



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée

Cadre de référence

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section Publications

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

Bibliothèque et Archives Canada, 2022

ISBN : 978-2-550-93410-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2022

Production

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 580, rue Bowen Sud, Sherbrooke (Québec) J1G 2K8

Auteures principales

Brousseau, Audrey-Anne, M.D., FRCPC, M. Sc., urgentologue, CIUSSSE-CHUS, professeure en enseignement clinique, Université de Sherbrooke, expertise en médecine d'urgence gériatrique, University of Toronto

Grégoire, Maryse, B. Sc. inf., M.A. (recherche en gérontologie), conseillère cadre clinicienne-urgence, DSI, CIUSSSE-CHUS et professeure associée de clinique, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

Collaborateurs à la rédaction

Bel-Marichal, Maria-Noël, chef de service UG-UCDG et Équipe de consultation HD-Fleurimont, DPSAPA

Collinge, Marie-Laure, M.D., urgentologue, CIUSSSE-CHUS

Desbiens, Joëlle, M. Sc., pharmacienne, CIUSSSE-CHUS

Karahasanovic, Mihret, M. Sc., physiothérapeute, secteur urgence, CIUSSSE-CHUS

Loiselle, Hélène, chef de service de l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, CIUSSSE-CHUS

Mercier, Éric, M.D., M. Sc., urgentologue, CHU de Québec-Université Laval

Poulin, Véronique, infirmière clinicienne, équipe de consultation gériatrie secteur urgence, CIUSSSE-CHUS

Watt, Marie-Michèle, chef du Service de réadaptation par intérim et responsable du programme de neurotraumatologie, Direction des services multidisciplinaires, CIUSSSE-CHUS

Révision

Aubut, Andrée-Ann, conseillère clinique, Direction des services d'urgence et de la fluidité, MSSS

Audette-Côté, Jean-Sébastien, M.D., FRCPC, urgentologue et chef de département d'urgence, CISSS Lanaudière

Bertrand, Isabelle, M.D., FRCPC, urgentologue, Saint-François-d'Assise, CHU de Québec-Université Laval

Bouchard, Pierre, Directeur des services d'urgence et de la fluidité, MSSS

Breton, Émilie, M.D., gériatre, CIUSSSE-CHUS

Émond, Marcel, M.D., clinicien-chercheur, professeur, Université Laval

Hébert, Réjean, M.D., M. Ph., Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, chercheur au Centre de recherche en santé publique, au CIRANO et au Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke

Joyal, Charlene, conseillère en orientation des services aux aînés, Direction générale des aînés et des proches aidants, MSSS

Kergoat, Marie-Jeanne, M.D., FCFP, FRCPC, chef du département de gériatrie CCSMTL, professeure titulaire, Département de médecine, Université de Montréal

Lafrenière, Annie, conseillère clinique, Direction des services d'urgence et de la fluidité, MSSS

Launay, Cyrille, M.D., Ph. D., gériatre, Jewish Montreal General, Clinician Scientist, McGill University

Lucey, Michèle, MDCM, urgentologue, CIUSSSE-CHUS

Melady, Don, M.D., CCFP(EM) COE, M. Sc., Emergency Physician Schwartz/Reisman Emergency Medicine Institute, Director Geriatric EM Fellowship, Associate Professor, University of Toronto

Ouellet, Julien, Directeur des services d'urgence et de la fluidité, MSSS

Pageau, Catherine, conseillère clinique, Direction des services d'urgence et de la fluidité, MSSS

Ricard, Geneviève, M.D., FRCPC, gériatre, professeure adjointe, Université de Sherbrooke

Rourke, Josée, usager partenaire, présidente du Comité des usagers du CIUSSSE-CHUS

Roy, Marie-Audrey, conseillère clinique, Direction des services d'urgence et de la fluidité, MSSS

Voyer, Philippe, Inf., Ph. D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

MISE EN CONTEXTE

Dans le réseau de santé québécois, le service d'urgence (SU) est souvent considéré comme le filet de sécurité; celui-ci est très bien adapté pour gérer les problématiques médicales aiguës et sévères, ce qui répond à sa mission première. Toutefois, on tient rarement compte de la population âgée dans ce service. Le plus souvent, cette population se présente au SU pour une problématique de santé subaiguë, ou chronique, de faible acuité. La présentation clinique est d'autant plus complexe étant donné la présence de multiples polymorbidités, d'une polypharmacie en plus de présenter des éléments psychosociaux instables [1].

Avec le vieillissement de la population, les 75 ans et plus représentent maintenant de 20 à 30 % des usagers au SU au Québec et ailleurs [2]. Le service d'urgence ne s'est malheureusement pas adapté à ce changement démographique important, ce qui a des conséquences négatives importantes sur la qualité des soins aux usagers, en plus de potentiellement nuire à leur devenir (délirium induit à l'urgence, chutes, syndrome d'immobilisation, dénutrition, déshydratation, etc.) [3]. Ces conséquences ont également des répercussions sur la gestion des lits hospitaliers (augmentation du nombre d'admissions non médicalement nécessaires, prolongation des durées de séjour autant au SU qu'en soins intrahospitaliers, etc.) [2]. Pourtant, le SU est l'un des maillons clés du continuum des soins et des services offerts aux personnes âgées fragiles, et il se doit de s'adapter pour être à la hauteur des responsabilités qu'il a à assumer.

Publié en 2014, le guide clinique américain (entériné par l'Association canadienne des médecins d'urgence) sur la médecine d'urgence gériatrique suggère une série d'éléments à modifier tant au chevet des usagers qu'en ressources matérielles et humaines, duquel découle le présent cadre de référence [1]. Au Québec et partout ailleurs, plusieurs initiatives locales ont pris naissance dans l'objectif d'améliorer les soins de santé pour les personnes âgées. Malheureusement, d'autres SU tardent à s'engager dans ce processus d'adaptation. Au CHUS, de nombreuses initiatives en ce sens ont mené à l'obtention d'une accréditation d'urgence gériatrique par l'American College of Emergency Physicians; ainsi, le CHUS s'inscrit d'ores et déjà comme un pionnier et un modèle en matière d'urgence gériatrique.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a pris l'initiative de viser l'harmonisation des soins d'urgence aux personnes âgées en créant un cadre de référence pour les urgences gériatriques. Ce dernier se veut un guide pratique pour entreprendre les changements nécessaires dans les SU, et est adapté à la réalité québécoise du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Mis sur pied par l'équipe du CIUSSS-CHUS, il est basé sur des opinions d'experts, sur l'expérience acquise sur le terrain et sur certaines données probantes.

Ce cadre de référence est à votre entière disposition. Tout ce qui s'y trouve peut être repris en partie ou intégralement. Nous souhaitons que votre temps précieux soit consacré aux soins des personnes âgées, et non à réinventer la roue. Partagez, diffusez, copiez!

TABLE DES MATIÈRES

1.	OBJECTIFS.....	1
2.	CHAMPS D'APPLICATION	1
3.	POPULATION VISÉE	2
4.	PHILOSOPHIE D'UNE APPROCHE DE SOINS GÉRIATRIQUES AU SERVICE D'URGENCE	3
5.	ÉLÉMENTS CLÉS POUR L'IMPLANTATION D'UNE URGENCE GÉRIATRIQUE	4
6.	SPÉCIFICITÉ DES URGENCES RURALES	5
7.	DESCRIPTION DES RÔLES ET DES RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTES DIRECTIONS POUR LA MISE EN PLACE D'UNE URGENCE GÉRIATRIQUE	6
8.	FORMATION D'UN COMITÉ D'URGENCE GÉRIATRIQUE.....	7
9.	SUIVI DES INDICATEURS – AUDIT	9
10.	ACCREDITATION « URGENCE GÉRIATRIQUE »	11
11.	LES DIX PRINCIPAUX ÉLÉMENTS À CHANGER POUR METTRE EN PLACE UNE URGENCE GÉRIATRIQUE	12
12.	ÉLÉMENTS PRATIQUES D'UNE URGENCE GÉRIATRIQUE	13
12.1	LE TRIAGE AU SERVICE D'URGENCE : CONCEPT DE FRAGILITÉ OU DE VULNÉRABILITÉ.....	15
12.2	ÉVALUATION INTERDISCIPLINAIRE AUPRÈS D'UN USAGER AU SU.....	16
12.3	FORMATION SPÉCIALISÉE ET CONTINUE EN MÉDECINE D'URGENCE GÉRIATRIQUE	20
12.4	PROTOCOLES ET OUTILS CLINIQUES ADAPTÉS POUR LA POPULATION GÉRIATRIQUE À L'URGENCE	22
12.4.1	Dépistage et repérage	22
12.4.2	Concept de fragilité	24
12.4.3	Maintien de l'autonomie fonctionnelle et soins de base (mobilité, hydratation/alimentation, continence, sonde urinaire, signes cliniques AINEES)	25
12.4.4	Sommeil	33
12.4.5	Présence des proches.....	34
12.4.6	Délirium, agitation, troubles neurocognitifs	35
12.4.7	Gestion de la douleur	41
12.4.8	Polypharmacie.....	43
12.4.9	Chute et prévention du syndrome d'immobilisation.....	45
12.4.10	Traumatisme au grand âge.....	47
12.4.11	Maltraitance envers les personnes âgées	48
12.4.12	Soins palliatifs, discussions des objectifs de soins.....	51
12.4.13	La dépression chez les personnes âgées	54
12.5	CONTINUITÉ DES SOINS	55
12.6	RETOUR À DOMICILE SÉCURITAIRE	56
12.7	ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET MATÉRIEL SPÉCIALISÉ	57
13.	APPLIQUER LE CONCEPT D'URGENCE GÉRIATRIQUE EN SERVICES PRÉHOSPITALIERS	59
14.	MISE EN PLACE D'UNE URGENCE GÉRIATRIQUE – ÉTAPE PAR ÉTAPE	61

15.	SOUTIEN FINANCIER	63
CONCLUSION		64
BIBLIOGRAPHIE		65

LISTE D'ABRÉVIATIONS, DESIGLES ET D'ACRONYMES

AAPA : Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

ACEP : American College of Emergency Physicians

AIC : Assistante-infirmière-chef

ALGOPLUS : Échelle Algoplus - Évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

APES : Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec

AVQ : Activités de la vie quotidienne

BCM : Bilan comparatif des médicaments

CAM : Confusion Assessment Method

CH : Centre hospitalier

CHUS : Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke

CII : Conseil des infirmières et infirmiers

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CIUSSSE-CHUS : Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

CLSC : Centre local de services communautaires

CM : Conseil multidisciplinaire

CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CTAS : Canadian Triage and Acuity Scale

DMS : Durée moyenne de séjour

DPSAPA : Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées

DSG : Direction des services généraux

DSI : Direction des soins infirmiers

DSM : Direction des services multidisciplinaires

DSP : Direction des services professionnels

DU : Département d'urgence

EQTPT : Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie

ETG : Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence

GDS : Échelle de dépression gériatrique

GEDA : Geriatric Emergency Department Accreditation Program

GEM : Geriatric Emergency Management

IFEM : International Federation for Emergency Medicine (Fédération internationale de médecine d'urgence)

INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

IPS : Infirmière praticienne spécialisée

ISAR : Identification of Senior at Risk

LCI : Lutte contre les infections

MPI : médication potentiellement inappropriée

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

NPO : Nil per os

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PAB : Préposés aux bénéficiaires

PTI : Plan thérapeutique infirmier

RADAR : Repérage actif du délirium adapté à la routine

RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux

SAD : Services à domicile

SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées

SCPD : Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

SU : Service d'urgence

TNC : Troubles neurocognitifs

UCDG : Unité de courte durée gériatrique

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Exemple d'une capsule d'enseignement brève	71
Annexe 2 : Feuillet d'information sur le syndrome d'immobilisation.....	72
Annexe 3 : Feuillet d'information sur le délirium	73
Annexe 4 : Feuillet d'information sur l'utilisation d'une marchette	74
Annexe 5 : ISAR (Identification of Senior at Risk)	75
Annexe 6 : PRISMA-7	77
Annexe 7 : Clinical Frailty Scale.....	79
Annexe 8 : Outil pour le dépistage de la dysphagie STAND	80
Annexe 9 : Outil clinique pour l'utilisation de la sonde urinaire	82
Annexe 10 : CAM (CONFUSION ASSESSEMENT METHOD)	83
Annexe 11 : Outil de détection du délirium radar.....	84
Annexe 12 : Échelle de délirium 4 - AT.....	85
Annexe 13 : Outil d'évaluation de la douleur Algo plus	86
Annexe 14 : Listes de vérification pour le bloc nerveux fémoral.....	87
Annexe 15 : Affiche informative sur les médicaments potentiellement inappropriés pour la personne âgée.....	88
Annexe 16 : Échelle de dépression GDS (Geriatric Depression Scale).....	89
Annexe 17 : Échelle de dépression de Cornell.....	90
Annexe 18 : Exemple d'une feuille de transfert RPA ↔ urgence	91
Annexe 19 : Feuille de suivi médical en médecine familiale.....	93
Annexe 20 : Feuille de référence pour la clinique de chute	94

1. OBJECTIFS

Un service d'urgence (SU) adapté pour la population gériatrique a pour objectifs :

- De répondre, par une approche holistique, aux besoins complexes des personnes âgées et de leurs proches qui se présentent au SU;
- De réduire le risque de complications en lien avec les soins offerts au SU pour la population âgée;
- D'optimiser les admissions au centre hospitalier en priorisant celles nécessitant des soins cliniques, et de trouver rapidement des solutions de remplacement pour l'organisation de services et soins à domicile ou pour une relocalisation;
- S'assurer que le retour à domicile des personnes âgées après une évaluation au SU soit planifié de façon sécuritaire et coordonné avec les autres instances du réseau en vue de diminuer les retours au SU en rapport avec la visite initiale.

Ce cadre de référence pour les urgences gériatriques a pour objectifs de :

- Définir les éléments pertinents et essentiels à modifier au SU pour améliorer les soins aux personnes âgées;
- Offrir des outils cliniques qui facilitent l'implantation et l'utilisation d'une philosophie de soins adaptés pour les personnes âgées au SU;
- Améliorer l'efficacité du continuum de soins aux personnes âgées pour réduire la congestion des urgences liée à un manque de fluidité du RSSS.

2. CHAMPS D'APPLICATION

Ce cadre de référence sur les urgences gériatriques répond autant aux besoins des SU en centre universitaire que de ceux des SU en centre hospitalier urbain et rural.

Ce cadre de référence est complémentaire à l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA) [4], qui cible toutefois davantage les usagers hospitalisés. Ici, on cherche à créer une plate-forme au SU avec la collaboration d'une équipe interdisciplinaire dotée d'une philosophie de soins adaptée à la clientèle gériatrique et basée sur l'excellence des soins prodigués aux personnes âgées. Le but est donc d'éviter les hospitalisations non nécessaires et d'assurer le retour à domicile sécuritaire, et ce, dans un court délai dans le respect des cibles ministérielles.

Ce cadre de référence offre un guide de soins destinés aux personnes âgées aux différents soignants du SU (médecins, infirmières, préposés aux bénéficiaires, professionnels, administrateurs, etc.).

Enfin, bien qu'il existe ailleurs dans le monde des modèles d'urgence gériatrique qui sont distincts de l'urgence générale, il n'est pas recommandé de les adapter en contexte québécois en raison des coûts importants et des difficultés engendrées par la gestion du personnel et des lits [5].

3. POPULATION VISÉE

La population âgée est très hétérogène, de sorte qu'il est difficile de définir un seuil d'âge clivant dans la population adulte qui comporte les attributs d'une population gériatrique. La plupart des personnes âgées de 65 ans et plus (environ 90 % de ceux-ci) ne visitent que très rarement les urgences, comme en témoigne une étude qui trace le portrait des utilisateurs âgés du SU [6]. Toutefois, les utilisateurs modérés ou élevés du SU (environ 10 %) présentent souvent des caractéristiques communes :

- Multiples pathologies et comorbidités;
- Vulnérabilité sociale;
- Atteinte dans leur autonomie fonctionnelle au quotidien.

Ce sont ces caractéristiques qui rendent la prise en charge au SU complexe dans sa forme traditionnelle. Il est également impératif que les cliniciens et le personnel des urgences adaptent leurs interventions en fonction des besoins particuliers de cette population en vue de réduire le nombre de complications liées au séjour au SU.

Il y a une certaine proportion des personnes âgées en communauté qui sont connues des services à domicile (SAD). Celles-ci sont parfois accompagnées par un gestionnaire de cas, qui est responsable de mettre en place les services en communauté requis et ainsi d'éviter une visite au SU pour une condition chronique connue. Toutefois, une majorité de personnes âgées consulte au SU pour un événement sentinelle, et il est de la responsabilité des professionnels de l'urgence de repérer les signaux d'alarme d'une perte d'autonomie à venir et d'assurer un arrimage solide avec le SAD.

Dans ce cadre de référence, l'âge seuil le plus souvent évoqué sera de 75 ans. Ce choix est celui qui nous semble le plus adapté en contexte québécois. En effet, la définition de la population gériatrique varie d'une référence à l'autre. Par exemple, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) évoque 60 ans comme seuil représentant la population mondiale, où la plupart des pays en voie de développement et des pays émergents ont une espérance de vie à la naissance plus courte [7], alors que, le plus souvent, ce seuil est de 65 ans, en raison de la définition gouvernementale de l'accès à la rente de retraite du Régime des rentes du Québec. Toutefois, selon une analyse de l'INSPQ de 2001, le nombre de personnes âgées ne vivant pas à domicile commence à diminuer dans la tranche d'âge des 75 ans et plus [8].

Les observations du CIUSSS-CHUS ainsi que la croissance de l'espérance de vie, qui est passé de 78,5 ans en 1920 à 86,7 ans en 2011 pour les femmes [9], nous ont amenés à choisir le seuil de 75 ans pour la plupart des interventions décrites ci-dessous, grâce notamment à l'état de santé qui s'est nettement amélioré dans la tranche des 65 à 74 ans. Toutefois, la décision du seuil d'âge revient à chaque milieu selon la population et les ressources disponibles. Par exemple, dans les milieux défavorisés, on pourrait tenir compte de l'espérance de vie qui est de 9,7 ans de moins chez les hommes et de 7,5 ans de moins chez les femmes [10].

Enfin, l'âge chronologique n'est pas toujours le meilleur indicateur d'« âge gériatrique »; le statut de fragilité serait un bien meilleur reflet de l'état de santé d'une personne. Cependant, il est encore très difficile de caractériser objectivement une personne fragile. Ainsi, il est conseillé de déterminer un seuil d'âge, mais de demeurer flexible pour ce critère.

4. PHILOSOPHIE D'UNE APPROCHE DE SOINS GÉRIATRIQUES AU SERVICE D'URGENCE

Le cœur d'un SU gériatrique repose sur une approche collaborative qui a recours à une équipe interdisciplinaire; il se fonde aussi sur le changement de la philosophie des soins prodigués au SU. Il y a nécessairement des aménagements physiques à effectuer, mais ils ne constituent qu'une infime partie du travail.

La Fédération internationale de médecine d'urgence (IFEM) a entériné une étude qui décrit les standards minimaux que tous les SU, sans exception, doivent posséder pour répondre aux besoins des personnes âgées [11]. Les prochaines lignes sont un résumé en traduction libre de l'étude qui détaille bien les principes directeurs d'une approche de soins gériatriques à l'urgence.

1. **La bonne approche** : Le SU doit reconnaître que les utilisateurs âgés font partie d'une population qui n'est pas nécessairement définie par l'âge chronologique, mais plutôt par des interactions complexes d'éléments de fragilité physique, psychologique et sociale, de multiples pathologies et comorbidités, et d'accès limité aux soins de santé.
2. **La bonne équipe** : Le SU doit avoir accès à une équipe interdisciplinaire compétente pour effectuer une évaluation des différentes problématiques médicale, sociale, cognitive et fonctionnelle des personnes âgées qui se présentent au SU.
3. **Le bon environnement** : Le SU doit veiller à offrir un milieu sécuritaire et accessible pour les personnes âgées en adaptant l'environnement physique et en possédant l'équipement nécessaire au maintien de leur autonomie.
4. **La bonne prise de décision** : Le SU doit s'assurer que les personnes âgées sont au cœur des décisions médicales en reconnaissant l'importance de la décision partagée, du respect des objectifs de soins et de l'aptitude des personnes âgées et de leurs proches.
5. **Les bons processus** : Le SU doit établir des politiques et des protocoles qui guident l'approche globale centrée sur l'utilisateur pour la prise en charge des problèmes communs chez cette population. Il doit également s'assurer de l'amélioration continue de ces processus.
6. **Les bons soins** : Le SU doit s'assurer de prodiguer des soins adaptés, sur mesure et individualisés en considération de la personne âgée dans sa globalité en vue de prévenir les complications liées à une visite au SU.
7. **Les bonnes connaissances** : Le SU doit faciliter la formation continue sur les syndromes gériatriques communs donnée à son personnel médical et infirmier de même qu'à tout autre professionnel ou employé qui gravite au SU, y compris les agents administratifs, les agents de sécurité et autres.
8. **Les bons résultats** : le SU doit activement soutenir les soins aux personnes âgées dans l'objectif d'optimiser leur pronostic en surveillant les indicateurs de qualité des soins.
9. **La bonne communication** : Le SU doit utiliser des principes de communication efficace et inclure des stratégies qui assurent la sécurité et la continuité des soins aux personnes âgées avec tous les services, autant hospitaliers que communautaires.

Une autre représentation de la médecine d'urgence gériatrique est le concept du *front porch* plutôt que du *front door*. En d'autres mots, le SU n'est pas seulement une porte d'entrée ou un passage vers le centre hospitalier, mais plutôt un plateau technique et humain complet, outillé pour répondre aux besoins des personnes âgées, capable de limiter les hospitalisations non nécessaires et de favoriser la liaison pour des soins sécuritaires en communauté.

Ainsi, chaque SU, qu'il soit universitaire, urbain ou rural, doit inclure dans ses priorités le point central suivant : l'offre de soins gériatriques de qualité.

L'époque où on se disait que les soins aux personnes âgées ne devaient pas se faire au SU est désormais révolue. Il nous faut nous adapter à cette nouvelle réalité démographique qui nécessite un accès à des soins aigus et à des services de santé spécialisés. Les personnes âgées ne constituent pas une population marginale, mais bien de plus en plus prépondérante.

Les personnes âgées, de par leur grande hétérogénéité et leur complexité, constituent un défi des plus intéressants pour des professionnels qui désirent changer les façons de faire.

5. ÉLÉMENTS CLÉS POUR L'IMPLANTATION D'UNE URGENCE GÉRIATRIQUE

Quelques éléments clés sont nécessaires à mettre en place pour assurer la pérennité d'une urgence gériatrique. En résumé, voici les principaux :

1. Instaurer un leadership conjoint avec le chef d'unité du SU et un médecin responsable;
2. Former un comité interdisciplinaire d'urgence gériatrique qui soit stratégique et opérationnel;
3. Concevoir le projet et le consigner dans un document bref et concis, qui en fait clairement ressortir les enjeux et les bénéfices en vue d'obtenir l'assentiment et le soutien des instances concernées lors de présentations;
4. Partager des tâches entre les membres du comité et respecter les échéanciers;
5. Cibler des « champions » sur le terrain qui deviendront des modèles de rôle pour faciliter la diffusion des bonnes pratiques;
6. Monitorer et analyser des indicateurs de performance et de qualité;
7. Communiquer efficacement et de façon soutenue avec le personnel de l'urgence et l'équipe médicale;
8. Établir des liens solides avec les ressources communautaires, les médecins de première ligne et les spécialistes;
9. Intégrer le point « urgence gériatrique » à l'ordre du jour de chaque réunion médicale du SU.

Il est recommandé de cibler des infirmières, des préposés, des médecins et des professionnels de terrain en tant que modèles de rôle, de façon à créer un effet positif sur l'équipe, accélérer la diffusion des bonnes pratiques et assurer leur pérennité.

Il ne faut pas négliger la participation des assistantes-infirmières-chefs (AIC), qui est également très importante. Ces dernières viennent soutenir les différents changements et les différentes formations qui ont trait à la population âgée.

6. SPÉCIFICITÉ DES URGENCES RURALES

Tous les éléments évoqués ci-dessous sont à la portée de tout type d'urgence, excepté la formation d'une équipe interdisciplinaire dédiée au SU. Les professionnels de cette équipe sont toutefois généralement disponibles au centre hospitalier ou en communauté. Il est donc possible de créer des alliances et des trajectoires avec ces professionnels à partir du SU. Par exemple, une disponibilité sur appel ou encore un lien rapide pour une évaluation en clinique externe sont généralement possibles à organiser. Entre autres choses, la direction SAPA a pour mandat de faciliter la mise en place de telles trajectoires de remplacement.

7. DESCRIPTION DES RÔLES ET DES RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTES DIRECTIONS POUR LA MISE EN PLACE D'UNE URGENCE GÉRIATRIQUE

Un projet interdisciplinaire de cet ordre nécessite, en premier lieu, l'engagement et le soutien de l'équipe clinique du SU, soit des médecins, des infirmières, des infirmières auxiliaires, des préposés aux bénéficiaires, du travailleur social, du pharmacien, du physiothérapeute, de l'ergothérapeute, de l'infirmière de gériatrie en collaboration avec le chef de l'équipe de gériatrie (DPSAPA), de la conseillère cadre de la direction des services multidisciplinaires (DSM), de la conseillère cadre clinicienne attitrée aux urgences (DSI) et du chef médical des urgences. De plus, le soutien du service médical de gériatrie est souhaitable pour harmoniser les trajectoires. Ces professionnels relèvent en partie directement du service d'urgence, tandis que certains autres relèvent de la DSI, de la DSM, et de la DSP. Des liens avec ces directions sont importants pour faire légitimer la participation de ces professionnels dans ce projet.

Le dossier doit être piloté par deux piliers importants : une infirmière, typiquement la chef d'unité du SU, et un médecin d'urgence qui a un certain intérêt pour la médecine d'urgence gériatrique. Cela, en vue d'augmenter la crédibilité de l'urgence gériatrique auprès des professionnels et des employés, et de faciliter la poursuite des objectifs tout au long du processus de même que la coordination du projet sur le terrain.

Selon les structures organisationnelles en place, dans certains établissements, les SU peuvent relever de la direction des soins infirmiers, de la direction des services professionnels ou de la direction de services généraux, comme au CIUSSSE-CHUS. Cette direction concernée doit faire de ce projet une priorité pour sa direction, mais elle doit également s'assurer de la priorisation de ce dossier par les directions en soutien (DSI, DSM, DSP, DPSAPA), puis ultimement effectuer des démarches pour la faire accepter comme priorité organisationnelle par la direction générale de l'établissement, soutenue par le conseil d'administration.

Ce projet ne peut prendre forme que si l'ensemble de l'organisation y participe. Le Conseil des infirmières et infirmiers (CII), le Conseil multidisciplinaire (CM), le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le Comité des usagers doivent également faire partie prenante et soutenir le projet. Les représentations aux diverses instances sont importantes pour assurer la pérennité du dossier.

Au CIUSSSE-CHUS, un document explicatif du projet d'urgence gériatrique a été créé (comprenant les objectifs, les moyens, les livrables, etc.) et a été présenté à toutes les personnes clés décrites ci-dessus. Ainsi, il est plus facile d'obtenir les outils nécessaires (équipement, ressources humaines, etc.) à la mise en place du projet si toutes les instances collaborent pour en assurer la réussite.

8. FORMATION D'UN COMITÉ D'URGENCE GÉRIATRIQUE

Rôles et responsabilités des membres du comité d'urgence gériatrique

Le présent cadre vient situer l'ensemble des rôles et des responsabilités des acteurs engagés dans la réussite de ce projet. Il est important que ce comité soit interdisciplinaire. Il est recommandé d'officialiser ce comité dans la gouvernance des établissements.

Membres du comité d'urgence gériatrique :

- Chef d'unité de l'urgence
- Médecin d'urgence
- Infirmière clinicienne en gériatrie
- Représentant(s) des services multidisciplinaires, soit ergothérapie, physiothérapie, travail social et nutrition
- Chef de la DSM
- Pharmacien
- Conseillère cadre clinicienne pour les urgences (DSI)
- Représentant de la direction DPSAPA
- Gériatre*
- Usager partenaire
- Infirmière praticienne spécialisée (IPS)‡

* Bien que la collaboration et l'expertise d'un gériatre sont souhaitables dans ce comité, plusieurs CH n'ont pas accès à ce service médical. Il est tout de même possible de mener à bien un programme d'urgence gériatrique.

