

Référence : UF2300/48	<b>Titre : Prise en charge et orientation de la personne âgée admise aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>Service d'Accueil des Urgences</b>	Page :1/17 Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :
<b>Rédaction :</b> Nom : Marie PARIS Fonction : PHC	<b>Vérification :</b> Nom : Alexis FREMERY Fonction : CCU - AH	<b>Vérification :</b> Nom : Camille DESCHAMPS Fonction : PHC
<b>Approbation :</b> Nom : Jean PUJO Fonction : Chef de Service	<b>Approbation :</b> Nom : Fonction :	<b>Approbation :</b> Nom : Fonction :
<b>Ont collaboré à la rédaction : Camille DESCHAMPS</b>		<b>Visa qualité :</b>
<b>Services concernés par application :</b> Service d'Accueil des Urgences		
<b>Attention, seule la version numérique de ce document fait foi</b>		



## I- OBJET

Aide à la prise en charge et à l'orientation de la personne âgée admise aux urgences.

- Principes généraux
- Cas de la chute chez la personne âgée
- Cas de la confusion chez la personne âgée
- Cas de l'AEG chez la personne âgée
- Contacts Guyane

## II- PERSONNES CONCERNÉES

Médecins et infirmiers du service des urgences

## III- TEXTE DE REFERENCE

[1] Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. HAS. Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 23 juin 2009. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees)

[2] Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. HAS. Recommandation de bonne pratique -Recommandations mai 2009. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07-08\\_16-58-24\\_661.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/confusion_aigue_chez_la_personne_agee_-_recommandations_2009-07-08_16-58-24_661.pdf)

Référence : UF2300/48	Titre : <b>Prise en charge et orientation de la personne âgée admise aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>Service d'Accueil des Urgences</b>	Page :1/17 Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :

[3] Schoevaerdt D, Biottlot S, Malhomme B et al. Identification précoce du profil gériatrique en salle d'urgences : présentation de la grille Sega. La Revue de gériatrie. 2004;29(3):169-178.

[4] Mazowiecki S, Berranger C. Intérêt du score ISAR dans l'évaluation et l'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans. JEUR. 2007;20(1):114.

[5] Outils diagnostiques de l'état confusionnel aigu, Aileen Kharat, Martine Louis Simonet. Revue médicale Suisse. 23 janvier 2013. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-370/outils-diagnostiques-de-l-etat-confusionnel-aigu>

[6] Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Octobre 2000. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>

[7] Admission pour altération de « l'état général » C. Geist. SFMU Urgences 2014

#### IV- DESCRIPTION

Les principaux motifs de consultations des personnes âgées (>75 ans) sont :

- AEG
- Dyspnée
- Chute
- Malaise
- Confusion

### PRINCIPES GÉNÉRAUX

#### A l'IAO :

- Noter les coordonnées des proches
  - Récupérer l'ordonnance et l'ensemble des documents médicaux disponibles
  - Prise de constantes : TA, FC, SPO2, température, glycémie
  - **ECG systématique**
- Si possible favoriser la présence de la famille ou de l'entourage proche lorsqu'ils ont un rôle apaisant auprès de la personne âgée.
- Évaluer le rapport bénéfice-risque de tous les actes invasifs (voie veineuse, sonde vésicale, etc.) qui peuvent aggraver la confusion
- Élimination urinaire et fécale : respecter et favoriser le degré d'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en évitant d'imposer systématiquement au patient des protections

#### Dès le début de la prise en charge médicale d'une personne âgée ou en perte d'autonomie :

Importance primordiale de réunir les informations suivantes et de les mentionner clairement dans le dossier :

- Coordonnées des personnes ressources



Référence : UF2300/48	Titre : <b>Prise en charge et orientation de la personne âgée admise aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>Service d'Accueil des Urgences</b>	Page :1/17 Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :

- Modalités complètes du mode de vie et de l'autonomie au domicile
- Ordonnances précises avec posologies actuelles
- Droits sociaux en cours

Pour aider à dépister la fragilité, on peut utiliser différents outils :

Echelle SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment) **cf annexe 1**

ISAR (Identification of Seniors at Risk) Aide : <https://www.sfm.u.org/calculateurs/isar.html>

Pour classer le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée, l'échelle GIR est la plus adaptée. **Cf annexe 2.**

## CHUTE

**Chute** : « événement inattendu qui conduit le patient à se retrouver au sol ou à un niveau inférieur ».

**Chutes répétées** : au moins 2 chutes dans les 12 derniers mois (HAS 2009)

### 1/ Anamnèse et examen clinique :

Recherche des signes de gravité :

