut toujours compter sur sa fille ou des amis pour lui faire les courses lourdes. Elle n'hésite pas à y aller en voiture ou à prendre le taxi pour revenir du magasin, afin d'éviter de porter les courses trop longtemps et ainsi d'épargner son dos.

---

<sup>14</sup> Immeuble conçu pour soutenir un vieillissement en bonne santé (ascenseur, seuil de plain-pied, cuisine modulable à hauteur, capteur de chutes, encadrement social fort, activités communes, présence d'un veilleur la nuit)

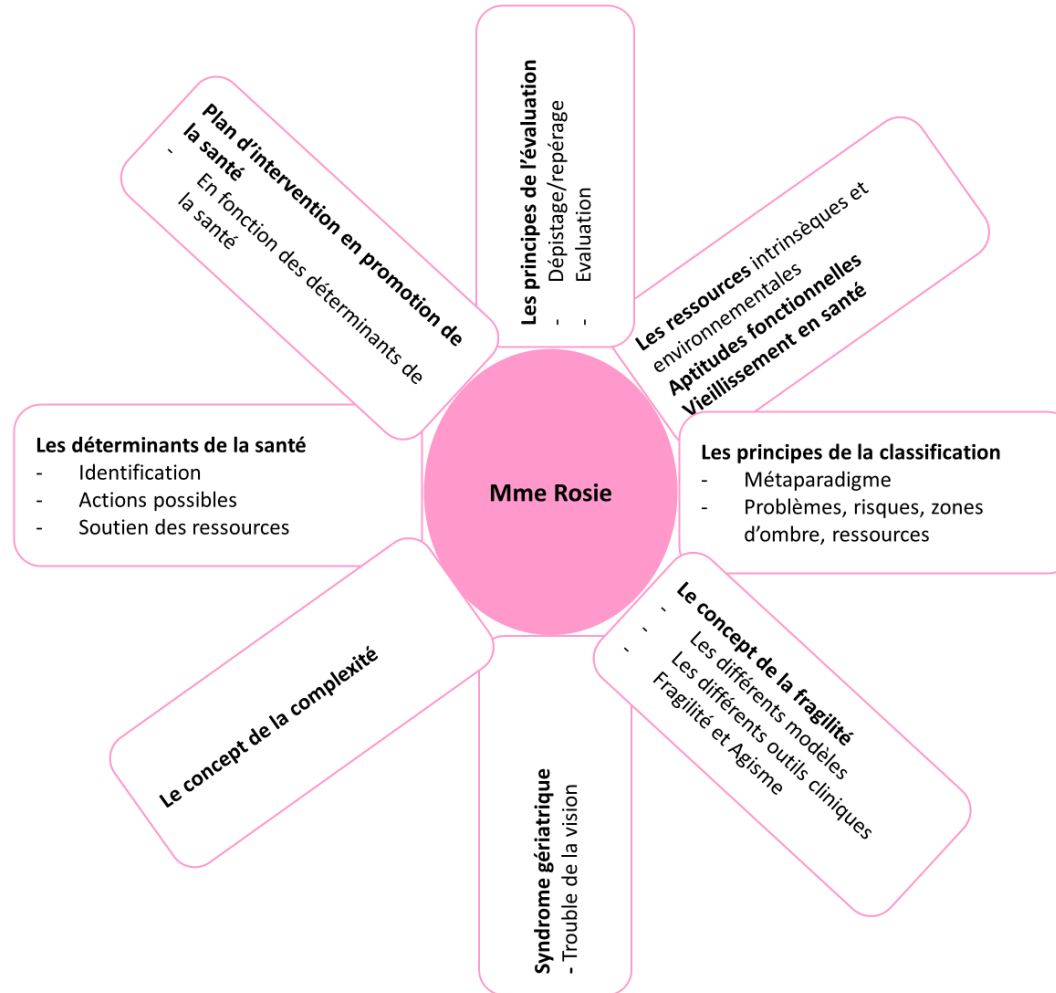
Depuis un an, l'ophtalmologue lui a diagnostiqué une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) de stade 2, qui ne la handicape pas vraiment au quotidien, sauf pour lire les petits caractères des livres et des journaux. La DMLA est traitée par Lucentis gouttes 2.3mg/0.23mL : 1 goutte par jour dans chaque œil en systématique.

Elle se sait en surpoids (IMC à 25, 160cm, 65kg) avec hypercholestérolémie (stable, traitée Atorvastatine 20mg : 1cp/j en systématique). Elle n'a cependant pas l'intention de modifier son régime alimentaire parce qu'elle ne veut pas faire une croix sur son plaisir de manger et se trouve très bien comme elle est. Si elle devait vraiment perdre du poids, elle accepterait de ne plus consommer d'alcool (1-2 verres lorsqu'elle dine avec des amis, quelques fois par semaine). Elle demandera conseil à la responsable de l'IEPA quand elle la croisera.

Depuis plusieurs années, Mme Rosie a un diabète non insulino-dépendant, qui reste stable et bien contrôlé car elle n'oublie jamais son traitement (Glucophage 500mg : 1cp/jour (matin) en systématique). Sa fille y veille avec beaucoup d'attention.

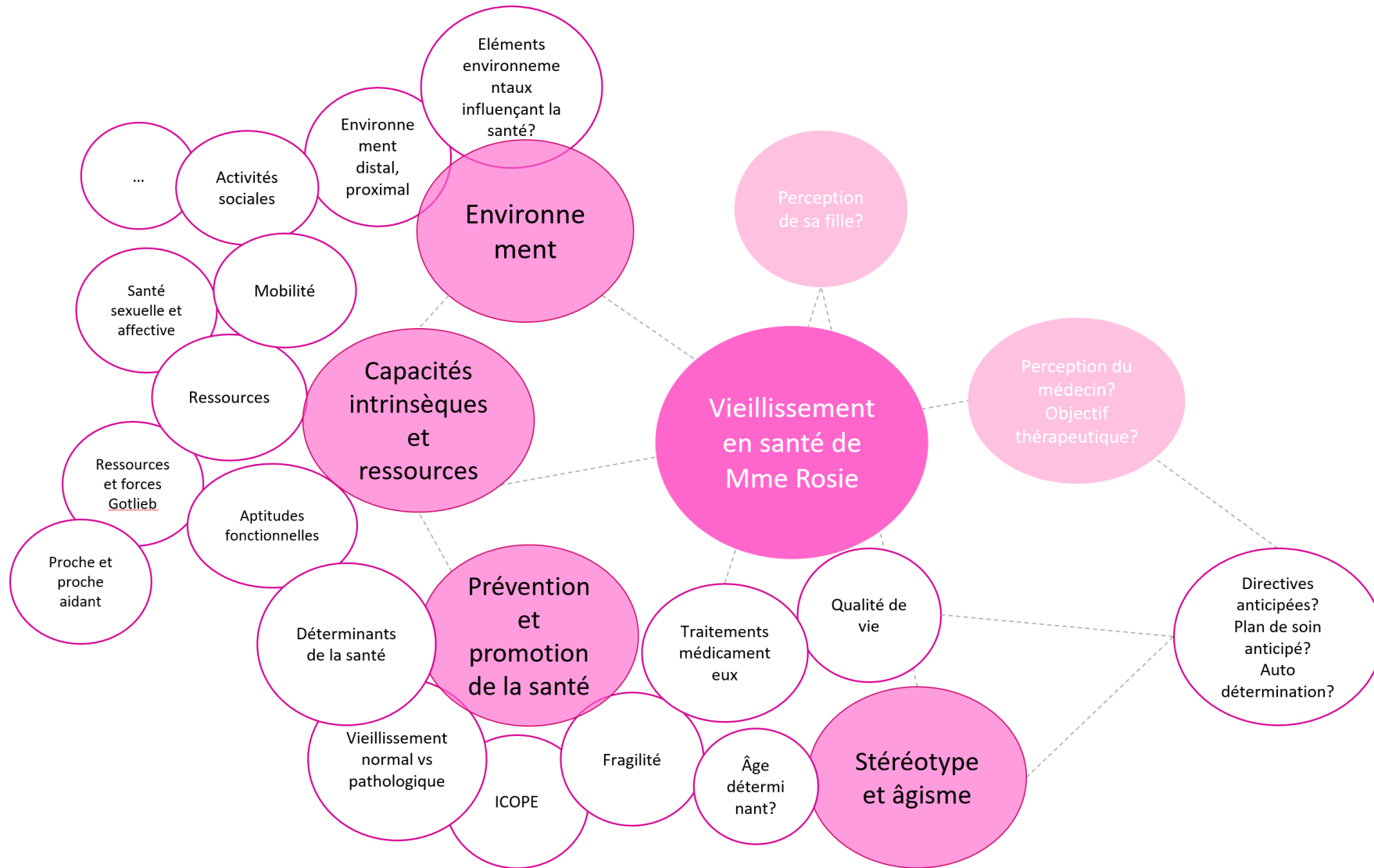
Mme Rosie voit son médecin généraliste tous les ans pour un contrôle de routine, et lorsqu'elle est malade. Habituellement, elle évalue sa santé à 90/100. Elle voit son ophtalmologue et son diabétologue tous les 6 mois pour un contrôle. Ses dernières analyses sanguines sont stables (hémoglobine glyquée à 6,7% et bilan lipidique dans les normes) et ses constantes sont stables : poids : 65 kg ; taille : 160 cm ; fréquence cardiaque : 80 bpm ; tension artérielle : 130/80 mmHg.

Proposition d'axes de formation





Proposition de la cartographie des concepts-clés



## Proposition à l'intention des formateurs

Les questions suggérées sont à visée formative. Il est proposé 3 niveaux d'approfondissement (Benner, 2003; Krathwohl, 2002; Miller, 1990) : a) niveau débutant, b) niveau intermédiaire c) niveau avancé.

Les questions proposées (non exhaustives) mobilisent des connaissances théoriques et la mise en application des concepts.

<b>Proposition de questions pour la formation et l'intégration des concepts clés</b>	<b>Quelques références</b>
<b>Promotion de la santé</b>	(OMS, 1986)
a) Définir la promotion de la santé.	(Conseil international des infirmières, 2002)
b) En s'ancrant dans la situation de Mme Rosie, donner un exemple d'intervention en promotion de la santé pour chacun des 5 axes de la Charte d'Ottawa <sup>15</sup> . Ces interventions peuvent être déjà mises en place ou à mettre en place.	
c) Argumenter en quoi le rôle infirmier, le rôle d'un professionnel de la santé et d'un professionnel du social peuvent agir sur ces 5 axes ?	
<b>Vieillesse en bonne santé</b>	(OMS, 2016)
a) Définir le vieillissement en bonne santé.	
b) Décrire les aptitudes fonctionnelles de Mme Rosie, ses capacités intrinsèques et son environnement.	
c) Comment soutenir le maintien des aptitudes fonctionnelles de Mme Rosie ?	
<b>Déterminants sociaux de la santé</b>	(Cantoreggi, 2010; OMS, 2009)
a) Qu'est-ce qu'un déterminant social de la santé ? Parmi eux, identifier ceux qui influencent la situation de santé de Mme Rosie.	(Renaud & Lafontaine, 2018)
b) Comment les déterminants de la santé peuvent-ils influencer sur la fragilité ?	(Ocampo-Chaparro, Reyes-Ortiz, Castro-Flórez, & Gómez, 2019)
c) Quels sont les liens entre les déterminants sociaux de la santé et l'équité en matière de santé ?	(Weber & Hösli, 2020)
<b>Fragilité et âgisme</b>	(Rockwood et al., 2015)
d) Définir la fragilité. Quelle est la proportion de personnes fragiles par tranche d'âge ? L'âge est-il déterminant dans le concept de fragilité ?	(Ofori-Asenso et al., 2019)
e) Définir l'âgisme et expliquer ses conséquences.	(Chang et al., 2020)
f) Repérer dans la situation de Mme Rosie, les éléments potentiels où l'âgisme pourrait survenir. Quelles interventions individuelles et	

<sup>15</sup> Élaboration de politiques pour la santé, création d'environnements favorables, renforcement de l'action communautaire, acquisition d'aptitudes individuelles, réorientation des services de santé

structurelles peuvent être menées pour réduire l'âgisme et ses conséquences ?	(Burnes et al., 2019)
<b>Complexité</b>	(Busnel, Bridier-Boloré, et al., 2021; Pagani et al., 2017)
d) Dans les soins qu'est-ce que la complexité ?	(Busnel et al., 2018)
e) Quelle différence peut-on faire entre simple, compliqué, complexe et chaotique ?	(Ardoino, 2011; Kurtz & Snowden, 2003)
f) Afin de préserver la simplicité de la situation, qu'est-ce qui pourrait être anticipé chez Mme Rosie ?	
<b>Santé sexuelle et affective</b>	(Colson, 2007; Hardy, 2014; Solwa, Clark, Singer, Kirch, & Malani, 2018)
a) Existe-t-il des spécificités dans la sexualité des seniors ?	(Fèvre, Riguidel, & Laot, 2014; Manoukian, 2011; Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017; Sutter, 2009)
b) Quelles pourraient être les raisons pour lesquelles les professionnels de santé peuvent avoir des difficultés à aborder la sexualité avec les patients âgés ?	
c) Quels peuvent être les actions pour garantir aux seniors une vie sexuelle satisfaisante ?	

D'autres focus cliniques sont bien entendus possibles autour des troubles visuels (DMLA), des ressources et des forces (Gottlieb & Gottlieb, 2014) entre autres.

Métaparadigme infirmier

Personne	Environnement
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nom : Mme Rosie</li> <li>– Age : 80 ans</li> <li>– Sexe : Féminin</li> <li>– État matrimonial : Veuve depuis 2 ans</li> <li>– Origine : Genève</li> <li>– Éducation : Supérieure</li> <li>– Emploi : Enseignante retraitée</li> <li>– Revenus : 8'000/ CHF/mois</li> <li>– Activités : Expositions, Zumba-Gold, promenades, réception d'amis, écoute du journal en anglais, activités seniors de la commune et de l'IEPA, cours à l'Université (Uni3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Physique : Vit en IEPA, dans un appartement de 3 pièces au centre-ville.</li> <li>– Social : Bien entourée par sa fille et ses amis</li> <li>– Mobilité : Autonome. Pas de problèmes pour se déplacer à pied. Conduit une voiture. Prend le taxi si besoin pour éviter les charges lourdes.</li> </ul>
Santé	Soins
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Auto-évaluation santé : 90/100 (excellent)</li> <li>– Capacités intrinsèques :</li> <li>– Capacités physiques : Bonnes</li> <li>– Sensoriel (ouïe, vue) : DMLA stade 2. Audition adéquate</li> <li>– Capacités cognitives : pas de troubles cognitifs (MOCA 29/30).</li> <li>– Humeur : Excellente</li> <li>– Vitalité : Excellente</li> <li>– Diagnostics :</li> <li>– Diabète non insulino-dépendant</li> <li>– DMLA</li> <li>– Hypercholestérolémie</li> <li>– Surpoids</li> <li>– Lombalgies</li> <li>– Ostéoporose</li> <li>– Chutes : pas d'ATCD mais a peur de chuter</li> <li>– Aucun trouble du sommeil</li> <li>– Douleurs : douleurs lombaires (3-5/10)</li> <li>– Poids stable : 160cm, 65kg</li> <li>– Ne fume pas. Bois de l'alcool occasionnellement</li> <li>– Appréhende la reprise d'une activité sexuelle en raison de ses douleurs lombaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aide pratique : parfois des proches lui font les courses lourdes</li> <li>– Traitements : Prise autonome des traitements, autodétermination face au traitement antalgique</li> <li>– Calcimagon-D3 1000mg : 1cp/jour en systématique</li> <li>– Lucentis gouttes 2.3mg/0.23mL : 1 goutte par jour dans chaque œil en systématique</li> <li>– Atorvastatine 20mg : 1cp/j en systématique</li> <li>– Glucophage 500mg : 1cp/jour (matin) en systématique</li> <li>– Paracétamol 1g : 1cp x4/j en réserve (le prend rarement)</li> <li>– Encadrement à domicile : présence du gérant social de l'IEPA qu'elle peut solliciter à tout moment</li> <li>– Rendez-vous médicaux réguliers, en présence de sa fille</li> </ul>

Classification par problèmes, risques, zone d'ombre et ressources

Problèmes	Risques
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Peur de chuter aggravée par l'ostéoporose</li> <li>– Lombalgies</li> <li>– Difficultés visuelles minimales pour la lecture (DMLA)</li> <li>– Surpoids et hypercholestérolémie</li> <li>– Absence d'envie de modifier son alimentation malgré hypocholestérolémie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Risque de perturbation de la sexualité en lien avec les douleurs lombaires</li> </ul>
Ressources	Zones d'ombre
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ressources sociales : fille, amis, professionnels de l'IEPA, personnel et animateurs des services sociaux de la commune</li> <li>– Ressources structurelles : en IEPA (appartement adapté, sonnette d'urgence), ressources présentes dans le quartier de centre-ville (courses, centre médical, parc, café)</li> <li>– Ressources financières : Pas de problèmes financiers. Peut se permettre de prendre le taxi au besoin et de payer une étudiante pour la lecture et la discussion en anglais</li> <li>– Capacités intrinsèques :</li> <li>– Cognition OK</li> <li>– Psychologique OK</li> <li>– Locomotion OK</li> <li>– Audition OK</li> <li>– Ressources fonctionnelles : stratégies d'adaptation lors du décès de son mari et déménagement en IEPA, autodétermination, capacités à réaliser des activités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– DMLA : conséquences et nécessité d'adapter le logement. Comment anticipe-t-elle l'avenir ?</li> <li>– Traitement antalgique : Quelles sont les représentations (croyances, vécus) de Mme Rosie induisant une faible adhérence au traitement antalgique (approches non médicamenteuses) ?</li> <li>– Vision, représentations de la fille vis-à-vis du vieillissement de sa mère et de sa trajectoire de santé et de vie ? Accompagnement bienveillant ou envahissant chez le médecin ?</li> <li>– Clarification des souhaits de Mme Rosie à être ou ne pas être accompagnée par sa fille chez le médecin et compréhension de l'intérêt de la fille à accompagner sa maman dans ses démarches médicales ?</li> <li>– Déplacement en taxi : Est-ce un problème de force ? de courses encombrantes ? de peur de chuter ?</li> </ul>

## Synthèse des scores aux échelles mobilisées

Les codages renseignés sont basés sur l'évaluation globale standardisée réalisée au moyen de l'interRAI-HC.

### Fragilité (phénotype, score de Fried)

Items interRAI-HC	Codage de la situation
K2a. perte de poids, recodé	0
J5. fatigue, recodé	0
J3a. Difficulté/incapacité à se mettre debout sans aide	0
G1fa. Escaliers	0
G4a. Total heure activité / exercice physique, recodé	0
Frailty Fried: Total déficits	0
Frailty Fried: Phénotype (0 : robuste ; 1-2 : pré-fragile ; 3 ou + : fragile)	<b>Robuste</b>

### Nutrition (score MNA-SF)

Items MNA-SF	Codage de la situation
Moins mangé ces 3 derniers mois	2
Perte récente de poids (<3 mois)	3
Motricité	2
Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?	2
Problèmes neuropsychologiques	2
Indice de masse corporelle IMC	3
Total	14
Statut : 12-14 : normal ; 8-11 : risque de dénutrition ; 0-7 dénutrition avérée	<b>Normal</b>

### Fragilité (accumulation de déficits, score CFS)

#### → Score du Clinical frailty Scale



1. **Très en forme** - Personne robuste, active, énergique et motivée. Cette personne pratique un exercice régulier; elle est parmi les personnes les plus en forme de son groupe d'âge.

## Fragilité (accumulation de déficits, score IF)

Items interRAI-HC	Codage de la situation
C1. Facultés cognitives pour les décisions courantes, recodé	0
C3a. Facilement distrait, recodé	0
C2a. Mémoire à court terme, recodé	0
C2b. Mémoire procédurale, recodé	0
C3b. Episode de discours incohérent, recodé	0
D1. Capacité à se faire comprendre, recodé	0
D2. Capacité à comprendre les autres, recodé	0
D3. Audition, recodé	0
D4. Vision, recodé	0.5
E1a. Expression négative	0
E1b. Colère perpétuelle envers soi-même ou les autres	0
E1c. Expression de craintes non fondées, recodé	0
E1d. Plaintes somatiques répétées, recodé	0
E2c. Tristesse, désespoir, déprime, recodé	0
E3a. Errance, recodé	0
E1i. Retrait des activités présentant un intérêt	0
F2. Solitude, recodé	0
G1f.c Monter / descendre les escaliers, recodé	0
G2a.Toilette complète	0
G2b. Hygiène personnelle, recodé	0
G2c, G2d. Habillage, recodés	0
G2e. Marche (intérieur)	0
G2g. Mobilité sur les toilettes, recodé	0
G2h. Utilisation des toilettes, recodé	0
G2i. Mobilité dans le lit	0
G2j. S'alimenter, recodé	0
G3a. Principal mode de déplacement, recodé	0
G4a. Activités / exercice physique, recodé	0
G4b. Nombre de jours avec une sortie du logement	0
H1. Continence urinaire	0
H3. Continence fécale, recodé	0
H2, H4. Moyen contre continence.	0
J1.a/b Chutes, recodé	0
J3d. Démarche instable, recodé	0
J3l. Constipation, recodé	0
J3m. Diarrhée, recodé	0
J3n. Vomissements	0
J3u. Œdème périphérique, recodé	0
J3o., J3p. Sommeil insuffisant ou excessif, recodé	0
J4. Dyspnées, recodé	0
J5. Fatigue, recodé	0
J6a. Fréquence des douleurs, recodé	1
J6b. Intensité maximale de la douleur, recodé	1
K2a. Perte de poids, recodé	0
J6e Maitrise de la douleur	0
K2c. Insuffisance de liquide	0

K2d élimination liquidiennes	0
K3. Mode d'alimentation, recodé	0
K1. Indice de masse corporelle, recodé	0
L4. Problèmes de peau importants, recodé	0
L7. Problèmes de pieds, recodé	0
M1x. Nombre de substances en prises régulières, recodé	1
<b>Frailty Swiss: Total déficits</b>	<b>3.5</b>
<b>Frailty Swiss: Valeur dénominateur</b>	<b>52</b>
<b>Frailty Swiss: Index (IF)</b>	<b>0.07</b>

### Complexité multidimensionnelle (score COMID)

Items COMID	Codage de la situation
1.a. Maladies chroniques ou un/des symptôme(s) inexpliqué(s)	1
1.b. Douleurs chroniques	1
1.c. Intolérance à un médicament et/ou une allergie	0
1.d. 5 médicaments ou plus	0
1.e. Troubles cognitifs	0
2.a. Difficultés financières régulières	0
2.b. Absence ou épuisement du proches aidants et/ou tensions familiales	0
2.c. Littératie	0
2.d. Isolement	0
2.e. Logement inadapté /obstacles à la mobilité dans l'environnement	0
3.a. Dépression/idées suicidaires	0
3.b. Maladie psychiatrique ou des troubles psychiques	0
3.c. Addiction / Dépendance	0
3.d. Anxiété /angoisse	0
3.e. Etat mental variant au cours de la journée	0
4.a. Sollicitation récurrente du réseaux de soins	0
4.b. Communication conflictuelle avec réseau de soins	0
4.c. Inquiétude face à santé	0
4.d. Agressivité	0
4.e. Refus soins	0
5.a. Dégradation état santé	0
5.b. Dégradation indépendance	0
5.c. Période de transition	0
5.d. Changement capacités cognitives	0
5.e. Evolution santé imprévisible/instable	0
6.a. Multiples professionnels intervenants	0
6.b. Communication inadéquate avec les différents professionnels	0
6.c. Prise en soin manque de cohérence	0
6.d. Problèmes avec assurance	0
6.e. Prise en soin lourde émotionnellement ou physiquement	0
<b>Score total</b>	<b>2</b>
<b>Situation évaluée selon le jugement clinique : simple ou complexe</b>	<b>simple</b>



## Pistes pour des actions personnalisées

### Analyse globale de la situation

La situation de Mme Rosie ne nécessite pas dans la pratique une évaluation globale au moyen de l'interRAI-HC

### Micro / Individuel :

Les ressources propres à Mme Rosie constituent un socle permettant de mettre en place les interventions nécessaires à la préservation de sa santé.