‡ Considérer la contribution d'une IPS si ce professionnel est disponible dans le SU.

Les rôles communs à tous les membres :

- Participer aux rencontres périodiques du comité d'urgence gériatrique;
- Participer à la mise sur pied de protocoles et de procédures de soins locaux adaptés aux besoins de la population, aux connaissances scientifiques actuelles et aux données probantes;
- Assurer le lien entre le comité d'urgence gériatrique et le département ou le service qu'il représente (par exemple : le physiothérapeute partage l'information avec la DSM);
- Informer le comité des enjeux cliniques que vivent les personnes âgées au SU et de leur point de vue, et proposer des solutions;
- Participer à la collecte de données pour le suivi des indicateurs concernant les professionnels au SU.

Fréquence des rencontres du comité

Le comité, qui se donne un échéancier clair et des livrables, planifie ses rencontres en fonction de son échéancier. Un minimum de trois rencontres par année est requis pour assurer la pérennité.

Partage des tâches et des projets

La contribution de chacun est essentielle, et un leader doit être clairement identifié. Il est imputable de l'avancement du projet et son rôle doit être légitimé auprès de son équipe et de sa direction. À chaque discussion au sujet d'un projet, il est impératif de nommer un responsable, un objectif et un échéancier.

9. SUIVI DES INDICATEURS – AUDIT

Pour suivre l'évolution du projet et pour s'assurer de son efficacité, il est utile de suivre un certain nombre d'indicateurs cliniques et administratifs de performance et de qualité à chaque période. En voici quelques exemples.

Il est tout à fait raisonnable de ne choisir que quelques indicateurs parmi ceux-ci, cette liste étant exhaustive.

Indicateurs de performance et de qualité – Personnes âgées de 75 ans et plus		
Données administratives/période	Nombre	%
Usagers ayant consulté au SU (civière et ambulatoire)/période		
Usagers sur civière/jour		
Usagers sur civière hospitalisés/jour		
Usagers arrivés en ambulance/jour		
Données administratives/période	Nombre	%
Usagers avec 1 consultation médicale/jour		
Usagers avec 2 consultations médicales/jour		
Durée moyenne de séjour (heures) globale au SU des usagers sur civière (DMS globale)		---
Durée moyenne de séjour (heures) des usagers admis et en attente au SU (DMS)		---
Usager ayant eu congé du SU		
Usagers qui ont consulté de nouveau au SU avec admission au centre hospitalier dans les 7 jours		
Usagers qui ont consulté de nouveau au SU avec congé du SU par la suite dans les 7 jours		
Usagers qui ont eu congé du SU dans un milieu autre que leur précédent (soins post-aigus, réadaptation, UCDG, etc.)		
Nombre d'usagers et description du type de transport pour le retour à domicile		
Répartition des usagers de 75 ans et plus sur civière en fonction des différents diagnostics		
Données cliniques (audit de dossier ou observation directe transversale)	Nombre	%
Cathéter urinaire sans indication		
Cathéter IV sans indication		
Aides techniques (marchette, canne, etc.) requises à la disposition de l'utilisateur		
Lunettes, si requises, à la disposition de l'utilisateur		
Prothèses dentaires, si requises, à la disposition de l'utilisateur		
Appareil auditif si requis, à la disposition de l'utilisateur		
Code blanc chez les usagers		
Usagers ayant développé un délirium au SU (repéré selon l'outil choisi par le SU)		
Usagers ayant subi une chute pendant leur séjour au SU		
Médication/pharmacie (audit de dossier ou observation directe transversale)	Nombre	%
Prescription de médication potentiellement inappropriée pendant leur séjour au SU :		
Dimenhydrinate (Gravol)		
Diphenhydramine (Benadryl)		
Narcotique à dose trop élevée		
Haloperidol (Haldol) à dose trop élevée		
Benzodiazépines		

Consultations interdisciplinaires/période	Nombre	%
Usagers qui ont eu une consultation avec une infirmière de gériatrie		
Usagers vus par une infirmière de gériatrie et qui sont retournés à domicile		
Usagers qui ont eu une consultation avec un physiothérapeute		
Usagers vus par un physiothérapeute et qui sont retournés à domicile		
Usagers qui ont eu une consultation avec un pharmacien		
Usagers qui ont eu une consultation avec un travailleur social		
Usagers qui ont eu une consultation avec le service des soins palliatifs		
Usagers qui ont eu congé du SU avec une consultation en clinique externe de gériatrie (clinique de chute, gériatrie générale, clinique de mémoire)		
Usagers qui ont eu congé du SU avec une référence aux services du CLSC		

Maryse Grégoire, conseillère cadre clinicienne-urgence, DSI, CIUSSSE-CHUS, en collaboration avec Hélène Loïselle, chef de service de l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, Claudie Gagnon, coordonnatrice de l'urgence du CIUSSSE-CHUS et Audrey-Anne Brousseau, urgentologue, CIUSS-CHUS.

Il est important que ces indicateurs soient présentés aux directions concernées ainsi qu'à la direction générale. Ces résultats sont des leviers qui peuvent servir à justifier l'ajout de soutien financier. Il est recommandé de colliger ces données trois ou quatre fois par année pour suivre l'évolution des changements apportés, dont les répercussions seront perceptibles plusieurs mois ou années plus tard.

10. ACCRÉDITATION « URGENCE GÉRIATRIQUE »

Le groupe American College of Emergency Physicians (ACEP) a récemment mis au point un processus d'accréditation de département d'urgence gériatrique (GEDA) accessible mondialement pour tous les SU. Cette accréditation se divise en trois niveaux selon des critères définis, lesquels sont basés sur l'équipe, les protocoles, l'environnement, la formation continue, la continuité des soins ainsi que l'évaluation des indicateurs de qualité.

Cette accréditation, bien qu'elle soit facultative, offre un excellent guide pour entreprendre des changements qui seront bénéfiques pour la population âgée tout en étant adaptés à la situation locale des différents SU.

Les avantages sont les suivants :

1. Guide d'outils cliniques
2. Assurance qualité pour le public
3. Élément « tangible » favorisant l'adhésion du personnel de terrain ainsi que la reconnaissance et le soutien récurrent de l'administration.

Pour plus de détails : www.acep.org/geda.

Il n'existe pas d'organisme d'accréditation canadienne pour les urgences gériatriques.

11. LES DIX PRINCIPAUX ÉLÉMENTS À CHANGER POUR METTRE EN PLACE UNE URGENGE GÉRIATRIQUE

À la lumière de l'expérience vécue au CIUSSS-CHUS, voici les dix changements qui ont potentiellement le plus d'effet positif sur la population gériatrique au SU :

1. Mettre en place un comité interdisciplinaire responsable d'un programme d'urgence gériatrique;
2. Avoir une infirmière clinicienne en gériatrie et un physiothérapeute disponible au SU;
3. Implanter une formation continue en médecine d'urgence gériatrique pour le personnel médical, les infirmières, les préposés aux bénéficiaires, les autres professionnels et les aides de services;
4. Dépister le délirium systématiquement à l'aide d'un outil validé (par exemple : CAM, RADAR, 4-AT);
5. Autoriser en tout temps la présence d'une personne proche aidante au chevet des personnes âgées (même en période d'influenza ou de pandémie);
6. Avoir de l'équipement et du matériel adaptés (marchettes, bas antidérapants, horloges, calendriers, chariot d'activité, etc.);
7. Établir un programme de mobilisation active et précoce;
8. Encourager l'alimentation et l'hydratation (cesser l'ordonnance par défaut du NPO pour tous);
9. Introduire un guide clinique pour la prise en charge non pharmacologique du délirium et de l'agitation;
10. Établir un lien rapide avec une clinique externe d'évaluation gériatrique (clinique de gériatrie générale, clinique de chute, clinique de mémoire, etc.) et avec les services communautaires.

12. ÉLÉMENTS PRATIQUES D'UNE URGENCE GÉRIATRIQUE

L'objectif de ce cadre de référence est de bâtir un canevas pour permettre d'améliorer les soins aux personnes âgées dans les différents services d'urgence. Plusieurs éléments sont tirés du document *Geriatric Emergency Department Guidelines*, publié en 2014, et regroupant la plupart des principes de bonnes pratiques en matière d'urgence gériatrique [1]. D'autres proviennent de la littérature, mais la majorité sont le fruit de l'expérience du CIUSSS-CHUS.

Il se divise en six domaines :

- Triage au SU
- Évaluation interdisciplinaire
- Formation spécialisée et continue en médecine d'urgence gériatrique
- Protocoles et outils cliniques adaptés pour les personnes âgées
- Continuité des soins - Communication
- Environnement physique et matériel spécialisé

Dans chacun de ces domaines, vous trouverez le rôle du SU ainsi que des exemples d'outils pertinents qui pourront servir intégralement dans les SU ou être adaptés en fonction des besoins des milieux. Des exemples concrets mis en place au CIUSSS-CHUS sont également présentés lorsque cela est pertinent.

Le schéma suivant décrit bien le parcours d'une personne âgée qui consulte au SU. Il ressemble à celui d'un usager plus jeune, à l'exception du fait que chaque étape est adaptée pour offrir des soins individualisés pour répondre aux besoins complexes des personnes âgées.

Voici une schématisation d'un parcours typique d'une personne âgée dans un service d'urgence gériatrique

URGENCE GÉRIATRIQUE

Préhospitalier •

- Protocoles adaptés pour les soins gériatriques
- Évaluation de l'environnement
- Formation spécialisée
- Transport adapté

Communauté •

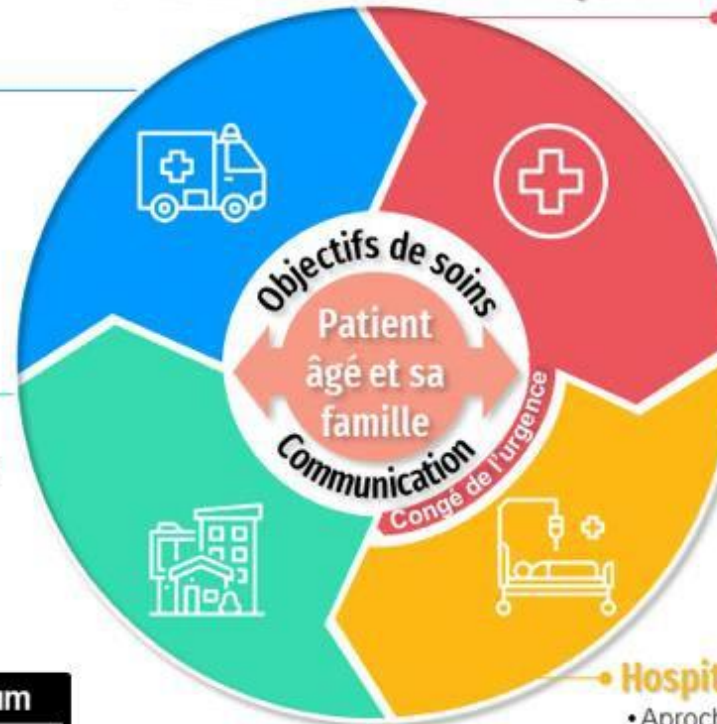
- Médecin de famille
- Cliniques externes de gériatrie
- Services externes du CLSC
- Services communautaires
- Soutien à domicile
- Milieux de convalescence
- Milieu de vie



Continuum

- Feuille de transfert
- Fiche de liaison
- Fiche réseau

Direction des soins généraux, urgence de l'Hôtel-Dieu, novembre 2020



• Urgence

- Triage : dépistage de fragilité
- Évaluation infirmière, dépistage et prévention chez patient à haut risque de délirium et de chute
- Évaluation interdisciplinaire : infirmière en gériatrie, travailleuse sociale, physiothérapeute, pharmacien
- Évaluation médicale

Les soins à l'urgence

Soins aigus : délirium, chute, polymédication, gestion de la douleur, abus des aînés, trauma...

Soins de base par le préposé aux bénéficiaires (PAB) : maintien de l'autonomie, continence, hydratation, alimentation...

• Hospitalisation

- Approche adaptée à la personne âgée (AAPÂ)
- Suivi médical
- Plan thérapeutique infirmier (PTI)
- Équipe interdisciplinaire de gériatrie

12.1 LE TRIAGE AU SERVICE D'URGENCE : CONCEPT DE FRAGILITÉ OU DE VULNÉRABILITÉ

En 2016, l'échelle canadienne de triage utilisée par la grande majorité des urgences au Canada (ETG) a été révisée et de nouvelles recommandations concernant la population gériatrique ont été émises [12]. Comme le volume et la capacité de l'urgence augmentent d'année en année, il faut réaliser que certains groupes d'utilisateurs sont plus à risque de souffrir des conséquences délétères d'un temps d'attente prolongé, notamment les personnes âgées fragiles ou vulnérables. Un temps d'attente prolongé entraîne des délais de prise en charge et une augmentation des risques de complications non négligeables chez une personne frêle, notamment le déconditionnement, la dénutrition et le délirium. De plus, plusieurs facteurs associés au grand âge augmentent le risque de sous-estimer la gravité de la situation et de mettre un niveau de priorité inférieure à ce que requiert l'état de l'utilisateur. Ces facteurs sont les suivants :

- **Les signes vitaux**
Les changements physiologiques liés à l'âge et leur adaptation en contexte de stress rendent l'interprétation des signes vitaux difficiles, notamment au niveau respiratoire, cardiopulmonaire et de la thermorégulation. Par exemple, il n'est pas rare qu'une infection grave ne produise pas de la fièvre chez une personne âgée, ou encore qu'une tension artérielle systolique dans les valeurs normales pour un adulte représente en fait de l'hypotension chez une personne âgée souffrant d'hypertension artérielle chronique.
- **La douleur**
La douleur est beaucoup plus difficile à évaluer et à quantifier chez une personne âgée secondairement à l'altération physiologique liée à l'âge de la perception de la douleur, des troubles neurocognitifs, de la polypharmacie ou des multiples conditions médicales chroniques.
- **Présentations atypiques**
Le tiers des personnes âgées qui ont une condition médicale dangereuse pour leur vie se présentent au SU avec des symptômes atypiques ou indifférenciés. De plus, les troubles neurocognitifs qui sont de plus en plus répandus avec l'âge et la polypharmacie peuvent altérer l'évaluation clinique lors d'un triage rapide.

Ainsi, en 2016, la CTAS a ajouté à sa révision un modificateur de fragilité. Ce modificateur permet de faire passer une cote de triage de 4 ou 5 à 3 pour accélérer la prise en charge médicale, et ainsi diminuer les complications associées à un séjour prolongé au SU.

Le modificateur de fragilité peut être appliqué chez tout utilisateur :

- qui est complètement dépendant dans ses activités quotidiennes ou qui est habituellement en fauteuil roulant,
- qui souffre de troubles neurocognitifs limitant son orientation temporo-spatiale,
- qui est en fin de parcours d'une maladie terminale,
- qui démontre des signes de cachexie ou de faiblesse généralisée,
- qui est âgé de 80 ans et plus (à l'exception des utilisateurs qui à l'évidence sont robustes physiquement et cognitivement).

Il est souhaitable que prochainement, dans chacune des urgences canadiennes, une formation spécifique sur ce nouveau modificateur soit offerte à toutes les infirmières responsables du triage [13].

12.2 ÉVALUATION INTERDISCIPLINAIRE AUPRÈS D'UN USAGER AU SU

L'évaluation clinique de l'utilisateur au SU se fait traditionnellement par l'infirmière et le médecin. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'une personne âgée fragile, une évaluation interdisciplinaire est essentielle pour comprendre et adapter tous les facteurs qui influencent la prise en charge dans le contexte aigu. Voici un tableau qui résume les rôles de chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire, et qui explique comment ils interagissent pour le bien-être de la population âgée.

Professionnels de la santé	Rôles auprès des personnes âgées au SU	Fonctionnement
Infirmière clinicienne en gériatrie	☐ Dépiste les syndromes gériatriques chez les 75 ans et plus ☐ Fait une évaluation clinique ciblée sur les problématiques gériatriques et élabore un plan d'intervention interdisciplinaire ☐ Met en place les services nécessaires et assure la continuité des soins au CH ou en communauté ☐ Soutient la formation du personnel infirmier et des PAB et y contribue ☐ Participe au comité d'urgence gériatrique	Il est suggéré d'offrir ce service 7 jours sur 7 et de couvrir les moments où il y a davantage d'achalandage au SU, soit entre 8h00 et 19h00. Consultation demandée par le médecin, l'infirmière ou le physiothérapeute, ou encore de façon autonome pour les usagers de 75 ans et plus.
Physiothérapeute	☐ Évalue les déficiences et les incapacités de l'utilisateur ☐ Évalue les usagers avec des douleurs neuromusculosquelettiques aiguës et chroniques avec exacerbation dans le but de traiter et de fournir les recommandations appropriées à leur prise en charge ☐ Soutient et conseille l'équipe interdisciplinaire sur la mobilisation des usagers au SU ☐ Met en place les services et les équipements nécessaires et assure la continuité des soins au CH ou en communauté	Il est suggéré d'offrir ce service 7 jours sur 7 et de couvrir les moments où il y a davantage d'achalandage au SU, soit entre 8h00 et 19h00. Consultation sur demande, de façon autonome ou d'emblée pour des usagers ciblés (par exemple : chutes)
Pharmacien	☐ Réalise une histoire médicamenteuse complète en vue de faire des recommandations sur les choix de médicaments, les doses, l'administration et l'observance. ☐ Assure le suivi avec les divers intervenants (pharmacien communautaire ou hospitalier, équipe traitante ou médecin de famille au besoin) pour assurer la continuité des soins au CH ou en communauté. ☐ Soutient l'équipe médicale et infirmière pour toute problématique ou question qui concerne la médication ☐ Assure une vigie active pour les médicaments potentiellement inappropriés pour les personnes âgées ☐ Participe à l'enseignement auprès de l'utilisateur/la famille	Minimum 5 jours sur 7, entre 8h00 et 16h00 Il est suggéré d'offrir ce service 7 jours sur 7 et de couvrir les moments où il y a davantage d'achalandage au SU, soit entre 8h00 et 19h00. Consultation sur demande, de façon autonome ou d'emblée pour des usagers particuliers (par exemple : chutes)
Travailleur social	☐ Évalue les problématiques gériatriques associées aux aspects psychosociaux et élabore un plan d'intervention ☐ Assure la liaison entre les différents intervenants pour la continuité des services	7 jours sur 7 Consultation sur demande ou de façon autonome

Préposé aux bénéficiaires dédié aux soins gériatriques	☐ Intervient auprès des personnes âgées de 75 ans et plus sur civière pour répondre aux soins de base et propres à leur condition médicale selon le PTI	7 jours sur 7, entre 8h00 et 19h00
Gestionnaire de cas	☐ Assure une communication efficace avec l'équipe de soins au SU pour chacun de leurs clients ☐ Travaille en équipe avec les intervenants mentionnés ci-dessus pour assurer la mise en place du plan d'intervention et le suivi des recommandations	Disponible 7 jours sur 7 par téléphone. Intervention téléphonique ou sur place à la demande du médecin ou de l'infirmière clinicienne en gériatrie

Équipe traitante au SU	Rôles spécifiques auprès des personnes âgées au SU	
Infirmière au triage	☐ Assure l'attribution d'une cote de triage appropriée en tenant compte de la fragilité des usagers (selon l'ETG)	
Infirmière responsable des usagers	☐ Dépiste les usagers qui peuvent bénéficier des services professionnels mentionnés ci-dessus à l'aide d'un outil clinique (par exemple : ISAR ou PRISMA-7) ou selon son jugement clinique ☐ Prodigue des soins adaptés aux personnes âgées : mobilisation précoce, stimulation de l'alimentation et de l'hydratation, prévention et dépistage du délirium à l'aide d'un outil et prévention des chutes, gestion de l'agitation par des mesures non pharmacologiques, gestion de la douleur, obtention d'une histoire collatérale si possible ☐ Communique le PTI aux différents intervenants	
Infirmière auxiliaire	☐ Prodigue des soins adaptés aux usagers au moyen du PTI : mobilisation précoce, stimulation de l'alimentation et de l'hydratation, prévention du délirium et des chutes, gestion de l'agitation par des mesures non pharmacologiques, gestion de la douleur, etc.	
Préposé aux bénéficiaires	☐ En accord avec l'infirmière en charge de l'usager par l'entremise du PTI, prodigue des soins adaptés aux personnes âgées : mobilisation précoce, stimulation de l'alimentation et de l'hydratation, prévention du délirium et des chutes, gestion de l'agitation ou de l'apathie par des mesures non pharmacologiques pour éviter les contentions physiques, etc.	
Médecin d'urgence	☐ Réalise une évaluation clinique globale, établit un plan d'investigation et de prise en charge approprié pour l'usager en fonction de ses objectifs de soins ☐ Collabore avec l'équipe interdisciplinaire ☐ Communique avec les différents intervenants (spécialistes, hospitalistes, médecins de famille, proches, etc.) pour assurer une transition des soins adéquate	
Spécialiste/ Hospitaliste	☐ Prend en charge des usagers du SU à la demande des médecins d'urgence selon un échéancier approprié pour limiter la durée de séjour des usagers au SU ☐ Collabore avec l'équipe interdisciplinaire pour assurer une bonne transition des soins	
Gériatre	☐ Assure une disponibilité pour une consultation soit au SU, par téléphone ou en intrahospitalier ☐ Soutient l'infirmière clinicienne de gériatrie au SU ☐ Offre un accès rapide à la clinique externe pour les usagers en provenance du SU	

Il est important de tenir compte que plusieurs rôles et responsabilités sont partagés entre professionnels. Ce phénomène est souhaitable et encouragé, car cela permet une grande flexibilité de l'équipe interdisciplinaire en période d'achalandage ou d'absence. À noter que certaines compétences sont exclusives à certains professionnels; dans ce cas, il sera important de respecter le champ d'exercice de chacun.

INFIRMIÈRE CLINICIENNE EN GÉRIATRIE

L'infirmière clinicienne en gériatrie représente la pierre angulaire du programme d'urgence gériatrique. En plus d'effectuer son travail clinique, elle participe activement à la mise en place et à la pérennité du programme d'urgence gériatrique.

Ce rôle est bien connu dans les autres provinces canadiennes et porte le nom de « GEM nurse » (*Geriatric Emergency Management nurse*). Au Québec, ce rôle tarde à se faire connaître et, à ce jour, il n'existe aucun programme de formation particulier pour préparer à ce rôle. Les compétences de consultation en gériatrie sont acquises par l'expérience clinique. Il y a là une occasion pour les universités québécoises de concevoir un programme de formation au potentiel salubre pour les aînés.

Au CIUSSS-CHUS, le premier projet à avoir vu le jour est celui de la création d'un poste pour une infirmière clinicienne de gériatrie à l'urgence. Au début de son mandat, l'équipe de l'urgence a démontré un peu de résistance, mais en quelques semaines, son rôle est apparu comme essentiel aux yeux de TOUS pour la fluidité des soins prodigués aux personnes âgées au SU. Au CIUSSS-CHUS, l'infirmière clinicienne en gériatrie relève de la DPSAPA.

Préalables

Infirmière clinicienne ou infirmière bachelière qui possède des compétences en collaboration, en communication et en travail interdisciplinaire ainsi qu'en évaluation en soins gériatriques. Elle doit être autonome et faire preuve d'autodétermination. Une expérience clinique minimale de 2 ans en soins de courte durée et de 2 ans auprès des personnes âgées est souhaitable.

Son rôle et ses responsabilités

- Intervient auprès des personnes âgées fragiles et vulnérables repérées par l'infirmière soignante.
- Assure une évaluation globale et rapide des personnes âgées de 75 ans et plus qui se présentent au SU.
- Dépiste les grands syndromes gériatriques (immobilisation, délirium, risque de chute, etc.).
- Détermine les besoins et coordonne le congé en vue d'assurer un retour sécuritaire, en collaboration avec l'utilisateur/la famille, l'équipe interdisciplinaire et les ressources externes.
- Exerce un leadership pour promouvoir une urgence adaptée au profit de la population gériatrique.
- Est un modèle de rôle pour l'équipe du SU.
- Assure la formation continue auprès de l'équipe de soins infirmiers du SU.
- Collabore à l'élaboration des protocoles de soins au sein du comité d'urgence gériatrique.
- Assure le suivi des indicateurs de qualité propres aux soins gériatriques.

L'évaluation clinique de l'infirmière clinicienne en gériatrie se fait en parallèle, en aval et parfois même en amont de l'évaluation médicale. Quelques études ont démontré que l'implantation du rôle d'infirmière clinicienne en gériatrie amène une réduction du nombre d'admissions [14, 15]. Enfin, les données du CIUSSS-CHUS montrent que, depuis son arrivée au sein de l'équipe, les durées de séjour au SU sont demeurées stables. Il est donc recommandé de mettre en place et de pérenniser cette offre de service dans chaque SU.

MÉDECIN D'URGENCE

Dans un service d'urgence gériatrique, le médecin d'urgence remplit d'abord son rôle médical, c'est-à-dire procéder à l'histoire et à l'examen physique, demander l'investigation appropriée et établir un plan de traitement en planifiant le congé. Toutefois, celui-ci est moins habileté à évaluer l'état de fragilité, les troubles cognitifs, le statut psychosocial et les problématiques complexes liées à la polypharmacie. Pour y arriver, il doit s'entourer d'une équipe interdisciplinaire capable d'approfondir ces évaluations pour ainsi établir un portrait global de la santé de l'usager. Enfin, le médecin d'urgence doit effectuer une formation complémentaire, qui inclut la prise en charge des différents syndromes gériatriques (voir la section sur la formation continue), un peu comme il le ferait pour la prise en charge des polytraumatisés ou des arrêts cardiaques, par exemple.

Il participe au sein de l'équipe interdisciplinaire en ciblant les usagers qui peuvent bénéficier davantage des services, en facilitant l'intégration de l'équipe à tout moment dans l'épisode de soins (avant, pendant ou après l'évaluation), en appuyant l'utilisation des divers protocoles de soins adaptés et en demeurant ouvert aux options de remplacement à l'hospitalisation. Bien que son rôle soit important dans l'épisode de soins, il n'en demeure pas moins que c'est toute l'équipe interdisciplinaire, dont il fait partie, qui est centrale à la prise en charge de la clientèle âgée à l'urgence. Le médecin d'urgence doit avoir des aptitudes pour travailler en équipe et, ainsi, déléguer certaines responsabilités liées à la planification du congé à l'équipe interdisciplinaire.

Préalables

Tout médecin d'urgence peut travailler dans un service d'urgence gériatrique. Cependant, il lui faut obtenir une formation sur les syndromes gériatriques pertinents, sur l'organisation particulière d'un service d'urgence gériatrique et sur l'interdisciplinarité. Voir la section sur la formation continue.

Son rôle et ses responsabilités

- Être un modèle de rôle pour les soins aux personnes âgées (enthousiasme, compassion, calme et patience).
- Faire une évaluation médicale en tenant compte des particularités gériatriques.
- Intégrer les objectifs de soins des usagers dans la prise de décision médicale.
- Intégrer l'équipe interdisciplinaire dans l'épisode de soins.
- Assurer le suivi des dossiers avec l'équipe interdisciplinaire.
- Utiliser les protocoles adaptés à la personne âgée et en faire la promotion.
- Optimiser les soins de base pour diminuer les complications iatrogéniques.
- Communiquer avec les différents intervenants dans l'épisode de soins : l'usager lui-même, ses proches, le personnel infirmier, les PAB, l'équipe interdisciplinaire, les médecins spécialistes, les hospitalistes, le médecin de famille, l'équipe de soins en communauté et l'équipe de soins dans les résidences pour personnes âgées. Déterminer d'où l'usager vient et où il va, et faire les liens avec les acteurs principaux aux soins.

L'aspect de la communication est très important. Le service d'urgence gériatrique doit trouver des facilitateurs pour optimiser la communication entre les différents intervenants mentionnés ci-dessus (courriels, feuille de transfert, ligne téléphonique directe, etc.). L'équipe interdisciplinaire et le personnel infirmier peuvent partager cette responsabilité.

12.3 FORMATION SPÉCIALISÉE ET CONTINUE EN MÉDECINE D'URGENCE GÉRIATRIQUE

Le succès de l'implantation d'une urgence gériatrique repose sur une formation de base, autant pour les médecins que pour le personnel infirmier, les préposés aux bénéficiaires et les professionnels de la santé intégrés à l'équipe interdisciplinaire.

