

# Les urgences en gériatrie

SSMG - Grande Journée de Bruxelles du 22 mars  
2025

Pre Isabelle De Brauwer

Cliniques universitaires Saint-Luc - UCLouvain

Dre Julie Merche

CHU-UCL-Namur, site Godinne - UCLouvain

# Conflits d'intérêt

- Aucun
- Nous ne sommes pas médecin généraliste !

# Plan de la présentation

- Les grandes urgences en gériatrie
  - Généralités
  - Les chutes
  - Le delirium ou confusion aiguë
  - La rétention urinaire aiguë
- Les admissions évitables en service d'urgences
  - qu'en est-il pour les résidents de maisons de repos ?
  - Introduction
  - Définition
  - L'exemple du CHU UCL Namur – une étude belge

# Les grandes urgences en gériatrie

Pre Isabelle De Brauwer

# Urgences gériatriques : généralités

- Connaître le vieillissement physiologique, différentiel

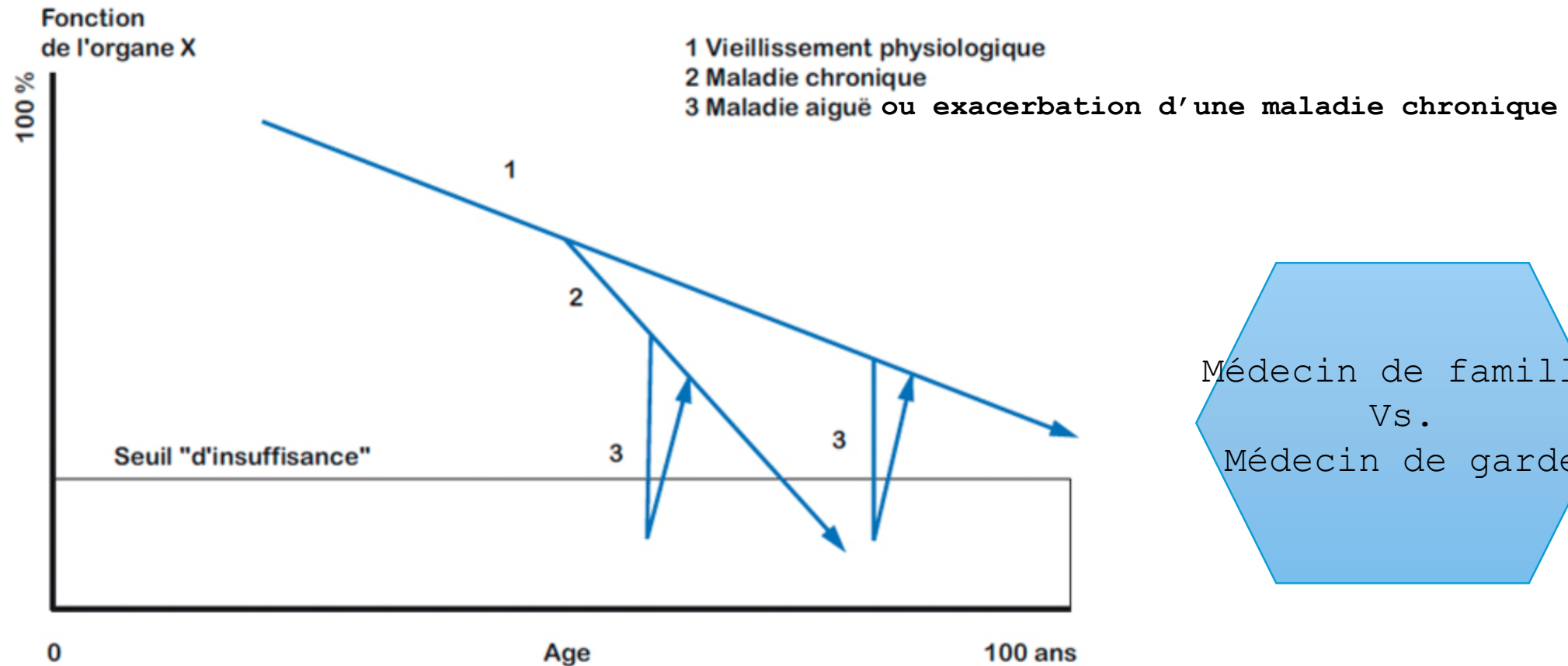
<b>Rénal</b>	<b>+++</b>
Cérébral	+
<b>Locomoteur</b>	<b>++</b>
<b>Cardiovasculaire</b>	<b>++</b>
Digestif	+/-

- Les M+ chroniques sont très fréquentes avec l'avancée en âge.

- **! Polypathologie !** fréquentes = complexité !
- **! Polymédication !**

- Plan de Soins Personnalisés et Anticipés: ni trop tôt, ni trop tard...

# Urgences gériatriques : généralités



Médecin de famille  
Vs.  
Médecin de garde

D'après J.P. Bouchon. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie. Revue du praticien 1984 34:888

Figure 16 Evolution de la fonction d'un organe selon l'âge et les différentes manifestations pathologiques

# Urgences gériatriques : généralités



## Interpretation of vital signs:

Check baseline values of individual patient and monitor trends. If the patient's individual baseline values are not available:



## Systolic blood pressure:

On average below **120** (in sepsis), or **110 mmHg** (in trauma) should be considered abnormal until proven otherwise.



## Heart rate:

On average heart rate below **50** or above **100 bpm** is associated with higher in-hospital mortality and should be considered abnormal.



## Temperature:

Normal or low temperature is associated with higher mortality than high temperature in patients with suspected infection/sepsis.



## Look for clinical signs of organ failure:

Increased respiratory rate, prolonged capillary refill time, poor peripheral circulation or low urine output, altered mental status (see below):

## ABCDE indispensable, mais réfléchi:

- Vt physio
- Polymorbidité
- Polymédication

Connaître les paramètres de base; si non disponibles:

!!! TA < 110-120mmHg !!!

!!! FC < 50 ou > 100bpm

!!! Apyrexie !!!

!!! Signes de défaillance d'organes !!!

- FR
- Temps de recoloration
- Circulation périphérique ↓
- Débit urinaire ↓
- Altération cognitive: delirium

# Urgences gériatriques : généralités

- Les urgences « classiques » (ex. la douleur thoracique)
- Présentations atypiques: exclure un problème sous-jacent !
  - Chutes
  - Delirium
  - Altération de l'état général
- Autres :
  - Négligence/maltraitance
  - Abus d'alcool ou autre substance
  - Questions éthiques
  - ...

# Urgences gériatriques : généralités

- Les urgences « classiques » (ex. la douleur thoracique)
- Présentations atypiques: exclure un problème sous-jacent !
  - Chutes
  - Delirium
  - Altération de l'état général
- Autres :
  - Négligence/maltraitance
  - Abus d'alcool ou autre substance
  - Questions éthiques
  - ...