Les médecins interviennent sur la santé micro dans la situation de Mme Rosie. Ils devront veiller :

- À soutenir l'auto-détermination de Mme Rosie, renforcer les capacités intrinsèques (capacités physiques et mentales) et les aptitudes fonctionnelles (attributs liés à la santé qui permettent aux individus d'être et de faire ce qu'ils jugent valorisant), et à soutenir sa capacité à se positionner (exprimer ses besoins) face à sa fille ;
- À l'accompagnement de Mme Rosie à identifier ses forces, ressources et potentiels, ses aspirations et motivations quant à son quotidien et son avenir ;
- À l'évolution des problèmes (réels et potentiels) de santé :
  - o Douleurs : Évaluation de l'adhérence au traitement antalgique et les causes de non-adhérence, proposer des actions thérapeutiques non médicamenteuses,
  - o Peur de chuter : Proposition d'activités spécifiques (apprentissage au relevage, collaboration avec des professionnels pour l'adaptation du logement, s'assurer des éléments adaptatifs nécessaires pour la baisse de la vision due à une DMLA et notamment pour l'adaptation du logement (réduction des zones d'ombre)),
  - o Suivi et gestion des pathologies diagnostiquées (hypercholestérolémie, DMLA) ;
- Aux interventions de prévention (vaccination, dépistage) ;
- À l'écriture de directives anticipées ;
- Au repérage régulier de la fragilité en utilisant par exemple le CFS
- Au partenariat entre les différents intervenants.

### Méso / Milieu de vie :

- Le milieu de vie est notamment soutenu par la gérance sociale de l'IEPA, les proches (amis, famille, voisins) et les acteurs sociaux (services de promotion de la santé de la commune). Ils devront veiller :
  - o À soutenir l'auto-détermination de Mme Rosie, renforcer les capacités intrinsèques (capacités physiques et mentales) et les aptitudes fonctionnelles (attributs liés à la santé qui permettent aux individus d'être et de faire ce qu'ils jugent valorisant) ;
  - o Maintenir l'accessibilité réelle à des activités valorisées par Mme Rosie ;
  - o Rester vigilant à ses propres limites.
- Spécifiquement, l'IEPA devra veiller à :
  - o Repérer les signes de fragilité ;
  - o Soutenir la mobilité de Mme Rosie (adaptation des zones proximales du logement, proposition d'autres activités sur l'équilibre afin de diminuer la peur de chuter);
  - o Soutenir une nutrition adaptée;

## Macro / Environnement global

- L'environnement global est notamment soutenu par les éléments politiques, économiques, les institutions, les législations, les médias, la gouvernance des institutions et les valeurs sociales. Il faudra veiller à :
  - Maintenir un contexte permettant les soins (présence de lieux et professionnels de soins accessibles et abordables), les tissus sociaux adaptés aux besoins (activités, structures adaptées), la distribution des biens économiques (retraite, pensions complémentaires)
  - Soutenir une infrastructure permettant l'accès physique aux biens valorisés (infrastructure urbaine adaptée, ascenseurs, moyens de transports)
  - Soutenir une image réaliste du vieillissement, et notamment du vieillissement en bonne santé (financement de réalisations artistiques représentant ou valorisant les personnes âgées)
  - Soutenir la recherche et la mise en place d'interventions soutenues par des preuves scientifiques en matière de promotion de la santé des seniors et contre l'âgisme.

Exemple d'illustration des déterminants de la santé pour Mme Rosie

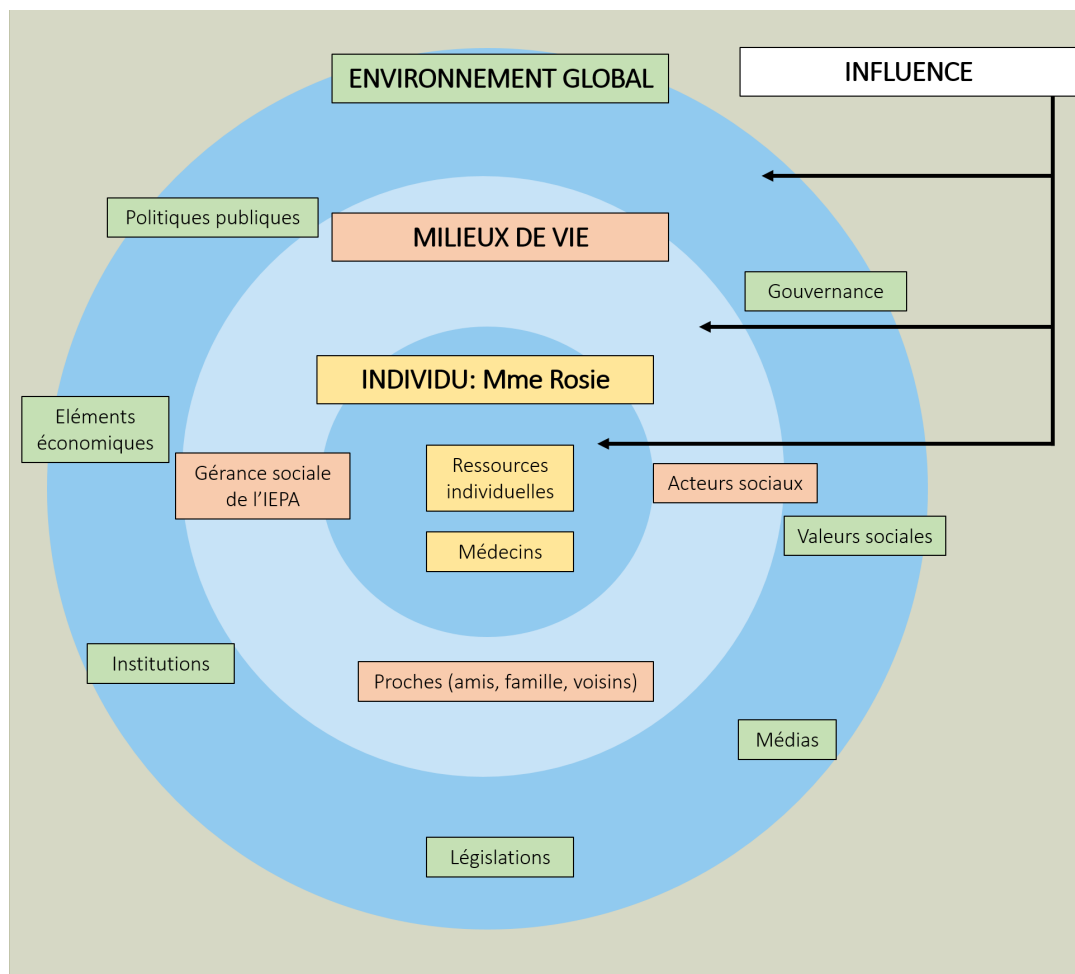


Illustration des déterminants de la santé pour Mme Rosie selon (Renaud & Lafontaine, 2018)

## Vignette 3 - Mme Magenta

Fragilité +++

Complexité ++

## Anamnèse

Mme Magenta a 75 ans et est de nationalité Suisse. Elle vit au Petit-Lancy, à Genève, dans une maison dont elle et son mari sont les propriétaires (un héritage de ses parents). Mme Magenta est à la retraite depuis 10 ans et a exercé la profession d'infirmière.

Elle et son mari ont une situation financière confortable grâce à leurs retraites et au fait qu'ils soient les propriétaires de leur propre logement. Leur maison est très bien entretenue et adaptée à leurs besoins. Il y a quelques années en arrière et, en prévision de probables handicaps liés à l'âge, Mme Magenta et son mari ont effectué quelques ajustements dans leur maison pour optimiser au maximum son accessibilité et la circulation à l'intérieur : suppression des marches et de tout obstacle, amélioration de revêtements du sol, remplacement de la baignoire par une douche, optimisation de l'éclairage à l'intérieur.

Plus âgé de 10 ans, son mari souffre d'importants troubles cognitifs dus à la maladie d'Alzheimer. Progressivement, il est devenu de plus en plus dépendant de sa femme. Depuis quelques années, Mme Magenta prend la responsabilité de toute la gestion du foyer, ainsi que l'assistance de son mari dans les AIVQ, dans lesquelles il est dépendant, mais aussi dans les AVQ où son indépendance est conservée mais qui nécessite toutefois une supervision quotidienne.

En raison de cette situation, Mme Magenta se sent souvent fatiguée. Parfois, elle a la sensation de manquer de temps pour elle et de perdre le contrôle de sa vie. Toutefois, malgré le fait de se sentir souvent dépassée par la maladie de son mari, elle tient à ce qu'il reste auprès d'elle, dans la maison où ils ont vécu toute leur vie et élevé leurs deux enfants. A présent, ces derniers vivent à Berne et Zurich. Leurs liens sont forts et ils se téléphonent chaque soir. Toutefois, Mme Magenta ne leur parle pas des difficultés qu'elle rencontre actuellement.

Mme Magenta passe la plupart de ses journées à la maison. Elle a beaucoup réduit ses activités sociales au cours de ces dernières années, car son mari ne peut pas rester seul et il doit toujours la suivre, ce qui parfois peut être contraignant vu ses troubles cognitifs. Habituellement, elle sort une fois par semaine en voiture pour se rendre au centre-ville, afin de réaliser ses courses. De plus, elle sort à pied 3 à 4 fois par semaine pour se balader avec son mari. Ensemble, ils marchent dans leur quartier sur une distance d'environ 1 Km. Mme Magenta n'a habituellement aucune difficulté à se déplacer à pied et grâce à cette marche, elle conserve une bonne condition physique.

Mme Magenta aime faire du jardinage, écouter la radio et faire des mots croisés. Cependant, en raison de sa fatigue, elle a l'impression que sa vue baisse en fin de journée. Elle est autonome pour ses traitements journaliers et gère aussi les traitements de son mari. Mme Magenta a pour traitement : Lisinopril, per os (antihypertenseur) : 10 mg/jour ; Omeprazol, per os (antiulcéreux), 20 mg/jour ; Anxiolit, per os (anxiolytique) : 7,5 mg/jour ; Calcimagon D3, per os (calcium et vitamine D3) : 500 mg/jour, Dafalgan, per os (antalgique) : 1000 mg 4x/j en réserve ; Irfen, per os (anti-inflammatoire non stéroïdien) : 600mg/jour. Aucune allergie connue. A ce jour, Mme Magenta n'a pas fait de directives anticipées.

Il y a un mois, Mme Magenta a dû consulter les urgences suite à une occlusion intestinale aiguë. Il s'est avéré, lors des examens complémentaires, que Mme Magenta souffrait d'une tumeur de stade I au niveau du colon transverse. Elle a dû subir en urgence une résection d'une partie du colon avec la mise en place d'une colostomie de décharge provisoire en attendant que la continuité digestive puisse être rétablie. Son chirurgien est optimiste par rapport à son pronostic, puisqu'il estime que l'intervention a été bien réussie. Selon lui, le cancer ne présentait pas de métastases et, par conséquent, Mme Magenta ne devra pas subir des séances de chimiothérapie ni de radiothérapie.

Cet événement de vie a bouleversé Mme Magenta. Elle a peur pour son avenir ainsi que pour celui de son mari. Pendant son hospitalisation de 15 jours, son mari a séjourné dans une Unité d'Accueil Temporaire de Répit (UATR). Cette séparation provisoire a été terriblement stressante pour le couple, liée à une sensation d'abandon et de perte

de repères chez les deux conjoints, bien qu'un maintien de la communication par zoom ait été mis en place avec le soutien des équipes soignantes.

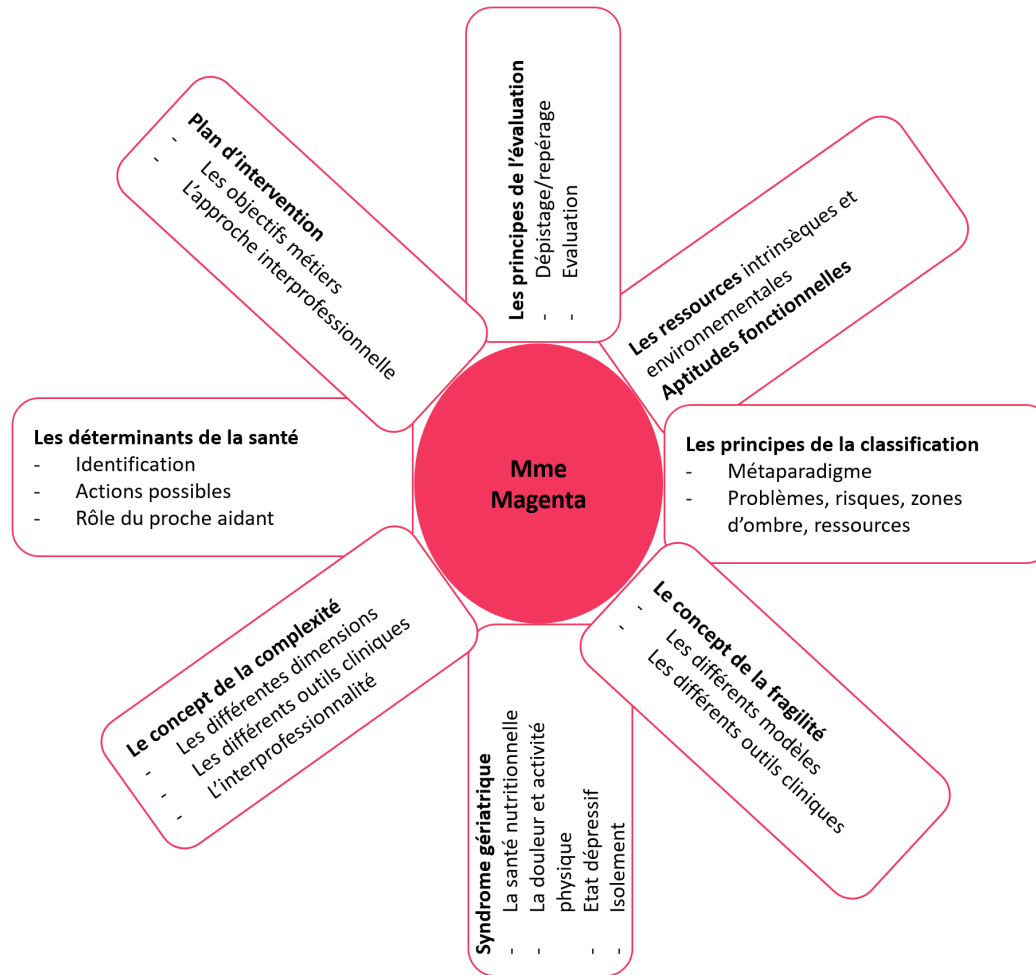
Mme Magenta est sortie de l'hôpital depuis 2 semaines. Malgré le suivi 1x/semaine par une infirmière stomathérapeute spécialisée en image corporel, Mme Magenta se replie sur elle-même et n'arrive pas à s'adapter à cette nouvelle image d'elle-même ni à concevoir la poche de stomie. Aujourd'hui, elle ne sort de chez elle que quand elle a besoin de faire ses courses. Même si Mme Magenta est autonome pour les soins de sa stomie (apprentissage réalisé avec l'aide de l'infirmière stomathérapeute de l'hôpital), elle craint que sa poche de stomie soit visible sous ses habits, qu'elle dégage des odeurs ou qu'elle s'ouvre accidentellement.

Depuis son retour, elle a de la difficulté à gérer son courrier et ses factures. Elle se sent dépassée et a laissé s'accumuler le courrier non traité. Depuis son retour à domicile, elle s'est complètement isolée du monde extérieur. Même si son mari vit à ses côtés, elle se sent seule et déprimée. Elle n'a plus d'intérêt pour les choses agréables de la vie. Elle ne fait plus ses mots-croisés et ne pense plus à mettre ses appareils auditifs pour bien écouter la musique à la radio. Elle ne met plus de rouge à lèvres, alors qu'habituellement elle portait une grande attention à son apparence.

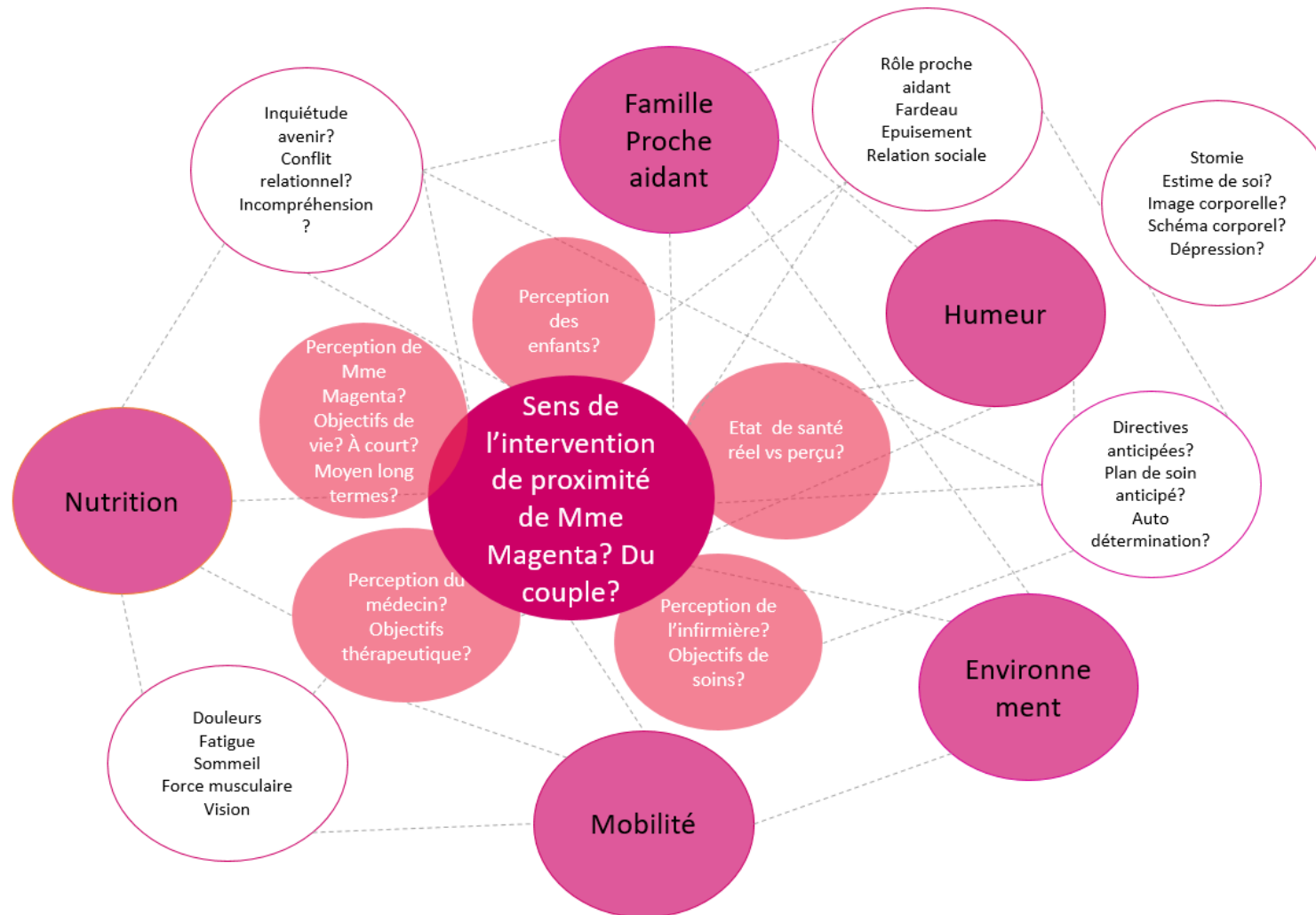
Depuis une semaine, lors de ses déplacements, Mme Magenta se plaint de douleurs sévères (7/10) à la hanche gauche, où elle a dû se faire opérer il y a 5 ans pour la pose d'une prothèse totale de la hanche, suite à une chute. Jusqu'à présent, son activité physique et les promenades régulières à pied lui permettaient d'éviter ce genre de douleurs. Cependant, avec la diminution drastique de sa mobilité lors de son hospitalisation, ainsi que l'arrêt complet de son activité physique depuis le retour à domicile, ses douleurs ont repris leur place et ne font que contribuer à sa tristesse et à son manque de vitalité. Depuis quelques jours, Mme Magenta doit se déplacer avec une canne et prend facilement appui sur son mari. Elle n'arrive plus à monter dans sa voiture. Lors de la douche, elle se sent moins en sécurité et n'arrive plus à se pencher pour se laver les pieds. Elle effectue donc sa toilette partielle au lavabo.

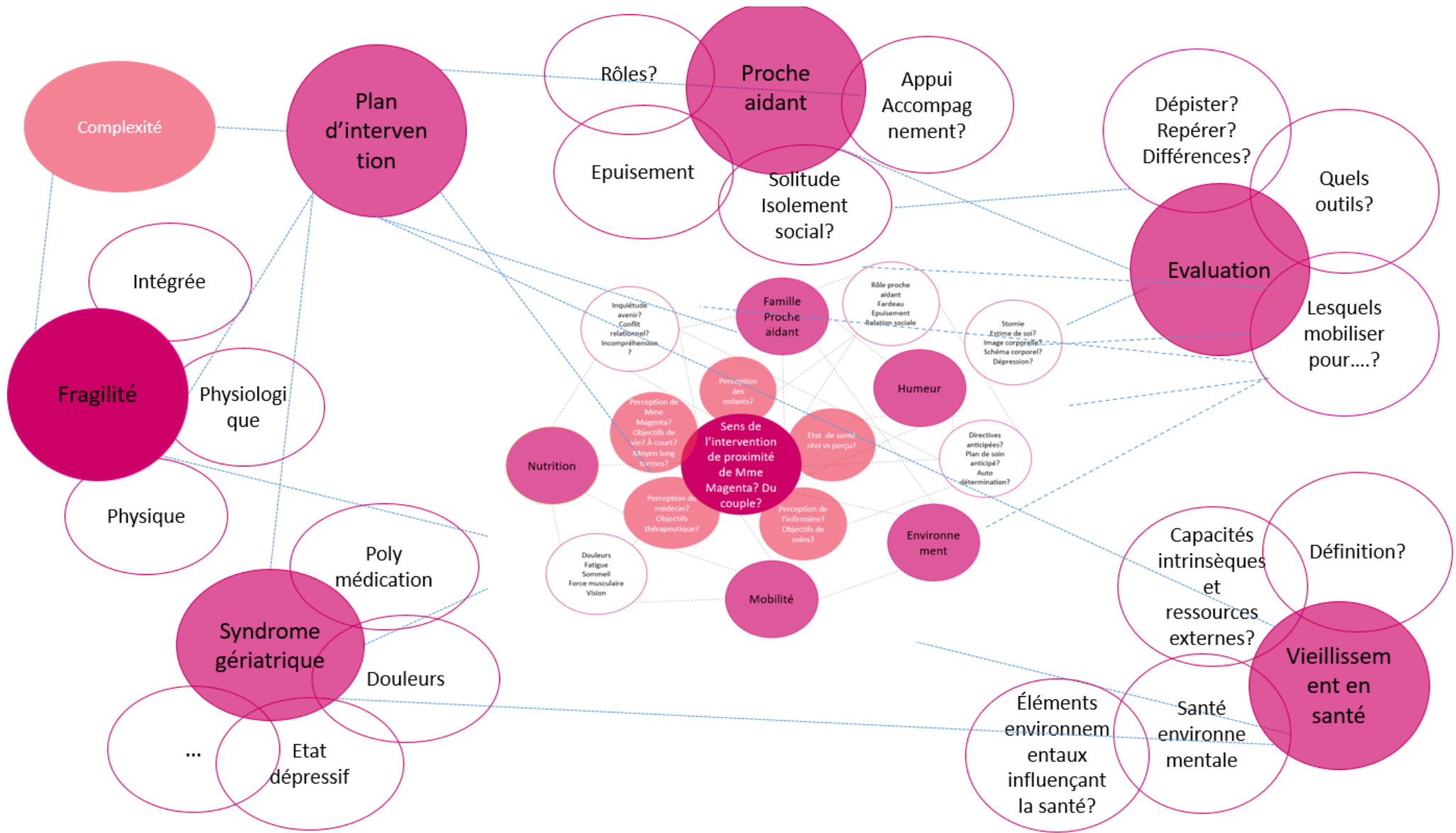
Depuis son retour à domicile, son appétit et sa motivation pour cuisiner ont diminué. Elle a acheté de nombreux plats préparés pour elle et son mari. En raison de son hospitalisation et de sa perte d'appétit, Mme Magenta a perdu 4 Kg durant le dernier mois (Poids actuel : 49 Kg, taille : 162 cm). D'autre part, elle se sent fatiguée à cause de troubles du sommeil. Elle se réveille souvent au milieu de la nuit sans réussir à se rendormir par la suite. Ces insomnies lui provoquent beaucoup d'inquiétude et elle évoque avoir moins de patience avec son mari qui la sollicite beaucoup. De plus, lors d'une discussion avec son médecin traitant, elle a partagé son désir de se faire aider par des professionnels des soins à domicile. Effectivement, en raison de sa fatigue, de ses douleurs et de son manque de motivation, elle ne fait plus trop le ménage et son logement est donc en désordre. Une évaluation globale est programmée le lendemain par une infirmière des soins à domicile.