Le programme de formation continue doit être conçu de façon à tenir compte des compétences particulières en médecine d'urgence gériatrique, notamment [16] :

- Présentations atypiques des problèmes de santé chez la population gériatrique y compris la douleur abdominale et la « diminution de l'état général »;
- Chute, trauma, fracture de hanche;
- Troubles neurocognitifs, délirium et symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD);
- Pharmacologie gériatrique de même qu'évaluation et prise en charge de la douleur;
- Soins palliatifs et discussion des objectifs de soins;
- Conséquences de la polymorbidité;
- Autonomie fonctionnelle et déclin fonctionnel aigu et chronique;
- Fragilité/vulnérabilité;
- Dépistage de la maltraitance et de la négligence envers les aînés;
- Soins de base (maintien de l'autonomie, prévention du délirium, hydratation, alimentation, etc.).

Outils suggérés

- **Modules en ligne**

Un outil simple, facile d'utilisation, accessible et gratuit est disponible (en anglais seulement) et est destiné aux médecins, aux infirmières et à certains professionnels de la santé (physiothérapeute, ergothérapeute, techniciens-ambulanciers, etc.). Ces modules en ligne incluent la majorité des compétences mentionnées ci-dessus.

Pour plus de détails : www.geri-em.com.

- **Capsules d'information brèves**

La formation peut se traduire par la production et la diffusion de capsules d'information brèves sur des sujets propres à la gériatrie. Un exemple de ces capsules est illustré en [annexe 1](#).

- **Liste d'ouvrages pertinents :**

- Un volume qui porte précisément sur les urgences gériatriques et qui comprend de chapitres courts, concis et efficaces : *Geriatric Emergency Medicine* [17];

- Une liste d'articles de type « revue systématique » sur des sujets controversés en médecine d'urgence gériatrique : *Acute Geriatric Series* [18]. Ces articles sont de brefs résumés, à jour et très pertinents, qui traitent de médecine d'urgence gériatrique;
- Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier [19].
- **Autres modalités :**
 - Conférences (par exemple : Colloque annuel sur la médecine d'urgence gériatrique en collaboration avec l'Université de Sherbrooke);
 - Simulation (une journée de simulation qui comprend « Dans la peau d'une personne âgée souffrant de TNC » et trois situations typiques de cas gériatriques au SU ont été créés au CHUS);
 - Cours didactiques durant les réunions de service ou dans le cadre de l'organisation de la formation continue, destinés autant au personnel médical qu'au personnel infirmier;
 - Révision de cas par l'entremise du comité de qualité de l'acte;
 - Club de lecture y compris des articles qui traitent de sujets concernant la médecine d'urgence gériatrique.

L'idée est de définir un responsable de chaque profession pour la formation continue sur les urgences gériatriques, et d'offrir régulièrement de la rétroaction constructive sur les soins pendant les quarts de travail aux différents intervenants.

CIUSSSE-CHUS :

- Les médecins d'urgence ont achevé les six modules issus du site www.geri-em.com.
- Les infirmières ont reçu 90 minutes de formation sur la règle de soins : « Évaluer et intervenir chez la population âgée de 65 ans et plus dans un contexte de trouble neurocognitif et de délirium accompagné ou non d'agitation-urgence », laquelle met l'accent sur l'évaluation initiale dès l'arrivée au SU, le dépistage précoce du délirium et les soins adaptés pour les personnes âgées.
- Les infirmières auxiliaires ont également reçu une formation sur leur contribution à l'évaluation.
- Les préposés aux bénéficiaires recevront une formation sur la mobilisation des personnes âgées au SU.

Enseignement pour les usagers et leurs proches

Différents feuillets d'information (français et anglais) devraient être disponibles pour informer les usagers et leurs proches. Voici des exemples de sujets pertinents à développer :

- Le syndrome d'immobilisation (voir l'[annexe 2](#))
- Délirium (voir l'[annexe 3](#))
- La gestion de la douleur
- Marchette : guide pour choisir, ajuster et bien utiliser une marchette (voir l'[annexe 4](#))
- Proches aidants des usagers : rôle et importance de votre présence à l'urgence

12.4 PROTOCOLES ET OUTILS CLINIQUES ADAPTÉS POUR LA POPULATION GÉRIATRIQUE À L'URGENCE

12.4.1 DÉPISTAGE ET REPÉRAGE

La population âgée est hétérogène et, comme il a été mentionné précédemment, la plupart des gens sont autonomes et en santé. Toutefois, une visite au SU, même pour une raison mineure, peut s'avérer être un signe d'alarme camouflant des problématiques psychosociales plus importantes qui n'éveillent pas de soupçons quant à la condition médicale actuelle et future de la personne âgée. Il est donc important de disposer d'un système de dépistage systématique de ces usagers pour répondre à leurs besoins et ainsi éviter une détérioration de leur situation médicosychosociale entraînant des visites répétées au SU et à des hospitalisations évitables.

Rôles du service d'urgence :

1. Dépister les usagers à risque de perte d'autonomie
2. Repérer les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave
3. Mettre en place un mécanisme automatique de référence lors d'un dépistage positif, soit :
 - Si l'utilisateur a congé de l'urgence : faire une référence au CLSC pour une évaluation à domicile ou le lien avec l'intervenant en gestion de cas s'il est déjà connu des soins à domicile;
 - Si l'utilisateur est en investigation à l'urgence : demander une consultation avec un professionnel de la santé de l'équipe interdisciplinaire (par exemple : physiothérapeute, travailleur social ou infirmière en gériatrie).

Outils suggérés :

Voici les deux outils les plus utilisés à ce jour :

- **identification of Senior at Risk (ISAR) :**
Il s'agit d'un outil de dépistage de la clientèle à risque de perte d'autonomie spécifiquement conçu pour la clientèle des services d'urgence. Ce formulaire de six questions peut être rempli par l'infirmière lors de son évaluation initiale, soit avec l'utilisateur ou avec ses proches. Il prédit une perte d'autonomie dans les six mois suivant la visite à l'urgence, soit une détérioration significative de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne, une institutionnalisation ou un décès. Si l'utilisateur obtient un résultat de 2 points ou plus, alors le dépistage est positif (voir l'[annexe 5](#)).
- **PRISMA-7 :**
Cet outil, élaboré au Québec, permet de repérer des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave qui ne sont pas connues du RSSS et qui bénéficieraient d'une évaluation fonctionnelle globale [20]. Il se présente sous la forme d'un questionnaire de sept questions à répondre par oui ou par non. Une personne est repérée positive lorsqu'elle a répondu « oui » à au moins 4 questions. Le PRISMA-7 possède une bonne valeur prédictive positive, mais n'a pas été spécifiquement développé pour les SU [21]. Il peut donc être utilisé peu importe le milieu d'intervention et il est reconnu à l'échelle internationale comme outil à privilégier pour repérer la fragilité chez les personnes âgées (voir l'[annexe 6](#)).

La documentation relative à l'outil de repérage PRISMA-7 (questionnaire éditable, guide d'utilisation, etc.) est disponible sur le site Web du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke dans la section des outils cliniques : <https://www.expertise-sante.com/outils-cliniques/outils-rsipa/prisma-7/>

Plusieurs informations complémentaires pour ces deux outils se trouvent dans [les lignes directrices ministérielles sur le repérage des aînés en perte d'autonomie.](#)

12.4.2 CONCEPT DE FRAGILITÉ

La fragilité est un concept central en gériatrie. Toutefois, en médecine d'urgence, ce sujet est rarement abordé. Le statut de fragilité est pourtant très important à considérer lors d'une prise de décision clinique. Le statut de fragilité serait même supérieur à l'âge pour prédire des issues défavorables. De surcroît, certains chercheurs et cliniciens l'interprètent comme un des « signes vitaux » de la personne âgée [23].

Selon l'INSPQ, la fragilité se définit comme une réduction généralisée des réserves homéostatiques de plusieurs systèmes physiologiques conduisant à un état de vulnérabilité accrue qui rend plus difficile l'adaptation de la personne âgée aux événements stressants de la vie, même mineurs (maladies, accidents, etc.), et qui augmente le risque de perte d'autonomie [24].

Or, ce n'est pas parce qu'une personne vieillit qu'elle deviendra nécessairement fragile. L'inactivité, une alimentation inadéquate, l'isolement social et la polypharmacie sont des facteurs associés à la fragilité. Plus une personne est frêle et malade, plus celle-ci a des risques de complication, de séjour prolongé en milieu hospitalier, de déclin fonctionnel, d'institutionnalisation et de décès prématuré. C'est pour ces raisons qu'il est important de considérer la fragilité dans la prise de décision clinique, notamment pour hospitaliser ou traiter en externe, ou encore pour référer un patient aux services communautaires pour une évaluation interdisciplinaire.

Rôles du SU :

- Considérer le concept de fragilité dans la prise de décision clinique, et ce, dès le triage (voir la section sur le triage), jusqu'à la décision d'hospitalisation;
- Prioriser l'application des ressources disponibles (par exemple : infirmière clinicienne en gériatrie) aux usagers démontrant un statut de fragilité plus sévère;
- Initier des mesures de soutien aux proches aidants des usagers qui démontrent un profil compatible avec une fragilité progressive;
- Maintenir, auprès des usagers fragiles, une vigie accrue des complications qui peuvent survenir lors d'une visite à l'urgence.

Outils suggérés :

La difficulté est de déterminer de façon juste le statut de *fragile* chez une personne âgée. Il existe plusieurs outils, notamment l'indice cumulatif de fragilité de Rockwood, le Edmonton Frail Scale, le PRISMA-7, [25]. Tous renferment des avantages et des inconvénients, mais le problème commun demeure la dichotomisation à tort d'une situation qui évolue plutôt sur un continuum.

L'outil le plus simple à utiliser est l'échelle visuelle Clinical Frailty Scale. À l'aide de pictogrammes, cette échelle démontre bien les différents niveaux de fragilité et aide à situer l'état de fragilité d'une personne âgée (voir l'[annexe 7](#)).

Enfin, une formation sur le concept de fragilité est nécessaire pour bien comprendre son incidence sur les soins aux personnes âgées à l'urgence [26].

12.4.3 MAINTIEN DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE ET SOINS DE BASE (MOBILITÉ, HYDRATATION/ALIMENTATION, CONTINENCE, SONDE URINAIRE, SIGNES CLINIQUES AINEES)

MOBILITÉ

Maintenir le maximum de mobilité chez la personne âgée est très important, et ce, dès l'arrivée de l'usager à l'urgence. Cela aide à prévenir le syndrome d'immobilisation, qui est l'une des conséquences d'installation rapide et désastreuses du repos prolongé au lit et de l'inactivité [27]. Également, cela permet de vaincre l'ennui et l'isolement, d'éviter les chutes et les complications liées à l'immobilisation (thrombose veineuse, lésion de pression, etc.) et d'améliorer le sommeil [28].

Rôle du service d'urgence : Prévenir le syndrome d'immobilisation dès l'arrivée de l'usager au SU

- 1. Évaluer le niveau de mobilité de base de l'usager :**
 - Comment se déplace-t-il à la maison habituellement? Avec ou sans aide à la marche?
 - Quelle distance approximative parcourt-il dans une journée?
- 2. Reproduire le même niveau de mobilité qu'à la maison** (évidemment selon la condition clinique aiguë) et s'assurer que l'usager ait des chaussures appropriées, ses lunettes, ses appareils auditifs et son aide à la marche.
- 3. Mobiliser l'usager à toutes les occasions possibles, notamment pour les AVQ (alimentation, hygiène, toilette), ou minimalement aux deux heures**
- 4. Éviter toutes les « contentions de nature médicale » non nécessaires et réévaluer leur pertinence fréquemment :**
 - Limiter le monitoring cardiaque
 - Retirer le brassard à pression et le saturomètre en oxygène en permanence
 - Retirer le soluté (garder un cathéter intermittent au besoin)
 - Baisser la ridelle d'un côté de la civière
 - Ajouter une chaise confortable dans l'espace pour l'usager pour lui permettre de se mobiliser au besoin ou au moins aux deux heures
 - S'assurer que les tubulures n'entravent pas la mobilité (sonde urinaire, oxygène, etc.)

En résumé, il faut encourager l'usager à se mobiliser, l'aider à le faire à toutes les occasions possibles, limiter les obstacles et mettre à sa disposition les outils nécessaires.

HYDRATATION ET ALIMENTATION

À l'urgence, on a l'habitude de garder tout usager à jeun jusqu'à preuve du contraire. C'est une précaution justifiée lorsqu'une sédation procédurale ou une chirurgie urgente sont envisagées à court terme. Toutefois, pour les personnes âgées, cette pratique systématique est délétère, et fragilise leur état nutritionnel davantage. Un usager déshydraté et dénutri est beaucoup plus susceptible de subir un déconditionnement, avec des complications désastreuses, surtout s'il est fragile [29].

Rôle du service d'urgence :

- Encourager l'hydratation et l'alimentation en tout temps (sauf lors de situations urgentes où une intervention invasive est imminente), prendre les précautions nécessaires si l'usager est dysphagique et rendre les aliments et les boissons disponibles et accessibles.

Il est donc recommandé de favoriser une approche inverse : toutes les personnes âgées mangent et boivent jusqu'à preuve du contraire. Pour ce faire, il faut une communication efficace entre l'équipe médicale et le personnel infirmier, et il est suggéré d'inclure cette consigne dans une ordonnance médicale adaptée. De plus, il est inutile de choisir un type de diète particulier (diabétique, sans sel, etc.) : il est recommandé de prescrire une diète normale (sauf en cas d'avis médical contraire).

DYSPHAGIE

Les personnes âgées ayant certaines pathologies, notamment des troubles neurocognitifs sévères, accidents cérébraux vasculaires ou maladie de Parkinson avancée, souffrent souvent de dysphagie. Il est donc important d'adapter l'offre alimentaire au problème de déglutition de l'usager. On peut faire référence à ses habitudes à la maison ou encore procéder à une évaluation de la dysphagie. La plupart des infirmières sont maintenant formées pour dépister la dysphagie à l'aide de l'outil STAND (voir l'[annexe 8](#)).

CONTINENCE

L'incontinence fonctionnelle fait référence aux personnes qui sont normalement continentes, mais qui sont incapables de se rendre seules à la toilette. Ce phénomène est fréquent au SU lorsque le personnel manque de temps et de connaissance à ce sujet. De plus, l'incontinence fonctionnelle peut parfois se poursuivre sur les unités de soins intrahospitalières, et cela pourrait avoir une influence importante sur le choix du milieu de vie au moment du congé. Il est donc recommandé de mettre tout en œuvre pour maintenir les fonctions d'élimination des personnes âgées.

Rôles du service d'urgence :

1. Réviser la fonction d'élimination urinaire et intestinale avec l'utilisateur et avec ses proches, le cas échéant
 - Comment vous déplacez-vous à la salle de bain?
 - Portez-vous une culotte protectrice? Si oui, pour quelle raison?
 - Avez-vous des incontinences urinaires et/ou fécales, quelle est la fréquence?
 - Avez-vous habituellement besoin d'aide pour changer la culotte protectrice?
 - Avez-vous un horaire mictionnel? Quel est-il?
2. Reproduire le même niveau de fonctionnement au SU

Usager autonome	Usager semi-autonome et mobile	Usager semi-autonome et peu mobile	Usager incontinent
Indiquer à l'utilisateur où se trouve la toilette	Demander fréquemment à l'utilisateur s'il doit aller aux toilettes et l'accompagner à la toilette	Demander fréquemment à l'utilisateur s'il doit aller aux toilettes et amener la chaise d'aisance ou un urinoir près de la civière	Mettre une culotte d'incontinence et la changer fréquemment pour éviter les plaies et l'irritation

Il faut surtout éviter :

- D'assumer que toutes les personnes âgées sont incontinentes;
- De mettre une culotte protectrice d'emblée à chaque usager;
- D'installer une sonde urinaire pour les usagers incontinents (voir la section sur la sonde urinaire);
- D'utiliser d'emblée la bassine au lit pour éviter de mobiliser l'utilisateur. Cela augmente le risque de rétention urinaire et de constipation étant donné la position non naturelle. Dans le cas d'une fracture de hanche, installez alors une sonde urinaire.

SONDE URINAIRE

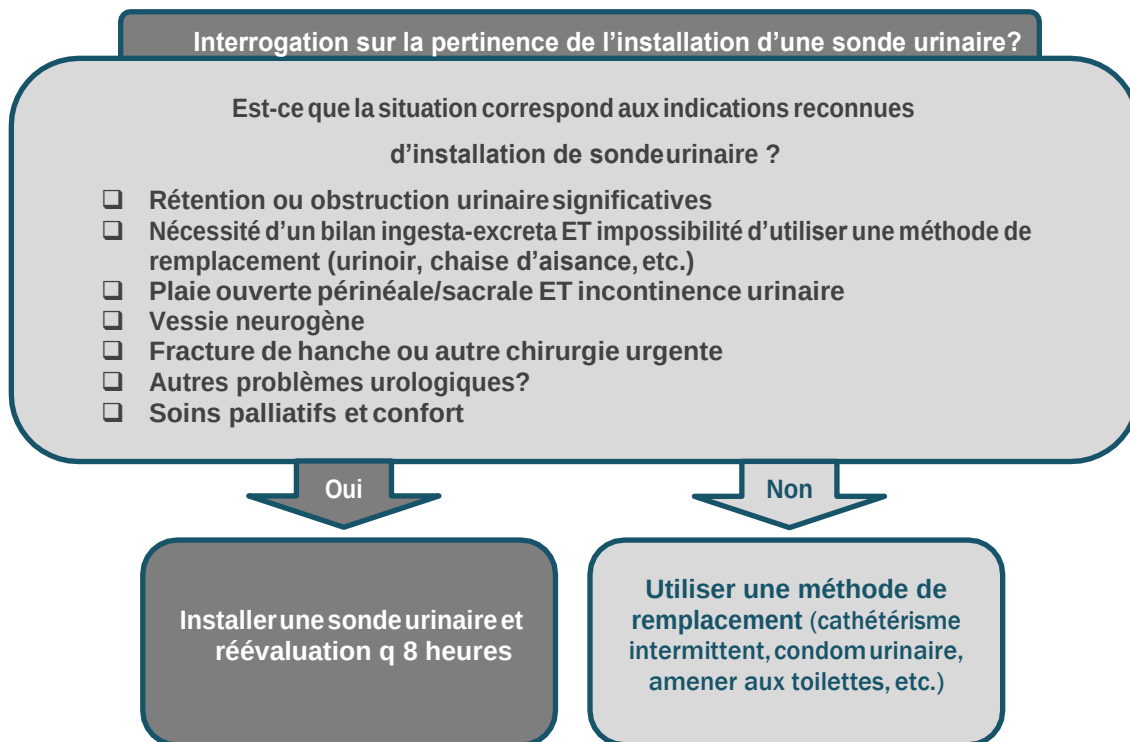
La prévalence des infections urinaires causées par la présence d'une sonde urinaire en milieu hospitalier est d'environ 20 %, dont une certaine proportion peut se compliquer d'une bactériémie et d'un sepsis [30].

Plusieurs études rapportent que les sondes urinaires sont installées pour une raison inappropriée [31]. Toutefois, ce phénomène a beaucoup diminué dans les dernières années, mais il est toujours important de rappeler les indications de poser une sonde urinaire.

Rôles du service d'urgence :

- **S'assurer que l'installation d'une sonde urinaire soit indiquée**
- **Favoriser les solutions de remplacement**
 - Les solutions de remplacement peuvent être, entre autres choses, les cathétérismes intermittents ou le condom urinaire chez l'homme.
- **Réévaluer la pertinence de maintenir en place la sonde urinaire à chaque quart de travail dans l'objectif de la retirer le plus rapidement possible (voir l'[annexe 9](#)).**

Voici un algorithme[‡] étayant la prise de décision clinique sur l'installation d'une sonde urinaire* :



* Une sonde urinaire nécessite une prescription médicale, mais l'évaluation et l'essai de mesures de remplacement est une activité partagée entre le médecin et l'infirmière.

‡ Cet algorithme est tiré de *Geriatric Emergency Department Guidelines* [1].

Outils suggérés pour le maintien de l'autonomie fonctionnelle :

- **Ordonnance médicale adaptée pour séjour prolongé**
 - Lorsque l'utilisateur passe un certain temps à l'urgence en attente d'investigation ou d'évaluation supplémentaire, il est primordial de limiter au maximum l'iatrogénie de l'environnement et des soins d'urgence mal adaptés. Pour ce faire, on peut introduire une ordonnance médicale adaptée aux besoins des personnes âgées lorsque celles-ci passent plus de 4 heures au SU; cela inclut la diète, la mobilisation, l'autonomie, la limitation du monitoring, etc. Cette ordonnance permet à l'équipe de mettre en place des soins adaptés à l'utilisateur, d'autant plus qu'elle est valide pour tous les autres usagers. De bons soins gériatriques équivalent à de bons soins prodigués à tous les usagers. Cette ordonnance (individuelle ou collective) devrait être prescrite systématiquement. (Un exemple figure à la page suivante.)
- **Signes cliniques AINEES :**
 - Outre les signes vitaux standards, il existe d'autres paramètres chez les personnes âgées dont l'incidence sur la morbidité et la mortalité est importante. Ces éléments sont expliqués par l'acronyme AINEES, et comprennent des activités d'évaluation et d'intervention préventive. Il est important, dès le séjour à l'urgence, de documenter ces différents paramètres, notamment pour les personnes âgées qui seront hospitalisées. Cela sert notamment d'information de base sur laquelle les intervenants aux unités de soins intrahospitalières peuvent se baser pour analyser et documenter les changements de façon encore plus précoce, par exemple lors de l'installation d'un délirium. Tout changement par rapport à la « normale » de l'utilisateur est prédictif et indicatif de détérioration de son état de santé.
- **Plan de soins pour les préposés aux bénéficiaires :**
 - Le respect de cette ordonnance médicale passe par la communication des éléments aux bons employés, notamment les préposés aux bénéficiaires. Lorsque ceux-ci sont familiers avec un plan de soins, le tout est généralement facilement intégré. Toutefois, certains milieux n'ont pas cette procédure; voici alors une suggestion de fonctionnement simple et efficace dans les pages suivantes.

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec

Code à barres

☐ Inscrire le nom de(s) l'installation(s)

☐ Inscrire le nom de(s) l'installation(s)

ORDONNANCES MÉDICALES

PATIENT AVEC SÉJOUR DE PLUS DE 4 HEURES
À L'URGENCE

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

 HEURE _____ h

MOBILISATION

- ☐ Encourager mobilisation
- Mobiliser à la toilette
 - Repas au fauteuil
 - Marche au corridor (si possible)
- ☐ Transfert et mobilisation avec assistance
- ☐ Autre : _____

MISE EN CHARGE (si traumatisme)

- ☐ Mise en charge selon tolérance
- ☐ Pas de mise en charge
- ☐ Fracture de hanche : position semi-assise, tourner en bloc, bassine orthopédique
- ☐ Autre : _____

ALIMENTATION

- ☐ Diète régulière
- ☐ Stimuler hydratation
- ☐ NPO
- ☐ Restriction liquidienne 1.5L/24h
- ☐ Poids (kg)
- ☐ Autre : _____

SURVEILLANCE CLINIQUE

- ☐ Patient à risque de chute
- ☐ Moniteur ☐1 ☐2 ☐3
- ☐ Signes vitaux ☐ bid ☐ tid ou _____
- ☐ Glycémies capillaires qid ou _____
- ☐ Cathéter IV intermittent
- ☐ Tension artérielle couché-debout (à 1-3-5 min)
- ☐ Autre : _____

PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES ET LABORATOIRE

MÉDICATION

- ⇒ Médication usuelle prescrite via **profil pharmaceutique communautaire** ou ordonnance pharmaceutique
- ⇒ Ne pas oublier médication PRN (via ordonnance pharmaceutique gériatrique, standard ou collective)

AIDE-MÉMOIRE POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES (si applicable)

- ⇒ Lunettes, appareils auditifs, prothèses dentaires et souliers/pantoufles/bas antidérapants à portée de main
- ⇒ Aide à la marche au chevet (déambulateur, canne)
- ⇒ Réorientation fréquente (temps, espace, personne) et mettre le calendrier à jour et l'horloge à l'heure
- ⇒ Ne pas installer de culottes d'incontinence si le patient n'en portait pas à domicile

PLAN

- ☐ Consultation infirmière spécialisée en gériatrie
- ☐ Consultation en physiothérapie
- ☐ Consultation en travail social
- ☐ Consultation en pharmacie
- ☐ Réévaluation par le médecin d'urgence (pompiers)
- ☐ Autre : _____

Signature du médecin

Nom en caractère d'imprimerie

N° de permis

Exemple d'un plan de soins pour les préposés aux bénéficiaires



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie - Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec

Date : _____
Nom : Dorocher
Prénom : 20 nov

☒ Risque de delirium / delirium

☐ Risque de chute (bracelet jaune)

Transfert et marche

☒ autonome ☐ avec aide ☐ avec surveillance

☐ stimuler ☐ marchette ☐ canne

☐ Faire marcher au corridor

☐ Repos au lit

☒ Mobiliser à la toilette

☐ Chaise bassine ☐ Bassine au lit

☒ Repas au fauteuil

☐ Hydrater ☐ NPO ☐ Diète _____

☐ Faire manger

☐ Alimentation (%)
Déj. _____ Dîn. _____ Souper _____

☒ Lunette ☒ Appareils auditifs ☐ Dentiers

Particularités _____

MISE À JOUR (int) : nuit _____ jour _____ soir _____

Exemple d'une affiche qui résume les signes cliniques AINEES

Risques + Interventions préventives	
A	Autonomie AVQ / Mobilité Risque d'un syndrome d'immobilisation Risque de chute • Stimuler AVQ « Ne pas faire à la place de » • Mobiliser q 2 h si alité, lever au fauteuil T.I.D. • Programme de mobilité préventif
I	Intégrité de la peau Risque de développer une plaie de pression • Selon échelle de Braden q 24 h soins intensifs q 48 h unités et urgence • Appliquer mesures préventives selon échelle de Braden • Surveiller sites q 8 h : sacrum, talons, ischions, malléoles, trochanters
N	Nutrition / Hydratation Risque de dénutrition : perte de poids > 2 % / semaine Risque de déshydratation : muqueuses ou langue sèches Risque de dysphagie • Stimuler l'hydratation > 1500 ml / 24 h sauf si restriction
É	Élimination Risque d'incontinence / globe vésical Risque de constipation / fécalome • Horaire d'élimination / habitudes de vie • Horaire mictionnel q 2-3 h (toilette ou chaise d'aisance) • Favoriser le maintien de la continence (éviter la culotte d'incontinence)
E	État cognitif / Comportement Risque de delirium / agitation dans les démences • Lunettes et appareils auditifs • Orientation : temps, espace et personnes à chaque visite • Encourager la présence / participation de la famille
S	Sommeil Risque d'insomnie • Demander si la personne prend des somnifères, le noter au dossier et aviser le médecin • Sieste maximale de 45 minutes le jour, avant 14 h 30 • Offrir des moyens non pharmacologiques pour favoriser le sommeil (boissons chaudes, musique...) • Réduire le bruit, veilleuse...

12.4.4 SOMMEIL

Le respect du cycle sommeil/éveil est très important pour la prévention du délirium chez les personnes âgées. Au SU, il est parfois difficile de respecter ce principe. Néanmoins, quelques interventions simples sont recommandées pour minimiser les perturbations du sommeil.

Luminosité

Lorsque c'est possible, installer les personnes âgées sur une civière près d'une fenêtre donnant sur l'extérieur. Cela permet à la personne de se situer dans le temps (jour, nuit). Si cela est impossible, il est recommandé d'ajuster l'éclairage du SU en fonction du moment de la journée (par exemple : les lumières allumées durant le jour, tamisées durant le soir et la nuit).

Respect du sommeil

En fin de soirée et durant la nuit, il est important de favoriser le sommeil des personnes âgées en minimisant les interventions non nécessaires, en diminuant le bruit (fermer les portes, par exemple) et en cessant toutes les alarmes inutiles (moniteur, appels à l'intercom, etc.)

Maximiser les activités durant le jour

Il est important de minimiser les heures de sommeil le jour et de favoriser la mobilisation des personnes âgées tout en leur permettant certaines activités (lire le journal, faire des mots croisés, etc.)

Médication

Il n'est pas recommandé de prescrire une médication anxiolytique, comme une benzodiazépine, chez les personnes âgées. Toutefois, lorsque cette médication fait partie de la liste courante de la personne, il est très important de la prescrire de nouveau dans l'objectif d'éviter les syndromes de retrait et l'apparition d'un délirium secondaire.

