Fiches des recommandations de soins.  
Mise à jour le: 24 Juin 2025.

Fiche Recommandation 000 — Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS)

⛳ **Intitulé du thème**

Le Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS) est un outil d'organisation centré sur la personne en situation complexe, permettant d'assurer la coordination des soins, des aides et des accompagnements autour de ses besoins, de ses attentes et de ses priorités. Il repose sur une démarche de co-construction avec la personne, son entourage et les professionnels intervenants dans son parcours de santé.

# 🎯 Objectifs du PPCS

✅ Améliorer la qualité, la continuité et la pertinence des parcours de santé complexes.  
✅ Favoriser la co-construction du projet de soins et de vie avec la personne et son entourage.  
✅ Identifier et coordonner les interventions des professionnels de santé, du médico-social et du social.  
✅ Réduire les ruptures de parcours, éviter les redondances ou incohérences dans les soins.  
✅ Valoriser les compétences de la personne dans son parcours de santé.

# 👤 Publics concernés

👩‍⚕️ Personnes ayant des besoins complexes de soins et d'accompagnement impliquant plusieurs professionnels de champs différents.  
🧓 Personnes âgées polypathologiques avec coordination médico-sociale nécessaire.  
🧠 Personnes en situation de handicap nécessitant un appui en soins, logement, insertion.  
🧍‍♂️ Toute personne nécessitant un accompagnement structuré à moyen ou long terme.

# 🛠️ Étapes recommandées pour construire un PPCS

1️⃣ Repérage de la situation complexe (critères cliniques, sociaux, environnementaux).  
2️⃣ Désignation d’un professionnel référent pour la coordination du PPCS.  
3️⃣ Entretien de recueil des besoins, attentes, priorités de la personne.  
4️⃣ Élaboration partagée du plan de coordination : objectifs, acteurs, actions, échéances.  
5️⃣ Mise en œuvre du PPCS par les professionnels référents.  
6️⃣ Suivi et actualisation régulière (au moins tous les 6 mois ou à chaque changement significatif).

# 📘 Bonnes pratiques recommandées

✅ Faire figurer les dimensions sociales, sanitaires, psychiques et environnementales dans le plan.  
✅ Identifier formellement les professionnels impliqués et leur rôle dans le parcours.  
✅ Utiliser un langage clair et compréhensible pour la personne et ses proches.  
✅ Assurer la traçabilité des échanges, décisions, modifications dans un outil partagé.  
✅ Prendre en compte les ressources locales (CLIC, PTA, services de coordination, MAIA).  
✅ S'assurer de l’accord libre et éclairé de la personne concernée.

# 👥 Coordination et partenaires

🧑‍⚕️ Médecin traitant, coordinateur de parcours, infirmier référent.  
💼 Assistante sociale, coordonnateur MAIA, infirmier en pratique avancée.  
🏠 Services à domicile, structures médico-sociales, professionnels de santé libéraux.  
👨‍👩‍👧 Aidants, familles : partie prenante du suivi et des ajustements du PPCS.  
📘 Dispositifs d’appui à la coordination : DAC, PTA, réseaux de santé.

# 📌 Recommandations spécifiques

✅ Formaliser le PPCS dans un document évolutif et partagé entre acteurs autorisés.  
✅ Assurer l’accessibilité de l’information au patient : version synthétique, mise à disposition continue.  
✅ Prévoir des indicateurs de suivi et des critères de sortie du dispositif PPCS.  
✅ Valoriser les retours d’expérience du patient, de ses proches et des professionnels.  
✅ Articuler le PPCS avec d'autres outils : Dossier Médical Partagé, PPA, PPS, PPSI, PPSA.

# 📘 Références

• HAS : Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS) – Recommandations 2019【web†source】.  
• Loi n° 2002-2 rénovant l’action sociale et médico-sociale.  
• Guide d’appui à la mise en œuvre du PPCS dans les territoires – DGOS / HAS / CNSA.

Fiche Recommandation 00 — Le Plan Personnalisé d’Accompagnement (PPA)

# ⛳ Intitulé du thème

Le Plan Personnalisé d’Accompagnement (PPA) est un outil structurant destiné à formaliser les besoins, les souhaits, les capacités et les objectifs d’une personne âgée accompagnée dans un cadre médico-social. Il résulte d’une démarche partagée entre la personne, ses proches et les professionnels, et constitue un support dynamique d’évaluation et d’ajustement continu.

# 📜 Fondements réglementaires et éthiques

✅ Introduit par la Loi 2002-2 rénovant l’action sociale et médico-sociale.  
✅ Inscrit à l’article L.311-3 du CASF, garantissant les droits à une prise en charge individualisée.  
✅ Ancré dans la co-construction avec la personne accompagnée, dans le respect de ses choix, priorités, rythmes et aspirations.  
✅ Démarche continue et réévaluable selon l’évolution des besoins, des capacités ou du contexte.

# 🎯 Objectifs du PPA

✅ Recueillir les attentes, besoins, ressources et projets de la personne.  
✅ Identifier les objectifs d’accompagnement à court, moyen et long terme.  
✅ Formaliser les actions à mettre en œuvre, les professionnels impliqués et les moyens mobilisés.  
✅ Prévenir les ruptures de parcours en assurant une continuité coordonnée des interventions.  
✅ Évaluer régulièrement l’adéquation entre le projet et la réalité du terrain.

# 🛠️ Étapes recommandées pour construire un PPA

1️⃣ Entretien de recueil des souhaits de la personne (et des aidants s’ils sont associés).  
2️⃣ Évaluation globale (autonomie, santé, environnement, attentes, priorités).  
3️⃣ Rédaction partagée du PPA : formulation claire, langage compréhensible, objectifs réalistes.  
4️⃣ Signature de la personne (ou représentant légal), engagement des professionnels.  
5️⃣ Intégration au dossier usager (papier ou informatisé, interopérable).  
6️⃣ Suivi et actualisation à fréquence définie (au moins annuelle, ou à chaque changement significatif).

# 📘 Bonnes pratiques recommandées

✅ Respecter la temporalité et la capacité d’expression de la personne (pas de PPA imposé).  
✅ Veiller à la personnalisation (éviter les PPA standardisés, copier/coller, objectifs génériques).  
✅ Impliquer les professionnels de terrain dans la définition des objectifs.  
✅ Identifier un référent ou coordinateur de parcours.  
✅ Utiliser le PPA comme outil de dialogue, pas seulement administratif.  
✅ Tracer les ajustements (révisions, abandons, nouveaux besoins).  
✅ Envisager un format numérique interopérable dans le cadre de Mon Espace Santé.

# 👥 Acteurs à impliquer

🧑‍⚕️ Médecin traitant / coordinateur : articulation avec le volet médical.  
👩‍⚕️ Equipe médico-sociale (IDE, AS, coordinateur) : suivi des actions quotidiennes.  
🏘️ Structures de coordination (CLIC, MAIA, PTA, SPASAD) : appui au projet, synthèses de parcours.  
👪 Proches et aidants : co-acteurs dans l’atteinte des objectifs (avec consentement de la personne).  
📘 Référents sociaux, thérapeutes, psychologues : objectifs de vie, de lien social, de soutien psychique.

# 📘 Recommandations spécifiques

✅ Inscrire les objectifs selon la méthode SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporellement défini).  
✅ Intégrer les plans de prévention (chutes, douleur, nutrition, isolement, maltraitance).  
✅ Prévoir un cadre de suivi : fréquence, indicateurs, personne responsable.  
✅ En cas d’incapacité de la personne à participer, respecter les principes d’éthique et solliciter la personne de confiance.  
✅ Utiliser les référentiels nationaux pour les logiciels d’aide au pilotage du PPA (interopérabilité, RGPD, traçabilité).

# 📘 Références

• RBPP ANESM : Les attentes de la personne et le projet personnalisé【23†source】.  
• HAS (2025) : Structuration du PPA en vue de sa numérisation – Note de cadrage【41†source】.  
• Code de l’action sociale et des familles – L.311-3.  
• Charte des droits et libertés de la personne accueillie – Annexe arrêté du 8 septembre 2003.

Fiche Recommandation 01 — Troubles cognitifs et du comportement

# ⛳ Intitulé du risque

Troubles cognitifs (troubles de la mémoire, de l’attention, de l’orientation, du jugement) et/ou troubles du comportement (agitation, désinhibition, repli, errance, agressivité) pouvant entraîner une perte d’autonomie, une mise en danger ou une rupture de parcours.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Oublis répétés (nom, date, lieu), répétition des questions.  
❗ Désorientation dans le temps (jour/nuit confondus), dans l’espace (se perdre dans un lieu familier).  
❗ Difficultés à suivre une conversation, à trouver ses mots, à exécuter des gestes simples.  
❗ Inversion des comportements sociaux : vulgarité, familiarité soudaine, déshabillage en public.  
❗ Agitation inexpliquée, cris, refus de soins, agressivité verbale ou physique.  
❗ Repli sur soi, perte d’intérêt, indifférence aux proches ou aux activités.  
❗ Apparition d’un syndrome délirant : sentiment de persécution, idées de vol.  
❗ Déambulation, errance nocturne, fugue.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Pathologies associées : maladie d’Alzheimer, démences apparentées, AVC, Parkinson.  
🔹 Environnement défavorable : bruit, désorganisation, changement de cadre de vie.  
🔹 Solitude, deuil récent, anxiété chronique, absence d’activité stimulante.  
🔹 Prise ou arrêt de médicaments à effet psychotrope (benzodiazépines, neuroleptiques, anticholinergiques).  
🔹 Déshydratation, dénutrition, douleur chronique non verbalisée.  
🔹 Troubles sensoriels non compensés (malentendance, mauvaise vision).

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Stabiliser les troubles cognitifs et prévenir l’aggravation.  
✅ Réduire les comportements à risque pour la sécurité de la personne ou de son entourage.  
✅ Maintenir une vie sociale minimale et une routine quotidienne structurée.  
✅ Adapter l’environnement pour renforcer les repères et l’autonomie résiduelle.  
✅ Favoriser une prise en charge non médicamenteuse en première intention.

# 🛠️ Actions recommandées

📋 Mise en place d’un carnet de suivi des signes (journal d’agitation, grille BPSD).  
🏠 Adapter l’environnement (balisage, chemin lumineux, pictogrammes sur les portes, objets familiers).  
🔁 Créer des routines stables : repas, toilette, sorties toujours aux mêmes horaires.  
🧠 Stimulations adaptées : atelier mémoire, jeux de repérage, lecture à voix haute, atelier sensoriel.  
🧑‍⚕️ Réaliser une évaluation gériatrique incluant un bilan neurocognitif si nécessaire.  
💊 Avis médical pour révision des traitements, si suspicion d’effets secondaires cognitifs ou psychiatriques.  
🧑‍🤝‍🧑 Travailler avec les proches pour comprendre l’histoire de vie et les éléments déclencheurs.

# 👥 Coordination / Partenaires

🩺 Médecin traitant ou gériatre : pour le bilan diagnostique, la coordination des soins, l’adaptation du traitement.  
🧠 Neurologue ou psychiatre : si suspicion de démence ou comportement pathologique sévère.  
💼 Équipe médico-sociale (SAD, SAAD, SSIAD, SPASAD) : mise en œuvre des repères, suivi de l’état de la personne.  
📞 MAIA/DAC/ CRT: pour organiser le parcours et coordonner les intervenants.  
👨‍👩‍👧 Aidants : implication dans les observations et la co-construction du plan d’accompagnement.

# 📘 Références

• RBPP ANESM : Troubles du comportement et cognitifs – Résidences autonomie【31†source】.  
• RBPP HAS : Confusion aiguë de la personne âgée【34†source】.  
• Document d’appui HAS – Accompagnement des personnes atteintes de MND【36†source】.  
• RBPP HAS – Fin de vie et troubles cognitifs : repérage et soutien au domicile【40†source】.

Fiche Recommandation 02 — Risques liés à la prise de médicaments

# ⛳ Intitulé du risque

Mésusage, oubli ou mauvaise observance des traitements médicamenteux entraînant des complications cliniques (iatrogénie, chutes, confusion, aggravation de pathologies chroniques), des hospitalisations évitables, ou une perte d’autonomie fonctionnelle chez la personne âgée.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Absence ou mauvais usage du pilulier (cases non prises, désorganisées).  
❗ Médicaments retrouvés à terre, dans des endroits inappropriés, ou en réserve excessive.  
❗ Plaintes de la personne : « je ne comprends pas », « ça me rend malade », « je ne veux plus le prendre ».  
❗ Apparition ou aggravation de troubles cognitifs, de chutes ou de confusion suite à un changement de traitement.  
❗ Retours d’hospitalisation avec ordonnances non comprises ou non appliquées.  
❗ Absence de suivi régulier par un médecin ou un pharmacien référent.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Polymédication (plus de 5 médicaments/jour), interactions médicamenteuses.  
🔹 Troubles visuels, cognitifs, de préhension, ou de déglutition.  
🔹 Absence de coordination entre les prescripteurs (médecin traitant, spécialiste).  
🔹 Isolement, absence de relais d’aide à domicile ou de pilulier adapté.  
🔹 Mauvaise compréhension des prescriptions, illettrisme, barrière de langue.  
🔹 Automédication non signalée (phytothérapie, antalgiques, anxiolytiques).

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Garantir une prise correcte, sécurisée et compréhensible des traitements.  
✅ Prévenir les effets indésirables médicamenteux (iatrogénie, confusion, chute).  
✅ Favoriser l’autonomie ou la suppléance adaptée dans la gestion thérapeutique.  
✅ Clarifier les rôles des intervenants dans le suivi médicamenteux.  
✅ Favoriser l’adhésion thérapeutique de la personne accompagnée.

# 🛠️ Actions recommandées

📋 Mettre en place un pilulier semainier ou électronique adapté aux capacités cognitives/physiques.  
📞 Prévoir un suivi régulier avec le pharmacien et/ou l’IDE référent pour vérification de l’observance.  
📑 Réaliser un bilan de médication avec le médecin traitant (au moins une fois par an).  
👂 Recueillir la parole de la personne sur ses ressentis vis-à-vis du traitement.  
📦 Contrôler la présence de stocks inappropriés de médicaments à domicile.  
🚫 Rechercher et limiter les automédications non connues.  
🧾 Établir une fiche-mémo simplifiée (schéma thérapeutique visuel) pour la personne.

# 👥 Coordination / Partenaires

🩺 Médecin traitant : responsable du plan thérapeutique global.

🩺IPA (infirmière en pratique avancée)  
💊 Pharmacien d’officine : suivi des délivrances, vérification des interactions, préparation du pilulier.  
👩‍⚕️ IDE (SSIAD ou libéral) : surveillance de l’observance, signalement des effets indésirables.  
👨‍👩‍👧 Aidants / Proches : relais dans la surveillance et les signalements.  
💼 SPASAD / SAAD/SAD : accompagnement physique si besoin pour la prise.

# 📘 Références

• RBPP ANESM : Risques liés à la prise des médicaments – Volet Résidences autonomie【33†source】.  
• RBPP HAS : Dossier Médical Partagé, coordination des soins à domicile.  
• Document d’appui HAS – Prévention de la dépendance iatrogène liée à l’hospitalisation【38†source】.

Fiche Recommandation 03 — Malnutrition, dénutrition et déshydratation

# ⛳ Intitulé du risque

Altérations de l’état nutritionnel et/ou de l’hydratation pouvant entraîner une perte de poids ou de masse musculaire, une baisse des défenses immunitaires, une majoration du risque de chute, une fragilité globale et une perte d’autonomie. Souvent d’installation progressive et silencieuse, ces situations nécessitent une vigilance particulière chez la personne âgée.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Refus de s’alimenter ou de boire, diminution des quantités ingérées, appétit diminué.  
❗ Modification du rythme ou de la manière de manger (mange très lentement, mastication difficile).  
❗ Perte de poids visible ou repérée par la pesée régulière.  
❗ Grignotage inhabituel, consommation excessive de sucreries ou aliments pauvres.  
❗ Troubles digestifs : nausées, vomissements, constipation persistante.  
❗ Signes de déshydratation : bouche sèche, langue noire, fatigue, troubles du comportement.  
❗ Apparition d’escarres, d’infections à répétition ou de difficultés de cicatrisation.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Troubles bucco-dentaires : dentier cassé ou perdu, douleurs, mauvaise hygiène buccale.  
🔹 Troubles cognitifs ou psychiatriques : oublis des repas, repli, anorexie psychique.  
🔹 Difficultés fonctionnelles pour faire les courses, préparer ou consommer un repas.  
🔹 Isolement social, deuil, perte d’intérêt pour la nourriture.  
🔹 Médicaments altérant l’appétit ou le goût (neuroleptiques, antibiotiques, diurétiques).  
🔹 Régimes non adaptés ou trop restrictifs, douleurs, infections chroniques.  
🔹 Manque d’accès à des aliments variés, à une eau propre et disponible facilement.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Prévenir ou corriger les situations de dénutrition et de déshydratation.  
✅ Maintenir ou restaurer un état nutritionnel satisfaisant et adapté à l’âge.  
✅ Favoriser une alimentation et une hydratation adaptées aux préférences et aux capacités de la personne.  
✅ Améliorer la qualité de vie et limiter les risques de complications liées à la malnutrition.

# 🛠️ Actions recommandées

🍽️ Surveillance régulière du poids, du comportement alimentaire, de l’état de la bouche et de l’hydratation.  
📋 Mise en place d’un tableau de suivi alimentaire ou d’un carnet des apports.  
🧑‍⚕️ Avis médical ou diététique en cas de perte de poids ≥ 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois.  
🥄 Adapter les textures, la présentation et les horaires des repas selon les besoins et les goûts.  
💧 Encourager les boissons (eau, soupe, jus, thé) tout au long de la journée, sous différentes formes.  
🪥 Surveillance des appareils dentaires, état bucco-dentaire, accès aux soins.  
👩‍🍳 Favoriser les repas en groupe, les animations autour de l’alimentation (ateliers, repas à thème).  
🧾 Évaluer les possibilités de portage de repas, d’aide à domicile pour la préparation ou les courses.  
💊 Si nécessaire, prescrire une complémentation nutritionnelle orale sur avis médical.

# 👥 Coordination / Partenaires

🩺 Médecin traitant : bilan nutritionnel, prescription de complémentation ou de bilans biologiques.  
👩‍⚕️ IDE/SSIAD : évaluation clinique, alerte sur les apports insuffisants, suivi du poids.  
🍽️ Diététicien(ne) : conseils adaptés, plan alimentaire, aide à la reprise alimentaire.  
👨‍🍳 Services de portage de repas, associations locales ou CLIC pour soutien à la nutrition.  
👨‍👩‍👧 Famille / aidants : repérage des pertes d’appétit, adaptation de l’environnement, relai affectif.  
🏠 Aides à domicile / SPASAD : aide à la préparation, à l’installation et à l’hydratation quotidienne.

# 📘 Références

• RBPP ANESM : Mauvaise nutrition, dénutrition et déshydratation – Volet Résidence autonomie【26†source】.  
• HAS : Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus – novembre 2021【32†source】.  
• RBPP domicile : Repérage des risques de perte d’autonomie – Fiches nutrition et hydratation【39†source】.

Fiche Recommandation 04 — Souffrance psychique

# ⛳ Intitulé du risque

État de mal-être psychique chez la personne âgée, souvent multifactoriel et sous-évalué, pouvant aller jusqu’à l’état dépressif ou aux idées suicidaires. Cette souffrance a un impact direct sur l’autonomie, l’observance des soins, l’alimentation, le sommeil, la socialisation et le risque de chute.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Tristesse persistante, pleurs, plaintes sans cause apparente.  
❗ Isolement inhabituel, repli sur soi, refus de participation aux activités.  
❗ Diminution ou perte d’intérêt pour les loisirs, les proches, l’alimentation.  
❗ Sentiment d’inutilité, perte de l’estime de soi, discours auto-dévalorisant.  
❗ Irritabilité, agitation ou, au contraire, apathie, manque d’initiative.  
❗ Troubles du sommeil : insomnie, réveils précoces, cauchemars.  
❗ Idées de mort ou évocations suicidaires même voilées : « Je ne sers plus à rien », « Je préfère partir… ».

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Isolement social, décès récent d’un proche, sentiment d’abandon.  
🔹 Anxiété chronique, antécédents psychiatriques, troubles cognitifs associés.  
🔹 Douleur chronique ou mal soulagée, troubles sensoriels (surdité, cécité).  
🔹 Polypathologies invalidantes, dépendance croissante dans les gestes de la vie quotidienne.  
🔹 Perte d’autonomie rapide, déménagement, changement brutal d’environnement.  
🔹 Mauvaise qualité du sommeil, traitement médicamenteux inadapté (iatrogénie).

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Améliorer le bien-être psychique et la qualité de vie globale.  
✅ Favoriser l’expression des émotions et rompre l’isolement.  
✅ Repérer précocement les signes de dépression ou de souffrance morale.  
✅ Prévenir le risque suicidaire ou de rupture de soins.  
✅ Restaurer les capacités relationnelles et les plaisirs simples du quotidien.

# 🛠️ Actions recommandées

🧑‍⚕️ Évaluation géronto-psychiatrique en cas de suspicion de dépression (échelle GDS, Mini GDS, échelle de tristesse).  
📞 Solliciter le médecin traitant ou un psychiatre pour un diagnostic et une éventuelle prise en charge médicamenteuse.  
💬 Favoriser des temps d’échanges personnalisés avec un professionnel ou un bénévole formé à l’écoute.  
🧘 Proposer des activités à visée thérapeutique : jardinage, art-thérapie, musique, mémoire.  
📋 Mettre en place un plan d’aide au maintien des repères temporels et relationnels.  
👨‍👩‍👧‍👦 Impliquer l’entourage dans les temps de visite, d’échanges, de soutien émotionnel.  
🛏️ Améliorer les conditions de sommeil : rythme jour/nuit, confort, ambiance apaisante.  
🗣️ Encourager les entretiens avec un psychologue, selon le souhait de la personne.

# 👥 Coordination / Partenaires

🩺 Médecin traitant : repérage de l’état dépressif, prescription éventuelle, coordination du suivi.  
🧠 Psychiatre ou psychologue : accompagnement spécifique, orientation vers des soins adaptés.  
🏠 SAAD / SPASAD : observation des signes, maintien du lien, veille psychosociale.  
🧑‍🤝‍🧑 Famille, proches, aidants : soutien affectif, repérage des changements de comportement.  
🏘️ Services de coordination territoriale (CLIC, MAIA, CTA) : relais en cas de situation complexe ou d’isolement sévère.  
👥 Associations de soutien ou bénévoles d’accompagnement : relais d’écoute et de stimulation relationnelle.

# 📘 Références

• RBPP ANESM : Souffrance psychique – Volet Résidence autonomie【28†source】.  
• RBPP Domicile : Repérage des risques de perte d’autonomie – Fiches souffrance psychique【39†source】.  
• HAS – Document d’appui : Fin de vie et soutien psychique de la personne âgée【40†source】.

Fiche Recommandation 05 — Douleur et souffrance physique

# ⛳ Intitulé du risque

Présence de douleurs aiguës ou chroniques, exprimées ou non, qui impactent le confort, la mobilité, l’humeur, le sommeil, et la qualité de vie globale. Le repérage de la douleur est essentiel, notamment en cas de troubles cognitifs ou sensoriels qui masquent l’expression verbale habituelle.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Signes faciaux : grimaces, froncement des sourcils, visage figé.  
❗ Modifications du regard : regard fixe, yeux fermés, pleurs.  
❗ Manifestations sonores : plaintes, gémissements, cris, soupirs répétés.  
❗ Signes comportementaux : agitation, repli, agressivité, refus de soins, crispation, mouvements de retrait.  
❗ Protection d’une zone du corps, posture antalgique.  
❗ Refus de marcher, de se lever, d’effectuer certains gestes ou soins.  
❗ Diminution de l’appétit, du sommeil ou baisse générale de l’autonomie.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Polypathologies chroniques : arthrose, neuropathies, plaies, escarres, cancers…  
🔹 Postures prolongées au lit ou au fauteuil.  
🔹 Soin invasif ou inconfortable : transferts, pansements, injections, pesées.  
🔹 Insuffisance ou inadaptation du traitement antalgique.  
🔹 Douleur ancienne non exprimée ou non reconnue.  
🔹 Absence de reconnaissance du vécu douloureux par l’entourage ou les soignants.  
🔹 Troubles cognitifs ou du langage qui entravent l’expression directe de la douleur.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Repérer et évaluer précocement la douleur, même en l’absence de plainte verbale.  
✅ Soulager la douleur en mobilisant tous les moyens disponibles (pharmacologiques et non médicamenteux).  
✅ Restaurer un confort global et limiter les répercussions fonctionnelles et psychiques.  
✅ Adapter les soins et la posture de l’équipe en respectant la douleur exprimée ou perçue.  
✅ Intégrer la gestion de la douleur au projet personnalisé d’accompagnement.

# 🛠️ Actions recommandées

📋 Utiliser une échelle d’évaluation adaptée : Algoplus, Doloplus, EVA, hétéro-évaluation en cas de troubles cognitifs.  
🧑‍⚕️ Revoir régulièrement les prescriptions antalgiques avec le médecin traitant.  
💊 Prévoir une médication anticipée avant les soins douloureux (toilette, pansements, mobilisations).  
🧴 Mettre en œuvre des soins de confort : coussins, chaleur, massages, relaxation, postures antalgiques.  
💬 Interroger la personne sur son ressenti, écouter, reformuler, valider l’expression de sa douleur.  
📞 En cas de douleur persistante ou complexe : avis de l’équipe mobile de soins palliatifs ou consultation douleur.  
📚 Former les professionnels au repérage de la douleur non verbalisée.  
🗂️ Inscrire les données de repérage et les mesures prises dans le dossier personnalisé.

# 👥 Coordination / Partenaires

🩺 Médecin traitant : responsable de l’évaluation médicale et de l’ajustement thérapeutique.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : repérage quotidien, administration des traitements, transmission des observations.  
💼 Aides-soignants et aides à domicile : repérage comportemental, soins d’hygiène, mobilisation douce.  
🧠 Psychologue : travail autour de la douleur chronique ou de son expression.  
👪 Famille / aidants : relais de l’expression comportementale, vigilance quotidienne.  
📞 Equipe mobile de soins palliatifs, centre anti-douleur : en cas de douleur réfractaire ou mal contrôlée.

# 📘 Références

• RBPP ANESM : Souffrance physique – Volet Résidence autonomie【24†source】.  
• HAS : Évaluation de la douleur chez la personne âgée – Douleur et troubles cognitifs【30†source】.  
• RBPP domicile : Recommandations pratiques – douleur et soins palliatifs【39†source】.

Fiche Recommandation 06 — Risque de chutes

# ⛳ Intitulé du risque

Les chutes sont fréquentes chez les personnes âgées et constituent une cause majeure de morbidité, de perte d’autonomie et d’hospitalisation. Elles peuvent être évitées ou leurs conséquences atténuées par une évaluation rigoureuse et des mesures adaptées.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Antécédents récents de chutes, même sans gravité apparente.  
❗ Peur de chuter, restriction volontaire des déplacements.  
❗ Troubles de l’équilibre ou de la marche observés (démarche instable, appui sur les murs).  
❗ Ecchymoses inexpliquées, fractures anciennes ou récentes.  
❗ Mobilité réduite, fatigabilité à l’effort.  
❗ État confusionnel, baisse de vigilance, désorientation.  
❗ Hypotension orthostatique, vertiges au lever, pertes de connaissance brèves.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Antécédents de chutes ou de fractures.  
🔹 Polymédication, médicaments sédatifs, hypotenseurs, psychotropes.  
🔹 Troubles de la vue, de l’audition ou de la sensibilité des membres inférieurs.  
🔹 Dénutrition, déshydratation, anémie.  
🔹 Mobilité réduite, sarcopénie, douleurs chroniques (arthrose, neuropathie).  
🔹 Environnement inadapté : tapis glissants, éclairage insuffisant, obstacles au sol.  
🔹 Troubles cognitifs, confusion aiguë ou démence.  
🔹 Absence ou mauvais usage des aides techniques (cannes, déambulateurs).

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Réduire l’incidence des chutes et leurs conséquences (fractures, hospitalisations, perte de confiance).  
✅ Sécuriser les déplacements et restaurer l’autonomie fonctionnelle.  
✅ Rassurer la personne et son entourage, limiter l’auto-restriction des activités.  
✅ Coordonner les actions de prévention, de soin et d’adaptation du cadre de vie.  
✅ Renforcer les capacités physiques et sensorielles de la personne.

# 🛠️ Actions recommandées

🧑‍⚕️ Réalisation d’un bilan de chute avec le médecin traitant (causes, traitements, examens).  
🚶 Évaluation de la mobilité par un kinésithérapeute : test de Tinetti, test Up and Go.  
🧰 Aménagement du domicile : retrait des tapis, installation de barres d’appui, éclairage renforcé.  
🦯 Vérification de l’usage et de l’adéquation des aides techniques (canne, déambulateur).  
🥗 Évaluation nutritionnelle et correction des carences (vitamine D, calcium, protéines).  
💊 Révision médicamenteuse (réduction des psychotropes, ajustement des hypotenseurs).  
🏋️ Proposer des exercices réguliers de renforcement musculaire et d’équilibre.  
👥 Intégrer les proches à la prévention et à la sécurisation des déplacements.

# 👥 Coordination / Partenaires

🩺 Médecin traitant : coordination du bilan et des prescriptions.  
👟 Kinésithérapeute : évaluation et rééducation de la marche et de l’équilibre.  
🍽️ Diététicien : prévention de la dénutrition, conseils alimentaires adaptés.  
🏠 Ergothérapeute : aménagement du logement, conseils techniques.  
🧑‍⚕️ Infirmier(ère) : évaluation quotidienne, repérage des risques, coordination avec le médecin.  
👨‍👩‍👧 Aidants / proches : surveillance des déplacements, signalement d’événements à risque.  
🛠️ SAAD / SPASAD : accompagnement dans les transferts, aide à la prévention à domicile.

# 📘 Références

• RBPP ANESM : Chutes – Volet Résidences autonomie【27†source】.  
• HAS : Chutes répétées chez les personnes âgées – Recommandations professionnelles【37†source】.  
• RBPP domicile : Recommandations pratiques – chutes et prévention de la perte d’autonomie【39†source】.

Fiche Recommandation 07 — Confusion aiguë (syndrome confusionnel, delirium)

# ⛳ Intitulé du risque

La confusion aiguë, ou syndrome confusionnel (delirium), est une urgence gériatrique fréquente. Elle correspond à un trouble de l’attention et de la vigilance survenant de façon aiguë et fluctuante. Elle est souvent révélatrice d’un facteur médical ou environnemental sous-jacent et est réversible si prise en charge rapidement. Non reconnue, elle aggrave le pronostic vital et fonctionnel.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Changement brutal du comportement : agitation, désorientation, propos incohérents.  
❗ Troubles de l’attention, incapacité à se concentrer ou à maintenir un échange cohérent.  
❗ Somnolence excessive ou, à l’inverse, hyperactivité inhabituelle.  
❗ Inversion du cycle veille/sommeil (confusion vespérale).  
❗ Hallucinations visuelles, idées délirantes transitoires (persécution, vol, etc.).  
❗ Fluctuation rapide des symptômes sur 24h.  
❗ Apparition soudaine de comportements inadaptés ou inhabituels sans cause évidente.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Antécédents de confusion ou de démence.  
🔹 Polymédication, en particulier benzodiazépines, anticholinergiques, morphiniques.  
🔹 Infections aiguës (urinaire, pulmonaire…), douleurs non contrôlées.  
🔹 Troubles métaboliques : déshydratation, hypoglycémie, insuffisance rénale.  
🔹 Rétention urinaire ou fécale, constipation sévère.  
🔹 Immobilisation prolongée, hospitalisation récente.  
🔹 Carence sensorielle (mal vue, mal entendue) ou isolement brutal.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Détecter précocement les signes de confusion aiguë.  
✅ Identifier et traiter rapidement les causes déclenchantes.  
✅ Prévenir les complications : chute, dénutrition, rupture de parcours.  
✅ Réduire la durée du trouble et limiter le risque de perte d’autonomie.  
✅ Réassurer la personne et son entourage, préserver l’environnement quotidien.