Proposition d'axes de formation



Proposition de la cartographie des concepts-clés







## Proposition à l'intention des formateurs

Les questions suggérées sont à visée formative. Il est proposé 3 niveaux d'approfondissement (Benner, 2003; Krathwohl, 2002; Miller, 1990) : a) niveau débutant, b) niveau intermédiaire c) niveau avancé.

Les questions proposées sont non exhaustives, elles mobilisent des connaissances théoriques et la mise en applicabilité des concepts.

### Proposition de questions pour la formation et l'intégration des concepts Quelques références clés

Evaluation	
<p>d) En santé, qu'est-ce que le dépistage appelé aussi repérage ? Qu'est-ce que l'évaluation? Quelles sont les différences entre le dépistage<sup>16</sup> et l'évaluation<sup>17</sup>?</p> <p>e) Identifier/Citer des outils de repérage et d'évaluation exemple pour la nutrition, la douleur</p> <p>f) Utiliser un outil de dépistage/repérage et un outil d'évaluation globale standardisée (ex interRAI-HC) et interpréter les résultats obtenus</p>	<p>(Wilson et al., 1968)</p> <p>(CF ICOPE) (Organisation mondiale de la santé, 2019)</p>
Classification	
<p>d) Identifier les 4 concepts/piliers du métaparadigme infirmier</p> <p>e) Classer les éléments essentiels de la vignette<sup>18</sup> de Mme Magenta selon les 4 concepts/piliers du métaparadigme</p> <p>f) Classifier les éléments de la situation dans un tableau (problèmes, risques, ressources, zones d'ombres)<sup>19</sup></p>	<p>(Fawcett, 1984)</p> <p>(Morichaud, 2014)</p>
Fragilité	
<p>i) En gériatrie, qu'est-ce que la fragilité ? Quels sont les différents modèles de fragilité ? Identifier les différents scores de fragilité de Mme Magenta selon :</p> <p style="padding-left: 20px;">i) Fragilité physique : Le phénotype de Fried</p> <p style="padding-left: 20px;">ii) Fragilité physiologique : accumulation de déficits (profil selon l'échelle de fragilité clinique et score IF Suisse)</p> <p style="padding-left: 20px;">iii) Fragilité intégrée (Edmonton)</p>	<p>(Rockwood et al., 2015)</p> <p>(Rodriguez-Manas et al., 2013)</p> <p>(Busnel, Perrier- Gros-Claude, et al., 2020)</p> <p>(Fried et al., 2001)</p> <p>(Ludwig &amp; Busnel, 2017, 2020b; Searle et al., 2008)</p> <p>(Gobbens et al., 2010b; Rolfson et al., 2006)</p>

<sup>16</sup> Bref, sensible, non-expert

<sup>17</sup> Long, spécifique, expert

<sup>18</sup> Cf. Métaparadigme infirmier de Mme Magenta

<sup>19</sup> Cf. Classification par problèmes, risques, zone d'ombre et ressources de Mme Magenta

<p>g) Une personne pourrait-elle être fragile par accumulation de déficits et considérée comme non fragile selon le phénotype de Fried ou la fragilité intégrée ? Si oui pour quelles raisons ?</p> <p>h) A partir d'une évaluation clinique/gériatrique standardisée (par ex. InterRAI), quels items retenir pour évaluer la fragilité par accumulation de déficits? Comment ces évaluations peuvent-elles être utilisées pour faire un plan de soins ?</p>	<p>(Morris et al., 2019; Q-Sys AG, 2009)</p>
<p><b>Focus sur le rôle des proches aidants</b></p>	
<p>a) Quel est le rôle du proche aidant ?</p> <p>b) Identifier les signes d'épuisement de Mme Magenta dans son rôle de proche aidant en tenant compte la grille de ZARIT – Echelle de pénibilité ou d'évaluation du fardeau.</p> <p>c) Proposer des objectifs et des actions à mettre en place pour soutenir Mme Magenta dans son rôle de proche aidant.</p>	<p>(Banens et al., 2020; Besnard, Brunel, Couvert, &amp; Roy, 2019; Kessler, Boss, &amp; von Rohr, 2019; Pin, Spini, &amp; Perrig-Chiello, 2015)</p> <p>(Kessler et al., 2019)</p>
<p><b>Focus sur un syndrome gériatrique : La santé nutritionnelle<sup>20</sup></b></p>	
<p>i) Quel serait le score du MNA-SF? Calculer l'IMC. Est-il dans les normes?</p> <p>ii) A partir d'une évaluation clinique/gériatrique standardisée (par ex. InterRAI), quels items retenir pour évaluer la dénutrition?</p> <p>iii) Selon l'analyse clinique ciblée, proposer des objectifs et des actions à mettre en place pour Mme Magenta</p>	<p>(Guigoz &amp; Vellas, 1995)</p> <p>(Busnel &amp; Ludwig, 2018)</p> <p>(Busnel et al., 2015)</p>
<p><b>Focus sur un syndrome gériatrique : Mobilité :douleur et activité physique</b></p>	
<p>d) Identifier les éléments essentiels de la douleur à évaluer</p> <p>e) A partir d'une évaluation clinique/gériatrique standardisée (par ex. InterRAI-HC), quels items retenir pour évaluer la douleur, l'activité physique ?</p> <p>f) Proposer des objectifs et des actions à mettre en place pour diminuer la douleur et faciliter la mobilité de Mme Magenta et argumentez les.</p>	<p>(Büla et al., 2014; Cedraschi et al., 2018; Poundja et al., 2007)</p>
<p><b>Focus sur un syndrome gériatrique : Etat dépressif</b></p>	
<p>d) Quelles sont les éléments/composants de l'état dépressif à évaluer?</p>	<p>(Belmin, 2009)</p>

<sup>20</sup> <http://www.sge-ssn.ch/fr/>

<p>e) A partir d'une évaluation clinique/gériatrique standardisée (par ex. InterRAI-HC), quels items retenir pour repérer l'état dépressif ?</p> <p>f) Proposer des objectifs et des actions à mettre en place pour Mme Magenta et argumentez les</p>	
<p><b>Ressources</b></p>	<p>(Gottlieb &amp; Gottlieb, 2014; World Health Organization, 2019)</p>
<p>d) Identifier les éléments qui constituent les capacités intrinsèques, les aptitudes fonctionnelles</p> <p>e) Identifier les ressources de Mme Magenta (capacités intrinsèques et aptitudes fonctionnelles)</p> <p>f) Qu'est ce qui est à valoriser ? Qu'est-ce qui est à optimiser ?</p>	<p>(Organisation mondiale de la santé, 2019)</p> <p>(Belloni &amp; Cesari, 2019)</p>
<p><b>Déterminants de la santé</b></p>	<p>(Cantoreggi, 2010; Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, 2009)</p>
<p>d) Qu'est-ce qu'un déterminant de santé?</p> <p>e) Identifier les déterminants de santé de Mme Magenta</p> <p>f) Comment agissent et interagissent ces déterminants dans la situation ? Quelles actions peut-on mener pour agir sur ces déterminants ?</p>	<p>(Haefliger et al., 2016)</p> <p>(Département de l'Emploi des Affaires Sociales et de la Santé &amp; Direction Générale de la Santé, 2016)</p>
<p><b>Complexité</b></p>	<p>(Busnel, Bridier-Boloré, et al., 2021)</p>
<p>a) Dans les soins, qu'est-ce que la complexité ? Quels sont les dimensions de la complexité ? Quels instruments permettent de repérer les situations complexes?</p> <p>b) Selon le COMID, quel est le score de complexité de Mme Magenta? A partir d'une évaluation clinique/gériatrique standardisée (par ex. InterRAI-HC), quels items retenir pour évaluer la complexité ?</p> <p>c) Comment adapter le plan de soins de Mme Magenta en intégrant l'analyse de la complexité dans une approche holistique? Quelles pourraient être les actions à mettre en place afin d'éviter que la situation se complexifie ?</p>	<p>(Busnel et al., 2018; Guitteny, 2014; Huyse et al., 2001; Pratt et al., 2015; Stiefel et al., 1999)</p> <p>(Busnel, Vallet, et al., 2021)</p>
<p><b>Plan d'intervention</b></p>	<p>21</p>
<p>d) Prioriser les axes de prise en soins</p>	

<sup>21</sup> <http://nanda.host4kb.com/category/63/0/10/English-/Frequently-Asked-Questions/Nursing-Diagnosis/>

e) Formuler des objectifs de prise en soin dans votre approche métier disciplinaire (soins infirmiers, stomathérapeute, physiothérapeute, assistants sociaux...)	(NANDA International, 2019; Pascal & Frécon Valentin, 2016)
f) Argumenter les objectifs et moyens de la prise en soin ciblée et personnalisée de Mme Magenta dans une approche interprofessionnelle (Patient, proche aidant, médecins, professionnels de santé et du social) ?	(Haute autorité de santé, 2019; Psiuk, 2012)

D'autres focus cliniques sont bien entendus possibles tels que celui de l'image corporelle et schéma corporel<sup>22</sup> (Morin, 2013a, 2013b), place de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) (Lataillade et al., 2020), solitude et isolement social, sommeil...

---

<sup>22</sup> [https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/direction\\_des\\_soins/documents/concept\\_ic\\_22oct06.pdf](https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/direction_des_soins/documents/concept_ic_22oct06.pdf)

Métaparadigme infirmier

Personne	Environnement
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mme Magenta</li> <li>– Age : 75 ans</li> <li>– Sexe : Féminin</li> <li>– Etat matrimonial : Marié</li> <li>– Deux enfants qui habitent à Berne et à Zurich</li> <li>– Origine : Nationalité suisse, est née et a vécu à Genève toute sa vie</li> <li>– Education : Niveau secondaire II professionnel</li> <li>– Situation professionnelle: Infirmière à la retraite depuis 10 ans</li> <li>– Revenus : Pas de problèmes financiers.</li> <li>– Activités : Jardinage, faire des mots croisés et écouter la radio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Physique : Vit avec son mari dans une maison adaptée à leurs besoins. Travaux réalisés à titre préventif : suppression des marches et de tout obstacle, amélioration de revêtements du sol, remplacement de la baignoire par une douche, optimisation de l'éclairage à l'intérieur.</li> <li>– Quartier résidentiel, proximité des transports publics (5min à pied) et des commodités (5min en voiture)</li> <li>– Social : Ses deux enfants habitent à Berne et Zurich mais sont présents dans leur vie.</li> <li>– Mobilité : A arrêté de faire 1 km de marche 3 à 4x/semaine suite à son hospitalisation et état de déprime. Retour de ses anciennes douleurs (7/10) à la hanche gauche lors de ses déplacements. Se déplace avec un appui canne ou prend appui sur son mari. N'arrive plus à rentrer dans sa voiture</li> <li>– Proche aidant de son mari qui souffre de la maladie d'Alzheimer (aide dans ses AIVQ et supervision dans les AVQ)</li> </ul>
Santé	Soins
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnostics : Cancer du côlon transverse récemment opéré; douleurs (7/10) à la hanche gauche, hypertension artérielle traitée (Tension artérielle : 125/69 mmHg, Fréquence cardiaque : 85 bpm)</li> <li>– Antécédents personnels : Prothèse totale de la hanche à gauche il y a 5 ans, suite à une chute.</li> <li>– Perte de poids de 4kg en 1 mois (liée à une perte d'appétit et état de déprime). Poids actuel : 49 kg et taille : 162 cm</li> <li>– Troubles du sommeil (se réveille la nuit sans réussir à se rendormir par la suite)</li> <li>– Fatigue</li> <li>– Vision diminuée (lunettes plus adaptées)</li> <li>– Audition diminué : Besoin d'appareils auditifs</li> <li>– Capacités cognitives : Pas de troubles cognitifs</li> <li>– Humeur : Etat de déprime. Baisse de vitalité et de motivation</li> <li>– Douleurs (7/10) à la hanche gauche lors de ses déplacements</li> <li>– Se déplace avec une canne ou prend appui sur son mari</li> <li>– Pas de directives anticipées</li> <li>– Aucune allergie connue</li> <li>– N'arrive plus à rentrer dans sa voiture</li> <li>– Se sent moins sécurisée à la douche. Fait sa toilette partielle au lavabo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Autonome dans ses AVQ et AIVQ.</li> <li>– Autonome dans la prise en soin de sa poche de stomie.</li> <li>– Soins professionnels :</li> <li>– Évaluation globale par une infirmière planifiée pour le lendemain.</li> <li>– Prochain rendez-vous chez son médecin traitant prévu pour dans 1 mois</li> <li>– Rendez-vous chez le chirurgien viscéral prévu pour dans 1 mois</li> <li>– Traitements : Prise autonome des traitements, adhésion complète</li> <li>– Lisinopril, per os (antihypertenseur) : 10 mg/jour</li> <li>– Calcimagon D3, per os (calcium et vitamine D3) : 500mg/jour</li> <li>– Dafalgan (Paracétamol), per os (antalgique): 1000 mg 3x/j</li> <li>– Omeprazol, per os (antiulcéreux) : 20 mg/jour</li> <li>– Anxiolit, per os (anxiolytique) : 7,5 mg/jour</li> <li>– Irfen, per os (anti-inflammatoire non stéroïdien) : 600 mg/jour</li> <li>–</li> </ul>

Classification par problèmes, risques, zone d'ombre et ressources

Problèmes	Risques
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Problème d'estime de soi lié à une difficulté d'acceptation de sa nouvelle image corporelle – poche de stomie</li> <li>– Etat de déprime et difficulté de Mme Magenta à prendre soin de son mari, liée à ses sentiments de détresse et dépression Solitude et isolement social</li> <li>– Sommeil insuffisant</li> <li>– Fatigue</li> <li>– Malnutrition avérée</li> <li>– Arrêt de son activité physique lié à son état de déprime</li> <li>– Douleurs à la hanche gauche lors des déplacements (n'arrive plus à monter dans sa voiture pour aller faire ses courses, besoin de se déplacer avec une canne ou appui sur son mari)</li> <li>– Perturbation de la dynamique du couple, liée à une séparation lors de l'hospitalisation de Mme Magenta et le séjour de son mari dans une UATR</li> <li>– Vision diminuée</li> <li>– Logement en désordre depuis son retour d'hospitalisation. Ménage négligé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Risque d'augmentation des troubles de la marche lié à la diminution de l'activité physique, aux douleurs de la hanche gauche, à la perte de poids et de la force musculaire...)</li> <li>– Risque de décompensation de son hypertension artérielle chronique</li> <li>– Risque de récurrence de son cancer</li> <li>– Risques liés à la stomie (saignements, sténose, prolapsus, éventration, œdème stomial ...)</li> <li>– Risque de chutes lié à ses douleurs à la hanche gauche et troubles de la marche</li> <li>– Risque de fonte musculaire</li> <li>– Risque de dépression sévère</li> <li>– Risque d'épuisement du proche aidant et impossibilité du maintien à domicile du mari de Mme Magenta</li> <li>– Risque de tension entre le couple, de perte de repères/rituels pour Monsieur et d'apparition de troubles du comportement</li> </ul>
Ressources	Zones d'ombre
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ressources sociales : ses enfants et ses voisins</li> <li>– Ressources instrumentales : Radio, téléphone</li> <li>– Ressources structurelles : Sa maison où Mme Magenta a vécu presque toute sa vie. La bonne connaissance de son quartier et voisins. Situation financière confortable. Satisfaction de son cadre de vie. Sa voiture et permis de conduire pour aller au centre-ville et accéder aux commerces</li> <li>–</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Etat dépressif : lié à une difficulté d'adaptation transitoire ou inquiétudes plus profondes sur son avenir et son mari, impact de l'état dépressif dans sa prise en soins ?</li> <li>– Impact de l'état dépressif dans la prise en soins de son mari et son maintien à domicile ?</li> <li>– Maîtrise de ses douleurs (adaptation de son traitement antidouleur prescrit) et investigation de l'origine de ses douleurs sévères (7/10) à la hanche gauche – Diminution de l'activité physique et/ou problème lié à la prothèse : ossification, descellement de la prothèse, infection ... ? Prend en systématique du Dafalgan en réserve, si non pourquoi ?</li> <li>– Besoin de séances de physiothérapie ? Peur de chuter ?</li> <li>– Lunettes plus adaptées à ses besoins. Evaluation ophtalmique ?</li> <li>– Absence de maquillage et de soins de l'apparence ? Vécus, ressentis liés à son image corporelle et aux soins fournis, à la perte de mobilité ?</li> <li>– Perte de poids (fatigue, état de déprime, douleurs ?)</li> <li>– Quels sont les moments plus difficiles dans l'accompagnement de son mari ? Quel est le rôle/responsabilités dans la prise en soin de son mari qu'elle veut conserver, qu'elle pourrait partager/déléguer avec les soignants ? Comment voit-elle l'évolution de la maladie de son mari et son accompagnement ? Considère-t-elle la gestion au quotidien de son mari comme un fardeau ?</li> <li>– Comment voit-elle son avenir en termes d'évolution de sa santé ? et pour son mari ? Quelle intégration de ses enfants</li> </ul>

	<p>dans les choix de santé/de traitement la concernant et concernant ceux de son mari ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Quels sont ses objectifs de vie pour elle et son mari ? Comment voit-elle l'avenir ? Quelles sont ses aspirations, ses envies ? Existe-t-il des directives anticipées pour son mari ?</li><li>– Besoin d'un accompagnement professionnel à la maison pour Mme Magenta et son mari ? Soutien à domicile ? foyer de jour pour son mari ? séjour plus régulier en UATR ?</li><li>– Comment les enfants de Mme Magenta perçoivent-ils la situation ? Projections/souhaits quant à l'avenir de leurs parents ?</li><li>– Aide pour les courses ? Livraison des repas à domicile ?</li></ul>
--	--

## Synthèse des scores aux échelles mobilisées

Les codages renseignés sont basés sur l'évaluation globale standardisée réalisée au moyen de l'interRAI-HC.

### Fragilité (phénotype, score de Fried)

Items interRAI-HC	Codage de la situation
K2a. perte de poids, recodé	1
J5. fatigue, recodé	1
J3a Difficulté/incapacité à se mettre debout sans aide	0
G1fa Escaliers	0
V1: Frailty Fried - G4a. Total heure activité / exercice physique, recodé	1
V1: Frailty Fried: Total déficits	3/5
V1: Frailty Fried: Phénotype (0 : robuste ; 1-2 : pré-fragile ; 3 ou + : fragile)	<b>Fragile</b>

### Nutrition (score MNA-SF)

Items MNA-SF	Codage de la situation
Moins mangé ces 3 derniers	0
Perte récente de poids (<3 mois)	0
Motricité	2
Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?	0
Problèmes neuropsychologiques	1
Indice de masse corporelle IMC	0
Total	3
Statut : 12-14 : normal ; 8-11 : risque de dénutrition ; 0-7 dénutrition avérée	<b>Malnutrition avérée</b>

### Fragilité (accumulation de déficits, score CFS)

#### Score du Clinical frailty Scale



5. **Fragilité légère** - Personne visiblement moins active qui a besoin d'aide pour accomplir des activités de la vie domestique plus pointues, tels les finances, le transport, les gros travaux ménagers ou la gestion de ses médicaments. Typiquement, la personne demande progressivement plus d'aide pour aller magasiner, marcher dehors, pour effectuer les travaux domestiques ou préparer des repas.



Fragilité (accumulation de déficits, score IF)

Items interRAI-HC	Codage de la situation
C1. Facultés cognitives pour les décisions courantes, recodé	0
C3a. Facilement distrait, recodé	0
C2a. Mémoire à court terme, recodé	0
C2b. Mémoire procédurale, recodé	0
C3b. Episode de discours incohérent, recodé	0
D1. Capacité à se faire comprendre, recodé	0
D2. Capacité à comprendre les autres, recodé	0
D3. Audition, recodé	1
D4. Vision, recodé	0
E1a. Expression négative	0
E1b. Colère perpétuelle envers soi-même ou les autres	0
E1c. Expression de craintes non fondées, recodé	0
E1d. Plaintes somatiques répétées, recodé	0
E2c. Tristesse, désespoir, déprime, recodé	1
E3a. Errance, recodé	0
E1i. Retrait des activités présentant un intérêt	1
F2. Solitude, recodé	1
G1f.c Monter / descendre les escaliers, recodé	0
G2a.Toilette complète	1
G2b. Hygiène personnelle, recodé	0.5
G2c, G2d. Habillage, recodés	0
G2e. Marche (intérieur)	0
G2g. Mobilité sur les toilettes, recodé	0
G2h. Utilisation des toilettes, recodé	0
G2i. Mobilité dans le lit	0
G2j. S'alimenter, recodé	0
G3a. Principal mode de déplacement, recodé	0.5
G4a. Activités / exercice physique, recodé	1
G4b. Nombre de jours avec une sortie du logement	1
H1. Continence urinaire	0
H3. Continence fécale, recodé	0
H2, H4. Moyen contre continence.	0.5
J1.a/b Chutes, recodé	0
J3d. Démarche instable, recodé	1
J3l. Constipation, recodé	0
J3m. Diarrhée, recodé	0
J3n. Vomissements	0
J3u. Œdème périphérique, recodé	0
J3o., J3p. Sommeil insuffisant ou excessif, recodé	1
J4. Dyspnées, recodé	0
J5. Fatigue, recodé	1
J6a. Fréquence des douleurs, recodé	1
J6b. Intensité maximale de la douleur, recodé	1
K2a. Perte de poids, recodé	1
J6e Maitrise de la douleur	1
K2c. Insuffisance de liquide	0



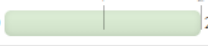






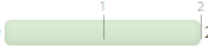









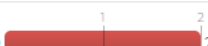

K2d élimination liquidiennes	0
K3. Mode d'alimentation, recodé	0
K1. Indice de masse corporelle, recodé	1
L4. Problèmes de peau importants, recodé	1
L7. Problèmes de pieds, recodé	0
M1x. Nombre de substances en prises régulières, recodé	1
<b>Frailty Swiss: Total déficits</b>	<b>18.5</b>
<b>Frailty Swiss: Valeur dénominateur</b>	<b>52</b>
<b>Frailty Swiss: Index (IF)</b>	<b>0.35</b>

### Complexité multidimensionnelle (score COMID)



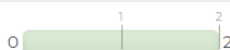
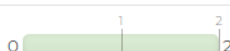

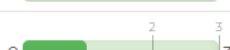
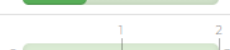

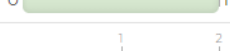


Items COMID	Codage de la situation
1.a.Maladies chroniques ou un/des symptôme(s) inexpliqué(s)	0
1.b. Douleurs chroniques	0
1.c.Intolérance à un médicament et/ou une allergie	0
1.d. 5 médicaments ou plus	1
1.e. Troubles cognitifs	0
2.a. Difficultés financières régulières	0
2.b. Absence ou épuisement du proches aidants et/ou tensions familiales	1
2.c. Littératie	0
2.d. Isolement	1
2.e. Logement inadapté /obstacles à la mobilité dans l'environnement	0
3.a. Dépression/idées suicidaires	0
3.b. Maladie psychiatrique ou des troubles psychiques	0
3.c Addiction / Dépendance	0
3.d Anxiété /angoisse	0
3.e. Etat mental variant au cours de la journée	0
4.a. Sollicitation récurrente du réseaux de soins	0
4.b. Communication conflictuelle avec réseau de soins	0
4.c. Inquiétude face à santé	1
4.d. Agressivité	0
4.e. Refus soins	0
5.a. Dégradation état santé	1
5.b. Dégradation indépendance	1
5.c. Période de transition	1
5.d. Changement capacités cognitives	0
5.e.Evolution santé imprévisible/instable	1
6.a. Multiples professionnels intervenants	0
6.b. Communication inadéquate avec les différents professionnels	0
6.c. Prise en soin manque de cohérence	0
6.d. Problèmes avec assurance	0
6.e.Prise en soin lourde émotionnellement ou physiquement	1
<b>Score total</b>	<b>9</b>
<b>Situation évaluée selon le jugement clinique : simple ou complexe</b>	<b>Complexe</b>

Pistes pour des actions personnalisées

interRAI-HC<sub>suisse</sub> - Analyse des alarmes (CAPs)<sup>23</sup> :

