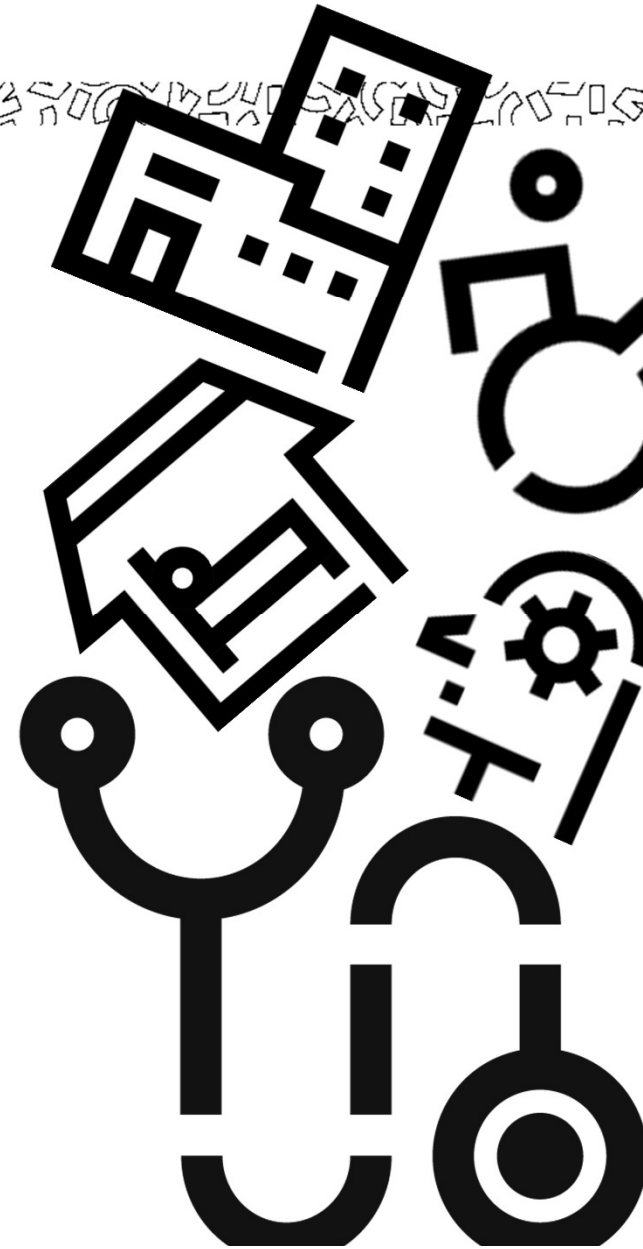


Personnes âgées et urgences

EO Urgences (Octobre 2024)



Sommaire



Les urgences et les personnes âgées



Confusion : l'urgence gériatrique



Chute : cause et conséquences



Multidisciplinaire: optimise l'urgence

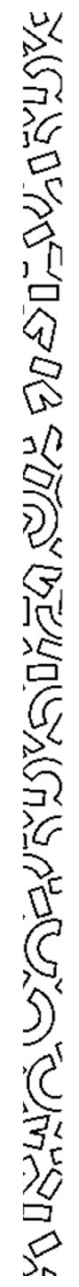


Palliatif : soins raisonnables et communication

Définition du patient âgé

Remplissez ce texte à trou :

app.wooclap.com/EOGERIA



Définition du patient âgé

Gériatrie

Médecine qui prend en charge les sujets âgés malades

Gérontologie

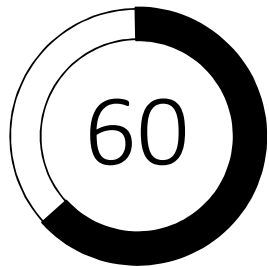
Science qui étudie le vieillissement

Vieillesse

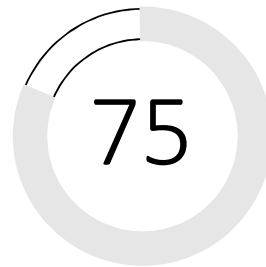
Ensemble des transformations du corps et du psychisme qui modifient le fonctionnement d'un être humain. Réduction et difficulté à s'adapter aux situations d'agressions. Ce n'est pas une maladie.