# 🛠️ Actions recommandées

🧑‍⚕️ Alerter immédiatement le médecin traitant en cas de confusion brutale.  
🔍 Rechercher activement une cause déclenchante (infection, traitement, douleur, rétention…).  
💊 Adapter ou arrêter les traitements inappropriés (notamment benzodiazépines, anticholinergiques).  
🛏️ Favoriser le calme, la réassurance, la présence d’un proche ou d’un soignant référent.  
🕰️ Maintenir des repères temporels et sensoriels : montre, horloge, lumière naturelle, lunettes, prothèses auditives.  
📋 Surveillance régulière de l’état cognitif, du comportement et de l’évolution des signes.  
🚨 En cas d’agitation sévère, envisager une hospitalisation ou un avis spécialisé sans tarder.

# 👥 Coordination / Partenaires

🩺 Médecin traitant : diagnostic étiologique et traitement de la cause.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : repérage des signes, surveillance de l’état clinique, soutien à la personne.  
🧠 Psychiatre/gériatre : en cas de troubles sévères ou récurrents.  
👨‍👩‍👧 Famille / aidants : relais d’observation, réassurance, vigilance sur les changements de comportement.  
🏠 Services d’aide ou soins à domicile (SPASAD, SSIAD) : soutien à la continuité des soins, suivi post-urgence.

# 📘 Références

• HAS : Confusion aiguë chez la personne âgée – Synthèse des recommandations【34†source】.  
• RBPP ANESM : Repérage des risques – Volet Résidence autonomie et domicile【27†source】【39†source】.  
• RBPP – Prévention de la dépendance iatrogène liée à l’hospitalisation【38†source】.

Fiche Recommandation 08 — Risques pour la santé des aidants

# ⛳ Intitulé du risque

Les aidants familiaux ou proches peuvent subir une charge physique, psychologique et sociale importante. Cette situation d’épuisement ou de surmenage peut entraîner des risques pour leur propre santé et compromettre la continuité de l’accompagnement à domicile.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Plaintes de fatigue, de troubles du sommeil ou d’épuisement.  
❗ Changements visibles : amaigrissement, négligence de l’hygiène, tristesse apparente.  
❗ Diminution de l’implication, ruptures dans les visites ou les soins.  
❗ Conflits familiaux, isolement relationnel, retrait social.  
❗ Irritabilité, anxiété, perte de plaisir dans les activités habituelles.  
❗ Sentiment d’inutilité, de culpabilité ou d’abandon.  
❗ Présence de signes dépressifs ou de troubles cognitifs débutants chez l’aidant.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Charge de soins élevée ou continue (H24, nuits, soins lourds).  
🔹 Absence de répit ou de soutien externe (absence de services relais).  
🔹 Déni de la situation ou culpabilité à demander de l’aide.  
🔹 Isolement géographique ou social de l’aidant.  
🔹 État de santé fragile ou antécédents médicaux/psychologiques de l’aidant.  
🔹 Absence de reconnaissance du rôle d’aidant dans l’entourage ou par les professionnels.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Repérer précocement les signes d’épuisement physique et psychologique de l’aidant.  
✅ Préserver la santé physique et mentale de l’aidant pour maintenir son rôle.  
✅ Favoriser l’accès aux dispositifs de répit et de soutien psychologique.  
✅ Prévenir les ruptures de parcours liées à la décompensation de l’aidant.  
✅ Valoriser le rôle de l’aidant dans le projet d’accompagnement et le soutenir activement.

# 🛠️ Actions recommandées

🧑‍⚕️ Réaliser un entretien d’évaluation avec l’aidant (EPICES, Zarit, échelle de fatigue de l’aidant…).  
🗣️ Encourager l’expression libre des difficultés dans un cadre bienveillant.  
📞 Proposer une orientation vers une plateforme d’accompagnement ou de répit (CLIC, MAIA, PTA).  
🛏️ Mettre en place des temps de relais à domicile ou en structure (accueil de jour, hébergement temporaire).  
📚 Fournir des ressources et informations utiles : droits de l’aidant, aides disponibles, congés, formations.  
🧠 En cas de détresse psychologique, orienter vers un soutien psychologique professionnel.  
🤝 Valoriser les compétences de l’aidant et le positionner comme co-acteur dans le projet personnalisé.

# 👥 Coordination / Partenaires

👩‍⚕️ Professionnels médico-sociaux : relais pour repérer et signaler la souffrance de l’aidant.  
🧑‍⚕️ Médecin traitant de l’aidant : repérage et prise en charge des troubles somatiques ou psychiques.  
🏠 Plateformes de répit et CLIC : dispositifs d’accompagnement, écoute, information.  
🤝 Associations d’aidants : entraide, groupe de parole, accès à des conseils pratiques.  
👨‍👩‍👧 Famille et proches : relais partiels ou relais émotionnels si sollicités et disponibles.  
🛠️ SAAD / SPASAD : proposer des temps d’accompagnement en soutien indirect à l’aidant.

# 📘 Références

• RBPP ANESM : Risques pour la santé des aidants – Volet Résidence autonomie【25†source】.  
• RBPP domicile : Repérage des risques liés à l’épuisement des aidants familiaux【39†source】.  
• HAS – Soutien des aidants – Prévention du surmenage et des ruptures de parcours【40†source】.

Fiche Recommandation 09 — Accompagnement de la fin de vie

# ⛳ Intitulé du risque

La fin de vie est une phase délicate nécessitant un accompagnement respectueux des souhaits, des droits et de la dignité de la personne. Une absence d’anticipation ou un défaut de coordination peut entraîner douleur, anxiété, isolement, ou hospitalisation non souhaitée.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Perte d’autonomie rapide, refus d’alimentation ou d’hydratation.  
❗ Somnolence accrue, modifications de l’état de conscience.  
❗ Douleurs persistantes mal soulagées, gémissements.  
❗ Signes de fin de vie identifiés médicalement (phase palliative ou terminale).  
❗ Inquiétude majeure de la personne ou des proches sur la fin de vie.  
❗ Désir exprimé de mourir chez soi, souhaits de limitation thérapeutique.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Maladie évolutive grave (cancer, MND, insuffisance cardiaque ou respiratoire terminale).  
🔹 Absence de directives anticipées ou de personne de confiance désignée.  
🔹 Rupture de parcours : hospitalisation non anticipée, épuisement de l’aidant.  
🔹 Inadéquation du lieu de vie avec les besoins de fin de vie.  
🔹 Mauvais contrôle des symptômes physiques ou psychiques.  
🔹 Isolement affectif ou social, deuils récents non surmontés.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Respecter les volontés de la personne et ses droits en fin de vie.  
✅ Soulager la douleur et l’inconfort, apaiser la souffrance globale.  
✅ Maintenir une présence humaine et un lien affectif, même en cas de retrait relationnel.  
✅ Favoriser la coordination entre professionnels pour éviter les ruptures de soins.  
✅ Soutenir les proches et anticiper les besoins émotionnels ou logistiques autour du décès.

# 🛠️ Actions recommandées

📋 Vérifier l’existence de directives anticipées, d’une personne de confiance, ou recueillir les souhaits exprimés.  
💊 Assurer un traitement antalgique efficace et adapté à l’évolution de la situation (régulier et à la demande).  
🧑‍⚕️ Évaluer régulièrement les symptômes de fin de vie : douleur, dyspnée, angoisse, confusion.  
🏠 Organiser les conditions d’un accompagnement au domicile si souhaité (HAD, soins palliatifs, matériel médical).  
🕯️ Prévoir une atmosphère calme, respectueuse des croyances, des rituels, et des besoins de chacun.  
🤝 Informer et soutenir les proches (écoute, gestes d’humanité, transmission des étapes).  
📞 Envisager l’intervention d’une équipe mobile de soins palliatifs si nécessaire.

# 👥 Coordination / Partenaires

🩺 Médecin traitant ou médecin coordinateur : évaluation médicale, décisions thérapeutiques.  
🏥 HAD, équipes mobiles de soins palliatifs, infirmiers libéraux : soins continus, soutien logistique et clinique.  
🧘 Psychologue, aumônier ou accompagnant spirituel : soutien à l’expression des peurs ou croyances.  
👪 Famille, proches : implication selon le souhait de la personne, soutien émotionnel, rituels.  
🧑‍⚕️ IDE, aides à domicile, bénévoles : présence humaine, gestes de confort, maintien de la dignité.  
📋 CLIC, PTA : relais logistique, ressources locales, accès à un soutien administratif.

# 📘 Références

• RBPP HAS : Accompagner la fin de vie des personnes âgées en établissement et à domicile【35†source】【40†source】.  
• Charte des droits de la personne en fin de vie, Loi Claeys-Leonetti 2016.  
• RBPP domicile : Fin de vie – repérage, coordination, soutien aux proches【39†source】.

Fiche Recommandation 10 — Syndrome d’immobilisation

# ⛳ Intitulé du risque

Le syndrome d’immobilisation se caractérise par une réduction durable ou prolongée des déplacements ou de l’activité physique, généralement consécutive à un alitement, une hospitalisation ou une perte d’autonomie brutale. Il peut entraîner des complications graves : perte musculaire, escarres, dénutrition, dépression, confusion.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Réduction notable des déplacements spontanés ou des activités habituelles.  
❗ Temps croissant passé au lit ou en position allongée sans indication médicale stricte.  
❗ Difficulté ou refus de se lever ou d’utiliser les aides techniques.  
❗ Apparition d’escarres, douleurs articulaires, raideur musculaire.  
❗ Dégradation de l’état général (amaigrissement, asthénie, confusion, incontinence).

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Hospitalisation récente ou prolongée (notamment en soins aigus).  
🔹 Douleur mal soulagée, fracture, pathologie aiguë décompensée.  
🔹 Troubles cognitifs, démotivation ou perte de repères.  
🔹 Dépression, isolement, perte de sens.  
🔹 Absence de stimulation ou d’intervention kinésithérapique.  
🔹 Environnement inadapté (pas d’aide technique, lit non motorisé, obstacles).

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Prévenir ou limiter les conséquences fonctionnelles de l’alitement prolongé.  
✅ Maintenir ou restaurer les capacités motrices de la personne.  
✅ Réintégrer l’activité physique adaptée dans le quotidien.  
✅ Éviter les complications associées : escarres, dénutrition, infections, confusion.  
✅ Revaloriser la personne dans ses capacités et soutenir sa motivation à bouger.

# 🛠️ Actions recommandées

🚶 Favoriser un lever quotidien dès que possible, même partiel (au fauteuil, mobilisation douce).  
🛏️ Mettre en place une surveillance des postures, des points d’appui, et de la tolérance à l’effort.  
🧑‍⚕️ Solliciter une évaluation kinésithérapique : programme de mobilisation passive/active.  
🧠 Maintenir les stimulations cognitives et relationnelles pour éviter le repli.  
🍽️ Assurer une alimentation adaptée à l’effort et un bon niveau d’hydratation.  
📋 Documenter l’évolution de la mobilité dans le projet personnalisé d’accompagnement.  
🧰 Adapter l’environnement : barre de redressement, lit médicalisé, assise confortable pour le repos hors du lit.

# 👥 Coordination / Partenaires

🩺 Médecin traitant ou coordonnateur : évaluation médicale globale, prévention des complications.  
🧑‍⚕️ Kinésithérapeute : bilan fonctionnel, plan de rééducation individualisé.  
👩‍⚕️ IDE/AS : aide au lever, soins de prévention des escarres, accompagnement au quotidien.  
🍽️ Diététicien : adaptation des apports pour éviter la dénutrition liée à l’inactivité.  
🏠 Ergothérapeute : aménagement du logement ou de l’environnement proche.  
👪 Famille / aidants : motivation, relais pour encourager les déplacements.

# 📘 Références

• HAS & CNPG : Prévenir la dépendance iatrogène liée à l’hospitalisation – Fiche points clés【38†source】.  
• RBPP ANESM : Repérage des risques de perte d’autonomie – Volet domicile et établissement【39†source】.  
• RBPP HAS : Activité physique adaptée et prévention des complications liées à l’immobilisation.

Fiche Recommandation 11 — Douleur chez les personnes non communicantes

# ⛳ Intitulé du risque

Chez les personnes âgées présentant des troubles de la communication verbale (démence sévère, troubles neurologiques, polyhandicap), la douleur est souvent sous-évaluée et mal traitée. Elle se manifeste de manière comportementale et nécessite un repérage systématique pour éviter les situations de souffrance prolongée.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Grimaces, crispation du visage, froncement de sourcils.  
❗ Agitation, cris, gémissements, refus de soins ou de mobilisation.  
❗ Postures d’évitement, mouvements de protection d’une zone du corps.  
❗ Troubles du sommeil inexpliqués, repli ou agressivité inhabituelle.  
❗ Altération de l’appétit, perte d’autonomie brutale.  
❗ Apparition de comportements nouveaux sans cause repérée (pleurs, prostration, écholalie).

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Démences sévères, syndromes neurocognitifs avancés.  
🔹 Antécédents de douleurs chroniques ou de pathologies douloureuses.  
🔹 Immobilisation prolongée, escarres, fractures anciennes.  
🔹 Soin ou gestes médicaux potentiellement douloureux (pansements, sondages, injections).  
🔹 Douleur aiguë liée à une affection intercurrente (infection, constipation, arthrose…).

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Repérer systématiquement la douleur chez les personnes non communicantes.  
✅ Utiliser des outils d’évaluation comportementale validés pour guider les soins.  
✅ Soulager la douleur en adaptant les traitements antalgiques à la situation clinique.  
✅ Réduire la souffrance globale et améliorer le confort au quotidien.  
✅ Former les équipes au repérage comportemental de la douleur.

# 🛠️ Actions recommandées

📋 Utiliser des échelles comportementales validées : ALGOPLUS, Doloplus, ECPA (échelle douleur évaluation comportementale de la personne âgée).  
🧑‍⚕️ Observer systématiquement avant, pendant et après un soin ou une mobilisation.  
💊 Prescrire des antalgiques adaptés (palier 1 à 3) selon le niveau présumé de douleur.  
📈 Réévaluer l’effet des traitements administrés en observant la diminution des signes comportementaux.  
💬 Partager les observations dans l’équipe pour affiner le diagnostic de douleur.  
📚 Intégrer la formation à l’évaluation de la douleur non verbale dans les parcours professionnels.  
📝 Mentionner systématiquement les observations de douleur dans le projet personnalisé de la personne.

# 👥 Coordination / Partenaires

🩺 Médecin traitant : responsable du diagnostic différentiel et de l’adaptation thérapeutique.  
👩‍⚕️ IDE : repérage au quotidien, utilisation d’outils d’évaluation, gestion des traitements.  
🧑‍⚕️ Aides-soignants : surveillance comportementale fine lors des soins d’hygiène ou mobilisations.  
👪 Famille / aidants : repérage de modifications comportementales non habituelles.  
🧠 Centre de la douleur ou équipe mobile douleur en cas de douleur persistante malgré traitement.  
📘 Coordination avec les équipes d’accompagnement spécialisé (SPASAD, EHPAD, HAD).

# 📘 Références

• ANAES : Évaluation et prise en charge de la douleur chez les personnes âgées non communicantes【30†source】.  
• RBPP ANESM : Repérage de la douleur – Résidences autonomie【24†source】.  
• RBPP domicile : Repérage et traitement de la douleur chez les personnes âgées fragiles【39†source】.

Fiche Recommandation 12 — Dépendance iatrogène médicamenteuse

# ⛳ Intitulé du risque

La dépendance iatrogène médicamenteuse désigne les pertes de capacités physiques, cognitives ou fonctionnelles induites par un traitement médicamenteux inadapté ou mal surveillé. Elle touche particulièrement les personnes âgées polymédiquées, entraînant des chutes, des troubles cognitifs, une perte d’autonomie ou des hospitalisations évitables.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Apparition ou aggravation de troubles cognitifs, confusion, désorientation.  
❗ Hypotension, vertiges, chutes récurrentes.  
❗ Troubles du sommeil ou somnolence diurne excessive.  
❗ Rétention urinaire, constipation sévère, incontinence nouvelle.  
❗ Refus d’alimentation ou anorexie, perte de poids inexpliquée.  
❗ Diminution de la mobilité, perte d’autonomie rapide sans cause organique.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Polymédication (≥ 5 médicaments/jour), prescription par plusieurs praticiens non coordonnés.  
🔹 Traitements à risque : benzodiazépines, anticholinergiques, neuroleptiques, hypotenseurs, diurétiques.  
🔹 Absence de réévaluation thérapeutique régulière.  
🔹 Altération de la fonction rénale ou hépatique non prise en compte.  
🔹 Mauvaise observance ou erreurs de prise non détectées.  
🔹 Automédication non connue des professionnels.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Prévenir ou limiter les effets indésirables médicamenteux évitables.  
✅ Réduire la charge médicamenteuse sans compromettre l’efficacité thérapeutique.  
✅ Améliorer la qualité de vie et préserver les fonctions cognitives et motrices.  
✅ Mettre en place un suivi coordonné et partagé des traitements.  
✅ Informer et impliquer la personne et/ou ses aidants dans la surveillance et les décisions thérapeutiques.

# 🛠️ Actions recommandées

📋 Réaliser un bilan médicamenteux régulier avec le médecin traitant (au moins 1 fois/an).  
💊 Évaluer les indications, redondances ou interactions des traitements prescrits.  
🚫 Identifier les prescriptions potentiellement inappropriées selon les critères STOPP/START.  
📞 Associer le pharmacien d’officine au suivi et à l’identification des interactions ou doublons.  
📈 Surveiller l’évolution clinique après chaque modification thérapeutique (suivi d'effets secondaires).  
📚 Informer la personne et ses aidants sur les effets attendus et indésirables potentiels.  
🗂️ Documenter chaque ajustement dans le projet d’accompagnement personnalisé.

# 👥 Coordination / Partenaires

🩺 Médecin traitant : révision de l’ordonnance, arbitrage bénéfice/risque.  
💊 Pharmacien : analyse pharmaceutique, alerte en cas d’interactions ou d’erreurs de posologie.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance quotidienne des effets indésirables et de l’observance.  
👪 Aidants / proches : relais d’observation, soutien à la compréhension du traitement.  
🏠 Équipes de coordination (SPASAD, PTA, MAIA) : accompagnement global autour de la prescription médicamenteuse.

# 📘 Références

• HAS & CNPG : Prévenir la dépendance iatrogène liée à l’hospitalisation – Fiche points clés【38†source】.  
• RBPP domicile : Repérage des risques liés à la polymédication et aux effets secondaires【39†source】.  
• RBPP ANESM : Prise de médicaments – Volet Résidence autonomie【33†source】.

Fiche Recommandation 13 — Préparation à l’hospitalisation / retour à domicile

# ⛳ Intitulé du risque

Risque de rupture de parcours ou d’aggravation de la dépendance lors des transitions entre domicile, structure médico-sociale et hôpital. Une hospitalisation non préparée ou un retour mal anticipé peuvent générer confusion, iatrogénie, perte d’autonomie, isolement ou ré-hospitalisation rapide.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Admission non anticipée ou absence de coordination avec les intervenants du domicile.  
❗ Absence d'informations sur le traitement, les aides ou les dispositifs nécessaires au retour.  
❗ Personne isolée, sans aidant identifié pour le relais.  
❗ Interruption de traitements, de nutrition, de suivi psychologique ou rééducatif.  
❗ Difficulté à organiser le matériel médical ou les soins à la sortie.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Isolement, fragilité sociale, habitat inadapté.  
🔹 Hospitalisation en urgence sans dossier de liaison.  
🔹 Inexistence de synthèse médicale ou sociale du parcours.  
🔹 Difficulté d’accès aux soins ou aux aides à domicile.  
🔹 Absence de coordination entre les intervenants hospitaliers et ceux du domicile.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Anticiper les hospitalisations programmées et organiser les retours à domicile.  
✅ Assurer une continuité de l’information, des soins et des aides.  
✅ Prévenir la désorganisation du parcours et la dépendance iatrogène.  
✅ Mobiliser les relais disponibles dès l’amont et à la sortie.  
✅ Valoriser les outils de liaison entre la ville, l’hôpital et les services médico-sociaux.

# 🛠️ Actions recommandées

📋 Élaborer un dossier de liaison (Dossier Médical Partagé, DLU, synthèse médicale et sociale).  
🩺 Anticiper les hospitalisations en partageant les antécédents, traitements, besoins spécifiques.  
📞 Contacter les services d’aide ou soins à domicile dès l’annonce du retour.  
📦 Organiser le matériel (lit médicalisé, oxygène, aide à la toilette...) avant la sortie.  
🤝 Travailler en lien avec les coordinateurs de parcours, CLIC, MAIA, PTA.  
📅 Prévoir un rendez-vous post-hospitalisation rapide (généraliste ou infirmier de coordination).

# 👥 Coordination / Partenaires

🧑‍⚕️ Médecins hospitaliers et de ville : transmission d’informations essentielles.  
📋 Infirmier(ère) de liaison ou de coordination : relais de sortie.  
🏠 SAD / SPASAD / SSIAD : organisation logistique et plan d’aides.  
📞 CLIC / PTA / MAIA : aide à la coordination et mise en réseau.  
👨‍👩‍👧 Aidants : impliqués dans la préparation et les relais pratiques.

# 📘 Références

• HAS & CNPG : Prévenir la dépendance iatrogène liée à l’hospitalisation【38†source】.  
• RBPP ANESM : Dossier de liaison, continuité des parcours, volet domicile【39†source】.

Fiche Recommandation 14 — Accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives (MND)

# ⛳ Intitulé du risque

Les MND (Alzheimer, Parkinson, SLA, etc.) entraînent des troubles évolutifs complexes (cognitifs, moteurs, comportementaux) impactant le projet de vie. Un accompagnement personnalisé, anticipé et adapté est essentiel pour préserver les capacités, éviter l’épuisement de l’aidant et les ruptures de parcours.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Désorientation, difficultés à exécuter des gestes simples, agressivité ou apathie.  
❗ Déni de la maladie ou refus de soins.  
❗ Épuisement de l’aidant, isolement social.  
❗ Inadéquation entre les aides mises en place et les besoins réels.  
❗ Dégradation rapide de l’état général ou perte brutale d’autonomie.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Pathologies neuro-évolutives mal diagnostiquées ou sans suivi spécialisé.  
🔹 Absence de coordination entre les professionnels.  
🔹 Communication difficile liée aux troubles cognitifs.  
🔹 Retard d’adaptation des aides techniques ou humaines.  
🔹 Refus d’intervention extérieure ou méconnaissance des dispositifs.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Identifier précocement les besoins cognitifs, sociaux, psychiques et moteurs.  
✅ Mettre en place un accompagnement évolutif, co-construit, adapté aux troubles.  
✅ Soutenir les aidants dans la durée et prévenir leur épuisement.  
✅ Renforcer la coordination médico-sociale autour du PPA.  
✅ Respecter les habitudes, les préférences et la dignité de la personne malgré les troubles.

# 🛠️ Actions recommandées

🧠 Évaluer régulièrement les besoins et les capacités (outil ICOPE, grille AGGIR, échelles spécifiques).  
🗣️ Adapter la communication (supports visuels, consignes simples, routines).  
📋 Structurer le PPA autour des repères stables, du maintien à domicile et du soutien aux aidants.  
🤝 Organiser des réunions de coordination entre médecin, psychologue, ergothérapeute, etc.  
💼 Solliciter les dispositifs spécialisés (ESA, MAIA, équipe mémoire, consultation mémoire).

# 👥 Coordination / Partenaires

🧑‍⚕️ Médecin traitant + neurologue ou spécialiste MND : diagnostic, suivi évolutif.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère), psychologue, assistant social : soutien au quotidien.  
🧠 Équipes mémoire, ESA, MAIA, PTA : coordination renforcée et expertise.  
👪 Aidants et proches : repérage précoce de signaux faibles, relais d’alerte.  
📘 Professionnels du domicile : soutien à la stimulation, respect des rythmes et habitudes.

# 📘 Références

• HAS : Guide MND – Projet d’accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives【36†source】.  
• RBPP : Soutien à la co-construction du projet personnalisé dans les MND – DIQASM【41†source】.

Fiche Recommandation 15 — Autonomie décisionnelle et consentement

# ⛳ Intitulé du risque

Chez les personnes âgées, notamment en situation de fragilité cognitive, l’expression du consentement peut être altérée. Le risque est une prise de décision médicale ou sociale sans réelle adhésion, en contradiction avec les droits fondamentaux à l’autodétermination.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Doute sur la compréhension des explications médicales ou sociales.  
❗ Propos contradictoires ou changeants dans le temps.  
❗ Décisions subies ou orientées fortement par l'entourage.  
❗ Signes de détresse face à des choix de soins ou d'accompagnement.  
❗ Refus non argumenté ou passivité inhabituelle.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Troubles cognitifs ou du langage.  
🔹 Isolement ou dépendance affective à un proche aidant.  
🔹 Manque d’explication adaptée ou jargon professionnel incompris.  
🔹 Pression sociale ou familiale implicite.  
🔹 Absence de temps ou de dispositif d’aide à la compréhension.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Garantir un consentement libre et éclairé.  
✅ Favoriser l’expression des choix même fragiles ou évolutifs.  
✅ Reconnaître la parole des personnes vulnérables.  
✅ Intégrer la personne dans le processus de décision malgré ses limites cognitives.  
✅ Respecter la temporalité nécessaire à l’adhésion.

# 🛠️ Actions recommandées

💬 Reformuler l'information plusieurs fois, utiliser des supports visuels ou concrets.  
📋 Recueillir l’avis de la personne dans un cadre serein, sans pression.  
📅 Donner un temps de réflexion suffisant et répéter l’information à distance.  
👂 Considérer l’accord même partiel comme légitime et à respecter.  
👥 Solliciter une personne de confiance ou un tuteur légal si la capacité est altérée de manière durable.  
📘 Documenter la manière dont l'information a été transmise et les réactions observées.

# 📘 Références

• RBPP HAS : Accompagnement éthique de la personne âgée【40†source】.  
• Charte des droits et libertés de la personne accueillie.  
• Loi n° 2002-2 et Loi Claeys-Leonetti 2016.

Fiche Recommandation 16 — Prévention des maltraitances et négligences

# ⛳ Intitulé du risque

La maltraitance peut être physique, psychologique, financière, médicale ou par négligence. Elle peut être intentionnelle ou résulter d’un défaut d’attention ou de moyens. Le respect de la dignité et des droits de la personne doit être garanti en toutes circonstances.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Peur ou méfiance inhabituelle de la personne à l’égard d’un intervenant.  
❗ Hygiène négligée, soins reportés sans justification.  
❗ Apparition de bleus, blessures ou infections non expliquées.  
❗ Propos de l’entourage culpabilisants ou dénigrants.  
❗ Refus soudain d’un intervenant ou d’un soin sans cause apparente.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Dépendance forte dans les actes de la vie quotidienne.  
🔹 Épuisement de l’aidant, absence de relais.  
🔹 Isolement social de la personne âgée.  
🔹 Faible formation ou effectif insuffisant des intervenants.  
🔹 Absence de surveillance ou de coordination entre professionnels.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Garantir la bientraitance et la sécurité de la personne accompagnée.  
✅ Prévenir les négligences et violences involontaires.  
✅ Mettre en place une vigilance partagée et continue.  
✅ Encourager l’expression libre de la personne et des proches.  
✅ Traiter tout signalement avec rigueur et discrétion.

# 🛠️ Actions recommandées

📋 Mettre en place des temps d’écoute confidentiels réguliers.  
📞 Connaître les numéros de signalement (3977, ARS, Défenseur des droits).  
🧑‍🏫 Former les professionnels à la prévention de la maltraitance.  
🛠️ Vérifier régulièrement les pratiques de soins, les transmissions, le respect de la vie privée.  
🧩 Évaluer l’environnement familial et les tensions dans la relation d’aide.  
🗂️ Documenter les observations, alerter en interne ou en externe si nécessaire.

# 📘 Références

• RBPP ANESM : Bientraitance – principes et repères【40†source】.  
• Loi 2002-2 – protection des usagers.  
• Plateforme nationale de lutte contre la maltraitance (3977).

Fiche Recommandation 17 — Accompagnement éthique de la personne âgée

# ⛳ Intitulé du risque

Les choix de soins ou de vie peuvent soulever des dilemmes éthiques complexes, en particulier face à la vulnérabilité, à la fin de vie ou aux troubles cognitifs. L’enjeu est de préserver la dignité et la liberté de la personne tout en protégeant ses intérêts lorsque son discernement est altéré.

# 📌 Situations sensibles à anticiper ou encadrer

❗ Fin de vie et limitation ou arrêt des soins.  
❗ Refus de soins, opposition aux aides.  
❗ Désaccords entre les proches, ou entre équipe et famille.  
❗ Situations de non-consentement éclairé.  
❗ Isolement ou désengagement éthique de l’entourage ou des professionnels.

# 🔎 Facteurs de tension éthique

🔹 Absence de directives anticipées ou de personne de confiance.  
🔹 Altération du jugement et manque de communication adaptée.  
🔹 Conflit entre bienveillance et respect de la liberté de la personne.  
🔹 Absence de lieu d’expression ou de soutien éthique pour les professionnels.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Prendre en compte la personne dans toutes ses dimensions (valeurs, culture, parcours).  
✅ Préserver l’autonomie de décision autant que possible.  
✅ Protéger la personne sans imposer.  
✅ Favoriser les débats éthiques dans l’équipe.  
✅ Prévenir les conflits ou maltraitances éthiques.

# 🛠️ Actions recommandées

🧠 Identifier les situations complexes ou conflictuelles à potentiel éthique.  
📘 Consulter les directives anticipées, interroger les volontés exprimées.  
👥 Recourir à un espace éthique local ou à une réunion de concertation pluriprofessionnelle.  
💬 Favoriser l’expression libre des professionnels et des proches.  
📑 Documenter les décisions et leur justification dans le dossier de la personne.

# 📘 Références

• HAS : Accompagnement éthique – RBPP fin de vie et situations complexes【40†source】.  
• Loi Claeys-Leonetti 2016 – droits en fin de vie.  
• Charte européenne des droits fondamentaux en établissement médico-social.

Fiche Recommandation 18 — Consentement et capacité à décider chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du risque

Certaines personnes âgées, en raison de troubles cognitifs, d’un état psychologique altéré ou d’une situation de fragilité, peuvent avoir des difficultés à exprimer un consentement libre, éclairé et stable. Le risque est une privation de décision ou une orientation non conforme à leurs volontés réelles.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Indécision fréquente ou propos changeants selon les interlocuteurs.  
❗ Absence d’expression spontanée des préférences.  
❗ Acceptation passive ou soudaine d’une orientation ou d’un soin.  
❗ Proches trop présents dans les choix ou dans l’entretien avec les professionnels.  
❗ Refus de soins ou de propositions sans justification compréhensible.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Troubles cognitifs, dépression, anxiété ou pathologies psychiatriques.  
🔹 Isolement relationnel ou absence de personne de confiance désignée.  
🔹 Langage ou expression limitée (aphasie, barrière linguistique).  
🔹 Difficultés de compréhension des documents ou discours professionnels.  
🔹 Situation sociale instable ou décision dans l’urgence.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Identifier les capacités décisionnelles résiduelles de la personne.  
✅ Soutenir l’expression des volontés, même partielles ou évolutives.  
✅ Protéger sans priver de choix personnels.  
✅ Éviter toute influence excessive, même bienveillante.  
✅ Respecter la temporalité nécessaire à un consentement éclairé.

# 🛠️ Actions recommandées

💬 Adapter le langage, reformuler, répéter les informations dans un cadre apaisé.  
👂 S'assurer que la personne a compris les enjeux, et recueillir ses impressions.  
📋 Utiliser l’avis d’un psychologue ou médecin si la capacité est douteuse.  
👥 Proposer la désignation d’une personne de confiance.  
🗂️ Noter les modalités de recueil du consentement et les limites observées.

# 📘 Références

• Document d’appui HAS – Fin de vie à domicile : consentement et autonomie【40†source】.  
• RBPP : Accompagnement de la personne avec troubles cognitifs – protection et respect des volontés【40†source】.