Troubles du sommeil

Lorsqu'une personne âgée présente des troubles du sommeil et s'agite durant la nuit, il faut rechercher la présence d'un délirium ou d'un syndrome de retrait lié à la médication. Les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs sévères peuvent présenter des SCPD (voir la section sur les SCPD) affectant le sommeil. Il est important d'utiliser d'abord les méthodes de gestion de l'agitation non pharmacologiques et d'éviter les contentions.

12.4.5 PRÉSENCE DES PROCHES

Pour des motifs légitimes, certains SU ont des politiques restrictives à l'égard des accompagnants. Toutefois, il est important de revoir cette politique à l'égard des personnes âgées, comme on le fait déjà pour d'autres populations telles que les enfants et les femmes enceintes, et ce, même en période d'influenza ou de pandémie. Cet accompagnant est le plus souvent un proche aidant, qui peut rassurer l'usager, faciliter la surveillance et collaborer aux soins et, de ce fait, alléger la tâche du personnel infirmier et des préposés aux bénéficiaires.

Pour la population âgée, la présence d'un proche doit non seulement être autorisée, mais encouragée, et ce, 24 heures sur 24.

Les avantages sont multiples :

- Aide aux soins de base (mobilisation, hygiène personnelle, alimentation, hydratation, etc.)
- Prévention du délirium
- Orientation de l'usager
- Prévention du syndrome d'immobilisation et des chutes en faisant déambuler l'usager
- Vaincre l'ennui et l'isolement
- Présence rassurante pour l'usager

Les proches aidants, les membres de la famille ou les personnes significatives pour l'usager sont une source appréciable d'information sur l'état de santé de l'usager, particulièrement pour ceux atteints de troubles neurocognitifs. De plus, ils sont le pivot central pour assurer le retour à domicile de façon sécuritaire avec une bonne compréhension du plan de soins (prescriptions nouvelles, soins spéciaux, suivi médical, etc.).

En ajout à la politique des visiteurs révisée, il est suggéré de distribuer un dépliant aux proches aidants qui explique l'importance de leur rôle auprès de leurs proches au SU.

Enfin, si le proche aidant de l'usager n'est pas disponible ou n'est pas autorisé sur place pour une situation exceptionnelle, il est important d'assurer une communication efficace entre ce dernier et l'équipe traitante ainsi qu'entre l'usager et son proche aidant.

12.4.6 DÉLIRIUM, AGITATION ET TROUBLES NEUROCOGNITIFS

DÉLIRIUM

La prévalence du délirium dans les SU oscille entre 10 % et 25 % chez les gens âgés [32]. Le délirium augmente le risque de complications telles que les chutes, une hospitalisation prolongée et même le décès. Malheureusement, les médecins d'urgence ne dépistent approximativement que 15 % de ceux-ci [33, 34]. Pourtant, lorsque les signes de délirium sont identifiés, le pronostic est nettement amélioré, simplement par le fait de le reconnaître et d'adapter la prise en charge [35].

Rôles du service d'urgence en ce qui a trait au délirium :

1. Prévention du délirium par la mise en place d'une série de mesures qui limitent les complications iatrogéniques;
2. Reconnaissance du délirium, investigation et traitement de la cause sous-jacente;
3. Prise en charge de l'agitation avec des mesures non pharmacologiques (éviter les contentions) et pharmacologiques adaptées à la situation.

Outils suggérés :

- **Confusion Assessment Method (CAM)** (voir l'[annexe 10](#))
Ce test simple en deux étapes fait usage de critères diagnostiques du délirium, ce qui est utile pour l'enseignement. Il a une bonne sensibilité, variant autour de 90 % [36]. Il existe deux autres versions du CAM, soit le 3D-CAM et le b-CAM, qui sont maintenant disponibles.
- **Repérage actif du délirium adapté à la routine (RADAR)** (voir l'[annexe 11](#))
Cet outil permet à l'infirmière ou à l'infirmière auxiliaire de dépister la présence d'un délirium lors de l'administration d'un médicament. Celle-ci évalue la présence de somnolence, l'attention du patient lors des instructions sur la prise de médication ainsi que le ralentissement psychomoteur lors de l'exécution. Il est simple et procure une sensibilité adéquate pour le repérage du délirium [37].
- **4-AT** (voir l'[annexe 12](#))
Cet outil de dépistage est conçu pour l'évaluation initiale du délirium et des troubles neurocognitifs. Rapide et simple à utiliser dans un contexte d'urgence, il améliore le taux de dépistage du délirium, sans toutefois augmenter la charge de travail du personnel. La version française présente une sensibilité de 84 % et une spécificité de 74 % pour le délirium, ainsi qu'une sensibilité de 49 % et une spécificité de 87 % pour les troubles neurocognitifs [38].
- **Ordonnance pharmaceutique** (y compris les doses adéquates d'antipsychotiques)
Lorsque l'agitation ne répond plus aux mesures non pharmacologiques et que la situation présente un danger pour la sécurité de l'usager ou du personnel, il peut être nécessaire d'administrer un antipsychotique. Il faut toutefois réduire considérablement la posologie pour tenir compte des changements pharmacologiques associés à l'âge avancé. L'ajout d'une ordonnance pharmaceutique ciblée contre l'agitation permet d'éviter les erreurs de dosage, de promouvoir le bon choix de médicament selon la situation et d'être un bon outil de formation.

- **Règle de soins infirmiers**

Une règle de soins infirmiers a été élaborée au CIUSSS-CHUS en 2019 pour mettre l'accent sur le dépistage précoce du délirium, sur l'évaluation clinique de l'agitation et sur la mise en place de mesures non pharmacologiques à l'arrivée de l'utilisateur dès que des signes de confusion ou d'agitation sont présents.

Exemple du contenu de la règle de soins infirmiers :

Évaluation de l'infirmière	Mesures non pharmacologiques
☐ Prise de signes vitaux complets ☐ Signes neurologiques ☐ Glycémie capillaire ☐ Évaluation de la douleur (voir la section sur la gestion de la douleur) ☐ Signes d'infection (toux, érythème, symptômes urinaires, etc.) ☐ Élimination : globe vésical/constipation ☐ Signes de déshydratation/faim ☐ Signes et symptômes de sevrage (ROH, benzo, etc.) ☐ Modifications de la médication récente ☐ Antécédents de TNC, SCPD, AVC, etc.	☐ Approche communicative adaptée ☐ Adaptation de l'environnement (prothèse auditive, lunette, calendrier, horloge, etc.) ☐ Offrir à boire et à manger ☐ Mobilisation au fauteuil ☐ Retirer tout monitoring non pertinent ☐ Soulager la douleur ☐ Orienter la personne à chaque visite ☐ Permettre la présence des proches ☐ Laisser seulement 1 ridelle de lit montée ☐ Diminuer les sources de bruits

AGITATION

Bien qu'un délirium évoque l'image d'une personne agitée, il est erroné de croire que la majorité des déliriums chez les personnes âgées se présentent avec de l'hyperactivité. Au contraire, la majorité des déliriums sont hypoactifs ou mixtes et doivent être pris en charge de la même manière [39].

Exemple d'une ordonnance préimprimée pour la gestion de la douleur, de la nausée et de l'agitation

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie - Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec

- ☐ HÔPITAL FLEURIMONT
☐ HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE

ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES

TRAITEMENT DE LA DOULEUR, NO/VO OU AGITATION
CHEZ LES PATIENTS GÉRIATRIQUES (PLUS DE 75 ANS)

Allergie médicamenteuse¹ : _____

ANNÉE MOIS JOUR

Date

Heure

Poids¹ : _____ kg Taille¹ : _____ cm

PHARM	DOULEUR légère à modérée (si douleur sévère à l'urgence, référer au protocole de fentanyl)
	↳ Favoriser la voie d'administration PO si possible et éviter intervalles de dose ↳ Éviter codéine, mépéridine et AINS ↳ Si IRC sévère (Clcr moins que 30 mL/min), favoriser HYDROmorphone
	☐ Acétaminophène PO/IR : ☐ plus que 40 kg : 650 mg } ☐ QID régulier + 1 dose PRN la nuit ☐ 40 kg et moins : 500 mg } ☐ q4h PRN (max. 5 doses/24h)
	☐ HYDROmorphone q4h PRN : ☐ 0,5 mg PO OU ☐ 1 mg PO ☐ 0,25 mg SC ☐ 0,5 mg SC
	☐ Morphine q4h PRN : ☐ 2,5 mg PO OU ☐ 5 mg PO ☐ 1 mg SC ☐ 2,5 mg SC
	☒ Lax-A-Day 17 g PO die régulier si reçoit narcotiques ☒ Sennosides 8,6 mg 1-2 comprimés PO HS PRN
	NAUSÉES/VOMISSEMENTS → Éviter dimenhyDRINATE (Gravol) ☐ Ondansetron q8h PRN : ☐ 2 mg PO OU ☐ 4 mg PO ☐ 2 mg IV ☐ 4 mg IV
	AGITATION (sévere & réfractaire aux mesures non-pharmacologiques) ↳ Éviter benzodiazépine sauf si sevrage d'alcool ou de benzodiazépine ou parkinsonisme ☐ Halopéridol 0,5 mg q4h PRN (max. 3 doses/24 h) : ☐ PO OU ☐ IM OU ☐ SC ↳ Pour patients avec parkinsonisme, favoriser quétiapine si voie PO possible ☐ Quétiapine 12,5 mg PO x 1 dose
	AUTRE : _____ _____
Signature du médecin prescripteur _____ Nom en caractère d'imprimerie _____ N° de permis _____ Note du pharmacien : _____ Signature du pharmacien _____ Nom en caractère d'imprimerie _____ N° de permis _____	

¹ Au CHUS, documenter dans le DCI-CAE (ARIANE)

1-6-11686
2019-06

ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES
GÉRIATRIQUES (PLUS QUE 75 ANS)

DOSSIER DE L'USAGER

TROUBLES NEUROCOGNITIFS

La maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs (TNC) ont des répercussions majeures au sein de la société. Au Québec, en 2015, ce sont 115 000 personnes âgées qui en étaient atteintes [40]. Si un dépistage systématique des troubles neurocognitifs n'est pas recommandé, il est toutefois important d'entreprendre une démarche diagnostique chez les personnes qui présentent des symptômes ou qui émettent des signaux d'alarme laissant suggérer un déclin cognitif. Pensons à une plainte de trouble mnésique de la part de la personne âgée ou de ses proches, ou encore à une incohérence entre la raison de la consultation, l'histoire et l'examen physique. Le repérage d'un trouble neurocognitif chez une personne âgée est crucial et devrait être effectué surtout en première ligne, par un médecin de famille. Toutefois, il se peut que les manifestations d'un TNC soient plus évidentes au SU, en situation de stress. Il est donc important de savoir comment réagir dans une situation semblable pour permettre à la personne et à ses proches de bénéficier de l'aide nécessaire en vue d'assurer la sécurité de la personne ainsi que de maintenir son autonomie fonctionnelle dans les AVQ.

Rôles du service d'urgence :

1. Repérage du TNC

- S'assurer que les signes observés d'atteinte cognitive ne sont pas secondaires à un délirium (voir la section sur le délirium) ou à une cause organique réversible (saignement intracrânien, trouble métabolique ou électrolytique, etc.);
- Utiliser un outil clinique de repérage des TNC (voir ci-dessous) pour objectiver l'atteinte cognitive en présence de signes d'alarme;
- Obtenir une histoire collatérale à l'aide d'un proche de la personne âgée.

2. Assurer le suivi médical et arrimer les soins communautaires

- Lorsqu'un TNC est suspecté (un nouveau diagnostic de TNC ne se fera que très rarement au SU), il est nécessaire de communiquer avec l'équipe traitante de l'usager (par exemple : équipe de soins intrahospitaliers ou médecin de famille de l'usager). Ce seront les personnes le plus en mesure de finaliser l'investigation nécessaire et d'organiser les services à domicile, au besoin. Lorsque la personne âgée n'a pas de médecin de famille, il est recommandé de la référer à un service de gériatrie en externe. Une demande d'évaluation par les services communautaires est recommandée pour évaluer l'autonomie fonctionnelle de l'usager ainsi que son environnement.

3. Mettre en place des mesures de prévention du délirium

- Les TNC sont les principaux facteurs de risque qui entraînent un délirium [39]. À cela s'ajoutent un stress aigu et une visite à l'urgence. Il faut donc mettre en place d'emblée des mesures pour prévenir l'installation d'un délirium, soit :
 - Mettre l'horloge et le calendrier à jour
 - Encourager la présence d'un proche en tout temps
 - Assurer une alimentation et une hydratation régulière
 - Mobiliser fréquemment l'usager
 - Prescrire la médication habituelle pour éviter les syndromes de retrait
 - Éviter les médicaments anticholinergiques (voir la section sur la pharmacologie)
 - Respecter le sommeil
 - Minimiser l'utilisation de contentions physiques
 - Assurer une bonne élimination urinaire et fécale

Outils cliniques suggérés :

Voici trois tests de dépistage des TNC classés selon leur durée d'administration.

Test	Description	Temps requis	Utilisation suggérée
Ottawa 3D-Y [41]	4 questions : date, jour, année et épeler le mot « MONDE » à l'envers 1 erreur = possible TNC	< 1 minute	Dépistage par les infirmières, les médecins, les professionnels de la santé
Mini-Cog [42]	Rappel de 3 mots : pour évaluer la mémoire Faire dessiner une horloge : sert de distraction et évalue les fonctions exécutives. Les résultats expriment une probabilité faible ou élevée d'avoir des troubles neurocognitifs.	3 minutes	Dépistage par les infirmières, les médecins, les professionnels de la santé
Mini Mental State Examination MMSE [42]	Test plus complet évaluant les différentes sphères cognitives.	6 à 10 minutes	Fait par l'infirmière de gériatrie ou le médecin

Gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont dits neurocognitifs; ils affectent jusqu'à 90 % des usagers atteints d'un trouble neurocognitif majeur. Ils se manifestent par la perturbation de la pensée, et les troubles de perception, de l'humeur et du comportement. Ces symptômes sont associés à un déclin cognitif et fonctionnel plus rapide, à un taux d'hospitalisation plus élevé, à une mortalité et à une institutionnalisation plus précoce. Les SCPD sont étroitement liés à l'augmentation de la charge de travail et des coûts des soins de santé [43].

Rôles du service d'urgence en ce qui a trait aux SCPD :

- Reconnaître que les SCPD sont des symptômes et non pas une maladie. Il est important d'évaluer les usagers et d'intervenir rapidement en vue d'éliminer toute cause possible d'exacerbation;
- Mettre en place des interventions non pharmacologiques adaptées à l'usager (collaboration entre le médecin, l'infirmière, les préposés aux bénéficiaires et l'équipe interdisciplinaire);
- Éviter le plus possible le recours aux mesures de contrôle (contention physique, chimique, isolement ou surveillance constante par une personne au chevet de l'usager).

Outils suggérés

- **Règle de soins infirmiers**
Cette règle est destinée à mettre l'accent sur l'évaluation clinique de l'agitation et des SCPD en vue de la mise en place de mesures non pharmacologiques. Elle peut être élaborée grâce à des mécanismes décidés au sein de chaque centre hospitalier et adaptés à partir de ceux produits au CIUSSS-CHUS.

- **Chariot d'activités et stimulation cognitive**

Ce chariot constitue des activités de réminiscence, d'orientation (à la réalité) et de stimulation cognitive, motrice et sensorielle. Un protocole de nettoyage, respectant les principes de prévention et contrôle des infections (PCI), doit être mis en place avant son implantation. Voici une suggestion d'objets à inclure dans ce chariot :

- ☐ Stimulation sensorielle : poupée, ballon, cube sonore
- ☐ Stimulation motrice : labyrinthe tactile, élastiques, cube Rubik, serrures, petit coffre à outil
- ☐ Art-thérapie : casse-tête de 2-3 morceaux et plus, images à colorier, tableau blanc et crayons
- ☐ Musicothérapie : radios
- ☐ Autres : journal du jour, catalogues d'un magasin d'outils ou de décoration



La prise en charge des personnes âgées souffrant de SCPD est difficile, de sorte que lorsque ces usagers se présentent à l'urgence, les ressources à domicile sont souvent épuisées. Il faut donc user de créativité pour prendre le relais de ces usagers de façon sécuritaire et à l'endroit approprié. Il existe différentes solutions partout au Québec :

- Les unités de soins prothétiques
- Infirmières-ressources SCPD au sein de la communauté
- La société d'Alzheimer
- Consultation intrahospitalière ou en clinique externe avec l'équipe de gériopsychiatrie
- Résidence adaptée pour les personnes âgées souffrant de TNC sévères

Pour déterminer la meilleure trajectoire de soins dans votre milieu, il est important de s'informer et de former des alliances avec ces partenaires pour ainsi développer des trajectoires rapides et efficaces en vue de la gestion des personnes âgées atteintes de SCPD.

12.4.7 **GESTION DE LA DOULEUR**

La douleur aiguë, peu en importe la cause, est une raison fréquente de visite à l'urgence chez les personnes âgées. Il est particulièrement important de mettre l'accent sur le soulagement de la douleur, puisque si celle-ci est non traitée, elle occasionnera des effets défavorables et peut-être même des séjours prolongés, un délirium, un manque de collaboration au traitement de physiothérapie et une perte d'autonomie fonctionnelle [44]. Le niveau de douleur est toutefois difficile à évaluer chez les personnes âgées qui souffrent d'un trouble neurocognitif si l'on utilise l'échelle numérique de douleur 0-10. Des outils particuliers permettent de lever cette barrière de communication et d'obtenir un bon soulagement de la douleur.

Rôles du service d'urgence :

- **Évaluer adéquatement le niveau de douleur** chez toutes les personnes âgées, y compris chez celles qui présentent des troubles neurocognitifs allant de modérés à sévères;
- **Soulager la douleur** en respectant les changements pharmacodynamiques et pharmacocinétiques;
- **Favoriser l'analgésie locale**, si possible, comme le bloc d'hématome pour la fracture déplacée du radius distal, le bloc nerveux fémoral pour la fracture de hanche, et le bloc local pour la luxation antérieure de l'épaule.

Outils suggérés :

- **L'échelle ALGO-PLUS** : cette échelle visuelle comportementale de douleur permet de quantifier la douleur chez les usagers non verbaux. Cette échelle est facile d'utilisation, comprend cinq points et prend moins d'une minute à réaliser. Il est donc suggéré d'implanter cette échelle au triage, pour les infirmières au chevet des usagers et pour les médecins (voir l'[annexe 13](#)).
- **Ordonnance pharmaceutique préimprimée** pour la gestion de la douleur : une bonne façon d'éviter les erreurs de prescription et de favoriser l'utilisation sécuritaire des analgésiques, notamment les opioïdes, est d'intégrer une ordonnance pharmaceutique préimprimée (voir la section sur le délirium). Cette ordonnance suggère des analgésiques à petite dose pour parvenir à trouver la dose minimalement efficace pour la personne. Il est important de réévaluer et d'individualiser la prescription par la suite.

D'autres échelles pour évaluer la douleur existent; pensons, par exemple, à l'ABBEY pain scale, à NOPPAIN, à PACSLAC et à PAINAD [44]. Toutes ont leurs forces et leurs faiblesses. L'important, c'est d'en choisir une qui soit pratique, facile et rapide à utiliser dans un contexte d'urgence.

Un mot sur les opioïdes

Les opioïdes ont la mauvaise réputation d'être l'une des causes du délirium chez les personnes âgées. Ce serait plutôt la douleur mal soulagée qui serait un facteur précipitant de délirium [45]. D'ailleurs, l'American Geriatric Association recommande l'utilisation d'opioïdes pour la gestion de la douleur allant de modérée à sévère chez les personnes âgées. Il y a toutefois certaines règles à respecter [44]:

1. Débuter par 25-50 % de la dose usuelle chez l'adulte plus jeune, réévaluer fréquemment et augmenter au besoin;
2. Éviter la mépéridine, la codéine et la méthadone;

3. Privilégier l'utilisation de l'hydromorphone, de la morphine et de l'oxycodone;
4. Avant de donner congé à un usager avec une prescription d'opioïdes, il faut s'assurer qu'il tolère bien la dose prescrite;
5. Toujours prescrire en concomitance des laxatifs (comme dans l'ordonnance préimprimée);
6. Valider avec la personne âgée sa compréhension de la prescription ainsi que sa capacité à gérer sa médication.

Bloc nerveux fémoral

La sécurité et l'efficacité du bloc nerveux fémoral pour le soulagement de la douleur chez les usagers avec une fracture de hanche ne fait plus de doute [46]. Son utilisation est d'ailleurs recommandée par l'Association américaine d'orthopédie. Il faut donc l'intégrer à sa pratique. Voici quelques éléments pouvant faciliter son implantation :

1. Prévoir l'enseignement de cette technique à tous les médecins du service d'urgence (soit à l'aveugle ou par échoguidage) ou obtenir un partenariat avec l'équipe d'anesthésiologie de l'installation pour l'administration de la technique sur appel;
2. Rendre disponible une boîte dédiée contenant tout le matériel nécessaire pour faire ce bloc, ce qui évitera une perte de temps pour le personnel médical et infirmier et facilitera son adhésion;
3. Afficher une liste de vérification d'éléments à ne pas oublier pour effectuer un bloc fémoral (voir l'[annexe 14](#)).

Enfin, peu importe la voie utilisée, le plus important est de soulager rapidement la douleur chez les personnes âgées.

12.4.8 POLYPHARMACIE

Les problématiques associées à la médication sont une cause importante de visite à l'urgence et d'hospitalisation chez la personne âgée [47]. En effet, chez la population gériatrique, l'accumulation de multiples pathologies et de comorbidités est généralement associée à une polypharmacie. Les personnes âgées sont donc plus souvent exposées à un risque d'interactions et d'effets indésirables [48]. Les changements physiologiques liés à l'âge au niveau des systèmes rénaux et hépatiques ont un effet important sur la pharmacocinétique. Ainsi, les métabolites des médicaments peuvent s'accumuler et amener des effets secondaires ou des effets indésirables. De plus, il faut tenir compte des effets de la consommation de produits naturels et des médicaments sans ordonnance.

Rôles du service d'urgence :

- **Prescrire les médicaments habituels** des personnes âgées dès que possible pour éviter les syndromes de retrait. Il est essentiel de porter attention aux personnes âgées souffrant de la maladie de Parkinson. Ceux-ci doivent obligatoirement recevoir leur médication, parfois jusqu'à six fois par jour. Omettre de prescrire les agents antiparkinsoniens peut entraîner de sévères conséquences chez la personne âgée, notamment une hospitalisation qui n'aurait pas été nécessaire autrement.
- **Détecter toute cause médicamenteuse** liée à la raison de consultation et, en particulier, éviter l'effet de cascade.
- **Instaurer un traitement sécuritaire et adapté** à la personne âgée.
- **Éviter de prescrire de la médication potentiellement inappropriée** pour prévenir les effets indésirables et les interactions qui peuvent altérer la qualité de vie et l'autonomie de l'utilisateur.

Outils suggérés :

- Bilan comparatif des médicaments (BCM)
- Histoire médicamenteuse complète par le pharmacien de l'urgence

Il est recommandé d'implanter un système de consultation automatique avec l'équipe de pharmacie selon les critères suivants :

1. Personne âgée ayant une polypharmacie (> 10 médicaments)
2. Personne âgée se présentant pour une chute, une confusion ou une perte d'autonomie.

Il procédera à une analyse approfondie de la pharmacothérapie de l'utilisateur selon une démarche systématique (méthode ICEBERG^{Rx} ou autre) qui révise les éléments suivants [49-52]:

- Indication de chacun des médicaments et évaluation des bénéfices;
- Détection d'une thérapie manquante ou de symptômes de sevrage;
- Détection de la médication inappropriée chez la personne âgée;
- Détection d'effets indésirables;
- Détection de cascades médicamenteuses possibles;
- Détection d'interactions;

- Enjeux liés à la pharmacocinétique/pharmacodynamie chez la personne âgée et ajustement de dose;
- Gestion de la charge anticholinergique;
- Détection de problématiques liées à l'administration et à l'observance.

Cette analyse permet au pharmacien de formuler des suggestions détaillées des modifications à apporter à la pharmacothérapie. Pour assurer une continuité de soins, il est important que les recommandations qui en découlent soient ensuite acheminées aux médecins traitants ainsi qu'aux pharmaciens (au centre hospitalier ou en pharmacie communautaire selon la trajectoire de l'usager) qui seront en mesure d'assurer un suivi.

Autres outils suggérés pour limiter l'usage d'une médication potentiellement inappropriée (MPI) :

- **Ordonnance pharmaceutique** préimprimée adressant les symptômes communs de douleur, de nausées ou de vomissements, et d'agitation (voir la section sur l'agitation);
- **Affiche simple et attrayante** évoquant les médicaments à éviter chez la personne âgée (voir l'[annexe 15](#));
- **Formation dédiée** (par exemple sous forme de capsules brèves, une présentation formelle ou des modules en ligne www.geri-em.com).

Il est recommandé aux cliniciens exerçants de lire les trois outils suivants au moins une fois; ils renferment les différentes raisons pour lesquelles certains médicaments sont potentiellement inappropriés pour les personnes âgées :

- ☐ [Critères de BEERS \[53\]](#)
- ☐ [Critères START et STOPP \[54, 55\]](#)

Ces critères sont bien connus des pharmaciens, mais il est essentiel que tous les médecins d'urgence aient pris connaissance de ces documents et les mettent en pratique.

12.4.9 CHUTE ET PRÉVENTION DU SYNDROME D'IMMOBILISATION

Au Québec, on estime que 30 % des personnes âgées de 65 ans et plus feront une chute au cours de l'année; ce nombre augmente à 50 % chez les gens âgés de 80 ans et plus [56]. Bien que les chutes surviennent à tout âge, les conséquences sont souvent plus graves chez les personnes âgées, pouvant entraîner un déclin fonctionnel important, des hospitalisations répétées et même le décès. L'évaluation d'une personne âgée qui se présente à l'urgence pour une chute entraîne non seulement une évaluation des traumatismes, mais également une évaluation de la cause de la chute et des facteurs de risque associés. Il existe de nombreux facteurs de risque de chute et il est possible d'agir sur plusieurs d'entre eux à la suite d'une évaluation appropriée et d'interventions interdisciplinaires [57].

Rôles du service d'urgence en ce qui a trait aux chutes :

- **Évaluation interdisciplinaire complète** de la chute et du chuteur, y compris des blessures secondaires, de la cause de la chute ainsi que la détermination des facteurs de risque modifiables pour la prévention des chutes futures;
- **Identifier les usagers à risque de chute** au SU et établir une procédure pour minimiser le risque de chute lors de leur séjour à l'urgence;
- **Offrir un environnement sécuritaire** au SU (voir la section environnement).

Éléments clés de l'évaluation
☐ Endroit et cause de la chute ☐ Problème de marche ou d'équilibre, présence d'une aide à la marche ☐ Chute dans les 12 derniers mois ☐ Temps passé au sol ☐ Perte de conscience ou altération de l'état mental ☐ Arythmie, syncope ou orthostatisme ☐ Anémie ☐ Comorbidités particulières : TNC, Parkinson, AVC, diabète, fracture de la hanche, dépression et dénutrition ☐ Problèmes visuels ou neurologiques tels que neuropathies périphériques ☐ Consommation d'alcool ou de drogue ☐ Médicaments (par exemple : vasodilatateurs, diurétiques, antipsychotiques et benzodiazépines) ☐ Problème d'élimination (vésical et intestinal) ☐ Évaluation des pieds et des chaussures ☐ Autonomie dans les AVQ (hygiène, habillage, repas, médication) ☐ Facteurs environnementaux (milieu de vie, animaux, encombrement, luminosité, etc.)

Outils suggérés :

- Dépliant informatif pour les usagers et leurs proches sur la chute chez les personnes âgées (voir la section formation);
- Protocole systématique de prise en charge des usagers qui ont chuté ou qui sont à risque de chuter et qui nécessitent l'intervention d'une équipe interdisciplinaire.

**Exemple d'un protocole de prise en charge systématique des usagers
qui ont chuté ou qui risquent de chuter**

PRISE EN CHARGE DES CHUTES À L'URGENCE PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 75 ANS

Évaluer le risque de chute :

- Est-ce que le patient consulte pour une chute ?
ou
- Est-ce que le patient a chuté deux fois ou plus dans les derniers 12 mois?
ou
- Est-ce que le patient présente des troubles neurocognitifs ou un délirium?