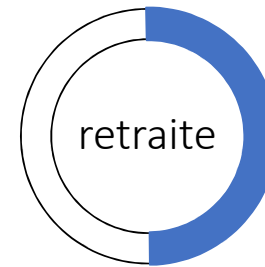
Définition du patient âgé



Rapport OMS sur le
vieillessement et la
santé



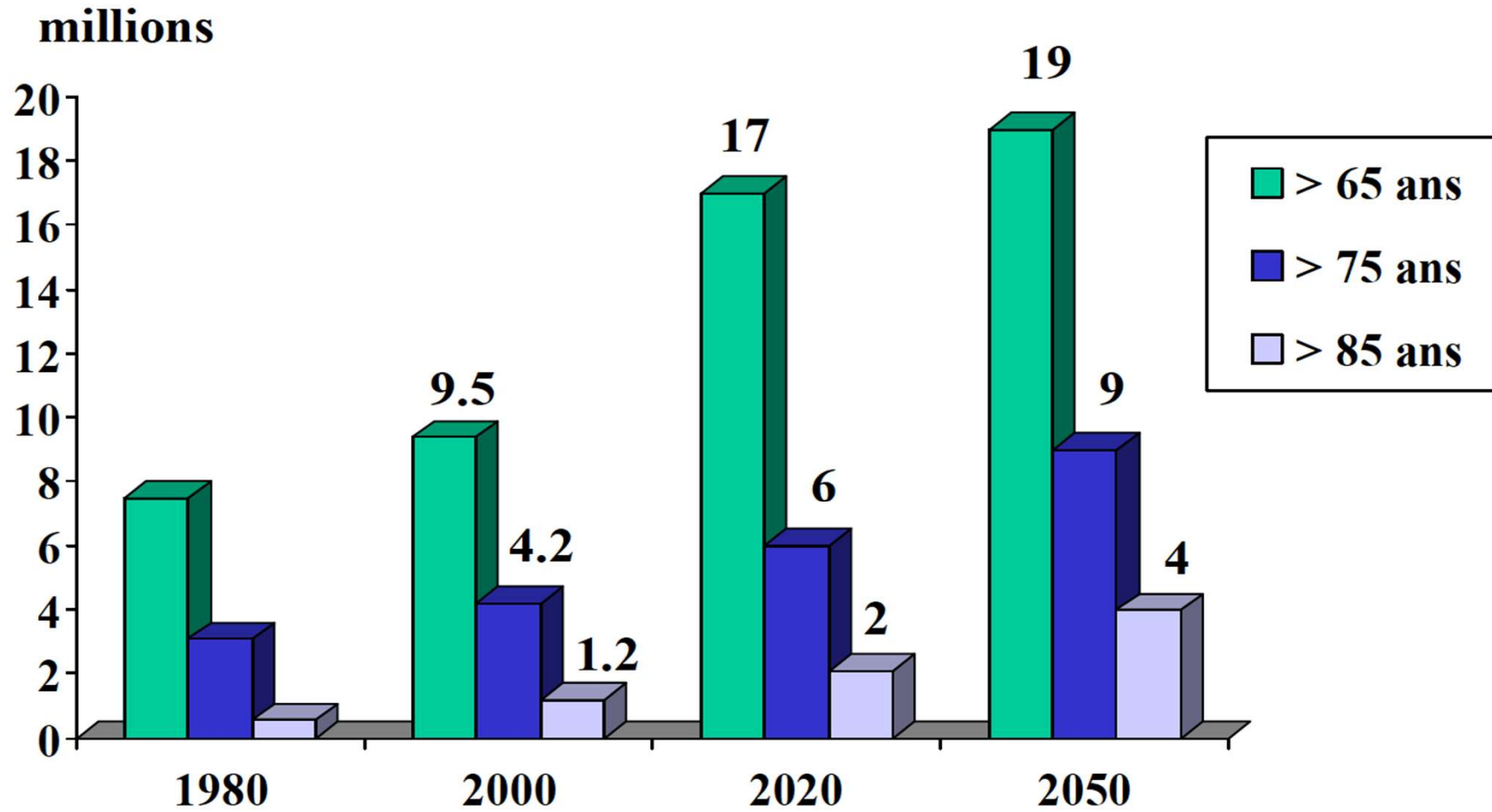
Selon le collège de
Gériatrie



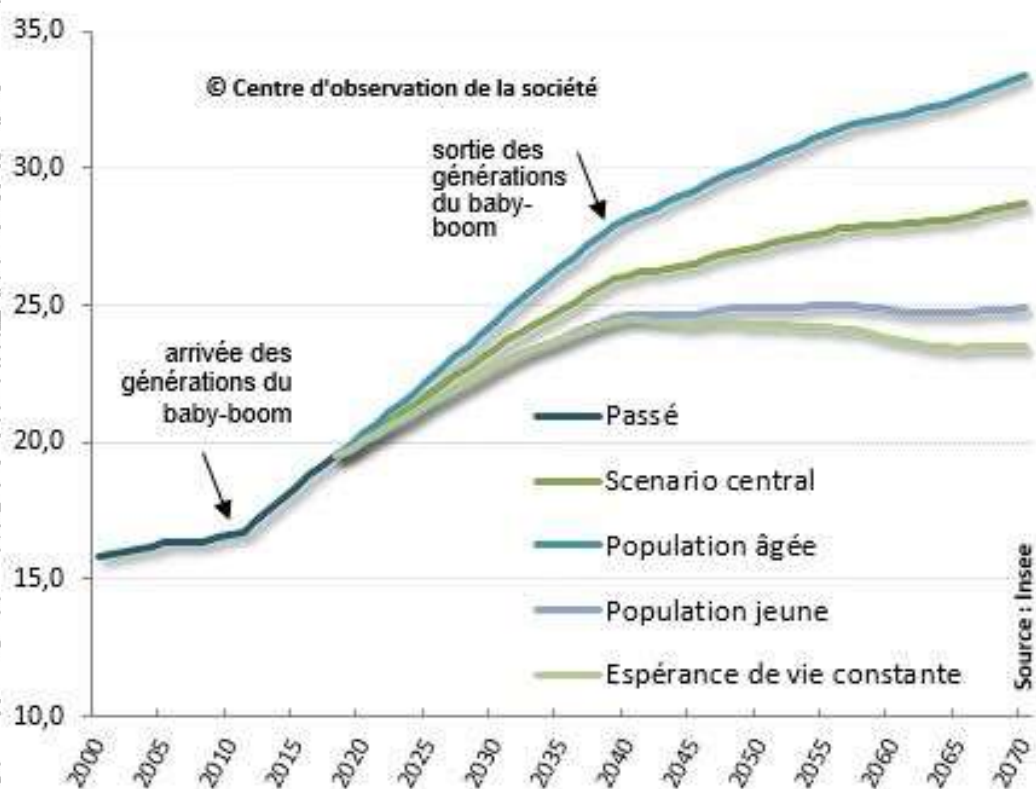
Définition sociale

UNIVERSITÉ DE LYON

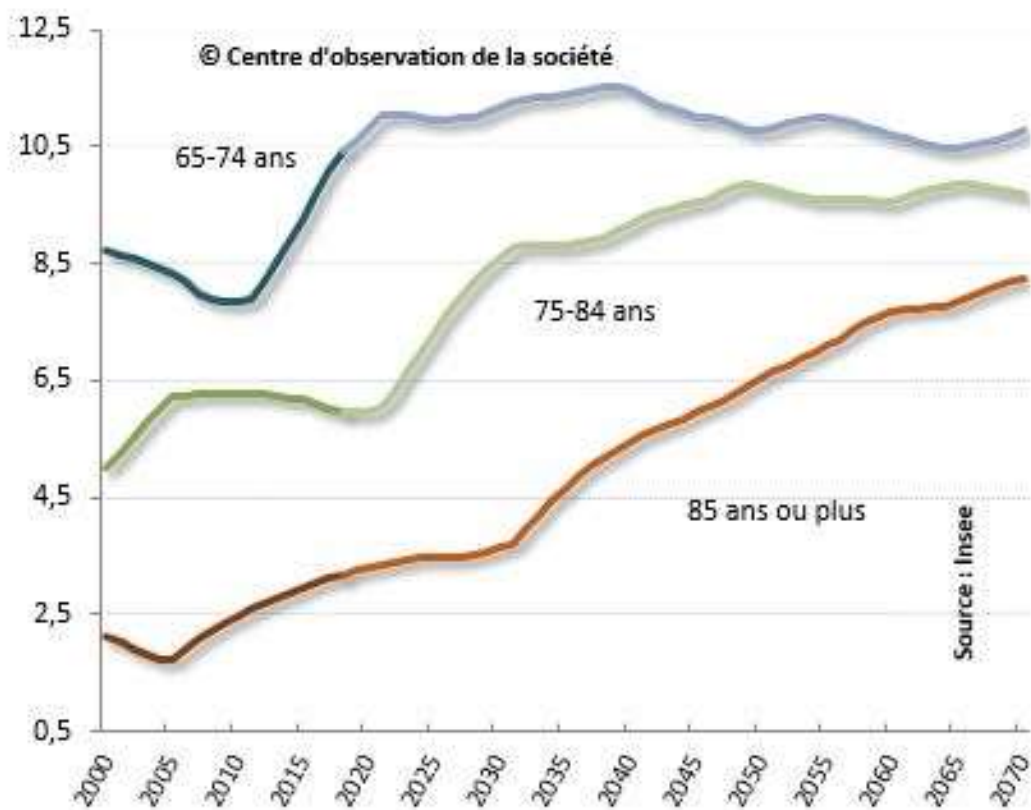
Population française

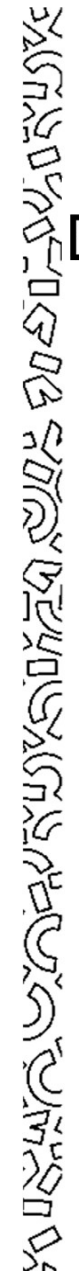


Part des 65 ans et plus dans la population totale, en %



Part des différentes tranches d'âge dans la population, en %





Les urgences et les personnes âgées

Pourcentage des patients de
> 75 ans aux urgences?

app.wooclap.com/EOGERIA





Les urgences et les personnes âgées

- Patients > 75 ans aux urgences :