Fiche Recommandation 19 — Repérage des personnes en situation de vulnérabilité sociale

# ⛳ Intitulé du risque

Certaines personnes âgées sont exposées à un isolement relationnel, une précarité financière, ou une marginalisation sociale, entraînant une aggravation de leur état de santé ou une rupture de soins. Le repérage est une étape-clé pour mobiliser les dispositifs adaptés.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Absence ou rareté des visites, refus d’ouverture aux intervenants.  
❗ Logement dégradé, absence d’équipement de base.  
❗ Retards ou annulations de soins répétés.  
❗ Vêtements inadaptés à la saison, hygiène négligée.  
❗ Discours exprimant l’isolement, la peur ou le sentiment d’abandon.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Absence de lien familial ou rupture relationnelle.  
🔹 Revenus très faibles, surendettement, difficulté d’accès aux droits.  
🔹 Difficulté de déplacement ou rupture du réseau de soins.  
🔹 Méconnaissance des aides ou refus de démarches administratives.  
🔹 Événements de rupture : veuvage, expulsion, hospitalisation longue.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Repérer précocement les signaux d’alerte sociale.  
✅ Activer les relais adaptés pour prévenir la dégradation de la situation.  
✅ Créer un lien de confiance favorisant l’accompagnement social.  
✅ Réintégrer la personne dans les dispositifs de soins et d’aide.  
✅ Éviter l’abandon ou l’exclusion des parcours de droit commun.

# 🛠️ Actions recommandées

📋 Compléter une fiche repérage sociale à domicile (outil ANESM ou équivalent).  
📞 Contacter le CCAS, le CLIC ou les assistantes sociales pour mobilisation.  
👥 Organiser une réunion de coordination médico-sociale en cas de rupture imminente.  
📘 Informer sur les droits sociaux et les dispositifs d’urgence.  
🗂️ Mettre en lien avec les associations de proximité ou services de portage de repas, téléalarme, etc.

# 📘 Références

• RBPP ANESM : Repérage des risques – volet domicile【39†source】.  
• RBPP HAS : Coordination de parcours pour les publics vulnérables.

Fiche Recommandation 20 — Prévention des maltraitances ou négligences passives

# ⛳ Intitulé du risque

Les négligences passives (ou maltraitances non intentionnelles) surviennent lorsque les soins, l’attention ou le respect de la personne ne sont pas assurés de manière adéquate. Ces situations sont souvent liées à l’épuisement des aidants ou à des dysfonctionnements institutionnels.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Oubli de rendez-vous médicaux, absence de renouvellement de traitements.  
❗ Hygiène corporelle négligée, vêtements sales ou inadaptés.  
❗ Temps d’attente anormalement longs pour les repas ou les soins.  
❗ Absence d’écoute des plaintes ou douleurs.  
❗ Répétition d’erreurs dans les soins ou absence de transmission des informations importantes.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Charge de travail excessive des professionnels.  
🔹 Manque de formation ou de sensibilisation.  
🔹 Isolement de la personne sans relais ni observation extérieure.  
🔹 Absence de plan de soins structuré ou de coordination.  
🔹 Communication insuffisante entre professionnels.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Identifier et corriger les négligences passives.  
✅ Mettre en place des repères de qualité de soins et de suivi.  
✅ Protéger la personne tout en respectant son rythme.  
✅ Favoriser la vigilance partagée dans les équipes.  
✅ Améliorer la circulation de l’information et la transmission des alertes.

# 🛠️ Actions recommandées

📋 Élaborer un plan d’aide ou de soins clair, avec un suivi régulier.  
📞 Mettre en place une vigilance dans les transmissions orales et écrites.  
🧑‍🏫 Sensibiliser les intervenants au repérage des signes de négligence.  
🛠️ Travailler en binôme ou en supervision si possible dans les situations complexes.  
📘 Mettre en place des temps de coordination réguliers avec les intervenants du domicile.

# 📘 Références

• RBPP ANESM : Bientraitance et prévention des négligences – établissement et domicile【40†source】.  
• Charte des droits et libertés de la personne accueillie.  
• RBPP HAS : Suivi qualité et coordination des soins à domicile.

Fiche Recommandation 21 — gériatrie — Confusion aiguë chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du risque

La confusion aiguë (ou syndrome confusionnel, delirium) est un trouble brutal de l’attention, de la vigilance et de la cognition. Elle touche fréquemment les personnes âgées fragiles, hospitalisées ou vivant à domicile. Elle peut être la manifestation d'une pathologie aiguë sous-jacente, d’une iatrogénie ou d’un environnement inadapté. Le delirium est souvent réversible, mais il nécessite une prise en charge urgente. Son pronostic est grave en cas de retard de diagnostic : déclin fonctionnel, perte d'autonomie, décès, hospitalisations prolongées.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Modification aiguë et fluctuante du comportement ou de l’état de conscience.  
❗ Désorientation temporelle et spatiale soudaine.  
❗ Troubles de l’attention : incapacité à suivre une conversation ou consignes.  
❗ Hallucinations visuelles, idées délirantes (vols, persécutions).  
❗ Agitation, cris, hyperactivité ou, au contraire, ralentissement moteur marqué.  
❗ Inversion du cycle veille/sommeil.  
❗ Rechute cognitive chez une personne atteinte de démence stabilisée.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Troubles cognitifs préexistants, démence.  
🔹 Polymédication, traitements sédatifs, anticholinergiques, sevrage alcoolique.  
🔹 Douleur non soulagée, infection, déshydratation, rétention urinaire ou fécale.  
🔹 Immobilisation prolongée, hospitalisation, environnement inconnu.  
🔹 Troubles sensoriels non corrigés (déficit visuel ou auditif).  
🔹 Isolement social ou psychologique, privation sensorielle.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Identifier rapidement les signes évocateurs de confusion aiguë.  
✅ Rechercher et traiter la cause sous-jacente.  
✅ Prévenir les complications (chutes, déshydratation, dénutrition, agitation).  
✅ Réduire la durée de l’épisode confusionnel.  
✅ Protéger la personne tout en respectant sa dignité et son environnement de vie.

# 🛠️ Actions recommandées

📋 Utiliser des outils de dépistage adaptés : CAM (Confusion Assessment Method), 4AT.  
🧑‍⚕️ Rechercher une cause médicale urgente : infection, sevrage, AVC, métabolique.  
💊 Réduire ou suspendre tout traitement potentiellement inducteur de confusion (BZD, morphiniques, neuroleptiques si non indispensables).  
🛏️ Maintenir les repères temporels et sensoriels : horloge, calendrier, lumière naturelle, lunettes, prothèses auditives.  
👥 Encourager la présence de proches, limiter les changements d'intervenants ou de lieux.  
📘 Rechercher la douleur même en l’absence de plainte verbale (ECPA, Algoplus).  
🧠 Prévoir une surveillance renforcée : hydratation, alimentation, élimination, état neurologique.

# 👥 Coordination / Partenaires

🩺 Médecin traitant : évaluation, diagnostic, traitement des causes.  
👩‍⚕️ IDE, aides-soignants : surveillance de l’état général, alerte précoce.  
👂 Psychologue / gériatre : en cas de symptômes persistants ou récurrents.  
🏠 Equipes domicile (SSIAD, SPASAD) : adaptation du rythme, sécurisation de l’environnement.  
👪 Famille / aidants : repérage des fluctuations, soutien affectif, aide au maintien des repères.

# 📘 Recommandations spécifiques

✅ Toujours rechercher une cause somatique (infection urinaire ou pulmonaire, douleur, rétention, hypoxie, trouble métabolique).  
✅ Proscrire les contentions physiques, sauf en cas de danger imminent et temporaire (avec traçabilité).  
✅ Si traitement symptomatique nécessaire : utiliser avec prudence les neuroleptiques atypiques (ex : rispéridone à faible dose) et pour une durée brève.  
✅ Privilégier les approches non médicamenteuses : ambiance rassurante, routines quotidiennes, soutien relationnel.  
✅ Après un épisode, organiser une réévaluation complète (bilan fonctionnel, neurologique, social).

# 📘 Références

• HAS : Confusion aiguë chez la personne âgée – Recommandations professionnelles【34†source】.  
• Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) – Confusion aiguë.  
• RBPP ANESM : Recommandations Résidences autonomie – repérage des signes de décompensation.

Fiche Recommandation 22 — gériatrie — Prévention des chutes répétées

# ⛳ Intitulé du risque

Les chutes répétées chez la personne âgée sont une cause majeure de perte d’autonomie, de fractures, d’hospitalisations, voire de décès. Elles sont souvent multifactorielle : troubles de l’équilibre, déficiences sensorielles, effets secondaires médicamenteux, dénutrition, environnement inadapté. Leur prévention est un axe prioritaire pour le maintien à domicile et la qualité de vie des personnes âgées.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Antécédents récents de chutes, même sans gravité.  
❗ Marche hésitante, appui sur les murs ou meubles.  
❗ Peur de marcher ou restriction des déplacements.  
❗ Changement dans l’équilibre, fatigabilité.  
❗ Ecchymoses, plaies, ou fractures inexpliquées.  
❗ Aggravation rapide de l’état fonctionnel ou déclin cognitif soudain après une chute.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Médicaments : psychotropes, hypotenseurs, diurétiques, anticholinergiques.  
🔹 Déficiences visuelles, auditives ou proprioceptives non compensées.  
🔹 Troubles de la marche, de l’équilibre, pathologies neurologiques (Parkinson, AVC).  
🔹 Dénutrition, sarcopénie, hypotension orthostatique.  
🔹 Troubles cognitifs, confusion, désorientation.  
🔹 Environnement : éclairage insuffisant, tapis, meubles instables, escaliers non sécurisés.  
🔹 Aides techniques inadaptées ou mal utilisées.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Réduire l’incidence et la gravité des chutes.  
✅ Maintenir la confiance et l’autonomie dans les déplacements.  
✅ Identifier les facteurs de risque modifiables.  
✅ Sécuriser l’environnement de vie.  
✅ Coordonner les interventions autour d’un plan personnalisé de prévention.

# 🛠️ Actions recommandées

🧠 Réaliser une évaluation multidimensionnelle (gériatrique, nutritionnelle, médicamenteuse, sensorielle).  
👟 Test de la marche : Tinetti, Get Up and Go, évaluation kinésithérapique.  
🏠 Évaluation de l’habitat avec un ergothérapeute : suppression des obstacles, renforcement de l’éclairage, barres d’appui.  
🦯 Adapter et réviser les aides techniques (canne, déambulateur, orthèse...).  
💊 Réévaluer les traitements : arrêt des psychotropes inutiles, adaptation des doses.  
🥗 Bilan nutritionnel : correction de la carence en vitamine D, renforcement protéique.  
📈 Proposer un programme d’activité physique adaptée (APA), exercices d’équilibre et de renforcement musculaire.  
📅 Organiser un suivi pluridisciplinaire dans la durée.

# 👥 Coordination / Partenaires

🩺 Médecin traitant : coordination du plan d’action, arbitrage thérapeutique.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) / aide-soignant(e) : observation quotidienne, relais des incidents.  
👟 Kinésithérapeute : évaluation fonctionnelle, rééducation post-chute.  
🏠 Ergothérapeute : évaluation et adaptation de l’environnement.  
💊 Pharmacien : repérage de la polymédication à risque.  
👪 Aidants / proches : implication dans l’aménagement du logement et le soutien à la reprise de confiance.

# 📘 Recommandations spécifiques

✅ Prescrire systématiquement de la vitamine D en cas de déficit.  
✅ Surveiller la tension orthostatique régulièrement.  
✅ Ne pas négliger l'impact psychologique des chutes : accompagnement psychologique si nécessaire.  
✅ Mettre à jour le PPA avec une section spécifique ‘risque de chutes’ dès le premier épisode.  
✅ Proposer une téléassistance ou un système d’appel d’urgence adapté au domicile.

# 📘 Références

• HAS : Recommandations sur la prévention des chutes répétées chez la personne âgée【37†source】.  
• SFGG : Guide de prévention du risque de chute.  
• RBPP ANESM : Résidence autonomie – repérage des chutes【27†source】.

Fiche Recommandation 23 — gériatrie — Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus

# ⛳ Intitulé du risque

La dénutrition est fréquente chez les personnes âgées, notamment au-delà de 70 ans. Elle a des conséquences graves : affaiblissement immunitaire, sarcopénie, risque de chutes, perte d’autonomie, hospitalisations prolongées, altération de la qualité de vie et surmortalité. Le repérage et le diagnostic précoce sont essentiels pour mettre en œuvre une stratégie de prise en charge adaptée.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Perte de poids involontaire ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois.  
❗ Indice de masse corporelle (IMC) < 21 kg/m² chez une personne ≥ 70 ans.  
❗ Réduction des apports alimentaires ou hydriques de manière prolongée.  
❗ Troubles bucco-dentaires, douleurs, troubles de la déglutition.  
❗ Refus d’alimentation, fatigue, apathie, isolement social.  
❗ Vêtements devenus trop grands, fonte musculaire visible, affaissement cutané.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Maladies chroniques : cancer, BPCO, insuffisance cardiaque, démences.  
🔹 Troubles psychiques : dépression, isolement, deuil.  
🔹 Médicaments : antalgiques, psychotropes, diurétiques, hypoglycémiants.  
🔹 Hospitalisation ou immobilisation prolongée.  
🔹 Difficultés d’accès à une alimentation adaptée : précarité, trouble de l’odorat ou du goût.  
🔹 Pathologies buccodentaires : prothèses mal ajustées, infections, douleurs.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Diagnostiquer la dénutrition dès les premiers signes.  
✅ Maintenir un état nutritionnel satisfaisant ou améliorer les apports.  
✅ Prévenir les complications : chutes, escarres, infections, perte d’autonomie.  
✅ Adapter l’alimentation aux besoins spécifiques liés à l’âge et aux pathologies.  
✅ Inscrire le suivi nutritionnel dans le projet personnalisé d’accompagnement (PPA).

# 🛠️ Actions recommandées

📋 Suivre le poids tous les mois pour détecter les variations significatives.  
📏 Calculer régulièrement l’IMC et utiliser les critères HAS (2021) pour établir un diagnostic.  
🥗 Mettre en place une alimentation enrichie (protéines, énergie), fractionnée et adaptée aux goûts.  
🥣 Adapter les textures (mixé, mouliné) et assurer une hydratation suffisante (1,5L/jour si possible).  
🩺 Impliquer un médecin et un(e) diététicien(ne) dès la suspicion de dénutrition.  
🧾 En cas de dénutrition avérée, prescrire une complémentation nutritionnelle orale (CNO).  
🍽️ Stimuler l’appétit par des repas partagés, un cadre agréable, et le respect des habitudes alimentaires.  
📘 Mettre en place un plan de soins nutritionnels inscrit dans le PPA et faire des réévaluations régulières.

# 👥 Coordination / Partenaires

🩺 Médecin traitant : confirmation du diagnostic, coordination de la stratégie thérapeutique.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) / aide-soignant(e) : surveillance des apports, alerte, accompagnement aux repas.  
🥗 Diététicien(ne) : plan alimentaire personnalisé, suivi des apports, éducation nutritionnelle.  
👄 Chirurgien-dentiste ou orthophoniste : si trouble buccal ou déglutition.  
👪 Aidants / proches : encouragement, surveillance des changements alimentaires.  
🏠 SAD / SPASAD : aide à la préparation ou portage des repas, maintien des routines.

# 📘 Recommandations spécifiques

✅ Utiliser les critères HAS 2021 pour poser le diagnostic de dénutrition (perte de poids, IMC, masse musculaire, apports insuffisants).  
✅ En cas de risque nutritionnel, ne pas attendre la perte de poids pour intervenir.  
✅ Ne pas négliger les troubles cognitifs ou psychiatriques comme facteurs de dénutrition masquée.  
✅ Prévoir une consultation spécialisée si la dénutrition ne s’améliore pas après 1 mois de prise en charge.  
✅ Éviter les régimes restrictifs sans indication médicale chez les personnes âgées.

# 📘 Références

• HAS : Diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée de 70 ans et plus – Recommandations 2021【32†source】.  
• RBPP ANESM : Volet nutrition – Résidence autonomie【26†source】.  
• Société Française de Gériatrie et Gérontologie – recommandations pratiques de prise en charge.

Fiche Recommandation 24 — gériatrie — Repérage des risques de perte d’autonomie ou de son aggravation

# ⛳ Intitulé du risque

Le repérage précoce des risques de perte d’autonomie chez la personne âgée permet de déclencher des interventions adaptées, de retarder l’évolution vers la dépendance et de préserver la qualité de vie. Il repose sur une observation globale de la personne dans ses dimensions physique, cognitive, psychologique et sociale.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Fatigabilité nouvelle ou accentuée dans les activités quotidiennes.  
❗ Chute récente ou peur de chuter entraînant une restriction des mouvements.  
❗ Perte de poids involontaire, modification de l’appétit.  
❗ Isolement relationnel, discours de désengagement ou de repli.  
❗ Diminution de l’hygiène personnelle, logement négligé.  
❗ Apparition de troubles de la mémoire, désorientation, propos incohérents.  
❗ Interruption des soins, retards à des rendez-vous, oublis de traitement.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Âge avancé, polypathologies chroniques.  
🔹 Troubles cognitifs ou sensoriels non compensés.  
🔹 Dépression, deuil, anxiété chronique.  
🔹 Malnutrition, déshydratation.  
🔹 Environnement inadapté, absence d’aides techniques.  
🔹 Isolement, précarité, absence de coordination des intervenants.  
🔹 Hospitalisation récente, syndrome post-chute, perte de repères.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Repérer les premiers signaux d’alerte d’une perte d’autonomie.  
✅ Mettre en œuvre une évaluation globale et partagée des besoins.  
✅ Prévenir les complications fonctionnelles et sociales.  
✅ Maintenir ou restaurer l’autonomie dans les actes de la vie quotidienne.  
✅ Adapter l’environnement et le plan d’aide au rythme de la personne.

# 🛠️ Actions recommandées

📋 Utiliser une grille de repérage pluridimensionnelle (outil ICOPE, grille AGGIR, échelle d'isolement social).  
🩺 Réaliser une évaluation gérontologique complète si plusieurs signaux sont présents.  
📅 Organiser des rencontres régulières entre les professionnels pour un suivi de l’évolution.  
📘 Intégrer les résultats dans le PPA avec des objectifs adaptés et progressifs.  
🏠 Proposer un aménagement du logement ou des aides techniques selon les besoins repérés.  
🤝 Mettre en lien avec les structures de coordination (CLIC, MAIA, PTA) pour prévenir les ruptures.  
💬 Informer la personne et son entourage des actions envisagées et recueillir leur adhésion.

# 👥 Coordination / Partenaires

🧑‍⚕️ Médecin traitant : arbitrage médical, prescription de bilans complémentaires.  
👩‍⚕️ Équipe médico-sociale (IDE, aides à domicile) : observation, recueil de données.  
🏠 CLIC / MAIA / PTA : relais de coordination pour évaluation partagée.  
👪 Aidants : observation quotidienne, expression des besoins.  
🛠️ Ergothérapeute, kinésithérapeute : bilan de mobilité, adaptation environnementale.

# 📘 Recommandations spécifiques

✅ Penser à réévaluer régulièrement le niveau d’autonomie, en particulier après un événement aigu (chute, hospitalisation).  
✅ Toujours documenter les évolutions dans le projet personnalisé.  
✅ Utiliser les outils de repérage validés (ex : grille de Fried, grille AGGIR, échelle de vulnérabilité sociale).  
✅ Faire participer la personne à l’élaboration des objectifs de maintien à domicile.  
✅ Intégrer les dimensions émotionnelles et sociales dans le suivi de l’autonomie, pas uniquement les actes fonctionnels.

# 📘 Références

• RBPP ANESM : Repérage des risques – volet Résidences autonomie【39†source】.  
• HAS : Guide de repérage et d’évaluation de la fragilité et de la perte d’autonomie.  
• OMS : Outil ICOPE – repérage de la fragilité chez les personnes âgées.

Fiche Recommandation 25 — gériatrie — Masso-kinésithérapie pour la conservation des capacités motrices

# ⛳ Intitulé du risque

Le déclin des capacités motrices lié à l’âge, aux pathologies chroniques ou à l’inactivité est un facteur majeur de perte d’autonomie. La masso-kinésithérapie prévient et corrige les troubles de la mobilité, diminue le risque de chutes et favorise le maintien à domicile. Elle est une composante essentielle du parcours de soins de la personne âgée fragile.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Difficultés croissantes à se lever, à marcher ou à se retourner dans le lit.  
❗ Diminution de l’endurance à la marche ou aux efforts simples (toilette, cuisine).  
❗ Chutes répétées ou instabilité de la marche.  
❗ Douleurs articulaires ou raideurs matinales.  
❗ Refus ou peur de bouger, désengagement progressif des activités physiques.  
❗ Déformation de la posture ou appui asymétrique prolongé.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Immobilisation prolongée (hospitalisation, fracture, pathologie aiguë).  
🔹 Sédentarité liée à la douleur, à la peur de chuter ou à la dépression.  
🔹 Maladies neurologiques : AVC, Parkinson, démence, neuropathies.  
🔹 Maladies ostéoarticulaires : arthrose, ostéoporose, scoliose.  
🔹 Troubles de l’équilibre ou du schéma corporel.  
🔹 Environnement peu stimulant ou inadapté aux déplacements.

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Maintenir ou restaurer les capacités motrices de la personne.  
✅ Prévenir les complications de l’immobilisation (escarres, phlébites, fonte musculaire).  
✅ Retarder l’entrée dans la dépendance motrice.  
✅ Renforcer l’autonomie dans les actes de la vie quotidienne.  
✅ Intégrer un programme d’activité physique régulière, adaptée et sécurisée.

# 🛠️ Actions recommandées

📋 Prescription d’un bilan masso-kinésithérapique en cas de limitation de la mobilité.  
🦵 Rééducation ciblée : renforcement musculaire, travail de l’équilibre, exercices de marche.  
🏠 Intervention à domicile si déplacement impossible ou difficile.  
📅 Intégration du kinésithérapeute dans l’équipe de coordination autour du PPA.  
📈 Évaluation régulière des progrès et adaptation du programme.  
🎯 Proposer des exercices simples à réaliser seul ou avec l’aide d’un proche.  
🧘 Promouvoir les ateliers d’activité physique adaptée (APA), validés scientifiquement.  
🛋️ Associer l’environnement : fauteuils adaptés, hauteur du lit, tapis de prévention des chutes.

# 👥 Coordination / Partenaires

🧑‍⚕️ Médecin traitant : prescripteur du bilan kiné, coordonnateur du parcours.  
👟 Kinésithérapeute : acteur central de la rééducation et du maintien fonctionnel.  
👩‍⚕️ IDE / aide à domicile : soutien à l’installation, au lever, à la motivation.  
🛠️ Ergothérapeute : complémentarité dans l’adaptation du domicile.  
🏠 Famille / aidants : encouragement à la mobilisation quotidienne.  
👥 Associations ou clubs de prévention santé : relais APA de proximité.

# 📘 Recommandations spécifiques

✅ Bilan initial à renouveler au moins tous les 6 mois selon les pathologies.  
✅ Les actes de masso-kinésithérapie peuvent être réalisés au domicile ou en structure selon la situation.  
✅ Éviter les contentions et les postures prolongées sans mobilisation passive ou active.  
✅ Encourager l’implication de la personne dans ses soins corporels, dans la mesure du possible.  
✅ Inscrire l’objectif de conservation de la mobilité dans le PPA, de manière mesurable.

# 📘 Références

• HAS : Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile【26†source】.  
• RBPP ANESM : Volet domicile – mobilité et prévention de la dépendance【39†source】.  
• SFGG – Prévention de la perte d’autonomie fonctionnelle chez la personne âgée.

Fiche Recommandation 26 — gériatrie — Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

# ⛳ Intitulé du risque

La prescription médicamenteuse chez la personne âgée présente des enjeux majeurs : polymédication, risques d’interactions, iatrogénie, adaptation à la fonction rénale et hépatique, adhésion aux traitements, observance, déprescription raisonnée. L’objectif est de garantir une prescription efficiente, pertinente, sécurisée et individualisée.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Apparition de troubles cognitifs ou confusion après modification de traitement.  
❗ Chutes inexpliquées, vertiges, hypotension orthostatique.  
❗ Diminution de l'appétit, perte de poids, nausées ou troubles digestifs.  
❗ Troubles du sommeil, somnolence diurne, agitation nocturne.  
❗ Rétention urinaire, incontinence nouvelle, constipation.  
❗ Refus de traitement, oubli de prises ou incompréhension de l’ordonnance.  
❗ Apparition d’interactions suspectées lors de l’introduction d’un nouveau médicament.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Polymédication (≥ 5 médicaments/jour).  
🔹 Prescriptions croisées par plusieurs spécialistes non coordonnés.  
🔹 Pathologies chroniques multiples nécessitant des traitements complexes.  
🔹 Déclin des fonctions rénale, hépatique ou cardiaque.  
🔹 Altération des capacités cognitives (démence, confusion, aphasie).  
🔹 Mauvaise observance liée à la mémoire, à la complexité des traitements ou au manque d’information.  
🔹 Automédication ou non-déclaration de produits complémentaires (phytothérapie, compléments alimentaires).

# 🎯 Objectifs d’accompagnement

✅ Assurer une prescription adaptée à l’âge, à l’état fonctionnel et aux comorbidités.  
✅ Éviter les prescriptions inappropriées et prévenir la iatrogénie.  
✅ Déprescrire les médicaments inutiles, à risque ou inadaptés.  
✅ Favoriser la compréhension, l’adhésion et l’observance au traitement.  
✅ Coordonner les intervenants pour sécuriser la chaîne de prescription/délivrance/prise.

# 🛠️ Actions recommandées

📋 Réaliser un bilan médicamenteux au moins une fois par an ou à chaque changement majeur d’état de santé.  
📊 Évaluer l’indication, la redondance, les risques d’interactions à l’aide des outils STOPP/START, Beers, FORTA.  
🧪 Adapter les posologies à la fonction rénale (formule de Cockcroft ou CKD-EPI) et hépatique.  
📞 Associer le pharmacien pour l’analyse pharmaceutique et le repérage des erreurs potentielles.  
🧠 Prendre en compte les capacités cognitives et visuelles pour le conditionnement (pilulier adapté, marquage).  
📈 Mettre en place un plan de suivi des effets secondaires, observance et efficacité.  
💬 Informer la personne et/ou ses proches sur chaque traitement : utilité, effets secondaires, interactions possibles.  
🛑 Envisager la déprescription raisonnée : arrêt progressif si bénéfice limité ou risque élevé (BZD, IPP, neuroleptiques, anticholinergiques).  
🗓️ Organiser une consultation mémoire ou gériatrique si interactions complexes ou troubles comportementaux d’origine médicamenteuse suspectés.  
📝 Mettre à jour le projet personnalisé d’accompagnement avec un onglet ‘suivi thérapeutique’ clair.

# 👥 Coordination / Partenaires

🧑‍⚕️ Médecin traitant : prescripteur principal, révision des ordonnances, suivi clinique.  
💊 Pharmacien : analyse des prescriptions, repérage d’interactions, aide au conditionnement.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : observance, surveillance des effets indésirables, suivi quotidien.  
👪 Aidants : soutien à la prise, vérification des prises, vigilance comportementale.  
📘 Réseaux de santé ou équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs, psychiatrie) : concertation pluriprofessionnelle.

# 📘 Recommandations spécifiques

✅ Favoriser les prescriptions en Dénomination Commune Internationale (DCI) pour limiter les confusions.  
✅ Privilégier les formes galéniques simples et non fractionnées (gélules, sachets, comprimés pelliculés).  
✅ Vérifier systématiquement les reconductions automatiques (IPP, antidépresseurs, neuroleptiques).  
✅ Intégrer une évaluation systématique des effets secondaires lors des consultations de suivi.  
✅ Proposer des bilans partagés de médication entre médecin, pharmacien, IDE et patient/famille.  
✅ Ne pas oublier la question du traitement en cas d’urgence, de douleurs aiguës ou d'anxiété ponctuelle.  
✅ Réévaluer les traitements sédatifs, hypnotiques ou antipsychotiques à chaque épisode de confusion ou de chute.  
✅ En fin de vie, adapter la prescription à l’objectif de confort, avec protocole anticipé en cas de douleur ou d’agitation.

# 📘 Références

• HAS : Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé – critères de qualité et évaluation【27†source】.  
• Fiches STOPP/START v2 (2015), Beers Criteria (AGS), Outils FORTA (Allemagne).  
• RBPP ANESM : Résidences autonomie – gestion des traitements et iatrogénie médicamenteuse【33†source】.  
• Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) – Iatrogénie et polymédication chez le sujet âgé.

Fiche Recommandation 27 — Accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives (MND) a domicile

# ⛳ Intitulé du thème

Les maladies neurodégénératives (MND) telles que la maladie d’Alzheimer, de Parkinson, la sclérose en plaques ou les démences fronto-temporales sont évolutives, invalidantes, et nécessitent un accompagnement adapté, continu et coordonné. Les professionnels à domicile ont un rôle clé dans la mise en œuvre d’un projet personnalisé de soutien et de préservation de la qualité de vie.

# 🎯 Objectifs de l’accompagnement MND à domicile

✅ Favoriser le maintien à domicile en toute sécurité et dans le respect des souhaits de la personne.  
✅ Soutenir l’autonomie restante dans les actes de la vie quotidienne.  
✅ Réduire l’épuisement des aidants et prévenir les ruptures de parcours.  
✅ Ajuster l’accompagnement au stade évolutif de la maladie.  
✅ Mobiliser une coordination pluridisciplinaire autour du projet de vie.

# 📌 Signes à repérer dans l’évolution de la maladie

❗ Perte de repères spatio-temporels, désorientation, troubles mnésiques aggravés.  
❗ Changement de comportement : irritabilité, agressivité, apathie, anxiété.  
❗ Troubles de la marche, chutes, rigidité, tremblements.  
❗ Altération de la parole, de la déglutition ou de la coordination gestuelle.  
❗ Fatigue de l’aidant, repli social, épuisement physique et psychologique.

# 🛠️ Actions recommandées

📋 Élaboration ou révision régulière du PPA incluant l’évolution des troubles et des priorités.  
🧠 Utiliser des outils validés : grille AGGIR, échelles cognitives, troubles du comportement.  
👂 Favoriser la communication : phrases simples, supports visuels, respect du rythme.  
🏡 Adapter l’environnement : balisage des pièces, sécurisation, stimulation sensorielle.  
💊 Vérifier l’observance des traitements, repérer les effets secondaires, ajuster les prises.  
🧘 Proposer une activité physique adaptée et des ateliers de stimulation cognitive et motrice.  
📞 Faire appel à des dispositifs spécialisés : ESA, MAIA, Equipes Mémoire, PTA.  
🤝 Prévoir un soutien psychologique pour la personne et les proches dès l’annonce du diagnostic.

# 👥 Coordination interprofessionnelle recommandée

🧑‍⚕️ Médecin traitant / neurologue : suivi de l’évolution, adaptation du traitement.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) à domicile : soins de prévention, gestion des troubles associés.  
🧠 Psychologue, ergothérapeute, psychomotricien : soutien et préservation des capacités.  
🥗 Diététicien(ne) : adaptation de l’alimentation en cas de troubles de déglutition ou perte d’appétit.  
🏋️ Enseignant APA : activité physique douce et adaptée à la pathologie.  
🏠 Aides à domicile / auxiliaires de vie : accompagnement quotidien, respect des habitudes.  
👪 Aidants familiaux : partenaires centraux à soutenir dans la durée.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Anticiper les changements : crise comportementale, troubles moteurs, fin de vie.  
✅ Formaliser une fiche de crise (contact, conduite à tenir, environnement rassurant).  
✅ Valoriser les routines quotidiennes pour limiter l’anxiété.  
✅ Encourager les moments de plaisir, de lien social, de valorisation.  
✅ Proposer des relais temporaires : accueil de jour, séjours de répit, baluchonnage.  
✅ Articuler le projet de service avec les spécificités de la MND accompagnée.