Au moins une réponse affirmative indique un risque de chute

- Mettre un bracelet jaune
- Compléter l'outil de communication au chevet du patient (risque de chute)



1. Évaluation infirmière

Initiale

- Prise de signes vitaux avec température
- TA couché/debout (0-1-3 minutes)
- Signes neurologiques
- Glycémie capillaire
- Évaluation de la douleur
- Dépistage du délirium avec l'outil CAM

Complémentaire

- Examen des pieds
- Couverture vaccinale anti-tétanique
- Lésion de pression

***Documenter tous paramètres évalués et
observations pertinentes***



2. Éléments de prévention

- Appareiller les patients (lunettes, appareils auditifs, souliers ou bas antidérapants)
- Présence d'aide à la marche au chevet
- Civière au plus bas niveau
- Une ridelle abaissée
- Fauteuil au chevet du patient
- Demander au patient 2-3x par quart de travail s'il veut aller à la salle de bain
- Appeler la famille / proche du patient

***** Si présence d'un collier cervical, aviser le médecin pour que le patient soit vu rapidement pour éviter le déconditionnement et ses complications ET changer pour un collier Philadelphie***

Demander les consultants suivants directement (si disponible) :



- Évaluation de la médication par le pharmacien de l'urgence (si pertinent)



- Évaluation par le physiothérapeute (si absence d'immobilisation spinale et/ou fractures évidentes)

Remettre au patient et à la famille le feuillet d'information sur les chutes

12.4.10 TRAUMATISME AU GRAND ÂGE

Deux tiers de la mortalité liée aux traumatismes chez les femmes et un tiers chez les hommes arrive chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Les principaux mécanismes liés aux traumatismes majeurs chez ce groupe d'âge sont les chutes et les accidents routiers. Pour le même indice de sévérité du traumatisme (*Injury Severity Score*), les personnes âgées ont le double de mortalité et de plus longues durées de séjour aux soins intensifs et en centre hospitalier après le traumatisme [58]. La sous-estimation de la sévérité des blessures en traumatologie constitue un problème important pour les personnes âgées. En effet, malgré ces données éloquentes, les personnes âgées victimes d'un traumatisme ne bénéficient pas de la même évaluation initiale et de la même intensité de soins, ce qui entraîne encore davantage de morbidité et de mortalité [59]. Le rôle du service d'urgence est donc d'assurer une prise en charge prompte et adéquate pour maximiser les issues de survie et de qualité de vie.

Rôles du service d'urgence :

- Assurer une formation adéquate en traumatologie gériatrique à l'intention du personnel médical et infirmier, ce qui comporte notamment les notions suivantes :
 - Les changements physiologiques liés à l'âge, qui ont une incidence sur la prise en charge clinique (diminution de la réserve cardiaque et respiratoire, fragilité osseuse et cutanée, etc.);
 - L'incidence importante des comorbidités et des événements médicaux, qui ont pu précipiter le trauma et compliquer la prise en charge (AVC, prise d'anticoagulants, etc.);
 - L'importance d'intervenir promptement et énergiquement pour diminuer la mortalité et d'adapter la réanimation selon un monitoring étroit;
 - L'incidence de la fragilité, qui peut compliquer l'évaluation initiale et altérer le devenir des personnes âgées.
- Définir une trajectoire de soins claire pour les personnes âgées ayant subi un traumatisme majeur (y compris l'activation de l'équipe de traumatologie si disponible dans le centre hospitalier, l'intervention conjointe de l'équipe de gériatrie, le transfert vers un centre désigné, etc.);
- Approche adaptée selon les objectifs de soins des usagers.

À ce jour, il n'existe pas de procédure ni de protocole précis pour la traumatologie gériatrique. L'adaptation des soins repose majoritairement sur la formation continue de l'ensemble de l'équipe de traumatologie, et passe par le technicien-ambulancier paramédical jusqu'au spécialiste en neurochirurgie. L'idée réside en la coordination efficace de tous les acteurs engagés dans les soins aux usagers traumatisés.

12.4.11 MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂGÉES

La prévalence de la maltraitance serait estimée à autour de 7 % chez les personnes âgées [60]. Dans un contexte de vieillissement de la population, il est entendu qu'en raison de l'augmentation du poids démographique des personnes âgées, le nombre de personnes maltraitées ira en augmentant.

Dans ce contexte, le législateur a adopté la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, laquelle demande que tous les établissements du RSSS adoptent et mettent en œuvre une politique de lutte contre la maltraitance. Cette politique a pour objectif d'établir des mesures pour prévenir la maltraitance, pour lutter contre celle-ci, puis pour soutenir les personnes dans toute démarche entreprise en vue d'y mettre fin.

La politique organisationnelle doit inclure une liste des indices observables selon les types de maltraitance : physique, sexuelle, psychologique, matérielle ou financière, violation des droits, maltraitance organisationnelle et âgisme [60].

La gestion d'une situation de maltraitance est constituée des éléments suivants et comporte qu'il faille considérer les besoins et les capacités de la personne :

- **La détection** est la responsabilité de tous; il s'agira ici de documenter et d'analyser les facteurs de risque en ayant recours à son jugement clinique et aux outils de détection ou de dépistage appropriés. La détection précoce de la maltraitance est importante si l'on souhaite prévenir l'aggravation de la situation et créer un contexte propice au signalement.
- **Le signalement** est la déclaration d'une situation potentielle de maltraitance à une personne ou à une instance, par exemple le commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou la direction concernée.
- **La vérification des faits**
- **L'évaluation des besoins et des capacités de la personne**
- **L'intervention et le suivi de la situation de maltraitance**

Rôles du service d'urgence :

- **Sensibiliser** les médecins, les infirmières et tous les autres intervenants de la santé à la maltraitance chez les personnes âgées et les personnes vulnérables. Il faut suspecter qu'il y a potentiellement négligence ou abus chez les usagers victimes d'un traumatisme, aussi mineur soit-il, chez les usagers d'apparence négligée, et particulièrement chez ceux atteints de troubles neurocognitifs.

**** Une question que l'on peut ajouter à notre questionnaire : « Vous sentez-vous en sécurité à la maison et avec vos proches? » ****

- **Établir et diffuser une procédure d'intervention en cas de suspicion d'abus.** En général, on signale toute suspicion au travailleur social qui est formé pour la prise en charge complète de l'usager.

Exemple d'une procédure de prise en charge au SU de la maltraitance faite aux aînés

1) REPÉRER

L'équipe de soins de l'urgence ou tout professionnel de la santé, présent à l'urgence, peut repérer les indices de maltraitance chez la personne âgée.
(Situation préoccupante, observations des faits et/ou ce que la personne exprime)

Voir Aide-mémoire de repérage au verso pour connaître les indices de maltraitance

2) VALIDER LES INDICES DE MALTRAITANCE

L'infirmière en gériatrie (ou AIC) valide les indices avec la personne ou un tiers afin de cueillir de l'information (faits). Cette action peut être déléguée à un membre de l'équipe de soins ou professionnel s'il existe un lien de confiance établi avec la personne âgée.

3) ÉVALUER LE RISQUE DE DANGEROUSITÉ

Le médecin en collaboration avec l'infirmière en gériatrie (ou AIC, ou travailleur social) évalue le risque et interpelle le bon acteur.

Danger imminent et intervention immédiate*

L'équipe de soins de l'urgence a des motifs raisonnables de croire que :

L'intégrité de la personne est menacée ou il y a un risque suicidaire ou homicidaire :

- **Contactez le service de police**
Le consentement de la personne est obligatoire, sauf lorsque le risque de dangerosité est imminent c'est-à-dire lorsque l'intégrité de la personne ou d'une autre est menacée.
- **Contactez la travailleuse sociale de l'urgence** via pagette lors de la couverture de service habituelle
 - **OU** **Contactez Urgence-détresse** pour les situations urgentes en dehors de cet horaire.

La travailleuse sociale interviendra en conformité avec la Directive et Procédure de l'Établissement. Le gestionnaire sera avisé de la situation, de même que le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Risque moyen ou faible et intervention court-moyen terme

L'équipe de soins de l'urgence repère des éléments de négligence ou doute de la compréhension de la personne face à la situation :

- **Contactez la travailleuse sociale de l'urgence** afin que celle-ci puisse intervenir à l'urgence, en conformité avec la Directive et Procédure de l'Établissement lors de la couverture de service habituelle
 - **OU** **Contactez Urgence-détresse** pour les situations urgentes en dehors de cet horaire.

Une prise en charge de la travailleuse sociale permettra de faire les références vers les instances appropriées pour renforcer les mesures de protection de la personne, avant le congé de l'hôpital.

**L'intervention immédiate doit être appliquée lorsque l'intégrité physique ou psychique de la personne est menacée ou que son patrimoine risque être dilapidé. (Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les aînés. p. 144)*

Éléments observables pour tous les types de maltraitance

- Angoisse au moment des soins, peur, anxiété, tristesse
- Idées suicidaires ou tentatives de suicide, repli sur soi, dépression
- Honte de soi et autodévalorisation, passivité ou docilité excessive, apathie
- Isolement social, insomnie
- Changements comportementaux chez la personne (drogues et alcool, automutilation, fugue, etc.)
- Comportements préoccupants chez un tiers (cri, insultes, dénigrement, bousculade, gestes inappropriés, abandon, consommations excessives)

Type de maltraitance	Quoi observer?
Psychologique	☐ Hésitation à parler ouvertement ☐ Interaction craintive avec les autres ☐ Déclin rapide des capacités cognitives ☐ Insomnie
Physique	☐ Ecchymoses ou blessures ☐ Perte de poids ☐ Détérioration de l'état de santé ☐ Manque d'hygiène ☐ Affections cutanées ou plaies ☐ Environnement de vie insalubre ☐ Apparence physique négligée ☐ Malnutrition
Sexuelle	☐ Infections ou plaies génitales ☐ Désinhibition sexuelle ☐ Discours subitement très sexualisé ☐ Présence d'argent ou de biens non expliquée
Matérielle financière ou	☐ Transactions bancaires inhabituelles ☐ Disparition d'objets de valeur ☐ Manque d'argent pour les dépenses courantes ☐ Privations d'argent ou de biens ☐ Changement soudain dans le testament, procuration ☐ Pression pour faire signer des documents
Organisationnelle	☐ Réduction de la personne à un numéro ☐ Prestation de soins ou de services selon des horaires plus ou moins rigides ☐ Attente induite avant que la personne ne reçoive un service ☐ Détérioration de l'état de santé en raison d'un manque de soins
Discrimination liée aux caractéristiques de la personne	☐ Non-reconnaissance des droits, des compétences ou des connaissances ☐ Utilisation d'expressions réductrices ou infantilisantes ☐ Faible estime de soi
Violation des droits de la personne	☐ Absence de consentement de la personne ☐ Non-respect des décisions prises par la personne ☐ Entrave à la participation de la personne dans les décisions qui la concernent ☐ Réponses données par un proche à des questions qui s'adressent à la personne ☐ Restriction des visites, contrôle des fréquentations ☐ Restriction de l'accès à l'information ☐ Absence de droits à la vie privée ☐ Entrave du droit au secret professionnel sans raison valable

12.4.12 SOINS PALLIATIFS, DISCUSSIONS DES OBJECTIFS DE SOINS ET NIVEAUX DE SOINS

Les soins palliatifs et les soins de fin de vie sont complémentaires, mais différents. Les soins palliatifs font référence à la prise en charge globale d'un usager avec une condition dont la guérison est improbable, et ce, dès le diagnostic, alors que les soins de fin de vie sont les soins prodigués pour alléger les souffrances dans les derniers moments d'une personne. Au SU, il est impératif d'offrir des soins palliatifs aux usagers et à leurs familles que ce soit par l'entremise d'un service de consultation sur place, ou d'une liaison rapide en externe. Ces soins palliatifs ont pour buts d'améliorer la qualité de vie, d'augmenter la satisfaction des usagers et de leur famille, de réduire la durée de séjour hospitalier, de réduire l'utilisation des soins intensifs et, enfin, de diminuer les coûts de soins de santé [61].

Rôles du service d'urgence :

- Amorcer une discussion sur les objectifs/niveaux de soins avec les usagers et leurs proches;
- Offrir un service de soins palliatifs soit au centre hospitalier ou en externe;
- Avoir accès à l'information relative aux directives médicales anticipées des usagers.

Outre les avantages qu'offrent les soins palliatifs, il y a une étape cruciale avant d'y arriver : la discussion sur les objectifs de soins. Cette discussion doit avoir lieu très tôt avec les personnes âgées et doit idéalement être entamée par le médecin de famille qui a une relation longitudinale et continue avec l'usager. Toutefois, si cela n'a pas été entrepris ou si les renseignements à ce sujet ne sont pas disponibles, il revient au médecin d'urgence de discuter des objectifs de soins avec les usagers. Voici un exemple concret :

Situation fictive

Un usager âgé de 88 ans, connu pour une insuffisance cardiaque sévère, en est à sa troisième visite au centre hospitalier dans les six derniers mois, pour une décompensation de sa maladie chronique. Chaque fois, il est hospitalisé, parfois sous ventilation non invasive. Cette fois-ci, le médecin d'urgence prend le temps, avant même d'entreprendre sa prise en charge, de discuter avec l'usager sur ses objectifs de soins.

— **Médecin** : « Monsieur, je vois que c'est la troisième fois que vous consultez pour de la difficulté à respirer. Comment ça va à la maison entre ces hospitalisations? »

— **Monsieur** : « Ah! Pas trop fort... Chaque fois que je reviens à la maison, je suis encore plus faible qu'avant. Je ne peux plus faire grand-chose tout seul maintenant. »

— **Médecin** : « Comment voyez-vous la suite de vos soins? Qu'est-ce que vous aimeriez que l'on fasse pour que vous soyez le plus confortable possible? »

— **Monsieur** : « Vous savez Docteur, je suis fatigué de tout ça, je sais que je n'irai pas mieux. J'ai eu une belle et longue vie; tout ce que j'aimerais, c'est qu'on me laisse tranquille. Mais j'ai peur, parce que courir après son souffle, c'est vraiment épouvantable. Pourriez-vous faire quelque chose pour ça? »

Analyse de la situation

Pour le médecin, il aurait été beaucoup plus simple et rapide de faire les prescriptions et de demander un consultant. Toutefois, cette fois-ci, il a pris le temps de bien évaluer les besoins et les attentes de l'utilisateur, ce qui constitue de vrais bons soins de santé centrés sur les besoins des usagers.

Les meilleurs indicateurs pour initier cette discussion chez le « bon usager » sont notamment la perte d'autonomie rapide dans la dernière année et les visites répétées au centre hospitalier et au SU dans les six derniers mois pour une maladie chronique [62, 63]. Il n'est pas surprenant d'entendre le soulagement des usagers et de leur famille lorsqu'on pose ces questions fondamentales.

NIVEAU DE SOINS

En 2016, l'INESSS a publié un formulaire provincial d'objectifs de soins et de réanimation cardiorespiratoire, dans le but d'uniformiser le langage et les pratiques dans tout le Québec. Ce formulaire permet de définir les objectifs de soins de l'utilisateur de façon plus explicite [64].

Objectif A Prolonger la vie par tous les soins nécessaires	- Les soins comprennent toutes les interventions médicalement appropriées et un transfert¹ si l'intervention n'est pas disponible sur place. - Toute intervention invasive peut être envisagée, y compris, par exemple, l'intubation et les soins intensifs. ► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'intubation, l'assistance ventilatoire² et l'assistance respiratoire³ sont incluses lorsqu'appropriées.
Objectif B Prolonger la vie par des soins limités	- Les soins intègrent des interventions visant la prolongation de la vie qui offrent une possibilité de corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie. - Les interventions peuvent entraîner un inconfort qui est jugé acceptable par l'utilisateur ou par son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur, en fonction des circonstances et des résultats attendus. - Certains soins sont exclus, car jugés disproportionnés⁴ ou inacceptables⁴ par l'utilisateur ou son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur, compte tenu du potentiel de récupération et des conséquences indésirables (<i>par exemple : intubation à court ou à long terme, chirurgie majeure, transfert</i>). ► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance ventilatoire² et l'assistance respiratoire³ sont incluses; l'intubation est incluse sauf si non désirée sur le formulaire (cochée dans l'encadré soins préhospitaliers).
Objectif C Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie	- Les soins visent en priorité le confort de l'utilisateur par la gestion des symptômes. - Des interventions susceptibles de prolonger la vie sont déployées au besoin pour corriger des problèmes de santé réversibles, par des soins jugés acceptables par l'utilisateur ou par son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur (<i>par exemple : antibiotiques par voie orale ou intraveineuse pour traiter une pneumonie</i>). - Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort (<i>par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile</i>). ► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance respiratoire³ est incluse; l'intubation et l'assistance ventilatoire² sont incluses sauf si non désirées sur le formulaire (cochées dans l'encadré soins préhospitaliers).
Objectif D Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie	- Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes (<i>par exemple : douleur, dyspnée, constipation, anxiété, etc.</i>). - Les interventions ne visent aucunement à prolonger la vie; la maladie est laissée à son cours naturel. - Un traitement habituellement donné à des fins curatives peut être utilisé, mais uniquement parce qu'il représente la meilleure option pour soulager l'inconfort (<i>par exemple : antibiotiques par voie orale en cas d'une infection urinaire basse ou à C. difficile</i>). - Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort (<i>par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile</i>). ► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, les protocoles d'oxygénation, de salbutamol, de nitroglycérine (douleur thoracique) et de glucagon sont applicables. En contexte de détresse respiratoire de l'utilisateur conscient, l'assistance respiratoire³ (CPAP) peut être utilisée si non refusée. L'intubation et l'assistance ventilatoire² sont exclues. Chez l'utilisateur vivant, les manœuvres de désobstruction des voies respiratoires (DVR) peuvent être effectuées.

Tiré du formulaire AH-744 DT9261 (2016-01)

Définition des niveaux de soins selon l'INESSS : « Expression des valeurs et [des] volontés du patient sous [...] forme d'objectifs de soins, qui résulte d'une discussion entre le patient, ou son représentant, et le médecin concernant l'évolution anticipée de l'état de santé [ainsi que] les options de soins médicalement appropriés et leurs conséquences, [en vue] d'orienter les soins et de guider le choix des interventions diagnostiques et thérapeutiques [64]. »

Le guide de l'INESSS accompagnant ce formulaire évoque cinq étapes pour la pratique des niveaux de soins :

1. La discussion
2. La détermination
3. La documentation
4. La transmission
5. L'application

Toutes ces étapes sont importantes, mais la plus critique pour le SU est celle de la transmission. La discussion, la détermination du niveau de soins et la documentation se font généralement par le médecin de famille, lorsque l'utilisateur et ses proches ne sont pas en situation de stress. Toutefois, ce document **DOIT** être accessible en tout temps pour le médecin d'urgence. Bien que les niveaux de soins puissent évoluer selon la situation, il est pertinent d'appuyer la nouvelle discussion sur une précédente décision.

12.4.13 LA DÉPRESSION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

La dépression est une pathologie fréquente chez les personnes âgées. Malheureusement, elle est souvent sous-diagnostiquée, et donc sous-traitée [65]. La prévalence du trouble dépressif chez les personnes âgées se situe entre 4 et 13 % et, dans beaucoup de cas, le premier épisode dépressif apparaît après l'âge de 65 ans [66-68]. Cette manifestation est mieux connue sous le nom d'épisode dépressif majeur à apparition tardive (*late-onset depression*) [69].

La dépression peut se présenter de façon typique, mais le plus souvent, on la suspectera avec des symptômes atypiques pour lesquels une explication autre est absente [69, 70]. Ces symptômes atypiques sont les suivants :

- Apathie
- Perte d'appétit
- Augmentation de l'anxiété
- Hypochondrie, somatisation
- Humeur dépressive
- Perte de plaisir
- Autodépréciation
- Atteinte cognitive (pseudodémence dépressive)
- Idées délirantes

Rôles du service d'urgence :

- Sensibiliser les cliniciens à la dépression chez la population gériatrique pour accélérer le diagnostic et le traitement.

Outils suggérés :

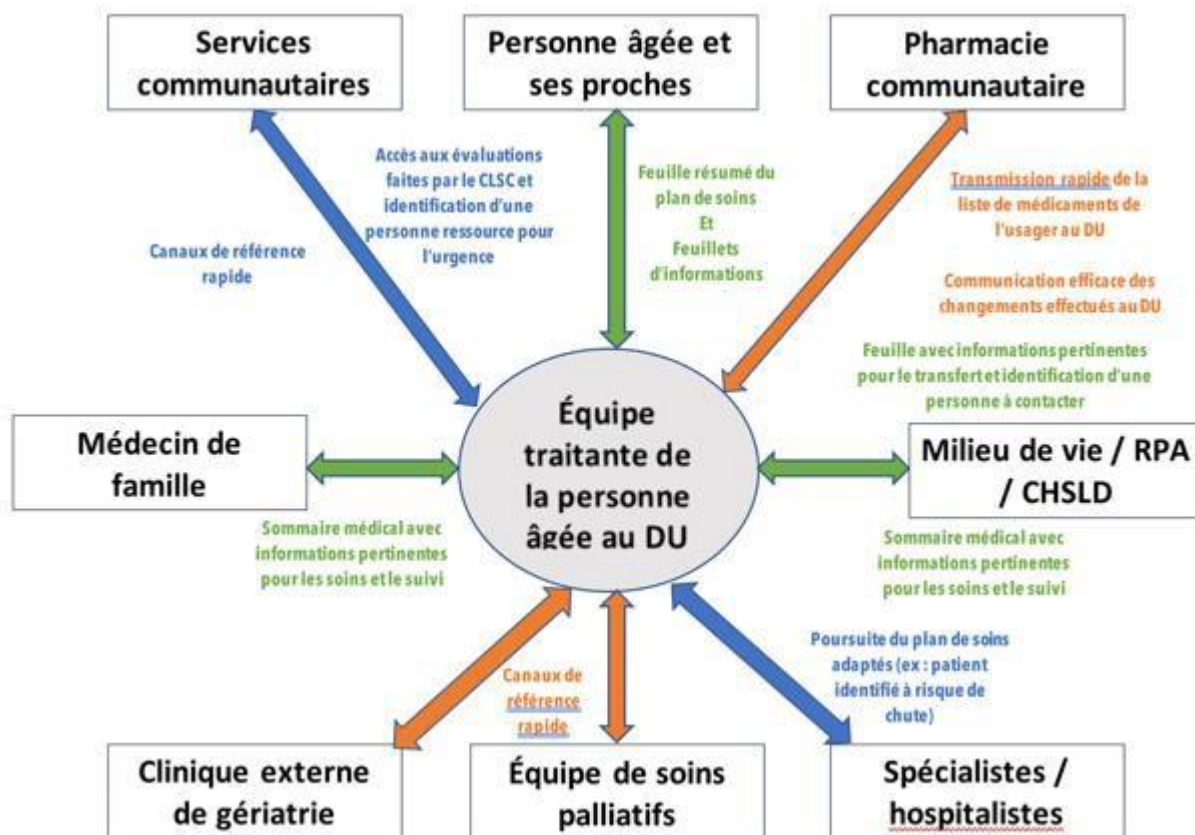
Ces deux échelles peuvent s'avérer utiles pour aider au diagnostic de dépression chez les personnes âgées :

- Échelle de dépression gériatrique (GDS) (voir l'[annexe 16](#))
Outil pertinent pour une personne âgée non détériorée sur le plan intellectuel.
- Échelle de dépression de Cornell (*Cornel scale for depression and dementia*) (voir l'[annexe 17](#))
Outil intéressant pour faciliter le dépistage de la dépression chez les personnes dont le syndrome démentiel est déjà installé.

En bref, chez les personnes âgées qui consultent de façon répétée pour des symptômes atypiques pour lesquels une raison organique n'est pas déterminée, il faut considérer la dépression dans la liste des diagnostics possibles.

12.5 CONTINUITÉ DES SOINS

Il est primordial que l'équipe traitante du SU, qui se situe au cœur de l'épisode de soins des personnes âgées, ait une stratégie de communication efficace et directe avec les différentes personnes concernées dans les soins aux usagers, et ce, même en dehors des heures normales (SAD, CLSC, gestionnaire de cas). Les raisons sont évidentes, puisque cela procure un filet de sécurité dans les soins aux usagers et une meilleure compréhension du plan de soins, en vue d'en augmenter l'adhésion et de limiter les retours imprévus, mais évitables, au SU. Voici un schéma qui évoque les différents points de communication stratégiques :



À noter que dans tous les cas, les flèches de communication sont bilatérales. Il est donc impératif de mettre en place des canaux de communication allant dans les deux sens.

L'[annexe 18](#) permet un transfert d'informations optimal entre un milieu de vie et le service d'urgence. En [annexe 19](#) et en [annexe 20](#) se trouvent les différents formulaires utilisés pour communiquer avec tous les intervenants.

12.6 RETOUR À DOMICILE SÉCURITAIRE

Pour un médecin d'urgence, chaque décision est basée sur un principe de gestion du risque. Est-ce que cette personne âgée peut retourner à la maison de façon sécuritaire ou est-ce qu'il est plus approprié de l'hospitaliser? Pour les personnes âgées, cette décision est d'autant plus difficile. Un tiers des personnes âgées qui reviennent à domicile après une visite au SU vivront une issue défavorable, soit une deuxième visite au SU pour la même raison, une hospitalisation subséquente ou une admission en soins de longue durée [71]. De l'autre côté, l'hospitalisation d'une personne âgée comporte également ses risques de déconditionnement, de perte d'autonomie et de délirium. Il est donc faux de présumer que la décision la plus sécuritaire est inévitablement l'hospitalisation [72].

Pour prendre la meilleure décision possible, il est nécessaire de faire une évaluation globale de l'état de santé de l'usager, y compris une évaluation cognitive, fonctionnelle et environnementale. Il existe plusieurs façons d'y arriver :

- Évaluation par l'équipe de gériatrie : cette évaluation est généralement complète, mais le plus souvent elle prend un certain temps; cette équipe n'est d'ailleurs pas disponible dans tous les SU au Québec.
- Évaluation dans une unité d'observation : les unités d'observation sont très populaires de nos jours pour accélérer les évaluations et la mise en place de traitements; elles servent à éviter d'hospitaliser les usagers ou de les observer dans une civière au SU.
- Évaluation interdisciplinaire au SU : la mise en place d'une équipe interdisciplinaire rapidement disponible qui inclut des professionnels tels qu'un physiothérapeute, un ergothérapeute, un pharmacien, une infirmière de gériatrie et un travailleur social est possible.

Une revue intéressante sur ce sujet suggère les questions suivantes à se poser avant de donner congé du SU à une personne âgée [73] :

Est-ce que le statut cognitif a été évalué?

Si la personne est ambulante, est-ce que la démarche a été évaluée et est considérée comme sécuritaire?

Est-ce que les soins nécessaires pour la personne sont disponibles à domicile?

Avez-vous des doutes sur une situation de maltraitance ou de négligence?

Est-ce que la médication et le potentiel d'interaction avec les nouvelles prescriptions ont été révisés?

Est-ce que l'usager et le proche aidant comprennent bien les instructions de départ?

Est-ce que l'usager est prêt à retourner à la maison? A-t-il des inquiétudes?

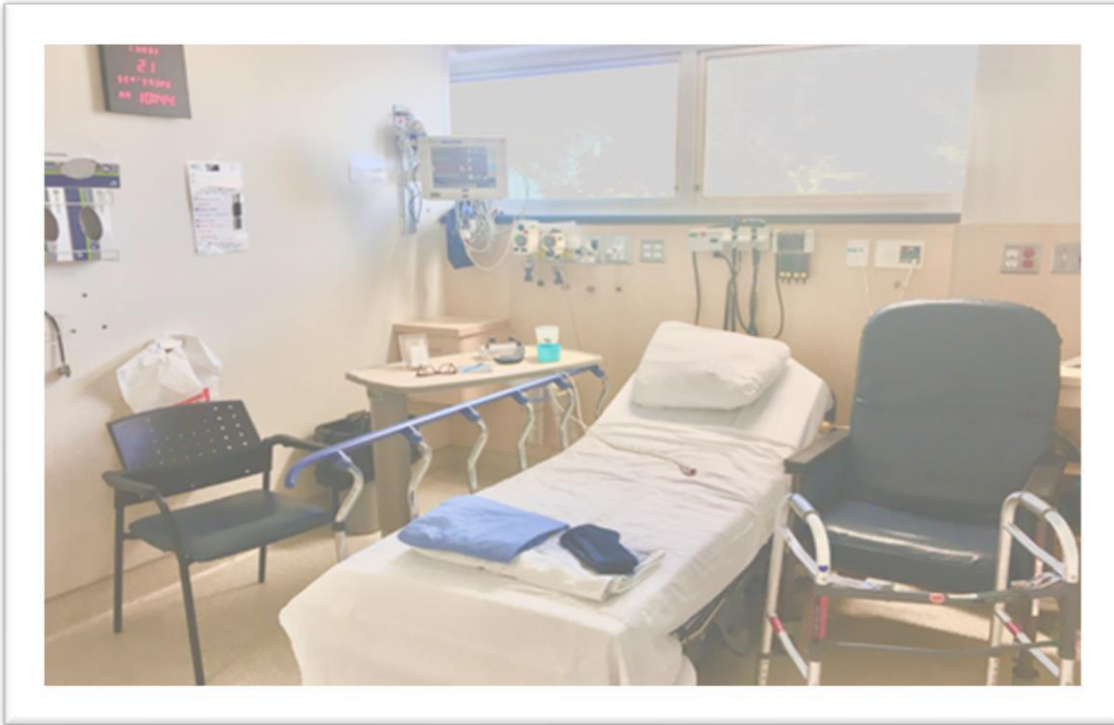
Est-ce que le plan de soins a été communiqué avec le médecin de famille de la personne?