12%

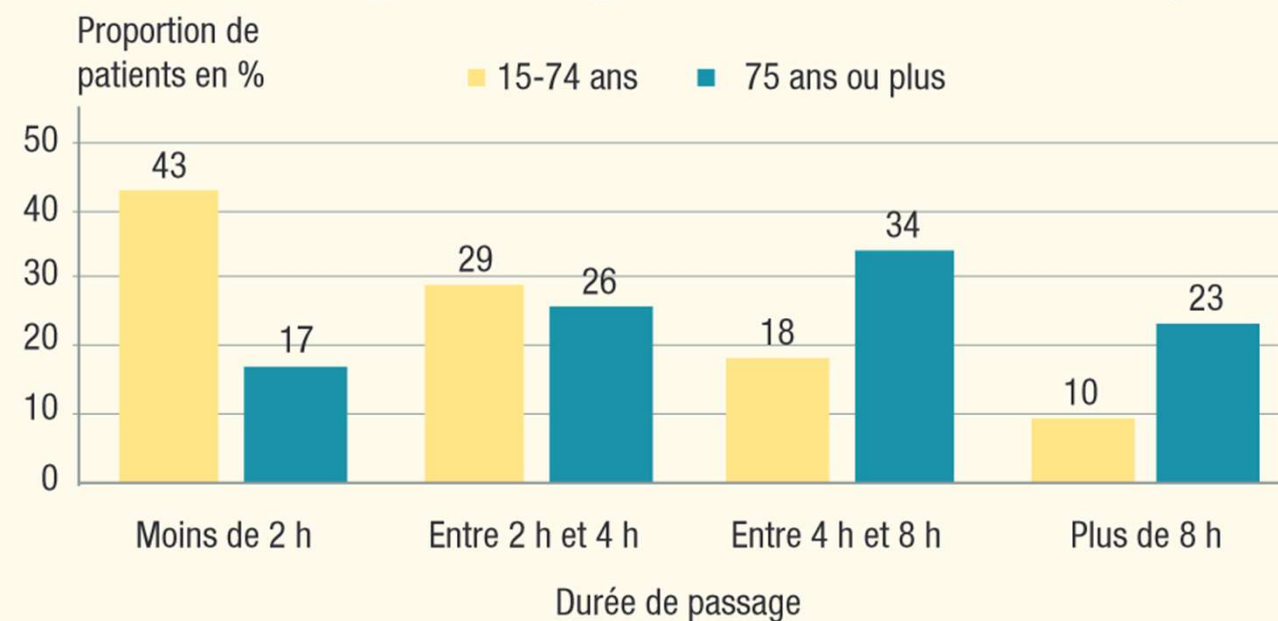


Les urgences et les personnes âgées



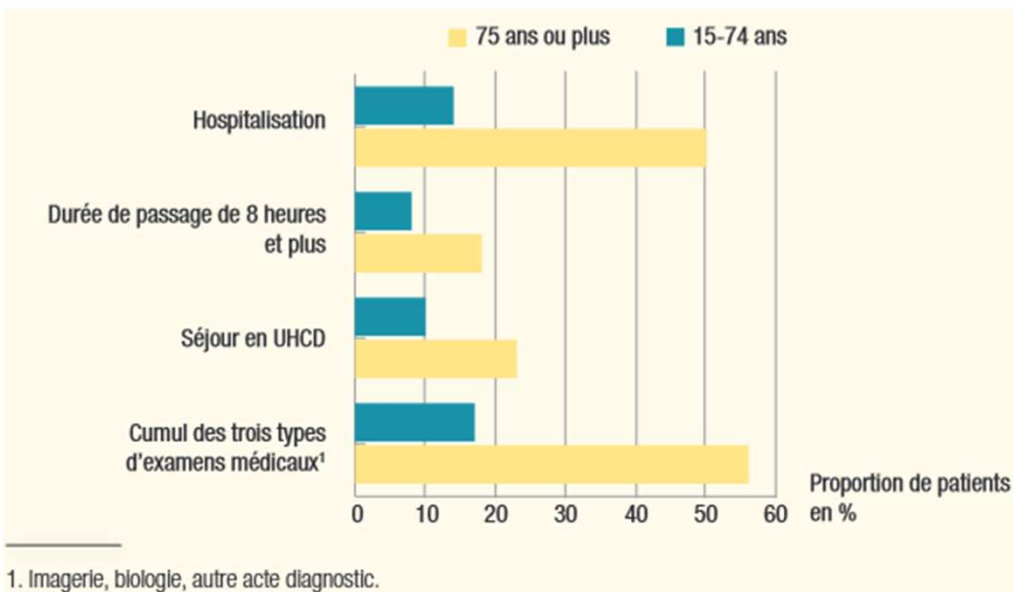
GRAPHIQUE 1

Durée de passage aux urgences en fonction de l'âge



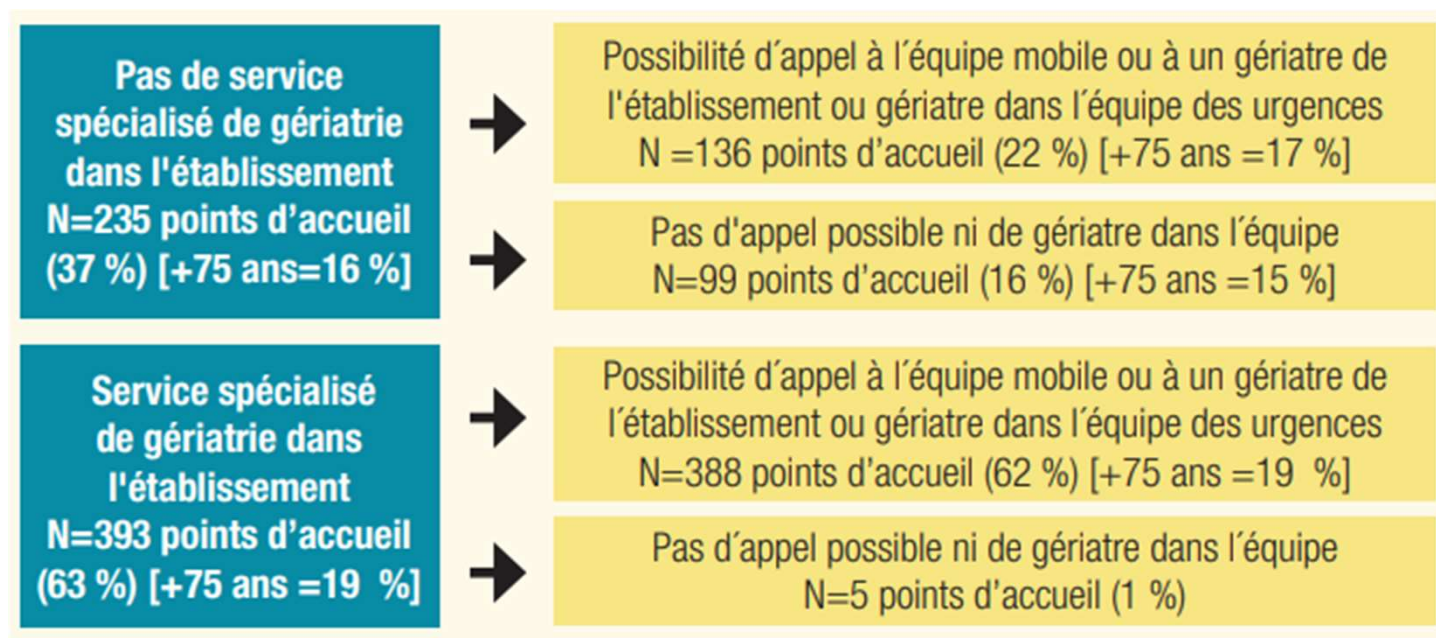


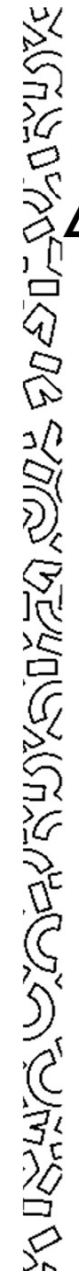
Les urgences et les p



		15-74 ans	75 ans ou plus
Mode de vie	seul à domicile	32	43
	non seul à domicile	64	42
	en institution	2	14
Mode d'arrivée	propres moyens	51	16
	véhicule d'un tiers	22	15
	ambulance, taxi pompiers ou SMUR	10 15	45 23
Provenance	domicile	67	75
	institution	1	11
	établissement de santé	1	3
	voie publique	23	5
Motif de recours	général et divers¹	5	12
	traumatologie	35	25
	cardiologique	11	17
	respiratoire	3	12
	neurologique	6	9
	gastrologique	11	10
	autre	30	15
Démarches entreprises²	35	58	
Dont auprès du médecin traitant ou d'un autre médecin (médecin de garde, SOS médecin)		25	47

Les urgences et les personnes âgées





⚠ Confusion : l'urgence gériatrique

- Prochain chapitre à suivre!

Des questions?

⚠ Confusion : l'urgence gériatrique

Dysfonctionnement cérébral aigu grave

A

Responsable d'une augmentation de la morbi-mortalité dans l'année qui suit

⚠ Confusion : l'urgence gériatrique

De garde, vous êtes appelé(e) en chirurgie pour fièvre et désaturation chez une patiente de 90 ans.