# 📘 Références

• HAS : Services d’aide et de soins à domicile – Accompagnement des personnes atteintes de maladie neurodégénérative【36†source】.  
• Guide projet de service MND – HAS 2020.  
• RBPP ANESM : Troubles cognitifs – repérage et soutien à domicile.  
• Plan MND 2014-2019 – Ministère des Solidarités et de la Santé.

Fiche Recommandation 28 — Accompagnement de la fin de vie à domicile

# ⛳ Intitulé du thème

L’accompagnement de la fin de vie à domicile vise à garantir aux personnes âgées un parcours respectueux de leurs choix, de leur confort et de leur dignité jusqu’au dernier jour. Cela implique une organisation anticipée, des soins coordonnés, un soutien aux proches et un positionnement éthique de l’équipe pluridisciplinaire intervenante.

# 🎯 Objectifs de l’accompagnement à domicile

✅ Respecter les souhaits de fin de vie exprimés par la personne (ou ses représentants).  
✅ Maintenir le confort physique, psychologique et relationnel dans un cadre familier.  
✅ Assurer la coordination des soins palliatifs entre les différents intervenants.  
✅ Soutenir les aidants familiaux sur les plans émotionnel, pratique et éthique.  
✅ Prévenir l’hospitalisation évitable non conforme au projet de vie.

# 📌 Signes évocateurs de la phase terminale

❗ Altération rapide de l’état général, perte d’autonomie brutale.  
❗ Refus ou impossibilité de s’alimenter et de s’hydrater.  
❗ Somnolence croissante, confusion, agitation inexpliquée.  
❗ Douleurs mal contrôlées malgré un traitement de fond.  
❗ Symptômes respiratoires, digestifs ou neurologiques sévères (dyspnée, râles, occlusion, paralysie…).  
❗ Signaux d’épuisement de l’aidant principal ou d’angoisse majeure exprimée par les proches.

# 🛠️ Actions essentielles recommandées

📋 Élaborer une fiche de projet de fin de vie anticipée avec la personne ou sa personne de confiance.  
💊 Mettre en place une prescription anticipée de confort : antalgique, anxiolytique, antiémétique, antisecrétoire.  
🩺 Organiser une surveillance quotidienne par IDE et une permanence médicale (HAD, libéraux, astreinte).  
🕯️ Aménager l’espace de vie : chambre calme, mobilier adapté, présence de proches autorisée.  
📞 Appeler les EMSP (équipes mobiles de soins palliatifs) si besoin de renfort, évaluation complexe ou gestion de la douleur réfractaire.  
🤝 Prévoir un soutien psychologique et spirituel si la personne le souhaite.  
🧾 Anticiper les démarches administratives : directives anticipées, personne de confiance, certificat de décès, obsèques.

# 👥 Coordination interprofessionnelle recommandée

🧑‍⚕️ Médecin traitant ou HAD : chef d’orchestre du parcours médical.  
👩‍⚕️ Infirmiers(ères) à domicile : mise en œuvre des soins, accompagnement quotidien.  
👪 Aidants familiaux : présence continue, recueil des souhaits, vigilance sur les signes de souffrance.  
💊 Pharmacie de ville : préparation des traitements de confort anticipés.  
🧠 Psychologue, aumônier, accompagnant spirituel : si souhaité par la personne ou ses proches.  
🧰 Services d’aide à domicile : appui logistique, gestes de confort, continuité de présence humaine.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne jamais laisser une douleur ou une souffrance sans réponse (même palliative).  
✅ Respecter la temporalité : laisser à la personne ou à ses proches le temps du cheminement.  
✅ Ne pas imposer un cadre médical trop intrusif si la personne souhaite une fin paisible.  
✅ Tracer chaque décision dans le dossier et organiser des points d’équipe si besoin.  
✅ Être attentif à la situation des proches aidants : risque de syndrome de surmenage, deuil anticipé.

# 📘 Références

• HAS : Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile – Recommandations 2017【40†source】.  
• Loi Claeys-Leonetti n°2016-87 du 2 février 2016 – Droit des malades et fin de vie.  
• RBPP ANESM : Soins palliatifs et accompagnement – Volet domicile.

Fiche Recommandation 29 — Repérage des risques de perte d’autonomie ou de son aggravation (volet domicile)

# ⛳ Intitulé du thème

Le repérage des risques de perte d’autonomie à domicile constitue une étape essentielle pour prévenir les hospitalisations évitables, retarder l’entrée en institution et maintenir la personne âgée dans un environnement familier et adapté. Il s’agit d’une vigilance continue, partagée entre professionnels du soin, de l’aide, de l’accompagnement social et les proches.

# 🎯 Objectifs du repérage à domicile

✅ Identifier précocement les signaux faibles ou changements de situation.  
✅ Mettre en place des actions de prévention adaptées et coordonnées.  
✅ Assurer une alerte rapide au médecin traitant ou aux services concernés.  
✅ Impliquer l’équipe pluridisciplinaire dans la détection et la réponse aux besoins.  
✅ Inscrire les risques identifiés dans le projet personnalisé d’accompagnement (PPA).

# 📌 Domaines à observer dans la situation à domicile

🧠 Cognition : troubles de mémoire, désorientation, confusions.  
🏃 Mobilité : chutes, difficultés à se lever ou marcher, fatigabilité.  
🥣 Alimentation : refus de s’alimenter, perte de poids, troubles de la déglutition.  
🛏️ Hygiène : changement dans la tenue vestimentaire, toilette, entretien du logement.  
🗣️ Communication : isolement, perte d’intérêt, propos incohérents.  
💊 Médicaments : traitements non pris, mauvaise compréhension des prescriptions.  
👨‍👩‍👧 Relationnel : retrait social, rupture familiale, conflits, absence d’aidants.  
🏠 Environnement : logement dégradé, absence de chauffage, hygiène à risque.

# 🛠️ Actions pratiques recommandées

📋 Utiliser une fiche de repérage simplifiée partagée entre intervenants (modèle HAS/ANESM).  
🩺 Alerter sans délai le médecin traitant ou la coordination territoriale (PTA, CLIC) en cas de situation préoccupante.  
📘 Documenter toute observation dans le dossier ou le PPA de la personne.  
👥 Organiser des réunions de concertation en cas de signaux croisés entre professionnels.  
🧰 Proposer des aides techniques, un soutien social ou une réévaluation des aides à domicile.  
🏘️ Mettre en lien avec les acteurs locaux (CCAS, CIAS, mutuelles, associations de proximité).

# 👥 Partenaires à impliquer dans le repérage à domicile

👩‍⚕️ Aides à domicile, auxiliaires de vie : en première ligne pour observer les habitudes et changements.  
👨‍⚕️ Infirmiers(ères) : surveillance médicale quotidienne, relais vers le médecin traitant.  
🧑‍⚕️ Médecin traitant : évaluation globale, ajustement du plan de soins ou d’accompagnement.  
🧑‍💼 Travailleurs sociaux : repérage de la précarité, des ruptures de lien social.  
🛠️ Ergothérapeutes, kinésithérapeutes : évaluation de l’environnement, des risques liés à la mobilité.  
🏡 CLIC, MAIA, PTA : coordination interprofessionnelle pour les situations complexes.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Instaurer un climat de confiance pour que la personne ou ses proches puissent signaler les difficultés.  
✅ S’appuyer sur une grille de repérage partagée, non stigmatisante et évolutive.  
✅ Mettre à jour le plan d’aide dès l’apparition d’un risque.  
✅ Ne pas banaliser les petits changements : toute évolution peut annoncer une perte fonctionnelle plus large.  
✅ Coordonner les alertes via un référent de parcours ou une structure territoriale si besoin.

# 📘 Références

• HAS / ANESM : Repérage des risques de perte d’autonomie ou de son aggravation – Volet domicile【39†source】.  
• Loi ASV 2015 – Adaptation de la société au vieillissement.  
• RBPP HAS : Fiches repérage thématiques – chutes, nutrition, souffrance psychique, etc.

Fiche Recommandation 30 — Masso-kinésithérapie à domicile pour la personne âgée fragile

# ⛳ Intitulé du thème

La masso-kinésithérapie à domicile vise à préserver ou restaurer les capacités motrices des personnes âgées fragiles, favoriser leur autonomie fonctionnelle et prévenir les complications liées à l’inactivité. Elle s’inscrit dans un parcours coordonné, en lien avec le médecin traitant et les autres professionnels.

# 🎯 Objectifs de la kinésithérapie à domicile

✅ Maintenir ou améliorer les capacités motrices et l’endurance à l’effort.  
✅ Prévenir les chutes, les troubles posturaux et les complications de l’immobilisation.  
✅ Contribuer au maintien à domicile et à la qualité de vie globale.  
✅ Restaurer la confiance dans les déplacements et les activités quotidiennes.  
✅ Réduire les hospitalisations et retarder l’entrée en institution.

# 📌 Situations cliniques concernées

🦵 Sarcopénie, déconditionnement physique, immobilisation prolongée.  
🤕 Post-chute, fracture, intervention chirurgicale orthopédique.  
🧠 Pathologies neurologiques : AVC, Parkinson, Alzheimer (stades débutants à modérés).  
🫁 BPCO ou insuffisance cardiaque avec intolérance à l’effort.  
🏠 Contexte d’impossibilité de déplacement pour un suivi en cabinet.

# 🛠️ Actions pratiques recommandées

📋 Réaliser un bilan initial incluant l’équilibre, la marche, la souplesse, la force musculaire.  
🏃 Proposer un programme individualisé : mobilisations, renforcement musculaire, verticalisation, marche assistée.  
🧠 Intégrer des exercices cognitifs moteurs simples si troubles cognitifs associés.  
📈 Tracer les progrès, adapter les objectifs tous les 3 mois ou en cas d’événement aigu.  
📘 Participer aux réunions de coordination et insérer les objectifs kiné dans le PPA.  
🧍‍♂️ Éduquer la personne et les aidants à la poursuite des gestes entre les séances.  
🎯 Encourager la reprise de gestes simples : lever du lit, aller chercher un verre d’eau, se vêtir seul.

# 👥 Coordination recommandée

🧑‍⚕️ Médecin traitant : prescription et coordination des objectifs.  
👟 Masseur-kinésithérapeute : porteur du plan de soin moteur personnalisé.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : relais des observations quotidiennes, ajustement du rythme de rééducation.  
🏠 Aides à domicile : appui logistique, encouragement au mouvement.  
🧠 Psychologue : soutien si refus de prise en charge ou troubles du schéma corporel.  
🏘️ PTA, CLIC, SPASAD : organisation de parcours coordonné en cas de perte d’autonomie complexe.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques

✅ Intégrer les préférences de la personne dans le choix des exercices (activités significatives).  
✅ Réévaluer la motivation à chaque séance : adapter, valoriser, encourager.  
✅ Prévoir un relais APA ou un maintien de l’activité après arrêt des séances de kinésithérapie.  
✅ Documenter les contre-indications (douleur, fragilité osseuse, troubles cardio-respiratoires).  
✅ Ne pas attendre une chute pour débuter une intervention préventive.

# 📘 Références

• HAS : Masso-kinésithérapie à domicile pour la conservation des capacités motrices – Recommandations 2021【26†source】.  
• RBPP ANESM : Prévention de la perte d’autonomie – volet domicile【39†source】.  
• SFGG – Fiches kiné de prévention en gériatrie (sarcopénie, chutes, inactivité).

Fiche Recommandation 31 — Prise en charge des personnes âgées fragiles en ambulatoire

# ⛳ Intitulé du thème

La prise en charge ambulatoire des personnes âgées fragiles vise à prévenir les hospitalisations évitables, maintenir l’autonomie et améliorer la qualité de vie. Elle repose sur un repérage précoce, une évaluation gériatrique adaptée, une coordination renforcée et un accompagnement pluridisciplinaire structuré autour du plan personnalisé de santé.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge en ambulatoire

✅ Repérer précocement les situations de fragilité.  
✅ Réaliser une évaluation globale et structurée des besoins médicaux, sociaux et fonctionnels.  
✅ Proposer des interventions ciblées, proportionnées et coordonnées.  
✅ Maintenir à domicile les personnes fragiles en limitant les recours inappropriés à l’hôpital.  
✅ Impliquer activement la personne et son entourage dans son projet de santé.

# 📌 Signes évocateurs de fragilité

🧠 Troubles cognitifs ou confusion occasionnelle.  
💪 Perte de poids involontaire, fonte musculaire, fatigue chronique.  
🏃 Marche ralentie, difficultés à se lever, instabilité posturale.  
📉 Dépression, repli social, perte d’intérêt.  
❗ Poly-pathologies ou polythérapies avec risques iatrogènes.

# 🛠️ Actions pratiques recommandées

📋 Utiliser une échelle de repérage de la fragilité : Fried, Short Physical Performance Battery (SPPB), ICOPE.  
📑 Proposer une consultation d’évaluation gériatrique ou de médecine de prévention.  
📘 Élaborer un plan personnalisé de santé (PPS) intégrant les soins, aides et priorités de la personne.  
👥 Organiser une concertation pluriprofessionnelle régulière (médecin traitant, IDE, kiné, pharmacien, travailleur social...).  
💊 Réviser régulièrement les traitements à risque et promouvoir la déprescription raisonnée.  
🏠 Favoriser l’accès à la prévention (nutrition, APA, vaccination, bilan sensoriel).

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : coordinateur central du parcours ambulatoire.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) de soins primaires ou en pratique avancée (IPA).  
👂 Pharmacien : surveillance de la iatrogénie et de l’adhésion thérapeutique.  
👨‍👩‍👧 Travailleurs sociaux, ergothérapeutes, kinésithérapeutes : soutien global.  
🏥 Accès aux dispositifs d’appui à la coordination (PTA, DAC, réseau gériatrique).

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Mobiliser les dispositifs territoriaux pour renforcer le maintien à domicile (SSIAD, SPASAD, MAIA).  
✅ Proposer un programme d’activité physique adaptée en lien avec les capacités de la personne.  
✅ Intégrer les proches aidants dans les décisions et dans la surveillance des évolutions.  
✅ Adapter la fréquence des suivis à la variabilité de l’état de santé et aux fragilités repérées.  
✅ Partager une synthèse écrite claire du projet de soins avec l’ensemble des professionnels.

# 📘 Références

• HAS : Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire – Recommandations【web†source】.  
• OMS : Approche ICOPE – repérage et suivi de la fragilité.  
• RBPP ANESM : Prévention de la perte d’autonomie – soins primaires et coordination.

Fiche Recommandation 32 — Soutien des aidants non professionnels

# ⛳ Intitulé du thème

Les aidants non professionnels jouent un rôle essentiel dans le maintien à domicile des personnes âgées, malades ou en situation de handicap. Leur engagement constant peut entraîner une fatigue physique, émotionnelle et psychique, voire un épuisement. Il est nécessaire de reconnaître, soutenir et accompagner ces aidants pour préserver leur santé et prévenir les ruptures de parcours.

# 🎯 Objectifs du soutien aux aidants

✅ Reconnaître et valoriser le rôle de l’aidant dans le parcours de vie et de soins.  
✅ Prévenir les risques d’épuisement, de maltraitance involontaire ou de rupture d’accompagnement.  
✅ Proposer un accompagnement individualisé, coordonné et accessible dans la durée.  
✅ Améliorer la qualité de vie de l’aidant comme de la personne aidée.  
✅ Favoriser la conciliation entre vie personnelle, sociale et rôle d’aidant.

# 📌 Signes d’alerte d’un épuisement de l’aidant

❗ Tristesse, découragement, anxiété, troubles du sommeil.  
❗ Perte d’appétit, fatigue chronique, douleurs diffuses.  
❗ Plaintes somatiques, isolement social, repli relationnel.  
❗ Irritabilité, impatience, tensions avec la personne aidée.  
❗ Retards dans les soins, oublis de traitements, désorganisation.

# 🛠️ Actions pratiques recommandées

📋 Identifier l’aidant principal dès l’évaluation initiale (dans le PPA ou PPCS).  
🧠 Proposer un entretien d’évaluation de la situation de l’aidant (EPICES, Zarit, grille HAS).  
📞 Orienter vers les plateformes de répit, CLIC, MAIA ou centres d’information locaux.  
🧘 Encourager la participation à des groupes de parole, cafés des aidants, formations spécifiques.  
🛏️ Organiser des temps de relais via l’accueil de jour, séjours temporaires, équipes de répit.  
📘 Informer sur les droits de l’aidant : congés, dispositifs de compensation, aides financières.  
💬 Offrir un espace d’écoute psychologique adapté à la souffrance morale ou à la solitude.

# 👥 Partenaires clés à mobiliser

🏘️ Plateformes de répit, CLIC, PTA : organisation de l’offre locale et orientation.  
👩‍⚕️ Médecin traitant : identification du risque d’épuisement, prescription de soutien psychologique.  
🧑‍💼 Travailleur social : accompagnement administratif et accès aux dispositifs.  
👪 Associations d’aidants : pair-aidance, entraide, information.  
📘 Aidants familiaux : relais dans les démarches, implication dans les ajustements du PPA.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Intégrer systématiquement l’aidant dans la co-construction du projet personnalisé (PPA).  
✅ Créer une fiche dédiée dans le dossier de la personne pour suivre l’évolution de la situation de l’aidant.  
✅ Anticiper les situations de crise (hospitalisation de l’aidant, accident, isolement complet).  
✅ Valoriser les savoirs expérientiels de l’aidant tout en fixant des limites soutenantes.  
✅ Travailler à une vision partagée du rôle de l’aidant dans les équipes professionnelles.

# 📘 Références

• HAS : Soutien des aidants non professionnels – Recommandations 2021【web†source】.  
• Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 – Article 51 – reconnaissance du statut d’aidant.  
• RBPP ANESM : Soutien aux aidants familiaux – Prévention de l’épuisement, articulation des interventions.

Fiche Recommandation 33 (Non HAS)— Aides techniques et aménagement du domicile par les ergothérapeutes

# ⛳ Intitulé du thème

Les aides techniques et l’aménagement du domicile permettent de prévenir les risques de chute, de faciliter les gestes de la vie quotidienne et de soutenir l’autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap. L’ergothérapeute joue un rôle central dans l’évaluation des besoins et la proposition de solutions individualisées, adaptées aux capacités fonctionnelles et aux priorités de la personne.

# 🎯 Objectifs de l’intervention de l’ergothérapeute à domicile

✅ Évaluer l’environnement physique de la personne à domicile.  
✅ Identifier les difficultés dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les causes d’insécurité ou d’effort inutile.  
✅ Proposer des aides techniques adaptées et assurer leur bonne compréhension/utilisation.  
✅ Favoriser l’adaptation du logement pour permettre un maintien à domicile sécurisé et digne.  
✅ Contribuer à l’actualisation du projet personnalisé d’accompagnement.

# 📌 Exemples d’aides techniques recommandées

🛏️ Aides au lit : lit médicalisé, barres de redressement, coussins ergonomiques.  
🚿 Aides à la toilette : planche de bain, siège pivotant, barres d’appui murales, douche de plain-pied.  
🚽 Aides au WC : rehausseur, accoudoirs rabattables, chaise percée.  
🧍 Mobilité : cannes, déambulateurs, fauteuils roulants, rampes antidérapantes.  
🍽️ Cuisine et repas : couverts adaptés, ouvre-bocal ergonomique, vaisselle antidérapante.  
👕 Habillage : enfile-bas, pinces de préhension, chaussures à scratch.  
📦 Transferts : planches de transfert, disques pivotants, verticalisateurs.  
📲 Aides technologiques : téléalarme, interrupteurs automatiques, télécommandes simplifiées.

# 🛠️ Actions pratiques de l’ergothérapeute

📋 Réaliser une visite à domicile et un bilan fonctionnel complet de la personne dans son environnement.  
🧠 Identifier les objectifs prioritaires avec la personne et/ou ses proches.  
📷 Réaliser un état des lieux photographique ou descriptif des points critiques du domicile.  
🛠️ Proposer des adaptations réalisables à court et moyen terme (ex : modification d’ameublement, suppression de tapis, éclairage renforcé).  
📘 Rédiger une fiche d’aménagement personnalisée et partager les conclusions avec l’équipe de coordination.  
📞 Si besoin, orienter vers un dispositif de financement ou un professionnel d’adaptation du logement (MDPH, ANAH, etc.).

# 👥 Coordination recommandée

🧑‍⚕️ Médecin traitant : coordination médicale, prescription de bilan ergothérapique.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) à domicile : relais des difficultés observées, prévention des risques.  
🏘️ Travailleurs sociaux, CLIC, CCAS : orientation vers les aides financières ou juridiques.  
👨‍👩‍👧 Aidants : information et formation à l’utilisation des aides techniques.  
🏠 Professionnels du logement ou de l’adaptation : installateurs agréés, artisans, organismes financeurs.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Impliquer la personne dans le choix des solutions pour favoriser leur appropriation.  
✅ Privilégier les solutions simples, facilement utilisables, évolutives si nécessaire.  
✅ Réévaluer les aides techniques après toute évolution de la situation (chute, hospitalisation, changement cognitif).  
✅ S’assurer que les aides prescrites sont effectivement livrées, installées et comprises.  
✅ Documenter les propositions et intégrer les recommandations dans le PPA ou le PPCS.

# 📘 Références

• HAS : Rapport de la Commission d’audition – Aides techniques, quels acteurs ? Quel processus ?【web†source】.  
• HAS : Guide MND – Adaptation des pratiques à domicile – Fiches aides techniques【web†source】.  
• CNSA – Référentiel des prestations d’adaptation du logement.  
• RBPP ANESM : Volet domicile – prévention des chutes et aménagement de l’environnement.

Fiche Recommandation 34 — gériatrie — Prise en charge des personnes âgées polypathologiques en soins primaires

# ⛳ Intitulé du thème

La prise en charge des personnes âgées polypathologiques en soins primaires est une situation fréquente et complexe. Elle nécessite une approche globale, centrée sur les besoins, les capacités et les priorités de la personne. La coordination entre les professionnels est essentielle pour prévenir les ruptures de parcours et les hospitalisations évitables.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge globale

✅ Évaluer la personne âgée dans sa globalité : médical, psychologique, social, fonctionnel.  
✅ Identifier les pathologies les plus impactantes en termes de qualité de vie et de risque vital.  
✅ Éviter les redondances thérapeutiques, les examens inutiles et les hospitalisations inappropriées.  
✅ Définir des objectifs de soins proportionnés, personnalisés et évolutifs.  
✅ Assurer la continuité des soins grâce à une coordination renforcée.

# 📋 Étapes de la démarche recommandée

1️⃣ Identification des personnes à risque de décompensation ou en situation de vulnérabilité.  
2️⃣ Réalisation d’une évaluation gériatrique simplifiée ou multidimensionnelle (ex. grille SEGA, ICOPE).  
3️⃣ Élaboration d’un plan personnalisé de santé (PPS) intégrant les priorités médicales et les objectifs de vie.  
4️⃣ Révision régulière des traitements, ajustement à l’évolution des pathologies et de l’état fonctionnel.  
5️⃣ Mobilisation d’un parcours de soins structuré avec coordination pluri-professionnelle.

# 📌 Outils et critères à utiliser

🧠 Outils de repérage de la fragilité : Fried, SEGA, ICOPE.  
📈 Échelles d’évaluation fonctionnelle : ADL, IADL, MNA, Timed Up and Go.  
💊 Critères STOPP/START, BEERS pour sécuriser les prescriptions.  
📘 Dossier Médical Partagé (DMP) et dossier partagé en équipe pluriprofessionnelle.  
📞 Utilisation de la PTA ou du DAC pour soutenir les situations complexes.

# 👥 Coordination interprofessionnelle recommandée

🧑‍⚕️ Médecin traitant : référent du parcours de soins, porteur du plan personnalisé de santé.  
👩‍⚕️ Infirmiers(ères) : observateurs des évolutions cliniques, relais à domicile.  
👂 Pharmacien : surveillance de la polymédication et de l’observance.  
🏠 Intervenants à domicile : aide à la vie quotidienne, repérage des signaux faibles.  
🧠 Professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes, psychologues, diététiciens, ergothérapeutes) : prévention de la dépendance.  
🏘️ Coordination via CRT, DAC, PTA, CLIC ou dispositifs MAIA selon le territoire.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Centrer les décisions sur les objectifs de soins, et pas seulement sur les pathologies.  
✅ Réaliser des bilans annuels systématiques chez les personnes ≥ 75 ans avec polypathologie.  
✅ Favoriser la coordination par des outils numériques partagés et des réunions régulières.  
✅ Adapter les interventions au rythme de la personne, sans surmédicalisation.  
✅ Intégrer les proches dans les décisions chaque fois que possible, avec respect du consentement.

# 📘 Références

• HAS : Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires – Recommandations 2014【web†source】.  
• RBPP HAS – Soins primaires et prévention de la dépendance.  
• SFGG – Prise en charge globale de la personne âgée polypathologique.

Fiche Recommandation 35 — gériatrie — Prévention de la dépendance iatrogène liée à l’hospitalisation

# ⛳ Intitulé du thème

L’hospitalisation peut entraîner une perte d’autonomie évitable chez les personnes âgées. La dépendance iatrogène liée à l’hospitalisation est la conséquence d’un alitement prolongé, d’un défaut de mobilisation, d’une prescription inadaptée ou de l’absence de repérage des besoins spécifiques. Elle est en grande partie évitable par des mesures précoces, adaptées et coordonnées.

# 🎯 Objectifs de la prévention

✅ Maintenir ou restaurer les capacités fonctionnelles pendant l’hospitalisation.  
✅ Repérer précocement les facteurs de risque de déclin fonctionnel.  
✅ Réduire les complications (chutes, dénutrition, confusion, incontinence, iatrogénie).  
✅ Améliorer la qualité du parcours de soins et le retour à domicile.  
✅ Impliquer tous les professionnels hospitaliers dans la prévention de la dépendance.

# 📌 Causes fréquentes de dépendance iatrogène

🛏️ Immobilisation prolongée sans indication.  
💊 Polymédication et traitements inappropriés (sédatifs, neuroleptiques, etc.).  
❌ Retard ou absence de mobilisation précoce ou d’intervention kinésithérapique.  
🥣 Dénutrition non repérée, absence d’adaptation des repas.  
🧠 Confusion aiguë non diagnostiquée ni traitée.  
🫢 Incontinence de novo liée à une contention ou une organisation défaillante.  
📉 Absence de prise en compte du projet de vie ou de soins du patient.

# 🛠️ Actions pratiques à l’hôpital

📋 Repérage à l’entrée : grille SEGA, échelle de fragilité, évaluation nutritionnelle et cognitive.  
🚶 Mobilisation dès les premières 24h si possible (lever au fauteuil, déambulation assistée).  
🥗 Prévention de la dénutrition : surveillance du poids, enrichissement, compléments oraux.  
🧠 Détection systématique de la confusion : échelles CAM, 4AT, surveillance du sommeil.  
🧼 Prévention des troubles sphinctériens : éviter le port prolongé de protections, surveillance urinaire.  
📘 Revue des traitements avec pharmacien clinicien : évaluation du bénéfice/risque.  
🛏️ Limiter les contentions physiques au strict nécessaire, dans un cadre éthique et réglementé.  
👥 Réunion pluridisciplinaire anticipant le retour à domicile ou en structure d’hébergement.  
📑 Rédaction d’un plan de sortie structuré, coordonné avec les intervenants de ville.

# 👥 Coordination recommandée

🏥 Médecin hospitalier : pilotage du parcours et des prescriptions.  
👩‍⚕️ Infirmiers(ères) : surveillance, encouragement à la mobilisation.  
👟 Kinésithérapeutes : mobilisation, prévention de la perte fonctionnelle.  
🥗 Diététicien(ne) : prévention nutritionnelle.  
🧠 Psychologue : prévention de la souffrance psychique et soutien à la cognition.  
📘 Services sociaux hospitaliers : préparation du retour à domicile et relais médico-sociaux.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Intégrer des parcours de soins adaptés à la fragilité : filières gériatriques, court séjour gériatrique.  
✅ Favoriser le repérage précoce en amont de l’hospitalisation (par le médecin traitant ou la PTA).  
✅ Tracer dans le Dossier Patient les objectifs de prévention de la dépendance.  
✅ Partager systématiquement les informations à la sortie avec les professionnels du domicile.  
✅ Mettre en place un suivi post-hospitalisation à 7 et 30 jours si possible.

# 📘 Références

• HAS : Prévenir la dépendance iatrogène liée à l’hospitalisation chez les personnes âgées – Note de synthèse【38†source】.  
• SFGG : Prévention de la perte d’autonomie à l’hôpital.  
• RBPP HAS – Continuité des parcours et planification de la sortie hospitalière.

Fiche Recommandation 36 — gériatrie — Prévention des chutes répétées chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

Les chutes répétées chez les personnes âgées sont un marqueur de fragilité et un facteur prédictif de perte d’autonomie, de dépendance fonctionnelle, de blessures graves ou de décès. Une évaluation approfondie et une intervention multidimensionnelle sont indispensables pour prévenir les récidives et maintenir la qualité de vie.

# 🎯 Objectifs de la prévention des chutes répétées

✅ Identifier les personnes âgées à risque de chutes répétées.  
✅ Rechercher et corriger les facteurs de risque prédisposants et précipitants.  
✅ Prévenir les complications physiques, psychiques et sociales des chutes.  
✅ Maintenir ou restaurer la confiance et les capacités fonctionnelles de la personne.  
✅ Réduire les hospitalisations évitables liées aux chutes.

# 📌 Définition et données épidémiologiques

📈 Une chute est définie comme la survenue involontaire d’un contact avec le sol.  
🔄 Les chutes répétées sont définies comme la survenue d’au moins deux chutes dans les 12 derniers mois.  
📊 Environ 30% des personnes de plus de 65 ans chutent chaque année, 50% après 80 ans.  
❗ Parmi ces chutes, 10% sont responsables de fractures ou d’hospitalisations prolongées.

# 🩺 Évaluation initiale de la chute

1️⃣ Rechercher les signes de gravité immédiats : traumatisme crânien, fracture, perte de conscience.  
2️⃣ Identifier les facteurs prédisposants :  
 - Âge > 80 ans, antécédents de chutes.  
 - Troubles de la marche, arthrose, myopathie, sarcopénie.  
 - Troubles cognitifs, visuels ou auditifs.  
 - Polymédication, notamment psychotropes (BZD, neuroleptiques).  
3️⃣ Identifier les facteurs précipitants :  
 - Hypotension orthostatique, hypoglycémie, environnement dangereux.  
 - Contexte aigu : infection, fièvre, confusion, déshydratation.  
4️⃣ Réaliser un bilan complet :  
 - Examen clinique, neurologique, évaluation de la posture, des appuis, et du relevé du sol.  
 - Tests de marche : Tinetti, Get Up and Go, SPPB.

# 🛠️ Interventions préventives recommandées

📋 Revue de l’ordonnance et déprescription raisonnée (STOPP/START, BEERS).  
💊 Supplémentation en vitamine D (800 à 1000 UI/jour) en cas de carence documentée ou d’exposition insuffisante.  
🚶 Programme d’activité physique adaptée : renforcement musculaire, équilibre, coordination.  
🏠 Aménagement du domicile avec l’appui d’un ergothérapeute : éclairage, suppression des obstacles, barres d’appui.  
🦯 Utilisation et adaptation d’aides techniques : canne, déambulateur, chaussures antidérapantes.  
📘 Éducation du patient et de son entourage sur les risques et les stratégies de prévention.  
👥 Suivi pluridisciplinaire avec coordination régulière autour du PPA ou PPCS.

# 👥 Coordination des acteurs

🧑‍⚕️ Médecin traitant : évaluation médicale initiale, arbitrage des traitements, coordination du parcours.  
👟 Kinésithérapeute : évaluation posturale et rééducation motrice.  
🏠 Ergothérapeute : diagnostic de l’environnement, conseils pour l’adaptation du domicile.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : repérage des chutes, suivi de l’état général, accompagnement des gestes.  
💊 Pharmacien : évaluation de la polymédication et de la iatrogénie.  
👪 Aidants / famille : observateurs des changements comportementaux ou de l’état fonctionnel.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Prévoir une consultation gériatrique ou une réunion de coordination si chutes inexpliquées ou à répétition.  
✅ Intégrer le risque de chute dans le plan personnalisé d’accompagnement (PPA).  
✅ En cas de fracture, prévoir une évaluation densitométrique osseuse et une prévention secondaire de l’ostéoporose.  
✅ Réévaluer à 3 et 6 mois après la mise en place d’un programme de prévention.  
✅ Ne jamais banaliser une chute, même sans conséquence immédiate.

