



DIU Alzheimer

Jeudi 12 Mars 2009

Rennes

Dr Anne David-Bréard



Urgence, vous avez dit Urgences ?

- L' « urgence » dans la maladie d'Alzheimer
- Le patient Alzheimer vu « en urgence »
- Le patient Alzheimer « aux urgences »

Urgence et maladie d'Alzheimer

- Situation différente :
 - Si appel dans la journée du médecin traitant
 - Si appel, le soir, la nuit, le WE...
 - Si appel du médecin de garde, SOS médecin, les pompiers, le 15...

Urgence et maladie d'Alzheimer

- Que se cache-t-il derrière cet appel ?
(hasard si appel d'un interlocuteur inconnu?)
 - Réel problème du moment ?(chute, OAP ?)
 - Problème qui traîne ? Alors pourquoi appel en urgence auprès d'un intervenant qui ne connaît pas la situation socio-familiale ?

Urgence et maladie d'Alzheimer

- De quelles informations dispose-t-on pour aider à la prise de décision ?
 - A domicile : que connaît la famille du diagnostic et qu'en retransmet-elle ?
 - Que connaissent les intervenants à domicile et qu'en retransmettent-ils ?

Urgence et maladie d'Alzheimer

- Quelles aides avaient été mises en place pour soutenir le patient, sa famille et les différents aidants ? (Suivi spécialisé ? Psycho ? Anticipation de la crise ? → cela aide mais ne résout pas forcément tout) intervenants formés ?
- Comment l'information circule-t-elle entre tous ces intervenants ? (cahier de transmission ?)

Urgence et maladie d'Alzheimer

- Est-ce plus facile quand le patient est accueilli dans une structure d'Hébergement ?
 - De quelles informations disposent les soignants
 - Les soignants sont-ils formés et informés?
 - Y-a-t-il un dossier médical ?
 - La rubrique ATCD est-elle remplie ?
Comporte-t-elle un diagnostic précis concernant les fonction supérieures ?

Urgence et maladie d'Alzheimer

- Dans la pratique :
 - Si c'est le médecin traitant qui est appelé, bonne connaissance de l'environnement socio-familial et prise de décision adaptée à la situation
 - Si ce n'est pas le médecin traitant, quelle autre possibilité que d'envoyer le patient aux urgences ?

Aux urgences, que se passe-t-il ?

- Comment le patient est-il arrivé aux urgences ? Seul dans un VSL venant de sa MdR, avec un aidant ?
- « Simple règlement » du problème sub-aiguë dans les locaux des urgences qui « débordent » et RAD ? (la chute n'ayant pas entraîné de fracture visible sur les clichés effectués et interprétés ...après 3 h d'attente sur un brancard ?, l'Infection urinaire « simple », prélevée et traitement mis en route ? ...
- ...et réhospitalisation le lendemain ?... du patient... et de son conjoint ?...ou maltraitance ?

Aux urgences, que se passe-t-il ?

- Ne pas oublier que derrière un motif d'hospitalisation soi-disant « social pur » se cache quasiment toujours un réel problème médical qui risque de passer inaperçu !
- Donc, ne pas se précipiter sur l' « urgence » de trouver une place d'aval au risque de passer à côté d'un réel problème médical (entrée directe en SSR ? En HT ? Retour précipité à domicile ou en EHPAD ?)

Aux urgences, que se passe-t-il ?

- Il est urgent de répondre aux besoins d'une prise en charge globale adaptée à la spécificité de la maladie
- ...filières de soins gériatriques (info envers généralistes, médecins régulateurs, médecins urgentistes, établissements...)

Et ensuite ?

- Se méfier d'une présentation clinique atypique (IdM, globe...)
- Tenir compte de l'épuisement familial et essayer de le prévenir ?
- Tenir compte de l'épuisement des services de maintien à domicile et essayer de le prévenir ?

PEC de la personne âgée aux urgences

- Conférence de consensus sous l'égide de :
 - La Société Francophone de Médecine d'Urgence
 - La SFGG

- La Revue de Gériatrie, Tome 29, n°3 Mars 2004

Critères d'admission

- Motif d'admission :
 - Médical dans plus de 80%
 - Traumatismes (16%) consécutif à des chutes

- Déterminant de l'admission :
 - État clinique
 - Puis absence d'alternative

- Appropriée si réponse la plus efficiente

Critères d'admission

- Le besoin de soins n'est ni programmé ni programmable
- L'admission est souvent secondaire à un état de crise s'aggravant en l'absence d'intervention
- Les admissions non programmées ne semblent pas varier avec l'âge
- L'avis du patient est de moins en moins pris en compte avec l'avancée en âge

Info nécessaires à la PEC

- Repérage de la fragilité
 - Information d'ordre médical, psychologique, environnemental et social aide à repérer la fragilité
- Relation étroite entre urgences et gériatrie
- Données sociales, autonomie, troubles cognitifs, marche et équilibre, dépression
- début d'EGS

PEC de la personne âgée aux urgences

- Pour les personnes âgées sans pb gériatrique patent, qui n'ont pas de raison médicales d'être hospitalisées, faire un test de dépistage simple avant l'éventuelle sortie :
- Score ISAR :
 - Aide à domicile
 - Augmentation récente des aides
 - Hospitalisation dans les 6 derniers mois
 - Pb vue
 - Pb mémoire
 - Plus de 3 médicaments par jour
- Patient à risque d'événements indésirables (déclin fonctionnel réadmission) si plus de 2 réponses +.