<u>Alarmes</u>	<u>Abréviation</u>	<u>Stade</u>	
Promotion des activités physiques (0-1)	PACTIV	Non déclenchée	0  1
Activités instrumentales de la vie quotidienne (0-1)	AIVQ	Non déclenchées	0  1
Activités de la vie quotidienne (0-2)	AVQ	Non déclenchées	0  2
 Adaptation du logement (0-1)	ENVIR	Déclenché	0  1
Risque d'entrée en institution (0-1)	RISK	Non déclenché	0  1
 Perte cognitive (0-2)	COGNIT	Déclenché pour surveillance du risque de déclin cognitive	0  2
Delirium (0-1)	DELIR	Non déclenché	0  1
Communication (0-2)	COMMUN	Non déclenchée	0  2
 Humeur (0-2)	MOOD	Déclenchée - risque modéré	0  2
Comportement (0-2)	BEHAV	Non déclenché	0  2
Maltraitance (0-2)	ABUSE	Non déclenchée	0  2
Aide informelle (0-1)	BRITSU	Non déclenchée	0  1
 Relations sociales (0-1)	SOCFUNC	Déclenchées	0  1
Chutes (0-2)	FALLS	Non déclenchées	0  2
 Douleur (0-2)	PAIN	Déclenchée - risque élevé	0  2
Escarre/Ulcère décupitus/de pression (0-3)	PULCER	Non déclenchée	0  3

<sup>23</sup> interRAI-HC renseigné selon les éléments de la vignette de Mme Magenta par C. Guéinchault avec la version test RAIssoft en date du 04.11.2020

Problèmes cardio-respiratoires (0-1)	CARDIO	<b>Non déclenchés</b>	
<b>⚠</b> Dénutrition/Malnutrition (0-2)	NUTR	<b>Déclenchée - risque élevé</b>	
Déshydratation (0-2)	DEHYD	<b>Non déclenchée</b>	
Tube d'alimentation/Alimentation par sonde (0-2)	FEEDTB	<b>Non déclenché</b>	
Consommation de tabac et d'alcool (0-1)	ADD	<b>Non déclenchée</b>	
<b>⚠</b> Incontinence urinaire (0-3)	URIN	<b>Non déclenchée - continent</b>	
Problèmes intestinaux (0-2)	BOWEL	<b>Non déclenchés</b>	
Adéquation des médicaments (0-1)	DRUG	<b>Non déclenchée</b>	
<b>⚠</b> Fragilité par accumulation de déficits (0-2)	IF	<b>Déclenché pour réduire la fragilité par accumulation de déficits : fragilité sévère</b>	
<b>⚠</b> Complexité (0-2)	ICpx	<b>Déclenché pour prévenir la complexité de la prise en soins : à risque de complexité</b>	
<b>⚠</b> Phénotype de fragilité physique (0-2)	FF	<b>Déclenché pour réduire la fragilité physique fragile</b>	

interRAI-HC<sub>suisse</sub> - Echelles de performance

Echelles	Abréviation	Stade	
<b>ÉCHELLES</b>			
Échelle hiérarchique des activités de la vie quotidienne (AVQ) (0-6)	ADLH	<b>Indépendance (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 6
Échelle hiérarchique des AVQ, version longue (0-28)	ADLLF	<b>Aucune restriction des AVQ (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 28
Échelle hiérarchique des AVQ, version courte (0-16)	ADLSF	<b>Aucune restriction des AVQ (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 16
Échelle de comportements agressifs (0-12)	ABS	<b>Aucun signe d'agressivité (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 12
Body Mass Index (5-70)	BMI	<b>18.67</b>	5 <input type="text" value=""/> 70
Échelle de performance cognitive (0-8)	CPS2	<b>Presque intacte 2 (3)</b>	0 <input type="text" value=""/> 8
Échelle de performance cognitive (0-6)	CPS	<b>Presque intacte (1)</b>	0 <input type="text" value=""/> 6
Échelle de communication (0-8)	COMM	<b>Déficiência légère (2)</b>	0 <input type="text" value=""/> 8
Indice de sévérité des atteintes sensorielles (0-5)	DbSI	<b>Un sens intact et déficiência légère/modérée de l'autre (1)</b>	0 <input type="text" value=""/> 5
Échelle de mesure la dépression (0-14)	DRS	<b>2</b>	0 <input type="text" value=""/> 14
Risque accru de séjour non planifié aux urgences (1-6)	DIVERT	<b>2</b>	1 <input type="text" value=""/> 6
Risque de chute (0-3)	FALLS	<b>0</b>	0 <input type="text" value=""/> 3
Échelle hiérarchique fonctionnelle AVQ-AIVQ (0-11)	FUNH	<b>OK (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 11
Échelle de la capacité des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) (0-6)	IADLCH	<b>OK - aucune difficulté (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 6
Méthode d'attribution de niveaux d'urgence (1-5)	MAPLE 5	<b>Modéré (3)</b>	1 <input type="text" value=""/> 5
Douleur (0-4)	PAIN	<b>Douleur sévère quotidienne (3)</b>	0 <input type="text" value=""/> 4
Échelle de risque d'ulcère de pression (0-8)	PURS	<b>Faible risque (2)</b>	0 <input type="text" value=""/> 8
IF_score (0-1)	IF_score	<b>0.34</b>	0 <input type="text" value=""/> 1
Complexité (0-26)	ICpx_score	<b>Risque de complexité (8)</b>	0 <input type="text" value=""/> 26

interRAI-HC<sub>suisse</sub> - Synthèse des remarques

**REMARQUES**

Temps depuis la dernière hospitalisation	A13	Il y a de 31 à 90 jours <i>"Hospitalisée le 4 octobre pour une durée de 15 jours."</i>
Audition	D3	Adéquate - Aucune difficulté à suivre une conversation normale, à interagir avec les autres et/ou écouter la télévision <i>"Mme M a besoin d'appareil auditif pour bien entendre la radio et la télévision, mais en ce moment elle oublie de les mettre."</i>
Vision	D4	Difficulté légère - Ne lit que les gros caractères des journaux/livres mais pas les caractères normaux <i>"Baisse de sa vision en fin de journée. Probablement lié à sa fatigue."</i>
Participation à des activités sociales dont l'intérêt date de longtemps	F1a	Il y a plus de 30 jours <i>"Mme M s'isole du monde extérieur par gêne en lien avec sa colostomie."</i>
Visite ou reçoit une visite d'un(e) ami(e) ou d'une connaissance de longue date ou d'un membre de la famille	F1b	Il y a plus de 30 jours <i>"C'est par choix que Mme M évite les visites depuis son hospitalisation."</i>
Autre interaction avec un(e) ami(e) ou connaissance de longue date ou un membre de la famille (p.ex. téléphone, courriel, skype, messages instantanés)	F1c	Au cours des 3 derniers jours <i>"Téléphone quotidien avec les enfants."</i>
Solitude	F2	Oui <i>"Mme M se sent seule et déprimée au regard de la charge en lien avec la maladie de son mari très dépendant et de ses propres problèmes de santé."</i>
Changement dans les activités au cours des 90 DERNIERS JOURS (ou depuis la dernière évaluation si celle-ci est plus récente)	F3	Diminution, en souffre <i>"Mme M a beaucoup réduit ses activités sociales et passe la plupart de son temps à la maison, car elle ne peut laisser son mari, atteint de la maladie d'Alzheimer, sans surveillance. Il la suit partout et cela pose parfois problème à cause de ses troubles cognitifs."</i>
Temps pendant la journée (matin et après-midi) où la personne est seule	F4	Moins de 1 heure <i>"Mme M n'est jamais seule, sauf lorsqu'elle se rend en ville en voiture pour faire les courses."</i>
Événement stressant au cours des 90 DERNIERS JOURS	F5	Oui <i>"Occlusion intestinale aiguë suivi d'un diagnostic d'une tumeur de stade I au niveau du colon transverse, il y a un mois., nécessitant 15 jours d'hospitalisation. Placement de son mari à l'UATR pendant ce temps. Séparation stressante pour Mme M."</i>
Ménage courant - Comment le ménage courant est-il fait (par ex. faire la vaisselle, épousseter, faire les lits, ranger, faire la lessive)? - Performance effective	G1bA	Indépendance - Aucune aide, préparation ou supervision <i>"Mme M néglige son intérieur par manque de motivation, courage et énergie. Elle est en demande d'aide pour cette tâche."</i>
Gestion de l'argent - Comment sont payées les factures, sont équilibrés les comptes, sont budgétisées les dépenses de la maison et comment est surveillé le compte de la carte de crédit? - Performance effective	G1cA	Aide limitée - Aide requise à quelques occasions <i>"Mme M. a de la difficulté à gérer ses factures depuis son retour d'hôpital il y a deux semaines, lié à sa fatigue et le sentiment d'être dépassée."</i>

Bain, douche	G2a	L'activité n'a pas eu lieu au cours de la période évaluée <i>"Mme M se limite à la toilette partielle au lavabo parce qu'elle n'arrive plus à se baisser pour laver ses pieds et ne se sent plus en sécurité depuis quelques jours ."</i>
Principal mode de déplacement à l'intérieur	G3a	Marche, avec moyen auxiliaire <i>"Se déplace avec une canne depuis une semaine ou prend appui sur son mari."</i>
Distance de marche	G3b	De 5-49 mètres <i>"Mme M a arrêté complètement toute activité physique depuis le retour d'hôpital (15 jours). Diminution drastique de sa mobilité depuis l'hospitalisation."</i>
Fracture de hanche au cours des 30 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si celle-ci est plus récente)	I2a	Diagnostic absent <i>"PTH gauche il y a 5 ans."</i>
Cancer	I2t	Diagnostic principal, diagnostic pour l'épisode de soins actuel <i>"Tumeur stade I colon transverse"</i>
Hygiène - Mauvaise hygiène inhabituelle, négligé	J3s	Non présent(e)(s) <i>"Mme M ne fait plus trop attention à son apparence (maquillage) contrairement à son habitude."</i>
Asthénie (fatigue)	J5	Importante - est incapable à cause d'une perte d'énergie de commencer certaines activités quotidiennes habituelles <i>"Mme M ne fait plus le ménage, laisse accumuler son courrier non-traité, n'a plus envie ni l'énergie pour cuisiner."</i>
Fréquence de la douleur - Fréquence à laquelle la personne se plaint ou manifeste des signes de douleur (Inclus grimaces, serremments de dents, gémissements, retrait lors d'un contact ou d'autres manifestations non verbales suggérant la douleur)	J6a	Manifestée chaque jour au cours des 3 derniers jours <i>"Douleurs à sa hanche gauche."</i>
Intensité de la douleur présente la plus intense	J6b	Douleur forte <i>"EVA: 7/10"</i>
Maîtrise de la douleur - Adéquation du traitement thérapeutique actuel pour maîtriser la douleur (selon la personne)	J6e	Le traitement est suivi, mais la douleur n'est pas adéquatement maîtrisée <i>"Mme M bouge beaucoup moins qu'auparavant, ce qui a provoqué probablement le regain de douleurs. Avant l'hospitalisation elle réussissait d'éviter ce genre de douleurs grâce à l'activité physique régulière. Est-ce que la réserve de Dafalgan prescrit est prise?"</i>
Problème de santé ou maladies rendant instables l'état cognitif, les AVQ, l'humeur ou le comportement (fluctuant, précaire ou se détériorant)	J7a	Oui <i>"Colostomie suite à son ablation de tumeur du colon transverse il y a 1 mois."</i>
Perte de poids de 5% ou plus au cours du dernier mois, ou de 10% ou plus au cours des 6 derniers mois	K2a	Oui <i>"Perte de 4 kg durant le dernier mois."</i>
Lésion cutanée ou coupure	L5	Oui <i>"Colostomie temporaire."</i>
Liste des médicaments	M2	Une liste actualisée des médicaments avec dosage existe <i>"Lisinopril : 10mg/j Omeprazol: 20 mg/j Anxiolit: 7,5 mg/j Calcimagon D3: 500 mg/j Irfen: 600 mg/j Dafalgan 1000 mg, 4x / j en réserve"</i>

## Analyse globale de la situation

- Analyse évaluation spécifiques : ressources, problématiques, risques, zones d'ombre comme par exemple :
  - Accompagnement de Mme Magenta à identifier ses forces, ressources et potentiels, ses aspirations et motivations quant à son quotidien, son avenir
  - Accompagnement pour l'élaboration de directives anticipées/plan de soins anticipés pour le couple (Office fédéral de la santé publique OFSP et palliative ch, 2018)
  - Examen clinique ciblé (Voyer, 2017a, 2017b)
    - o Solitude, isolement social et état de déprime
      - Référencier Mme Magenta à une Association et groupe de soutien aux personnes porteurs d'une poche de stomie.
      - Augmentation à 2 x/semaine de l'accompagnement de stomathérapie pour un accompagnement psychologique face à la stomie, conseils alimentaires (en cas d'odeurs désagréables, des gaz, diarrhée, constipation, la reprise des loisirs, la pratique d'une activité physique, quels vêtements porter, les signes d'alerte... Si possible, prévoir les consultations à domicile, évitant que Mme Magenta se déplace à l'hôpital suivie de son mari<sup>24</sup>.
        - Surveillance et orientation chez médecin ou spécialiste si péjoration de l'humeur dépressive
    - o Enseigner et alerter pour les signes de récurrence du cancer<sup>25</sup>, en s'assurant des connaissances de Mme Magenta (Lataillade et al., 2020; Soravia, Beyeler, & Lataillade, 2005)
      - Troubles du transit intestinal
      - Altération de l'état général (perte d'appétit, amaigrissement, fatigue)
      - Douleurs semblables à une sciatique ou des douleurs anales
      - Sang dans les selles
      - Faux besoins
      - Gêne en position assise
      - Augmentation du volume abdominal
    - o Douleurs et mobilité (Organisation mondiale de la santé, 2019)
      - Évaluation du traitement antalgique en systématique,
      - Evaluation orthopédique pour identifier l'origine de ses douleurs sévères à la hanche gauche.
      - Séances de physiothérapie à la maison ?
    - o Alimentation (Busnel et al., 2017; Organisation mondiale de la santé, 2019) Cf. ICOPE chapitre 6
      - Appétit, motivation à cuisiner
      - Habitudes alimentaires ?
      - Livraison de repas ?
      - Évaluation avec une diététicienne

---

<sup>24</sup> <https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/colostomie.pdf>  
<https://www.hug.ch/procedures-de-soins/soins-au-patient-porteur-de-colostomie-ileostomie>

<sup>25</sup> <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Suivi>



- Suivi du poids 1x/semaine, journal alimentaire, MNA-SF, suivi sanguin (albumine, préalbumine) par exemple à déterminer avec le médecin
- Evaluer l'impact sur le mari ?
  
- Fatigue et troubles du sommeil
  - Prise en soin de son état de déprime
  - Evaluation de la quantité et qualité du sommeil (sieste et nuit)
  - Evaluation de la prise de caféine ou autre avant de se coucher
  
- Vision
  - CF ICOPE et Orientation ophtalmologiste
  
- Evaluation des besoins en tant que proche aidante social
  - Evaluation Fardeau du proche aidant
  - Evaluation du besoin d'une visite à domicile pour la prise en soin de son mari pendant cette période de transition.
  - Orientation, accompagnement pour des démarches par exemple foyer de jour, association Alzheimer, café des aidants, séjour plus réguliers en UATR
  - Aide-ménagère régulière ?
  - Le mari est-il suivi ? mise en place d'une aide pour les AVQ ?
  
- Information médecin du retour de l'évaluation globale et ciblée
  
- Élaborer un plan de soin individualisé incluant des stratégies de compensation et d'optimisation des ressources (motivation) de Mme Magenta
  
- Mise en place d'interventions précoces en partenariat avec Mme Magenta, médecin traitant, stomathérapeute, diététicienne (coordination interprofessionnelle), afin de prioriser les actions à mettre en place en partenariat, telle que la promotion de la santé, la prévention, la gestion clinique, l'exercice physique, la nutrition, l'estime de soi.



## Vignette 4 - Mr Brun

Fragilité –

Complexité +++

## Anamnèse

Mr Brun est un homme de 75 ans de nationalité suisse. Il a une formation d'ingénieur et est retraité des services industriels (ancien cadre intermédiaire). Il touche une retraite de 6'000 CHF/mois. Il vit à Genève depuis 35 ans, dans un appartement de 6 pièces au 1<sup>er</sup> étage avec ascenseur (10 marches au pallier). Le loyer est de 1'000 CHF/mois. Il vit seul depuis le décès de sa femme il y a 7 ans, mais depuis 2 mois un de ses petit-fils s'est installé chez lui.

Il a 2 enfants, son fils est infirmier, sa fille est comptable. Il voit son fils au restaurant un samedi sur deux, ce dernier l'aide pour ses tâches administratives. Sa fille vit à Londres depuis 2 ans. Il la voit pour les fêtes de famille. Il a un contact quotidien par WhatsApp. Il a trois petits enfants de 30, 26 et 24 ans. Le cadet, Léo, vit avec M. Brun depuis 2 mois à la suite d'une séparation et d'un déménagement en urgence. Mr Brun dit que Léo semble déprimé. Il se plaint du fait que Léo ne participe pas aux tâches ménagères, et qu'ils n'ont pas le même rythme de vie ni les mêmes sujets d'intérêts. Ils ne se croisent que le soir en semaine lorsque Léo cuisine pour eux deux. Mr Brun est seul les week-ends car Léo sort avec ses amis. Mr Brun sollicite de plus en plus son petit-fils pour ses AIVQ (courses et cuisine).

Depuis plusieurs années, les journées de Mr Brun sont rythmées par des activités qu'il apprécie. Pourtant, depuis 6 mois, il a réduit ces activités :

Chaque matin, il s'adonne au modélisme, mais désormais il a plus de peine à fabriquer de nouvelles maquettes. Sa vue a baissé en lien avec une cataracte à l'œil gauche, ses gestes sont moins précis et sa concentration est moins bonne. Il a quitté le forum internet dédié au modélisme car depuis que le site a changé, il ne comprend plus comment se connecter.

Chaque après-midi, il rencontre 3 amis au bar qui se situe à 200m de son domicile. Il déclare à l'infirmière y boire maximum 2dl de vin, mais Léo dit qu'il rentre ivre et qu'il se montre agressif verbalement avec lui et son aide-ménagère et l'infirmière. Depuis 2 semaines, un de ses amis est hospitalisé et l'autre en vacances. Il ne retrouve plus qu'un ami qu'il aime moins au bar et dit prendre moins de plaisir.

Il y a 6 mois, il a arrêté ses activités avec l'Association AVIVO car il voit mal l'écran au cinéma et n'a plus la force pour jouer à la pétanque.

Depuis lors, il regarde d'avantage la télévision (~4h/j), surtout Mezzo, une chaîne musicale qu'il apprécie beaucoup. Il dit avoir une humeur bonne et stable, mais se sent anxieux quand il pense au futur car il a l'impression que sa santé se dégrade et qu'il se sent ralenti dans ses AIVQ. Il a peur d'entrer un jour en EMS, qu'il décrit comme un « mouvoir » et c'est pourquoi il n'aime pas trop parler de ses soucis de santé ni avec son entourage ni avec son médecin, ni avec l'infirmière.

Mr Brun fait ses courses à la Migros en bas de son immeuble (à 30 m), il les fait plusieurs fois par semaine en petite quantité pour ne pas trop porter, Il oublie souvent de prendre les aliments essentiels permettant une alimentation équilibrée. Il ramène surtout du vin, du fromage et du pain et jamais de produits encombrants (papier WC, bouteilles d'eau). Léo doit compenser ce que son grand-père n'a pas pu acheter car c'est lui qui cuisine le soir pour M. Brun 5x/sem. Mr Brun prépare son petit-déjeuner (tartines et chicorée), mais ne cuisine plus car il n'a plus la force de porter les casseroles. Distrait, il lui arrive d'oublier les plaques de cuisson allumées, et Léo lui a demandé de ne plus utiliser la cuisinière. Léo a dit à l'infirmière qu'il est parfois fatigué et fâché de devoir fournir autant d'aide à son grand-père : « *C'est comme un enfant, on ne peut pas le quitter des yeux sans qu'il fasse de bêtises* ». Mr Brun peut cuisiner des plats froids, mais il préfère prendre le plat du jour à midi au restaurant en bas de chez lui. Mr Brun a un poids stable de 85kg pour 1m70.

Mr Brun a chuté il y a 1 mois dans l'allée en relevant son courrier. Il dit avoir raté une marche mais son petit-fils dit qu'il sentait fort l'alcool et avait sûrement trop bu. Il n'a pas consulté de médecin car, selon lui, la chute était sans

gravité. Depuis, M. Brun a peur de tomber, ce qui limite sa motivation à se déplacer à l'extérieur. Il se déplace avec prudence et plus lentement ces derniers temps (6m en 30 sec ou plus) en lien avec des douleurs d'arthrose dans les genoux. Il confie ne plus se sentir en sécurité à l'extérieur : « *tout le monde a le nez sur son portable et il paraît que les pickpockets s'attaquent aux personnes âgées !* »

Mr Brun a une aide-ménagère 2h par semaine. Il y aurait des petits travaux à faire pour adapter l'appartement et le rendre plus sûr comme fixer le tapis qui glissent, changer l'ampoule du couloir, mettre une barre dans la baignoire. Léo ne veut pas faire ces aménagements car il n'a ni le temps, ni les compétences manuelles et Mr Brun ne veut pas contacter d'ergothérapeute que lui a conseillé son fils car il dit ne pas être handicapé, seulement âgé, et que ça n'est pas pour lui.

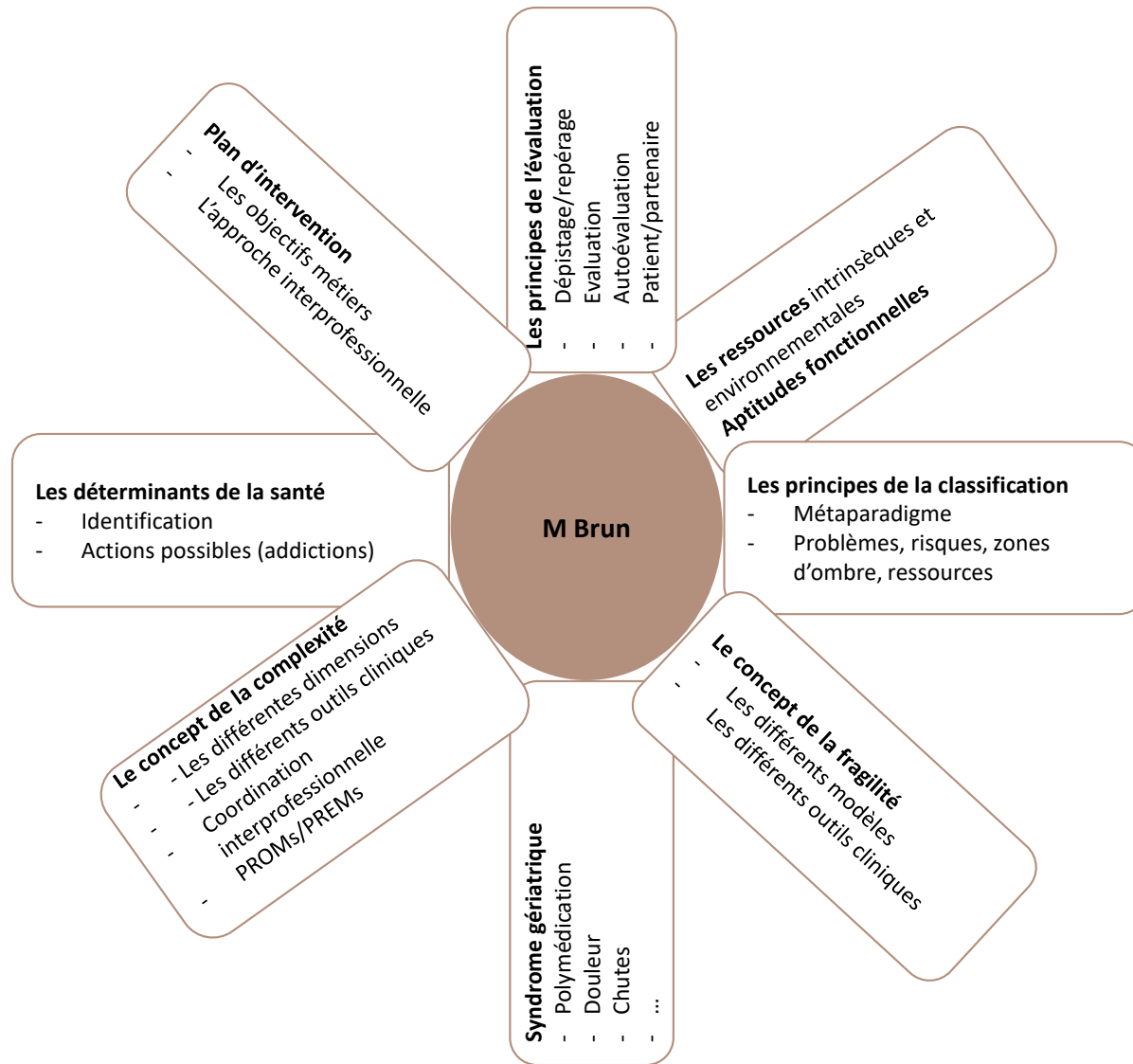
Mr Brun est autonome pour ses AVQ (toilette au lavabo, alimentation, locomotion, habillage). Pour les AIVQ, il est partiellement dépendant pour la préparation des repas, faire les courses, le ménage courant, la gestion des finances, la gestion des médicaments. Il est indépendant pour utiliser le téléphone, prendre les escaliers. Il est autonome pour les décisions de la vie quotidienne, mais prend parfois des décisions risquées car il se surestime. Parfois, il oublie d'éteindre les plaques, monte sur un tabouret pour changer une ampoule malgré son arthrose. M. Brun est facilement distrait mais il dit avoir une bonne mémoire.