# 📘 Références

• HAS : Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées – Recommandations 2009【web†source】.  
• SFGG : Prévention des chutes chez la personne âgée.  
• RBPP ANESM : Volet domicile – Fiches repérage chutes et environnement.

Fiche Recommandation 37 — gériatrie — Insuffisance rénale chronique chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

L’insuffisance rénale chronique (IRC) est fréquente chez la personne âgée, souvent silencieuse et sous-diagnostiquée. Elle nécessite un repérage systématique, une adaptation des traitements et une prise en charge centrée sur les objectifs de soins et la qualité de vie.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge de l’IRC chez le sujet âgé

✅ Repérer l’IRC par des examens simples (créatininémie, estimation du DFG).  
✅ Adapter les traitements et les posologies aux fonctions rénales réelles.  
✅ Prévenir la progression de la maladie rénale et ses complications (cardiovasculaires, osseuses, anémie).  
✅ Éviter les traitements néphrotoxiques et les erreurs iatrogènes.  
✅ Intégrer l’IRC dans le plan personnalisé de soins avec des objectifs adaptés à l’âge et au projet de vie.

# 📌 Signes évocateurs et contextes à risque

🔍 Personne âgée polymédiquée ou suivie pour HTA, diabète, cardiopathie.  
📉 Élévation persistante de la créatininémie ou diminution du DFG < 60 ml/min/1,73m².  
❗ Fatigue chronique, troubles digestifs, crampes, œdèmes.  
💊 Prescription de médicaments à risque (AINS, inhibiteurs de SGLT2, diurétiques puissants, antibiotiques néphrotoxiques).

# 🛠️ Actions pratiques en soins primaires

📋 Estimer le DFG (CKD-EPI ou formule de Cockcroft) pour ajuster les doses de médicaments.  
🧾 Réviser l’ordonnance en fonction du stade de l’IRC et éviter les traitements inadaptés.  
🥣 Surveiller les apports hydriques, les protéines et le potassium selon les stades.  
🩺 Suivi régulier : contrôle tensionnel, bilan phosphocalcique, recherche d’anémie.  
📞 Travailler en lien avec le néphrologue si IRC sévère ou complication (DFG < 30, protéinurie massive).  
🧠 Adapter la stratégie thérapeutique aux souhaits et priorités de la personne (pas de dialyse systématique après 80 ans sans projet de qualité de vie).

# 👥 Coordination recommandée

🧑‍⚕️ Médecin traitant : évaluation globale, bilan rénal, ajustement thérapeutique.  
💊 Pharmacien : adaptation des posologies, vérification des contre-indications.  
🥗 Diététicien(ne) : conseils nutritionnels selon les stades d’IRC.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance tensionnelle, poids, signes d’hyperhydratation.  
👪 Aidants : rôle de soutien dans l’hydratation, l’observance et la détection des effets indésirables.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne pas se fier uniquement à la créatininémie isolée : toujours estimer le DFG.  
✅ Informer la personne et ses proches de l’existence d’une IRC, même légère.  
✅ Envisager des soins de support plutôt qu’une escalade thérapeutique en IRC terminale chez les patients très âgés.  
✅ Tracer les décisions dans le dossier médical et intégrer l’IRC dans le PPA.  
✅ Prévoir des bilans tous les 6 à 12 mois selon le stade et les comorbidités.

# 📘 Références

• HAS : Diagnostic et suivi de l’insuffisance rénale chronique chez l’adulte – Recommandations 2012【web†source】.  
• RBPP SFGG – IRC chez le sujet âgé, éthique et stratégie adaptée.  
• KDIGO 2022 Guidelines – Chronic Kidney Disease in Older Adults.

Fiche Recommandation 38 — gériatrie — Révision des prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

La révision régulière des prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée est un levier majeur de prévention de la iatrogénie, de l’inobservance, et de la perte d’autonomie. Elle vise à simplifier les traitements, adapter les posologies, détecter les interactions et promouvoir la déprescription raisonnée.

# 🎯 Objectifs de la révision thérapeutique

✅ Améliorer l’adhésion thérapeutique en allégeant les traitements inutiles ou inadaptés.  
✅ Réduire les risques iatrogènes : chutes, confusion, hospitalisations évitables.  
✅ Optimiser les posologies en fonction de l’évolution fonctionnelle, cognitive, rénale ou hépatique.  
✅ Valoriser la concertation pluriprofessionnelle pour sécuriser les parcours complexes.  
✅ Centrer les prescriptions sur les objectifs de soins et de qualité de vie.

# 📌 Signes d’alerte ou situations justifiant une révision

❗ Apparition d’effets secondaires (somnolence, chutes, anorexie, confusion).  
❗ Multiplication des prises (>5 médicaments/jour).  
❗ Modification de l’état fonctionnel ou cognitif.  
❗ Changement de lieu de vie ou retour d’hospitalisation.  
❗ Plainte de la personne ou des aidants concernant les effets ou la charge thérapeutique.  
❗ Troubles de l’observance ou erreurs de prise fréquentes.

# 🛠️ Étapes recommandées pour la révision

1️⃣ Bilan complet des médicaments prescrits, pris, ou achetés en automédication.  
2️⃣ Utilisation d’outils validés : STOPP/START, Beers, FORTA.  
3️⃣ Estimation des fonctions rénale et hépatique pour ajuster les posologies.  
4️⃣ Évaluation de la balance bénéfice/risque pour chaque traitement.  
5️⃣ Identification des traitements à risque ou à visée purement symptomatique pouvant être allégés.  
6️⃣ Partage du projet de déprescription avec le patient et ses aidants.  
7️⃣ Suivi rapproché dans les semaines suivant une modification.

# 👥 Coordination interprofessionnelle recommandée

🧑‍⚕️ Médecin traitant : pilotage de la révision, validation des ajustements.  
💊 Pharmacien : recueil du plan de médication, dépistage des interactions, conseils galéniques.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : observateur des effets, relais de l’adhésion ou des difficultés de prise.  
👪 Aidants : soutien à la continuité du traitement, détection de signes d’alerte.  
🏘️ Réseaux de coordination (PTA, DAC, HAD) : appui méthodologique pour les situations complexes.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Réaliser une révision systématique au moins une fois par an chez toute personne >75 ans polymédiquée.  
✅ Tracer toutes les modifications dans le Dossier Médical Partagé ou dossier partagé d’équipe.  
✅ Préférer une réduction progressive plutôt qu’un arrêt brutal des psychotropes, BZD, antidépresseurs.  
✅ Associer la personne âgée à la réflexion pour favoriser l’adhésion aux changements.  
✅ Prioriser les traitements indispensables et à bénéfice fonctionnel avéré.  
✅ Prévoir des critères d’alerte partagés entre les intervenants après chaque ajustement.

# 📘 Références

• HAS : Prescription médicamenteuse chez la personne âgée – critères STOPP/START【27†source】.  
• Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) – Bon usage des médicaments chez le sujet âgé.  
• RBPP ANESM : Résidence autonomie – iatrogénie médicamenteuse et coordination thérapeutique.

Fiche Recommandation 39 — gériatrie — Hypertension artérielle (HTA) chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

L’hypertension artérielle (HTA) est la pathologie chronique la plus fréquente chez la personne âgée. Sa prise en charge doit être adaptée aux spécificités du vieillissement : variabilité tensionnelle, raideur artérielle, polymédication, fragilité et comorbidités. Le contrôle tensionnel améliore la morbi-mortalité cardiovasculaire mais doit être équilibré avec les objectifs de qualité de vie et de prévention de la dépendance.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge de l’HTA en gériatrie

✅ Confirmer le diagnostic d’HTA par des mesures répétées, adaptées aux conditions du patient.  
✅ Identifier les situations à risque (HTA sévère, HTA secondaire, HTA résistante, hypotension orthostatique).  
✅ Adapter les objectifs tensionnels selon l’âge, l’état fonctionnel et les comorbidités.  
✅ Proposer une thérapeutique efficace, bien tolérée, simple et compatible avec la qualité de vie.  
✅ Réévaluer régulièrement le traitement, la tolérance et l’autonomie du patient.

# 📌 Diagnostic de l’HTA chez la personne âgée

🩺 Définition standard : PA ≥ 140/90 mmHg (en consultation).  
📉 Objectifs :  
 - < 140/90 mmHg si patient robuste et < 80 ans.  
 - < 150/90 mmHg si patient fragile, ≥ 80 ans, dépendant ou en soins palliatifs.  
📊 Moyens :  
 - Automesure tensionnelle (AMT) : 3 mesures matin/soir pendant 3 jours.  
 - MAPA (mesure ambulatoire) si variabilité, suspicion d’HTA blouse blanche ou masquée.  
 - Recherche systématique d’hypotension orthostatique : PA debout à 1 et 3 minutes.

# 🩺 Bilan initial recommandé

📋 Examen clinique complet avec prise de PA aux 2 bras, recherche de souffle vasculaire, atteinte d’organes cibles.  
🧪 Bilan biologique : créatinine, ionogramme, glycémie, HbA1c, cholestérol, protéinurie/albuminurie.  
🫀 ECG de repos systématique, ± échographie cardiaque ou doppler TSA si suspicion de complications.  
🧠 Évaluation cognitive et fonctionnelle si signes d’atteinte neuro-vasculaire ou troubles de l’observance.  
🔁 Évaluation des interactions médicamenteuses et de l’adhésion au traitement.

# 💊 Traitement antihypertenseur recommandé

📉 Objectif : PA systolique entre 130-140 mmHg chez les patients robustes, autour de 140-150 mmHg chez les patients fragiles.  
1️⃣ Monothérapie préférée en première intention : IEC/ARA2, diurétiques thiazidiques, inhibiteurs calciques.  
2️⃣ Association si échec : en priorité bithérapie à faible dose.  
🚫 Attention : éviter les hypotensions induites, surtout en cas de polythérapie ou de PA systolique < 120 mmHg.  
💊 Adapter la posologie selon la fonction rénale, l’orthostatisme et les interactions.  
⏱️ Surveillance de la PA après toute modification thérapeutique, avec contrôle dans les 2 à 4 semaines.

# 👥 Coordination interprofessionnelle recommandée

🧑‍⚕️ Médecin traitant : référent de la stratégie thérapeutique.  
💊 Pharmacien : vérification des posologies, détection des doublons ou interactions.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : aide au suivi tensionnel, surveillance de l’orthostatisme.  
👪 Aidants : soutien à l’observance, repérage des signes d’intolérance (chutes, vertiges).  
📘 Coordination possible avec équipe mobile gériatrique ou PTA en cas de situation complexe.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Privilégier les prises vespérales si PA nocturne élevée.  
✅ Limiter la polymédication en privilégiant les médicaments ayant un effet sur plusieurs comorbidités.  
✅ Ne pas viser une normalisation stricte de la PA en cas de dépendance, pathologie terminale ou soins palliatifs.  
✅ Adapter les outils de mesure à la situation (PA couchée/debout, brassard adapté).  
✅ Réévaluer régulièrement les objectifs thérapeutiques selon l’évolution de la fragilité ou de l’espérance de vie.

# 📘 Références

• HAS : Fiche mémo HTA chez l’adulte – septembre 2016【YAUvE3Vrwrkv45Se3WHykz】.  
• ESC/ESH 2018 Guidelines on the management of arterial hypertension.  
• SFGG – Guide HTA et vieillissement – 2020.

Fiche Recommandation 40 — gériatrie — Insuffisance cardiaque chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

L’insuffisance cardiaque (IC) est une pathologie fréquente et grave chez la personne âgée. Elle est souvent sous-diagnostiquée ou mal contrôlée, en raison de symptômes atypiques, d’une polymédication ou d’une fragilité associée. La prise en charge repose sur une approche globale, visant à soulager les symptômes, éviter les hospitalisations, et préserver la qualité de vie.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Diagnostiquer précocement l’insuffisance cardiaque, y compris en cas de présentation atypique.  
✅ Soulager les symptômes (dyspnée, asthénie, œdèmes) et améliorer la qualité de vie.  
✅ Réduire les hospitalisations liées aux décompensations aiguës.  
✅ Adapter le traitement aux comorbidités, à la fonction rénale et à la tolérance.  
✅ Mettre en place un suivi régulier et coordonné autour du patient âgé.

# 📌 Signes cliniques évocateurs

❗ Dyspnée d’effort ou de repos, orthopnée, toux nocturne.  
❗ Fatigue chronique, intolérance à l’effort, perte de poids.  
❗ Œdèmes des membres inférieurs, prise de poids rapide (>2 kg en 3 jours).  
❗ Turgescence jugulaire, reflux hépato-jugulaire, râles crépitants bilatéraux.  
🩺 Examens complémentaires :  
- ECG, BNP ou NT-proBNP si doute diagnostic.  
- Échocardiographie (FEVG, troubles diastoliques, dilatation des cavités).

# 📋 Classification de la sévérité (NYHA)

🟢 Classe I : pas de limitation.  
🟡 Classe II : dyspnée à l’effort modéré.  
🟠 Classe III : dyspnée pour activités légères.  
🔴 Classe IV : symptômes au repos.

# 💊 Traitement médicamenteux recommandé

1️⃣ Inhibiteurs du SRAA (IEC ou ARA2) : 1ère ligne sauf contre-indication.  
2️⃣ Bêtabloquants : si FEVG < 40 %, après stabilisation.  
3️⃣ Diurétiques : symptomatiques en cas de surcharge hydrosodée.  
4️⃣ Antagonistes des récepteurs des minéralocorticoïdes (spironolactone) : si IC à FEVG réduite.  
5️⃣ Association dapagliflozine (SGLT2) pour IC chronique (y compris non diabétique).  
⚠️ Surveillance : fonction rénale, kaliémie, PA, poids, bilan clinique régulier.  
🚫 Prudence avec les AINS, certains antiarythmiques, antidépresseurs tricycliques.

# 📆 Suivi et surveillance

📈 Suivi du poids quotidien par la personne ou ses proches.  
📋 Suivi des signes cliniques d’alerte : dyspnée, œdèmes, fatigue accrue.  
🩺 Contrôle biologique régulier : créatininémie, ionogramme, BNP si décompensation.  
🤝 Suivi rapproché après hospitalisation (dans les 7 jours).

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : pilotage du traitement et suivi de l’évolution.  
💊 Pharmacien : révision thérapeutique, prévention des interactions.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) à domicile : surveillance poids, tension, signes congestifs.  
👟 Kinésithérapeute : réadaptation à l’effort si stabilisation.  
🥗 Diététicien(ne) : réduction sodée, équilibre hydrique.  
👪 Aidants : participation à la surveillance et à la continuité des soins.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Rechercher des signes atypiques : chutes, confusion, perte d’autonomie rapide.  
✅ Adapter les objectifs thérapeutiques à l’état fonctionnel et au projet de soins.  
✅ En cas de soins palliatifs, basculer vers un traitement symptomatique uniquement.  
✅ Travailler en lien avec une équipe mobile gériatrique si décompensations fréquentes.  
✅ Inclure la pathologie cardiaque dans le projet personnalisé d’accompagnement (PPA).

# 📘 Références

• ESC Guidelines 2021 on heart failure.  
• HAS : Insuffisance cardiaque – note de cadrage soins de ville.  
• SFGG : Insuffisance cardiaque chez le sujet âgé – recommandations pratiques.

Fiche Recommandation 41 — gériatrie — Œdème aigu du poumon (OAP) chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

L’œdème aigu du poumon (OAP) est une urgence cardiovasculaire fréquente et grave chez la personne âgée, souvent révélatrice ou complication d’une insuffisance cardiaque. Il nécessite une reconnaissance rapide, une stabilisation immédiate, et une adaptation des traitements tenant compte des comorbidités et de la fragilité du patient.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Identifier précocement l’OAP et débuter le traitement en urgence.  
✅ Prévenir l’aggravation respiratoire et l’arrêt cardio-respiratoire.  
✅ Soulager la détresse respiratoire et réduire la précharge cardiaque.  
✅ Adapter la prise en charge à la physiopathologie gériatrique (comorbidités, polymédication).  
✅ Réévaluer l’organisation du suivi après la phase aiguë.

# 📌 Signes évocateurs d’un OAP

❗ Dyspnée brutale avec orthopnée, parfois au repos.  
❗ Râles crépitants bilatéraux, expectorations mousseuses.  
❗ Cyanose, sueurs froides, agitation ou confusion.  
❗ Tachycardie, hypertension fréquente au début.  
❗ Parfois douleurs thoraciques associées (ischémie).

# 🚨 Conduite à tenir (première intention)

1️⃣ Installer la personne en position assise jambes pendantes (si tolérée).  
2️⃣ Oxygénothérapie à haut débit (objectif SpO2 > 92 %).  
3️⃣ Diurétique IV (furosémide 20-40 mg voire plus selon antécédents).  
4️⃣ Dérivés nitrés IV (si PAS > 100 mmHg) : trinitrine spray ou perfusion.  
5️⃣ Évaluation ECG, ionogramme, fonction rénale, radiographie thoracique.  
6️⃣ Transfert médicalisé en unité d’hospitalisation ou soins intensifs si signes de gravité (SpO2 < 90 %, confusion, oligurie).

# 📆 Surveillance post-urgence

📈 Suivi des constantes : PA, fréquence respiratoire, diurèse, SpO2.  
💉 Surveillance de la créatininémie, de la kaliémie, du BNP/NT-proBNP.  
🫀 Échocardiographie : FEVG, valvulopathie, pression artérielle pulmonaire.  
👥 Réévaluation du traitement de fond de l’IC : IEC/ARA2, bêtabloquants, diurétiques, SGLT2.  
📋 Analyse des facteurs déclenchants (non-observance, infection, AINS, anémie…).

# 👥 Coordination recommandée

🧑‍⚕️ Médecin urgentiste / cardiologue : stabilisation et orientation hospitalière.  
👩‍⚕️ Médecin traitant : réévaluation à 48h et 1 semaine après la sortie.  
💊 Pharmacien : vérification des traitements cardiaques, éducation thérapeutique.  
🏠 Infirmier(ère) à domicile : surveillance de la tension, poids, signes de surcharge.  
🥗 Diététicien(ne) : régime hyposodé adapté à l’autonomie du patient.  
👪 Aidants : aide à la surveillance post-événement et relais vers les soins.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Toujours suspecter un OAP devant toute dyspnée aiguë inexpliquée chez un patient cardiaque.  
✅ Adapter la posologie des diurétiques selon la réponse (poids, diurèse, PA).  
✅ Éviter les solutés IV inutiles et les AINS.  
✅ En cas de désaturation persistante, discuter la ventilation non invasive (VNI).  
✅ Anticiper le suivi à domicile ou en SSR cardiogériatrique dès la sortie.

# 📘 Références

• ESC 2021 – Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure.  
• SFGG : Recommandations pratiques – Urgences cardiovasculaires en gériatrie.  
• HAS : Insuffisance cardiaque et urgences cardiovasculaires – fiche synthèse.

Fiche Recommandation 42 — gériatrie — Accident Vasculaire Cérébral (AVC) chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

L’Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est une cause majeure de handicap acquis, de dépendance et de décès chez les personnes âgées. La rapidité de la prise en charge en phase aiguë, la prévention des récidives et l’organisation d’un suivi fonctionnel sont essentiels pour limiter les séquelles et préserver la qualité de vie.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Reconnaître précocement les signes d’AVC et orienter en urgence vers un centre compétent.  
✅ Mettre en œuvre une prévention secondaire ciblée (antithrombotique, traitement des facteurs de risque).  
✅ Organiser la rééducation et l’adaptation de l’environnement dès la phase post-aiguë.  
✅ Évaluer le retentissement fonctionnel, cognitif et émotionnel dans la durée.  
✅ Intégrer l’AVC dans le projet de soins coordonné et adapté à l’autonomie restante.

# 📌 Signes cliniques évocateurs (FAST)

🧠 F – Face : asymétrie faciale, chute d’un côté de la bouche.  
🖐️ A – Arm : déficit moteur ou faiblesse d’un bras ou d’une jambe.  
🗣️ S – Speech : troubles de la parole, aphasie, troubles de compréhension.  
⏱️ T – Time : urgence absolue – appel du 15 dès suspicion d’AVC.

# 🚨 Conduite à tenir en phase aiguë

📞 Appel du SAMU/SMUR (15) pour transport vers une UNV (Unité Neuro-Vasculaire).  
🧠 Imagerie en urgence : scanner ou IRM cérébrale sans et avec injection.  
💉 Thrombolyse IV possible jusqu’à 4h30 après le début des symptômes (si absence de contre-indication).  
🩺 Évaluation initiale : score NIHSS, fonction déglutition, état cognitif, signes de comorbidités.

# 📋 Bilan et traitement secondaire

🩸 Bilan cardiologique (ECG, Holter, échocœur) et vasculaire (doppler TSA).  
💊 Antiplaquettaires : aspirine ou clopidogrel en prévention secondaire (si AVC ischémique non cardio-embolique).  
⚠️ Anticoagulants oraux (AVK ou AOD) si fibrillation auriculaire confirmée.  
📉 Traitement des facteurs de risque : HTA, diabète, dyslipidémie, tabac, surpoids.  
💊 Statines recommandées après AVC ischémique.

# 🛠️ Réadaptation et suivi post-AVC

👟 Rééducation pluridisciplinaire (kiné, ortho, ergo, neuropsy) dès les premiers jours.  
🧠 Évaluation cognitive systématique entre 1 et 3 mois post-AVC.  
🏠 Évaluation du besoin en aides techniques, aménagement du logement, téléassistance.  
📋 PPA ou PPCS à mettre à jour selon les séquelles motrices, sensorielles, émotionnelles.  
💬 Soutien psychologique si dépression post-AVC ou perte de repères.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : suivi à long terme, prévention des récidives.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : éducation thérapeutique, surveillance de l’évolution fonctionnelle.  
🧠 Neurologue / UNV : suivi initial et décision thérapeutique (anticoagulation, contrôle tensionnel).  
🏡 Aides à domicile / ergothérapeute : adaptation au lieu de vie et soutien à l’autonomie.  
👪 Aidants / proches : soutien et relais dans le maintien à domicile ou en structure.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne jamais banaliser une chute ou une faiblesse transitoire chez une personne âgée (diagnostic différentiel AVC).  
✅ Éviter les sédatifs excessifs, qui masquent les signes initiaux.  
✅ Systématiser la mesure de la pression artérielle en consultation post-AVC.  
✅ Prévoir une évaluation de la déglutition avant toute alimentation orale.  
✅ Documenter les séquelles dans le dossier médical et adapter les objectifs du PPA en conséquence.

# 📘 Références

• HAS : Fiche AVC – Prise en charge en urgence et prévention secondaire【web†source】.  
• SFGG – AVC chez la personne âgée : recommandations de pratique.  
• ESC 2021 – Guidelines for stroke prevention in atrial fibrillation.

Fiche Recommandation 43 — gériatrie — Polyarthrite rhumatoïde (PR) chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

La polyarthrite rhumatoïde (PR) chez la personne âgée est souvent sous-diagnostiquée ou traitée de manière insuffisante, du fait de la présentation clinique atypique, des comorbidités et de la fragilité. Une approche adaptée permet de contrôler l’inflammation, préserver la fonction articulaire, limiter les douleurs chroniques et maintenir l’autonomie.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Diagnostiquer rapidement la PR, même en cas de forme pauciarticulaire ou atypique.  
✅ Contrôler l’inflammation articulaire pour prévenir les déformations et la perte fonctionnelle.  
✅ Adapter le traitement aux fonctions rénales, hépatiques et au terrain de fragilité.  
✅ Prévenir la dépendance fonctionnelle liée aux limitations articulaires.  
✅ Intégrer les objectifs dans le projet personnalisé d’accompagnement (PPA).

# 📌 Signes cliniques évocateurs chez la personne âgée

👐 Arthrite bilatérale non symétrique, atteinte des grosses articulations possible (genoux, épaules).  
🕐 Raideurs matinales > 30 min, fatigue, altération de l’état général.  
🔥 Inflammation persistante sans fièvre, douleurs articulaires inflammatoires.  
🦴 Atteinte possible des tendons, des gaines synoviales, syndrome du canal carpien.  
🩺 Examen : gonflement, douleur à la pression, limitation de mobilité, déformation tardive.  
⚠️ Forme débutante parfois atypique, à différencier d’une arthrose, d’un rhumatisme à cristaux ou d’un état paranéoplasique.

# 🧪 Examens complémentaires recommandés

🧬 Bilan inflammatoire : CRP, VS souvent élevées.  
🧪 Facteurs rhumatoïdes (FR) et anticorps anti-CCP (spécifiques).  
🦴 Radiographie : érosions, pincement articulaire, ostéopénie localisée.  
🔍 Échographie articulaire ou IRM si diagnostic incertain ou formes paucisymptomatiques.

# 💊 Traitement de fond et symptomatique

1️⃣ Traitement de fond classique : Méthotrexate (1ère intention) – adapter la dose selon la fonction rénale.  
2️⃣ Alternatives : sulfasalazine, hydroxychloroquine, léflunomide (selon tolérance et comorbidités).  
3️⃣ Biothérapies : anti-TNF, anti-IL6, JAK inhibiteurs (précautions infectieuses, surveillance accrue).  
4️⃣ Traitement symptomatique : paracétamol, AINS (à éviter si IR ou âge > 75 ans), corticothérapie à faible dose ponctuellement.  
⚠️ Surveillance étroite des effets secondaires : myélotoxicité, hépatotoxicité, infections, perte d’autonomie induite.

# 📋 Suivi et évaluation fonctionnelle

📆 Consultation tous les 1 à 3 mois au début, puis ajustée selon l’évolution.  
📉 Échelles de suivi : DAS28, HAQ (Handicap), EVA douleur.  
🔁 Réévaluation de l’autonomie, de la douleur et du sommeil à chaque consultation.  
📘 Intégration des limitations articulaires dans le PPA et le PPCS si perte fonctionnelle importante.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Rhumatologue : diagnostic, traitement de fond, surveillance spécialisée.  
👩‍⚕️ Médecin traitant : relais local, gestion des comorbidités, coordination de terrain.  
👟 Kinésithérapeute : mobilisation, lutte contre l’enraidissement, renforcement musculaire.  
🛠️ Ergothérapeute : aides techniques, adaptation du domicile, orthèses.  
💊 Pharmacien : prévention des interactions, surveillance des effets secondaires.  
👪 Aidants : soutien à la gestion des traitements et au maintien des activités de la vie quotidienne.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Réduire la dose des immunosuppresseurs en cas de fragilité, insuffisance rénale ou risque infectieux.  
✅ Privilégier les traitements oraux simples, bien tolérés et compatibles avec les autres pathologies.  
✅ Intégrer le kinésithérapeute et l’ergothérapeute dès le début du suivi.  
✅ Être vigilant au risque de dépression, d’isolement ou de perte de confiance liés aux douleurs et aux déformations articulaires.  
✅ Adapter les soins à domicile en cas de dépendance motrice ou de crise inflammatoire.

# 📘 Références

• SFR – Polyarthrite rhumatoïde chez la personne âgée : recommandations 2020.  
• HAS – Suivi de la polyarthrite rhumatoïde : repères pour les médecins traitants.  
• SFGG – Rhumatologie et vieillissement articulaire : repères gériatriques.

Fiche Recommandation 44 — gériatrie — Arthrose chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

L’arthrose est la pathologie articulaire la plus fréquente chez la personne âgée. Elle est source de douleur chronique, de limitation fonctionnelle et de perte d’autonomie. Sa prise en charge doit être globale, adaptée aux comorbidités, centrée sur la douleur, la fonction et la qualité de vie, en évitant les traitements à risque.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Soulager la douleur et améliorer la mobilité.  
✅ Prévenir les pertes d’autonomie liées à la gêne articulaire.  
✅ Réduire l’usage d’antalgiques inadaptés (AINS, opioïdes).  
✅ Intégrer la prise en charge non médicamenteuse.  
✅ Adapter les aides et l’environnement pour conserver une activité physique quotidienne.

# 📌 Localisations fréquentes

🦵 Genou (gonarthrose) : douleur à la marche, gêne au lever, instabilité.  
🦶 Hanche (coxarthrose) : douleur inguinale, claudication, raideur.  
✋ Doigts (arthrose digitale) : nodules, déformations, perte de force.  
🦴 Colonne (rachis lombaire ou cervical) : douleurs mécaniques, radiculalgies, répercussion sur l’équilibre.

# 🩺 Diagnostic clinique et paraclinique

👣 Douleur mécanique : déclenchée à l’effort, soulagée par le repos.  
⏱️ Raideur matinale < 30 minutes.  
🧠 Examen clinique : mobilité réduite, crépitations, déformations articulaires.  
🩻 Radiographie standard : pincement articulaire, ostéophytes, géodes, sclérose sous-chondrale.  
🛑 Éviter les examens d’imagerie systématiques en l’absence de signes d’alerte (pas d’IRM de principe).

# 💊 Prise en charge thérapeutique

📦 Mesures non pharmacologiques :  
- Information, auto-rééducation, activité physique adaptée (marche, vélo, natation).  
- Orthèses, semelles, canne, adaptation de l’environnement.  
- Perte de poids si IMC > 25 (notamment pour les gonarthroses).  
💊 Traitement médicamenteux :  
- Paracétamol en 1ère intention (jusqu’à 3g/j selon fonction hépatique).  
- AINS : à éviter ou à prescrire à dose minimale, durée brève, si autres traitements inefficaces.  
- Opioïdes faibles si douleurs rebelles (codéine, tramadol) avec prudence.  
- Anti-arthrosiques symptomatiques d’action lente (glucosamine, chondroïtine) possibles.  
⚠️ Infiltrations intra-articulaires de corticoïdes si épanchement ou douleur aiguë invalidante.  
🚫 Éviter les myorelaxants, les benzodiazépines et les morphiniques forts en routine.

# 📆 Suivi et coordination

📈 Suivi régulier selon l’impact fonctionnel et la tolérance des traitements.  
📋 Évaluation multidimensionnelle : douleur, mobilité, retentissement sur la vie quotidienne.  
🏠 Mise en place d’un PPA si limitation d’autonomie.  
👩‍⚕️ Travail en lien avec les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, aides à domicile.  
🧠 Vigilance face au risque de dépression secondaire à la douleur chronique.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Éviter la surmédicalisation des douleurs modérées par des stratégies non pharmacologiques renforcées.  
✅ Privilégier les traitements topiques (AINS en gel) pour les arthroses distales.  
✅ Évaluer systématiquement l’impact de l’arthrose sur la mobilité et les chutes.  
✅ Intégrer la gestion de la douleur chronique dans les objectifs du projet de soins.  
✅ Adapter les soins selon l’autonomie, la cognition et l’environnement de vie.

# 📘 Références

• HAS : Prise en charge de l’arthrose – recommandations actualisées.  
• SFGG : Arthrose et vieillissement – repères pratiques en gériatrie.  
• SFETD : Douleur chronique articulaire – stratégies multimodales.

Fiche Recommandation 45 — gériatrie — Déshydratation chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

La déshydratation est une urgence fréquente et évitable chez la personne âgée. Elle peut se manifester de manière insidieuse et entraîner rapidement des complications graves : confusion, chutes, insuffisance rénale, coma. La prévention, le repérage précoce et la prise en charge adaptée sont essentiels dans le cadre du maintien de l’autonomie et de la qualité de vie.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Identifier rapidement les signes cliniques ou biologiques de déshydratation.  
✅ Mettre en œuvre une réhydratation orale ou parentérale adaptée.  
✅ Corriger les causes sous-jacentes (fièvre, diarrhée, médications…).  
✅ Prévenir les récidives en adaptant les apports hydriques aux besoins.  
✅ Intégrer les mesures de prévention dans les plans de soins et le PPA.