Il est important de préciser qu'une personne âgée avec des troubles neurocognitifs sévères et une autonomie fonctionnelle limitée peut retourner à domicile si ces déficits sont bien compensés par un proche aidant ou des soins communautaires. Il est peut-être même encore plus sécuritaire pour cette personne de retourner à son domicile que d'être hospitalisée.

La réponse réside dans la disponibilité du réseau de soutien de la personne.

12.7 ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET MATÉRIEL SPÉCIALISÉ

Selon, le guide de pratique soutenue par l'ACEP, les changements dans l'environnement sont généralement minimes et peu coûteux à réaliser. Voici une photo représentant les éléments prioritaires qui doivent se retrouver dans l'espace de l'utilisateur.



1. Horloge et calendrier (aux bonnes heure et date!)
2. Fauteuil gériatrique
3. Une ridelle de la civière abaissée
4. Table avec disponibilité d'un repas et d'eau en tout temps (cuisinette 24h/7j à même le département) et à la portée de l'utilisateur tous ses effets personnels nécessaires pour une bonne communication (verres correcteurs, aide auditive, prothèse dentaire, papier et crayon)
5. Lumière naturelle
6. Aide à la marche au chevet (disponibilité d'aide à la marche de plusieurs grandeurs au SU)
7. Bas antidérapants
8. Une chaise pour visiteur
9. Cloche d'appel à la portée de l'utilisateur

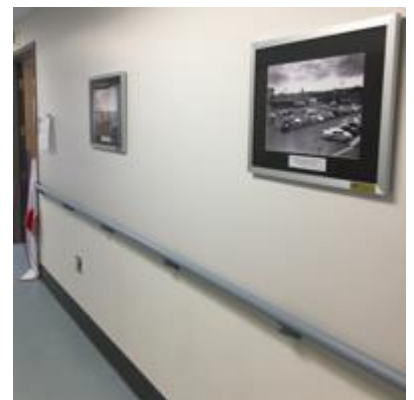
Les changements physiologiques liés à l'âge au niveau de la vision, mais surtout les maladies oculaires fréquentes (glaucome, dégénérescence maculaire, etc.) ont une incidence sur le choix de la couleur des murs et des cadrages. Ces couleurs doivent être contrastantes, puisqu'il sera difficile de distinguer les couleurs trop similaires. De plus, il est plus facile pour certaines personnes âgées de distinguer les couleurs

chaudes (rouge, orange, jaune) que les couleurs froides (bleu, vert), qui leur sembleront plutôt grisâtres en partie en raison du « jaunissement » des lentilles oculaires, mais aussi à cause d'une perte de cellules rétinienne.

Les autres éléments importants :

- Bureaux pour les professionnels de la santé à proximité du SU
- Espace d'évaluation pour le physiothérapeute (y compris un lit comme au domicile, des escaliers, etc.) dans les locaux du SU ou adjacent au SU
- Planchers antidérapants et non luisants
- Peinture de couleur neutre sur les murs, et contours des fenêtres et des portes très contrastés
- Signalisation des lieux bien visibles (pour la toilette, les sorties, etc.)
- Barres de soutien aux murs
- Toilettes adaptées
- Matelas adaptés pour la prévention des plaies de pression
- Amplificateurs de son
- Favoriser l'ajustement de la luminosité par l'utilisateur, et l'adaptation de la lumière au fil de la journée (par exemple : lumière tamisée en soirée, éclairage minimal pendant la nuit)
- Limitation des stimuli sonores, c'est-à-dire couper les alarmes au chevet de l'utilisateur, restreindre les appels à l'interphone, possibilité de fermer une porte donnant sur les espaces des usagers
- Disponibilité de couvertures chaudes en tout temps

Il est également intéressant, si l'espace le permet, d'ajouter des photos ou des paysages (par exemple : photos anciennes de la ville) permettant de stimuler et de divertir les personnes âgées qui déambulent dans le corridor. Cela permet également des échanges avec les usagers, ce qui contribue à les garder orientés dans l'espace et le temps.



13. APPLIQUER LE CONCEPT D'URGENCE GÉRIATRIQUE EN SERVICES PRÉHOSPITALIERS

Une proportion de plus en plus importante des appels aux services préhospitaliers d'urgence sont effectués par des personnes âgées, particulièrement pour des problématiques considérées comme de faible acuité [74, 75]. Comme pour l'urgence, il est possible d'adapter les services préhospitaliers en vue d'offrir des services plus individualisés aux personnes âgées. Vous trouverez ci-dessous quelques exemples d'adaptation « gériatrique » des services préhospitaliers d'urgence.

Considération de l'âge dans le processus de triage préhospitalier

Le triage préhospitalier des usagers traumatisés est une composante essentielle pour stratifier la sévérité potentielle des blessures et pour identifier les personnes qui nécessitent des soins spécialisés en traumatologie offerts dans les centres de traumatologie de plus haute désignation. Les personnes âgées représentent une proportion croissante de la population traumatisée au Québec (INESSS). Plusieurs éléments, tels que la présence de comorbidités, la médication y compris l'anticoagulation, la vulnérabilité et la baisse de réserves physiologiques, compliquent le triage préhospitalier et ont un impact sur le pronostic de la personne [76]. Au Québec, on a introduit l'échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie (EQTPT) en 2016. Dans cette échelle, certaines considérations qui ont trait à l'âge (tension artérielle systolique inférieure à 110 chez la population âgée de 55 ans ou moins) ou la médication (prise de médication anticoagulante) sont incluses dans l'algorithme préhospitalier de triage.

Réorientation préhospitalière des usagers vers une ressource alternative à l'urgence

La réorientation des personnes âgées aux prises avec des problèmes de santé mineurs vers des ressources alternatives à l'urgence après l'évaluation des techniciens ambulanciers paramédicaux est une avenue qui s'avère intéressante à explorer dans le but d'améliorer les soins aux personnes âgées [77]. Par exemple, après une évaluation préhospitalière standardisée, il serait possible de référer des personnes âgées vers une clinique spécialisée en évaluation des usagers qui ont chuté plutôt que de les transporter au SU [78, 79]. Des initiatives en ce sens sont en cours au Québec et ailleurs au Canada. La sécurité doit cependant demeurer la priorité et, pour y parvenir, le processus de réorientation nécessite une collaboration étroite avec les ressources de première ligne de même qu'une réelle intégration des services préhospitaliers d'urgence au continuum de soins.

Détermination par les techniciens ambulanciers paramédicaux de facteurs environnementaux importants

Les techniciens ambulanciers paramédicaux se trouvent dans une situation unique et privilégiée pour évaluer le milieu de vie non altéré des personnes âgées lors d'une intervention [80, 81]. Une évaluation sommaire de facteurs comme la sécurité du domicile et la salubrité peut apporter des éléments importants qui influencent la prise en charge des usagers. D'autres initiatives comme une évaluation préhospitalière de facteurs en lien avec la maltraitance et la négligence ont engendré des effets bénéfiques importants sur l'identification des victimes de maltraitance [82, 83]. Ces évaluations sont souvent associées au développement de la paramédecine communautaire.

EXEMPLE D'UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE ET ADAPTÉE POUR LA CLIENTÈLE GÉRIATRIQUE À L'URGENCE

O
B
J
E
C
T
I
F

=

6
h

Appel au 811 ou au 911 et orientation de l'utilisateur à la bonne ressource médicale.

Prise en charge par le technicien ambulancier paramédical ayant une formation spéciale pour l'appréciation clinique gériatrique et pour l'inspection brève de l'environnement de l'utilisateur.

L'infirmière au triage évalue l'utilisateur ainsi que les éléments de fragilité et accorde une cote de triage appropriée.

L'infirmière soignante évalue l'utilisateur rapidement en intégrant les éléments suivants :

- ┌ Dépister le délirium
- ┌ Repérer le statut de fragilité
- ┌ Dépister l'utilisateur à risque de chute
- ┌ Aviser le médecin rapidement si l'utilisateur est immobilisé (par exemple : collier cervical en place)
- ┌ Mobiliser l'utilisateur et mettre à disposition de l'utilisateur les aides techniques nécessaires (par exemple : marchettes, cannes, appareil auditif, lunette, souliers, dentiers)
- ┌ Statuer sur l'alimentation, l'hydratation et la continence de l'utilisateur
- ┌ Accueillir les proches de l'utilisateur, les inclure dans les soins de base et entreprendre la planification du départ
- ┌ Établir le plan thérapeutique infirmier (PTI) en collaboration avec les professionnels concernés

L'infirmière soignante peut référer le patient d'emblée à l'infirmière de gériatrie, au physiothérapeute, au pharmacien ou au travailleur social, selon la problématique déterminée.

L'infirmière soignante communique rapidement au préposé aux bénéficiaires les spécificités des soins de l'utilisateur (tableau de communication) et adapte l'environnement de l'utilisateur (calendrier à jour, une ridelle de lit baissée, fauteuil au chevet, etc.).

Le médecin prend en charge l'utilisateur, prescrit une investigation appropriée en fonction des objectifs de soins et initie un traitement pour la maladie et les symptômes (douleur, nausée, agitation, etc.) en respectant les principes de pharmacogériatrie.

L'équipe soignante utilise les différents protocoles adaptés à la personne âgée (protocole de chute, délirium, etc.).

Discussion avec les différents intervenants pour statuer sur la prise en charge finale de l'utilisateur.

Mise en place des filets de sécurité et transmission de l'information pertinente relative au départ de la personne âgée aux intervenants en communauté (proches, gestionnaire de cas, personnel de la résidence, CLSC, médecin de famille, clinique externe de gériatrie, pharmacie, etc.) à l'aide d'outils appropriés (feuille de communication, appel téléphonique, courriel, télécopie ou autres).

14. MISE EN PLACE D'UNE URGENGE GÉRIATRIQUE – ÉTAPE PAR ÉTAPE

Voici une suggestion d'échéancier pour un programme d'urgence gériatrique. Le tout est individualisable selon les besoins et les priorités populationnelles.

Année 1

- ☐ Former un comité d'urgence gériatrique
- ☐ Établir un plan d'action détaillé par écrit et le présenter aux différentes directions (DSP, DSI, DSM, SAPA, DSG)
- ☐ Acheter du matériel et des équipements spécialisés
- ☐ Créer un poste d'infirmière clinicienne en gériatrie à l'urgence ou faire une alliance avec ce service offert en intrahospitalier
- ☐ Exiger un minimum de 6 heures de formation sur les sujets principaux d'urgence gériatrique aux médecins d'urgence
- ☐ Établir une formation de base (minimum 90 minutes) sur les soins de base, le délirium, l'agitation et le syndrome d'immobilisation pour les infirmières, les infirmières auxiliaires et les PAB
- ☐ Dépister le délirium de façon systématique à l'aide d'un outil standardisé
- ☐ Créer des alliances avec les médecins de famille, les spécialistes, le service de gériatrie, le CLSC et le SAD pour définir des trajectoires de soins facilitées
- ☐ Ajuster la politique de visiteurs pour autoriser un proche aidant en tout temps au chevet des personnes âgées au SU

Année 2

- ☐ Créer un poste de physiothérapeute ou faire une alliance avec ce service offert en intrahospitalier
- ☐ Implanter le dépistage systématique des personnes âgées à risque de déclin fonctionnel à l'aide d'un outil standardisé
- ☐ Acheter un chariot d'activité
- ☐ Créer une ordonnance médicale pour le maintien de l'autonomie (mobilisation, alimentation, hydratation, continence, etc.)
- ☐ Créer une ordonnance pharmacologique pour le soulagement des symptômes communs chez les personnes âgées et implanter une échelle comportementale d'évaluation de la douleur
- ☐ Bonifier le service de consultation par l'équipe de pharmacie pour les usagers avec une polypharmacie, un syndrome de chute ou une confusion nouvelle
- ☐ Bonifier la formation aux médecins, aux infirmières, aux infirmières auxiliaires et au PAB
- ☐ Diffuser la politique de maltraitance faite aux aînés

Année 3

- ☐ Implanter différents formulaires de communication ou des méthodes de communication par courriel/télécopie avec les résidences pour personnes âgées, les médecins de famille et le CLSC
- ☐ Intégrer une procédure systématique d'évaluation des personnes âgées qui ont chuté ou qui sont à risque de chuter
- ☐ Ajouter un poste de préposé aux bénéficiaires dédié aux soins gériatriques au SU
- ☐ S'allier avec les services préhospitaliers pour créer une formation en gériatrie pour les techniciens ambulanciers paramédicaux et pour assurer une meilleure communication des éléments pertinents de l'environnement de l'utilisateur

Chaque fois qu'un nouveau projet est implanté, il est important d'en surveiller son processus et ses effets, et de choisir un ou deux indicateurs de performance et de qualité par projet (se référer à la section sur les indicateurs). Suivant l'analyse des indicateurs, il est important de déterminer si le projet doit être modifié, amélioré ou réévalué.

15. SOUTIEN FINANCIER

Ces changements constituent un nouveau *modus operandi* dans la façon d'accueillir et de gérer les problèmes de santé des personnes âgées au SU, et son implantation nécessite peu de ressources financières additionnelles. Voici quelques éléments à inclure dans le budget opérationnel :

- Équipements spécialisés
 - La plupart des éléments sont très peu coûteux, souvent même déjà présents au SU mais sous-utilisés, et seront durables dans le temps.
- Formation continue du personnel infirmier et PAB
 - Il existe un budget annuel pour l'attribution d'un certain nombre d'heures de formation à l'intention du personnel de l'urgence; il suffit d'inclure les formations en médecine d'urgence gériatrique au calendrier.
- Création d'un ou de plusieurs postes pour les professionnels constituant l'équipe interdisciplinaire
 - Il faut analyser la possibilité d'ajouter des postes supplémentaires en priorité. Toutefois, ces professionnels gravitent déjà dans le centre hospitalier et peuvent être réaffectés, soit à temps plein ou sur appel, au service d'urgence, puisque les objectifs d'un service d'urgence gériatrique sont directement en lien avec les objectifs de l'établissement.

Mettre sur pied une urgence gériatrique n'est pas synonyme de rénovation physique et matérielle. C'est tout le contraire. Un service d'urgence gériatrique réside dans les connaissances, la philosophie de soins, l'approche adaptée et, les évaluations ciblées à l'aide d'outils validés, mais surtout, dans le cœur de tous les soignants du service d'urgence. L'adopter permet de s'adapter, au plus grand bénéfice des usagers.

CONCLUSION

Les besoins des personnes âgées au SU sont complexes et nécessitent une prise en charge individualisée et holistique par l'équipe clinique. Il est nécessaire d'effectuer des changements dans la façon de prodiguer les soins au SU, dans l'objectif d'améliorer la prise en charge globale des personnes âgées. Il est de la responsabilité des gestionnaires cliniques et administratifs de mettre en place les différentes mesures proposées dans ce cadre de référence et de tenir compte de la réalité et du contexte de chaque SU. Tout ce qui se trouve dans ce cadre de référence est accessible pour tous les types de SU.

Plusieurs éléments proposés dans ce cadre de référence n'occasionnent pas de coûts supplémentaires et sont relativement simples à implanter. Il est donc suggéré de commencer par de petites victoires faciles et de bâtir sur celles-ci.

Ces changements entraîneront des avantages notables pour les personnes âgées : réduction des complications liées à la visite à l'urgence (délirium, chute, syndrome d'immobilisation, dénutrition, etc.), amélioration de la satisfaction des usagers et de leurs proches et augmentation du sentiment de compétence de l'équipe de soins au SU. Cela aura aussi pour effet d'améliorer l'organisation et la fluidité des soins et des services au SU, en plus de diminuer les coûts liés à des hospitalisations évitables.

« Parce qu'il faut prendre soin de ceux qui ont pris soin de nous. »

BIBLIOGRAPHIE

1. Carpenter, C.R., et al., *Optimal older adult emergency care: introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines from the American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine*. Acad Emerg Med, 2014. **21**(7): p. 806-9.
2. McCusker, J., et al., *Changes in Emergency Department Geriatric Services in Quebec and Correlates of These Changes*. J Am Geriatr Soc, 2017. **65**(7): p. 1448-1454.
3. Hwang, U. and R.S. Morrison, *The geriatric emergency department*. J Am Geriatr Soc, 2007. **55**(11): p. 1873-6.
4. *Approche Adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - Cadre de référence*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux 2011 [cited 2020].
5. Southerland, L.T., et al., *Concepts in Practice: Geriatric Emergency Departments*. Ann Emerg Med, 2020. **75**(2): p. 162-170.
6. Wolinsky, F.D., T.E. Stump, and R.J. Johnson, *Hospital utilization profiles among older adults over time: consistency and volume among survivors and decedents*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 1995. **50**(2): p. S88-100.
7. OMS. *Vieillesse et Santé*. [cited 2020 12 octobre]; Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
8. Lebre, C. *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*. 2001 [cited 2020 12 octobre].
9. Greenberg, D.Y.e.L., *Quatre-ving-dix ans de changements dans l'espérance de vie*. Coup d'oeil sur la santé, 2014. **no 82-624-X au catalogue de Statistique Canada**.
10. INSPQ. *Les inégalités sociales de santé au Québec - L'espérance de vie en bonne santé*. 2018 [cited 2020].
11. Ellis, B., et al., *Statement on Minimum Standards for the Care of Older People in Emergency Departments by the Geriatric Emergency Medicine Special Interest Group of the International Federation for Emergency Medicine*. CJEM, 2018. **20**(3): p. 368-369.
12. Bullard, M.J., et al., *Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines 2016*. CJEM, 2017. **19**(S2): p. S18-S27.
13. *Échelle canadienne de triage et de gravité*. [cited 2020].
14. Aldeen, A.Z., et al., *Geriatric emergency department innovations: preliminary data for the geriatric nurse liaison model*. J Am Geriatr Soc, 2014. **62**(9): p. 1781-5.
15. Sinha, S.K., et al., *A systematic review and qualitative analysis to inform the development of a new emergency department-based geriatric case management model*. Ann Emerg Med, 2011. **57**(6): p. 672-82.
16. Hogan, T.M., et al., *Development of geriatric competencies for emergency medicine residents using an expert consensus process*. Acad Emerg Med, 2010. **17**(3): p. 316-24.
17. Joseph H. Kahn, B.G.M.J., Jonathan S. Olshaker, *Geriatric Emergency Medicine - Principles and Practice*. 2014: Cambridge University Press.
18. *Acute Geriatric Series*. 2020.

19. *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - Cadre de référence*. 24 février 2011.
20. Dent, E., P. Kowal, and E.O. Hoogendijk, *Frailty measurement in research and clinical practice: A review*. Eur J Intern Med, 2016. **31**: p. 3-10.
21. O'Caoimh, R., et al., *Comparison of Frailty Screening Instruments in the Emergency Department*. Int J Environ Res Public Health, 2019. **16**(19).
22. Carpenter, C.R., et al., *Risk factors and screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients: a systematic review and meta-analysis*. Acad Emerg Med, 2015. **22**(1): p. 1-21.
23. Forman, D.E. and K.P. Alexander, *Frailty: A Vital Sign for Older Adults With Cardiovascular Disease*. Can J Cardiol, 2016. **32**(9): p. 1082-7.
24. Clegg, A., et al., *Frailty in elderly people*. Lancet, 2013. **381**(9868): p. 752-62.
25. Abbasi, M., et al., *Identification and management of frailty in the primary care setting*. CMAJ, 2018. **190**(38): p. E1134-E1140.
26. Arendts, G., et al., *Frailty, thy name is*. Emerg Med Australas, 2017. **29**(6): p. 712-716.
27. Tousignant-Laflamme, Y., et al., *Adding physical therapy services in the emergency department to prevent immobilization syndrome - a feasibility study in a university hospital*. BMC Emerg Med, 2015. **15**: p. 35.
28. Corcoran, P.J., *Use it or lose it--the hazards of bed rest and inactivity*. West J Med, 1991. **154**(5): p. 536-8.
29. Dent, E., et al., *Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management*. J Nutr Health Aging, 2019. **23**(9): p. 771-787.
30. Foxman, B., *Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs*. Dis Mon, 2003. **49**(2): p. 53-70.
31. Apisarnthanarak, A., et al., *Initial inappropriate urinary catheters use in a tertiary-care center: incidence, risk factors, and outcomes*. Am J Infect Control, 2007. **35**(9): p. 594-9.
32. Elie, M., et al., *Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients*. CMAJ, 2000. **163**(8): p. 977-81.
33. Suffoletto, B., et al., *Emergency physician recognition of delirium*. Postgrad Med J, 2013. **89**(1057): p. 621-5.
34. Boucher, V., et al., *Unrecognized Incident Delirium in Older Emergency Department Patients*. J Emerg Med, 2019. **57**(4): p. 535-542.
35. Kakuma, R., et al., *Delirium in older emergency department patients discharged home: effect on survival*. J Am Geriatr Soc, 2003. **51**(4): p. 443-50.
36. Monette, J., et al., *Evaluation of the Confusion Assessment Method (CAM) as a screening tool for delirium in the emergency room*. Gen Hosp Psychiatry, 2001. **23**(1): p. 20-5.
37. Voyer, P., et al., *RADAR: A Measure of the Sixth Vital Sign?* Clin Nurs Res, 2016. **25**(1): p. 9-29.
38. Gagne, A.J., et al., *Performance of the French version of the 4AT for screening the elderly for delirium in the emergency department*. CJEM, 2018. **20**(6): p. 903-910.
39. Inouye, S.K., R.G. Westendorp, and J.S. Saczynski, *Delirium in elderly people*. Lancet, 2014. **383**(9920): p. 911-22.
40. Caroline Collette, G.R., *Repérage et processus diagnostique de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs*, in *Cade, processus et méthodes d'élaboration du rapport*

d'évaluation et des recommandations pour la pratique. 2015, Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS-Cadre_et_processus_rep%C3%A9rage_et_processus_diagnostic_MA_TNC.pdf.

41. Barbic, D., et al., *Diagnostic accuracy of the Ottawa 3DY and Short Blessed Test to detect cognitive dysfunction in geriatric patients presenting to the emergency department*. BMJ Open, 2018. **8**(3): p. e019652.
42. Holsinger, T., et al., *Screening for cognitive impairment: comparing the performance of four instruments in primary care*. J Am Geriatr Soc, 2012. **60**(6): p. 1027-36.
43. Hsu, T.J., et al., *Predictors of non-pharmacological intervention effect on cognitive function and behavioral and psychological symptoms of older people with dementia*. Geriatr Gerontol Int, 2017. **17 Suppl 1**: p. 28-35.
44. Hwang, U. and T.F. Platts-Mills, *Acute pain management in older adults in the emergency department*. Clin Geriatr Med, 2013. **29**(1): p. 151-64.
45. Daoust, R. and J. Paquet, *Pain, and Not Opioids, Is Associated With Delirium in Older Emergency Department Patients*. Acad Emerg Med, 2020.
46. Ritcey, B., et al., *Regional Nerve Blocks For Hip and Femoral Neck Fractures in the Emergency Department: A Systematic Review*. CJEM, 2016. **18**(1): p. 37-47.
47. Hohl, C.M., et al., *Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department*. Ann Emerg Med, 2001. **38**(6): p. 666-71.
48. Budnitz, D.S., et al., *Medication use leading to emergency department visits for adverse drug events in older adults*. Ann Intern Med, 2007. **147**(11): p. 755-65.
49. (A.P.E.S.), A.d.p.d.é.d.s.d.Q., *Outil élaboré par le regroupement de pharmaciens experts en gériatrie*, in *Démarche de soins pharmaceutiques à l'admission d'une personne âgée en établissement de santé*, A.P.E.S, Editor. 2018. p. 89.
50. P., K., *Guide d'évaluation de la pharmacothérapie chez la personne âgée: Analyse de la pharmacothérapie selon la méthode ICEBERG*.
51. J., H. *Évaluation et rationalisation de la médication chez le patient âgé*
52. Québec, O.d.p.d., *Bilan comparatif des médicaments*. Recueil de politique et procédures, 2017: p. https://www.opq.org/doc/media/2647_38_fr-ca_0_recueil_bcm_vf.pdf.
53. American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert, P., *American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults*. J Am Geriatr Soc, 2012. **60**(4): p. 616-31.
54. Barry, P.J., et al., *START (screening tool to alert doctors to the right treatment)--an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients*. Age Ageing, 2007. **36**(6): p. 632-8.
55. Gallagher, P. and D. O'Mahony, *STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria*. Age Ageing, 2008. **37**(6): p. 673-9.
56. Catherine Gagnon, M.L. *Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique*. 2011 [cited 2020].

57. Marc St-Laurent, C.B., Valois Boudreault, Denise Gagné, Manon Parisien, Francine Trickey. *Cadre de référence : La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînées vivant à domicile*. 2019 [cited 2020].
58. Taylor, M.D., et al., *Trauma in the elderly: intensive care unit resource use and outcome*. J Trauma, 2002. **53**(3): p. 407-14.
59. Lehmann, R., et al., *The impact of advanced age on trauma triage decisions and outcomes: a statewide analysis*. Am J Surg, 2009. **197**(5): p. 571-4; discussion 574-5.
60. Québec, G.d., *Entente-Cadre nationale pour lutter contre la maltraitance envers les aînés*. 2018, Gouvernement du Québec: Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
61. Penrod, J.D., et al., *Hospital-based palliative care consultation: effects on hospital cost*. J Palliat Med, 2010. **13**(8): p. 973-9.
62. Weissman, D.E. and D.E. Meier, *Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care*. J Palliat Med, 2011. **14**(1): p. 17-23.
63. Smith, T.J., P.J. Coyne, and J.B. Cassel, *Practical guidelines for developing new palliative care services: resource management*. Ann Oncol, 2012. **23 Suppl 3**: p. 70-5.
64. Michel Rossignol, L.B. *Les niveaux de soins - Normes et standards de qualité*. 2016 [cited 2020].
65. Clement, J.P., [Depression in the elderly patient]. Rev Prat, 2004. **54**(7): p. 725-33.
66. Beekman, A.T., J.R. Copeland, and M.J. Prince, *Review of community prevalence of depression in later life*. Br J Psychiatry, 1999. **174**: p. 307-11.
67. Beekman, A.T., et al., *Predicting the course of depression in the older population: results from a community-based study in The Netherlands*. J Affect Disord, 1995. **34**(1): p. 41-9.
68. Preville, M., et al., *The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population*. Can J Psychiatry, 2008. **53**(12): p. 822-32.
69. Gallagher, D., et al., *Late life depression: a comparison of risk factors and symptoms according to age of onset in community dwelling older adults*. Int J Geriatr Psychiatry, 2010. **25**(10): p. 981-7.
70. Potvin, O., et al., *Anxiety disorders, depressive episodes and cognitive impairment no dementia in community-dwelling older men and women*. Int J Geriatr Psychiatry, 2011. **26**(10): p. 1080-8.
71. Hastings, S.N., et al., *Frequency and predictors of adverse health outcomes in older Medicare beneficiaries discharged from the emergency department*. Med Care, 2008. **46**(8): p. 771-7.
72. Zisberg, A., et al., *Hospital-associated functional decline: the role of hospitalization processes beyond individual risk factors*. J Am Geriatr Soc, 2015. **63**(1): p. 55-62.
73. Southerland, L.T., et al., *Safe to send home? Discharge risk assessment in the emergency department*. Emerg Med Australas, 2019. **31**(2): p. 266-270.
74. Quatman, C.E., et al., *Ten years of EMS Fall Calls in a Community: An Opportunity for Injury Prevention Strategies*. Geriatr Orthop Surg Rehabil, 2018. **9**: p. 2151459318783453.
75. Andrew, E., et al., *Drivers of Increasing Emergency Ambulance Demand*. Prehosp Emerg Care, 2020. **24**(3): p. 385.
76. Newgard, C.D., et al., *Improving early identification of the high-risk elderly trauma patient by emergency medical services*. Injury, 2016. **47**(1): p. 19-25.