ATCD :

- Alzheimer sous inhibiteur de l'acétylcholine estérase
- Dépression sous ISRS
- HTA sous diurétiques thiazidiques
- Troubles du sommeil sous mélatonine et hypnotique
- Surdité appareill  e (prothèses auditives non port  es).

Elle vivait en EHPAD et d  ambulait sans autre trouble du comportement. L'infirmière vous rapporte que depuis l'opération, la patiente est anxieuse, agit  e, et qu'elle crie en grimaçant, qu'il est impossible de l'approcher pour lui faire un bilan.

app.wooclap.com/EOGERIA



⚠ Confusion : l'urgence gériatrique

Syndrome confusionnel selon les critères DSM-5:

- A. Trouble de l'attention
- B. Temps court / rupture de l'état antérieur
- C. perturbation cognitive
- D. Critères A et C pas mieux expliqués par un trouble neurocognitif préexistant
- E. Diagnostic d'une autre affection expliquant la modification cognitive





⚠ Confusion : l'urgence gériatrique

Confusion Assessment Method (CAM)

- Critères : 1 + 2 + (3 ou 4) :
 1. Début aigu, fluctuation de l'évolution.
 2. Troubles de l'attention.
 3. Désorganisation du cours de la pensée et du langage.
 4. Atteinte de la vigilance

sensibilité 86 % et spécificité 93 %



⚠ Confusion : l'urgence gériatrique



1. Considérer tout nouveau trouble du comportement comme un syndrome confusionnel jusqu'à preuve du contraire
2. Suivre une démarche rigoureuse pour faire le diagnostic étiologique du syndrome confusionnel.
3. Identifier l'urgence cachée derrière un syndrome confusionnel.
4. Ne pas céder trop facilement au traitement symptomatique d'un syndrome confusionnel sans faire de bilan étiologique.



⚠ Confusion : l'urgence gériatrique

Causes à rechercher systématiquement :

- Infectieuse
- Cardiovasculaire
- Neurologique
- Métabolique
- Iatrogénique / Toxique
- Douleur (Globe / Fécalome)



70 60 50 40 30 20 10 0 10 20 30 40 50 60 70

⚠ Confusion : l'urgence gériatrique

Quel est le bilan que vous demandez en première intention pour votre patiente confuse?

app.wooclap.com/EOGERIA



⚠ Confusion : l'urgence gériatrique

Neurologique :
Signes neurologiques focaux
Syndrome méningé

Digestif :
Abdomen chirurgical
Troubles du transit

Cœur

Métabolique

Infectieux

Examen locomoteur

BILAN DE PREMIÈRE INTENTION :
bilan biologique : NFS, ionogramme sanguin, créatininémie et calcul de la clairance, CRP, glycémie, Ca, Bu
+ ECG

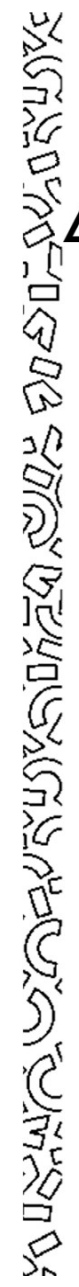
BILAN DE SECONDE INTENTION :
en fonction du contexte

Gaz du sang, troponine, toxiques, BH, hémocultures, TSH, ECBU, radio de thorax

TDM c : TC ou signes neurologiques focaux

EEG : suspicion clinique de crise convulsive ou bilan de confusion négatif y compris scanner cérébral

PL : syndrome infectieux sans point d'appel clinique ou syndrome méningé



www.wooclap.com

⚠ Confusion : l'urgence gériatrique

Quel est l'élément de prise en charge numéro 1?

app.wooclap.com/EOGERIA





⚠ Confusion : l'urgence gériatrique

- 1^{er} élément de la prise en charge: résolution des facteurs précipitants
- Favoriser élimination: urine et selles
- Installer dans un lieu approprié
- Maintenir la mobilité physique
- Présence de proches