# 📌 Signes cliniques évocateurs

❗ Sécheresse buccale, plis cutanés persistants, langue sèche.  
❗ Hypotension orthostatique, tachycardie, fatigue.  
❗ Troubles du comportement : agitation, somnolence, confusion.  
❗ Perte de poids rapide (>2 % en quelques jours).  
❗ Diurèse faible, urines concentrées, troubles électrolytiques.  
🧪 Biologie : élévation de l’urée, hypernatrémie, hémoconcentration (protidémie > 75 g/L).

# 🔎 Facteurs de risque gériatriques

🔹 Diminution de la sensation de soif liée à l’âge.  
🔹 Troubles cognitifs, confusion, apraxie de boire.  
🔹 Incontinence et restriction volontaire des apports.  
🔹 Médicaments : diurétiques, laxatifs, neuroleptiques, IEC, AINS.  
🔹 Fièvre, diarrhée, vomissements, exposition à la chaleur.  
🔹 Immobilisation, perte d’autonomie ou de communication.

# 🛠️ Prise en charge pratique

1️⃣ Réhydratation orale si conscience conservée : boissons variées, fractionnées, à portée de main.  
2️⃣ Si refus ou incapacité : perfusion sous-cutanée (hypodermoclyse) ou IV selon le contexte.  
3️⃣ Surveillance du poids, de la diurèse, de l’état de conscience et des constantes.  
4️⃣ Correction des désordres électrolytiques si besoin (Na+, K+).  
5️⃣ Identifier et traiter les causes de déshydratation (infection, surdosage, chaleur…).  
6️⃣ Réintroduction progressive d’une hydratation normale avec accompagnement quotidien.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : évaluation clinique, décision thérapeutique, suivi.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance des apports, mise en place d’hypodermoclyse si besoin.  
👪 Aidants : rôle essentiel dans l’observation des signes précoces.  
🥗 Diététicien(ne) : adaptation des textures et régimes en fonction de l’état nutritionnel.  
🏠 Aides à domicile : encouragement à boire, organisation de l’environnement pour faciliter l’hydratation.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Boissons diversifiées : eau, soupe, jus, lait, café léger…  
✅ Boissons à température agréable et disponibles à toute heure.  
✅ Surveillance hebdomadaire du poids et des apports hydriques si situation à risque.  
✅ Mise en place d’un plan d’hydratation personnalisé en EHPAD ou à domicile.  
✅ Prévoir des alertes saisonnières (canicule) avec surveillance renforcée.

# 📘 Références

• HAS : Recommandations sur la prévention de la déshydratation chez la personne âgée.  
• SFGG : Déshydratation du sujet âgé – recommandations pratiques.  
• RBPP ANESM : Risques liés à la déshydratation – repérage et conduite à tenir.

Fiche Recommandation 46 — gériatrie — Globe vésical chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

Le globe vésical aigu ou chronique est une urgence fonctionnelle fréquente et souvent sous-diagnostiquée chez la personne âgée. Il peut se présenter de manière atypique, notamment par confusion, agitation ou douleurs abdominales non spécifiques. Sa prise en charge rapide est essentielle pour prévenir les complications rénales, infectieuses ou fonctionnelles.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Diagnostiquer rapidement un globe vésical, y compris en l’absence de plaintes urinaires typiques.  
✅ Mettre en place un drainage vésical adapté (sonde urinaire ou alternative).  
✅ Identifier et traiter les causes sous-jacentes (médicaments, pathologies obstructives, neurologiques…).  
✅ Prévenir les complications : IRA, infection, rétention récidivante.  
✅ Réévaluer l’autonomie vésicale à court et moyen terme, en lien avec le projet global de soins.

# 📌 Signes d’alerte cliniques

❗ Douleurs ou gêne sus-pubienne, agitation, inconfort post-mictionnel.  
❗ Incontinence paradoxale (fuite sur globe), jet urinaire faible ou absent.  
❗ Anurie ou oligurie malgré hydratation correcte.  
❗ État confusionnel aigu inexpliqué (surtout en EHPAD ou à domicile).  
❗ Tension artérielle élevée ou instabilité du rythme cardiaque liée à la rétention.

# 🩺 Examens et évaluation

🔎 Palpation abdominale, percussion hypogastrique (matité sus-pubienne).  
📊 Échographie vésicale : évaluation du résidu post-mictionnel (RPM).  
🧪 Bilan urinaire : ECBU, bandelette urinaire (protéinurie, leucocyturie).  
🧬 Bilan sanguin : créatinine, ionogramme, CRP si fièvre ou suspicion infectieuse.

# 🛠️ Conduite à tenir

1️⃣ Mise en place d’un drainage urinaire : sonde à demeure ou sondage évacuateur unique selon le contexte.  
2️⃣ Surveillance des volumes évacués : attention au syndrome de levée d’obstacle (hypotension, hématurie, choc).  
3️⃣ Hydratation adaptée, bilan d’entrée/sortie des liquides.  
4️⃣ Évaluation urologique si récidive, obstruction suspectée ou persistance d’un RPM > 400 mL.  
5️⃣ Recherche et arrêt des médicaments responsables : anticholinergiques, opioïdes, psychotropes.  
6️⃣ Rééducation vésicale ou accompagnement à la miction selon autonomie cognitive et motrice.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : évaluation initiale, adaptation médicamenteuse.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : pose de sonde, surveillance diurèse, suivi des complications.  
💊 Pharmacien : repérage des médicaments à risque, interaction avec autres traitements.  
🏥 Urologue : prise en charge spécialisée si échec de résolution, anomalies organiques ou neurologiques.  
🧠 Aidants : observation de l’état comportemental, gestion des aides techniques d’élimination (protections, étuis, etc.).

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Savoir évoquer un globe vésical devant tout changement brutal du comportement ou agitation chez une personne âgée.  
✅ Ne pas différer la pose de sonde en cas de suspicion forte (palpation + anurie).  
✅ Limiter le sondage prolongé : prévoir une désondation test dans les 3 à 5 jours si état clinique stabilisé.  
✅ Adapter le matériel à la morphologie, au sexe, au niveau d’autonomie.  
✅ Anticiper les soins d’hygiène et la prévention des infections urinaires (hydratation, toilette locale, surveillance quotidienne).

# 📘 Références

• HAS – Globe vésical chez la personne âgée : fiche repère et conduite à tenir.  
• SFGG – Troubles urinaires du sujet âgé : recommandations pratiques.  
• AFU – Urgences urologiques chez le sujet âgé : consensus 2022.

Fiche Recommandation 47 — gériatrie — Infection urinaire chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

L’infection urinaire (IU) chez la personne âgée est fréquente, mais son diagnostic peut être difficile en raison de présentations atypiques. La surprescription d’antibiotiques est à éviter, notamment en cas de bactériurie asymptomatique. Une évaluation clinique rigoureuse et un traitement ciblé sont essentiels.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Identifier les infections urinaires avérées et éviter les traitements inutiles.  
✅ Adapter la prise en charge aux spécificités gériatriques : comorbidités, fonction rénale, symptômes atypiques.  
✅ Prévenir les complications : septicémie, confusion, rechutes, résistance bactérienne.  
✅ Limiter les prescriptions inappropriées d'antibiotiques.  
✅ Intégrer les antécédents d'IU dans le suivi et le PPA.

# 📌 Présentations cliniques fréquentes

🔹 Symptômes typiques : brûlures mictionnelles, pollakiurie, urgences, douleurs pelviennes, fièvre.  
🔹 Symptômes atypiques fréquents chez la personne âgée :  
 - Chute inexpliquée, confusion aiguë, asthénie, incontinence récente.  
 - Absence de fièvre dans 50 % des cas.  
🔍 Toujours rechercher une autre cause de trouble cognitif ou de chute avant de conclure à une IU.

# 🩺 Démarche diagnostique recommandée

1️⃣ Interrogatoire, examen clinique et recueil des signes fonctionnels urinaires.  
2️⃣ ECBU avant tout traitement si suspicion clinique : obligatoire pour documenter l’agent infectieux.  
3️⃣ Ne pas traiter une bactériurie asymptomatique sauf cas particuliers :  
 - Geste invasif urinaire programmé.  
 - Femme enceinte.  
 - Immunodépression sévère.  
4️⃣ Ne pas faire de bandelette urinaire systématique sans symptôme.  
5️⃣ Évaluer la fonction rénale avant toute antibiothérapie (clairance de la créatinine).

# 💊 Traitement adapté

📋 Choix en fonction de l’ECBU, du terrain, de la tolérance rénale :  
 - Cystite simple : fosfomycine trométamol (dose unique), pivmecillinam ou nitrofurantoïne.  
 - Pyélonéphrite ou IU fébrile : fluoroquinolone, céphalosporine 3e génération (ajuster selon antibiogramme).  
 - IU à répétition : référer à un urologue ou infectiologue pour évaluation et prévention.  
🚫 Éviter les traitements prolongés sans indication ou les traitements probabilistes répétés.  
📆 Durée : 3 jours (cystite), 7–10 jours (pyélonéphrite ou IU compliquée).

# 🛡️ Prévention des récidives

🧼 Hygiène adaptée, soins de toilette rigoureuse, miction après rapport sexuel.  
🚺 Pour les femmes : oestrogénothérapie locale post-ménopause (si récidives fréquentes).  
🧃 Apports hydriques réguliers et surveillance de la diurèse.  
📊 Surveillance annuelle des ECBU seulement si symptômes.  
📘 Réévaluation médicamenteuse en cas de facteurs favorisants (anticholinergiques, opioïdes, sonde à demeure).

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : évaluation clinique, décision thérapeutique, suivi.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance des signes urinaires et du comportement.  
💊 Pharmacien : interaction médicamenteuse, adaptation posologique.  
🧠 Aidants : alerte en cas de trouble du comportement ou de changement fonctionnel.  
🏥 Urologue/infectiologue : si récidives ou IU compliquées.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne jamais traiter une bactériurie sans signe clinique.  
✅ Réaliser un ECBU avant toute antibiothérapie.  
✅ Limiter les fluoroquinolones chez les personnes à risque de troubles neurocognitifs ou de tendinopathies.  
✅ Prévoir un suivi à 48–72h après initiation du traitement, notamment en cas de forme atypique.  
✅ Intégrer l’IU dans le PPA avec plan de prévention et suivi personnalisé.

# 📘 Références

• HAS : Infection urinaire chez la personne âgée – Recommandations de bonne pratique.  
• SFGG – Fiches gériatrie : IU et confusion, IU récidivante.  
• AFU – Recommandations sur les infections urinaires de l’adulte.

Fiche Recommandation 48 — gériatrie — Troubles du rythme et de la conduction cardiaque chez la personne âgée (AC/FA)

# ⛳ Intitulé du thème

Les troubles du rythme et de la conduction cardiaque sont fréquents chez la personne âgée. La fibrillation auriculaire (AC/FA) en est la forme la plus répandue, avec un risque accru d’accident vasculaire cérébral (AVC), d’insuffisance cardiaque et de perte d’autonomie. La stratégie thérapeutique doit intégrer les bénéfices, les risques, les comorbidités et les préférences du patient.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Dépister et diagnostiquer précocement les troubles du rythme, notamment la FA.  
✅ Évaluer le risque thromboembolique (AVC) et hémorragique pour guider l’anticoagulation.  
✅ Adapter la prise en charge au profil gériatrique (fragilité, comorbidités, autonomie).  
✅ Éviter les hospitalisations et les complications liées aux arythmies non traitées.  
✅ Intégrer le suivi rythmologique dans le projet global de soins.

# 📌 Signes évocateurs chez la personne âgée

❗ Palpitations, essoufflement, fatigue inexpliquée, malaise, syncope.  
❗ Chutes récidivantes, confusion, aggravation de l’état général.  
❗ Découverte fortuite à l’auscultation ou à l’ECG.  
⚠️ Souvent pauci-symptomatique : importance du dépistage opportuniste ou systématique (pouls irrégulier).

# 🧪 Bilan diagnostique

🩺 ECG de repos : confirmation du rythme irrégulier non sinusal (FA), QRS larges ou troubles de conduction (BAV, BBG/BBD).  
📋 Score CHA2DS2-VASc : évaluation du risque thromboembolique.  
📉 Score HAS-BLED : estimation du risque hémorragique sous anticoagulants.  
🧬 Bilan biologique : NFS, créat, iono, TSH, bilan hépatique.  
🫀 Échocardiographie cardiaque : évaluation de la FEVG, dilatation auriculaire, valvulopathies.  
📊 Holter ECG ou ECG longue durée si arythmie intermittente suspectée.

# 💊 Prise en charge thérapeutique

📌 Anticoagulation orale :  
- AOD (apixaban, rivaroxaban, dabigatran) en 1ère intention (ajustement selon fonction rénale, poids, âge).  
- AVK si contre-indication aux AOD ou valve mécanique.  
📌 Contrôle de la fréquence cardiaque :  
- Bêtabloquants (bisoprolol, metoprolol) adaptés à la FEVG.  
- Inhibiteurs calciques non dihydropyridines (vérapamil, diltiazem) si FEVG conservée.  
- Digoxine en 3e intention (prudence : surveillance de la créat et de la digoxinémie).  
📌 Contrôle du rythme (si symptômes invalidants, jeune âge fonctionnel, échec du contrôle de la fréquence) :  
- Antiarythmiques type flécaïnide ou amiodarone (avec suivi régulier).  
- Cardioversion (rare chez sujets très âgés), ablation (évaluation spécialisée nécessaire).

# 🛠️ Surveillance et adaptation gériatrique

📋 Surveillance mensuelle au début, puis trimestrielle en cas de stabilité.  
📉 Contrôle du rythme et de la fréquence, tolérance aux traitements.  
🩺 Suivi des bilans rénaux, hématologiques et cardiaques.  
💊 Éducation thérapeutique à la prise des AOD/AVK : observance, alimentation, interactions.  
📘 Intégration des risques (chutes, troubles cognitifs) dans la décision thérapeutique.  
🤝 Coordination avec le cardiologue, l’équipe de soins primaires et les aidants.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : suivi, arbitrage du traitement, coordination.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance de la PA, du pouls, de l’observance.  
💊 Pharmacien : alerte sur les interactions, adaptation posologique.  
🫀 Cardiologue : évaluation spécialisée, décision rythmologique ou anticoagulante.  
👪 Aidants : soutien à la prise des traitements, vigilance sur les symptômes et les complications.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Dépister la FA en consultation systématique après 75 ans (prise du pouls).  
✅ Ne pas négliger une simple fatigue ou confusion comme signe révélateur d’une FA.  
✅ Favoriser les AOD chez les sujets âgés avec bonne observance (moins de surveillance que les AVK).  
✅ Individualiser la stratégie de contrôle de la fréquence versus du rythme selon l’autonomie et les préférences.  
✅ Anticiper les chutes, les risques hémorragiques et adapter le traitement sans renoncer systématiquement à l’anticoagulation.

# 📘 Références

• ESC Guidelines 2020 – Fibrillation atriale chez le sujet âgé.  
• HAS : Fibrillation auriculaire non valvulaire – Prise en charge anticoagulante.  
• SFGG – Troubles du rythme en gériatrie : recommandations pratiques.

Fiche Recommandation 49 — gériatrie — Maladie de Parkinson chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

La maladie de Parkinson est une pathologie neurodégénérative fréquente après 65 ans. Elle se manifeste par un syndrome extrapyramidal progressif et peut engendrer une perte d’autonomie, des troubles cognitifs et des complications motrices. Une prise en charge adaptée permet de retarder la dépendance et d’optimiser la qualité de vie en tenant compte des comorbidités et du contexte psychosocial.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Poser un diagnostic précoce et différentiel de Parkinson.  
✅ Adapter le traitement dopaminergique aux besoins fonctionnels et à la tolérance.  
✅ Prévenir les complications : chutes, troubles cognitifs, troubles de la déglutition.  
✅ Intégrer les soins de rééducation et les aides techniques précocement.  
✅ Favoriser la coordination ville-hôpital et l’inclusion du patient dans un projet de vie réaliste.

# 📌 Diagnostic clinique

🧠 Signes cardinaux :  
- Akinésie (lenteur des mouvements),  
- Rigidité extrapyramidale,  
- Tremblement de repos,  
- Instabilité posturale (plus tardive).  
🧪 Tests : manœuvres de Froment, épreuve de la bascule, test du lever de chaise.  
📋 Diagnostic d’exclusion (Parkinson plus, vascularite, iatrogène, hydrocéphalie à pression normale).  
🧬 IRM cérébrale pour éliminer d’autres étiologies atypiques si doute ou signes d’alarme.

# 💊 Traitement

1️⃣ Lévodopa (Modopar, Sinemet) : traitement de référence, surtout chez les plus de 70 ans.  
2️⃣ Inhibiteurs de la COMT ou IMAO-B en association si fluctuations motrices.  
3️⃣ Agonistes dopaminergiques : prudence chez la personne âgée (confusion, hallucinations, addictions).  
📦 Adaptation des prises : au moins 3 à 4 fois par jour, à distance des repas riches en protéines.  
⚠️ Surveillance : chutes, hypotension orthostatique, hallucinations, confusion, dyskinésies.  
🚫 Éviter les neuroleptiques classiques et les antidopaminergiques (risque d’aggravation sévère).

# 🛠️ Rééducation et accompagnement

👟 Kinésithérapie : prévention de la fonte musculaire, travail de l’équilibre et de la marche.  
🗣️ Orthophonie : rééducation de la parole (dysarthrie) et prévention des fausses routes.  
🍽️ Diététique : conseils en cas de perte de poids, adaptation en cas de dysphagie.  
🧍 Ergothérapie : adaptation du domicile, maintien de l’autonomie motrice.  
🛏️ Psychomotricité ou psychothérapie en cas d’anxiété ou de syndrome dépressif.

# 📋 Suivi gériatrique recommandé

📆 Consultation spécialisée tous les 6 à 12 mois.  
📈 Surveillance des fluctuations motrices et des complications cognitives.  
🩺 Évaluation régulière de la déglutition, du sommeil, de la douleur et de la fonction vésicale.  
📘 Intégration dans le PPA, en lien avec les aidants et les professionnels de terrain.  
🧠 En cas de troubles cognitifs évolués : évaluation gériatrique standardisée et décision d'adaptation du traitement dopaminergique.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Neurologue ou gériatre référent : pilotage du traitement et des adaptations.  
👩‍⚕️ Médecin traitant : suivi global, ajustement en cas d’effets indésirables ou intercurrent.  
👟 Rééducateurs : kiné, ortho, ergo, psychomotricien selon les besoins identifiés.  
👪 Aidants : partenaires du suivi, prévention de l’épuisement, relais de la parole du patient.  
🏘️ DAC/PTA ou ESA : appui dans les situations complexes ou en cas de début de dépendance.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne pas retarder la mise en route du traitement si gêne fonctionnelle significative.  
✅ Limiter les agonistes dopaminergiques chez les sujets âgés > 75 ans.  
✅ Éviter les neuroleptiques type halopéridol, métoclopramide (dompéridone si nécessaire).  
✅ Penser à dépister la dysphagie (examen clinique, orthophonique).  
✅ Inscrire l’évolution par étape dans le PPA avec les réévaluations fonctionnelles.

# 📘 Références

• SFGG – Recommandations gériatriques Maladie de Parkinson.  
• HAS – Maladie de Parkinson : prise en charge médicamenteuse, fiche mémo.  
• SFN – Guide clinique de la maladie de Parkinson.

Fiche Recommandation 50 — gériatrie — Maladie d’Alzheimer chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

La maladie d’Alzheimer est la principale cause de démence chez la personne âgée. Elle évolue lentement mais inexorablement, avec une atteinte initiale de la mémoire épisodique, suivie de troubles des fonctions exécutives, du langage, de la reconnaissance et de l’autonomie. Sa prise en charge est globale, progressive et individualisée.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Poser un diagnostic précoce et communiquer de manière adaptée.  
✅ Évaluer l’autonomie et adapter le niveau d’accompagnement au fil du temps.  
✅ Préserver les capacités cognitives et fonctionnelles par stimulation et environnement sécurisant.  
✅ Accompagner les aidants et prévenir leur épuisement.  
✅ Adapter le plan d’aide à chaque étape dans le cadre d’un PPA.

# 📌 Diagnostic et évaluation initiale

🧠 Symptômes : troubles de la mémoire récente, désorientation temporo-spatiale, langage appauvri, perte d’initiative.  
📝 Tests cognitifs : MMS, test de l’horloge, FAB, BREF, MOCA selon niveau et contexte.  
📋 Évaluation fonctionnelle : ADL, IADL, échelle de Reisberg (GDS), échelle CDR.  
🩺 Bilan somatique : TSH, B12, folates, glycémie, IRM cérébrale ou scanner.  
📑 Si atypique : consultation mémoire ou neurologue, bilan neuropsychologique.

# 💊 Traitement médicamenteux et non médicamenteux

🚫 Aucun traitement curatif validé à ce jour.  
📦 Traitements symptomatiques (selon HAS) non remboursés : donépézil, rivastigmine, galantamine, mémantine (utiles pour stabiliser temporairement).  
📘 Interventions non médicamenteuses :  
- Stimulation cognitive, orientation dans le temps, maintien des routines.  
- Activité physique adaptée, ergothérapie, art-thérapie.  
- Soins relationnels, maintien de la communication.  
⚠️ Prudence avec psychotropes (BZD, neuroleptiques) : à éviter si possible ou prescrire à dose minimale, durée brève.

# 📋 Suivi évolutif et adaptation du plan de soins

📆 Suivi régulier tous les 6 mois (ou plus fréquent selon stade).  
🧠 Réévaluation cognitive, comportementale et fonctionnelle à chaque étape.  
🏠 Adaptation du cadre de vie : sécurisation, aide à domicile, aide à la toilette, repas, etc.  
💬 Communication adaptée : phrases simples, reformulation, éviter la confrontation.  
👪 Anticiper les mesures de protection juridique (habilitation familiale, curatelle, tutelle).

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : repérage, suivi global, coordination.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : soins de confort, soutien des aidants.  
🧠 Equipe spécialisée Alzheimer (ESA), MAIA, PTA : évaluation multidimensionnelle.  
👟 Kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste : maintien des capacités.  
🧾 Travailleur social : montage des aides, dossier APA, protection juridique.  
👪 Aidants : formation, soutien, relais décisionnel en fin de parcours.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Maintenir la personne au centre du projet, quelle que soit la sévérité des troubles.  
✅ Éviter la rupture de soins ou de cadre de vie en cas d’aggravation aiguë.  
✅ Anticiper les décisions importantes en amont (directives anticipées, personne de confiance).  
✅ Ne pas négliger la douleur, les troubles somatiques ou psychiatriques intercurrents.  
✅ Réévaluer la pertinence des soins techniques ou hospitaliers en fonction du stade et du projet de soins.

# 📘 Références

• HAS : Maladie d’Alzheimer – conduite diagnostique et prise en charge.  
• SFGG – Recommandations pour le parcours Alzheimer.  
• Plan Maladies Neurodégénératives 2014–2019 – Ministère de la santé.

Fiche Recommandation 51 — gériatrie — Démence à corps de Lewy chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

La démence à corps de Lewy (DCL) est la deuxième cause de démence neurodégénérative après la maladie d’Alzheimer. Elle associe des troubles cognitifs fluctuants, des hallucinations visuelles typiques, une sensibilité aux neuroleptiques et un syndrome parkinsonien. Son diagnostic nécessite une vigilance clinique particulière, et sa prise en charge est délicate en raison du risque de décompensations médicamenteuses.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Poser un diagnostic différentiel clair avec Alzheimer et Parkinson.  
✅ Éviter les traitements aggravant la symptomatologie (neuroleptiques classiques, sédatifs).  
✅ Préserver la qualité de vie par une approche pluridisciplinaire.  
✅ Adapter les soins cognitifs, moteurs et comportementaux au profil évolutif.  
✅ Soutenir les aidants face à une symptomatologie souvent déconcertante.

# 📌 Signes cardinaux de la DCL

🧠 Déficit cognitif fluctuant (attention, vigilance, confusion réversible).  
👁️ Hallucinations visuelles précoces, détaillées et répétées.  
💤 Troubles du sommeil paradoxal (rêves agités, comportements moteurs en sommeil).  
🚶 Syndrome parkinsonien spontané (akinésie, rigidité, instabilité posturale, tremblement rare).  
🔄 Hypersensibilité sévère aux neuroleptiques (effets extrapyramidaux, confusion, syndrome malin).

# 🧪 Éléments diagnostiques

📋 Évaluation cognitive : fluctuations, atteinte de l’attention, visuo-spatiale et exécutive.  
🧪 Tests : MMS, MOCA, FAB, test de l’horloge (forme atypique).  
🖥️ Imagerie : IRM cérébrale souvent normale ou atrophie corticale non spécifique.  
🔬 DAT-scan (fixation des transporteurs de dopamine) pour affirmer la DCL si doute avec Alzheimer.  
🧾 Bilan biologique de routine pour éliminer les causes secondaires.

# 💊 Traitement adapté à la DCL

🧠 Inhibiteurs de l’acétylcholinestérase (donépézil, rivastigmine) : efficacité modérée sur cognition et hallucinations.  
🧪 Mémantine en seconde intention possible pour troubles du comportement.  
⚠️ Éviter les neuroleptiques (halopéridol, olanzapine) : préférer la quetiapine ou la clozapine (surveillance stricte).  
🩺 Antiparkinsoniens (lévodopa) si besoin mais prudence : aggravation possible des hallucinations.  
🌙 Traitement du sommeil : clonazépam ou mélatonine (à faibles doses, avec surveillance).

# 📋 Suivi évolutif

📆 Consultation tous les 3 à 6 mois pour évaluer : autonomie, cognition, troubles du comportement.  
🧠 Adaptation du traitement selon équilibre entre cognition, hallucinations et motricité.  
🏠 Évaluation fonctionnelle fréquente pour ajuster l’accompagnement à domicile.  
📘 Réactualisation régulière du PPA en lien avec le médecin traitant, les aidants et les rééducateurs.  
🔍 Surveillance stricte si introduction de tout traitement psychotrope ou antiparkinsonien.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Neurologue ou gériatre référent : diagnostic, suivi spécialisé, ajustement thérapeutique.  
👩‍⚕️ Médecin traitant : pilotage du parcours quotidien, prise en charge globale.  
🧠 Orthophoniste, ergothérapeute, kinésithérapeute : maintien des fonctions résiduelles.  
👪 Aidants : partenaires essentiels pour l’observation des fluctuations et l’adaptation de l’environnement.  
📘 ESA, MAIA, PTA : soutien en cas de comportements perturbateurs, risque de rupture de parcours.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Anticiper les complications iatrogènes avant tout traitement médicamenteux.  
✅ Adapter l'environnement pour éviter les surstimulations, les confusions visuelles.  
✅ Éviter les hospitalisations si possible : forte sensibilité aux changements de cadre.  
✅ Prévoir un accompagnement renforcé à domicile ou en structure si aggravation rapide.  
✅ Informer et soutenir les aidants sur la spécificité et la variabilité de la maladie.

# 📘 Références

• HAS : Recommandations Démence à corps de Lewy – prise en charge.  
• SFGG – Démences atypiques chez la personne âgée.  
• Collège de neurologie – Fiche DCL 2022.

Fiche Recommandation 52 — gériatrie — Démence fronto-temporale chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

La démence fronto-temporale (DFT) est une pathologie neurodégénérative rare mais importante à reconnaître, en particulier dans ses formes comportementales. Elle peut se manifester précocement, parfois avant 65 ans, mais également chez le sujet âgé sous forme de troubles du comportement, de l’inhibition ou du langage. Sa prise en charge repose sur une approche comportementale, sociale et environnementale plus que pharmacologique.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Identifier les signes atypiques de démence fronto-temporale.  
✅ Exclure les diagnostics différentiels (psychiatriques ou Alzheimer atypique).  
✅ Mettre en place des stratégies non médicamenteuses pour contenir les troubles du comportement.  
✅ Informer et accompagner les aidants, souvent confrontés à des troubles difficiles à gérer.  
✅ Organiser un suivi structuré et interdisciplinaire dans la durée.

# 📌 Signes cliniques évocateurs

🔹 Forme comportementale (DFT-C) :  
- Perte d’inhibition sociale, comportements inadaptés, apathie.  
- Rigidité mentale, perte d’empathie, désinhibition alimentaire.  
- Répétitions verbales ou motrices (stéréotypies), utilisation d’objets inadaptée.  
🔹 Forme aphasique (DFT-L) :  
- Détérioration progressive du langage (aphasie non fluente ou sémantique).  
- Difficulté à nommer, comprendre ou articuler malgré une bonne mémoire.  
🧠 Mémoire relativement préservée aux stades initiaux, contraste avec le comportement ou le langage.

# 🧪 Éléments diagnostiques

📋 Évaluation neuropsychologique : troubles exécutifs, langage, mémoire souvent préservée au début.  
🧠 Imagerie cérébrale : IRM ou TEP cérébral montrant une atrophie frontale et/ou temporale antérieure.  
🧪 Bilan biologique standard (TSH, B12, folates, VIH, TPHA-VDRL) pour éliminer les causes secondaires.  
📑 Exclusion des troubles psychiatriques initiaux (dépression atypique, trouble bipolaire tardif).

# 💊 Traitement et interventions

🚫 Aucun traitement curatif ou symptomatique validé pour ralentir l’évolution.  
🧠 Antipsychotiques atypiques à très faible dose si troubles du comportement sévères (quetiapine en 1ère intention).  
⚠️ Éviter les neuroleptiques classiques (halopéridol) : risque de syndrome malin.  
🗣️ Prise en charge orthophonique précoce dans les formes aphasiques.  
👥 Interventions non médicamenteuses : adaptation environnementale, communication simplifiée, structuration du quotidien.

# 📋 Suivi évolutif

📆 Suivi tous les 3 à 6 mois : adaptation du plan de soins, surveillance du comportement et du langage.  
📉 Évolution rapide vers une dépendance complète possible en quelques années.  
📘 Intégration dans le PPA avec une attention particulière portée à la gestion des comportements à risque.  
👪 Soutien psychologique aux aidants, souvent en difficulté face à des comportements désinhibés.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Neurologue ou psychiatre gériatrique : confirmation diagnostique et suivi spécialisé.  
👩‍⚕️ Médecin traitant : pilotage du suivi quotidien et des comorbidités.  
👪 Aidants : partenaires essentiels pour la gestion des comportements et le respect du cadre de vie.  
🧠 Orthophoniste : prise en charge dans les formes aphasiques.  
🏘️ ESA, MAIA ou DAC : soutien à domicile en cas de crise ou d’aggravation comportementale.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Poser le diagnostic de manière progressive avec accompagnement du patient et de ses proches.  
✅ Ne pas initier d’anticholinestérase ou de mémantine (inefficaces et potentiellement délétères).  
✅ Adapter l’environnement pour éviter les situations de conflit, d’agitation ou d’errance.  
✅ Prévoir rapidement des aides humaines si trouble du comportement non contrôlé.  
✅ Discuter en amont des mesures de protection juridique dès la perte de discernement.

# 📘 Références

• HAS – Démences fronto-temporales : repérage, diagnostic et accompagnement.  
• SFGG – Démences atypiques : recommandations pour la personne âgée.  
• Collège de neurologie – Guide DFT 2022.

Fiche Recommandation 53 — gériatrie — Sclérose latérale amyotrophique (SLA) chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

La sclérose latérale amyotrophique (SLA) est une maladie neurodégénérative rare mais grave, caractérisée par la dégénérescence progressive des motoneurones. Elle entraîne une perte de la motricité volontaire, une insuffisance respiratoire et une perte d’autonomie rapide. Chez la personne âgée, la prise en charge doit être globale, anticipée et adaptée au projet de soins.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Poser rapidement le diagnostic et informer de manière adaptée.  
✅ Évaluer précocement les fonctions respiratoires, nutritionnelles et motrices.  
✅ Proposer un accompagnement multidisciplinaire centré sur la qualité de vie.  
✅ Anticiper les complications : fausses routes, dénutrition, détresse respiratoire.  
✅ Respecter les souhaits de la personne en matière d’orientation palliative ou curative.