- Liés à la chute
  - Mise en jeu du pronostic vital
  - Traumatismes (fractures, luxations, hématomes intra crâniens, plaies cutanées...)
  - Station au sol prolongée de durée supérieure à 1 heure (hypothermie, rhabdomyolyse, escarre)
  - Signes d'un syndrome post-chute ou de désadaptation psychomotrice
- Liés à l'étiologie de la chute
  - Troubles du rythme ou de conduction, insuffisance cardiaque
  - AVC
  - Pathologie infectieuse
  - Troubles métaboliques (glycémie...)
- Liés au risque de récurrence
  - Augmentation de la fréquence des chutes
  - Nombre de facteurs de risque  $\geq 3$
  - Trouble de l'équilibre et/ou de la marche évalué par une **station unipodale**  $\leq 5$  secondes et un score au **timed up & go test**  $\geq 20$  secondes



Référence : UF2300/48	Titre : <b>Prise en charge et orientation de la personne âgée admise aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>Service d'Accueil des Urgences</b>	Page :1/17
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :

Facteurs intrinsèques	Facteurs extrinsèques
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Âge : plus de 80 ans</li> <li>- Santé et état fonctionnel : activités de la vie quotidienne et mobilité réduites, antécédents de chutes</li> <li>- Pathologies spécifiques : maladie de Parkinson, démences, dépression, incontinence, notamment urinaire par impériosité</li> <li>- Troubles locomoteurs et neuro-musculaires : force diminuée au niveau des genoux, hanches, chevilles, préhension manuelle réduite, troubles de la marche (anomalies et vitesse), équilibre postural et/ou dynamique altéré</li> <li>- Réduction de l'acuité visuelle</li> <li>- Prise de médicaments : polymédication (au-delà de 4), psychotropes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportementaux : consommation d'alcool, sédentarité, malnutrition</li> <li>- Environnementaux : nécessité d'un instrument d'aide (ex. : canne), prise de risque, habitat mal adapté</li> </ul>

## 2/ Examens complémentaires :

- Recherche d'une **hypotension orthostatique**
- **ECG** 12 dérivations systématique
- Biologiques
  - NFS, ionogramme plasmatique, **glycémie**
  - **CPK**
  - Vitamine D
  - HbA1c chez les diabétiques
  - +/- selon l'anamnèse et l'examen clinique : troponine, BNP, CRP, albuminémie
- Radiologiques
  - **Radiographies** orientées selon l'impotence/la zone douloureuse
  - **TDM cérébrale** si traumatisme crânien avec ou sans perte de connaissance (car âge > 65 ans)
  - **Radiographies +/- TDM du rachis cervical** : si incapacité d'effectuer une rotation active du cou à 45°, douleur ou contracture cervicale, chute de plus de 1 m ou cinq marches d'escalier, impact axial sur la tête (plongeon), collision à haute énergie

Concernant les barrières du brancard : discutable car risque de coincement ou de pincement d'un membre, élément anxigène. En revanche, penser à mettre le brancard au niveau le plus bas.

## 3/ Orientation :

Critères d'hospitalisation

- Présence d'une pathologie justifiant d'une hospitalisation en **soins aigus** : hospitalisation dans un service adapté à la pathologie présentée
- Présence d'un **déclin fonctionnel** nécessitant une hospitalisation en milieu de réadaptation : hospitalisation dans un service de médecine pour mise en œuvre de mesures de réadaptation (avis gériatre, mise en place d'aides...)
- Si aucun des cas précédents : évaluer la possibilité du retour à domicile (performances de mobilité, capacités cognitives, entourage socio familial, environnement)



Référence : UF2300/48	Titre : <b>Prise en charge et orientation de la personne âgée admise aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>Service d'Accueil des Urgences</b>	Page :1/17 Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :

#### 4 /Prise en charge :

Elle doit être spécifique pour chaque patient en fonction des complications et des facteurs favorisants retrouvés.

Situations particulières : syndrome post-chute  lever précoce dès les urgences !