77. Eastwood, K., et al., *A novel approach for managing the growing demand for ambulance services by low-acuity patients*. Aust Health Rev, 2016. **40**(4): p. 378-384.
78. Infinger, A., et al., *Development of a Content Valid and Reliable Prehospital Environmental Falls Risk Assessment Tool for Older Adults*. Prehosp Emerg Care, 2020. **24**(3): p. 349-354.
79. Zozula, A., et al., *Prehospital emergency services screening and referral to reduce falls in community-dwelling older adults: a systematic review*. Emerg Med J, 2016. **33**(5): p. 345-50.
80. Leyenaar, M.S., et al., *Examining consensus for a standardised patient assessment in community paramedicine home visits: a RAND/UCLA-modified Delphi Study*. BMJ Open, 2019. **9**(10): p. e031956.
81. Leyenaar, M.S., et al., *What do community paramedics assess? An environmental scan and content analysis of patient assessment in community paramedicine*. CJEM, 2019. **21**(6): p. 766-775.
82. Mercier, E., et al., *Elder Abuse in the Out-of-Hospital and Emergency Department Settings: A Scoping Review*. Ann Emerg Med, 2020. **75**(2): p. 181-191.
83. Cannell, B., et al., *Pilot testing the detection of elder abuse through emergency care technicians (DETECT) screening tool: results from the DETECT pilot project*. J Elder Abuse Negl, 2019. **31**(2): p. 129-145.
84. Centre hospitalier de St. Mary. ISAR : outil de dépistage des aînés à risque de perte d'autonomie se présentant à la salle d'urgence, juin 1998.

ANNEXES

ANNEXE 1 : EXEMPLE D'UNE CAPSULE D'ENSEIGNEMENT BRÈVE

Capsule de formation : Médecine d'urgence Gériatrique

Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke

Réanimation et personnes âgées

Réanimation cardio-respiratoire → % survie

- Très faible si asystolie, aucun choc délivré, et origine autre que cardiaque
- 14-24% de survie si rythme choquable, RCR précoce, personne autonome
- L'âge n'est pas nécessairement un facteur déterminant significatif

Éléments à modifier lors d'une réanimation cardio-respiratoire

ACLS

- Médicaments ACLS et joules pour choc : AUCUN CHANGEMENT
- Prise de **pouls en fémoral** (risque d'embolisation au niveau carotide)
- Réviser le **niveau de soins** avec la famille/dossier rapidement
- Considérer magnésium IV (souvent dénutrition sévère associée)

Voies respiratoires

- Oxygénation avec masque ET canule nasale
- Diminution de la mobilité cervicale (attention à hyperextension peut causer subluxation C1-C2)
- Retirer dentiers, dents fragiles et ouverture de la bouche limitée par **arthrose** de l'ATM
- Considérer la **ventilation non-invasive** pour les EAMPOC, les insuffisances cardiaque et même les pneumonies AVANT l'intubation. Excellentes données en gériatrie.
 - Contre-indications : AEC, anomalies anatomiques, conditions irréversibles.

Médication d'intubation :

- Petite dose de fentanyl si utilisée (patient très sensible aux opioïdes)
- Diminution de 50% de l'agent inducteur (sédatif)
- Même dose de curare

Réanimation volémique/choc :

- Le refill capillaire et la température aux extrémités sont des signes tardifs de choc
- Choc septique peut être possible même en l'absence de fièvre
- Petits bolus de 250 à 500 cc NS ou LR et monitoring étroit de l'oxygénation (surcharge pulmonaire), du débit urinaire, de la veine cave inférieure à l'échographie.
- La balance entre les vasopresseurs et la réanimation volémique est mince.

**** Attention à l'évaluation des signes vitaux ****

Absence tachycardie ≠ absence de choc	Rarement retrouvé chez la personne âgée car le système électrique cardiaque est altéré avec l'âge. Médicaments tels <u>beta-bloqueurs</u> empêchent la tachycardie
Seuil d'hypotension est relatif	La rigidité vasculaire altère l'interprétation de la TA. TAS normal peut être = choc (surtout si patient hypertendu de base) Seuil <u>TAs</u> en trauma = <110 (comparativement à 90 chez les <55ans)
Saturation	Diminution du métabolisme basal, donc peut de demande d'oxygène. Une saturation N au repos peut être trompeuse. Essayez à l'effort.
Rythme respiratoire	Le meilleur indicateur d'anomalie de signes vitaux en gériatrie. À prendre attentivement
Température N ≠ absence d'infection	Altération de la thermorégulation centrale, parfois <u>acétaminophène</u> régulier dans <u>dispill</u> , altération de l'immunité de base donc peut de réaction systémique à l'infection. Prendre T rectale et l'interpréter à la lumière du reste de la clinique
Glycémie	Toujours, toujours, toujours.
SV orthostatique	Parfois un signe précoce de choc, une cause de chute/syncope, un effet des médicaments, la cause de la consultation à l'urgence.

ANNEXE 2 : FEUILLET D'INFORMATION SUR LE SYNDROME D'IMMOBILISATION

BOUGER C'EST MIEUX!

Le syndrome d'immobilisation est réversible si la mobilisation débute rapidement. Selon votre degré de tolérance et après vérification auprès de votre infirmière ou de votre thérapeute, reprenez vos activités habituelles.

- Vous asseoir au fauteuil pour les repas et pour des périodes de repos.
- Faire votre toilette au lavabo ou prendre votre bain ou votre douche.
- Vous raser ou vous maquiller comme à la maison.
- Vous habiller si vous n'avez pas d'examen prévu.
- Vous lever pour aller aux toilettes.
- Marcher selon vos capacités. N'hésitez pas à demander d'être accompagné et à sortir de votre chambre.

ÉVITER DE

- Rester couché toute la journée.
- Prolonger les siestes inutilement.
- Vous coucher trop tôt pour la nuit.

Une semaine d'immobilisation peut nécessiter trois semaines de récupération, particulièrement chez la personne âgée.

CONSIGNES POUR LES PROCHES ET LA FAMILLE

Apportez à l'hôpital les effets personnels suivants et identifiez-les, s'il y a lieu :

- Verres correcteurs (lunettes)
- Appareil auditif avec piles
- Prothèses dentaires
- Bas et chaussures ou pantoufles fermées antidérapantes et confortables pour la marche
- Robe de chambre et articles de toilette : peigne, savon, brosse à dents
- Canne ou marchette utilisée habituellement à domicile

Nous vous encourageons à accompagner votre proche à se mobiliser selon les consignes du personnel. Il en va de sa santé.

Auteurs : Maryse Grégoire, inf., M.A. / Louise LeBlanc, physiothérapeute / Dr Patrice Laplante, M. Sc. CI. Merci à nos correcteurs bénévoles pour leur précieuse collaboration.

Références : Kergast et Dupras, 1999; Lacombe, 2001; Moën et Leduc, 2004; Arcand et Hébert, 2009.

© Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) / www.chus.qc.ca

Juin 2011

Ce dépliant est disponible grâce au soutien financier du Fonds Brigitte-Perreault destiné à la qualité et à la sécurité des soins.



Avec vous, pour la Vie



LE SYNDROME D'IMMOBILISATION

COMMENT CONTRER LES EFFETS NÉFASTES DU REPOS AU LIT ET DE L'INACTIVITÉ

ANNEXE 3 : FEUILLET D'INFORMATION SUR LE DÉLIRIUM

Causes les plus communes

- ♦ Fièvre, infection
- ♦ Prise d'un nouveau médicament ou de plusieurs médicaments
- ♦ Douleur
- ♦ Intoxication, sevrage, abus de substances (médicaments, alcool, drogue)
- ♦ Déshydratation
- ♦ Rétention urinaire, constipation
- ♦ Chirurgie récente
- ♦ Hypoxie (manque d'oxygène)
- ♦ Chute, blessure récente, traumatisme
- ♦ Maladie grave : infarctus, cancer, accident vasculaire cérébral (AVC)
- ♦ Complications neurologiques ou psychiatriques
- ♦ Taux de sucre anormal dans le sang (trop haut, trop bas)
- ♦ Déficit visuel ou auditif
- ♦ Changement d'environnement (relocalisation, hospitalisation, déménagement récent)
- ♦ Peur, anxiété, dépression, deuil, perte récente, chagrin
- ♦ Privation de sommeil
- ♦ Sur ou sous stimulation des sens

Mars 2010

Marisa Grégoire, inf. M.A., conseillère cadre clinicien,
Programme clientèle en médecine gériatrie et urgences
Patrice Lapierre MD, M. Sc. O., chef médical,
Programme clientèle en médecine gériatrie et urgences
Martine Proulx, inf. M. Sc., conseillère cadre clinicien,
Programme clientèle en soins médicaux spécialisés

Comment aider ?

Votre présence est rassurante et aidante pour votre parent ou votre proche. Vous pouvez :

- ♦ Réduire les stimulations : bruits, lumières. Favoriser la lumière du jour dans la chambre.
- ♦ Créer une atmosphère calme.
- ♦ Apporter photos, objets familiers, horloge, montre.
- ♦ Lui faire porter ses lunettes, prothèses dentaires, prothèses auditives.
- ♦ Laisser à portée de mains canne et marchette.
- ♦ Être souriant et rassurant en lui disant qu'il est en sécurité et qu'il va se rétablir.
- ♦ Parler avec des phrases courtes et simples. Aborder des sujets qui l'intéressent sans trop le stimuler.
- ♦ Établir une routine près de ses habitudes.
- ♦ Lui rappeler la date, l'heure, la saison, où il est et pourquoi.
- ♦ En vérifiant d'abord avec l'équipe soignante (diète, restriction) offrir à boire, à manger et l'aider au besoin, marcher avec lui, le faire asseoir au fauteuil.
- ♦ S'il a de drôles d'idées, ne pas argumenter, le replacer doucement dans la réalité.
- ♦ Lui apporter ses journaux et lectures préférées. Au besoin lui faire la lecture.
- ♦ Lui tenir compagnie (aux heures de repas, le soir et même la nuit si vous le pouvez). Alterner avec d'autres membres de la famille.

CHUS Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Un membre de votre famille ou un proche présente un épisode de

DÉLIRIUM

Comment l'aider ?

FONDATION
Centre hospitalier
universitaire de Sherbrooke

Brigitte Perreault

Ce feuillet informatif est disponible grâce au soutien du Fonds Brigitte-Perreault destiné à la qualité et à la sécurité des soins

Qu'est-ce que le délirium ?

- ♦ Le délirium se manifeste par un désordre global et transitoire des fonctions mentales qui peut modifier les comportements et la manière de penser de la personne atteinte.
- ♦ Il survient soudainement, ce qui le distingue de la démence.
- ♦ Habituellement, il peut durer de quelques jours à quelques semaines.
- ♦ Le délirium est une condition fréquente chez la personne âgée hospitalisée, bien qu'il puisse se présenter à tout âge.
- ♦ Une personne âgée atteinte de démence est plus à risque de développer un délirium en cours d'hospitalisation.
- ♦ Le délirium est une condition sérieuse mais, dans la plupart des cas, ne laisse pas de séquelles.



N'hésitez pas à discuter de vos inquiétudes avec le médecin et l'équipe de soins.

- ♦ Une personne peut présenter quelques symptômes ou plusieurs en même temps.
- ♦ Les symptômes fluctuent dans le temps, parfois dans la même journée.
- ♦ Votre proche peut vous sembler comme à l'habitude le matin et ne plus savoir où il se trouve à la tombée du jour.
- ♦ Bien que les comportements excessifs, comme l'agitation, permettent de reconnaître le délirium plus facilement, un comportement plus ralenti peut aussi cacher un délirium.

« Le délirium est un appel à l'aide désorganisé d'un patient chez qui quelque chose ne va pas, sans qu'il puisse l'exprimer autrement »
(Roule et Plouffe, 2004)



Références :

Dupuis, 2009 ; Anand et Hébert, 2007 ; Voyer, 2008, 2007 ; ~~Chaus~~, 1998, 2008 ; ~~MD~~, 2006 ; CHUS, 2005 ; Lapierre et al., 2005 ; Cole, 2004 ; Morin et Plouffe, 2004 ; Desjardins et al., 2005.

Quels sont les symptômes fréquents ?

- ♦ Diminution de la concentration et de l'attention.
- ♦ Irritabilité, agitation, colère.
- ♦ Activités motrices (augmentées ou diminuées).
- ♦ Anxiété, tristesse, tendance à s'isoler, peur, frustration, période de perte de contrôle.
- ♦ Fatigue, hypersomnolence.
- ♦ Difficulté à s'exprimer (marmonne).
- ♦ Lenteur à répondre aux questions.
- ♦ Propos décousus, incohérents, illogiques.
- ♦ Difficulté à suivre des consignes simples.
- ♦ Trop calme, apathique, non demandeur, désintéressé.
- ♦ Désorientation dans le temps (ne sait pas quel jour on est), dans l'espace (ne sait plus où il est), aux personnes (ne reconnaît pas les gens).
- ♦ Troubles de mémoire (oublis).
- ♦ Hypersensibilité aux bruits et à la lumière.
- ♦ Période d'éveil la nuit et somnolence le jour.
- ♦ Hallucinations (voit ou entend des choses imaginaires).
- ♦ Illusion (erreur de perception).
- ♦ Difficulté à manger, boire, se laver, s'habiller et faire ses activités habituelles.

ANNEXE 4 : FEUILLET D'INFORMATION SUR L'UTILISATION D'UNE MARCHETTE

MAUVAIS AJUSTEMENT DE LA HAUTEUR



AJUSTEMENT TROP HAUT

Une marchette trop haute augmente les tensions musculaires au cou et aux épaules et diminue la force d'appui sur la marchette.



AJUSTEMENT TROP BAS

Une marchette trop basse augmente les tensions musculaires au bas du dos et la pression sur les poignets et les mains.

Une marchette mal ajustée vous causera de la douleur au cou, au dos, aux poignets, aux mains et aux épaules. Un mauvais ajustement peut provoquer des pertes d'équilibre.

PRÉVENIR LES CHUTES



- Ne sortez pas du **cadre** de la marchette.
- **Ne levez pas** la marchette pour changer de direction.

VOUS LEVER D'UN FAUTEUIL

- Utilisez les appuis-bras du fauteuil pour vous soulever.
- Déplacez vos mains une par une sur les poignées de la marchette.

BON



MAUVAIS



VOUS ASSEoir

- Assurez-vous que l'arrière de vos genoux est appuyé au siège du fauteuil.
- Placez les mains une par une sur les appuis-bras afin de garder l'équilibre.

CONSEILS

- Choisissez votre marchette en fonction de votre poids.
- Soyez bien chaussé en tout temps. Portez des souliers confortables qui offrent un bon soutien et ne glissent pas.
- Vérifiez régulièrement l'état de votre marchette : les embouts, les freins et la condition des roues. Nettoyez les poignées et les embouts chaque jour.
- Suivez les indications du fabricant pour ajuster les accessoires. Pour éviter le déséquilibre, n'accrochez pas de sac d'un seul côté de la marchette.
- Si vous avez des problèmes à la marche avec votre marchette, consultez un professionnel tel qu'un physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique.

L'utilisation optimale de votre marchette vous permet de vous déplacer avec une démarche naturelle et sécuritaire. Elle vous redonne stabilité et confiance.

Auteurs : Louise LeBlanc, physiothérapeute,
Mylene Grignon, inf., M.A.
Recommandations : Marie-Claude Piché, ergothérapeute,
Sylvain Samson, inf., B.Sc., Alexandra Théberge,
L.J. Photographes, 819 571-7080
Références : Centre provincial de la physiothérapie
du Québec (2004). Ajuster votre aide à la marche : une démarche efficace.
© Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) /
www.chus.qc.ca
Jun 2011

CHUS Centre hospitalier
universitaire de Sherbrooke
Avec vous, pour la Vie



MARCHETTE

GUIDE POUR CHOISIR,
AJUSTER ET
BIEN UTILISER
UNE MARCHETTE

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE ISAR (IDENTIFICATION OF SENIOR AT RISK)

LOGO

Outil ISAR (recto)

A D R E S S O G R A P H E

Veillez répondre par oui ou par non à chacune de ces questions

			À l'usage de l'hôpital seulement
1. Avant la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, aviez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider sur une base régulière?	☐ OUI	01	
	☐ NON	00	
2. Depuis la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, avez-vous eu besoin de plus d'aide qu'à l'habitude pour prendre soin de vous?	☐ OUI	01	
	☐ NON	00	
3. Avez-vous été hospitalisé(e) 1 nuit ou plus au cours des derniers 6 mois (excluant un séjour à l'urgence)?	☐ OUI	01	
	☐ NON	00	
4. En général, voyez-vous bien?	☐ OUI	00	
	☐ NON	01	
5. En général, avez-vous des problèmes de mémoire?	☐ OUI	01	
	☐ NON	00	
6. Prenez-vous plus de 3 médicaments différents par jour?	☐ OUI	01	
	☐ NON	00	

OUTIL ISAR (verso)

Section 1 - Sources d'informations (Cocher une seule case et suivre la consigne associée à la situation)	
☐ Usager orienté dans le temps et l'espace	Usager complète ISAR
☐ Usager orienté dans le temps et l'espace mais ne peut compléter ISAR pour diverses raisons (ne peut lire, déficience physique,...)	Usager complète ISAR avec l'aide d'un intervenant ou de la personne significative
☐ Usager désorienté dans le temps et l'espace, personne significative disponible	Personne significative complète ISAR
☐ Usager désorienté dans le temps et l'espace, personne significative non disponible	Dépistage positif d'emblée
☐ Usager médicalement instable	Dépistage impossible, reporté
Nom de la personne significative: _____ Tél: _____	

Section 2 - Résultat du dépistage
Additionner les réponses (0 ou 1 point)
Si l'usager a obtenu un résultat de 2 points ou plus, le résultat du dépistage est positif
Résultat: _____ / 6 points
Dépistage positif ☐ Dépistage négatif ☐

Section 3 - Personne(s) avisée(s) si dépistage positif
☐ Infirmière de liaison: _____
☐ Travailleuse sociale: _____
☐ Autre: _____

ANNEXE 6 : PRISMA-7



Prénom :
Nom à la naissance :
Date de naissance :
Adresse :
Municipalité :
Code postal :
Numéro de téléphone :

Numéro d'assurance maladie (RAMQ) :

QUESTIONNAIRE PRISMA-7

pour le repérage des personnes âgées
de 75 ans et plus en perte d'autonomie

Veillez cocher le contexte de repérage :

- | | |
|--|--|
| ☐ Domicile | ☐ Guichet d'accès/ analyse-accueil-orientation et référence |
| ☐ Résidence pour personne âgées | ☐ Hôpital-Urgence |
| ☐ Organisme communautaire | ☐ Hôpital-unité de soins |
| ☐ Entreprise d'économie sociale d'aide à domicile | ☐ Clinique externe |
| ☐ Pharmacie communautaire | ☐ Groupe ou unité de médecine familiale |
| ☐ Centre de jour | ☐ Clinique médicale |
| ☐ Hôpital de jour | ☐ Événement (ex : campagne de vaccination) |

Valider les éléments suivants :

- Vérifier si la personne âgée doit remplir ce questionnaire (ne pas remplir ce questionnaire si la personne est âgée de moins de 75 ans ou si son état d'autonomie est connu des services du soutien)
- Expliquer à la personne âgée en quoi consiste le repérage PRISMA-7.
- Valider le consentement de la personne âgée.

Valider le consentement au repérage de la personne:

J'accepte que mes réponses et mes coordonnées soient transmises au CISSS/CIUSSS qui me contactera seulement si nécessaire.

Signature de la personne/proche

Téléphone

Date (aaaa/mm/jj)

☐ Obtention du consentement verbal de la personne âgée ou du proche

Veillez indiquer qui a complété le questionnaire PRISMA-7 au verso :

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| ☐ L'utilisateur lui-même | ☐ Intervenant | ☐ Livreur de pharmacie |
| ☐ Proche | ☐ Facteur | ☐ Livreur épicerie |
| ☐ Bénévole | ☐ Policier | ☐ Autre |
| ☐ Commis | ☐ Ambulancier | ☐ Information non disponible |
| ☐ Agente administrative | | |

Signature du prestataire de services

Téléphone

Date (aaaa/mm/jj)

Questionnaire PRISMA-7 au verso

Consignes à l'intention de la personne âgée :

- Si vous avez 75 ans et plus, remplir les 7 questions suivantes.
- Indiquez spontanément ce que vous pensez et remettez la feuille au responsable concerné.

Question	Réponse	
1. Avez-vous 85 ans ou plus ?	oui ☐	non ☐
2. Sexe Masculin ?	oui ☐	non ☐
3. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ?	oui ☐	non ☐
4. Avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider régulièrement ?	oui ☐	non ☐
5. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à rester à la maison ?	oui ☐	non ☐
6. Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ?	oui ☐	non ☐
7. Utilisez-vous régulièrement une canne ou une marchette ou un fauteuil roulant pour vous déplacer ?	oui ☐	non ☐

Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS)®

- [Baïche, M., Hébert, R., Dubois, M.F., Grégoire M, Bolduc J., Bureau C., Veil A.](#) Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7 : développement, implantation et utilisation. La Revue de Gériatrie, 2007; 32(3): 209-218.
- [Baïche M, Hébert R, Dubois M-F.](#) PRISMA-7: A case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. Archives of Gerontology and Geriatrics 2008; 47(1): 9-18.

Envoyer tous les questionnaires complétés aux coordonnées ci-dessous :

Télécopieur :

Courriel :

Téléphone :

ANNEXE 7 : CLINICAL FRAILITY SCALE

Score de Fragilité Clinique



1 Très en forme - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.



2 Bien - Personnes qui ne présentent **aucun symptôme de maladie active** mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très **actives par période**. (par exemple des variations saisonnières).



3 Assez bien - Personnes dont les **problèmes médicaux** sont **bien contrôlés**, mais ne sont **pas régulièrement actives** au-delà de la marche quotidienne.



4 Vulnérable - **Sans être dépendantes** des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs **symptômes limitent leurs activités**. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.



5 Légèrement fragile - Personnes qui ont souvent un **ralentissement plus évident**, et ont besoin d'aide dans les **activités d'ordre élevé de la vie quotidienne** (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 Modérément fragile - Personnes qui ont besoin d'aide pour **toutes les activités à l'extérieur** et pour l'**entretien de la maison**. A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide pour **prendre un bain** et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.



7 Sévèrement fragile - **Totalement dépendantes pour les soins personnels**, quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).



8 Très sévèrement fragile - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.



9 En phase terminale - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une **espérance de vie < 6 mois**, qui **sinon ne sont pas fragiles de façon évidente**.

Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

Les **symptômes courants de démence légère** inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.

Dans la **démence modérée**, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.

Dans la **démence grave**, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.

Fig. 2 Clinical Frailty Scale, French translated final version (CFS-FR). Permission to use the CSF was granted from Dalhousie University, Ca. May 15. 2017

ANNEXE 8 : OUTIL POUR LE DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE STAND

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec



HÔPITAL BROME-MISSISQUOI-PERKINS

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE (URGENCE ET SOINS INTENSIFS) OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE STAND¹

Année: Mois: Jour: h

Date Heure

Raison pour laquelle le dépistage de la dysphagie n'a pas été fait < 4 heures :

- ☐ Évaluation de la déglutition déjà réalisée ☐ A jeun pour chirurgie/Sonde nasogastrique
☐ Post thrombectomie ☐ Intubé/trachéotomisé ☐ Autre : _____

ATTENTION : DÉPISTAGE PAR L'INFIRMIÈRE AVANT TOUTE PRISE PER OS

ÉVALUATION INITIALE

- ☐ Trop somnolent ou niveau de SpO₂ < 90 %
Résultat anormal : gardez NPO, complétez la section Résultat du dépistage
☐ La voix est mouillée ou le patient est incapable de gérer ses sécrétions
Résultat anormal : gardez NPO, complétez la section Résultat du dépistage
☐ Antécédents de dysphagie
Résultat anormal : gardez NPO, complétez la section Résultat du dépistage
OU
☐ Alert et maintient un niveau de SpO₂ ≥ 90 %, capable de gérer ses sécrétions orales et sans antécédent de dysphagie.
Débuter la section Essais cliniques de déglutition

ESSAIS CLINIQUES DE DÉGLUTITION

1. PURÉE : Offrez une cuillère à thé de compote de pommes ou de pouding
☐ Aucune difficulté observée
Résultat normal : passez à l'essai avec l'eau
☐ Difficulté(s) observée(s). Problème(s) spécifique(s) n° _____ (voir liste des problèmes ci-dessous)
Résultat anormal : arrêtez, complétez la section Résultat du dépistage
2. EAU : Offrez 90 mL au verre et ensuite 90 mL à la paille
☐ Aucune difficulté observée
Résultat normal : complétez la section Résultat du dépistage
☐ Difficulté(s) observée(s). Problème(s) spécifique(s) n° _____ (voir liste des problèmes ci-dessous)
Résultat anormal : arrêtez, complétez la section Résultat du dépistage

LISTE DES PROBLÈMES

- | | | |
|--|--|--|
| 1. Toux/Dérhumage | 4. Présence de résidus dans les joues | 7. Larmoiement lors de la déglutition |
| 2. Voix mouillée | 5. Écoulement péri-buccal | 8. Désaturation en oxygène/
Essoufflement |
| 3. Retient les aliments dans la bouche | 6. Retard/ Difficulté/Douleur à la déglutition | |

RÉSULTAT DU DÉPISTAGE

Vous devez cocher une seule case : ☐ Normal ☐ Anormal

Actions – Cochez les cases pertinentes

- ☐ Si l'évaluation est **normale**, alimentez le patient avec la diète/texture prescrite par le médecin traitant.
☐ Si l'évaluation est **anormale** :
☐ NPO
☐ Anomalies observées ont été rapportées au médecin traitant
☐ Médecin traitant a été avisé que le patient ne peut prendre sa médication per os
Si le patient réussit l'essai avec la purée, mais échoue avec l'eau, il peut prendre sa médication per os pouvant être écrasée dans la purée.
☐ Demande de services d'un professionnel (nutrition clinique, orthophonie ou ergothérapie), selon la procédure en vigueur dans votre installation, avec mention « **Échec au STAND** ».

POUR TOUS LES PATIENTS – Continuez à surveiller les symptômes d'aspirations silencieuses : pics de température, diminution du niveau de saturation en oxygène pendant l'alimentation, changement à l'auscultation des poumons.

©, CHUM, 2017 – adapté CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2018

FDCU-ER-002

Signature de l'infirmier(ère)

2018-08

Nom en caractère d'imprimerie

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE (URGENCE ET SOINS INTENSIFS)
OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE STAND

Date

DOSSIER MÉDICAL

GUIDE D'APPLICATION DE L'OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE STAND
(SCREENING TOOL FOR ACUTE NEUROLOGICAL DYSPHAGIA)
AUPRÈS DES CLIENTÈLES POST AVC ET DE SCIENCES NEUROLOGIQUES

BUTS DE L'OUTIL : Assurer une détection précoce et standardisée de la dysphagie; intervenir selon les constats du dépistage; orienter le patient vers les services appropriés.

CLIENTÈLE VISÉE : Tout patient avec AVC dans un délai de **4 heures post arrivée à l'urgence** ou dès suspicion d'un trouble de dysphagie chez tout patient.

CONSIDÉRATIONS AVANT LE DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE :

- Maintenir le patient NPO jusqu'au dépistage de la dysphagie.
- Assurer un environnement calme et limiter les distractions pour le patient.
- Se procurer le matériel requis :
 - Compote de pommes ou pouding;
 - Une cuillère à thé;
 - Trois verres (deux remplis d'eau et un vide);
 - Un contenant à médicament de 30 mL;
 - Une paille.
- Vérifier que le patient soit éveillé et alerte.
- S'assurer du port des lunettes, prothèses auditives et prothèses dentaires s'il y a lieu.
- Asseoir le patient à 90 degrés au fauteuil ou sur civière.

IMPORTANT : Pour tout patient ayant reçu la **thrombolyse**, valider d'abord avec le neurologue si le patient peut être mis en position assise.