# Urgences gériatriques: les chutes

*« une perte brutale et totalement accidentelle de l'équilibre postural lors de la marche ou de la réalisation de toute autre activité, faisant tomber la personne sur le sol ou toute autre surface plus basse que celle où elle se trouvait »*

1 PA âgée 65+ sur 3 chaque année au domicile

2 PA âgée 65+ sur 3 chaque année en MR(S)

Plus fréquente avec l'avancée en âge et chez la femme

Souvent banalisée/non rapportée par la PA elle-même

S. Moreels et al. Sciensano 2024

SSMG - urgences\_G - IDB & JM

Manuel Montero-Odasso et al Age and Ageing 2022

Multi-chutes ou...

# Urgences gériatriques: les chutes

En Belgique, en 2019-2021 (médecins vigies):

1637 chutes pour 100 000 ♂ et 2880 chutes pour 100 000 ♀

1 PA 65+ sur 2	≥ 1 chute(s) endéans l'année
1 PA 65+ sur 4	intervention médicale et/ou infirmière
1 PA 65+ sur 5	csq traumatique mentale ou physique
1 PA 65+ sur 3	hôpital
3 PA 65+ sur 5	domicile / environnement domestique
2 PA 65+ sur 3	durant AVJ/AVQ

# Les chutes – présentations atypiques !

- Episode isolé ? = diagnostic d'exclusion...
- Exclure une pathologie sous-jacente !
- Red-flags d'une fragilité sous-jacente !

# Urgences gériatriques: les chutes

## Rechercher les signes de gravité: conséquences

Conséquences de la chute	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Traumatismes physiques modérés à sévères</li> <li>▶ Impossibilité de se relever du sol et ses conséquences (rhabdomyolyse, hypothermie, escarres, pneumopathies d'inhalation, déshydratation)</li> <li>▶ Syndrome post-chute</li> </ul>
Pathologies responsables de la chute	Signes de maladie aiguë responsable de la chute (troubles du rythme/conduction, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, maladies infectieuses, hypoglycémie chez les patients diabétiques)
Caractère répétitif de la chute	Signe de gravité particulièrement en cas : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ d'augmentation récente de la fréquence des chutes</li> <li>▶ d'association de plus de 3 facteurs de risque de chute</li> <li>▶ de troubles de l'équilibre ou de la marche</li> </ul>

### ■ Il faut également :

Reconnaitre les trois principales situations à risque de chute grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ostéoporose avérée</li> <li>▶ Prise de médicaments anticoagulants</li> <li>▶ Isolement social et familial</li> </ul>
Réévaluer la personne dans un délai d'une semaine afin de rechercher les signes de gravité apparus à distance	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Peur de chuter</li> <li>▶ Restriction des activités de la vie quotidienne</li> <li>▶ Syndrome post-chute</li> </ul>

### Conséquences de la chute

- Traumatisme physique ?
- Séjour au sol > 1h ?
- La personne a-t-elle pu se relever seule ?
- La personne a-t-elle pu se tenir debout sans aide ?
- La personne a-t-elle peur de faire une nouvelle chute ?

### Clinique: conséquences

- Douleurs aiguës à la palpation ?
- Impotence fonctionnelle et/ou déformation MI ?
- Trouble de la conscience et/ou traumatisme face ?
- Lacération cutanée étendue ou profonde (hypoderme) ?
- Posture statique et dynamique:

# Urgences gériatriques: les chutes

## Rechercher les signes de gravité: causes

Conséquences de la chute	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Traumatismes physiques modérés à sévères</li> <li>▶ Impossibilité de se relever du sol et ses conséquences (rhabdomyolyse, hypothermie, escarres, pneumopathies d'inhalation, déshydratation)</li> <li>▶ Syndrome post-chute</li> </ul>
Pathologies responsables de la chute	Signes de maladie aiguë responsable de la chute (troubles du rythme/conduction, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, maladies infectieuses, hypoglycémie chez les patients diabétiques)
Caractère répétitif de la chute	Signe de gravité particulièrement en cas : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ d'augmentation récente de la fréquence des chutes</li> <li>▶ d'association de plus de 3 facteurs de risque de chute</li> <li>▶ de troubles de l'équilibre ou de la marche</li> </ul>

### ■ Il faut également :

Reconnaître les trois principales situations à risque de chute grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ostéoporose avérée</li> <li>▶ Prise de médicaments anticoagulants</li> <li>▶ Isolement social et familial</li> </ul>
Réévaluer la personne dans un délai d'une semaine afin de rechercher les signes de gravité apparus à distance	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Peur de chuter</li> <li>▶ Restriction des activités de la vie quotidienne</li> <li>▶ Syndrome post-chute</li> </ul>

### Pathologies responsables

- Malaise et/ou une perte de connaissance ?
- Déficit neurologique constitué ou transitoire ?
- Trouble de la conscience ?
- Sensation erronée de déplacement rotatoire de l'espace ou du corps dans l'espace = vertige ?
- Etat fébrile ou une pathologie infectieuse précédant ?
- Médicament hypoglycémiant ?
- *Changement ordonnance ?*
- *Alcool ? Drogues ?*

### Clinique: causes

- Cœur et poumons ?
- *HypoTA orthostatique ?*
- Déficit neurologique sensitivomoteur ?
- Delirium (cf. infra) ?

# Urgences gériatriques: les chutes

## Rechercher les signes de gravité: risques particuliers

Conséquences de la chute	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Traumatismes physiques modérés à sévères</li> <li>▶ Impossibilité de se relever du sol et ses conséquences (rhabdomyolyse, hypothermie, escarres, pneumopathies d'inhalation, déshydratation)</li> <li>▶ Syndrome post-chute</li> </ul>
Pathologies responsables de la chute	Signes de maladie aiguë responsable de la chute (troubles du rythme/conduction, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, maladies infectieuses, hypoglycémie chez les patients diabétiques)
Caractère répétitif de la chute	Signe de gravité particulièrement en cas : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ d'augmentation récente de la fréquence des chutes</li> <li>▶ d'association de plus de 3 facteurs de risque de chute</li> <li>▶ de troubles de l'équilibre ou de la marche</li> </ul>

### ■ Il faut également :

Reconnaître les trois principales situations à risque de chute grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ostéoporose avérée</li> <li>▶ Prise de médicaments anticoagulants</li> <li>▶ Isolement social et familial</li> </ul>
Réévaluer la personne dans un délai d'une semaine afin de rechercher les signes de gravité apparus à distance	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Peur de chuter</li> <li>▶ Restriction des activités de la vie quotidienne</li> <li>▶ Syndrome post-chute</li> </ul>

### Caractère répétitif, fragilité = risque de récurrence !

- Augmentation de la fréquence les dernières semaines ?
- > 3 FR de chute (cf. infra)
- Troubles Marche/Equilibre

### Situations particulières

- Ostéoporose sévère ?
- Médicament(s) anticoagulant(s) ?
- Seul.e à domicile ? Aides à domicile ?