Prescription de séances de **kinésithérapie (dès l'UHCD)** en cas de trouble de la marche et/ou de l'équilibre incluant :

- Un travail de l'équilibre postural statique et dynamique
- Un renforcement de la force et de la puissance musculaire des membres inférieurs

Quel que soit le lieu de vie, proposer une intervention associant plusieurs axes :

- Révision de l'ordonnance (en collaboration avec le médecin traitant)
- Correction/traitement des facteurs de risque modifiables (incluant les facteurs environnementaux)
- **Bilan diagnostique de pédicurie- podologie** et de l'appareil locomoteur (évaluation de la nécessité d'une prise en charge par des soins instrumentaux, de la nécessité d'une prise en charge orthopédique, conseil de chaussage, mesures préventives sur l'environnement...)
- Port de chaussures adaptées
- Pratique régulière de la marche et/ou toute autre activité physique
- Apport calcique alimentaire compris entre 1 et 1,5 g / j
- Utilisation d'une aide technique à la marche adaptée en cas de troubles locomoteurs
- Correction d'une carence en vitamine D par un apport journalier d'au moins 800 UI
- Traitement anti-ostéoporotique en cas d'ostéoporose avérée
- Éducation de l'entourage (téléalarme, amélioration de l'environnement, aides à domicile...)

## CONFUSION

La confusion aiguë doit être évoquée quand la personne âgée présente un changement rapide de son comportement habituel ou en cas d'inversion récente du rythme nyctéméral (veille-sommeil) avec ou sans démence sous-jacente.

Dans ce cas, les signes de la confusion à rechercher sont : une perturbation de la conscience de soi et de son environnement, un trouble de l'attention, des troubles cognitifs, un trouble de la vigilance, des troubles psychiatriques.

Ces symptômes peuvent générer une grande anxiété et une agitation chez le patient. Le début brutal ou rapidement progressif et la fluctuation des signes dans la journée avec une recrudescence vespérale des symptômes sont caractéristiques de la confusion.

Aide au diagnostic de la confusion mentale aiguë, **outil CAM** (confusion assessment method) :



Référence : UF2300/48	Titre : <b>Prise en charge et orientation de la personne âgée admise aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>Service d'Accueil des Urgences</b>	Page :1/17 Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :

### 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 ?
  - Alerte (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**



Référence : UF2300/48	Titre : <b>Prise en charge et orientation de la personne âgée admise aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>Service d'Accueil des Urgences</b>	Page :1/17
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :

<b>Les principaux facteurs déclenchants sont :</b>	
<b>infectieux</b>	- pneumonie - infection urinaire - méningite, encéphalite - autre infection
<b>iatrogéniques (iatrogénie médicamenteuse)</b>	- effets indésirables médicamenteux - sevrage des benzodiazépines, d'autres psychotropes, d'opiacés
<b>cardiovasculaires</b>	- syndrome coronaire aigu - trouble du rythme ou de la conduction - embolie pulmonaire - état de choc
<b>neurologiques (non infectieuses)</b>	- accident vasculaire cérébral - hématome sous-dural - hémorragie méningée - épilepsie (état per ou postcritique) - traumatisme crânien - encéphalopathie carentielle
<b>métaboliques, endocriniens</b>	- hypoglycémie - hyponatrémie, hypernatrémie - déshydratation - hypercalcémie - hypoxie (anémie, insuffisance respiratoire ou cardiaque) - insuffisance rénale aiguë
<b>psychiatriques, psychologiques</b>	- dépression, deuil, stress psychologique
<b>généraux</b>	- intervention chirurgicale et anesthésie générale, - douleurs aiguës - rétention aiguë d'urine, état subocclusif sur fécalome - fièvre isolée - traumatismes ostéoarticulaires ou des parties molles - facteurs environnementaux dont la contention physique - privation sensorielle aiguë (visuelle ou auditive) et/ou de sommeil
<b>toxiques</b>	- intoxication alcoolique, sevrage alcoolique - intoxication au monoxyde de carbone

### 1/ L'examen clinique doit rechercher la présence d'un globe urinaire et d'un fécalome.

Les médicaments à propriétés anticholinergiques (cf tableau annexe 3) ainsi que d'autres classes médicamenteuses (cf tableau annexe 4) peuvent entraîner une confusion.