Depuis sa chute, Mr Brun se plaint de douleurs intermittentes et modérées dans le bas du dos (EVA 4/10) partiellement soulagées par la prise d'analgésiques (traité par paracétamol 1g, 4x/jour). Depuis un mois, il est souvent réveillé par des maux de tête (5/10), il prend alors une aspirine 500mg 1x/j pour se rendormir. Ce traitement n'est pas prescrit et Léo sait que M. Brun n'en a pas parlé à son médecin car son grand-père lui a dit qu'il préfère ne pas se plaindre de sa santé devant le docteur par peur d'aller en EMS.

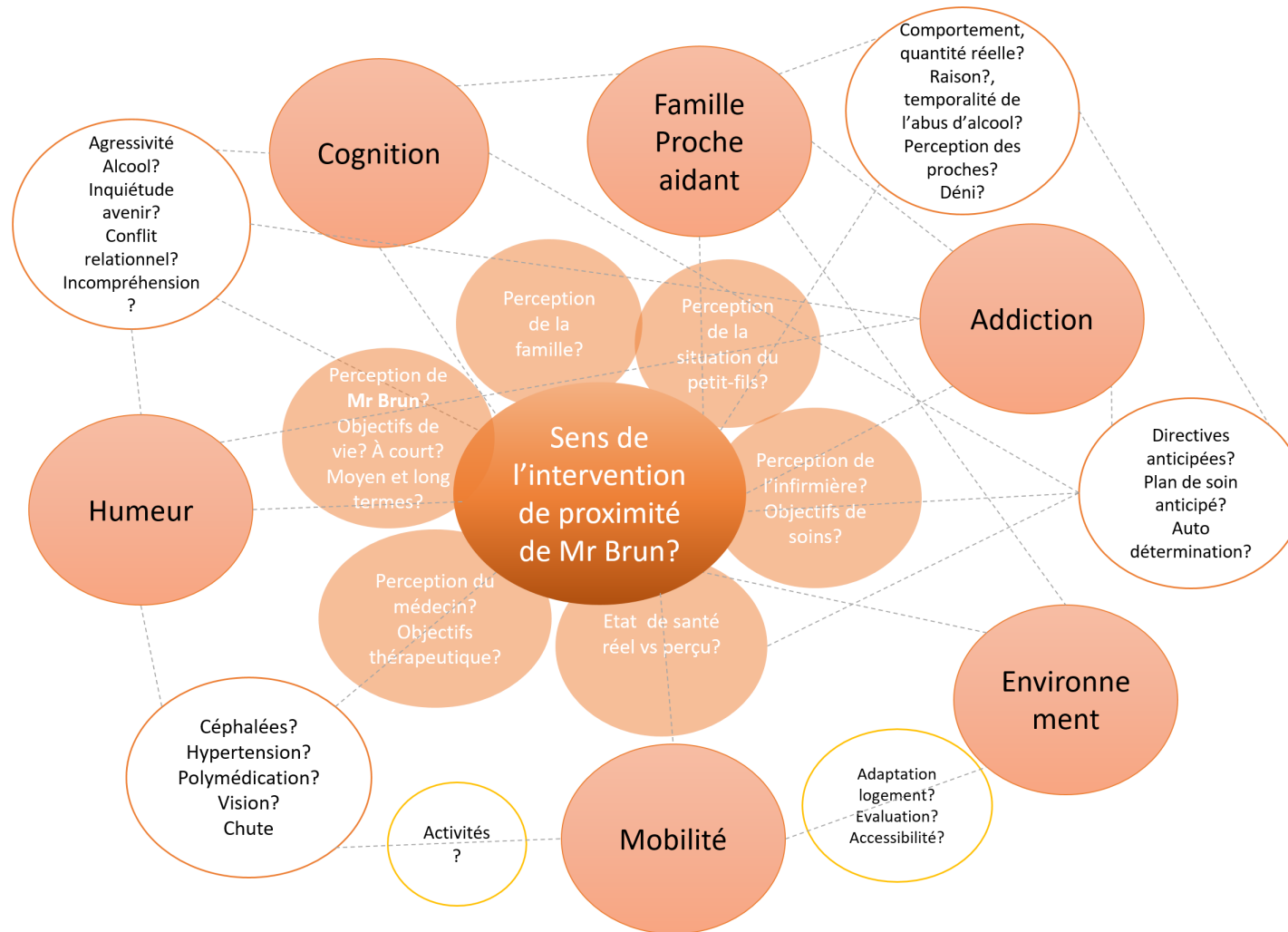
Mr Brun a une hyperplasie bénigne de la prostate (traité par Proscar 5mg, 1x/j) pour laquelle il voit un urologue 2x/an pour un suivi. Il a de l'hypercholestérolémie (traité par Lipanthil 200mg, 1x/j) mais ne veut pas modifier son alimentation. Il a de l'hypertension artérielle (traité par Meto Zerok 100mg, 1x/j et Torem 5mg, 1x/j). Ce traitement semble inadapté puisque plusieurs fois par semaine il fait des crises hypertensives à 190/100 mmHg. Pour prévenir l'ostéoporose et l'ostéomalacie il prend un traitement quotidien depuis 5 ans (traité par Calcimagon D3 500mg, 1x/j et VI-De 3 4500 U/ml, 8gtts/j). Il a une cataracte à l'œil gauche et sa vue se dégrade progressivement (opération planifiée dans 1 an). Avec ses proches et les professionnels de santé, Mr Brun ne reconnaît pas avoir une consommation problématique d'alcool.

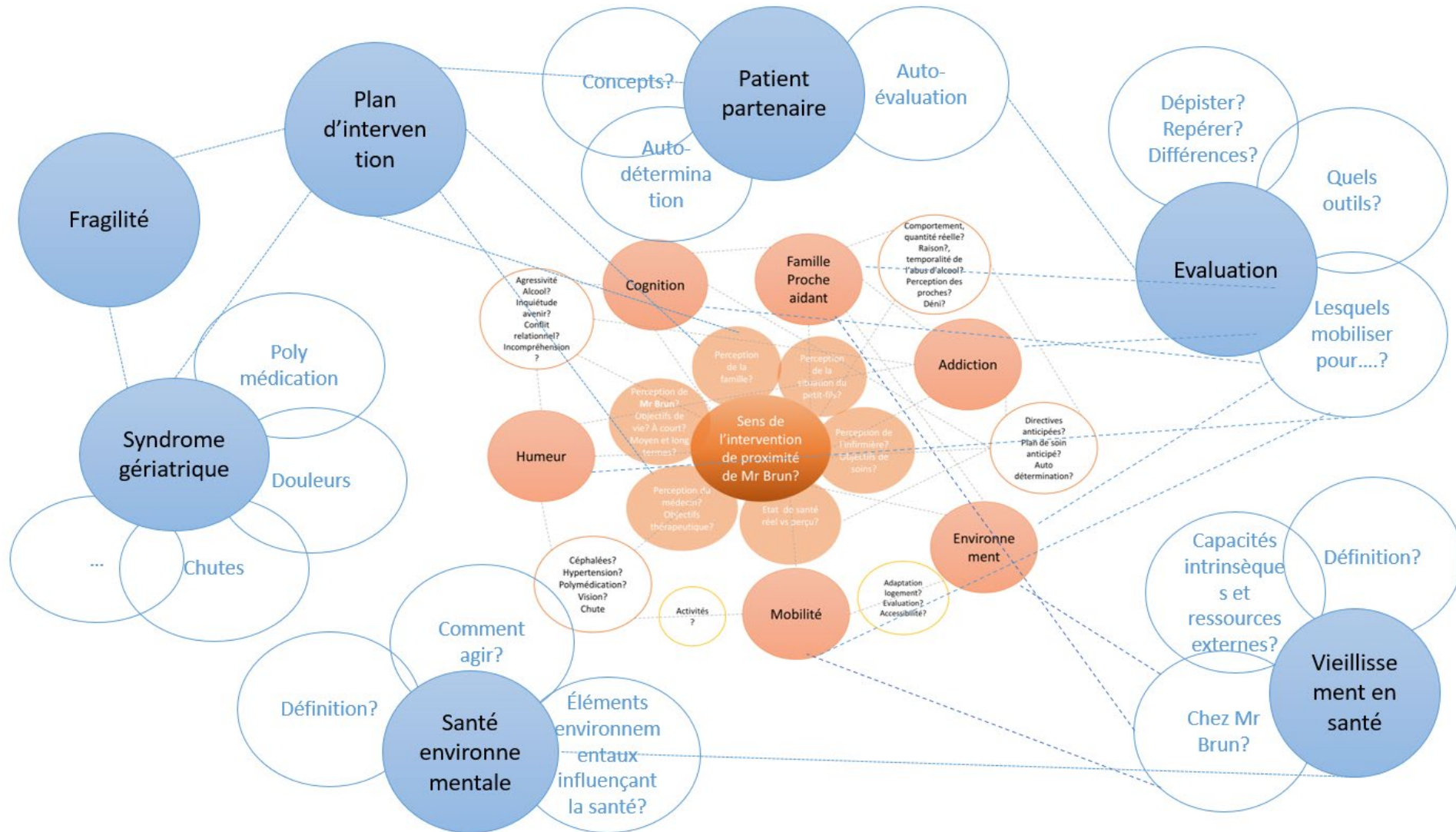
Une infirmière à domicile prépare son semainier, effectue un bilan de son évolution de l'état de santé et vérifie ses constantes 1x/sem. Malgré cette aide, Mr Brun oublie souvent son traitement. L'infirmière relate qu'elle voit la santé de Mr Brun se dégrader depuis 6 mois (mauvaise gestion des traitements, consommation excessive d'alcool, agressivité, crises hypertensives certains soirs). Elle associe cette dégradation à une diminution de la capacité à être autonome combinée à une consommation régulière et excessive d'alcool. La dernière prise de constantes a donné les résultats suivants : TA 150/85 mmHg, FC 90 bpm, FR 22 cycles/min, Poids 85 kg, Taille 170 cm. Mr Brun voit son médecin généraliste 5x/an pour un suivi, le renouvellement de ses ordonnances et faire le vaccin contre la grippe. Mr Brun a une allergie à la Pénicilline, c'est écrit dans son dossier médical. Il n'a pas écrit de directives anticipées car il ne se sent pas prêt.

Proposition d'axes de formation



Proposition de la cartographie des concepts-clés









## Proposition à l'intention des formateurs

Les questions suggérées sont à visée formative. Il est proposé 3 niveaux d'approfondissement (Benner, 2003; Krathwohl, 2002; Miller, 1990) : a) niveau débutant, b) niveau intermédiaire c) niveau avancé.

Les questions proposées (non exhaustives) mobilisent des connaissances théoriques et la mise en applicabilité des concepts.

### Proposition de questions pour la formation et l'intégration des concepts clés Quelques références

#### Evaluation

- g) En santé, qu'est-ce que le dépistage appelé aussi /repérage ? (Wilson et al., 1968)  
Qu'est-ce que l'évaluation? Quelles sont les différences entre le dépistage<sup>26</sup> et l'évaluation<sup>27</sup> ?
- h) Identifier/Citer des outils de repérage et d'évaluation exemple pour la douleur et les conduites addictives en lien avec la consommation d'alcool.
- i) Utiliser un outil de dépistage/repérage et un outil d'évaluation et interpréter les résultats obtenus

#### Vieillessement en bonne santé (« Healthy ageing »)

(Gottlieb & Gottlieb, 2014; World Health Organization, 2019)

- g) Définir ce qui constitue un vieillissement en bonne santé selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé, 2019)
- h) Identifier les aptitudes fonctionnelles dont dispose Mr Brun et distinguez ses capacités intrinsèques et ses ressources environnementales
- j) En prenant l'exemple d'une aptitude fonctionnelle, décrire les interactions possibles entre son environnement et ses aptitudes fonctionnelles

#### Santé environnementale

- a) Qu'est-ce que la santé environnementale selon l'OMS (Barratt, Couch, Page, Dhesi, & Stewart, 2013)
- b) Identifier les éléments environnementaux susceptibles d'influencer la santé de Mr Brun (Martins et al., 2020)  
(WHO, 2017)
- g) Comment peut-on agir sur l'environnement pour favoriser la santé et diminuer la fragilité dans le cas de Mr Brun

#### Fragilité

(Rockwood et al., 2015)

- i) En gérontologie, qu'est-ce que la fragilité? Quels sont les différents modèles de fragilité ? (Rodriguez-Manas et al., 2013)  
(Busnel, Perrier- Gros-Claude, et al., 2020)

<sup>26</sup> Bref, sensible, non-expert

<sup>27</sup> Long, spécifique, expert

- j) Mobiliser les différents modèles de fragilité et identifier les différents scores de fragilité de M. Brun selon :
- i) Fragilité physique : Le phénotype de Fried (Fried et al., 2001)  
(Ludwig & Busnel, 2017, 2020b; Searle et al., 2008)
  - ii) Fragilité physiologique : accumulation de déficits (profil selon l'échelle de fragilité clinique et score IF Suisse) (Gobbens et al., 2010b; Rolfson et al., 2006)  
(Morris et al., 2019; Q-Sys AG, 2009)
  - iii) Fragilité intégrée (Edmonton)
- k) A partir d'une évaluation clinique/gériatrique standardisée (par ex. InterRAI), quels items retenir pour évaluer la fragilité? Comment ces évaluations peuvent-elles être utilisées pour faire un plan de soins ?

### Addiction : abus d'alcool

- a) Quels sont les indices d'une consommation abusive d'alcool et les risques encourus pour Mr Brun (Graziani, 2010)  
(Paille, 2014)
- b) Quels sont les signes du déni alcoolique chez Mr Brun et quelle fonction a le déni alcoolique dans cette situation ?
- c) Proposer des objectifs et des actions à mettre en place avec M. Brun dans une perspective d'éducation thérapeutique et de réduction des risques et argumenter ses choix.

### Focus sur un syndrome gériatrique : La polymédication

(Monegat, Sermet, Perronin, & Rococo, 2014)

- a) Définir la polymédication, indiquer ses seuils de référence et ses possibles conséquences (Aggarwal, Woolford, & Patel, 2020)
- b) Evaluer la prise médicamenteuse de Mr Brun, nommer les problématiques rencontrées et proposer trois objectifs de soin. (Barnett, Payne, & Rutherford, 2016)
- c) Proposer des actions spécifiques à la situation médicamenteuse de Mr Brun en prenant compte du niveau de complexité

### Focus sur un syndrome gériatrique : La douleur

(Cedraschi et al., 2018; Poundja et al., 2007)

- a) A partir d'une évaluation clinique/ gériatrique standardisée (par ex. InterRAI), quels items retenir pour évaluer la douleur ? (Imai et al., 2020)  
(Rastogi & Meek, 2013)
- g) Quels sont les liens entre la fragilité selon le phénotype de Fried et la présence de douleurs chroniques ?
- h) Proposer des objectifs et des actions à mettre en place pour soulager les douleurs de Mr Brun et les argumenter.

### Focus sur un syndrome gériatrique : Les chutes

(Feder et al., 2000; National Institute for Health and Care Excellent [NICE], 2013; World Health Organisation, 2007)

- g) Quels sont les éléments essentiels des chutes/risque de chutes à évaluer?

- h) A partir d'une évaluation clinique/ gériatrique standardisée (par ex. InterRAI), quels items retenir pour évaluer les chutes ?
- i) Proposer des objectifs et des actions à mettre en place pour Mr Brun et argumenter ses choix.

### Patients partenaires

- a) Que signifie :  
 a. Partenariat ? (Nolte & McKee, 2008a, 2008b; World Health Organisation. Europe, 2016)  
 b. Le Chronic Care Model ? Le Montreal Model ? L'ETP ? (Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002; Pomey et al., 2015; Robin-Quach, 2009)
- b) Comment intégrer les mesures (PROM) et d'expériences (PREM) rapportées par le patient (6, 7) sur leur propre santé, leur qualité de vie, leur état fonctionnel associé aux soins de santé? (Hodson, Andrew, & Michael Roberts, 2013; Weldring & Smith, 2013)
- c) Quels sont les différentes rôles que les professionnels de la santé peuvent avoir (case, care management...) ? et quelles sont les actions qui peuvent être mobilisées ? (Fishman-Bosc, Leveau, Crelerot-Klopfenstein, Gentile, & Colson, 2016; Haute Autorité de Santé, 2014; Luther, Barra, & Martial, 2019)

### Complexité

(Busnel, Bridier-Boloré, et al., 2021)

- a) Dans les soins, qu'est-ce que la complexité ? Quels sont les dimensions de la complexité ? Quels instruments permettent de repérer les situations complexes? (Busnel et al., 2018; Guitteny, 2014; Huyse et al., 2001; Pratt et al., 2015; Stiefel et al., 1999)  
 (Busnel, Vallet, et al., 2021)
- b) Selon le COMID, quel est le score de complexité de Mr Brun? Si Mr Brun remplissait le COMID-Patient (COMID-P) quels pourraient être les points de convergence et de divergence avec l'évaluation de l'infirmière ? (Busnel, Ludwig, et al., 2020)
- c) Afin d'ajuster la prise en charge de Mr Brun en prenant en compte sa complexité, quelles prestations pourraient être envisagées et avec quels objectifs ?

### Plan d'intervention

(NANDA, 2020)

- c) Formuler des objectifs de prise en soin pour Mr Brun avec son approche métier (soins infirmiers, ergothérapie, physiothérapie, travail social, etc.) (Gerber, Kraft, & Bosshard, 2018)
- d) Imaginer une coordination interprofessionnelle et prioriser trois objectifs de prise en soin avec une vision globale (patient, proche-aidant, médecins, professionnels de la santé et du social) ? (Académie Suisse des Sciences Médicales, 2020)  
 (NANDA International, 2019; Pascal & Frécon Valentin, 2016)
- e) Elaborer un plan de soins à partir des éléments évoqués dans le cadre de la réunion interprofessionnelle en tenant compte des scores de complexité et de fragilité (Haute autorité de santé, 2019; Psiuk, 2012)

D'autres focus cliniques sont bien entendus possibles tels que celui de l'hypertension, l'incontinence, la vision, etc.

## Métaparadigme infirmier

Personne	Environnement
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nom : Mr Brun</li> <li>– Age : 75 ans</li> <li>– Sexe : Homme</li> <li>– Etat matrimonial : veuf depuis 7 ans</li> <li>– A 2 enfants et 3 petits enfants</li> <li>– Origine : Nationalité suisse, est né et a vécu à Genève</li> <li>– Education : Ecole d'ingénieur</li> <li>– Emploi : Cadre intermédiaire SIG retraité</li> <li>– Revenus : 6000 CHF/mois</li> <li>– Activités : Modélisme bateaux, apéritifs, STOP activités associatives (pétanque, cinéma)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Physique : Appartement au 1<sup>er</sup> étage avec ascenseur + 10 marches à l'entrée. Logement mal éclairé, baignoire, cuisine inadaptée. Nécessité de travaux de réparation et d'aménagements spécifiques. Proximité des transports publics (5min) et des commodités (5min)</li> <li>– Social : Fils qui vit à Genève (visite 2x/mois), fille qui vit à Londres (WhatsApp 1x/j). Petit-fils vit chez lui. Peu d'interactions entre Léo et M. Brun. Son petit-fils trouve pesant de devoir lui apporter de l'aide. Diminution des interactions sociales, voit un ami au bar 1x/j.</li> <li>– Mobilité : Surtout à pied dans le périmètre restreint de son quartier. Limite ses sorties car ne se sent pas en sécurité à l'extérieur.</li> </ul>
Santé	Soins
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnostics : Hypertension artérielle, hypercholestérolémie, hyperplasie bénigne de la prostate, glaucome œil droit, allergie à la pénicilline.</li> <li>– Capacités intrinsèques :</li> <li>– Capacités physiques : Arthrose aux genoux et peu de force dans les membres supérieurs</li> <li>– Sensoriel (ouïe, vue) : Audition ok, difficultés modérées de vision</li> <li>– Capacités cognitives : MoCA 23/30</li> <li>– Humeur et vitalité : Ralenti dans ses AIVQ</li> <li>– Habitudes de vie : déclare boire 2dl verres de vin par jour, marche à l'extérieur env. 5 min/j.</li> <li>– 1m70 et 85kg</li> <li>– TA 150/85 mmHg, FC 90 bpm, FR 22 cycles/min</li> <li>– Crises hypertensives à 190/100 certains soirs</li> <li>– Une chute sans gravité il y a 1 mois</li> <li>– Douleurs : Maux de tête quotidiens, douleurs arthrose insuffisamment soulagées par les ttt</li> <li>– Dégradation de l'indépendance pour les AIVQ (courses, préparation des repas, ménage et gestion administrative)</li> <li>– Polymédication (7 substances différentes/j) et automédication avec aspirine.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aides aux AIVQ :</li> <li>– Ménage, 120min/sem. (aide-ménagère)</li> <li>– Courses lourdes et compléments (petit-fils)</li> <li>– Préparation des repas 5x/sem le soir (petit-fils), le reste du temps : plats du jour au restaurant, pain et fromage seul. Ne cuisine pas.</li> <li>– Soutien administratif (fils)</li> <li>– Soins : Constantes et semainier (1x/sem.), contrôles de routine chez le généraliste (5x/an) et l'urologue (2x/an)</li> <li>– Relation avec les soignants et proches-aidants : Agressivité verbale en état d'ivresse. Lourdeur émotionnelle de la situation</li> <li>– Médicaments : Semainier préparé par infirmière et géré par le patient. Oublis fréquents. Automédication avec Aspirine pour maux de tête 500mg 1x/j. Traitements prescrits :</li> <li>– Proscar (finastéride), per os (Inhibiteur de la 5-alpha-réductase) : 5mg 1x/j,</li> <li>– Lipanthil (fénobrifate), per os (hypolipémiant) : 200mg 1x/j,</li> <li>– Meto Zerok (metoprolol), per os (Bêtabloquant) : 100mg 1x/j,</li> <li>– Torem (torasémide), per os (Diurétique) : 5mg 1x/j,</li> <li>– Calcimagon D3, per os : 500mg 1x/j,</li> <li>– VI-De 3 4500 U/ml, per os : 8gts 1x/j,</li> <li>– Dafalgan (paracétamol), per os (antalgique) : 1g 4x/j (en réserve).</li> </ul>

Classification par problèmes, risques, zone d'ombre et ressources

Problèmes	Risques
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diminution de la mobilité liée à des douleurs d'arthroses. Une chute sans gravité il y a un mois en état d'alcoolisation</li> <li>– Anxiété face à l'avenir et à la dégradation de sa santé</li> <li>– Diminution de la vue</li> <li>– Baisse de la capacité à être indépendant pour les AIVQ (ménage, cuisine, course)</li> <li>– Arrêts d'activités sociales et diminution des contacts avec les amis. Tension entre Mr Brun et son petit-fils et fatigue du proche-aidant</li> <li>– Abus d'alcool et agressivité verbale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Risque de malnutrition si le proche-aidant arrête son aide (le petit-fils montre des signes d'épuisement)</li> <li>– Risque d'inadéquation du logement et de ses accès</li> <li>– Risque de sous-déclaration des problèmes de santé car peur d'aller en EMS</li> <li>– Risque de chute</li> <li>– Risque d'isolement social</li> <li>– Risque d'interactions médicamenteuses (polymédication et consommation d'alcool)</li> <li>– Risque d'accident domestique (diminution de sa capacité de concentration)</li> </ul>
Ressources	Zones d'ombre
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ressources financières suffisantes</li> <li>– Ressources sociales : Aide ponctuelle de la famille. Aide fréquente du petit-fils</li> <li>– Infirmière à domicile</li> <li>– Aide-ménagère</li> <li>– Environnement social/amical</li> <li>– Ressources structurelles stables (vit en suisse)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vécu santé et vieillissement ?</li> <li>– Raison de l'abus d'alcool ? Consommation réelle vs consommation déclarée ? Quels sont les facteurs contribuant ?</li> <li>– Hypertension mal contrôlée : Traitement inefficace ou mauvaise adhésion au traitement prescrit ? Représentation, croyances de l'efficacité ou non des traitements ?</li> <li>– Cohabitation de Mr Brun et de son petit-fils ? Son petit-fils va-t-il rester longtemps ? Est-ce une période transitoire ? Que ferait M. Brun sans lui ?</li> <li>– Début de troubles cognitifs ? Signe de dépression ? (Oublie les plaques de cuissons allumées) (perte d'intérêts, sentiment de solitude ?)</li> <li>– Projet de vie ?</li> <li>– Raison pour laquelle il ne veut pas faire de travaux dans son logement ?</li> <li>– Impact de la baisse de vue ?</li> <li>– Origine des céphalées ? douleurs arthrosiques ? poussée hypertensive ?</li> <li>– Nature des crises hypertensives le soir ?</li> <li>– Comment son fils, sa petite-fille perçoivent-ils la situation de Mr Brun? Comment voit-il l'avenir pour lui ?</li> <li>–</li> </ul>