# Urgences gériatriques: les chutes

## Rechercher les facteurs de risque prédisposants

### Facteurs prédisposants

- ▶ Âge 80 ans
- ▶ Sexe féminin
- ▶ Antécédents de fractures traumatiques
- ▶ Polymédication (prise de plusieurs classes thérapeutiques par jour)
- ▶ Prise de psychotropes, diurétiques, digoxine ou antiarythmique de classe 1
- ▶ Trouble de la marche et/ou de l'équilibre (*timed up & go test*  $\geq 20$  secondes et/ou station unipodale  $\leq 5$  secondes)
- ▶ Diminution de la force et/ou de la puissance musculaire des membres inférieurs (capacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains ; index de masse corporelle  $< 21 \text{ kg/m}^2$ )
- ▶ Arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis
- ▶ Anomalie des pieds
- ▶ Troubles de la sensibilité des membres inférieurs
- ▶ Baisse de l'acuité visuelle (score d'acuité visuelle anormal aux échelles de Monoyer et/ou de Parinaud)
- ▶ Syndrome dépressif
- ▶ Déclin cognitif (suspecté par un score MMSE et/ou test des cinq mots et/ou test de l'horloge et/ou test Codex anormal)

### Intrinsèques

- + Maladie prédisposante: PKS, incontinence
- + Sédentarité

### Extrinsèques

- + Prise de risque: TNCM vs. Usuels
- + Alcool, drogues
- + Habitat (cf. infra)

# Urgences gériatriques: les chutes

## Rechercher les facteurs de

### risque précipitants

#### Facteurs précipitants

**Cardio-vasculaires** : rechercher les notions de malaise et/ou de perte de connaissance et rechercher une hypotension orthostatique

**Neurologiques** : rechercher l'existence d'un déficit neurologique sensitivomoteur de topographie vasculaire constitué ou transitoire, et d'une confusion mentale

**Vestibulaires** : rechercher la notion de vertige à l'interrogatoire et une latéro-déviations au test de Romberg

**Métaboliques** : rechercher une hyponatrémie, une hypoglycémie et la prise de médicaments hypoglycémifiants, une consommation excessive d'alcool

**Environnementaux** : examiner l'éclairage, l'encombrement et la configuration du lieu de vie, ainsi que le chaussage



Urgences gériatriques: les chutes

Examens complémentaires = dirigés

**Examens complémentaires dirigés dans le cadre d'une mise au point de chute (répétée)**

- Hyponatrémie Ionogramme
- Carence en vitamine D Vitamine D (25OHD)
- *Si point d'appel d'anémie* Numération formule sanguine
- *Si point d'appel cardiaque* ECG
- *Si diabète* HbA1c

**Examens complémentaires dirigés selon signes de gravité**

- *Si douleur A et/ou impotence F* Rx ciblées
- *Si séjour au sol > 1h* CPK et créatinine sérique
- *Si malaise et/ou P de C* ECG 12 dérivations
- *Si diabète* Glycémie

# Urgences gériatriques: les chutes

## Réévaluation à distance

Conséquences de la chute	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Traumatismes physiques modérés à sévères</li> <li>▶ Impossibilité de se relever du sol et ses conséquences (rhabdomyolyse, hypothermie, escarres, pneumopathies d'inhalation, déshydratation)</li> <li>▶ Syndrome post-chute</li> </ul>
Pathologies responsables de la chute	Signes de maladie aiguë responsable de la chute (troubles du rythme/conduction, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, maladies infectieuses, hypoglycémie chez les patients diabétiques)
Caractère répétitif de la chute	Signe de gravité particulièrement en cas : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ d'augmentation récente de la fréquence des chutes</li> <li>▶ d'association de plus de 3 facteurs de risque de chute</li> <li>▶ de troubles de l'équilibre ou de la marche</li> </ul>

### ■ Il faut également :

Reconnaître les trois principales situations à risque de chute grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ostéoporose avérée</li> <li>▶ Prise de médicaments anticoagulants</li> <li>▶ Isolement social et familial</li> </ul>
Réévaluer la personne dans un délai d'une semaine afin de rechercher les signes de gravité apparus à distance	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Peur de chuter</li> <li>▶ Restriction des activités de la vie quotidienne</li> <li>▶ Syndrome post-chute</li> </ul>

### Ré-évaluer

- Peur de chute et restriction AVQ ?
- Syndrome post-chute ?
- Suivi du plan de soins ?

# Urgences gériatriques: les chutes

## Prise en soins

- [Prévention des chutes - SSMG](#)
- Systématique:
  - Révision médicamenteuse: [Fiche-3-Le-risque-medicamenteux.pdf](#) (SSMG)
  - Correction des facteurs de risque modifiables: [Fiche-2-Effet-d-une-approche-multifactorielle-pour-les-chutes.pdf](#) (SSMG) dont vérifier le **chaussage**
    - Chaussures fermées, à talons larges et bas (2-3 cm), à semelles fines et ferme avec une tige remontant haut ([+] proprioception)
  - Encourager la marche / l'activité physique (30min./jour)
  - Apport calcium, vitamine D (carence !)
  - Evaluation/traitement de l'ostéoporose
  - + [Fiche-4-Abord-therapeutique-des-consequences-des-chutes.pdf](#) (SSMG)
  - + [Fiche-5-Meilleure-observance-de-la-prise-en-charge.pdf](#)

# Urgences gériatriques: les chutes

## Prise en soins

- Syndrome post-chute = urgences:
  - Rééducation psycho-fonctionnelle - PEC multidisciplinaire
- Autre(s) complication(s) à traiter
- Troubles de la marche et de l'équilibre:
  - Education personne âgée et aidant.e.s-proches, encourager l'auto-rééducation encadrée
  - Travail de l'équilibre postural statique et dynamique, renforcement musculaire
  - Stimulation des afférences sensorielles
  - Apprentissage du relevé du sol
- Prévention des chutes

# Urgences gériatriques: le delirium

- Le delirium est une **urgence médicale ! = insuffisance cérébrale aiguë**
- Il est souvent d'origine **multifactorielle**.
  - Rechercher systématiquement une **cause médicamenteuse !**
- Le diagnostic est **clinique**, parfois **difficile**
  - La présence de troubles cognitifs ne suffit pas !
  - **Y penser !** *changement rapide du comportement habituel/inversion récente du rythme nycthémeral.*

# Urgences gériatriques: le delirium - généralités

	Prevalence (%)*	Incidence (%)*	Outcomes (adjusted RR†)
<b>Surgical</b>			
Cardiac	..	11-46	Cognitive dysfunction 1.7; functional decline 1.9
Non-cardiac	..	13-50	Functional decline 2.1; cognitive dysfunction 1.6
Orthopaedic	17	12-51	Dementia or cognitive dysfunction 6.4-41.2; admission to institution 5.6
<b>Medical</b>			
General medical	18-35	11-14	Mortality 1.5-1.6; functional decline 1.5
Old age medicine	25	20-29	Falls 1.3; mortality 1.9; admission to institution 2.5
Intensive care	7-50	19-82	Mortality 1.4-13.0; longer length of stay 1.4-2.1; extended mechanical ventilation 8.6
Stroke	..	10-27	Mortality 2.0; any of increased length of stay, functional impairment, or death 2.1
Dementia	18	56	Cognitive decline 1.6-3.1; admission to an institution 9.3; mortality 5.4
Palliative care, cancer	..	47	..
Nursing home or postacute care	14	20-22	Mortality 4.9
Emergency department	8-17	..	Mortality 1.7

Some data are provided as ranges. All values were derived from selected articles with sample sizes of 100 or more that satisfied the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) criteria for setting, participants, measurement, and statistical methods, and included a validated delirium instrument. An additional inclusion criterion for incidence studies was serial delirium assessments no more than 3 days apart by trained research staff or clinicians. The appendix contains a complete list of references and further details on all articles. RR=relative risk. \*Sum of prevalence and incidence yields overall occurrence rates of delirium in each setting. †Derived from studies that provided adjustment for at least one covariable.