### 2/ Examens complémentaires :

Le **bilan initial** recommandé en urgence et de façon systématique, est destiné à éliminer les causes les plus fréquentes de confusion qui, dans la majorité des cas, pourront être traitées sans nécessiter une sédation :

- Ionogramme sanguin, urée, protides totaux, créatininémie avec calcul de la clairance
- Calcémie, Hémogramme, CRP
- Glycémie capillaire, Bandelette urinaire
- ECG





Référence : UF2300/48	Titre : <b>Prise en charge et orientation de la personne âgée admise aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>Service d'Accueil des Urgences</b>	Page :1/17 Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :

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

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

**Si l'ensemble du bilan de première intention est négatif :**

- Une TDM cérébrale peut être indiquée en seconde intention, afin de rechercher en particulier un accident vasculaire cérébral même en l'absence de déficit moteur, un hématome sous-dural en particulier en cas de traitement par un anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire
- Un EEG est recommandé pour rechercher une comitialité en fonction de l'histoire de la maladie
- Un examen du LCR en cas de signes d'appel (fièvre sans cause infectieuse rapidement mise en évidence et/ou associée à des signes méningés)

**3/ Prise en charge :**

Traitement étiologique +++

Traitement médicamenteux si et seulement si les troubles sont mal tolérés par le patient ou son entourage.

Anxiété : Benzodiazépine d'action rapide Ex : Oxazepam (SERESTA®) per os

Délire, hallucinations : Risperidone (RISPERDAL®) 0,5 à 2 mg selon l'intensité des symptômes

Grande agitation : Loxapine (LOXAPAC®) : 10 à 20 gouttes per os ou 1 ampoule IM  
-Halopéridol (HALDOL® 2%) : 10 à 20 gouttes per os soit 1 à 2 mg ou (HALDOL® 5 mg) : 1/2 ampoules.

**Contentions physiques :** à éviter tant que possible, proposer des alternatives (accompagnement, environnement ...)

Sa réalisation doit être en accord avec la grille d'évaluation (cf annexe 5)

C'est une prescription médicale tracée +++ ; elle doit être révisée pluri-quotidiennement.

Informations à donner au patient et à la famille.

**L'ALTÉRATION DE L'ÉTAT GENERAL**

Selon la définition l'altération de l'état général (AEG) correspond à l'association d'une asthénie, une anorexie, un amaigrissement.

C'est un fréquent motif de recours aux urgences qui signe principalement une rupture avec l'état général antérieur.

**L'interrogatoire du patient et de sa famille est très important pour comprendre la cinétique et les problématiques médicales et sociales qui amène à consulter aux urgences.**