# 📌 Signes d’appel chez la personne âgée

🦵 Faiblesse motrice asymétrique : chute du pied, fatigue à la marche, maladresse manuelle.  
💬 Troubles de la phonation (voix nasonnée), dysarthrie progressive.  
🍽️ Troubles de la déglutition, amaigrissement, crampes musculaires.  
👂 Absence de troubles sensoriels ou sphinctériens.  
🧠 Cognition préservée au début, mais possible atteinte frontale dans les formes bulbo-cognitives (démence frontale associée).

# 🧪 Éléments diagnostiques

📋 Examen clinique neurologique (atteinte centrale et périphérique, amyotrophie, fasciculations).  
🧬 Électromyogramme (EMG) : élément clé pour le diagnostic de SLA.  
🧠 IRM cérébrale et médullaire : éliminer diagnostics différentiels (tumeur, myélopathie, AVC médullaire).  
🧪 Bilan biologique standard (NFS, VS, TSH, B12, sérologies, myasthénie…).

# 💊 Traitement et accompagnement

📦 Médicament spécifique : riluzole (ralentit modestement la progression).  
🩺 Prise en charge symptomatique :  
- Kinésithérapie respiratoire et motrice précoce.  
- Orthophonie pour les troubles de la parole et de la déglutition.  
- Nutrition entérale (gastrostomie) si dysphagie sévère.  
- Ventilation non invasive (VNI) à domicile si hypoventilation.  
⚕️ Traitement des hypersalivations, crampes, douleurs, anxiété, constipation, etc.  
🚫 Éviter les sédatifs ou psychotropes à effets délétères sur la respiration.

# 📋 Suivi évolutif et plan anticipé

📆 Consultations régulières en centre SLA ou par neurologue référent.  
🫁 Surveillance de la capacité vitale (CV), des échanges gazeux (gaz du sang, oxymétrie nocturne).  
🍴 Évaluation nutritionnelle mensuelle et indication de gastrostomie si perte de poids > 10 %.  
📘 Planification anticipée : directives anticipées, personne de confiance, refus de trachéotomie ou de VNI prolongée.  
🧠 Accompagnement psychologique du patient et des proches dès le diagnostic.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Neurologue spécialisé : confirmation du diagnostic, suivi spécifique.  
👩‍⚕️ Médecin traitant : coordination globale et soins de proximité.  
🗣️ Orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute : maintien des fonctions résiduelles.  
🥗 Diététicien(ne) : prévention de la dénutrition.  
🏥 Infirmier(ère) : soins techniques à domicile, éducation, suivi VNI.  
👪 Aidants : soutien, vigilance, prise en relais des soins en fin de vie.  
📘 HAD, soins palliatifs, DAC : relais à prévoir précocement selon l’évolution.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Informer le patient sans brutalité mais sans retard, et proposer une rencontre avec les associations.  
✅ Évaluer les fonctions vitales tous les 3 mois ou à chaque changement clinique.  
✅ Anticiper les aides techniques (fauteuil roulant, lit médicalisé) et les décisions de soins.  
✅ Prévoir une prise en charge palliative précoce même sans arrêt des traitements spécifiques.  
✅ Intégrer les soins dans le PPA avec des ajustements fréquents.

# 📘 Références

• HAS : Prise en charge de la SLA – Guide méthodologique.  
• SFGG – Maladies neurologiques rares en gériatrie.  
• Réseau SLA France – Protocoles de soins partagés.

Fiche Recommandation 54 — gériatrie — Sarcopénie chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

La sarcopénie est une pathologie gériatrique caractérisée par une perte progressive et généralisée de masse, de force et de performance musculaires. Elle constitue un facteur de risque majeur de chutes, de dépendance et de mortalité. Elle peut être primaire (liée à l’âge) ou secondaire (pathologique ou iatrogène). Sa détection et sa prise en charge précoce sont essentielles.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Dépister précocement les signes de sarcopénie chez les personnes âgées.  
✅ Évaluer la masse, la force et la performance musculaire.  
✅ Traiter les causes réversibles et mettre en place une stratégie nutritionnelle et physique adaptée.  
✅ Prévenir les chutes, les hospitalisations et la perte d’autonomie.  
✅ Intégrer la sarcopénie dans le PPA avec un suivi pluridisciplinaire.

# 📌 Signes cliniques d’appel

🧍 Diminution de la force (serrage de main, difficultés à se lever).  
🏃 Ralentissement de la vitesse de marche (< 0,8 m/s).  
🪑 Difficulté à se lever d'une chaise sans appui.  
🚶 Réduction de l’endurance à l’effort, fatigabilité.  
📉 Perte de poids non volontaire, fonte musculaire visible.  
⚠️ Fréquent chez les patients hospitalisés, dénutris, alités ou atteints de pathologies chroniques.

# 🧪 Diagnostic selon les critères EWGSOP2

1️⃣ Force musculaire (critère principal) :  
- Test de serrage de main (< 27 kg chez l’homme, < 16 kg chez la femme).  
2️⃣ Masse musculaire (critère confirmatif) :  
- Mesurée par bio-impédancemétrie (BIA) ou DEXA (masse musculaire appendiculaire).  
3️⃣ Performance physique (gravité) :  
- Vitesse de marche, test de lever de chaise, test SPPB ou 400 m marche.  
🔍 Sarcopénie probable → confirmée → sévère selon les critères réunis.

# 💊 Traitement et prise en charge

📦 Activité physique adaptée :  
- Exercices de renforcement musculaire 2 à 3 fois/semaine.  
- Exercices d’équilibre et d’endurance progressive.  
🥗 Nutrition :  
- Apport protéique de 1 à 1,2 g/kg/jour, jusqu’à 1,5 g/kg en cas de pathologie aiguë.  
- Supplémentation orale si apports insuffisants (boissons hyperprotéinées).  
- Supplémentation en vitamine D (800-1000 UI/jour).  
⚕️ Traiter les causes secondaires : pathologies inflammatoires, endocriniennes, immobilisation prolongée, polythérapie.

# 📋 Suivi évolutif

📆 Réévaluation tous les 3 à 6 mois.  
📉 Suivi des paramètres anthropométriques (poids, IMC, circonférence du mollet).  
💪 Répétition des tests de performance (vitesse de marche, force, SPPB).  
📘 Évolution à intégrer dans le PPA avec les objectifs de prévention des chutes et du déclin fonctionnel.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : repérage, prescription de bilan et de prise en charge.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : observation, soutien à l’adhésion aux recommandations.  
🥗 Diététicien(ne) : évaluation et suivi nutritionnel personnalisé.  
👟 Kinésithérapeute ou APA : programme de renforcement et d’endurance.  
🧠 Gériatre : évaluation globale gériatrique et coordination des soins si déclin fonctionnel avancé.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Associer systématiquement l’évaluation nutritionnelle à toute évaluation de la sarcopénie.  
✅ Prescrire de l’exercice physique structuré dès les premiers signes.  
✅ Individualiser les apports protéiques en fonction de la fonction rénale et du contexte clinique.  
✅ Éviter les traitements favorisant la sédentarité ou la fonte musculaire (BZD, corticoïdes prolongés).  
✅ Inclure la sarcopénie dans tout plan de prévention des chutes et d’aménagement du domicile.

# 📘 Références

• EWGSOP2 : Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis – Age and Ageing (2019).  
• HAS : Recommandations sur la prévention du déclin fonctionnel chez la personne âgée.  
• SFGG : Recommandations pratiques sur la sarcopénie en soins de ville et en institution.

Fiche Recommandation 55 — gériatrie — Spondylarthrite ankylosante chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

La spondylarthrite ankylosante (SpA) est une maladie inflammatoire chronique du rachis et des enthèses. Chez la personne âgée, elle peut être méconnue, confondue avec de l’arthrose ou un vieillissement normal. La prise en charge nécessite une attention particulière à la tolérance des traitements et aux risques liés à l’ostéoporose ou à la perte fonctionnelle.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Reconnaître les signes spécifiques de spondylarthrite à début tardif.  
✅ Différencier les douleurs inflammatoires des douleurs mécaniques.  
✅ Adapter les traitements anti-inflammatoires aux risques liés à l’âge.  
✅ Prévenir l’ankylose, l’ostéoporose et les complications cardiovasculaires.  
✅ Intégrer le suivi dans le projet global de soins et de maintien de l’autonomie.

# 📌 Présentation clinique chez la personne âgée

🧍 Douleurs lombaires inflammatoires : nocturnes, amélioration au lever, raideur matinale > 30 min.  
🏃 Enraidissement progressif du rachis, perte de mobilité thoracique.  
🦴 Enthésites : talalgies, douleurs au tendon d’Achille ou de la rotule.  
🦶 Atteintes périphériques possibles (genoux, épaules).  
🧠 Troubles associés : fatigue chronique, uvéites, psoriasis, MICI, ostéoporose fréquente.  
⚠️ Formes à début tardif souvent atypiques ou pauci-symptomatiques.

# 🧪 Éléments diagnostiques

📋 Interrogatoire et examen clinique : douleur inflammatoire, mobilité du rachis limitée (test de Schöber, distance doigts-sol).  
🩻 Radiographies du bassin (sacro-iliites bilatérales) et du rachis.  
🧬 HLA B27 : présent chez 90 % des patients jeunes, moins sensible chez les âgés.  
🧪 Biologie : syndrome inflammatoire (CRP, VS), absence de facteur rhumatoïde.  
🔍 IRM : utile pour les formes débutantes, en particulier si radios normales et suspicion clinique forte.

# 💊 Traitement médical

1️⃣ AINS : traitement de 1ère intention (naproxène, ibuprofène, celecoxib) — attention à la tolérance digestive, rénale et cardiovasculaire.  
2️⃣ Biothérapies anti-TNF (étanercept, adalimumab) ou anti-IL17 (sécukinumab) en cas de forme active et échec des AINS — après bilan d’immunité complet.  
3️⃣ Paracétamol ou antalgiques si contre-indication aux AINS.  
📦 Pas d'efficacité démontrée des corticoïdes en systémique — à éviter sauf crises périphériques invalidantes.  
⚠️ Surveillance étroite des effets indésirables, adaptation des posologies.

# 📋 Rééducation fonctionnelle et suivi

👟 Activité physique quotidienne recommandée : étirements, mobilité rachidienne, natation.  
🏠 Kinésithérapie : travail de la posture, prévention de l’enraidissement.  
📆 Suivi rhumatologique annuel ou biannuel selon l’évolution.  
🦴 Surveillance de l’ostéoporose (ostéodensitométrie, prévention des fractures vertébrales).  
💊 Supplémentation en vitamine D et calcium selon les apports alimentaires.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Rhumatologue : suivi spécialisé, indication des biothérapies.  
👩‍⚕️ Médecin traitant : suivi de la douleur, adaptation médicamenteuse.  
👟 Kinésithérapeute : prévention des attitudes vicieuses, maintien fonctionnel.  
🧠 Gériatre : suivi global si dépendance ou polypathologie.  
💊 Pharmacien : vérification des interactions et du bon usage des biothérapies.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Poser le diagnostic même tardif pour éviter la iatrogénie liée aux traitements non adaptés.  
✅ Adapter les biothérapies aux comorbidités et à la tolérance.  
✅ Promouvoir une posture droite et une mobilité thoracique conservée.  
✅ Prévenir les fractures par une évaluation systématique du risque osseux.  
✅ Anticiper les limitations fonctionnelles dans le PPA.

# 📘 Références

• SFR – Spondylarthrites : diagnostic et traitement.  
• HAS – Spondylarthrite ankylosante : prise en charge.  
• SFGG – Maladies inflammatoires articulaires du sujet âgé.

Fiche Recommandation 56 — gériatrie — Dépression du sujet âgé

# ⛳ Intitulé du thème

La dépression du sujet âgé est une pathologie fréquente, sous-diagnostiquée et souvent atypique. Elle impacte fortement la qualité de vie, l’autonomie, le risque suicidaire, les hospitalisations et la mortalité. Elle nécessite un repérage actif, une prise en charge adaptée et un accompagnement multidimensionnel.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Identifier précocement les symptômes dépressifs, même atypiques.  
✅ Différencier dépression, démence et syndrome confusionnel.  
✅ Proposer un traitement adapté au terrain et aux comorbidités.  
✅ Prévenir l’isolement, les chutes, la dénutrition, les conduites suicidaires.  
✅ Mettre en place un accompagnement global, coordonné et bienveillant.

# 📌 Symptômes fréquents chez le sujet âgé

🧠 Tristesse de l’humeur souvent masquée ou absente.  
🗣️ Plaintes somatiques : douleurs, troubles digestifs, fatigue.  
🥱 Perte d’intérêt, ralentissement psychomoteur, retrait social.  
📉 Amaigrissement, troubles du sommeil, désinvestissement corporel.  
🌀 Idées de ruine, de culpabilité, d’abandon, parfois idées suicidaires.  
⚠️ Risque de confusion ou d’erreur diagnostique avec les troubles neurocognitifs.

# 🧪 Éléments diagnostiques

📋 Interrogatoire (souvent indirect), évaluation par l’entourage et les aidants.  
🧠 Échelle de dépression gériatrique (GDS 15 ou 30), MADRS, échelle de Cornell si démence associée.  
🧪 Bilan somatique de base : NFS, TSH, B12, folates, glycémie, fonction hépatique et rénale.  
🧬 Exclusion de pathologies organiques associées ou déclenchantes (douleur chronique, cancer, AVC…).

# 💊 Prise en charge thérapeutique

📦 Traitements médicamenteux :  
- ISRS (sertraline, escitalopram) en première intention, bonne tolérance.  
- Autres antidépresseurs : miansérine, mirtazapine (si troubles du sommeil et perte de poids).  
- Éviter les tricycliques, IMAO et benzodiazépines prolongées.  
🧠 Psychothérapie individuelle ou de groupe si accès possible (TCC adaptée, thérapie de soutien).  
📘 Prise en charge non médicamenteuse : maintien de l’activité, sociabilité, ergothérapie, interventions à domicile.  
⚠️ Évaluer la tolérance : hyponatrémie, interactions, allongement QT, confusion, chutes.

# 📋 Suivi clinique et évolutif

📆 Suivi rapproché au début (toutes les 2 semaines), puis mensuel.  
🧠 Surveillance de l’évolution de l’humeur, du comportement et de la fonctionnalité.  
📈 Réévaluation à 6–8 semaines : poursuite, changement ou adaptation du traitement.  
🛏️ Évaluer le risque suicidaire à chaque consultation.  
📘 Intégrer les troubles de l’humeur dans le PPA avec objectifs personnalisés.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : repérage initial, coordination du suivi, prescription.  
🧠 Psychiatre ou gériatre : évaluation spécialisée si échec ou situation complexe.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : soutien quotidien, éducation à la prise des traitements.  
🏘️ Travailleur social : prévention de l’isolement, aide administrative, APA, aide-ménagère.  
👪 Aidants : vigilance sur le comportement, soutien émotionnel, observateurs privilégiés.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne pas négliger un ralentissement ou une plainte floue chez un sujet âgé isolé.  
✅ Éviter les benzodiazépines prolongées, surtout chez les patients fragiles ou chuteurs.  
✅ Associer systématiquement une démarche de réhabilitation sociale (loisirs, sorties, liens).  
✅ Vérifier systématiquement la tolérance médicamenteuse (NATRÉMIE, ECG si nécessaire).  
✅ Adapter les objectifs de soins à l’autonomie et aux souhaits exprimés (non-médicalisation abusive).

# 📘 Références

• HAS – Prise en charge de la dépression chez la personne âgée en soins primaires.  
• SFGG – Troubles psychiatriques du sujet âgé : repérage et stratégies thérapeutiques.  
• Collège de Psychiatrie – Guide dépression et vieillissement.

Fiche Recommandation 57 — gériatrie — Ostéopénie chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

L’ostéopénie est une diminution modérée de la densité minérale osseuse (DMO), précurseur potentiel de l’ostéoporose. Chez la personne âgée, elle constitue un facteur de risque de fracture, en particulier en cas de chute. Son repérage est essentiel dans les stratégies de prévention de la dépendance, notamment dans le cadre des chutes et de la fragilité osseuse.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Dépister l’ostéopénie chez les personnes à risque.  
✅ Mettre en œuvre des mesures préventives (calcium, vitamine D, activité physique).  
✅ Identifier les facteurs de risque de fracture (FRAX, chutes, antécédents).  
✅ Retarder ou éviter l’évolution vers l’ostéoporose.  
✅ Intégrer les risques osseux dans les plans de prévention et le PPA.

# 🧪 Diagnostic et critères densitométriques

📋 Densitométrie osseuse (DEXA) :  
- Ostéopénie = T-score entre -1,0 et -2,5 (OMS).  
- Ostéoporose = T-score ≤ -2,5.  
📊 FRAX® : outil d’évaluation du risque de fracture à 10 ans.  
📉 Évaluation des antécédents : fracture après 50 ans, chute récente, IMC bas, corticothérapie prolongée.  
⚠️ Recherche de causes secondaires si suspicion (hyperparathyroïdie, myélome, carence D sévère…).

# 💊 Prise en charge non médicamenteuse

🥗 Apports calciques : 1000 à 1200 mg/j (alimentation ou supplémentation).  
🌞 Vitamine D : 800 à 1000 UI/j, surtout en automne-hiver ou si carence.  
🏃 Activité physique : port de charge, marche, équilibre, musculation douce.  
🛑 Éviter tabac, alcool, sédentarité, BZD et neuroleptiques inadaptés.  
📦 Pas d’indication formelle aux traitements spécifiques de l’ostéoporose si ostéopénie seule, sauf si FRAX élevé ou fracture sévère.

# 📋 Suivi évolutif

📆 Réévaluation tous les 2 à 3 ans si ostéopénie sans complication.  
🧪 Surveillance biologique : calcémie, créatininémie, 25(OH) vitamine D.  
📈 Répétition de la DEXA si changement de statut clinique ou traitement intercurrent.  
📘 Intégration dans le plan de prévention des chutes, du dépistage nutritionnel et du plan d’adaptation de l’environnement (PPA).

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : prescription du bilan, éducation et suivi global.  
👩‍⚕️ Gériatre : repérage dans le cadre du bilan de fragilité, coordination du PPA.  
🥗 Diététicien(ne) : conseils personnalisés sur les apports en calcium et en protéines.  
👟 Kinésithérapeute/APA : prévention des chutes, amélioration de l’équilibre et du tonus.  
💊 Pharmacien : repérage des traitements à risque de fracture, conseil en vitamine D/calcium.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne pas banaliser une ostéopénie chez un patient chuteur, dénutri ou en perte d’autonomie.  
✅ Associer systématiquement la prévention des chutes à toute stratégie antidéminéralisante.  
✅ Individualiser les mesures préventives selon le profil de fragilité (âge, comorbidités, polymédication).  
✅ Ne pas instaurer de traitement spécifique de l’ostéoporose sans confirmation par DEXA ou antécédent fracturaire évocateur.  
✅ Intégrer les conseils dans une logique pluridisciplinaire (PPA, soins à domicile, coordination).

# 📘 Références

• HAS – Prise en charge de l’ostéoporose et de l’ostéopénie chez les personnes âgées.  
• SFGG – Recommandations : fragilité osseuse et prévention des fractures.  
• OMS – Classification densitométrique et outils FRAX®.

Fiche Recommandation 58 — gériatrie — Incontinence urinaire chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

L’incontinence urinaire est une pathologie fréquente du sujet âgé, avec des répercussions importantes sur l’autonomie, la qualité de vie, la vie sociale et l’hygiène. Elle est souvent multifactorielle et nécessite une évaluation clinique rigoureuse pour mettre en place une prise en charge adaptée, respectueuse et non stigmatisante.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Rechercher les causes réversibles d’incontinence.  
✅ Distinguer les types d’incontinence (d’effort, impériosité, mixte, fonctionnelle, par regorgement).  
✅ Réduire la gêne et le handicap associés tout en respectant la dignité de la personne.  
✅ Prévenir les complications : infections urinaires, escarres, chutes, isolement.  
✅ Adapter l’environnement et les aides techniques pour limiter les conséquences sociales.

# 📌 Principaux types d’incontinence

1️⃣ Incontinence par impériosité : besoin urgent, irrépressible, souvent associée à l’hyperactivité vésicale.  
2️⃣ Incontinence d’effort : liée à une augmentation de la pression abdominale (toux, rire…).  
3️⃣ Incontinence mixte : impériosité + effort, fréquente chez les femmes âgées.  
4️⃣ Incontinence fonctionnelle : liée à un trouble cognitif, moteur ou environnemental.  
5️⃣ Incontinence par regorgement : rétention chronique avec fuites, souvent chez l’homme (globe vésical).

# 🧪 Bilan diagnostique

📋 Interrogatoire : fréquence, circonstances, volume, douleurs, antécédents médicaux, médicaments (diurétiques, anticholinergiques, etc.).  
📒 Agenda mictionnel sur 3 jours (fréquence, volume, fuites).  
🧪 Bandelette urinaire, ECBU si infection suspectée.  
🩺 Examen clinique : globe, prolapsus, tonus périnéal, marche, réflexes.  
📈 RPM (résidu post-mictionnel) par échographie si doute sur un globe ou regorgement.

# 💊 Prise en charge thérapeutique

📦 Mesures hygiéno-diététiques : réduction boissons excitantes, rééducation vésicale, accès facilité aux toilettes.  
👟 Rééducation périnéale / kiné : incontinence d’effort ou mixte.  
💊 Traitement pharmacologique :  
- Anticholinergiques (oxybutynine, solifénacine) : attention aux effets cognitifs.  
- Bêta-3 agonistes (mirabégron) : alternative mieux tolérée, pas d'effet anticholinergique.  
- Tamsulosine / Alfuzosine chez l’homme si obstacle prostatique fonctionnel.  
🧴 Aides techniques : protections adaptées, alèses, étuis péniens, systèmes de téléalarme.  
⚠️ Éviter la banalisation : réévaluer régulièrement et adapter le traitement au contexte évolutif.

# 📋 Suivi et réévaluation

📆 Réévaluation régulière : efficacité, tolérance, autonomie.  
🧠 Surveillance des troubles cognitifs et des impacts psychologiques.  
🏠 Réévaluation environnementale : barres d’appui, WC accessibles, aide humaine.  
📘 Intégration de l'incontinence dans le PPA, avec objectifs concrets et partagés.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : évaluation initiale, coordination globale.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : suivi quotidien, aide au maintien de l’hygiène.  
👟 Kinésithérapeute : rééducation périnéale et abdominale.  
🛠️ Ergothérapeute : adaptation de l’environnement.  
💊 Pharmacien : vigilance sur les médicaments favorisant la rétention ou l’instabilité vésicale.  
👪 Aidants : relais essentiel dans le suivi, à impliquer sans stigmatiser.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne pas se contenter de proposer une protection sans évaluation préalable.  
✅ Éviter les médicaments à effet anticholinergique chez les patients à risque cognitif.  
✅ Intégrer l’incontinence dans une approche multidimensionnelle : mobilité, cognition, environnement.  
✅ Proposer des stratégies de prévention des chutes et de la dépendance liées aux fuites.  
✅ Respecter l’intimité et le vécu du patient dans toute prise en charge.

# 📘 Références

• HAS – Prise en charge de l’incontinence urinaire de la personne âgée.  
• SFGG – Recommandations sur les troubles urinaires du sujet âgé.  
• AFU – Protocole de soins sur les incontinences et les troubles mictionnels.

Fiche Recommandation 59 — gériatrie — Troubles cognitifs légers (MCI) chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

Les troubles cognitifs légers (MCI – Mild Cognitive Impairment) désignent une altération cognitive mesurable, au-delà du vieillissement normal, sans répercussion significative sur la vie quotidienne. Ils constituent un facteur de risque de démence, mais ne sont pas toujours évolutifs. Leur reconnaissance permet un suivi ciblé et des mesures de prévention adaptées.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Identifier précocement les MCI et les différencier d’un vieillissement normal ou d’une démence débutante.  
✅ Mettre en place un suivi régulier et des stratégies de stimulation cognitivo-sociale.  
✅ Impliquer la personne dans une démarche active de prévention.  
✅ Réévaluer l’évolution régulièrement pour adapter le suivi.  
✅ Anticiper les besoins futurs en coordination médico-sociale.

# 📌 Signes évocateurs de MCI

🧠 Plainte mnésique (subjective ou rapportée), sans altération marquée de l’autonomie.  
📉 Altération objective modérée de la mémoire ou d’une autre fonction cognitive (langage, attention, fonctions exécutives).  
🧍 Activités de la vie quotidienne conservées ou légèrement affectées, mais indépendance maintenue.  
🩺 Examen clinique et neurologique normal ou sans signe fonctionnel déficitaire majeur.  
⚠️ Pas de critère de démence (selon DSM-5 ou NIA-AA).

# 🧪 Évaluation et confirmation du diagnostic

📋 Entretien clinique avec le patient et un proche.  
🧠 Tests cognitifs standardisés : MMS, MoCA, BREF, 5 mots, test de l’horloge.  
🧾 Évaluation fonctionnelle (ADL, IADL).  
🧪 Bilan biologique : TSH, B12, folates, glycémie, ionogramme, créatinine.  
🧠 IRM ou scanner cérébral en cas de suspicion de pathologie sous-jacente.  
📝 Diagnostic à poser après concertation multidisciplinaire si possible.

# 💊 Prise en charge et suivi

🧠 Pas de traitement médicamenteux spécifique validé.  
📦 Recommandations :  
- Activité physique régulière et adaptée.  
- Activités de stimulation cognitive (ateliers mémoire, jeux, lecture, engagement social).  
- Contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires (HTA, diabète, cholestérol).  
- Optimisation des traitements (éviter anticholinergiques, BZD).  
🛏️ Amélioration du sommeil, gestion du stress, nutrition équilibrée.  
📘 Education thérapeutique : informer sans alarmer, responsabiliser, planifier la surveillance.

# 📋 Suivi évolutif

📆 Réévaluation annuelle (ou semestrielle si signes d’aggravation).  
🧠 Répétition des tests cognitifs standardisés.  
🧾 Évaluation de la plainte subjective et de l’impact sur les AIVQ.  
📘 Anticipation du risque de conversion vers une démence (10-15 %/an).  
🔍 Surveillance clinique des troubles du comportement ou des troubles du sommeil associés.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : repérage, coordination du suivi, information au patient.  
🧠 Neurologue ou consultation mémoire : évaluation spécialisée en cas de doute ou d’aggravation.  
👪 Aidants : partenaires du repérage et du soutien psychosocial.  
👥 Équipe de coordination : MAIA, PTA, CLIC pour information sur les dispositifs.  
📚 Services locaux : ateliers mémoire, programmes de prévention (conférences, cafés mémoire).

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne pas alarmer inutilement, mais instaurer un suivi structuré.  
✅ Intégrer la plainte cognitive dans une évaluation globale (fragilité, autonomie, humeur, environnement).  
✅ Rechercher les causes potentiellement réversibles ou aggravantes (dépression, troubles du sommeil, isolement).  
✅ Limiter la surprescription médicamenteuse.  
✅ Inscrire le MCI dans le projet personnalisé d’accompagnement (PPA) avec un objectif de préservation de l’autonomie.

# 📘 Références

• HAS – Détection et suivi des troubles cognitifs chez la personne âgée.  
• SFGG – Recommandations sur les troubles cognitifs légers (MCI).  
• Collège de Gériatrie – Démences et syndromes neurocognitifs.

Fiche Recommandation 60 — gériatrie — Immobilisation et grabatisation chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

L’immobilisation et la grabatisation représentent des syndromes gériatriques majeurs, marquant souvent une rupture dans l’autonomie. Elles résultent d’un enchaînement multifactoriel : pathologie aiguë, douleur, iatrogénie, carence en soins de mobilisation, perte d’envie ou de sens. Leur prévention est un objectif fondamental du maintien de l’autonomie et du respect de la dignité.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Repérer précocement les facteurs de risque d’immobilisation.  
✅ Maintenir ou restaurer la capacité de mobilisation dès l’état aigu passé.  
✅ Éviter les complications : escarres, dénutrition, confusion, infection, thrombose.  
✅ Travailler en équipe pour organiser la reprise de la verticalisation et de la marche.  
✅ Intégrer le projet de remobilisation dans le PPA.

# 📌 Signes d’alerte et causes fréquentes

🔹 Repos au lit > 48h, refus ou incapacité à se lever.  
🔹 Perte d’équilibre ou de force musculaire brutale.  
🔹 Douleur non soulagée (fracture, pathologie rhumatologique, escarre).  
🔹 Trouble cognitif ou confusion non prise en charge.  
🔹 Suralimentation médicamenteuse sédative (BZD, morphiniques, antipsychotiques).  
🔹 Carence de sollicitation par les soignants, isolement ou abandon relationnel.

# 🧪 Évaluation multidimensionnelle

📋 Bilan clinique complet : douleurs, infections, orthostatisme, chutes.  
🧠 Évaluation cognitive et affective : confusion, dépression, démotivation.  
📉 Évaluation fonctionnelle : ADL, IADL, SPPB, Get Up and Go.  
🧾 Évaluation nutritionnelle (MNA, albuminémie, IMC).  
🛏️ Évaluation environnementale : accessibilité, matériel, soutien humain.

# 💊 Stratégies de remobilisation

🧠 Motivation : expliquer les bénéfices, accompagner les peurs et les douleurs.  
👟 Mobilisation précoce si hospitalisation : lever au fauteuil, verticalisation, transfert.  
🪑 Mise en place d’un programme kiné structuré : travail passif/actif, renforcement musculaire, équilibre.  
⚕️ Traitement des causes intercurrentes : infections, douleurs, carences vitaminiques, iatrogénie.  
🍽️ Réalimentation adaptée, apport protéique > 1,2 g/kg/j.  
📦 Usage d’aides techniques : verticalisateur, déambulateur, lit à hauteur variable.

# 📋 Suivi évolutif

📆 Suivi hebdomadaire ou bihebdomadaire du programme de remobilisation.  
📈 Suivi fonctionnel : test de marche, transfert, autonomie aux toilettes.  
📘 Intégration dans le PPA avec objectifs à court, moyen et long terme.  
🛏️ Surveillance des complications : escarres, confusion, infection urinaire, thrombose veineuse.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant ou gériatre : coordination du plan de soins.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : prévention des complications et soutien aux actes essentiels.  
👟 Kinésithérapeute : moteur du plan de remobilisation.  
🛠️ Ergothérapeute : adaptation de l’environnement.  
🥗 Diététicien(ne) : soutien nutritionnel pour éviter la fonte musculaire.  
👪 Aidants : relais à domicile, prévention du syndrome de glissement.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Mobiliser dès que possible, y compris en présence de douleurs ou de troubles cognitifs.  
✅ Éviter les contentions prolongées (physiques ou médicamenteuses).  
✅ Poser des objectifs simples et atteignables avec valorisation de chaque progrès.  
✅ Privilégier un accompagnement humain motivant (présence, encouragements, empathie).  
✅ Éviter la chronicisation de l’immobilisation par un repérage précoce et une action rapide.

# 📘 Références

• SFGG – Immobilisation du sujet âgé : recommandations pratiques.  
• HAS – Prévention des risques liés à l’alitement prolongé.  
• Collège de Gériatrie – Syndrome de glissement et grabatisation.

Fiche Recommandation 61 — gériatrie — Ulcères de jambe chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

Les ulcères de jambe chez la personne âgée sont des plaies chroniques à cicatrisation lente, fréquemment d’origine veineuse, artérielle ou mixte. Ils sont sources de douleurs, d’infections, d’isolement et de perte d’autonomie. Une évaluation étiologique rigoureuse et une prise en charge coordonnée sont essentielles.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Identifier l’étiologie exacte de l’ulcère pour un traitement ciblé.  
✅ Soulager la douleur et prévenir les complications infectieuses.  
✅ Favoriser une cicatrisation rapide par des soins adaptés.  
✅ Maintenir la mobilité et l’autonomie de la personne âgée.  
✅ Prévenir les récidives par un suivi au long cours.