**Table 1: Incidence of delirium and associated outcomes, by population**

**Fréquent**  
l'hôpital

> 50% des PA à

*Prévalence faible dans la communauté (1-2%), mais conduit généralement la PA aux urgences*

**Grave**  
**Coûteux**

Morbi-mortalité  
>182milliards de

\$/an EU

Lleshi et al. Rev Med Suisse 2007; 3: 2491-4

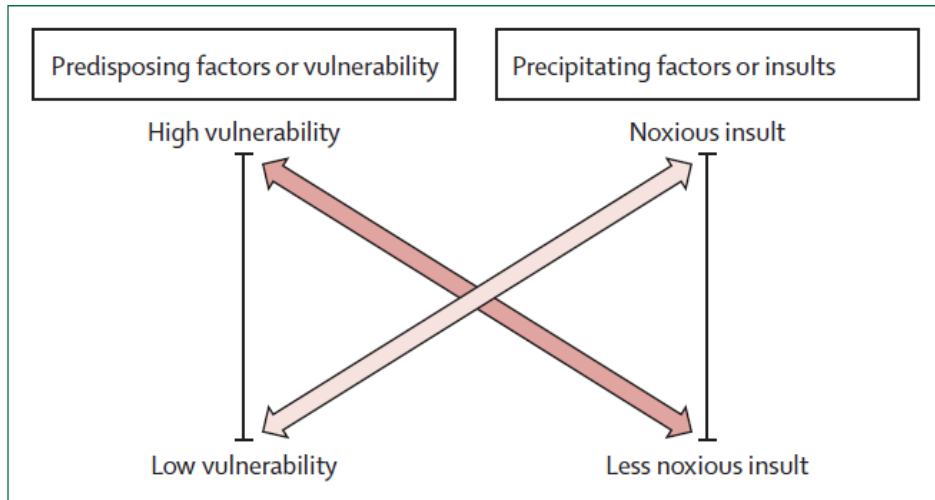
**Evitable**

Fodd et Teale. Clinical Medicine 2016; Vol 16, No 6: s98-s103

**Réversible**

! Inouye. Lancet 2014; 383: 911-22

# Urgences gériatriques: le delirium - généralités



**Figure: Multifactorial model of delirium in older people**

Onset of delirium is dependent on a complex interaction between the patient's baseline vulnerability (predisposing factors) at admission and precipitating factors or noxious insults occurring during hospital admission. Adapted from Inouye and Charpentier,<sup>31</sup> by permission of the *Journal of the American Medical Association*.

N'est pas l'exclusivité de la personne âgée,

## Principaux facteurs prédisposants

- Démence avérée ou troubles cognitifs chroniques sous-jacents
- Immobilisation, aggravée par une contention physique
- Déficit sensoriel (visuel ou auditif)
- Existence de comorbidités multiples
- Dénutrition
- Polymédication
- Antécédents de confusion, notamment postopératoire
- Troubles de l'humeur, en particulier les états dépressifs

# Urgences gériatriques: le delirium

## Diagnostic

### Tableau 2. Algorithme diagnostique du Confusion Assessment Method

(Adapté de réf.<sup>12</sup>).

#### 1 Début soudain et fluctuation des symptômes

- Le patient présente-t-il un changement de l'état mental de base?
- Ce comportement fluctue-t-il au cours de la journée (présence/absence ou intensité)?

#### 2 Inattention

- Le patient présente-t-il des difficultés à focaliser son attention?
  - Perd-il le fil du discours?
  - Est-il facilement distrait?

#### 3 Désorganisation de la pensée

- Le discours du patient est-il incohérent et désorganisé?
  - La suite d'idées est-elle illogique/imprévisible?
  - Le patient passe-t-il du coq à l'âne?

#### 4 Trouble de la vigilance

- Globalement, comment évalueriez-vous l'état général de votre patient?
  - Alerté (normal)
  - Vigile
  - Léthargique
  - Stuporeux
  - Comateux

Critère présent si le patient n'est pas alerte

Le diagnostic de delirium requiert la présence de 3 des 4 critères. Les critères 1 et 2 sont toujours requis, accompagnés du critère 3 ou 4

**Début aigu + évolution  
fluctuante + troubles  
de l'attention  
+  
Modification du niveau  
de conscience  
et/ou  
Désorganisation de la  
pensée**

# Urgences gériatriques: le delirium

## Dépistage - 4AT



Test d'évaluation du délirium et des troubles cognitifs

(étiquette)

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

---

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Évaluateur : \_\_\_\_\_

**4 ou plus** : délirium possible +/- troubles cognitifs  
**1-3** : troubles cognitifs possibles  
**0** : délirium ou troubles cognitifs sévères peu probable (mais délirium encore possible si information incomplète à [4])

**SCORE DU 4AT**

### [1] ÉTAT DE CONSCIENCE

*Cela inclut les patients qui peuvent être nettement somnolents (par exemple, difficiles à réveiller et/ou visiblement endormis lors de l'évaluation) ou agités/hyperactifs. Observez le patient. S'il est endormi, essayez de le réveiller en lui parlant ou en touchant doucement son épaule. Demandez au patient de dire son nom et son adresse pour aider l'évaluation.*

- Normal (alerte, mais pas agité, tout au long de l'évaluation) 0
- Somnolence légère <10 secondes après le réveil, puis normal 0
- Clairement anormal 4

### [2] AMT4

*Âge, date de naissance, endroit (nom de l'hôpital ou du bâtiment), année courante.*

- Aucune erreur 0
- 1 erreur 1
- 2 erreurs ou plus/ne peut être testé 2

### [3] ATTENTION

*Demandez au patient : « Pouvez-vous me dire les mois de l'année dans l'ordre inverse, en commençant par décembre. »  
 Pour aider à la compréhension, il est permis de dire une seule fois : « quel est le mois avant décembre? »*

- |                            |  |   |
|----------------------------|--|---|
| Mois de l'année à l'envers | Réussit à nommer 7 mois ou plus  | 0 |
|                            | Commence, mais réussit <7 mois ou refuse de commencer  | 1 |
|                            | Ne peut être testé (ne peut pas commencer, car ne se sent pas bien, somnolent ou inattentif) | 2 |

### [4] CHANGEMENT AIGU OU ÉVOLUTION FLUCTUANTE

*Preuve de changements significatifs ou de fluctuation de l'état de conscience, cognition, autre fonction mentale (ex. paranoïa, hallucinations) apparus au cours des 2 dernières semaines et encore apparents dans les dernières 24 heures.*

- Non 0
- Oui 1

ENCERCLER

### INSTRUCTIONS

Le 4AT est un instrument de dépistage conçu pour l'évaluation initiale rapide du délirium et des troubles cognitifs. Un score de 4 ou plus suggère un délirium, mais n'est pas un diagnostic : une évaluation plus détaillée de l'état mental peut être nécessaire pour parvenir à un diagnostic. Un score de 1 à 3 suggère un trouble cognitif : des tests cognitifs plus détaillés ainsi que la réalisation de l'anamnèse selon un proche aidant sont nécessaires. Un score de 0 n'exclut pas définitivement la présence d'un délirium ou de troubles cognitifs : une évaluation plus détaillée peut être nécessaire en fonction du contexte clinique. Les items 1 à 3 sont évalués *uniquement sur l'observation du patient au moment de l'évaluation*. L'item 4 nécessite des informations provenant d'une ou plusieurs sources, par exemple, votre propre connaissance du patient, d'autres membres du personnel qui connaissent le patient (ex. les infirmières de l'unité), une lettre du médecin traitant, les notes au dossier, les soignants. L'évaluateur doit prendre en compte des difficultés de communication (déficience auditive, dysphasie, langue) lors de la réalisation de l'évaluation et de l'interprétation du score.