40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

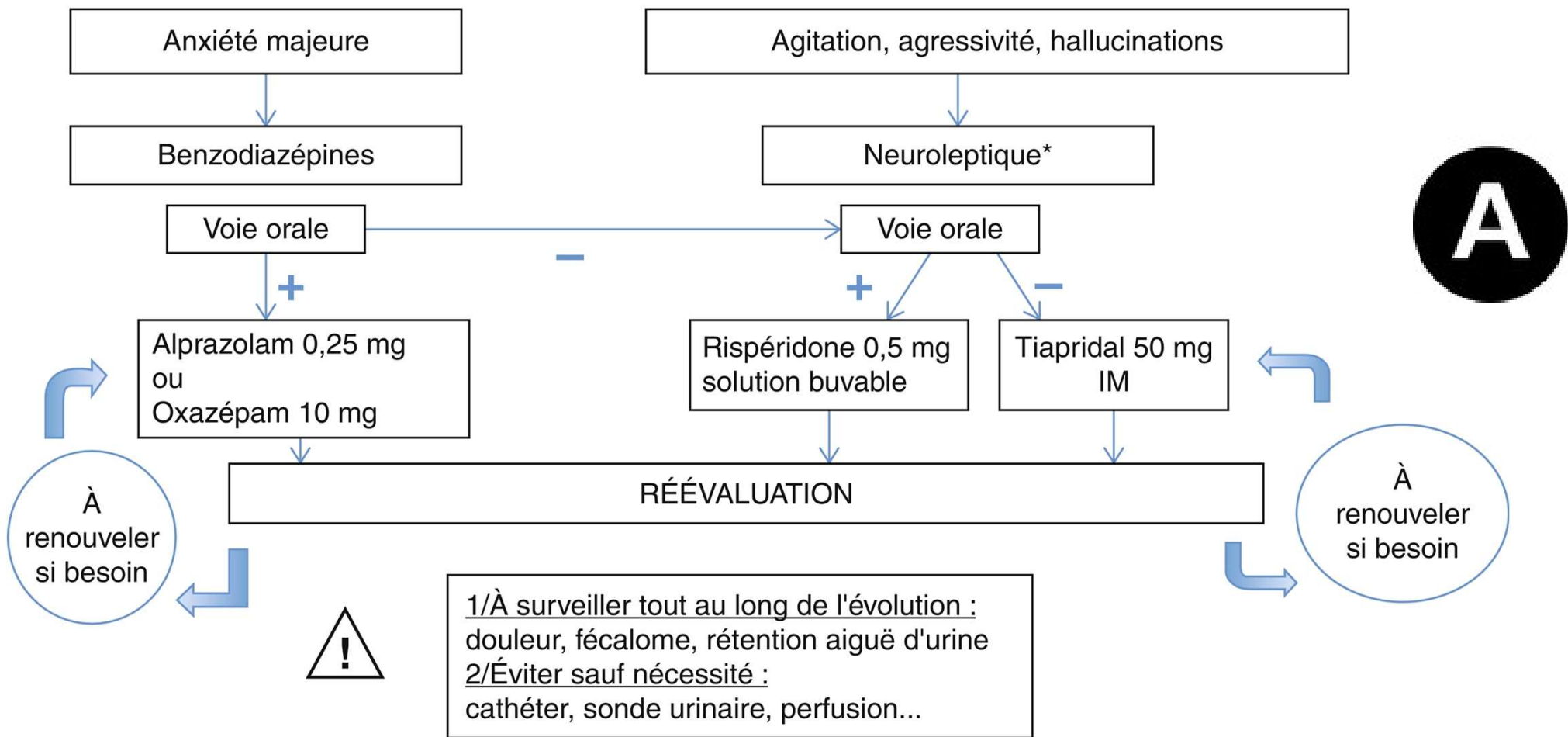
⚠ Confusion : l'urgence gériatrique

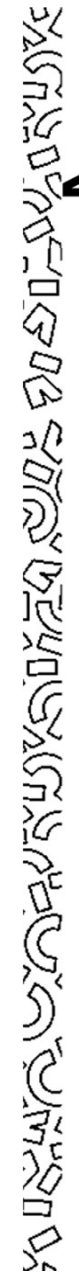
Votre patiente est confuse , agitée avec des hallucinations malgré le début du traitement et des thérapeutiques non-médicamenteuses. Quelles thérapeutiques sont les plus favorables dans ce contexte?

app.wooclap.com/EOGERIA



⚠ Confusion : l'urgence gériatrique





Chute : cause et conséquences

- Prochain chapitre à suivre!

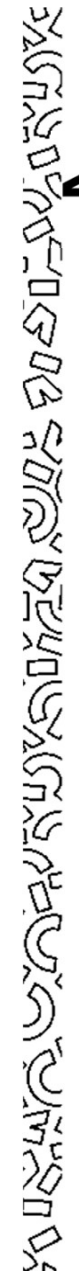
Des questions?



Chute : cause et conséquences

- 1/7 55-85 ans ont chuté dans l'année
(Avec consultation à la suite, en France en 2010)
- 85% des recours aux urgences des + 65 ans ont pour origine une chute
- 25% des +65 ans et 50% +90 ans sont hospitalisés après évaluation





Chute : cause et conséquences

Une chute grave est un chute associée à :

- Une autre chute dans la dernière année (chutes répétées)
- Une hospitalisation ou une intervention médicale
- Une station au sol de plus de 1 heure du fait de l'incapacité de la personne à se relever (**mortalité à 6 mois multipliée par deux**)
- Une personne fragile
- Une absence de cause évidente (perte de connaissance?)



Chute : cause et conséquences



Facteurs précipitants :

2. Facteurs extrinsèques

Environnement inadapté Mobilier et W.-C. inadaptés; habits trop longs; mauvais état du sol mouillé glissant ou irrégulier; chaussage inadapté maintenant mal le pied, à semelle usée ou glissante; obstacles; éclairage insuffisant

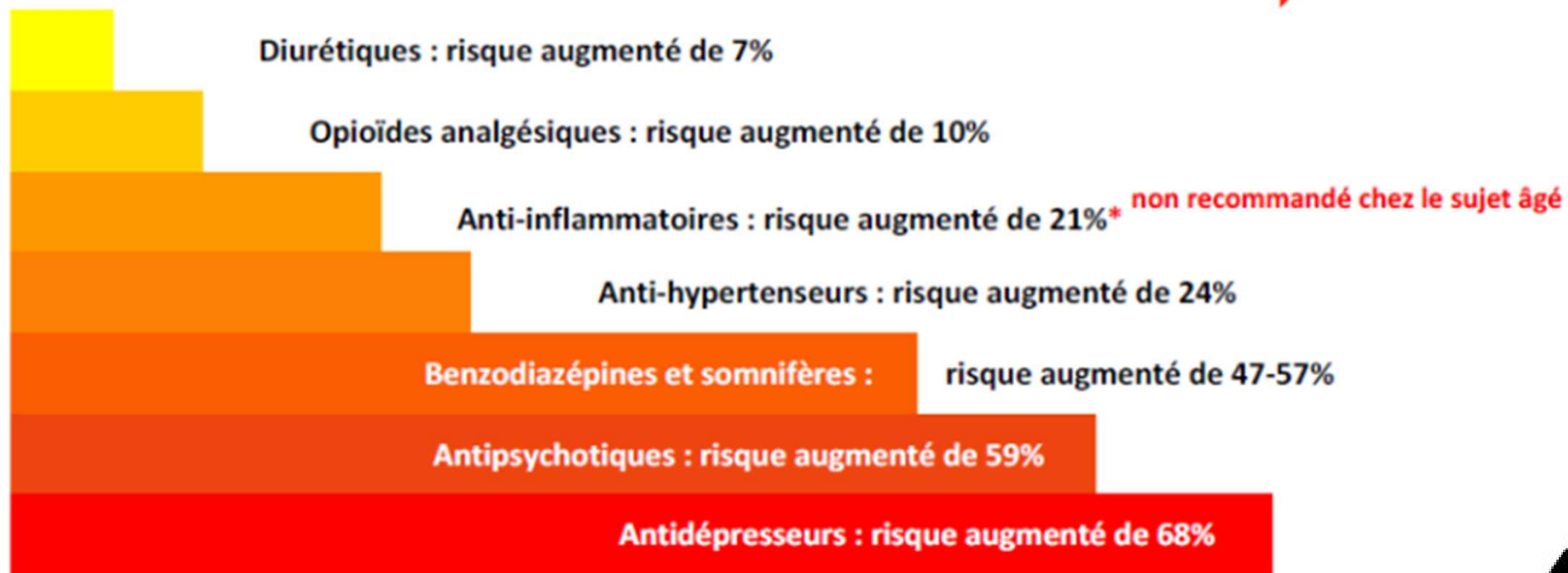
- Métabolique
- Iatrogénique / Toxique
- Douleur (Globe / Fécalome)