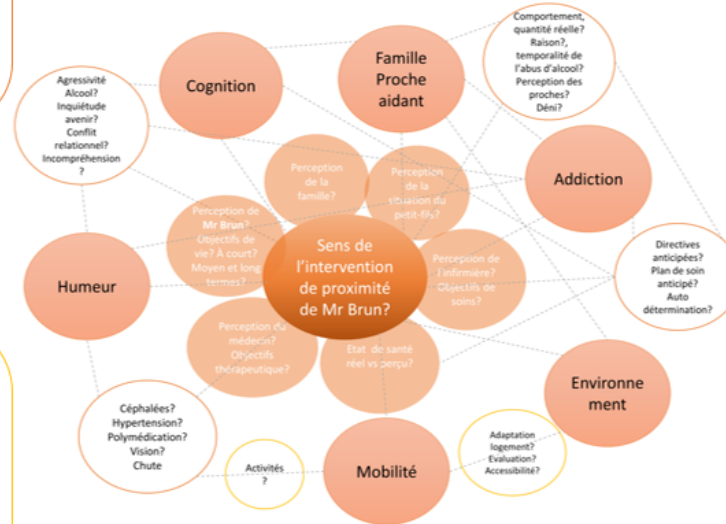
## Synthèse de la carte à analyse et cartographie

### Problèmes

Diminution de la mobilité liée à des douleurs d'arthroses. Une chute sans gravité il y a un mois en état d'alcoolisation  
 Anxiété face à l'avenir et à la dégradation de sa santé  
 Diminution de la vue  
 Baisse de la capacité à être indépendant pour les AIVQ (ménage, cuisine, course)  
 Arrêts d'activités sociales et diminution des contacts avec les amis. Tension entre Mr Brun et son petit-fils et fatigue du proche-aidant  
 Abus d'alcool et agressivité verbale

### Risques

Risque de malnutrition si le proche-aidant arrête son aide (le petit-fils montre des signes d'épuisement)  
 Risque d'inadéquation du logement et de ses accès  
 Risque de sous-déclaration des problèmes de santé car peur d'aller en EMS  
 Risque de chute  
 Risque d'isolement social  
 Risque d'interactions médicamenteuses (polymédication et consommation d'alcool)  
 Risque d'accident domestique (diminution de sa capacité de concentration)



### Ressources

Ressources financières suffisantes  
 Ressources sociales : Aide ponctuelle de la famille.  
 Aide fréquente du petit-fils  
 Infirmière à domicile  
 Aide-ménagère  
 Environnement social/amical  
 Ressources structurelles stables (vit en suisse)

### Zones d'ombre

Vécu santé et vieillissement ?  
 Raison de l'abus d'alcool ? Consommation réelle vs consommation déclarée ? Quels sont els facteurs contribuant ?  
 Hypertension mal contrôlée : Traitement inefficace ou mauvaise adhésion au traitement prescrit ?  
 Représentation, croyances de l'efficacité ou non des traitements ?  
 Cohabitation de Mr Brun et de son petit-fils ? Son petit-fils va-t-il rester longtemps ? Est-ce une période transitoire ? Que ferait M. Brun sans lui ?  
 Début de troubles cognitifs ? Signe de dépression ? (Oublie les plaques de cuissons allumées) (perte d'intérêts, sentiment de solitude ?)  
 Projet de vie ?  
 Raison pour laquelle il ne veut pas faire de travaux dans son logement ?  
 Impact de la baisse de vue ?  
 Origine des céphalées ? douleurs arthrosiques ? poussée hypertensive ?  
 Nature des crises hypertensives le soir ?  
 Comment son fils, sa petite-fille perçoivent-il la situation de Mr Brun? Comment voit-il l'avenir pour lui ?

## Synthèse des scores aux échelles mobilisées

Les codages renseignés sont basés sur l'évaluation globale standardisée réalisée au moyen de l'interRAI-HC.

### Fragilité (phénotype, score de Fried)

Items interRAI-HC	Codage de la situation
K2a. perte de poids, recodé	0
J5. fatigue, recodé	0
J3a Difficulté/incapacité à se mettre debout sans aide	0
G1fa Escaliers	0
Frailty Fried - G4a. Total heure activité / exercice physique, recodé	0
<b>Frailty Fried: Total déficits</b>	<b>0</b>
<b>Frailty Fried: Phénotype (0 : robuste ; 1-2 : pré-fragile ; 3 ou + : fragile)</b>	<b>robuste</b>

### Nutrition (score MNA-SF)

MNA-SF	Codage de la situation
Moins mangé ces 3 derniers	1
Perte récente de poids (<3 mois)	3
Motricité	2
Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?	2
Problèmes neuropsychologiques	2
Indice de masse corporelle IMC	3
<b>Total</b>	<b>13</b>
<b>Statut : 12-14 : normal ; 8-11 : risque de dénutrition ; 0-7 dénutrition avérée</b>	<b>normal</b>

### Fragilité (accumulation de déficits, score CFS)

#### → Score du Clinical frailty Scale



3. **Va bien** - Personne dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés mais qui ne fait pas régulièrement d'exercice, au-delà d'une marche de routine.



## Fragilité (accumulation de déficits, score IF)

Items interRAI-HC	Codage de la situation
C1. Facultés cognitives pour les décisions courantes, recodé	1
C3a. Facilement distrait, recodé	1
C2a. Mémoire à court terme, recodé	0
C2b. Mémoire procédurale, recodé	0
C3b. Episode de discours incohérent, recodé	0
D1. Capacité à se faire comprendre, recodé	0
D2. Capacité à comprendre les autres, recodé	0
D3. Audition, recodé	0
D4. Vision, recodé	0.5
E1a. Expression négative	0
E1b. Colère perpétuelle envers soi-même ou les autres	0
E1c. Expression de craintes non fondées, recodé	0
E1d. Plaintes somatiques répétées, recodé	0
E2c. Tristesse, désespoir, déprime, recodé	0
E3a. Errance, recodé	0
E1i. Retrait des activités présentant un intérêt	1
F2. Solitude, recodé	0
G1f.c Monter / descendre les escaliers, recodé	0
G2a.Toilette complète	0
G2b. Hygiène personnelle, recodé	0
G2c, G2d. Habillage, recodés	0
G2e. Marche (intérieur)	0
G2g. Mobilité sur les toilettes, recodé	0
G2h. Utilisation des toilettes, recodé	0
G2i. Mobilité dans le lit	0
G2j. S'alimenter, recodé	0
G3a. Principal mode de déplacement, recodé	0
G4a. Activités / exercice physique, recodé	1
G4b. Nombre de jours avec une sortie du logement	0
H1. Continence urinaire	0
H3. Continence fécale, recodé	0
H2, H4. Moyen contre continence.	0
J1.a/b Chutes, recodé	1
J3d. Démarche instable, recodé	0
J3l. Constipation, recodé	0
J3m. Diarrhée, recodé	0
J3n. Vomissements	0
J3u. Œdème périphérique, recodé	0
J3o., J3p. Sommeil insuffisant ou excessif, recodé	0
J4. Dyspnées, recodé	0
J5. Fatigue, recodé	0
J6a. Fréquence des douleurs, recodé	1
J6b. Intensité maximale de la douleur, recodé	1
K2a. Perte de poids, recodé	0

J6e Maitrise de la douleur	0.5
K2c. Insuffisance de liquide	0
K2d élimination liquidiennes	0
K3. Mode d'alimentation, recodé	0
K1. Indice de masse corporelle, recodé	0
L4. Problèmes de peau importants, recodé	0
L7. Problèmes de pieds, recodé	0
M1x. Nombre de substances en prises régulières, recodé	1
<b>Frailty Swiss: Total déficits</b>	<b>9</b>
<b>Frailty Swiss: Valeur dénominateur</b>	<b>52</b>
<b>Frailty Swiss: Index (IF)</b>	<b>0.17</b>

### Complexité multidimensionnelle (score COMID)

Items du COMID	Codage de la situation
1.a. Maladies chroniques ou un/des symptôme(s) inexpliqué(s)	1
1.b. Douleurs chroniques	1
1.c. Intolérance à un médicament et/ou une allergie	1
1.d. 5 médicaments ou plus	1
1.e. Troubles cognitifs	0
2.a. Difficultés financières régulières	0
2.b. Fatigue/stress entourage à propos de l'aide apportée	1
2.c. Littératie	0
2.d. Isolement	0
2.e. Logement inadapté /obstacles à la mobilité dans l'environnement	1
3.a. Dépression/idées suicidaires	0
3.b. Maladie psychiatrique ou des troubles psychiques	0
3.c. Addiction / Dépendance	1
3.d. Anxiété / Angoisse	1
3.e. Etat mental variant au cours de la journée	0
4.a. Sollicitation récurrente du réseaux de soins	0
4.b. Communication conflictuelle avec réseau de soins	1
4.c. Inquiétude face à santé	1
4.d. Agressivité	1
4.e. Refus soins	0
5.a. Dégradation état santé	0
5.b. Dégradation indépendance	1
5.c. Période de transition	0
5.d. Changement capacités cognitives	1
5.e. Evolution santé imprévisible/instable	1
6.a. Multiples professionnels intervenants	0
6.b. Communication inadéquate avec les différents professionnels	0
6.c. Prise en soin manque de cohérence	0
6.d. Problèmes avec assurance	0
6.e. Prise en soin lourde émotionnellement ou physiquement	1
<b>Score total</b>	<b>15</b>
<b>Situation évaluée selon le jugement clinique : simple ou complexe</b>	<b>complexe</b>

## Complexité multidimensionnelle auto-évaluée (score COMID-P)

Items COMID-P	Codage de la situation
1. a. Aujourd'hui, avez-vous plus que deux (au moins 3) maladies chroniques ou un/des symptôme(s) inexpliqué(s) ?	0
1. b. Avez-vous des douleurs chroniques ?	0
1. c. Avez-vous une intolérance à un médicament et/ou une allergie	1
1. d. Prenez-vous plus de cinq médicaments différents par semaine ?	1
1. e. Avez-vous des troubles cognitifs ?	0
2. a. Avez-vous des difficultés financières régulières?	0
2. b. Avez-vous quelqu'un de votre entourage qui vous apporte de l'aide régulière et qui serait fatigué-e, stressé-e, ou en colère à propos de l'aide qu'il vous apporte ?	1
2. c. Chez le médecin et/ou pour des démarches administratives, avez-vous des difficultés à comprendre les informations qui vous sont destinées ?	0
2. d. Selon vous, êtes-vous isolé socialement ?	1
2. e. Votre logement est-il inadapté ou y a-t-il des obstacles à la mobilité dans votre environnement ?	0
3. a. Etes-vous déprimé ou avez-vous des idées suicidaires ?	0
3. b. Avez-vous des troubles psychiques ou une maladie psychiatrique ?	0
3. c. Avez-vous une ou des addiction-s ou dépendance-s ?	0
3. d. Vous sentez-vous anxieux ou angoissé ?	1
3. e. Est-ce que votre état mental varie au cours de la journée ?	0
4. a. Sollicitez-vous de manière récurrente vos proches, votre entourage (famille, amis, voisins) et/ou votre réseau de soins (professionnels de la santé (médecin, infirmière), autres) pour de l'aide et/ou des soins ?	0
4. b. La communication avec votre réseau de soins (entourage, proche, professionnels de la santé (médecin, infirmière)) est-elle conflictuelle au sujet de votre prise en soin ?	1
4. c. Vous sentez-vous inquiet face à votre santé ?	1
4. d. Êtes-vous agressif envers vos proches, votre entourage ou les soignants ?	0
4. e. Refusez-vous ou opposez-vous aux soins ?	0
5. a. Votre état de santé s'est-il dégradé ce dernier mois ?	0
5. b. Votre capacité à être indépendant a-t-elle diminuée au cours du dernier mois ?	0
5. c. Vivez-vous une période de transition, de stress ?	1
5. d. Avez-vous ressenti des changements concernant vos capacités cognitives ce dernier mois ?	0
5. e. Estimez-vous que l'évolution de votre santé est imprévisible ou instable ?	0
6. a. Y-a-t-il plus de 3 professionnels qui interviennent régulièrement dans votre prise en soins ?	0
6. b. Estimez-vous que la communication avec les différents professionnels concernant votre prise en soin est optimale, suffisante, adéquate ?	0
6. c. Considérez-vous que votre prise en soin manque de cohérence ?	0
6. d. Avez-vous des problèmes avec votre assurance ?	0
6. e. Estimez-vous que votre prise en soin est ressentie comme lourde émotionnellement ou physiquement par vous et/ou par votre réseau de soin	0
Pour conclure, estimez-vous votre situation comme simple ou complexe ?	simple
<b>Score total</b>	<b>8</b>

Pistes pour des actions personnalisées

interRAI-HC<sub>suisse</sub> - Analyse des alarmes (CAPs)

Alarmes	Abréviation	Stade	
<b>CAPS</b>			
Promotion des activités physiques (0-1)	PACTIV	Non déclenchée	
<b>I</b> Activités instrumentales de la vie quotidienne (0-1)	AIVQ	Déclenchées comme ayant un potentiel d'amélioration	
Activités de la vie quotidienne (0-2)	AVQ	Non déclenchées	
<b>I</b> Adaptation du logement (0-1)	ENVIR	Déclenché	
<b>I</b> Risque d'entrée en institution (0-1)	RISK	Déclenché	
<b>I</b> Perte cognitive (0-2)	COGNIT	Déclenché pour surveillance du risque de déclin cognitive	
Delirium (0-1)	DELIR	Non déclenché	
<b>I</b> Communication (0-2)	COMMUN	Déclenchée pour prévenir un déclin	
<b>I</b> Humeur (0-2)	MOOD	Déclenchée - risque modéré	
<b>I</b> Comportement (0-2)	BEHAV	Déclenché pour prévenir la survenue quotidienne des troubles du comportement	
Maltraitance (0-2)	ABUSE	Non déclenchée	
Aide informelle (0-1)	BRITSU	-	
Relations sociales (0-1)	SOCFUNC	Non déclenchées	
<b>I</b> Chutes (0-2)	FALLS	Déclenchées - risque modéré	
Douleur (0-2)	PAIN	Non déclenchée	
Escarre/Ulcère décubitus/de pression (0-3)	PULCER	Non déclenchée	
Problèmes cardio-respiratoires (0-1)	CARDIO	Non déclenchés	
Dénutrition/Malnutrition (0-2)	NUTR	Non déclenchée	
Déshydratation (0-2)	DEHYD	Non déclenchée	
Tube d'alimentation/Alimentation par sonde (0-2)	FEEDTB	Non déclenché	
Consommation de tabac et d'alcool (0-1)	ADD	Non déclenchée	
<b>I</b> Incontinence urinaire (0-3)	URIN	Non déclenchée - continent	
Problèmes intestinaux (0-2)	BOWEL	Non déclenchés	
Adéquation des médicaments (0-1)	DRUG	Non déclenchée	
<b>I</b> Complexité (0-2)	IC_total_3cat	Déclenché pour réduire la complexité de la prise en soins : complexe	
Phénotype de fragilité physique (0-2)	FF_phenotype	Non déclenché	
Fragilité par accumulation de déficits (0-2)	IF_index_3cat	Non déclenché : non fragile	

interRAI-HC<sub>suisse</sub> - Echelles de performance

**ÉCHELLES**

Échelle hiérarchique des activités de la vie quotidienne (AVQ) (0-6)	ADLH	<b>Indépendance (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 6
Échelle hiérarchique des AVQ, version longue (0-28)	ADLLF	<b>Aucune restriction des AVQ (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 28
Échelle hiérarchique des AVQ, version courte (0-16)	ADLSF	<b>Aucune restriction des AVQ (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 16
Échelle de comportements agressifs (0-12)	ABS	<b>Agressivité légère à modérée (2)</b>	0 <input type="text" value=""/> 12
Body Mass Index (5-70)	BMI	<b>29.41</b>	5 <input type="text" value=""/> 70
Échelle de performance cognitive (0-8)	CPS2	<b>Presque intacte 1 (2)</b>	0 <input type="text" value=""/> 8
Échelle de performance cognitive (0-6)	CPS	<b>Presque intacte (1)</b>	0 <input type="text" value=""/> 6
Communication Scale (0-8)	COMM	<b>Intacte (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 8
Indice de sévérité des atteintes sensorielles (0-5)	DbSI	<b>Un sens intact et déficience légère/modérée de l'autre (1)</b>	0 <input type="text" value=""/> 5
Échelle de mesure la dépression (0-14)	DRS	<b>2</b>	0 <input type="text" value=""/> 14
Risque accru de séjour non planifié aux urgences (1-6)	DIVERT	<b>2</b>	1 <input type="text" value=""/> 6
Risque de chute (0-3)	FALLS	<b>2</b>	0 <input type="text" value=""/> 3
Échelle hiérarchique fonctionnelle AVQ-AIVQ (0-11)	FUNH	<b>certaines AIVQ moyennes 1 (3)</b>	0 <input type="text" value=""/> 11
Échelle de la capacité des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) (0-6)	IADLCH	<b>Certaines difficultés 4 et plus (3)</b>	0 <input type="text" value=""/> 6
Méthode d'attribution de niveaux d'urgence (1-5)	MAPLE 5	<b>Elevé (4)</b>	1 <input type="text" value=""/> 5
Douleur (0-4)	PAIN	<b>Douleur non quotidienne (1)</b>	0 <input type="text" value=""/> 4
Échelle de risque d'ulcère de pression (0-8)	PURS	<b>Très faible risque (0)</b>	0 <input type="text" value=""/> 8

interRAI-HC<sub>suisse</sub> - Synthèse des remarques**REMARQUES**

Caisse maladie assurance complémentaire	A7b	- *Aucune*
Conditions d'habitation	A12a	Avec enfant(s), mais sans conjoint(e)/partenaire *Vit avec son petit-fils depuis deux mois*
Facultés cognitives pour les décisions courantes	C1	Déficience légère - dans des situations récurrentes décisions peu fiables ou dangereuses, dans ce cas a besoin d'indications ou de surveillance *Prend parfois des décisions risquées car il se surestime.*
Vision	D4	Difficulté légère - Ne lit que les gros caractères des journaux/livres mais pas les caractères normaux *Baisse de vue en lien avec sa cataracte de l'oeil gauche. Opération prévue dans un an.*
Visage exprimant tristesse, douleur ou inquiétude - p.ex. front soucieux, sourcils constamment froncés	E1f	Manifesté chaque jour au cours des 3 derniers jours *Monsieur est inquiet face à l'avenir car il estime que sa santé se dégrade et il se sent ralenti dans ses AIVQ*
Abandon des activités jusqu'alors appréciées - par ex. activités pratiquées depuis longtemps, retrait social de la famille ou des amis	E1i	Manifesté chaque jour au cours des 3 derniers jours *Monsieur a diminué ses activités (modélisme, association avivo, etc.) depuis 6 mois déjà.*
Interactions sociales réduites	E1j	Manifesté chaque jour au cours des 3 derniers jours *Ses amis qu'il voyait tous les jours ne sont pas disponibles en ce moment. Cela pèse à Monsieur car il les rencontrait en principe tous les jours.*
Peu d'intérêt ou de plaisir pour les choses qui d'habitude vous réjouissent?	E2a	Manifesté chaque jour au cours des 3 derniers jours *A moins de plaisir dans ses activités pratiquées depuis longtemps à cause de ses plus grandes difficultés dans les AIVQ.*
Agressivité verbale - menacer autrui, lui crier dessus, l'injurier	E3b	Manifesté 1-2 jours au cours des 3 derniers jours *Son petit-fils rapporte que parfois il a des propos agressifs, lié à une alcoolisation d'après lui.*
Événement stressant au cours des 90 DERNIERS JOURS	F5	Oui *Chute il y a un mois. Depuis M Brun se déplace avec prudence et de peur de tomber restreint ses sorties du domicile.*
Préparation des repas - Comment sont préparés les repas (par ex. planifier les menus, faire cuire, rassembler les ingrédients, disposer les aliments et les couverts)? - Performance effective	G1aA	Aide considérable - Aide requise tout au long de l'activité, mais la personne effectue 50% ou plus de l'activité seule *C'est le petit-fils qui cuisine le soir et qui complète les achats partiels de son grand-père. M Brun est capable de préparer des plats froids, mais préfère aller manger le plat du jour au restaurant en bas de chez lui.*
Ménage courant - Comment le ménage courant est-il fait (par ex. faire la vaisselle, épousseter, faire les lits, ranger, faire la lessive)? - Performance effective	G1bA	Dépendance totale - Activité entièrement effectuée par d'autres personnes au cours de la période évaluée *M Brun a de l'arthrose qui lui poserait des difficultés dans l'exécution du ménage.*

La personne se sent capable d'atteindre une indépendance accrue pour les AVQ ou/et les AIVQ	G5a	Oui <i>*M Brun demande plutôt à son petit-fils d'augmenter son aide. Ne semble pas volontaire accroître son indépendance, malgré la peur de devoir entrer en EMS si sa dépendance augmente.*</i>
Autres diagnostics médicaux actuels (texte libre et codage ICD-10 si connu)	I3	Diagnostic principal, diagnostic pour l'épisode de soins actuel I10.91 - Hypertension essentielle, non précisée: Avec mention de crise hypertensive (I10.91)  Diagnostic présent avec traitement actif N40 - Hyperplasie de la prostate (N40)  E78.0 - Hypercholestérolémie essentielle (E78.0)  M17.2 - Gonarthrose post-traumatique, bilatérale (M17.2)  Diagnostic présent, suivi mais sans traitement actif H25 - Cataracte sénile (H25)  <i>*traitée par Proscar, 5 mg/j et suivie par un urologue 2x/an Opération de la cataracte prévue dans un an. Douleurs d'arthrose suite à la chute d'il y a un mois.*</i>
Au cours des 30 derniers jours	J1a	Une chute <i>*chute sans gravité apparente.*</i>
Intensité de la douleur présente la plus intense	J6b	Douleur modérée <i>*Douleur dans le bas du dos. Douleurs d'arthrose dans les genoux.*</i>
Maîtrise de la douleur - Adéquation du traitement thérapeutique actuel pour maîtriser la douleur (selon la personne)	J6e	Douleur maîtrisée lorsque le traitement est suivi, mais il n'est pas toujours suivi à la lettre <i>*Douleur partiellement soulagée par Paracétamol 4g/j. M Brun oublie souvent de prendre son traitement.*</i>
Autoévaluation de la santé	J8	Mauvaise <i>*M Brun dit sentir sa santé se dégrader.*</i>
Alcool - Nombre le plus élevé de boissons alcoolisées lors d'une seule occasion au cours des 14 derniers jours	J9b	2 - 4 <i>*Déclaration de Monsieur. Son petit-fils fait état de moment où M Brun semble fortement alcoolisé. L'infirmière estime que Monsieur a une consommation excessive d'alcool depuis les 6 derniers mois. M Brun ne reconnaît pas avoir une consommation problématique d'alcool.*</i>
Allergies aux médicaments	M3	Connue <i>*Pénicilline*</i>
Fiabilité observance - La personne a-t-elle pris ses médicaments comme prescrits par le médecin (y.c. les jours où le service n'intervient pas)?	M4	A moins de 80% du temps (y.c. le fait de ne pas avoir acheté les médicaments prescrits) <i>*le traitement est préparé et le stock géré par l'infirmière et malgré ceci M Brun oublie souvent de prendre son traitement.*</i>
Autres professionnels	N2j	Oui <i>*Aide-ménagère*</i>
Directives anticipées du patient / Mandat pour cause d'incapacité (p.ex. la personne ne veut pas être hospitalisée)	O2	Non <i>*M Brun ne se sent pas prêt pour rédiger les DA*</i>
Nombre d'aidants informels (insérer un chiffre n : selon n, le nombre de formulaires P2a-P2d s'ouvrira)	P2	2 <i>*Le fils et petit-fils de M Brun pour les AIVQ. Sa fille s'entretient quotidiennement avec M Brun, ce qui est indéniablement un soutien psychologique pour M Brun.*</i>
L'aidant 1	P2a1	Enfant ou enfant par alliance <i>*Fils de M Brun qui l'aide pour ses tâches administratives*</i>
L'aidant 2	P2a2	Autre membre de la famille <i>*Petit-fils qui cuisine, complète les courses.*</i>

L'aidant 1	P2c1	Oui <i>"Tâches administratives"</i>
L'aidant 2	P2c2	Oui <i>"Repas du soir et courses partiellement."</i>
Mauvais état du domicile - Par ex. un désordre dangereux; un salon, une chambre, une cuisine, des toilettes ou un corridor à l'éclairage inadapté ou inexistant; des trous dans le sol ou des fuites d'eau au niveau des canalisations.	Q1a	Oui <i>"L'appartement nécessiterait des adaptations pour diminuer le risque de chute de M Brun."</i>



## Analyse globale de la situation

Examen clinique (Voyer, 2017a, 2017b)

- Addiction
  - Évaluer le risque d'interactions entre médicaments et consommation d'alcool
  - Discuter avec l'entourage et M. Brun de la problématique de sa consommation d'alcool par rapport à sa santé à ses comportements et à la qualité de ses relations sociales.
  - Proposer une consultation en addictologie
- Humeur/dépression/cognition
- Maux de tête
  - Investiguer la raison des maux de tête la nuit
  - Vérifier différentes hypothèses : Test sanguin (déshydratation), port d'un MAPA (hypertension), rendez-vous ophtalmologique (vue déficiente), consultation en addictologie (abus d'alcool).
- Douleurs et mobilité
  - Évaluation quotidienne de la douleur et de l'efficacité du traitement antalgique
  - Séances de physiothérapie à la maison
  - Évaluation d'ergothérapie de l'appartement si M. Brun l'accepte ?
  - Proposition de téléalarme (aide au relevage en cas de chute)
- Vision
  - Mise en place d'actions compensatoires en attente de l'opération de la cataracte
  - Proposition d'une consultation avec un ophtalmologue
  - Mise en relation avec une association de soutien aux malvoyants
- Discuter des directives anticipées avec Mr Brun, l'accompagner dans la démarche
- Analyse des évaluations spécifiques (ressources, problématiques, risques, zones d'ombre) pour identifier les forces, ressources, aspirations et motivations de M. Brun et établir un plan de soin personnalisé.
- Coordination interprofessionnelle
  - Information au médecin du retour de l'évaluation globale et ciblée.
  - Proposer coordination interprofessionnelle avec le patient, les proches-aidants et les soignants
  - Proposer présence de l'infirmière le matin pour l'administration du traitement, le contrôle des valeurs de TA et un bilan de santé (alcool, sommeil, humeur, activités planifiées)
  - Proposer des interventions en fonction de l'évaluation globale de la situation et les objectifs identifiés lors de la coordination interprofessionnelle
- Élaborer un plan de soin individualisé incluant des stratégies de compensation et d'optimisation des ressources (motivation) de M. Brun
- Promotion de la santé, la prévention, la lutte contre l'isolement, la gestion clinique, l'exercice physique, la nutrition et la sécurité à domicile.