**État de conscience** : L'altération de l'état de conscience est très susceptible d'être un délirium dans le milieu hospitalier. Si le patient montre une altération significative de son état de conscience lors de l'évaluation au chevet, indiquer un score de 4 pour cet item. **Changement aigu ou évolution fluctuante** : la fluctuation est observée dans certains cas de démence sans présence de délirium, cependant une fluctuation prononcée indique généralement un délirium. Pour aider à cerner la présence d'hallucinations et/ou de pensées paranoïdes, poser des questions au patient telles que, « Êtes-vous préoccupé par quelque chose qui se passe ici? »; « Avez-vous peur de quelque chose ou de quelqu'un? »; « Avez-vous vu ou entendu des choses inhabituelles? »

Voyer, P., Wilchesky, M., Richard, H., Pelletier, I., Ballard, S., Lundu, O. (2016). 4AT French version 1.0. Université Laval, Québec, Canada.  
 © 2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash

4AT Français - 4AT - RAPID CLINICAL TEST FOR  
 DELIRIUM - consulté le 27/2/2025

Todd et Teale. Clinical Medicine 2016 Vol 16,  
 No 6: s98-s103

Urgences gériatriques: le delirium

Rechercher les facteurs de

**D** risque précipitants  
**= Drogues:** instauration, abus ou arrêt de certains médicaments (BZD, antipsychotiques, opiacés...) ou d'alcool.

**E** **= Environnement:** changement brutal (service d'urgences), déprivation de sommeil.

**L** **= Lésion cérébrale:** ischémie, hématome sous-dural (chutes), épilepsie atypique.

**I** **= Infections:** C-Reactive Protein élevée

**R** **= Rétention urinaire** ou/et **fécale** (médicaments morphiniques ou anticholinergiques).

**I** **= Intervention invasive:** sonde urinaire, contention physique, chirurgie.

**U** **= Under/déshydratation**

# Urgences gériatriques: le delirium

## Prise en soins

### Indications de l'hospitalisation

#### En urgence si :

- État clinique menaçant le pronostic vital ou fonctionnel
- Dangerosité du patient pour lui-même ou son entourage
- Difficulté ou impossibilité à réaliser en ambulatoire les examens complémentaires nécessaires
- Surveillance médicalisée pluriquotidienne nécessaire suite à l'arrêt d'un traitement potentiellement responsable de confusion

#### Secondairement si :

- Les premières mesures diagnostiques et thérapeutiques mises en œuvre sur le lieu de vie (EHPAD ou domicile) se sont avérées inefficaces
- Le patient ne s'hydrate et/ou ne s'alimente plus suffisamment
- L'entourage professionnel et/ou familial ne permet plus de garantir la qualité des soins

# Urgences gériatriques: le delirium

## Prise en soins

### Enquête étiologique en urgence

#### Examen clinique comprenant en particulier :

- Une évaluation des capacités d'orientation, d'attention et de mémorisation (MMSE de référence dès que l'état du patient le permet)
- La recherche d'un globe vésical, d'un fécalome, d'une cause de douleur

#### Examens paracliniques de première intention :

- Ionogramme sanguin, urée, protides totaux, créatininémie avec calcul de la clairance de la créatinine, calcémie, glycémie capillaire
- Hémogramme, CRP
- Saturation oz
- Bandelette urinaire (leucocytes, nitrites)
- ECG

# Urgences gériatriques: le delirium

## Prise en soins

### Indications de la tomodensitométrie (TDM) cérébrale

**La TDM cérébrale ne doit pas être pratiquée de façon systématique.** Elle est recommandée en cas de :

- Signes de localisation neurologique
- Suspicion d'hémorragie méningée
- Traumatisme crânien même mineur

### Examens complémentaires si l'ensemble du bilan de première intention est négatif

- **Une TDM cérébrale** peut être indiquée en seconde intention, afin de rechercher un accident vasculaire cérébral, même en l'absence de déficit moteur, ou un hématome sous-dural (si traitement par anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire)
- **L'électroencéphalogramme** est recommandé pour rechercher une comitialité (état de mal épileptique non convulsif, crise partielle complexe)
- **Un examen du LCR** en cas de signes d'appel (fièvre sans cause infectieuse rapidement identifiée et/ou associée à des signes méningés)

# Urgences gériatriques: le delirium

## Prise en soins

I. Communiquer la suspicion du delirium à toute l'équipe

II. Initier une approche non pharmacologique **CHEF**

**C = communication:** réorienter et calmer le patient, penser aux prothèses auditives et les lunettes, établir un contact visuel voire tactile, expliquer simplement mais clairement tous les actes posés, se re-présenter à chaque visite, effectuer les soins par les mêmes intervenants, rester calme

**H = hydratation**

**E = environnement:** éclairage, horloge, calendrier, photos, ne pas utiliser la contention

**F = famille** à éventuellement impliquer pendant les soins, augmenter leur présence après leur avoir explic

III. Identifier

Arrêt complet accepté	Schéma dégressif
Anti H2 Anti H1 Quinolones	Anticholinergiques (antispasmodique, antidépresseur, antiparkinsonien, antipsychotique) Benzodiazépines Antalgiques (opiacés)

caus

# Urgences gériatriques: le delirium

## Prise en soins

### IV. Prévenir des complications ultérieures (+CHEF)

Prévenir la déshydratation et les troubles électrolytiques

Prévenir ou traiter les sevrages en psychotropes, révision médicaments, douleur !

Peser la balance risques/bénéfices de certains actes et procédures, éviter la contention !!!