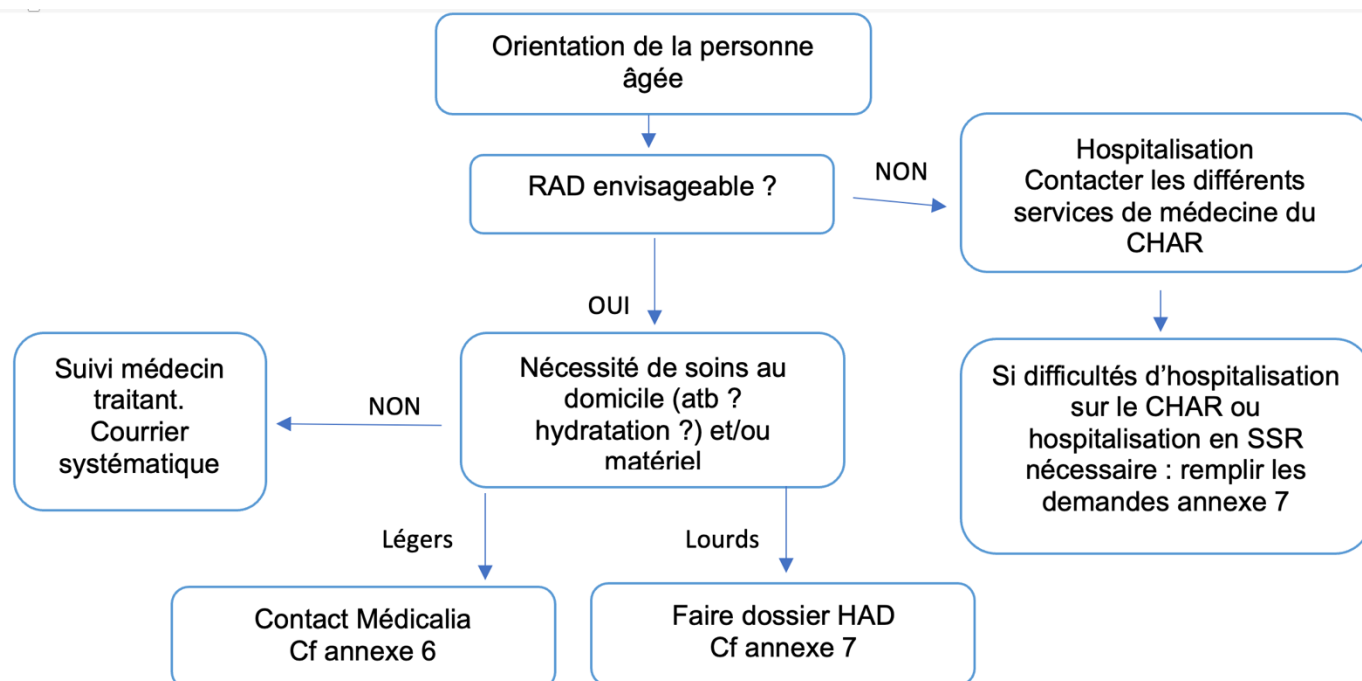


Référence : UF2300/48	Titre : <b>Prise en charge et orientation de la personne âgée admise aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :  <b>Service d'Accueil des Urgences</b>	Page :1/17
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :

**Adapter les examens complémentaires en fonction de l'interrogatoire. Penser à rechercher :**

- Infections aiguës ou subaiguës.
- Iatrogénie. Extrêmement fréquent.
- Causes métaboliques. Déshydratation, hyponatrémie, hypercalcémie, insuffisance rénale aiguë ou chronique, diabète, anémie, hyper ou hypothyroïdie, dénutrition, alcool
- Douleurs aiguës et/ou chronique
- Ulcères gastriques ou duodénaux, œsophagites, bulbites ulcérées, candidoses bucco œsophagiennes
- Causes cardiaques : insuffisance cardiaque décompensée, trouble du rythme ou de la conduction, pathologie coronarienne masquée
- Causes urologiques : penser au globe vésical avec non infection
- Maladies inflammatoires : ex Horton
- Causes neuropsychologiques. Démence +++ souvent non diagnostiquée
- Causes néoplasiques
- Causes sociales

**ORIENTATION DU PATIENT**



Référence : UF2300/48	Titre : <b>Prise en charge et orientation de la personne âgée admise aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>Service d'Accueil des Urgences</b>	Page :1/17 Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :

## V- ANNEXES

### Annexe 1 : Grille SEGA

## Comment repérer le niveau de fragilité ? Grille SEGA - A

*Cette grille peut être complétée par toute personne en contact avec une personne âgée vivant à domicile.*

*Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la perte d'autonomie dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables (incapacités, chutes, hospitalisations, entrée en institution non souhaitée, ...).<sup>1</sup>*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

	0	1	2	Score :
Age	74 ans ou moins	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)	
<b>TOTAL :</b>				<b>..... / 26</b>

### INTERPRETATION

<b>Score ≤ 8</b> <b>Personne peu fragile</b>	<b>8 &lt; Score ≤ 11</b> <b>Personne fragile</b>	<b>Score &gt; 11</b> <b>Personne très fragile</b>
---	---	--

### A QUI TRANSMETTRE ?

**Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié.**  
**Le réseau Gérard Cuny peut être alerté à tout moment au 03 83 45 84 90.**

<sup>1</sup> Fiche points clés et solutions « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires » - Haute Autorité de Santé – juin 2013



Référence : UF2300/48	Titre : <b>Prise en charge et orientation de la personne âgée admise aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>Service d'Accueil des Urgences</b>	Page :1/17 Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :

**Annexe 2 : Grille autonomie, GIR**

<b>GROUPE*</b>	<b>NIVEAU DE DÉPENDANCE</b>
<b>GIR 1</b>	Personne en fin de vie, ou confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées, et qui nécessite de ce fait une aide en permanence.
<b>GIR 2</b>	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, et qui exige une prise en charge pour la plupart des activités.
<b>GIR 3</b>	Personne ayant conservé une autonomie mentale, et partiellement sa capacité à se déplacer, mais qui a besoin, plusieurs fois par jour, d'une aide pour les soins corporels.
<b>GIR 4</b>	Personne qu'il faut aider à se coucher et à se lever, et qui peut ensuite se déplacer seule dans son logement. Doit être aidée pour la toilette et l'habillage, voire les repas.
<b>GIR 5</b>	Personne pouvant se déplacer seule dans son logement, et qui a seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
<b>GIR 6</b>	Personne qui est encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante (toilette, habillage, préparation et prise des repas, déplacements dans son logement).