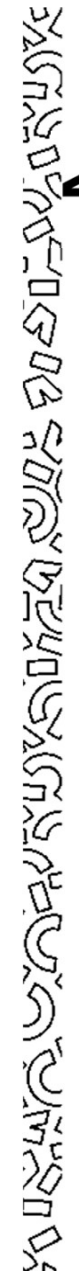
Chute : cause et conséquences

Quels médicaments augmentent le risque de chutes?



Sources: de Jong *et al.* 2013 & Huang *et al.* 2012



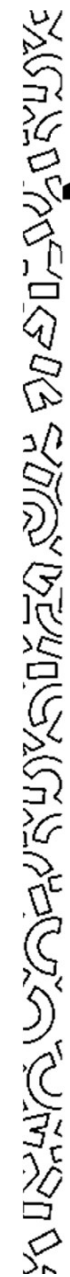


Chute : cause et conséquences

Quelles sont les conséquences de la station au sol prolongée?

app.wooclap.com/EOGERIA

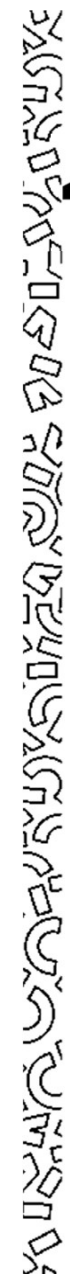




Chute : cause et conséquences

Conséquences de la chute

Rhabdomyolyse , insuffisance rénale et hyperkaliémie, pneumopathie d'inhalation, hypothermie, déshydratation, escarres, MTEV, conséquences psychologiques (syndrome post-chute)

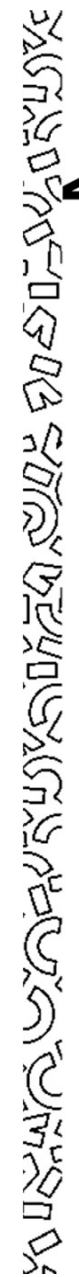


Chute : cause et conséquences

Quel est l'examen complémentaire supplémentaire à prescrire dans le bilan de chute initial?

app.wooclap.com/EOGERIA





Chute : cause et conséquences

Examens complémentaires?

- Dosage sérique vit D (25(OH)-D)
- ECG
- Ionogramme, NFS, fonction rénale

40 30 20 10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Multi-disciplinaire : optimise l'urgence

AXE 1
SAVOIR
REPERER
LES RISQUES
DE CHÛTE
ET ALERTER



AXE 2
AMÉNAGER
SON
LOGEMENT
ET SORTIR
EN TOUTE
SÉCURITÉ



AXE 3
DES AIDES
TECHNIQUES
À LA
MOBILITÉ
FAITES
POUR TOUS



AXE 4
L'ACTIVITÉ
PHYSIQUE,
MEILLEURE
ARME
ANTICHÛTE

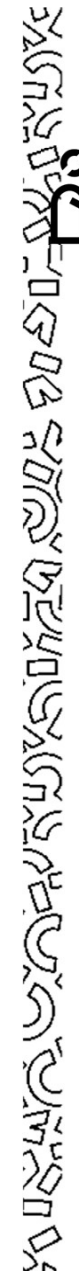


AXE 5
LA
TÉLÉASSISTANCE
POUR TOUS
COMME UN OUTIL
DE PRÉVENTION
DES CHÛTES
GRAVES






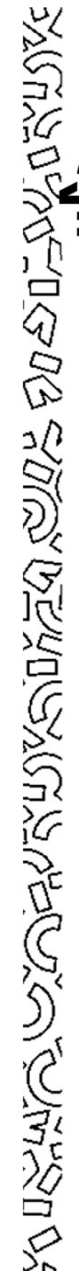
AXE TRANSVERSAL
INFORMER
ET SENSIBILISER





Multi-disciplinaire : optimise l'urgence

- Traitement mais aussi plan de soins 
- Action pluridisciplinaire avec IDE, Kiné, Assistante sociale, médecins 
- Médecin avec place symbolique 



Palliatif : Soins raisonnables et communication

- Prochain chapitre à suivre!

Des questions?



Palliatif : Soins raisonnables et communication

- **stade palliatif actif** pouvant durer plusieurs années
- **stade palliatif symptomatique** qui peut durer plusieurs mois
- **stade terminale** qui peut durer plusieurs semaines
- **phase agonique** qui peut durer quelques heures à quelques jours

Palliatif : Soins raisonnables et communication

Selon la **Loi Claeys-Leonetti** du 2 février 2016 :

« Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. »



La loi nécessite que le patient **réitère sa décision** lors d'une réévaluation.

Ce refus de traitement **n'est pas un refus de soins.**

Il sera inscrit dans le dossier médical et sera suivi de la construction d'un **projet de soins pluridisciplinaire.**

Palliatif : Soins raisonnables et communication




La loi permet au patient atteint d'une affection grave et incurable de demander une sédation profonde et continue.

La sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance afin de diminuer voire de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient.

Lorsqu'un patient exprime un souhait de mourir, le cadre légal rappelle « qu'en France l'euthanasie et le suicide assisté sont interdits »

Palliatif : Soins raisonnables et communication

- A. Aborder la situation de limitation de soins ou de discussion de soins palliatifs. 
- B. Communiquer avec le patient en situation de soins palliatifs.
- C. Faire le diagnostic de situation et de soins palliatifs.
- D. Organiser le plan de soins thérapeutique palliatif.