### IV. Envisager un traitement médicamenteux **si et seulement si le patient est un danger pour lui-même ou les autres ! Monothérapie !**

**Halopéridol** 1mg à 2.5mg PO, IM ou SC. (NB : 1 mg SC ou IV = 1.5 mg PO)

Si 1ère dose inefficace : répéter en doublant la dose après 45 min. **Maximum 5mg/j !**

Les jours suivants : ½ dose efficace le J1 - Réduire la dose après 48h, cesser à l'arrêt du delirium

Contre-indication : parkinsonisme (antago DOPA; dmc Lewy body, maladie de PKS)\*

**+ de précaution dans les GEM guidelines** in Lucke JA. *Eur Geriatr Med* 13, 309-317 (2022)

Traitement oral: ex. Quetiapine (12,5-25mg), Haloperidol (**0.5-1mg**), Olanzapine (2.5-5mg),

\* ECG: vérifier QT avant utilisation des antipsychotiques

\* BZD seulement si CI antipsychotiques/sevrage BZD/OH ex. Lorazepam 0.25-0.5 mg

\* Si échec du traitement oral, considérer voie parentérale + prudence

# Urgences gériatriques: la rétention urinaire aiguë

**UROLOGIE**

30 novembre 2016

## **Rétention urinaire aiguë: une urgence d'origine mécanique ou fonctionnelle**

Giacomo Verzotti , Vanessa Fenner , Gregory Wirth , Christophe E. Iselin

DOI: [10.53738/REVMED.2016.12.541.2060](https://doi.org/10.53738/REVMED.2016.12.541.2060)

# Urgences gériatriques: la rétention urinaire aiguë

- Urgence urologique la plus fréquente
- 13 ♂ (prostate) > 1♀ (prolapsus vaginal, maladie neuro)
  - x5 entre 40 et 70ans - 23% entre 60-80ans
- Impossibilité soudaine de vider la vessie volontairement, malgré la réplétion vésicale

# Urgences gériatriques: la rétention urinaire aiguë

- Le diagnostic de la rétention urinaire aiguë est avant tout **clinique** et **anamnestique**; des examens complémentaires complexes ne doivent pas retarder le drainage vésical.
  - Douleur sus-pubienne, agitation, inconfort majeur, delirium
  - Mictions par regorgement
- Le sondage doit se faire de manière atraumatique, selon 3 principes:
  - Employer une sonde de calibre respectable (Ch 16): éviter l'enroulement urétral
  - Utiliser une grande seringue de lubrifiant (5 ml d'Instillagel)
  - Vérifier l'obtention d'un reflux d'urine = mise en place correcte
- Le bilan complémentaire s'effectue en fonction du contexte:
  - Anamnèse mictionnelle,
  - Toucher rectal (ex. Fécalome) + /- toucher vaginal
  - SUCU systématique
  - Créatininémie + ionogramme +/- COFO/CRP
  - Volume initial et diurèse post drainage
  - Ensuite: échographie de l'appareil urogénital
- Critères d'hospitalisation: volume initial > 1 litre, IRA, macrohématurie, urosepsis, trouble de l'hémostase
- L'introduction d'un traitement alphabloquant précoce double les chances de sevrage de la sonde vésicale

# Les admissions évitables en SU

Qu'en est-il pour les résidents de maisons de  
repos ?

Dre Julie Merche

# Introduction

À votre avis, quel pourcentage des résidents de maisons de repos visite annuellement les urgences ?



20

Et ça augmente...

Conséquences dans les services d'urgences

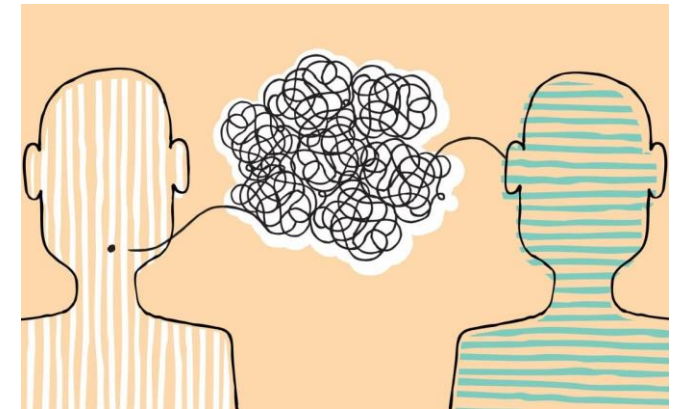
Durée de séjour aux urgences s'allongent

Charge de travail augmente

Coûts sociétaux augmentent

# Le séjour aux urgences... une épreuve

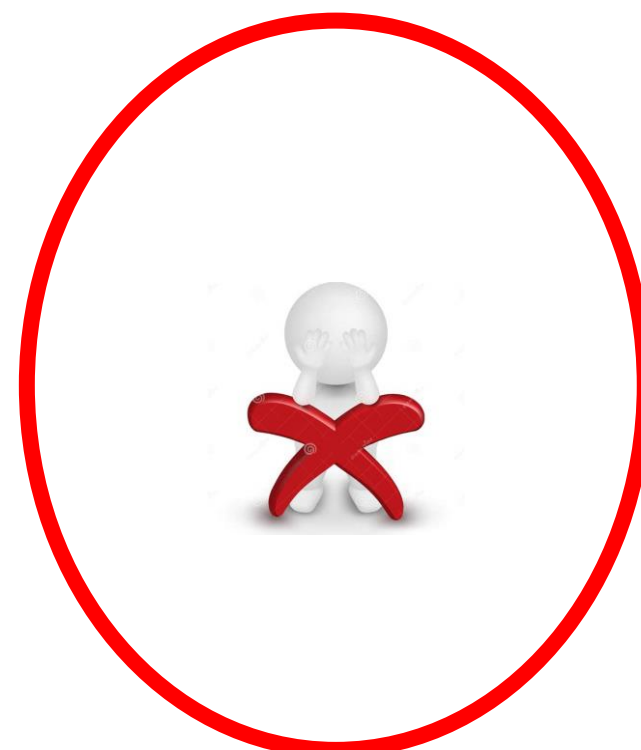
Iatrogénie – dégradation de  
santé – mortalité



Manque expertise  
gériatrique

Briggs, R., et al., *Nursing home residents attending the emergency department: clinical characteristics and outcomes.* (p. 803-8.

Arendts, G., et al., *Transfer from residential aged care to emergency departments: an analysis of patient outcomes.* In



# C'est quoi une admission évitable ?

**multiples définitions**

Non nécessaire ?

Pas grave ?

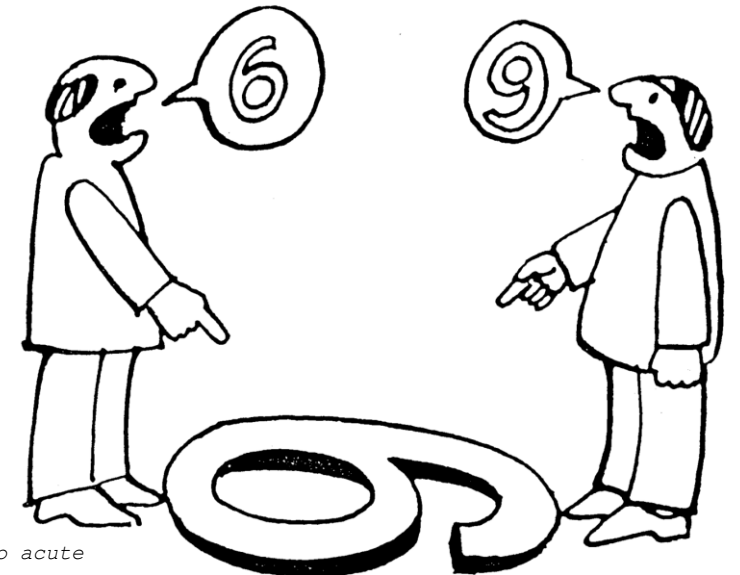
Qui aurait pu être prévenue ?