Référence : UF2300/48	Titre : <b>Prise en charge et orientation de la personne âgée admise aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>Service d'Accueil des Urgences</b>	Page :1/17
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :

### Annexe 3 : Principaux médicaments pouvant entraîner une confusion

	<b>Classe thérapeutique</b>	<b>DCI (exemples)</b>	<b>Spécialités</b>
<b>Neurologie</b>	Antiparkinsoniens anticholinergiques	trihexyphénidyle trospatépine bipéridène	Artane <sup>®</sup> Lepticur <sup>®</sup> Akineton <sup>®</sup>
<b>Psychiatrie</b>	Antidépresseurs imipraminiques		
	Neuroleptiques phénothiaziniques		
	Neuroleptique atypique	clozapine	Leponex <sup>®</sup>
	Hypnotiques (neuroleptique)	acépromazine+acéprométazine méprobamate + acéprométazine	Noctran <sup>®</sup> Mépronizine <sup>®</sup>
<b>Gastro-entérologie</b>	Antiémitiques (neuroleptique)	métoclopramide métopimazine	Primpéran <sup>®</sup> Vogalène <sup>®</sup>
	Antispasmodiques dans l'instabilité vésicale	oxybutynine, trospium, toltérodine, solifénacine,	Ditropan <sup>®</sup> Céris <sup>®</sup> Détrusitol <sup>®</sup> Vésicare <sup>®</sup>
<b>Urologie</b>			
<b>Immuno-allergologie</b>	Antihistaminiques phénothiaziniques	prométhazine alimémazine	Phénergan <sup>®</sup> Théralène <sup>®</sup>
	Antihistaminiques H1	hydroxyzine dexchlorphéniramine cyproheptadine	Atarax <sup>®</sup> Polaramine <sup>®</sup> Périactine <sup>®</sup>
<b>Pneumologie</b>	Antitussifs antihistaminiques H1	pimétixène oxoméazine	Calmixène <sup>®</sup> Toplexil <sup>®</sup>
	Bronchodilatateurs anticholinergiques	ipratropium tiotropium	Atrovent <sup>®</sup> Spiriva <sup>®</sup>
<b>Antimigraineux</b>	Neuroleptique	flunarizine	Sibélium <sup>®</sup>
<b>Cardiologie</b>	Troubles du rythme	disopyramide	Rythmodan <sup>®</sup>
<b>Divers</b>	Antispasmodiques anticholinergiques	atropine tiémonium scopolamine	Viscéralgine <sup>®</sup>

*Autres classes médicamenteuses ou médicaments pouvant entraîner une confusion aiguë : benzodiazépines et apparentés, inhibiteurs de la pompe à protons, fluoroquinolones, digoxine, bêtabloquant, amiodarone, morphine, codéine, corticoïdes...*





Référence : UF2300/48	Titre : <b>Prise en charge et orientation de la personne âgée admise aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :  <b>Service d'Accueil des Urgences</b>	Page :1/17
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :

#### Annexe 4 : Grille d'évaluation de la pratique de la contention physique







Date du recueil : -----	
Abréviations utilisées	DP : Dossier patient
	QS : Question aux soignants
	O : Observation
	NA : Non applicable

N°	Sources	Critères	Oui	Non	NA	Commentaires
1	DP	La contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.				
2	QS +DP	La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.				
3	DP	Une surveillance est programmée et transcrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.				
4	QS +DP	La personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.				
5	O+QS	Dans le cas d'une contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, sommier ou cadre de lit, jamais au matelas, ni aux barrières. Dans le cas d'un lit à hauteur variable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques de régurgitations et d'escarres font l'objet d'une prévention.				
6	O	L'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.				
7	O	La personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible durant l'épisode de contention.				
8	O+QS	Des activités, selon son état de santé, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.				
9	DP	Une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention a été réalisée au moins toutes les 24 heures.				
10	DP	La contention a été reconduite, si nécessaire, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.				



Référence : UF2300/48	Titre : <b>Prise en charge et orientation de la personne âgée admise aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>Service d'Accueil des Urgences</b>	Page :1/17 Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :

**Annexe 5 : Fiche de préadmission**

Cochez 1 seul choix	Logo	Établissement	Mail / fax	Téléphone
<input type="checkbox"/>		HAD Guyane	secretariat.cayenne@rainbow-sante.com Cayenne (5)28.45.40 kourou (5)32.30.80 G.M (5)27.94.76	(5)28.62.18
<input type="checkbox"/>		HAD Saint Paul	sechad2@guyanesante.org (5)39.03.46	(5)39.03.45/ (5)39.03.49
<input type="checkbox"/>		SSR Pédiatrique	lescoulcoucs@rainbow-sante.com (5)38.16.93	(6)49.89.06/ (5)28 21 13
<input type="checkbox"/>		SSR gériatrique	admission1@guyanesante.org (5)10.81.81	(5)39.02.00
<input type="checkbox"/>		SSR polyvalent - neurologie- orthopédique	secmed2@guyanesante.org/ secretariatmed3@guyanesante.org (5)10.27.87	(5)39.03.26
<input type="checkbox"/>		SSR CHC	(5)39 52 15	(5)39 52 15