Palliatif : Soins raisonnables et communication

- A. Aborder la situation de limitation de
 - s'informer de la compréhension du patient
- B.
 - rappeler le contexte reprenant l'histoire récente
 - lui demander ce qu'il veut savoir et ce qu'il sait déjà
- C.
 - apporter progressivement les informations de l'annonce
 - interroger le patient sur ce qu'il ressent
 - aborder l'avenir et permettre son expression
- D. Organiser le plan de soins thérapeutique palliatif.



7.1 Palliatif : Soins raisonnables et communication

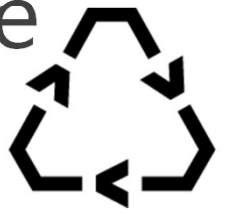
- A. Aborder la situation de limitation de soins ou de discussion de soins palliatifs.
- B. Communiquer avec le patient en situation de soins palliatifs.
- C. Faire le diagnostic de situation et de soins palliatifs.
- D. Organiser le plan de soins thérapeutique palliatif.

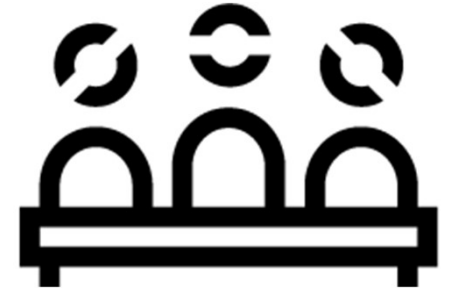




Palliatif : Soins raisonnables et communication

- A. Aborder la situation de limitation de soins ou de discussion de soins palliatifs.
- B. Communiquer avec le patient en situation de soins palliatifs.
- C. Faire le diagnostic de situation et de soins palliatifs.
- D. Organiser le plan de soins thérapeutique palliatif.**



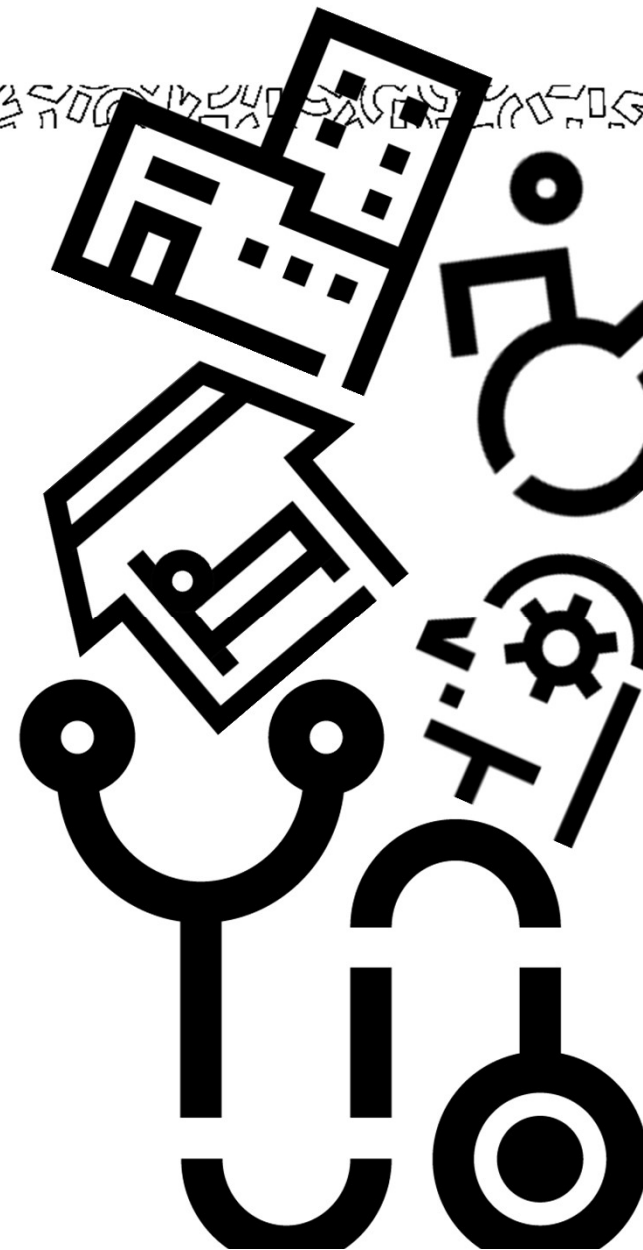


Les points essentiels

- Recherche de point d'appel de confusion / chute
- Être à l'écoute du patient
- Travail multidisciplinaire

Merci!

Merci de votre attention



Bibliographie

1. Diagnostiquer et raisonner devant un syndrome confusionnel - Gériatrie - ClinicalKey Student [Internet]. [cité 31 oct 2024]. Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com.budistant.univ-nantes.fr/student/content/book/3-s2.0-B9782294770227000110>
2. Prendre une décision de soins palliatifs et accompagner le patient - Gériatrie - ClinicalKey Student [Internet]. [cité 31 oct 2024]. Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com.budistant.univ-nantes.fr/student/content/book/3-s2.0-B9782294770227000171>
3. Raisonner devant une chute, comprendre la démarche diagnostique et thérapeutique - Gériatrie - ClinicalKey Student [Internet]. [cité 30 oct 2024]. Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com.budistant.univ-nantes.fr/student/content/book/3-s2.0-B9782294770227000122#hl0001460>
4. Officer A, Thiyagarajan JA, Schneiders ML, Nash P, Fuente-Núñez V de la. Ageism, Healthy Life Expectancy and Population Ageing: How Are They Related? International Journal of Environmental Research and Public Health. 1 mai 2020;17(9):3159.
5. Sost G, Jouanny P. Urgences gériatriques. EMC - Médecine. avr 2005;2(2):137-43.
6. Rapport de la DRESS sur les patients âgées aux urgences 2017
7. Recommandations HAS sur le patient chuteur 2024
8. Recommandations HAS sur le patient confus 2009