# Conclusions

Face au vieillissement de la population, le repérage précoce des personnes à risques d'évènements indésirables en santé et de perte d'autonomie / d'indépendance restent un défi à relever collectivement. A cette fin, les concepts de fragilité des personnes et de complexité des situations de soin ont une utilité largement reconnue par les milieux professionnels et académiques. Mais s'intéresser à la fragilité et à la complexité nécessite de passer d'un modèle « biomédical » linéaire, à un modèle « bio-psycho-social » multidimensionnel et intégré prenant en compte l'hétérogénéité des trajectoires individuelles, la diversité des besoins, la variabilité et l'incertitude.

Au moyen des quatre vignettes cliniques proposées, les auteurs ont souhaité accompagner les professionnels de la santé et du social à l'analyse multidimensionnelle de situations emblématiques à l'appui des concepts de fragilité et de complexité. L'objectif de la démarche est de promouvoir une réflexion globale et dynamique sur la diversité des besoins de santé des seniors, pour la mise en place d'interventions personnalisées, ciblées et concertées avec l'ensemble des acteurs/partenaires de soins : bénéficiaires, proches, et professionnels. A la clé de cette démarche, il s'agit de promouvoir, soutenir, favoriser ou optimiser la qualité de vie à domicile, et réduire autant que possible les évènements indésirables en santé.



# Bibliographie

- Académie Suisse des Sciences Médicales. (2020). Charte 2.0 La collaboration interprofessionnelle dans le système de santé. doi:10.5281/zenodo.3888310
- Aggarwal, P., Woolford, S. J., & Patel, H. P. (2020). Multi-Morbidity and Polypharmacy in Older People: Challenges and Opportunities for Clinical Practice. *Geriatrics (Basel)*, 5(4). doi:10.3390/geriatrics5040085
- Alhadeff-Jones, M. (2008). Three generations of complexity theories: Nuances and ambiguity. *Educational Philosophy and Theory*, 40(1), 66-82.
- Ardoino, J. (2011). Les termes de la complexité. *Hermès, La Revue*, 60(2), 135-137. doi:10.3917/herm.060.0134
- Banens, M., Campéon, A., Caradec, V., Charlap, C., Eideliman, J.-S., Le Bihan, B., . . . Renaut, S. (2020). *Aider un proche âgé à domicile Résultats des post-enquêtes qualitatives CARE-Ménages* (Vol. 64). Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS).
- Barnett, N., Payne, R., & Rutherford, A. (2016). NICE multimorbidity guideline: coping with complexity in care. *Prescriber*, 27(12), 40-46. doi:10.1002/psb.1523
- Barratt, C., Couch, R., Page, A., Dhesi, S., & Stewart, J. (2013). An introduction to evidence based environmental health. *EHRNet Research briefing*(1).
- Barter, C., & Renold, E. (1999). The use of vignettes in qualitative research. *Social Research Update*, 25, 1-6. Retrieved from <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU25.html>
- Belloni, G., & Cesari, M. (2019). Frailty and Intrinsic Capacity: Two Distinct but Related Constructs. *Frontiers in Medicine*, 6(133). doi:10.3389/fmed.2019.00133
- Belmin, J. (2009). *Gériatrie*: Elsevier Masson.
- Belpaume, C. (2009). Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers. *Recherche en Soins Infirmiers*, 99(4), 43-74. doi:10.3917/rsi.099.0043.
- Benhabrou-Brun, D. (2016). L'incontinence urinaire chez la femme : à ne pas banaliser. *Perspective infirmière : revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 13, 46-53.
- Benner, P. (2003). *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers* (Masson ed.). Paris.
- Besnard, X., Brunel, M., Couvert, N., & Roy, D. (2019). *Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée. Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016)* (DREES Ed. Vol. 45): Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. The Chronic Care Model. *Journal of the American Medical Association*, 288(14), 1775-1779. doi:10.1001/jama.288.14.1775
- Booto Ekionea, J., Bernard, P., & Plaisent, M. (2011). Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. *Recherches qualitatives*, 29(3), 168-192.
- Büla, C., Jotterand, S., Martin, B. W., Bize, R., Lenoble-Hoskoveca, C., & Seematter-Bagnouda, L. (2014). Activité physique et vieillissement: il n'est jamais trop tard! *Forum Med Suisse* 14(45), 836-841.
- Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C. R., Jr., Wassel, M., Cope, R., Barber, C., & Pillemer, K. (2019). Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health*, 109(8), e1-e9. doi:10.2105/ajph.2019.305123
- Busnel, C., Bridier-Boloré, A., Marjollet, L., & Perrier-Gros-Claude, O. (2021). *La complexité des prises en soins à domicile. Guide pour les professionnels de l'aide et des soins à domicile*. Carouge: Institution genevoise de maintien à domicile.
- Busnel, C., Chochoy, S., Coffre, S., Mastromauro, L., Del-Tatto, T., & Walter, M.-j. (2017). *Dénutrition: suivi et prise en soins de la personne âgée à domicile* (Institution genevoise de maintien à domicile Ed.). Genève. Suisse.: imad.

- Busnel, C., & Ludwig, C. (2018). Dépister la dénutrition chez la personne âgée bénéficiant de soins à domicile : Une évaluation de la précision diagnostique des indicateurs issus du Resident Assessment Instrument – Home Care adapté pour la Suisse. *Recherche en Soins Infirmiers*, 132, 54-63. doi:10.3917/rsi.132.0054
- Busnel, C., Ludwig, C., & Da Rocha Rodrigues, M. G. (2020). La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 140(1), 7-16. doi:10.3917/rsi.140.0007
- Busnel, C., Marjollet, L., & Perrier-Gros-Claude, O. (2018). Complexité des prises en soins à domicile : développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4, 116-123. doi:10.1016/j.refiri.2018.02.002
- Busnel, C., Mastromauro, L., Chochoy, S., Dujoux, C., Walter, M.-J., & Del-Tatto, T. (2015). La dénutrition est l'affaire de tous. *Soins infirmiers*, 5, 71-72.
- Busnel, C., Perrier-Gros-Claude, O., & Ludwig, C. (2020). Évaluer la fragilité dans les pratiques de soins : brefs rappels à la lumière de la pandémie de Covid-19. *Revue Médicale Suisse*, 16(699), 1316-1318. Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2020/RMS-N-699/Evaluer-la-fragilite-dans-les-pratiques-de-soins-brefs-rappels-a-la-lumiere-de-la-pandemie-de-Covid-19>
- Busnel, C., Vallet, F., & Ludwig, C. (2021). Tooling nurses to assess complexity in routine home care practice: Derivation of a complexity index from the interRAI-HC. *Nursing Open*, 8, 815-823. doi:10.1002/nop2.686
- Cantoreggi, N. (2010). *Pondération des déterminants de la santé en Suisse. Etude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un modèle de déterminants de la santé Pour la Suisse*. Retrieved from Genève, Suisse:
- Cedraschi, C., Ludwig, C., Allaz, A.-F., Herrmann, F. R., & Luthy, C. (2018). Pain and health-related quality of life (HRQoL): a national observational study in community-dwelling older adults. *European Geriatric Medicine*, 9(6), 881-889. doi:10.1007/s41999-018-0114-7
- Chang, E. S., Kanoth, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One*, 15(1), e0220857. doi:10.1371/journal.pone.0220857
- Colón-Emeric, C. S., Corazzini, K. N., McConnell, E. S., Pan, W., Toles, M. P., Hall, R., . . . Anderson, R. A. (2018). Resident Vignettes for Assessing Care Quality in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(5), 405-410. doi:10.1016/j.jamda.2017.10.018
- Colson, M.-H. (2007). Âge et intimité sexuelle. *Gérontologie et Société*, 30 / 122(3), 63-83. doi:10.3917/gs.122.0063
- Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. (2009). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final* (O. M. d. I. Santé Ed.). Genève: Suisse.
- Conseil international des infirmières. (2002). Définitions des soins infirmiers. Retrieved from <https://www.icn.ch/fr/politique-infirmiere/definitions>
- Département de l'Emploi des Affaires Sociales et de la Santé, & Direction Générale de la Santé. (2016). *Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030*. Genève, Suisse: Etat de Genève
- Duprez, V., Vansteenkiste, M., Beeckman, D., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A. (2019). Capturing motivating versus demotivating self-management support: Development and validation of a vignette-based tool grounded in Self-determination Theory. *International Journal of Nursing Studies*, n/a(n/a), 103354. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.04.019
- Evans, S. C., Roberts, M. C., Keeley, J. W., Blossom, J. B., Amaro, C. M., Garcia, A. M., . . . Reed, G. M. (2015). Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 160-170. doi:10.1016/j.ijchp.2014.12.001
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-89.
- Feder, G., Cryer, C., Donovan, S., & Carter, Y. (2000). Guidelines for the prevention of falls in people over 65. The Guidelines' Development Group. *British Medical Journal*, 321(7267), 1007-1011. doi:10.1136/bmj.321.7267.1007
- Fèvre, M., Riguidel, N., & Laot, B. (2014). *Amours de vieillesse*.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., . . . McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults. Evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157. doi:10.1093/gerona/56.3.M146
- Fritel, X., Fauconnier, A., Bader, G., Cosson, M., Debodinance, P., Deffieux, X., . . . Jacquetin, B. (2010). Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire d'effort de la femme adulte. Recommandations pour la pratique

- clinique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). *Pelvi Périnéologie*, 5(3), 195-202. doi:10.1007/s11608-010-0321-2
- Garg, K., Manjunatha, N., Kumar, C. N., Chand, P. K., & Math, S. B. (2019). Case vignette-based evaluation of psychiatric blended training program of primary care doctors. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(2), 204-207. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\_250\_18
- Gerber Hornink, G., & Costa, M. J. (2021). Constructing online concept maps in CMap Cloud collaboratively: Connecting pathways in case scenarios. *Biochemistry and Molecular Biology Education*, 1-3. doi:10.1002/bmb.21481
- Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2018). La collaboration interprofessionnelle sous l'angle de la qualité. *Bulletin des Médecins Suisses*, 99(44), 1524-1529. Retrieved from <http://emh.ch/en/services/permissions.html>
- Gobbens, R. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010a). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook*, 58. doi:10.1016/j.outlook.2009.09.005
- Gobbens, R. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010b). Towards an integral conceptual model of frailty. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(3), 175-181. doi:10.1007/s12603-010-0045-6
- Gottlieb, L., & Gottlieb, B. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces*.
- Graziani, P. (2010). La consommation excessive d'alcool chez la personne âgée. *Drogues, santé et société*, 9(2), 49-74.
- Guigoz, Y., & Vellas, B. (1995). Test d'évaluation de l'état nutritionnel de la personne âgée : le mini nutritional assessment (MNA). *Médecine et Hygiène*, 53(2087), 1965-1969. Retrieved from <http://www.refdoc.fr/Detailnotice?idarticle=16257362>
- Guitteny, M. (2014). L'outil INTERMED et la complexité bio-psycho-sociale. *European Psychiatry*, 29(8), 586. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.09.298
- Haefliger, P., Houben, F., & Thadikaran-Salomon, L. (2016). *Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030* (Département de l'emploi des affaires sociales et de la santé & Direction générale de la santé Eds.). Genève: Etat de Genève.
- Hardy, L. (2014). Poursuite. Revue de presse sur la thématique dossier, pour suivre le débat. *Le sociographe*, 47(3), 94-96. doi:10.3917/graph.047.0094
- Haute Autorité de santé. (2007). *Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques*. Saint-Denis La Plaine: HAS.
- Haute Autorité de Santé. (2014). *Note méthodologique et de synthèse documentaire: "Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires?"*. Retrieved from Saint-Denis La Plaine: France:
- Haute autorité de santé. (2019). *Modèle de plan personnalisé de coordination en santé*. Saint-Denis, France: HAS.
- Haute Autorité de Santé. (2020). Fiche: Méthode de DPC-Vignettes cliniques. Retrieved from [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/fiche\\_-\\_methode\\_dpc\\_-\\_vignettes.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/fiche_-_methode_dpc_-_vignettes.pdf)
- Higgs, J., Jones, M., Loftus, S., & Christensen, N. (2008). *Clinical Reasoning in the Health Professions- 3rd Edition*: Butterworth-Heinemann.
- Hodson, M., Andrew, S., & Michael Roberts, C. (2013). Towards an understanding of PREMS and PROMS in COPD. *Breathe*, 9(5), 358-364. doi:10.1183/20734735.006813
- Hughes, R., & Huby, M. (2002). The application of vignettes in social and nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 37(4), 382-386. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02100.x
- Huyse, F. J., de Jonge, P., Slaets, J. P. J., Herzog, T., Lobo, A., Lyons, J. S., . . . Rigatelli, M. (2001). COMPRI—An Instrument to Detect Patients With Complex Care Needs: Results From a European Study. *Psychosomatics*, 42(3), 222-228. doi:10.1176/appi.psy.42.3.222
- Imai, R., Imaoka, M., Nakao, H., Hida, M., Tazaki, F., Omizu, T., . . . Nakamura, M. (2020). Association between chronic pain and pre-frailty in Japanese community-dwelling older adults: A cross-sectional study. *PLoS One*, 15(8), e0236111. doi:10.1371/journal.pone.0236111
- Kathiresan, J., & Patro, B. K. (2013). Case vignette: a promising complement to clinical case presentations in teaching. *Education for Health* 26(1), 21-24. doi:10.4103/1357-6283.112796
- Kesselheim, J. C., Stockman, L. S., Growdon, A. S., Murray, A. M., Shagrin, B. S., & Hundert, E. M. (2019). Discharge Day: A Case-Based Interprofessional Exercise About Team Collaboration in Pediatrics. *MedEdPORTAL*, 15, 10830. doi:10.15766/mep\_2374-8265.10830
- Kessler, C., Boss, V., & von Rohr, C. R. (2019). *Promotion de la santé psychique des proches aidant.e.s de personnes âgées*. Retrieved from Berne, Suisse.:

- Krathwohl, D. R. (2002). A Revision of Bloom's Taxonomy: An Overview. *Theory Into Practice*, 41(4), 212-218. doi:10.1207/s15430421tip4104\_2
- Kurtz, C. F., & Snowden, D. J. (2003). The new dynamics of strategy: sense-making in a complex and complicated world. *IBM Systems Journal*, 42(3), 462-483.
- Lataillade, L., Chambouleyron, M., Garcia, M., Wibaut, S., Moix, V., & Lasserre Moutet, A. (2020). Former des professionnels de santé en éducation thérapeutique du patient (ETP) en partenariat avec des patients. Une expérience en stomathérapie. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 14(4), 308-313. doi:10.1016/j.mmm.2020.04.001
- Leicher, V., & Mulder, R. H. (2018). Development of vignettes for learning and professional development. *Gerontology & Geriatrics Education*, 39(4), 464-480. doi:10.1080/02701960.2016.1247065
- Lepelletier, D., Ravaud, P., Baron, G., & Lucet, J.-C. (2012). Agreement among Health Care Professionals in Diagnosing Case Vignette-Based Surgical Site Infections. *PLOS ONE*, 7(4), e35131. doi:10.1371/journal.pone.0035131
- Ludwig, C., & Busnel, C. (2017). Derivation of frailty index from the RAI-Home Care adapted for switzerland. *Innovation in Aging*, 1(suppl\_1), 24-24. doi:10.1093/geroni/igx004.092
- Ludwig, C., & Busnel, C. (2019). Protocol of a case-control longitudinal study (fraXity) assessing frailty and complexity among Swiss home service recipients using interRAI-HC assessments. *BMC Geriatrics*, 19(1), 207. doi:10.1186/s12877-019-1230-z
- Ludwig, C., & Busnel, C. (2020a). Derivation of a frailty index from the interRAI-HC to assess frailty among older adults receiving home care and assistance (the "fraXity" study) *Advances in Geriatric Medicine and Research*, 2(2 e200013), 1-27. doi:10.20900/agmr20200013
- Ludwig, C., & Busnel, C. (2020b). Derivation of a frailty index from the interRAI-HC to assess frailty among older adults receiving home care and assistance (the "fraXity" study). *Advances in Geriatric Medicine and Research*, 2(2), e200013. doi:10.20900/agmr20200013
- Manoukian, A. (2011). *La sexualité des personnes âgées* (F. W. Kluwer & Lamarre Eds.).
- Martins, B. A., Taylor, D., Barrie, H., Lange, J., Kho, K. S. F., & Visvanathan, R. (2020). Objective and subjective measures of the neighbourhood environment: associations with frailty levels. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 104257.
- Merriam-Webster. (2017). Thesaurus. In (online ed.). Springfield, MA, US: 2017 Merriam-Webster Inc. Available at <https://www.merriam-webster.com/thesaurus>.
- Milhomme, D., Gagnon, J., & Lechasseur, K. (2018). Processus de surveillance clinique par des infirmières expertes de soins critiques : illustration des résultats d'une étude en sciences infirmières à partir d'une vignette clinique. [Clinical surveillance process by expert critical care nurses: Illustration of the results of a study in nursing from a clinical vignette]. *Recherche en soins infirmiers*, 135(4), 48-54. doi:10.3917/rsi.135.0048
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65(9), S63-S67. doi:10.1097/00001888-199009000-00045
- Ministère des affaires sociales et de la santé. (2017). *Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030*. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé.
- Mitnitski, A. B., Mogilner, A. J., & Rockwood, K. (2001). Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *TheScientificWorldJournal*, 1, 323-336. doi:10.1100/tsw.2001.58
- Monegat, M., Sermet, C., Perronin, M., & Rococo, E. (2014). La polymédication: définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et test de mesure. *Institut de recherche et documentation en économie de la santé*, 204, 1-8. Retrieved from <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>
- Morichaud, A. (2014). *Education thérapeutique du patient : Méthodologie du diagnostic éducatif au projet personnalisé partagés* (Presses universitaires de Provence ed.). Aix-en provence. France.
- Morin, C. (2013a). 1. Le schéma corporel. In *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire* (pp. 19-37). Toulouse: ERES.
- Morin, C. (2013b). 2. L'image du corps. In *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire* (pp. 39-67). Toulouse: ERES.
- Morris, J. N., Fries, B. E., Bernabei, R., Steel, K., Ikegami, N., Carpenter, G. I., . . . Belleville-Taylor, P. (2019). *interRAI Home Care Suisse (interRAI HCSuisse) Instrument d'évaluation et manuel, Version 9.4, Edition française pour la Suisse*. Washington, DC: interRAI.



- Nagels, M. (2017). Le jugement clinique est un schème. Propositions conceptuelles et perspectives en formation. [Clinical judgment as a schema. Conceptual proposals and training perspectives]. *Recherche en Soins Infirmiers*, 129(2), 6-17. doi:10.3917/rsi.129.0006
- NANDA. (2020). Knowledgebase. Retrieved from <http://nanda.host4kb.com/category/63/0/10/English-/Frequently-Asked-Questions/Nursing-Diagnosis/>
- NANDA International, A., AQCSI,. (2019). *Diagnostics infirmiers 2018-2020* (13ème ed.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- National Institute for Health and Care Excellent [NICE]. (2013). *Falls. Assessment and prevention of falls in older people*. Manchester: NICE.
- Nolte, E., & McKee, M. (2008a). *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. (E. N. a. M. McKee Ed.): Open University Press.
- Nolte, E., & McKee, M. (2008b). Integration and chronic care: a review. In M. M. Nolte E (Ed.), *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. (pp. 64-91.): Open University
- Ocampo-Chaparro, J. M., Reyes-Ortiz, C. A., Castro-Flórez, X., & Gómez, F. (2019). Frailty in older adults and their association with social determinants of Health. The SABE Colombia Study. *Colomb Med (Cali)*, 50(2), 89-101. doi:10.25100/cm.v50i2.4121
- Office fédéral de la santé publique OFSP et palliative ch. (2018). *La planification anticipée concernant la santé, en particulier en cas d'incapacité de discernement « Advance Care Planning »*. Cadre général pour la Suisse. Berne.
- Ofori-Asenso, R., Chin, K. L., Mazidi, M., Zomer, E., Ilomaki, J., Zullo, A. R., . . . Liew, D. (2019). Global Incidence of Frailty and Prefrailty Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*, 2(8), e198398. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.8398
- Olde Rikkert, M. G., Rigaud, A. S., van Hoeyweghen, R. J., & de Graaf, J. (2003). Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics? *The Netherlands journal of medicine*, 61(3), 83-87. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/MED/12765229>
- OMS. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.
- OMS. (2009). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final 260.
- OMS. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. (978 92 4 069484 2). Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842\\_fre.pdf;jsessionid=6C076637205D25CF2BBC4A662F51F76F?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf;jsessionid=6C076637205D25CF2BBC4A662F51F76F?sequence=1)
- Organisation mondiale de la santé. (2019). *Soins intégrés pour les personnes âgées. ICOPE. Manuel - Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires*. . Brazzaville Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique.
- Pagani, V., Kivits, J., Minary, L., Cambon, L., Claudot, F., & Alla, F. (2017). La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique. [Complexity: Concept and Challenges for Public Health Interventions]. *Santé Publique*, 29(1), 31-39. doi:10.3917/spub.171.0031
- Paille, P. F. (2014). Personnes âgées et consommation d'alcool. *Alcoologie et addictologie*, 36(1), 61-72.
- Pascal, A., & Frécon Valentin, E. (2016). *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats : Classifications infirmières et plan de soins* (6ème ed.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Peabody, J. W., Luck, J., Glassman, P., Dresselhaus, T. R., & Lee, M. (2000). Comparison of Vignettes, Standardized Patients, and Chart Abstraction A Prospective Validation Study of 3 Methods for Measuring Quality. *Jama*, 283(13), 1715-1722. doi:10.1001/jama.283.13.1715
- Perrier, C. (2014). L'apprentissage du raisonnement clinique infirmier par vignette clinique courte : étude exploratoire. [Learning clinical reasoning in nursing using short vignettes: An exploratory study]. *Recherche en Soins Infirmiers*, 118(3), 52-61. doi:10.3917/rsi.118.0052
- Piano, V., Lanteri-Minet, M., Steegers, M., Besse, K., Donnet, A., Verhagen, S., . . . Vissers, K. (2013). A case vignette study to assess the knowledge of pain physicians of neuropathic cancer pain: room for improvement. *Pain Physician*, 16(6), E779-788.
- Pin, S., Spini, D., & Perrig-Chiello, P. (2015). *Etudes sur les proches aidants et les professionnels de l'institution genevoise de maintien à domicile dans le canton de Genève- AGeneva Care*. Retrieved from Lausanne:
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., . . . Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. [The Montreal Model: The Challenges of a Partnership Relationship between Patients and Healthcare Professionals]. *Sante Publique*, S1(HS), 41-50. doi:10.3917/spub.150.0041