Pour tout patient ayant subi une **thrombectomie**, celui-ci ne peut être mis en position assise avant **6 heures** post-traitement.

- Aligner la tête et le tronc, tête légèrement fléchie avec menton légèrement abaissé.
- Effectuer une brève évaluation de la santé buccale et prodiguer les soins buccaux appropriés chez le patient.

DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE :

- Procéder au dépistage de la dysphagie au moyen de l'outil STAND.
- **Si aucun résultat anormal** n'est identifié en cours de passation de l'outil, **l'évaluation est considérée normale**, alimenter le patient selon la prescription médicale.
- **Dès qu'un résultat anormal** est identifié, **cesser le dépistage et maintenir le patient NPO** :
 - Rapporter les anomalies au médecin traitant.
 - Aviser le médecin traitant que le patient ne peut prendre sa médication per os.

IMPORTANT : Si le patient réussit l'essai avec la purée, mais échoue avec l'eau, il peut prendre sa médication per os pouvant être écrasée dans la purée.

- Acheminer une demande de services d'un professionnel (nutrition clinique, orthophonie **ou** ergothérapie), selon la procédure en vigueur dans votre installation, avec mention « **Échec au STAND** ».
- Déposer le formulaire de dépistage STAND complété au dossier médical (onglet *Observation soins infirmiers*).

*Traduction française libre du *Screening Tool Acute Neurological Dysphagia* effectuée par le service d'audiologie-orthophonie du CHUM avec l'autorisation de Tim Shephard, Ph. D., CNS, CNRN, co-auteur de l'outil (septembre 2013)

ANNEXE 9 : OUTIL CLINIQUE POUR L'UTILISATION DE LA SONDE URINAIRE

Sondes urinaires

Utilisation et surveillance sécuritaire des sondes / cathéters IV

Rappels

- Indications et durée du sondage vésical doivent être limitées et reconsidérées :
 - **die** par le médecin
 - **q 8 h** par l'infirmière et en informer le médecin
- Lavage des mains essentiel **avant** et **après** la manipulation de la sonde
- Gants changés entre chaque patient
- Lavage des mains entre chaque patient
- Installation de la sonde réalisée en technique d'asepsie
- Hygiène périnéale :
 - avant l'installation et avant le retrait de la sonde
 - procéder aux soins périnéaux **régulièrement** et après chaque incontinence fécale
- S'assurer de respecter la **technique** pour les prélèvements de labo (système clos)
- Privilégier les alternatives à la sonde (condom urinaire, cathétérisme intermittent, échographie sus-pubienne, *bladder scan*) pour la mesure du résidu vésical

Hôpital Fleurimont
3001, 12^e Avenue Nord
Sherbrooke QC J1H 5N4
819 346-1110

CHUS
Centre hospitalier
universitaire
de Sherbrooke

Hôtel-Dieu
580, rue Bowen Sud
Sherbrooke QC J1G 2E8
819 346-1110

www.chus.qc.ca

Bureaux administratifs
500, rue Murray
Sherbrooke QC J1G 2K6
819 346-1110

Fondation
du CHUS

Angèle Péroault

ANNEXE 10 : CAM (CONFUSION ASSESSEMENT METHOD)

« Délivrez-nous du delirium »

Algorithme diagnostique du CAM
(Confusion Assessment Method)

Un delirium est suspecté chez un patient lorsqu'on est en présence des critères 1 et 2 ET du critère 3 OU 4

Critères principaux

Critère 1	Début soudain et fluctuation des symptômes
	• Changement soudain de l'état mental (cognitif) du patient par rapport à son état habituel. • Fluctuation durant la journée (disparaît, réapparaît, s'accroît, s'atténue).
Critère 2	Inattention
	• Difficulté à focaliser son attention (facilement distrait, difficulté à retenir ce qui a été dit). • Difficulté à suivre des directives simples (ex. : ne peut nommer les mois de l'année à l'envers, ou se rappeler ce qu'on vient de lui dire). • Facile à distraire. • Lenteur à répondre aux questions.

CHUS - Hôpital Fleurimont
3001, 12^e Avenue Nord
Sherbrooke, QC J1H 5N4
819 346-1110

CHUS Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

CHUS - Hôtel-Dieu
580, rue Bowen Sud
Sherbrooke, QC J1G 2E8
819 346-1110

Fondation CHUS

www.chus.qc.ca

« Délivrez-nous du delirium »

Critères principaux (suite)

Critère 3	Désorganisation de la pensée
	• Pensée désorganisée ou incohérente. • Conversation décousue ou non pertinente, suite vague ou illogique des idées. • Passe d'un sujet à l'autre de façon imprévisible (coq-à-l'âne). • Difficulté à exprimer clairement ses idées.
Critère 4	Altération de l'état de conscience
	Tout autre état qu'alerte (normal, éveillé) est signe d'altération : • Hypervigilance, sensibilité excessive aux stimuli de l'environnement (sursaute facilement). • Léthargie (sommelont mais se réveille facilement). • Stupeur (difficile à réveiller). • Coma (impossible à réveiller, inconscient).

Références : Dugas, (2009); Voyer, (2007,2008); Inouye *et al.*, (1990, 2001, 2006); Laplante *et al.*, (2005); CHUM, (2005); Freter et Rockwood, (2004).

Mai – 2013

Adaptation par :

Maryse Grégoire, inf. M.A., conseillère cadre clinicienne
Programme-clinique en médecine générale et urgences

Patrice Laplante, MD M. Sc. Cl. chef médical
Programme-clinique en médecine générale et urgences

Martine Proulx, inf. M.Sc., conseillère cadre clinicienne
Programme-clinique en soins médicaux spécialisés



ANNEXE 11 : OUTIL DE DÉTECTION DU DÉLIRIUM RADAR



R.A.D.A.R.

Repérage Actif du Délirium Adapté à la Routine
© Philippe Voyer
www.fsi.ulaval.ca/radar



Lorsque vous lui avez administré ses médicaments, (cochez oui ou non)		Date :			Date :			Date :			Date :			Date :			Date :		
		Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales
1. Le patient était-il somnolent?	8 h																		
	12 h																		
	17 h																		
	HS																		
2. Le patient avait-il de la difficulté à suivre vos consignes?	8 h																		
	12 h																		
	17 h																		
	HS																		
3. Les mouvements du patient étaient-ils au ralenti?	8 h																		
	12 h																		
	17 h																		
	HS																		

Nom	Initiales	Nom	Initiales	Nom	Initiales	Nom	Initiales

ANNEXE 12 : ÉCHELLE DE DÉLIRIUM 4-AT



Test d'évaluation du délirium et des troubles cognitifs

Nom du patient :

(étiquette)

Date de naissance :

Numéro de dossier :

Date :

Heure :

Évaluateur :

ENCERCLER

[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	4

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

INSTRUCTIONS

Version 1.2. Informations et téléchargement: www.the4AT.com

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

ANNEXE 13 : OUTIL D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR ALGO-PLUS



☐ Hôpital Fleurimont

ÉCHELLE ALGOPLUS ÉCHELLE D'ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR AIGUË CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE PRÉSENTANT DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION VERBALE

Cocher ☒ si « oui » et inscrire au bas de la colonne le nombre total de « oui » /5

Date de l'évaluation de la douleur	___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___	
Heure	___ h ___		___ h ___		___ h ___		___ h ___		___ h ___		___ h ___	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1 - VISAGE Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 - REGARD Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 - PLAINTES « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 - CORPS Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 - COMPORTEMENTS Agitation ou agressivité, agrippement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
TOTAL DES OUI :	/5		/5		/5		/5		/5		/5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation :	☐ Médecin ☐ Infirmière ☐ Inf. aux. ☐ Physio.		☐ Médecin ☐ Infirmière ☐ Inf. aux. ☐ Physio.		☐ Médecin ☐ Infirmière ☐ Inf. aux. ☐ Physio.		☐ Médecin ☐ Infirmière ☐ Inf. aux. ☐ Physio.		☐ Médecin ☐ Infirmière ☐ Inf. aux. ☐ Physio.		☐ Médecin ☐ Infirmière ☐ Inf. aux. ☐ Physio.	
Nom du professionnel												
Caractères d'imprimerie →												
Signature →												

*Voir les consignes au verso

Produit
2019

ÉCHELLE ALGOPLUS – ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR AIGUË
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE PRÉSENTANT DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION ÉCRITE

Page 1 de 2
DOSSIER MÉDICAL

ANNEXE 14 : LISTE DE VÉRIFICATION POUR LE BLOC NERVEUX FÉMORAL

Bloc nerveux fémoral

✓ CHECK LIST

- ✓ L'appareil d'échographie (sonde vasculaire)
- ✓ Votre grandeur de gants stériles
- ✓ Anesthésique local
 - Dose suggérée : 20cc de buvicaine 0.25%
- ✓ **La boîte à bloc fémoral qui contient :**
 - ✓ Bâtons désinfectants
 - ✓ Champs troués
 - ✓ Aiguille 18G (pour prélever buvicaine)
 - ✓ Aiguille de votre choix :
 - Aiguilles 22G et 25G 1 ½"
 - Aiguilles 25G et 20G 3 ½"
 - ✓ Connecteurs (entre aiguille et seringue) (PRN)
 - ✓ Gelée d'écho stérile
 - ✓ Tegaderms pour couvrir la sonde d'écho
 - ✓ Pansements adhésifs
 - ✓ Seringues de 20 cc

Votre patient est maintenant bien soulagé ! Merci !

ANNEXE 15 : AFFICHE INFORMATIVE SUR LES MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS POUR LA PERSONNE ÂGÉE

ATTENTION

MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS POUR LA PERSONNE ÂGÉE HOSPITALISÉE (75 ANS ET PLUS)

Afin de **réduire les syndromes de délirium et d'immobilisation** liés à l'hospitalisation chez la personne âgée, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS propose de diminuer l'utilisation de certains médicaments potentiellement néfastes et souvent inutiles pendant le séjour hospitalier.

MÉDICAMENTS À ÉVALUER OU À ÉVITER D'INTRODUIRE*

(mais qui devraient possiblement être maintenus, lentement sevrés ou substitués chez le patient qui en faisait usage à domicile)

ANALGÉSIIQUES

- Amitriptyline [Elavil®]
- Gabapentine [Neurontin®] et Prégabaline [Lyrica®] en l'absence de douleur neuropathique
- Mépéridine [Demerol®]

ANTICHOLINERGIQUES

- Agents gastrointestinaux :
Dicyclomine [Bentylol®]
Métoclopramide [Maxeran®]
Prochlorpérazine [Stemetil®]
- Agents urinaires :
Fésotérodine [Toviaz®]
Oxybutynine [Ditropan®]
Solifénacine [Vesicare®]
Toltérodine [Detrol®]
Trospium [Trosec®]
- Antihistaminiques
- Antiparkinsoniens :
Benztropine [Cogentin®]
Procyclidine [Kemadrin®]
Trihexyphénidyl [Artane®]

ANTIDÉPRESSEURS

- à propriétés anticholinergiques :
Fluoxétine [Prozac®]
Paroxétine [Paxil®]

BENZODIAZÉPINES

- à longue durée d'action

BISPHOSPHONATES ORAUX

- en période d'immobilité

DIGOXINE

- [Lanoxin®, Toloxin®]
à dose > 0,125 mg PO die
ou à taux sérique > 1,3 nmol/L.

MÉDICAMENTS À ÉVITER OU À RÉDUIRE EN PRÉSENCE DE DÉLIRIUM*

AGENTS CARDIOVASCULAIRES

- Digoxine [Lanoxin®, Toloxin®]

ANTICONVULSIVANTS

- ANTIDÉPRESSEURS
Amitriptyline [Elavil®]
Clomipramine [Anafranil®]
Désipramine [Norpramin®]
Duloxétine [Cymbalta®]
Fluoxétine [Prozac®]
Nortriptyline [Aventyl®]
Paroxétine [Paxil®]

ANTIDIARRHÉIQUES

- Atropine-diphenoxylate [Lomotil®]
Lopéramide [Imodium®]

ANTIÉMÉTIQUES

- Dimenhydrinate [Gravol®]
Métoclopramide [Maxeran®]
Prochlorpérazine [Stemetil®]

ANTIISTAMINIQUE

- Cétirizine [Réactine®]
Diphenhydramine [Benadryl®]
Hydroxyzine [Atarax®]
Loratadine [Claritin®]
Prométhazine [Phenergan®]
Ranitidine [Zantac®]

ANTIMUSCARINIQUES URINAIRES

- Fésotérodine [Toviaz®]
Oxybutynine [Ditropan®]
Solifénacine [Vesicare®]
Toltérodine [Detrol®]
Trospium [Trosec®]

ANTIPARKINSONIENS

- Amantadine [Symmetrel®]
Benzotropine [Cogentin®]
Pramipexole [Mirapex®]
Procyclidine [Kemadrin®]
Trihexyphénidyl [Artane®]

ANTISPASMODIQUES

- Dicyclomine [Bentylol®]
Glycopyrrolate [Robinul®]
Scopolamine [hyoscine ou Buscopan®]

BARBITURIQUES

BENZODIAZÉPINES

CORTICOSTÉROÏDES

LITHIUM

NARCOTIQUES (autres)

- Codéine
- Hydromorphone
[Dilaudid®, Hydromorph Contin®]
- Morphine
[Kadian®, M-Eslon®, MS Contin®, Statex®]
- Oxycodone
[Supeudol®, OxyContin®]
- Tramadol

RELAXANTS MUSCULAIRES

- Baclofène [Lioresal®]
Cyclobenzaprine [Flexeril®]
Orphénadrine [Norflex®]
Tizanidine [Zanaflex®]

* Liste non exhaustive. Voir aussi le dépliant *Médicaments potentiellement inappropriés pour la personne âgée hospitalisée*.

Auteur : Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA)
Révision : Chantal Bélanger et le Dr Serge Brazeau

Mise en page : Service des communications

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke | santestrie.qc.ca | Décembre 2018

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec

ANNEXE 16 : ÉCHELLE DE DÉPRESSION GDS (GERIATRIC DEPRESSION SCALE)

GDS 15 items		
Nom du patient :	Prénom du patient :	
Date de naissance du patient :	Sexe : ☐ H ☐ F	Date du test :
Nom et status de l'accompagnant :		

Entourez la proposition qui correspond à votre état (en tenant compte des dernières semaines).

Comptez 1 si la réponse est : NON aux questions 1, 5, 7, 11, 13 OUI aux autres questions	OUI	NON
1 Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	☐	☐
2 Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	☐	☐
3 Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	☐	☐
4 Vous ennuyez-vous souvent ?	☐	☐
5 Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	☐	☐
6 Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	☐	☐
7 Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	☐	☐
8 Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	☐	☐
9 Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?	☐	☐
10 Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	☐	☐
11 Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	☐	☐
12 Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	☐	☐
13 Avez-vous beaucoup d'énergie ?	☐	☐
14 Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	☐	☐
15 Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	☐	☐

Calculez le score : /15

Résultats :

- Le score normal est inférieur à 5.
- À partir de 5 il y a un risque de dépression.
- Un total supérieur à 12 est en faveur d'une dépression sévère.

[Cette échelle est validée pour le dépistage systématique de la dépression mais n'est pas suffisante à elle seule pour établir un diagnostic.]

ANNEXE 17 : ÉCHELLE DE DÉPRESSION DE CORNELL



Maladie d'Alzheimer
et maladies apparentées

OUTIL D'ÉVALUATION

PROMOTION DE L'AMÉLIORATION
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
Dans le cadre du programme MobiQual



4

Échelle de dépression de Cornell

Cornell scale for depression in dementia. Biol Psych 1988; 23:271-84.

Cette échelle a été élaborée pour faciliter le dépistage de la dépression chez des personnes dont le syndrome dementiel est déjà installé, avec un MMS < 15.

L'examineur doit essayer de la poser en interrogatoire direct avec le patient pendant une dizaine de minutes, mais également en hétéro-évaluation avec sa famille pendant une vingtaine de minutes.

Nom du patient :		Prénom du patient :	
Date de naissance du patient :	Sexe : ☐ H ☐ F	Date du test :	
Nom et statut de l'accompagnant :			

Les évaluations doivent être basées sur les symptômes et les signes présents pendant la semaine précédant l'entretien. Aucun point ne devra être attribué si les symptômes sont secondaires à une infirmité ou à une maladie somatique.

Il faut coter chaque item et en faire l'addition selon le score suivant :

a = impossible à évaluer **0** = absent **1** = modéré ou intermittent **2** = sévère.

A. SYMPTÔMES RELATIFS À L'HUMEUR

1. Anxiété, expression anxieuse, ruminations, soucis	a	0	1	2
2. Tristesse, expression triste, voix triste, larmoiement	a	0	1	2
3. Absence de réaction aux événements agréables	a	0	1	2
4. Irritabilité, facilement contrarié, humeur changeante	a	0	1	2

B. TROUBLES DU COMPORTEMENT

5. Agitation, ne peut rester en place, se tortille, s'arrache les cheveux	a	0	1	2
6. Ralentissement, lenteur des mouvements, du débit verbal, des réactions	a	0	1	2
7. Nombreuses plaintes somatiques (coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs)	a	0	1	2
8. Perte d'intérêt, moins impliqué dans les activités habituelles (coter seulement si le changement est survenu brusquement, il y a moins d'un mois)	a	0	1	2

C. SYMPTÔMES SOMATIQUES

9. Perte d'appétit, mange moins que d'habitude	a	0	1	2
10. Perte de poids (coter 2 si elle est supérieure à 2,5 kg en 1 mois)	a	0	1	2
11. Manque d'énergie, se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (coter seulement si le changement est survenu brusquement, c'est-à-dire il y a moins d'un mois)	a	0	1	2

D. FONCTIONS CYCLIQUES

12. Variations de l'humeur dans la journée, symptômes plus marqués le matin	a	0	1	2
13. Difficultés d'endormissement, plus tard que d'habitude	a	0	1	2
14. Réveils nocturnes fréquents	a	0	1	2
15. Réveil matinal précoce, plus tôt que d'habitude	a	0	1	2

E. TROUBLES IDÉATOIRES

16. Suicide, pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir	a	0	1	2
17. Auto-dépréciation, s'adresse des reproches à lui-même, peu d'estime de soi, sentiment d'échec	a	0	1	2
18. Pessimisme, anticipation du pire	a	0	1	2
19. Idées délirantes congruentes à l'humeur, idées délirantes de pauvreté, de maladie ou de perte	a	0	1	2

Nombre de a :

Sous-total :

Le score seuil pour penser à un syndrome dépressif est de 10.

TOTAL : /38

OUTIL
D'ÉVALUATION

ANNEXE 18 : EXEMPLE D'UNE FEUILLE DE TRANSFERT RPA ← 7 URGENCE

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie - Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec



COLLECTE DE DONNÉES

TRANSFERT RPA-RI-RTF-CHSLD/URGENCE

☐ RPA ☐ RI ☐ RTF ☐ CHSLD

Nom de la ressource : _____

Vers urgence : _____

(Utiliser le verso pour les transferts de l'urgence vers RPA/RI/RTF/CHSLD)

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

☐ Connu SAD

Nom intervenant : _____

Médecin de famille : _____

Nom du responsable du transfert et établissement (unité) :																						
N° de téléphone direct : _____, poste _____	Heure d'appel du transport : _____																					
Raison du transfert :																						
<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Derniers signes vitaux ¹</td> <td>Tension artérielle _____/_____</td> <td>Glycémie capillaire _____</td> <td>Fréquence cardiaque _____/min</td> <td>Fréquence respiratoire _____/min</td> <td>Saturation en oxygène (SpO₂)</td> <td>T° : _____ °C</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>☐ AA _____ %</td> <td>☐ buccale</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>☐ _____ % avec O₂ (____ L/min)</td> <td>☐ _____</td> </tr> </table>		Derniers signes vitaux ¹	Tension artérielle _____/_____	Glycémie capillaire _____	Fréquence cardiaque _____/min	Fréquence respiratoire _____/min	Saturation en oxygène (SpO ₂)	T° : _____ °C						☐ AA _____ %	☐ buccale						☐ _____ % avec O ₂ (____ L/min)	☐ _____
Derniers signes vitaux ¹	Tension artérielle _____/_____	Glycémie capillaire _____	Fréquence cardiaque _____/min	Fréquence respiratoire _____/min	Saturation en oxygène (SpO ₂)	T° : _____ °C																
					☐ AA _____ %	☐ buccale																
					☐ _____ % avec O ₂ (____ L/min)	☐ _____																
Détails cliniques (incluant traitement reçu et investigation réalisée) Besoins particuliers Troubles neurocognitifs ☐ Oui ☐ Non Risque de chute ☐ Oui ☐ Non Mesures de contrôle ☐ Oui ☐ Non Isolement (prévention infections) ☐ Oui ☐ Non																						
Médication <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Régulière reçue ce jour</td> <td>☐ Matin ☐ Midi ☐ Souper ☐ Coucher</td> </tr> <tr> <td>Médication PRN reçue (dose et heure)</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Gestion de la médication</td> <td>☐ Usager lui-même ☐ Personnel de la résidence</td> </tr> </table>		Régulière reçue ce jour	☐ Matin ☐ Midi ☐ Souper ☐ Coucher	Médication PRN reçue (dose et heure)	_____	Gestion de la médication	☐ Usager lui-même ☐ Personnel de la résidence															
Régulière reçue ce jour	☐ Matin ☐ Midi ☐ Souper ☐ Coucher																					
Médication PRN reçue (dose et heure)	_____																					
Gestion de la médication	☐ Usager lui-même ☐ Personnel de la résidence																					
Allergie(s) ¹ _____																						
Est-ce que la famille ou le représentant légal a été avisé du transfert de l'usager à l'urgence et de passer prendre les effets personnels et produits d'incontinence? ☐ Oui ☐ Non ☐ À aviser au congé																						
Nom de la personne avisée : _____ N° de téléphone : _____																						
Mode de transport suggéré pour retour : _____																						
Besoin d'être accompagné pour le retour? ☐ Oui ☐ Non																						
Effets personnels à ne pas oublier ☐ Verres correcteurs ☐ Appareils auditifs ☐ 1 ou ☐ 2 ☐ Prothèses dentaires ☐ 1 ou ☐ 2 ☐ Chaussures et vêtements pour retour	Documents à annexer ☐ Liste médicament(s) ou entête de <i>dispill</i> ☐ Niveau de soins (si disponible) ☐ Profil général du résident (annexe 1) ☐ Renseignement sommaire en vue de placement adulte																					

FDCL-ER-004

Signature

Nom en caractère d'imprimerie

Titre/Fonction

¹ Documenter dans le DCI-ARIANE

No produit
2021-05

COLLECTE DE DONNÉES
TRANSFERT : RPA-RI-RTF-CHSLD VERS URGENCE

Page 1 de 2
DOSSIER DE L'USAGER

Nom de l'usager : _____

N° dossier : _____

URGENCE VERS RPA-RI-RTF-CHSLD

DATE

Année

Mois

Jour

INFORMATION MÉDICALE SOMMAIRE (à compléter par médecin ou infirmière)	
Diagnostic(s)	
Investigations (imagerie, laboratoire, etc.)	
Consultations effectuées ☐ Nutrition ☐ Infirmière gériatrie ☐ Travailleur social ☐ Physiothérapeute ☐ Pharmacien ☐ Ergothérapeute ☐ Consultation médicale : _____	
Traitement à l'urgence	
Nouvelle médication prescrite	
Médication cessée ou modifiée	
Médication régulière reçue ce jour ☐ Matin ☐ Midi ☐ Souper ☐ Coucher ☐ PRN (lequel et heure) : _____	
Soins à poursuivre (sonde urinaire, diète, pansement, etc.) Dernier soins reçu (lequel et heure) : _____	
Suivi médical prévu ☐ Suivi médical : _____ Date (année/mois/jour) : _____ ☐ Examen(s) : _____ Date (année/mois/jour) : _____	
Référence au SAD (Soins infirmiers, aide au bain, ergothérapie, etc.)	
Profil d'autonomie au départ de l'usager À son départ de l'urgence, le profil d'autonomie de l'usager est-il comparable à son <i>profil général du résident habituel</i> ? ☐ Oui ☐ Non ➔ Si non , quels sont les changements?	

DÉPART DE L'USAGER (à remplir par infirmière ou l'agente administrative)			
Employé de la résidence avisé (nom et prénom)			
Famille avisée (nom et prénom)			
Type de transport	☐ Proche	☐ Transport médical	☐ Taxi adapté
			☐ Ambulance
Documents attachés	☐ Prescription(s) → ☐ Faxée à la pharmacie ☐ Requête(s) d'examen ☐ Autres _____		

Signature	Nom en caractère d'imprimerie	Titre/Fonction	Date
-----------	-------------------------------	----------------	------

No produit
2021-05

COLLECTE DE DONNÉES
TRANSFERT : URGENCE VERS RPA-RI-RTF-CHSLD

Page 2 de 2
DOSSIER DE L'USAGER

ANNEXE 19 : FEUILLE DE SUIVI MÉDICAL EN MÉDECINE FAMILIALE

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke Québec ☐ CHUS FLEURIMONT ☐ CHUS HOTEL-DIEU SUIVI EN MÉDECINE FAMILIALE 48-72H TITRE DU FORMULAIRE OU SERVICE DATE <table border="1"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table>	Année	Mois	Jour	Code à barres
Année	Mois	Jour		

Demande de suivi médical dans les 48-72 heures suivant le congé de l'urgence (GMF Grandes-Fourches)

Critères :

- Condition médicale stable
- Patient avec un médecin de famille participant à la liste à l'endos

Clinique médicale :

- GMF des Grandes Fourches (fax : 819-823-0238)

Diagnostic au départ de l'urgence

Éléments cliniques pertinents (incluant les derniers signes vitaux)

Signature du médecin	Nom en caractère d'imprimerie	N° de permis
----------------------	-------------------------------	--------------

CIUSSE (sera fourni par le comité)

No produit
2018-xx

TITRE DU FORMULAIRE
TITRE DU FORMULAIRE OU SERVICE

Page 1 de 2
DOSSIER DE L'USAGER

ANNEXE 20 : FEUILLE DE RÉFÉRENCE POUR LA CLINIQUE DE CHUTE

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke



RÉFÉRENCE AUX SERVICES GÉRIATRIQUES
INSTALLATION CSSS-IUGS

Télécopieur : 819 829-7144

IDENTIFICATION DU PATIENT		
Nom : _____	Prénom : _____	Tél : 819 _____
Date de naissance : _____	N° RAMQ : _____	Exp. : _____
Actuellement hospitalisé : ☐ Non ☐ Oui, centre hospitalier : _____		
Milieu de vie habituel : _____		Adresse : _____
Personne à contacter : _____		Tél : 819 _____
DEMANDE D'ADMISSION		SERVICES EXTERNES
☐ Unité de courte durée gériatrique (UCDG)* ☐ Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)** ☐ Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)** Consultation pré-admission : Gériatrie * Physiatrie ou gériatrie **		☐ Gériontopsychiatrie ☐ Hôpital de jour ☐ Physiothérapie ☐ Neuropsychologie ☐ Orthophonie CLINIQUES THÉMATIQUES : ☐ Diabète ☐ Chutes ☐ Mémoire ☐ Gériatrie ☐ Incontinence urinaire
MOTIF DE CONSULTATION ET ATTENTES DU RÉFÉRENT (JOINDRE NOTES COMPLÉMENTAIRES SI POSSIBLE)		
LISTE DES PROBLÈMES MÉDICAUX ET ANTÉCÉDENTS (JOINDRE LISTE ET RÉSULTATS INVESTIGATIONS PERTINENTES)		
LISTE DES MÉDICAMENTS (JOINDRE PROFIL SI DISPONIBLE)		
CODIFICATION (PRIORITÉ) 1 ☐ (< 1 MOIS)* 2 ☐ (< 1 À 3 MOIS) ☐ (> 3 MOIS)		
Pour toute demande urgente, contacter directement le médecin *inclut toute demande de transfert pour clientèle hospitalisée		
RÉFÉRENT		
Médecin de famille : _____ (si différent du référent)		
Nom/Prénom du médecin référent : _____		N° de pratique : _____
<u>Lieu de pratique du référent :</u>		
☐ CHUS ☐ GMF : _____		☐ Clinique médicale : _____
☐ CSSS : _____		☐ Autre : _____
Adresse : _____		Tél: 819 _____ Poste : _____
Signature : _____		Date : _____

Formulaire disponible en ligne à l'adresse suivante : www.csss-iugs.ca, formulaires de référence pour les professionnels



msss.gouv.qc.ca