Particularités cliniques

- Examen sans techniques spécifiques mais entravé par des déficiences diverses
- ¼ des malades gériatriques ont une présentation modifiée (confusion, chutes...)
- Éléments sémiologiques particuliers :
 - Déshydratation de présentation insidieuse, peu d'élévation de température dans les pb infectieux, prévalence de troubles fonctionnels
 - Rechercher systématiquement un pb iatrogène (plus de 20% après 80 ans)

Examen clinique

- Monopathologique
- Polypathologique : ne pas oublier :
 - Examen cavité buccale et muqueuses, prendre les constantes, évaluation de l'orientation temporo-spatiale, évaluation de la station debout
 - Les résultats biologiques anormaux sont rarement le fait du vieillissement seul

Critères de non-hospitalisation

- Outil d'évaluation comportant 4 facteurs déterminants décisionnels avec une échelle de pondération (+, ++, +++)
 - Diagnostic retenu (critères de gravité)
 - Situation environnementale (possibilité d'adaptation dans un délai court)
 - Co-morbidité (critères de gravité)
 - Avis du malade et de l'entourage (oui +, non +++, négociable ++)

Critères de non-hospitalisation

- Si diagnostic médical grave (+++) ou comorbidité importante (+++) ou environnement inexistant ou inadapté (+++), le retour à la structure d'origine ne peut s'envisager.
- Si la sortie est décidée, nécessité de mettre en place une fiche de sortie :
 - Données recueillies lors du passage aux urgences
 - Informations envoyées au médecin traitant avec
 - Plan de soins et consignes de suivi

La carte de soins et d'urgence de la maladie d'Alzheimer

- Une des propositions du « rapport Ménard » du 8/11/2007.
- Réalisée dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012 par l'Association France Alzheimer avec le soutien du Ministère de la Santé de la jeunesse et des sports.
- Carte : format portefeuille, portée par le malade lui-même.
- Objectif : améliorer la coordination des soins en situation d'urgence :
 - 15% des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer consultent les urgences hospitalières en raison de complications intercurrentes ou d'aggravation de leur état de santé

La carte de soins et d'urgence de la maladie d'Alzheimer

- Un volet destiné aux professionnels de santé
 - Informations personnelles sur le patient
 - Coordonnées des aidants
 - Coordonnées des participants à la PEC
 - Recommandations de bonnes pratiques en situation d'urgence
- Un volet destiné au malade et à son aidant
 - Informations sur la maladie
 - Conseils pratiques

La carte de soins et d'urgence de la maladie d'Alzheimer

- Le contenu de la carte a été élaboré par un groupe de travail animé par la Direction Générale de la Santé avec :
 - Des professionnels de santé(SFGG et SFN et Association des Neurologues Libéraux de Langue Française)
 - Des représentants de France Alzheimer
- Cette carte est confidentielle et soumise au respect des règles du secret professionnel.

La carte de soins et d'urgence de la maladie d'Alzheimer

- Elle est remise au malade par le médecin qui la complète, la signe et l'explique.
- Le médecin peut en faire une demande et l'association France Alzheimer l'adresse gratuitement au cabinet médical
- Le malade ou l'aidant présentent cette carte aux professionnels de santé en cas de soins urgents ou non programmés (consultation, hospitalisation, anesthésie...)

Dossier de Liaison d'Urgence

- Circulaire interministérielle du 13 Mai 2008 relative aux nouvelles dispositions de la version 2008 du plan canicule
- Élaboré en concertation avec : SAMU de France, Association des médecins urgentistes de France, Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD
- Doit contenir les informations minimales extraites du dossier
- Être accessible 24h/24
- Être à jour

Dossier de Liaison d'Urgence

- Synthétise les informations indispensables à un diagnostic précis et à une PEC adaptée
- Est renseigné pour tous les résidents hébergés et fait l'objet d'une actualisation si nécessaire
- Ne constitue pas une fiche de liaison qui est un document rempli en urgence par le personnel soignant au moment d'une hospitalisation
- Le Médecin Coordonnateur veille à la mise à jour régulière de ce DLU par le médecin traitant

Dossier de Liaison d'Urgence

- Éléments socio-démographiques :
 - Nom, prénom, date naissance, adresse Ets, MedCo, IDEC, personne de confiance, référent, médecin traitant, protection juridique,
- Évaluation médicale:
 - Pathologie en cours, ATCD, poids, taille, tt,
- Évaluation des soins :
 - Évaluation des besoins fondamentaux
 - Évaluation des soins techniques infirmiers
- Projet de PEC