- Poundja, J., Fikretoglu, D., Guay, S., & Brunet, A. (2007). Validation of the French Version of the Brief Pain Inventory in Canadian Veterans Suffering from Traumatic Stress. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(6), 720-726. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.09.031
- Pratt, R., Hibberd, C., Cameron, I. M., & Maxwell, M. (2015). The Patient Centered Assessment Method (PCAM): integrating the social dimensions of health into primary care. *Journal of Comorbidity*, 5(1), 10. doi:10.15256/joc.2015.5.35
- Psiuk, T. (2012). Le concept de raisonnement clinique. In *L'apprentissage du raisonnement clinique* (pp. 15-70). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Q-Sys AG. (2009). *Manuel RAI-Home-Care Suisse*. St-Gall, Suisse: Q-Sys AG.
- Rastogi, R., & Meek, B. (2013). Management of chronic pain in elderly, frail patients: finding a suitable, personalized method of control. . . *Clinical interventions in aging*, 8, 37-46. doi:10.2147/CIA.S30165
- Renaud, L., & Lafontaine, G. (2018). *Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique* (2ème ed.). Montréal, Canada: Réseau francophone international pour la promotion de la santé, Collection Partage.
- Robin-Quach, P. (2009). Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif. [Understanding the patient's representations in order to optimize the educational project]. *Recherche en Soins Infirmiers*, 98(3), 36-68. doi:10.3917/rsi.098.0036
- Rockwood, K., & Mitnitski, A. B. (2007). Frailty in Relation to the Accumulation of Deficits. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 722-727. doi:10.1093/gerona/62.7.722
- Rockwood, K., Theou, O., & Mitnitski, A. B. (2015). What are frailty instruments for? *Age and Ageing*, 44(4), 545-547. doi:10.1093/ageing/afv043
- Rodríguez-Mañas, L., Féart, C., Mann, G., Viña, J., Chatterji, S., & Chodzko-Zajko, W. (2013). Searching for an operational definition of frailty: a delphi method based consensus statement. The frailty operative definition-consensus conference project. *The Journal of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 68. doi:10.1093/gerona/gls119
- Rodriguez-Manas, L., Feart, C., Mann, G., Vina, J., Chatterji, S., Chodzko-Zajko, W., . . . Vega, E. (2013). Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project. *Journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 68(1), 62-67. doi:10.1093/gerona/gls119
- Rolfson, D., Majumdar, S., Tsuyuki, R., Tahir, A., & Rockwood, K. (2006). Validity and reliability of the Edmonton frail scale. *Age and Ageing*, 35. doi:10.1093/ageing/afl041
- Rostagno, S., Zaczyk, A., & Regnaud, J.-P. (2015). Produire des vignettes cliniques pour améliorer les connaissances des traitements des kinésithérapeutes : projet du Groupe d'intérêt en neurologie de la Société française de physiothérapie. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(158), 42. doi:10.1016/j.kine.2014.11.048
- Rousseau, A., Rozenberg, P., Perrodeau, E., Deneux-Tharaux, C., & Ravaud, P. (2016). Variations in Postpartum Hemorrhage Management among Midwives: A National Vignette-Based Study. *PLOS ONE*, 11(4), e0152863. doi:10.1371/journal.pone.0152863
- Searle, S. D., Mitnitski, A. B., Gahbauer, E. A., Gill, T. M., & Rockwood, K. (2008). A standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatrics*, 8. doi:10.1186/1471-2318-8-24
- Solwa, E., Clark, S., Singer, D., Kirch, M., & Malani, P. (2018). Let's Talk about Sex. *University of Michigan National Poll on Healthy Aging*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2027.42/143212>
- Soravia, C., Beyeler, S., & Lataillade, L. (2005). Les stomies digestives : indications, complications, prise en charge pré et postopératoire. *Revue Médicale Suisse*, 1(30126).
- Spector, A., Hebditch, M., Stoner, C. R., & Gibbor, L. (2016). A biopsychosocial vignette for case conceptualization in dementia (VIG-Dem): development and pilot study. *International psychogeriatrics*, 28(9), 1471-1480. doi:10.1017/S1041610216000338
- Stiefel, F. C., de Jonge, P., Huyse, F. J., Guex, P., Slaets, J. P., Lyons, J. S., . . . Vannotti, M. (1999). "INTERMED": a method to assess health service needs. II. Results on its validity and clinical use. *General Hospital Psychiatry*, 21(1), 49-56.
- Sutter, P. (2009). *La sexualité des gens heureux* (L. Arènes Ed.).
- Tardif, J. (2006). Les cartes conceptuelles : un accès direct et explicite aux ressources. . In *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. (pp. 292-336.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. *Annals of Family Medicine*, 7(4), 357-363. doi:10.1370/afm.983

- Veloski, J., Tai, S., Evans, A. S., & Nash, D. B. (2005). Clinical vignette-based surveys: a tool for assessing physician practice variation. *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality*, 20(3), 151-157. doi:10.1177/1062860605274520
- Voyer, P. (2017a). *L'examen clinique de l'ainé* (2e ed.). Montréal: ERPI.
- Voyer, P. (Ed.) (2017b). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2ème ed.). Montréal, Canada: Pearson.
- Weber, D., & Hösli, S. (2020). *Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention. Approches éprouvées et critères de réussite. Version courte pour la pratique*. Berne: . Berne OFSP, PSCH, CDS.
- Weldring, T., & Smith, S. M. S. (2013). Article Commentary: Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health services insights*, 6, HSI.S11093. doi:10.4137/hsi.s11093
- WHO. (2017). *WHO clinical consortium on healthy ageing: topic focus: frailty and intrinsic capacity: report of consortium meeting, 1–2 December 2016 in Geneva, Switzerland*. Retrieved from
- Wilson, J. M. G., Jungner, G., & World Health, O. (1968). Principles and practice of screening for disease In. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organisation. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva: WHO.
- World Health Organisation. Europe. (2016). *Integrated care models: an overview* Retrieved from Copenhagen. Denmark: (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).
- World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services*. Geneva, Switzerland: WHO.



# Annexes

## Items RAI-HC mobilisés pour le calcul de l'IF

**Table 1.** The 52 items used to derive the FI from the interRAI-HC, with corresponding question codes for the Swiss RAI-HC and the interRAI-HC, a short description, the dimension, and the deficit-coding algorithm.

#	Swiss inter		Description	Dimension	Deficit coding
	RAI Code	RAI Code			
1	B2	C1	Global cognitive functioning <sup>(B)</sup>	Attention/cognition	(0 = 0) (ELSE = 1)
2	B3a	C3a	Distractibility <sup>(B)</sup>	Attention/cognition	(0 = 0) (ELSE = 1)
3	B1a	C2a	Short-term memory <sup>(B)</sup>	Attention/cognition	(0 = 0) (ELSE = 1)
4	B1b	C2b	Procedural memory <sup>(B)</sup>	Attention/cognition	(0 = 0) (1 = 1)
5	C1	D1	Expression <sup>(O)</sup>	Language	(0 = 0) (1 = 0.5) (ELSE = 1)
6	C2	D2	Comprehension <sup>(O)</sup>	Language	(0 = 0) (1 = 0.5) (ELSE = 1)
7	B3b	C3b	Incoherent speech <sup>(B)</sup>	Orientation	(0 = 0) (ELSE = 1)
8	E2a	E3a	Wandering <sup>(B)</sup>	Orientation	(0 = 0) (ELSE = 1)
9	E1a	E1a	Negativity <sup>(B)</sup>	Emotion and affect	(0 = 0) (ELSE = 1)
10	E1b	E1b	Anger <sup>(B)</sup>	Emotion and affect	(0 = 0) (ELSE = 1)
11	E1c	E1c	Fears <sup>(B)</sup>	Emotion and affect	(0 = 0) (ELSE = 1)
12	E1d	E1d	Repeated complaints <sup>(B)</sup>	Emotion and affect	(0 = 0) (ELSE = 1)
13	E1e	E2c	Sadness <sup>(B)</sup>	Emotion and affect	(0 = 0) (ELSE = 1)
14	F4	F2	Loneliness <sup>(B)</sup>	Emotion and affect	(0 = 0) (1 = 1)
15	K1d	E1i	Withdrawal from activities <sup>(1,B)</sup>	Emotion and affect	(0 = 0) (ELSE = 1)
16	C3	D3	Hearing <sup>(O)</sup>	Sensory abilities	(0 = 0) (1 = 0.5) (ELSE = 1)
17	D1	D4	Vision <sup>(O)</sup>	Sensory abilities	(0 = 0) (1 = 0.5) (ELSE = 1)
18	H2a	G2i	Mobility in bed <sup>(O)</sup>	Functional health	(0 = 0) (1 = 0.5) (ELSE = 1)
19	H2b	G2g	Transfer <sup>(O)</sup>	Functional health	(0 = 0) (1 = 0.5) (ELSE = 1)
20	H2c	G2e	Walking inside <sup>(O)</sup>	Functional health	(0 = 0) (1 = 0.5) (ELSE = 1)
21	H2e	G3a	Primary mode of locomotion <sup>(1,O)</sup>	Functional health	(0 = 0) (1 = 0.5) (ELSE = 1)
22	H2f	G2c, G2d	Dress <sup>(2,O)</sup>	Functional health	(0 AND 0 = 0), (1 OR 1 = 0.5) (ELSE = 1)
23	H2g	G2j	Eat <sup>(O)</sup>	Functional health	(0 = 0) (1 = 0.5) (ELSE = 1)
24	H2h	G2h	Using the toilet <sup>(O)</sup>	Functional health	(0 = 0) (1 = 0.5) (ELSE = 1)
25	H2i	G2b	Self-care <sup>(O)</sup>	Functional health	(0 = 0) (1 = 0.5) (ELSE = 1)
26	H2j	G2a	Bathing <sup>(O)</sup>	Functional health	(0 = 0) (1 = 0.5) (ELSE = 1)
27	H4	G1fc	Climbing stairs <sup>(O)</sup>	Functional health	(0 = 0) (1 = 0.5) (ELSE = 1)
28	H5a	G4a	Physical activity <sup>(B)</sup>	Functional health	(4 = 0) (ELSE = 1)
29	H5b	G4b	Outing <sup>(B)</sup>	Functional health	(3 = 0) (ELSE = 1)
30	K6a	J3d	Gait <sup>(B)</sup>	Functional health	(0 = 0) (ELSE = 1)
31	K6b	J1	Falls <sup>(1,B)</sup>	Functional health	(0 = 0) (ELSE = 1)
32	L2a	K2c	Fluid intake <sup>(B)</sup>	Nutrition	(0 = 0) (1 = 1)
33	L2b	K2d	Fluid output exceeding input <sup>(1,B)</sup>	Nutrition	(0 = 0) (1 = 1)

34	L3	K3	Mode of nutritional intake <sup>(B)</sup>	Nutrition	(0 = 0) (ELSE = 1)
35	BMI	K1a, K1b	BMI <sup>(2, B)</sup>	Nutrition	((BMI < 21 OR BMI ≥ 30) = 1) (ELSE = 0)
36	P1	M1	Medication <sup>(2,0)</sup>	Medication	Sum M1; (0,1,2 = 0) (3,4,5,6,7,8 = 1) (>8 = 2)
37	I1	H1	Bladder incontinence <sup>(0)</sup>	Physiology	(0,1 = 0) (2 = 0.5) (ELSE = 1)
38	I2	H3	Bowel incontinence <sup>(0)</sup>	Physiology	(0,1 = 0) (2 = 0.5) (ELSE = 1)
39	I3	H2, H4	Incontinence device <sup>(2,0)</sup>	Physiology	(0 AND 0 = 0) ((H2 = 0 AND H4 = 1) = 0.5) (ELSE = 1)
40	K1b	J3l	Constipation <sup>(1,B)</sup>	Physiology	(0 = 0) (ELSE = 1)
41	K1c	J3m	Diarrhea <sup>(1,B)</sup>	Physiology	(0 = 0) (ELSE = 1)
42	K1d	J3n	Vomiting <sup>(B)</sup>	Physiology	(0 = 0) (ELSE = 1)
43	K1g	J3u	Edema <sup>(B)</sup>	Physiology	(0 = 0) (ELSE = 1)
44	K1h	J3o, J3p	Sleep disturbance <sup>(2,0)</sup>	Physiology	(0 AND 0 = 0), (1 OR 1 = 0.5) (ELSE = 1)
45	K2	J4	Dyspnea <sup>(B)</sup>	Physiology	(0 = 0) (ELSE = 1)
46	K3	J5	Fatigue <sup>(B)</sup>	Physiology	(0 = 0) (ELSE = 1)
47	L6	K2a	Weight loss <sup>(B)</sup>	Physiology	(0 = 0) (1 = 1)
48	M1	L4	Skin problems <sup>(B)</sup>	Physiology	(0 = 0) (1 = 1)
49	M4	L7	Feet problems <sup>(B)</sup>	Physiology	(0,1 = 0) (ELSE = 1)
50	K4a	J6a	Frequent pain <sup>(B)</sup>	Pain	(0 = 0) (ELSE = 1)
51	K4b	J6b	Intense pain <sup>(B)</sup>	Pain	(0 = 0) (ELSE = 1)
52	P5e	M1	Analgesics <sup>(2,B)</sup>	Pain	Sum in M1 but not PRN; (0 = 0) (ELSE = 1)

<sup>1</sup> An interRAI-HC item that replaced the original Swiss RAI-HC items. <sup>2</sup> Item computed from multiple responses in the interRAI-HC. <sup>B</sup> Binary variable. <sup>0</sup> Ordered categorical variable.

**Référence** : Ludwig, C., & Busnel, C. (2020). Derivation of a frailty index from the interRAI-HC to assess frailty among older adults receiving home care and assistance (the “fraXity” study). *Advances in Geriatric Medicine and Research*, 2(2), e200013. <https://doi.org/10.20900/agmr20200013>

## Items RAI-HC mobilisés pour le calcul du score de Fried

### Score calculé à partir de l'interRAI-HC édition française canadienne

Indicateur fragilité de Fried recalculé avec les items de l'interRAI-HC Edition française canadienne (Morris, et al. 2012).		
(Fried et al., 2001)	Items de l'interRAI-HC fraXity identiques aux items de l'interRAI-HCSuisse	Recodage
Shrinking	K2a Perte de poids	(0=0) (1=1)
Exhaustion.	J5 Fatigue	(0=0) (1=1) (2=1) (3=1) (4=1).
Low Activity:	G4a Total d'heures d'activité	(0=1) (1=1) (2=1) (3=0) (4=0).
Weakness:	J3a Difficulté/incapacité à se mettre debout sans aide	(0=0) (1=1) (2=1) (3=1) (4=1).
Slowness:	G3b vitesse de marche	(0=0) (1=1) (2=1) (3=1) (8=1) (9=1).
Le score est la somme des items recodés qui varie entre 0 et 5 et dont la classification est : 0 : robuste ; 1-2 : pré-fragile ; 3 ou + : fragile		

### Score calculé à partir de l'interRAI-HC<sub>suisse</sub>

Indicateur fragilité de Fried recalculé avec les items de l'interRAI-HCSuisse : FF		
(Fried et al., 2001)	Items de l'interRAI-HC fraXity identiques aux items de l'interRAI-HCSuisse	Recodage
Shrinking	K2a Perte de poids	(0=0) (1=1)
Exhaustion.	J5 Fatigue	(0=0) (1=1) (2=1) (3=1) (4=1).
Low Activity:	G4a Total d'heures d'activité	(0=1) (1=1) (2=1) (3=0) (4=0).
Weakness:	J3a Difficulté/incapacité à se mettre debout sans aide	(0=0) (1=1) (2=1) (3=1) (4=1)
Slowness:	G1fa Escaliers	(0=0) (1=1) (2=1) (3=1) (4=1) (5=1) (6=1) (8=1)
Le score est la somme des items recodés qui varie entre 0 et 5 et dont la classification est : 0 : robuste ; 1-2 : pré-fragile ; 3 ou + : fragile		

# Complexité multidimensionnelle pour les pratiques infirmières à domicile (COMID)

	Non = 0	Oui = 1
<b>1. Facteurs de santé médicale</b>		
a. Plusieurs maladies chroniques (>2) et/ou symptôme(s) inexpliqué(s)		
b. Douleurs chroniques		
c. Allergie et/ou intolérance médicamenteuse		
d. Polymédication (>5)		
e. Troubles cognitifs		
<b>Sous-score</b>		/5
<b>2. Facteurs socio-économiques aggravant l'état de santé</b>		
a. Difficultés financières et/ou incapacité à supporter financièrement des prestations d'aide et de soins et/ou de traitements et/ou de moyens auxiliaires et/ou de transports et/ou d'alimentation		
b. Absence ou épuisement du proche aidant et/ou tensions familiales		
c. Faible niveau de littératie		
d. Isolement social		
e. Logement inadapté et/ou barrière environnementale		
<b>Sous-score</b>		/5
<b>3. Facteurs de santé mentale aggravant l'état de santé</b>		
a. Dépression et/ou idées suicidaires		
b. Maladie psychiatrique et/ou troubles psychiques		
c. Addiction		
d. Anxiété ou angoisse rendant le tableau clinique confus		
e. Fonctions mentales variant au cours de la journée		
<b>Sous-score</b>		/5
<b>4. Facteurs comportementaux du client</b>		
a. Sollicitations récurrentes du réseau primaire et/ou secondaire		
b. Communication ambivalente et/ou conflictuelle avec l'un des membres du réseau primaire et/ou secondaire		
c. Inquiétude face à ses symptômes et/ou état de santé et/ou aux informations médicales reçues		
d. Agressivité (verbale et/ou physique) ou mutisme		
e. Résistance ou opposition aux soins, qu'elle soit active ou passive		
<b>Sous-score</b>		/5
<b>5. Facteurs d'instabilité</b>		
a. Dégradation récente de l'état de santé ressentie par le client		
b. Changement global du degré d'indépendance (AVQ/AIVQ) lors du dernier mois		
c. Période de transition (p. ex. : annonce diagnostic, retour hospitalisation, décès proche aidant)		
d. Changement aigu des capacités cognitives		
e. Non prévisibilité de l'état de santé (p. ex. : apparition de symptômes inhabituels, décompensation d'une pathologie chronique)		
<b>Sous-score</b>		/5
<b>6. Facteurs relatifs aux intervenants et système de soins</b>		
a. Multitude d'intervenants dans le réseau secondaire (médecin traitant, spécialiste, soignant, curateur, etc.)		
b. Absence ou faible degré de partenariat entre les différents intervenants du réseau primaire et/ou secondaire		
c. Incohérence thérapeutique et/ou perte de sens dans la prise en charge du point de vue du professionnel		
d. Problème d'assurance (p. ex. : limitation du remboursement de prise en charge)		
e. Lourdeur émotionnelle et/ou physique de la prise en charge ressentie par les membres du réseau secondaire (médecins, soignants)		
<b>Sous-score</b>		/5
<b>Score total</b>		/30

**Figure 1.** Instrument d'évaluation de la complexité multidimensionnelle pour les pratiques infirmières à domicile (COMID).  
© C. Busnel

**Référence :** Busnel, C., Marjolet, L., & Perrier-Gros-Claude, O. (2018). Acceptability study of a multidimensional complexity assessment instrument for home care nurses. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4, 116-123. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.02.002>



## Items RAI-HC mobilisés pour le calcul de l'IC

TABLE 1 Correspondence between the COMID items and interRAI-HC items used for the derivation of the Complexity Index

COMID		interRAI-HC	
Item	Var. label	Item	Var. description
1a	Several chronic diseases (more than 2) and/or unexplained symptoms	I1c, I1d, I1f, I1h, I1j, I1k, I1l, I1m, I1t, I1u, BMI (K1b, K1a), J3u, J4, I2	More than 2 chronic diseases among a list of 13 diseases (plus one disease counted for any response in the question "other diagnostic")
1b	Chronic pain	J6a	Any pain
1c	Any allergies and/or drug intolerances	M2	A known drug allergy
1d	Polymedication	M1f (M2f, M3f, M4f, M5f, etc.)	Five or more substances regularly taken
1e	Cognitive deficits	C2a, C1, C2b, C2c	Short-term memory problem and at least one another deficit among the following cognitive functions: decision-making, procedural memory or long-term memory
2a	Financial difficulties and/or an inability to afford the services of assistance, care, treatments, auxiliary devices, a means of transportation and/or a food supply	Q4	Financial difficulties
2b	No informal care, an exhausted informal caregiver and/or family tensions	P1a1, P1a2, P4, P2a, P2b, P2c	No informal caregiver/helper and no supportive relationship with family OR a caregiver/helper who is unable to continue his/her help or reports distress/anger or is overwhelmed
2c	Low level of literacy (related to alphabetization issues, language and/or cultural barriers)	D2	Not good and clear understanding
2d	Social isolation	A13a, F1b, F1c, F3	Living alone and: not visiting or receiving visits from family and friends and not having other interactions during the last 3 days, or a change in social activities
2e	Inadequate housing and/or environmental barriers	Q1a, Q1b, Q1e	Any problem with (or uncertainty about) degradation, squalid conditions or limited access to housing
3a	Depression and/or suicidal ideation	I1p, E2c	Diagnostic of depression or self-reported depressed mood
3b	Psychiatric diseases and/or mental disorders (delusions, hallucinations, etc.)	J3g, J3h, J3i, I1q, I1o	Any symptoms of abnormal thought process, delusions or hallucinations, or a diagnosis of psychosis or bipolar disorder
3c	Addiction	J9a, J9b	Daily smoking or consumption of at least 5 drinks of alcohol in one go
3d	Anxiety or anguish that renders the clinical picture unclear	I1n, E2b	Diagnostic of anxiety or self-reported anxious mood
3e	Variations in mental function during the day	C3c	Mental function varies over the day
4a	Recurring solicitations of the primary and/or secondary network	E1e	Repetitive anxious complaints
4b	Ambivalent and/or conflictual communication with a member of the primary and/or secondary network	F1d, E1b	Conflicts/angry with friends or family and a perpetual anger against oneself or others
4c	Worries about symptoms, health conditions, and/or medical information	E1d	Repetitive health complaints
4d	Aggressiveness (verbal and/or physical) or mutism	E3b, E3c	Any manifestation of verbal or physical aggressiveness
4e	Resistance or opposition to care, whether active or passive	E3f	Manifestation of resistance to care
5a	Recent degradation of health status perceived by the patient	J7b	Experiencing an acute crisis or flare-up of a recurrent or chronic problem
5b	Overall change in the degree of independence (ADL/IADL) in the last month	G6, R2	Deterioration (or uncertainty) of the ADL performance or a significant change in general independence

(Continues)

TABLE 1 (Continued)

COMID		interRAI-HC	
Item	Var. label	Item	Var. description
5c	Transition period (ex. announcement of diagnosis, hospital discharge, death of caregiver, divorce, work, etc.)	F5, A14, A13b	Major life stressor or hospitalization or change in the household composition
5d	Acute change in cognitive abilities	C5	Deterioration (or uncertainty) of the decision-taking capacities during the last 3 months
5e	Unpredictability of health status (unusual symptoms, decompensation of a chronic disease, wounds, pain, etc.)	J7a, J7c, C4, N4b	Health conditions or diseases making cognitive state, ADL, mood or behaviour patterns unstable or end-stage disease or acute change in the mental state with regard to the usual functioning, or at least two visits to the hospital emergency
6a	Multiple care providers in the secondary network (primary care doctors, medical specialists, formal caregivers, curators, etc.)	N3aA, N3bA, N3cA, N3dA, N3eA, N3fA, N3gA, N3hA, O1	At least three providers

Abbreviations: ADL, activities for daily living; IADL, instrumental activities for daily living.

**Référence** : Busnel, C., Vallet, F., & Ludwig, C. (2021). Tooling nurses to assess complexity in routine home care practice: Derivation of a complexity index from the interRAI-HC. *Nursing Open*, 8(2), 815-823.

<https://doi.org/10.1002/nop2.686>



**Fragilité et complexité chez les bénéficiaires d'aides et de soins à domicile (étude fraXity).  
Vignettes cliniques**

Cette publication est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)



DOI : 10.26039/4kw5-pq47

Cette publication est téléchargeable gratuitement sur <https://arodes.hes-so.ch/record/9513>