Inappropriée ?

**Pas de consensus**



**Une question de perspective**



Quel pourcentage des admissions  
des résidents de maisons de  
repos est évitable ?

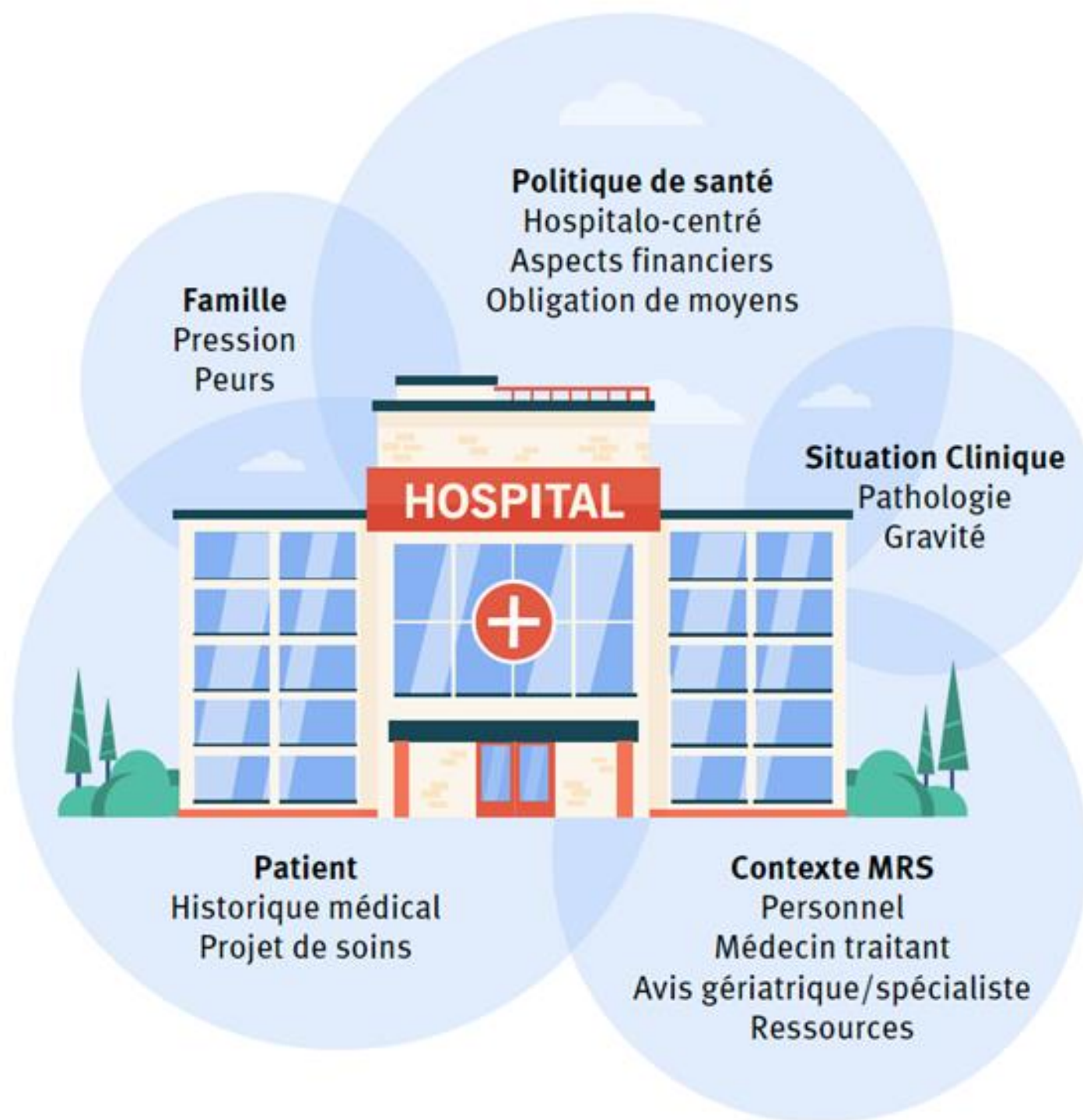
→ 4 à  
55%

Selon la définition  
d'évitable utilisée

Selon la méthode de  
l'étude, l'outil

La personne qui évalue

Définiti:



# La situation clinique

Pathologies qui devraient être traitées en médecine générale pour prévenir les exacerbations



lis  
l'Z  
?eu



les  
e l



é



Gravité ne nécessite pas les urgences

- Triage
- Gravité reflétée par les ressources utilisées
- Hospitalisation versus retour à la maison



SITUATIO

N

CRITIQUE

# Patient

- Projet de soins
- Souhaits personnels
- Situation singulière



# Intensité des soins: qui décide ?

- **Décision médicale** tout en respectant le principe de **l'autonomie: opinion du patient**
  - Eviter toute abstention et acharnement thérapeutique injustifiée: déterminer le niveau de soins
  - Objectifs thérapeutiques curatif et palliatif peuvent coexister: moyen thérapeutique pour prolonger la vie pour autant que cela n'altère pas le confort
- Evaluer les **possibilités de prise de décision** du patient âgé
  - Possibilités de communication
  - Compréhension des explications données
  - Implications de la décision prise
  - Raisonnement
- Questionnement éthique: **choix éclairé** du patient, contraintes au soin (économique, psychologique, place des proches), utilisation adéquate des ressources de soins...
  - Le médecin doit protéger les patients qui n'ont plus les capacités de prise de décision.

# Acharnement thérapeutique ?

- Utilisation de moyens thérapeutiques (diagnostiques)
  - ne respectant pas la juste proportionnalité entre les avantages et les inconvénients liés au traitement,...
  - ou entre les risques liés à la maladie et ceux liés au traitement, suivant les connaissances actuelles.
- Traitements/mise au point exagérément lourds pour le patient.
- Disproportion par rapport à