## FICHE DE PRE ADMISSION COMMUNE HAD/SSR EN GUYANE

<b>IDENTITE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE</b> NOM : <input style="width: 100%;" type="text"/> Prénom : <input style="width: 100%;" type="text"/> Date de Naissance : <input style="width: 100%;" type="text"/> <span style="float: right;">Etiquette</span> Adresse des visites pour l'HAD : ..... ..... Tél : ..... N° SS / CMU : ..... ALD : • Oui •Non ; Mutuelle : • Oui •Non	<b>PROVENANCE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE</b> Hôpital : ..... Service : ..... Clinique : ..... Service : ..... Domicile : ..... ..... .....
<b>PERSONNE A JOINDRE (parents pour les mineurs)</b> NOM et Prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tél : .....	
<b>PERSONNE DE CONFIANCE (Ne pas remplir si identique)</b> NOM et Prénom : ..... Lien avec le patient : ..... Tél : .....	
<b>MEDECIN QUI FAIT LA DEMANDE</b> NOM et Prénom : ..... Tél : ..... Fax : ..... <input type="checkbox"/> Médecin traitant      • Médecin hospitalier	<b>INFORMATIONS SUR LE MEDECIN TRAITANT</b> NOM et Prénom : ..... Tél : ..... Fax : ..... Prévenu : • Oui • Non      Accord : • Oui • Non
<b>ASSISTANT(E) SOCIAL(E) SUIVANT LE DOSSIER</b> NOM, Prénom et Service : ..... Tél : ..... Fax : .....	
<b>• RENSEIGNEMENTS MEDICAUX A COMPLETER CI-APRES OU • COMPTE RENDU et ORDONNANCES PROVISOIRES</b>	



Référence : UF2300/48

Titre : **Prise en charge et orientation de la personne âgée admise aux urgences**

Document organisationnel :   
Document opérationnel :

SECTEUR EMETTEUR :

**Service d'Accueil des Urgences**

Page :1/17

Date d'émission : 17/10/2022

Date dernière révision :

### DIAGNOSTIC MEDICAL

**MOTIF DE LA DEMANDE –  
PROJET DE SOINS PERSONNALISE :**

**ANTECEDENTS :**

**ALLERGIES :**      • Oui      • Non

Sexe : .....

Poids : .....

Taille : .....

**ORDONNANCES JOINTES :**    • Oui      • Non

**TRAITEMENTS (Si pas d'ordonnances) :**

Per os :

Injectables :

### POUR LES DEMANDES PÉDIATRIQUES

Sexe : ..... PC : ..... Taille : ..... Poids de naissance : ..... Poids de sortie : .....

Terme de naissance : ..... de sortie..... Geste à la naissance : .....

Dispositifs médico-sociaux existants :  CAMSP     SESSAD     IME     IEM     CMP     Autre .....

Pour le SSR, demande de prise en charge :  neuromotrice et/ou     nutritionnelle

### SITUATION SOCIO FAMILIALE

Profession : • salarié    • invalide    • retraité    • sans profession

Situation familiale : • vie maritale    • pacsé    • marié    • veuf    • séparé    • divorcé

Nombre d'enfants.....

Mesure de protection juridique: • oui    • non    • en cours

Si oui, laquelle ? • Tutelle    • curatelle    • sauvegarde de justice    • mandat de protection en cours

Directives anticipées ? • Oui    • non

APA ? • Oui    • non ; Si oui quel est votre GIR ?.....

**DEPENDANCE**    • Totale    • Partielle

**MOBILITE**      • Totale    • Partielle    • Mise au fauteuil

### COMPORTEMENT

• Normal    • Agité    • Désorienté    • Troubles mnésiques    • Déambulant    • Risque de fugue

### ALIMENTATION

• Normale    • Troubles de déglutition    • Régime/ textures adaptées

SNG: CH..... Posée le .....

Gastrostomie : Type : ..... Posée le .....

• Autre : .....

### ELIMINATION

• Normale

• Incontinence urinaire    • Etui pénien    • Sonde urinaire, CH : ..... , Posée le .....

• Incontinence fécale    • Diarrhées    • Constipation    • Stomie





Référence : UF2300/48

Titre : **Prise en charge et orientation de la personne âgée admise aux urgences**

Document organisationnel :   
Document opérationnel :

SECTEUR EMETTEUR :

**Service d'Accueil des Urgences**

Page :1/17

Date d'émission : 17/10/2022

Date dernière révision :

**RESPIRATION**

Normale      • Oui   • Non  
Oxygène      • Oui   • Non      Débit : ..... L/Min  
Aspiration   • Oui   • Non  
VNI            • Oui   • Non  
Trachéotomie • Oui   • Non

**FONCTIONS SENSORIELLES ET APPAREILLAGE**

VISION Normale   • Oui   • Non,      Si non : LUNETTES • Oui   • Non  
AUDITION Normale • Oui   • Non      Si non : AUDIOPROTHESES • Oui   • Non  
DENTIER            • Oui   • Non  
EXPRESSION      • Oui   • Non      Si oui : Langue parlée : .....  
COMPREHENSION • Oui   • Non

**DOULEUR**

• Aigue   • Chronique   • Induite par les soins   • Non  
• Nociceptive   • Neuropathique  
Localisation : .....      EVA/EN à la sortie : .....

**ETAT CUTANE**

Normal   • Rougeurs   • Escarres   • Plaies   •  
Localisation : .....

**VOIE D'ABORD**

Voie Veineuse Périphérique :      • Oui   • Non      Si oui, posée le : .....  
Voie Veineuse Centrale :          • Oui   • Non      Si oui, laquelle : ....., posée le : .....  
Voie sous cutanée :                  • Oui   • Non      Si oui, posée le : .....

**AIDES TECHNIQUES**

• Lit médicalisé   • Matelas anti escarres   • Fauteuil   • Canne   • Déambulateur

**BMR/BHRe**   • Oui   • Non

Germe : .....  
Localisation : .....

**PATIENT(E) INFORME(E) DE LA DEMANDE**      • Oui   • Non

**FAMILLE INFORMEE DE LA DEMANDE**          • Oui   • Non

**DEVENIR AU DECOURS DU SEJOUR**

- Retour à domicile
- HAD
- EHPAD
- CHC
- Autre : .....

**DATE SOUHAITEE DE PRISE EN CHARGE : .....**

**SIGNATURE :**

**A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA DEMANDE :**

- Copie de la pièce d'identité (CNI, passeport, titre de séjour ou acte de naissance)
- Copie de la carte vitale ou de la carte d'AME + attestation ou récipissé de demande de rattachement pour les nouveaux nés
- Justificatif de domicile
- Tout autre document relatif à la situation sociale du patient



Référence : UF2300/48	Titre : <b>Prise en charge et orientation de la personne âgée admise aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>Service d'Accueil des Urgences</b>	Page :1/17 Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :

### Annexe 6 : Timed Up and Go Test

Ce test évalue globalement la marche et l'équilibre postural dynamique de la personne âgée. Il consiste à mesurer le temps (exprimé en secondes) mis pour se lever d'une chaise avec accoudoirs, marcher 3 mètres, faire demi-tour et revenir s'asseoir.

Les conditions de réalisation du test sont les suivantes :

- le sujet doit utiliser ses chaussures habituelles ;
- il peut se lever en s'aidant éventuellement des accoudoirs ;
- il doit exécuter le test à une vitesse de déplacement la plus naturelle possible et avec un outil d'aide à la marche s'il l'utilise habituellement ;
- la pièce où le test est réalisé doit être fermée, l'une de ses dimensions doit être supérieure à 3,50mètres, elle doit être bien éclairée, sans bruit ni stimulations extérieures (autres personnes que l'examineur, etc.).

La réalisation du test se décompose toujours en deux étapes : explication du test au sujet, puis réalisation du test avec chronométrage.

### Annexe 7 : Station unipodale

Ce test évalue l'équilibre postural statique. Il consiste à évaluer la capacité d'une personne à rester debout sur un pied (au choix de la personne) pendant plus de 5 secondes, la position des bras étant laissée libre lors du test. Il faut déclencher le chronomètre dès que le pied décolle du sol. La réalisation du test se décompose toujours en deux étapes : explication du test au sujet, puis réalisation du test avec chronométrage. L'examineur doit se placer derrière le sujet, les bras légèrement écartés pour le sécuriser en cas de nécessité.