# Niveau de soins et projet thérapeutique

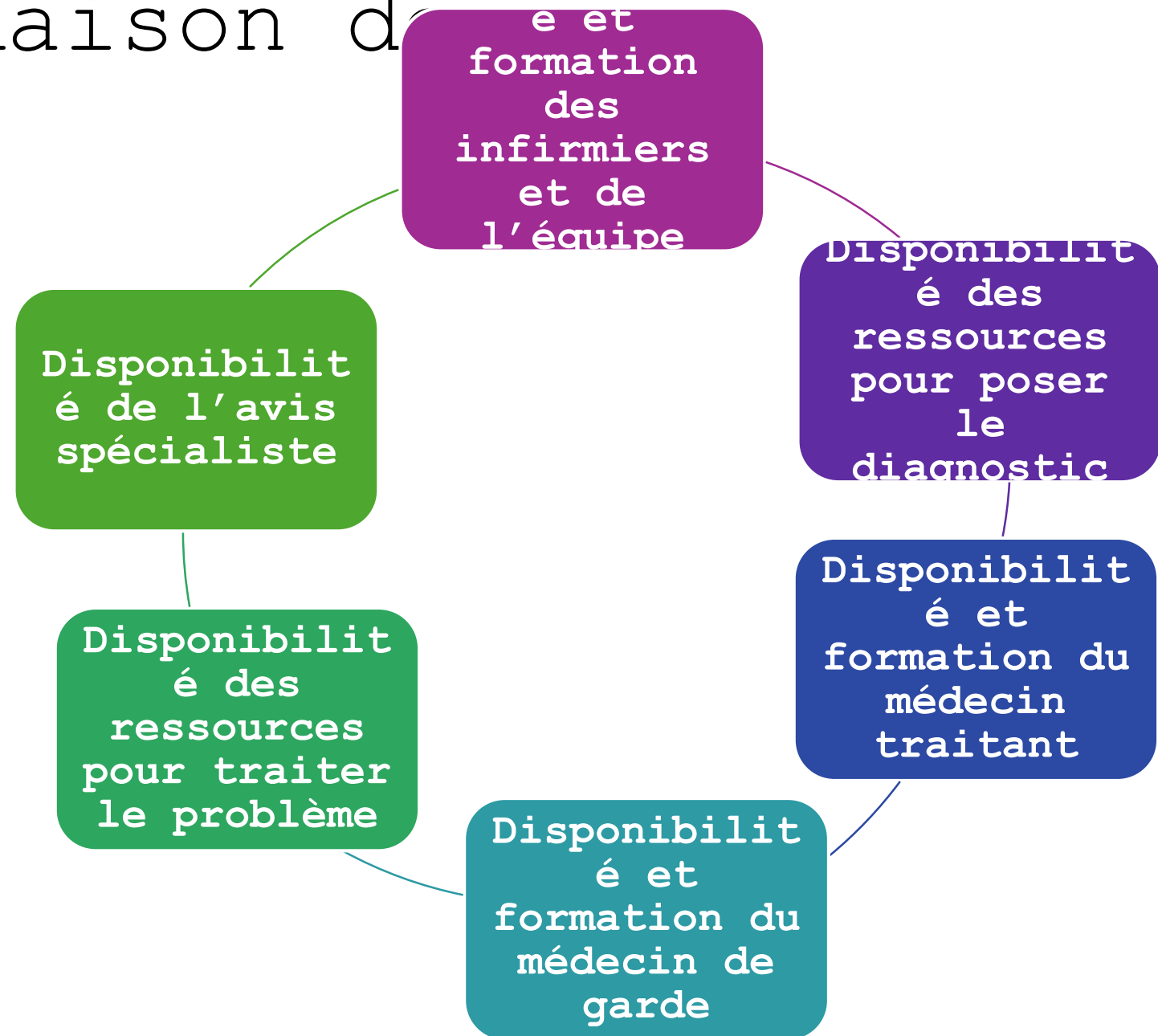
- Déterminer pour le patient un niveau de soins
  - intégrant les données médicales propres au patient et les données scientifiques.
    - Qu'est ce qui est raisonnable ? Nature et durée...
  - intégrant les données recueillies auprès du patient, du médecin traitant, de la famille.
    - Qu'est-ce que le patient attend ?
    - Qui répond le mieux à la question ?
- Préalablement à des détériorations aiguës
- Caractère évolutif, à réévaluer

**Décrire les procédures diagnostiques et thérapeutiques**

Famille



# Contexte à la maison de repos

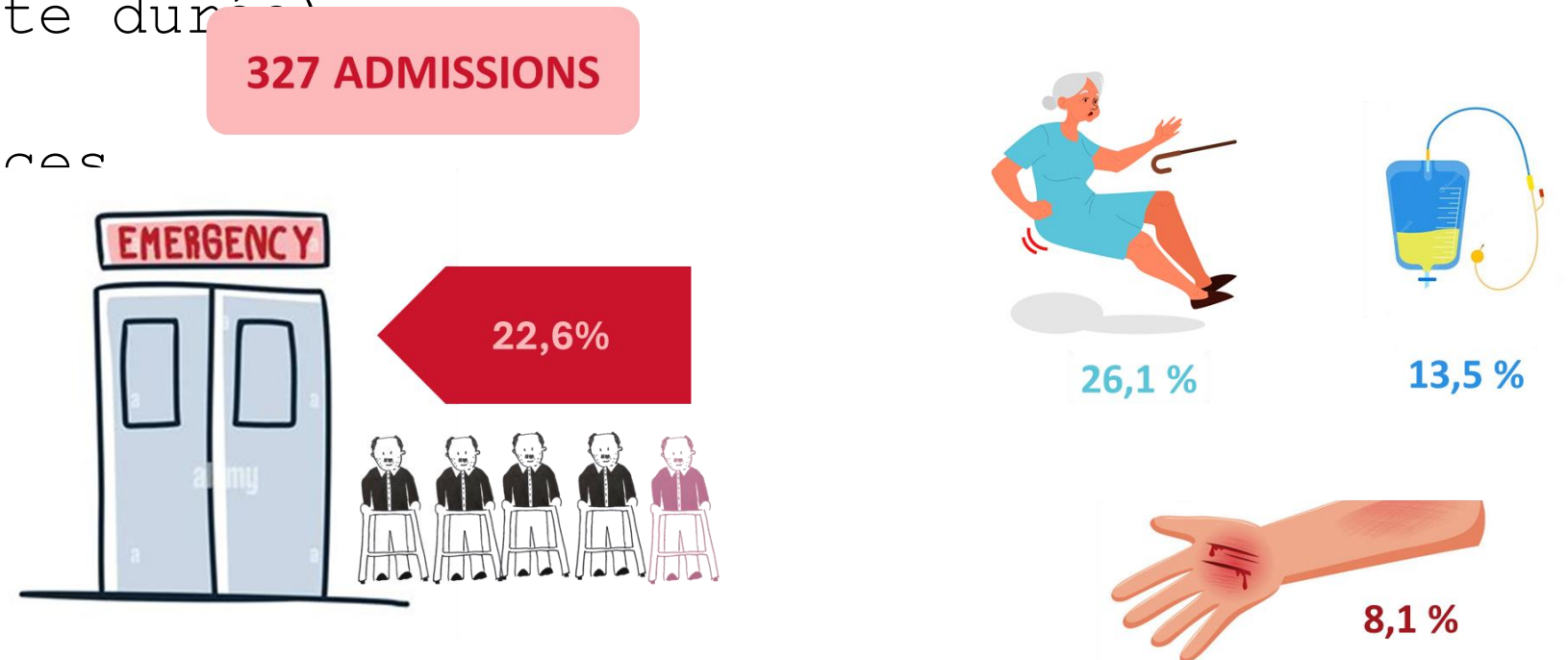


# Politique de santé

- Modèle de financement et organisation des soins centrés sur l'hôpital
- Politique de paiements, de remboursement
- Absence d'incitants financiers et projets pour gérer plus de situations à la MR/S
- Absence de service alternatif (ex : radiologie)
- Peur des litiges, obligation de moyens

# En Belgique ? L'exemple du CHU UCL Namur

- Étude monocentrique rétrospective - Collecte des données des dossiers
- Résidents (MRPA, MRS, résidences services, y compris les séjours de courte durée)
- 70+
- Admis aux urgences
- 2022



Questions ?