# 📌 Étiologies principales

1️⃣ Ulcère veineux : le plus fréquent (> 60 %), souvent au-dessus de la malléole, aspect peu douloureux, fibrineux.  
2️⃣ Ulcère artériel : douloureux, distalité (orteils, talon), fond nécrotique, peau froide.  
3️⃣ Ulcère mixte : veineux + artériel, diagnostic différentiel plus complexe.  
4️⃣ Ulcère neurotrope ou diabétique : souvent indolore, mal perforant plantaire.  
5️⃣ Ulcères atypiques : vasculites, cancers cutanés, traumatiques, iatrogènes.

# 🧪 Bilan initial

📋 Interrogatoire : durée, récidives, douleur, signes fonctionnels associés.  
🧠 Examen clinique : topographie, aspect, signes d’insuffisance veineuse ou artérielle.  
🩺 Palpation des pouls, mesure de l’IPS (index pression systolique : normal ≥ 0,9 ; artériel < 0,8).  
🧪 Biologie : glycémie, hémoglobine, bilan nutritionnel (albumine), ECBU si suintement.  
🖥️ Écho-Doppler artériel et veineux des membres inférieurs.

# 💊 Prise en charge spécifique

📦 Ulcère veineux : compression multilayer ou bandes courtes, pansements adaptés à l’exsudat, soins réguliers.  
🧼 Détersion douce, pansement interface (hydrocellulaire, alginate, hydrocolloïdes selon le stade).  
🚫 Ulcère artériel : compression contre-indiquée, revascularisation si possible.  
📉 Prise en charge de la douleur, antibiothérapie si infection avérée (cellulite, pus, fièvre, odeur).  
🍽️ Soutien nutritionnel en cas de dénutrition associée.  
👟 Kinésithérapie douce pour maintien de la marche et drainage veineux naturel.

# 📋 Suivi régulier

📆 Soins locaux 2 à 3 fois/semaine en fonction de l’évolution.  
📈 Suivi de la taille, de l’aspect et de la douleur de la plaie.  
📘 Réévaluation étiologique si absence d’évolution au bout de 4 semaines.  
🛏️ Éviter l’alitement prolongé : favoriser la déambulation ou la verticalisation.  
📦 Prévoir un protocole de prévention des récidives (chaussettes de compression, hydratation cutanée, surveillance).

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : diagnostic initial, coordination globale.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : soins de plaie, surveillance des complications.  
💉 Angiologue / dermatologue : avis spécialisé si doute étiologique ou chronicité.  
🥗 Diététicien(ne) : prise en charge de la dénutrition éventuelle.  
👟 Kinésithérapeute : mobilisation douce, soutien à la marche.  
👪 Aidants : relais de la surveillance et de l’observance.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Toujours rechercher une étiologie vasculaire (écho-Doppler en systématique).  
✅ Éviter la sédentarité : elle aggrave l’insuffisance veineuse.  
✅ Adapter les soins aux capacités cognitives et au cadre de vie.  
✅ Traiter la douleur en parallèle de la plaie (paracétamol, tramadol).  
✅ Documenter l’évolution par photos si possible et insérer dans le PPA.

# 📘 Références

• HAS – Prise en charge des plaies chroniques : ulcères de jambe et escarres.  
• SFGG – Recommandations sur les plaies du sujet âgé.  
• Société Française de Médecine Vasculaire – Ulcères veineux et artériels.

Fiche Recommandation 62 — gériatrie — Escarres chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

Les escarres sont des lésions cutanées ischémiques secondaires à une pression prolongée. Elles surviennent chez les patients âgés alités, grabataires ou dénutris. Leur prévention est une priorité en gériatrie, et leur prise en charge repose sur des soins locaux adaptés et une approche globale nutritionnelle, fonctionnelle et sociale.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Prévenir la survenue d’escarres chez les patients à risque.  
✅ Identifier les facteurs de risque (mobilité, nutrition, continence, cognition).  
✅ Traiter précocement les lésions débutantes.  
✅ Éviter les complications infectieuses, douloureuses et l’aggravation de la dépendance.  
✅ Intégrer la stratégie préventive et curative dans le PPA.

# 📌 Facteurs de risque et contextes favorisants

🛏️ Alitement prolongé, immobilité, grabatisation.  
🍽️ Dénutrition, déshydratation.  
🧠 Troubles cognitifs (inactivité, non-perception des douleurs, refus de soins).  
💩 Incontinence urinaire ou fécale, macération cutanée.  
💊 Iatrogénie : sédatifs, neuroleptiques, morphiniques, hypotenseurs.

# 🔍 Classification des escarres (NPUAP/EPUAP)

1️⃣ Stade 1 : érythème non blanchissable.  
2️⃣ Stade 2 : perte cutanée superficielle (cloque, ulcération superficielle).  
3️⃣ Stade 3 : perte cutanée complète atteignant le tissu sous-cutané.  
4️⃣ Stade 4 : nécrose étendue atteignant muscle, os, articulation.  
⚠️ Escarre non classifiable : plaie masquée par des tissus nécrotiques ou une escarre noire.

# 🛡️ Mesures de prévention

🔄 Changement de position toutes les 2 à 4 heures selon tolérance.  
🛏️ Matelas à air motorisé ou mousse à mémoire de forme.  
📉 Réduction des pressions sur les zones à risque : talons, sacrum, occiput.  
🍽️ Apports nutritionnels adaptés, hydratation suffisante.  
🧼 Soins d’hygiène : prévention des macérations, protection cutanée (barrières hydrolipidiques).

# 💊 Prise en charge des escarres constituées

🧼 Détersion douce (mécanique ou enzymatique selon le stade).  
📦 Pansements adaptés au stade : hydrocellulaire, hydrocolloïde, alginate, charbon, interface silicone.  
💉 Antibiothérapie uniquement si signes infectieux généraux ou locaux (pus, fièvre, odeur).  
📈 Suivi hebdomadaire de l’évolution (taille, profondeur, douleurs, exsudat).  
🍽️ Soutien nutritionnel impératif (apports caloriques et protéiques renforcés).  
🪑 Mobilisation quotidienne : éviter l’isolement, stimuler la circulation.

# 📋 Suivi évolutif

📆 Réévaluation régulière avec tracé dans le dossier de soins.  
📷 Suivi photographique possible (avec consentement).  
🛏️ Surveillance de la douleur, de l’odeur, du risque d’extension ou de récidive.  
📘 Intégration dans le PPA avec un plan de soins et des objectifs concrets.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : prescription, suivi global, évaluation nutritionnelle.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : soins locaux, prévention quotidienne.  
🥗 Diététicien(ne) : recommandations nutritionnelles ciblées.  
🛠️ Ergothérapeute : adaptation du lit, du fauteuil, positionnement.  
👟 Kinésithérapeute : mobilisation passive/active, prévention des raideurs.  
👪 Aidants : soutien quotidien, vigilance dans le respect des protocoles.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne jamais banaliser une rougeur persistante.  
✅ Ne pas prescrire systématiquement d’antibiotiques pour toute escarre.  
✅ Associer systématiquement prévention, soins et nutrition.  
✅ Éviter les pansements obsolètes (mercurochrome, antiseptiques non adaptés).  
✅ Documenter et coordonner chaque stratégie au sein du dossier de soins partagé.

# 📘 Références

• HAS – Recommandations sur les escarres de la personne âgée.  
• SFGG – Prévention des plaies chroniques en gériatrie.  
• EPUAP/NPUAP – Guidelines internationales sur les escarres.

Fiche Recommandation 63 — gériatrie — Troubles du sommeil chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

Les troubles du sommeil sont fréquents chez la personne âgée et peuvent avoir un retentissement important sur la qualité de vie, la cognition, l’humeur et l’autonomie. Ils sont souvent liés à des causes multiples : médicales, psychiatriques, environnementales ou médicamenteuses. Une approche non médicamenteuse est prioritaire.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Identifier les causes des troubles du sommeil.  
✅ Privilégier les mesures non médicamenteuses en première intention.  
✅ Prévenir les complications : chutes, confusion, sédation diurne, iatrogénie.  
✅ Réintégrer le sommeil dans un équilibre global de santé.  
✅ Individualiser les réponses selon l’environnement, l’humeur et les comorbidités.

# 📌 Principaux types de troubles du sommeil

🕒 Insomnie d’endormissement ou de maintien (fragmentation).  
💤 Sommeil non réparateur, réveils précoces.  
😴 Hypersomnies diurnes (syndrome d’apnée du sommeil, sédation).  
🌀 Parasomnies : mouvements périodiques, comportements en sommeil paradoxal (sujets avec démence à corps de Lewy).  
🧠 Troubles du rythme veille-sommeil (désynchronisation circadienne).

# 🧪 Évaluation et diagnostic

📋 Interrogatoire patient + entourage (plaintes, habitudes, prise de stimulants, médicaments).  
📝 Agenda du sommeil sur 7 jours ou échelle d’Epworth si hypersomnolence.  
🔍 Évaluation de l’humeur (dépression), douleur, nycturie, troubles cognitifs associés.  
🩺 Bilan biologique : TSH, glycémie, bilan hépatique si suspicion de cause organique.  
🛏️ Polysomnographie si suspicion de SAOS, mouvements périodiques ou comportements anormaux nocturnes.

# 💊 Prise en charge des troubles du sommeil

📦 Mesures non médicamenteuses prioritaires :  
- Respect des rythmes jour/nuit, lever/coucher réguliers.  
- Exposition à la lumière naturelle, activité physique douce le jour.  
- Limitation des siestes prolongées ou tardives.  
- Rituels apaisants au coucher, température adaptée.  
💊 Traitement pharmacologique (si échec mesures précédentes) :  
- Mélatonine LP si troubles du rythme ou insomnie liée à l’âge.  
- Hypnotiques : éviter BZD, privilégier zopiclone à dose minimale et courte durée.  
- Traitement de la cause si douleur, anxiété, nycturie, apnée du sommeil.  
⚠️ Surveillance stricte des effets secondaires : chutes, confusion, accoutumance.

# 📋 Suivi et évaluation

📆 Réévaluation mensuelle au début, puis trimestrielle.  
📉 Ajustement des traitements selon l’évolution, arrêt progressif des hypnotiques.  
🧠 Évaluation du retentissement diurne (humeur, cognition, vigilance).  
📘 Inscription dans le PPA avec un objectif sommeil clair et partagé.  
👪 Implication de l’entourage pour soutien des mesures comportementales.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : repérage initial, suivi thérapeutique.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : observation des rythmes, application des conseils d’hygiène du sommeil.  
🧠 Gériatre ou neurologue : avis spécialisé en cas de trouble sévère ou résistant.  
👪 Aidants : relais dans la régulation des rythmes veille/sommeil.  
📘 Ergothérapeute : adaptation environnementale (bruit, lumière, confort).

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne pas banaliser une plainte de sommeil chez le sujet âgé.  
✅ Privilégier les traitements non médicamenteux avant toute prescription.  
✅ Éviter les hypnotiques prolongés ou inappropriés (BZD, hydroxyzine, zolpidem).  
✅ Réévaluer systématiquement l’effet et la tolérance d’un traitement du sommeil.  
✅ Intégrer les troubles du sommeil dans l’évaluation gériatrique globale.

# 📘 Références

• HAS – Insomnie et troubles du sommeil chez la personne âgée.  
• SFGG – Recommandations pratiques sur le sommeil du sujet âgé.  
• Collège de Gériatrie – Troubles du sommeil et vieillissement.

Fiche Recommandation 64 — gériatrie — Constipation chronique chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

La constipation chronique est une plainte fréquente chez la personne âgée, pouvant être source de douleurs, de fausses diarrhées, de confusion ou de fécalome. Elle peut être fonctionnelle ou secondaire à une pathologie, une iatrogénie ou une immobilisation. Sa prise en charge est indispensable pour préserver le confort, l'autonomie et prévenir les complications.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Évaluer précisément la nature et la fréquence de la constipation.  
✅ Rechercher une cause organique ou iatrogène.  
✅ Adapter l’alimentation, l’hydratation et l’activité physique.  
✅ Prescrire un traitement adapté en respectant la fragilité digestive du sujet âgé.  
✅ Prévenir les complications : fécalome, occlusion, fausse diarrhée, confusion.

# 📌 Définition et présentation clinique

📉 Définition : moins de 3 selles par semaine, selles dures, effort de poussée, sensation d’évacuation incomplète.  
🛏️ Présentation variable : ballonnements, douleurs abdominales, nausées, anorexie.  
💩 Complications : fécalome, incontinence par regorgement, confusion aiguë, chute.  
⚠️ Attention aux fausses diarrhées révélatrices d’un fécalome obstructif.

# 🧪 Évaluation diagnostique

📋 Interrogatoire : fréquence, consistance (échelle de Bristol), médicaments, habitudes, immobilisation.  
🧠 Recherche de causes : hypomotilité colique, dyschésie, hypothyroïdie, hypercalcémie.  
💊 Médicaments : opiacés, anticholinergiques, antiacides, fer, diurétiques, antidépresseurs tricycliques.  
🩺 Examen clinique : toucher rectal (fécalome, tonus, masse).  
🧪 Bilan : TSH, calcémie, glycémie, ECBU si signes associés, ASP si doute sur occlusion ou fécalome massif.

# 💊 Prise en charge thérapeutique

🥗 Mesures hygiéno-diététiques : apport hydrique ≥ 1,5 L/j, fibres alimentaires (20–30 g/j), activité physique douce.  
📦 Laxatifs recommandés :  
- Laxatifs osmotiques (macrogol) : première intention, bien tolérés.  
- Laxatifs de lest (ispaghul) si hydratation suffisante.  
- Laxatifs lubrifiants (huile de paraffine) : utilisation ponctuelle.  
- Suppositoires (glycérine) ou lavements en cas de blocage terminal.  
⚠️ Éviter les laxatifs irritants (bisacodyl, anthraquinones) en chronique.  
🛏️ Fécalome : désimpaction manuelle + lavement + adaptation du traitement d’entretien.

# 📋 Suivi et prévention des récidives

📆 Réévaluation clinique hebdomadaire au début, puis mensuelle.  
📈 Suivi du transit, fréquence des selles, tolérance digestive.  
📘 Intégration dans le PPA avec plan d’élimination individualisé (heure, posture, aide technique).  
🧠 Surveillance du risque de confusion ou de décompensation en cas de ralentissement du transit.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : repérage, prescription adaptée, suivi global.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : observation du transit, administration des traitements.  
🥗 Diététicien(ne) : ajustement des apports alimentaires en fibres et hydratation.  
🛏️ Aide à domicile : soutien dans l’installation, repérage de signes d’alerte.  
📘 Pharmacie : vigilance sur les traitements favorisant la constipation.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Toujours rechercher une cause médicamenteuse ou organique.  
✅ Éviter les prescriptions chroniques de laxatifs stimulants.  
✅ Adapter le traitement au profil d’autonomie et à la tolérance digestive.  
✅ Associer systématiquement un plan de prévention en cas d’alitement ou d’immobilisation.  
✅ Évaluer le confort et le ressenti du patient, sans banaliser la plainte.

# 📘 Références

• HAS – Prise en charge de la constipation chez la personne âgée.  
• SFGG – Recommandations sur les troubles digestifs du sujet âgé.  
• Collège de Gériatrie – Fiches pratiques sur les syndromes gériatriques digestifs.

Fiche Recommandation 65 — gériatrie — Troubles visuels chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

Les troubles visuels liés à l’âge sont fréquents et peuvent entraîner des pertes d’autonomie, des chutes, une désorientation et une diminution de la qualité de vie. Les pathologies les plus fréquentes sont la DMLA, la cataracte, le glaucome et la presbytie. Leur dépistage et leur prise en charge sont essentiels en gériatrie.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Identifier les troubles visuels impactant l’autonomie.  
✅ Diagnostiquer les pathologies fréquentes : DMLA, cataracte, glaucome.  
✅ Mettre en place les traitements médicaux, chirurgicaux ou compensatoires appropriés.  
✅ Prévenir les chutes, la dépression et l’isolement liés à la malvoyance.  
✅ Intégrer les troubles visuels dans le PPA pour adapter l’environnement et le suivi.

# 📌 Principaux troubles visuels du sujet âgé

1️⃣ Dégénérescence maculaire liée à l’âge (DMLA) :  
- Forme sèche (atrophique) : évolue lentement, pas de traitement curatif.  
- Forme humide (exsudative) : traitement par injections intra-vitréennes (anti-VEGF).  
2️⃣ Cataracte : opacification progressive du cristallin, réversible par chirurgie.  
3️⃣ Glaucome : neuropathie optique progressive, souvent asymptomatique au début, nécessite un dépistage.  
4️⃣ Presbytie : difficulté d’accommodation après 50 ans.  
5️⃣ Rétinopathie diabétique, pathologies vasculaires rétiniennes, myopie forte.

# 🧪 Bilan et repérage

📋 Interrogatoire : baisse d’acuité, gêne à la lecture, halo lumineux, vision floue ou en taches.  
🧠 Tests simples : lecture, détection d’objets, éblouissement, adaptation lumineuse.  
🩺 Examen ophtalmologique : fond d’œil, mesure de la tension oculaire, OCT.  
📉 Repérage précoce en soins primaires : test de lecture de près, échelle d’acuité, auto-questionnaires.  
🧾 Évaluation de l’impact fonctionnel (cuisine, lecture, déplacements…).

# 💊 Traitements et compensations

👁️ Cataracte : chirurgie par phaco-émulsification – taux de succès élevé.  
💉 DMLA humide : injections régulières d’anti-VEGF (ranibizumab, aflibercept).  
💊 Glaucome : collyres hypotenseurs oculaires (prostaglandines, bêtabloquants, etc.).  
🛠️ Aides visuelles : loupes électroniques, éclairage renforcé, étiquetage contrasté.  
📘 Accompagnement par des orthoptistes et ergothérapeutes spécialisés en basse vision.

# 📋 Suivi et adaptation

📆 Surveillance régulière par l’ophtalmologiste (glaucome, DMLA).  
📘 Intégration des limitations visuelles dans le PPA et dans le plan de prévention des chutes.  
📉 Suivi des impacts sur l’autonomie, la lecture, la mobilité et les loisirs.  
🏠 Évaluation de l’environnement (luminosité, obstacles, aide à l’orientation dans le domicile).

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : repérage, coordination des soins, suivi global.  
👁️ Ophtalmologiste : diagnostic, traitement spécifique, surveillance.  
🧑‍🏫 Orthoptiste : rééducation visuelle, adaptation des stratégies compensatoires.  
🛠️ Ergothérapeute : aménagement du domicile, aides techniques.  
👪 Aidants : adaptation du quotidien, aide à la lecture, aux déplacements.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Dépister régulièrement les troubles visuels, même en l’absence de plainte explicite.  
✅ Ne pas retarder une chirurgie de cataracte si chute ou perte d’autonomie.  
✅ Ne pas prescrire de collyres sans avis ophtalmologique.  
✅ Prévoir un accompagnement psychologique en cas de malvoyance sévère.  
✅ Intégrer les troubles visuels dans les décisions de maintien à domicile ou d’aide à la personne.

# 📘 Références

• HAS – Dépistage et prise en charge des troubles visuels du sujet âgé.  
• SFGG – Prévention des chutes et pathologies ophtalmiques en gériatrie.  
• Collège de Gériatrie – Pathologies sensorielles du vieillissement.

Fiche Recommandation 66 — gériatrie — Cancers du sujet âgé

# ⛳ Intitulé du thème

Les cancers sont fréquents chez les personnes âgées, représentant plus de 60 % des nouveaux cas. Leur prise en charge repose sur une évaluation gériatrique approfondie permettant d’adapter les traitements à la fragilité, l’espérance de vie, les comorbidités et le projet de vie du patient. L’objectif est d’assurer une approche individualisée, ni trop agressive, ni trop restrictive.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Adapter le diagnostic et le traitement à la situation fonctionnelle et psychosociale.  
✅ Intégrer l’évaluation gériatrique dans la décision thérapeutique.  
✅ Prévenir les complications du cancer et de ses traitements.  
✅ Maintenir la qualité de vie, l’autonomie et la dignité du patient.  
✅ Favoriser la concertation interdisciplinaire (oncologie, gériatrie, soins palliatifs).

# 📌 Épidémiologie et spécificités

📈 Plus de 60 % des cancers concernent des personnes de plus de 70 ans.  
🧠 Présentations souvent plus tardives, formes cliniques atypiques (asymptomatiques ou non spécifiques).  
🔍 Fréquente sous-représentation dans les essais cliniques.  
🛏️ Risques accrus de toxicité, de dénutrition, de perte d’autonomie, de syndrome de glissement post-thérapeutique.

# 🧪 Évaluation gériatrique en oncologie

📋 Évaluation gériatrique standardisée (EGS) : ADL, IADL, MMS, MNA, GDS, comorbidités (CIRS-G), Get Up and Go.  
📉 Scores spécifiques : G8, fTRST, Oncodage, VES-13 pour dépister les patients à risque de vulnérabilité.  
🧬 Bilan oncologique standard selon type de tumeur : scanner, IRM, biopsie, marqueurs.  
💬 Concertation pluridisciplinaire recommandée (RCP oncogériatrique).

# 💊 Prise en charge thérapeutique adaptée

📦 Traitement spécifique : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, thérapies ciblées, soins de support.  
⚖️ Adaptation des traitements : réduction de dose, espacement des cures, remplacement par soins palliatifs exclusifs.  
🛑 Attention aux interactions médicamenteuses et à la tolérance aux traitements agressifs.  
📘 Intégration systématique de la réévaluation dans le PPA à chaque étape du parcours.

# 📋 Suivi du patient âgé atteint de cancer

📆 Surveillance clinique rapprochée : autonomie, état nutritionnel, toxicité, troubles cognitifs.  
💊 Prise en charge précoce des effets indésirables : neutropénie, mucite, diarrhée, fatigue.  
📘 Évolution du projet de soins à chaque étape : curatif, chronique, palliatif.  
📈 Intégration du suivi fonctionnel dans le parcours de soins coordonné.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Oncologue : décision thérapeutique et suivi technique.  
👴 Gériatre : évaluation globale, adaptation du projet de soins.  
👩‍⚕️ Médecin traitant : surveillance, coordination à domicile.  
🥗 Diététicien(ne) : prévention et traitement de la dénutrition.  
👪 Infirmier(ère), assistante sociale, psychologue : soins de support et accompagnement du patient et de la famille.  
📘 Soins palliatifs : à intégrer dès le diagnostic si maladie avancée ou douleurs invalidantes.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Toujours réaliser un dépistage gériatrique avant toute décision thérapeutique.  
✅ Ne pas exclure un traitement actif uniquement en raison de l’âge chronologique.  
✅ Prévoir une évaluation régulière de la tolérance et de l’impact sur la qualité de vie.  
✅ Anticiper les changements de lieu de vie, les besoins en soins palliatifs et la communication avec la famille.  
✅ Inscrire les objectifs de soins et les décisions dans le PPA et dans le dossier médical partagé.

# 📘 Références

• INCa / SFGG – Recommandations pour la prise en charge des cancers du sujet âgé.  
• HAS – Évaluation gériatrique en oncologie.  
• Collège de Gériatrie – Oncogériatrie : approche centrée sur le patient âgé.

Fiche Recommandation 67 — gériatrie — BPCO chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une pathologie fréquente et sous-diagnostiquée chez les sujets âgés. Elle est souvent aggravée par la dénutrition, la sédentarité, la polymédication et les pathologies associées. La prise en charge vise à maintenir l’autonomie, réduire les exacerbations et améliorer la qualité de vie.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Diagnostiquer précocement la BPCO chez les personnes âgées à risque.  
✅ Limiter les exacerbations, la décompensation respiratoire et l’hospitalisation.  
✅ Maintenir la mobilité, l’autonomie et la fonction respiratoire.  
✅ Adapter les traitements à la tolérance et à la comorbidité.  
✅ Intégrer la surveillance respiratoire dans le PPA.

# 📌 Signes évocateurs

😤 Dyspnée d’effort ou de repos, toux chronique, expectorations matinales.  
📉 Altération de la tolérance à l’effort, désaturation à la marche.  
🌬️ Bruits respiratoires (râles, sibilants), thorax distendu, tirage intercostal.  
⚠️ Attention à la sous-évaluation du symptôme dyspnée chez les patients peu communicants ou sédentaires.

# 🧪 Diagnostic et évaluation

📋 Interrogatoire + spirométrie : VEMS/CV < 70 % = obstruction (hors exacerbation).  
🧠 Bilan gériatrique : autonomie, cognition, nutrition, fragilité.  
📈 Échelle mMRC (dyspnée) et CAT (qualité de vie respiratoire).  
🧪 Bilan biologique : NFS (polyglobulie), iono, gaz du sang (si suspicion de décompensation).  
🩻 Radiographie thoracique +/- scanner si suspicion de complication ou autre pathologie pulmonaire.

# 💊 Traitement médicamenteux et non médicamenteux

💊 Bronchodilatateurs à action prolongée (LABA, LAMA) en première intention.  
💉 Corticostéroïdes inhalés si exacerbations fréquentes ou asthme associé.  
💨 Oxygénothérapie au long cours si PaO2 < 55 mmHg (hors crise).  
💉 Vaccination grippe, pneumocoque, COVID systématique.  
🛏️ Kinésithérapie respiratoire : drainage, renforcement diaphragmatique.  
🥗 Prise en charge nutritionnelle : prévention de la fonte musculaire et de la dénutrition.

# 📋 Suivi et prévention des exacerbations

📆 Suivi médical tous les 3 à 6 mois selon stade.  
📈 Surveillance : dyspnée, fréquence respiratoire, saturation SpO2, poids.  
📘 Élaboration d’un plan d’action écrit en cas d’exacerbation (antibiotiques + corticoïdes).  
🔄 Réévaluation régulière du traitement, de la tolérance et de l’observance.  
🛌 Planification des soins de support et des souhaits de soins en cas de BPCO avancée.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : coordination du suivi et des soins.  
🫁 Pneumologue : confirmation du diagnostic, bilan complémentaire, oxygénothérapie.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : éducation à l’usage des dispositifs inhalés, surveillance à domicile.  
🥗 Diététicien(ne) : prévention et traitement de la dénutrition.  
👟 Kinésithérapeute : réentraînement à l’effort, drainage bronchique.  
📘 DAC / équipe mobile si BPCO terminale ou perte d’autonomie rapide.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Réaliser une spirométrie chez tout patient âgé fumeur ou dyspnéique.  
✅ Adapter les dispositifs inhalés à la préhension et aux capacités cognitives.  
✅ Associer systématiquement les mesures hygiéno-diététiques aux traitements.  
✅ Éviter les sédatifs respiratoires (BZD, morphiniques) sauf indication palliative.  
✅ Anticiper les soins de fin de vie en cas d’insuffisance respiratoire chronique évolutive.

# 📘 Références

• HAS – Prise en charge de la BPCO stable chez l’adulte.  
• SPLF / SFGG – Recommandations BPCO et vieillissement.  
• Collège de Gériatrie – Insuffisance respiratoire chronique du sujet âgé.

Fiche Recommandation 68 — gériatrie — Troubles auditifs et presbyacousie chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

Les troubles auditifs, en particulier la presbyacousie, sont très fréquents chez la personne âgée. Ils ont un impact majeur sur la communication, l’isolement social, les troubles cognitifs et le risque de chute. Le dépistage précoce et l’appareillage adapté peuvent améliorer significativement la qualité de vie.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Dépister les troubles auditifs, y compris en l’absence de plainte.  
✅ Réduire l’impact sur l’autonomie, la cognition et les relations sociales.  
✅ Proposer un appareillage auditif ou des aides techniques adaptées.  
✅ Intégrer les troubles auditifs dans la démarche de prévention de la dépendance.  
✅ Adapter la communication et l’environnement aux besoins auditifs.

# 📌 Signes évocateurs

👂 Répétitions fréquentes, difficulté à suivre une conversation en groupe ou au téléphone.  
📉 Retrait social, repli sur soi, isolement progressif.  
🧠 Apparition ou aggravation de troubles cognitifs (fausse démence).  
⚠️ Présentation parfois trompeuse : irritabilité, fatigue, anxiété, suspicion injustifiée.

# 🧪 Dépistage et évaluation

📋 Interrogatoire ciblé (autoquestionnaire : HHIE-S, DHI).  
👂 Test de voix chuchotée, tests audiométriques simples en médecine générale.  
🎧 Audiogramme tonal et vocal par un audioprothésiste ou ORL.  
🩺 Bilan ORL complet si suspicion de surdité asymétrique ou brutale, acouphènes invalidants.

# 🔍 Types de surdité fréquents

1️⃣ Presbyacousie : surdité neurosensorielle bilatérale, progressive, prédominant sur les aigus.  
2️⃣ Surdité de transmission : bouchon, otospongiose, otite chronique.  
3️⃣ Surdité mixte : combinaison d’une atteinte de transmission et neurosensorielle.  
4️⃣ Surdité brutale : urgence ORL.

# 💊 Prise en charge

📦 Appareillage auditif bilatéral si indication audiométrique et adhésion du patient.  
👂 Essai systématique recommandé avec suivi régulier.  
📢 Adaptation de la communication : parler distinctement, regarder le patient, limiter le bruit ambiant.  
🛠️ Aides techniques : téléphone amplifié, boucles magnétiques, systèmes de signalisation visuelle.  
🔁 Suivi de l’appareillage (réglages, tolérance, entretien).

# 📋 Suivi et adaptation

📆 Réévaluation annuelle des performances auditives et de la tolérance de l’appareillage.  
🧠 Surveillance des troubles cognitifs liés à l’isolement ou à la surdité.  
📘 Intégration dans le PPA : conseils à domicile, environnement sonore, participation sociale.  
🧑‍⚕️ Orientation en gériatrie si suspicion de lien avec déclin cognitif ou trouble comportemental.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : repérage, coordination du parcours audiologique.  
👂 ORL / audioprothésiste : bilan, indication et suivi de l’appareillage.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : relais des difficultés d’adhésion, sensibilisation à domicile.  
🛠️ Ergothérapeute : adaptation du cadre de vie (alarme visuelle, téléphone adapté…).  
👪 Aidants : accompagnement à l’appareillage, soutien dans les interactions quotidiennes.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne pas attendre une plainte explicite pour dépister une presbyacousie.  
✅ Éviter l’isolement sensoriel et ses conséquences sur la cognition.  
✅ Évaluer régulièrement l’usage et la satisfaction liée aux aides auditives.  
✅ Inclure les troubles sensoriels dans l’évaluation globale de la fragilité.  
✅ Adapter la communication dans les soins : environnement calme, langage clair, validation de la compréhension.

# 📘 Références

• HAS – Troubles auditifs chez la personne âgée : repérage et appareillage.  
• SFGG – Presbyacousie et lien avec troubles cognitifs : recommandations.  
• Collège de Gériatrie – Troubles sensoriels du vieillissement.

Fiche Recommandation 69 — gériatrie — Troubles du comportement dans les démences

# ⛳ Intitulé du thème

Les troubles du comportement dans les démences (TCD) sont fréquents et invalidants. Ils comprennent l’agitation, l’agressivité, les cris, les hallucinations, l’opposition, les fugues ou les troubles du rythme nycthéméral. Ils sont souvent source d’épuisement des aidants et de recours à l’institutionnalisation. Leur prise en charge repose d’abord sur une approche non médicamenteuse centrée sur les besoins non exprimés de la personne.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Comprendre l’origine possible du comportement perturbateur.  
✅ Identifier et traiter les facteurs déclenchants réversibles.  
✅ Favoriser un accompagnement bienveillant et structurant.  
✅ Limiter les traitements psychotropes au strict nécessaire.  
✅ Protéger la personne et son entourage dans le respect de sa dignité.

# 📌 Manifestations fréquentes

🔹 Agitation, anxiété, déambulation incessante.  
🔹 Agressivité verbale ou physique, opposition.  
🔹 Hallucinations, idées délirantes, suspicion.  
🔹 Troubles du rythme veille-sommeil, cris nocturnes.  
🔹 Troubles alimentaires (refus ou gloutonnerie), troubles sexuels inappropriés.  
⚠️ Ces signes doivent être interprétés comme des signaux d’alerte : douleur, inconfort, incompréhension, isolement, surcharge sensorielle…

# 🧪 Démarche diagnostique

📋 Interrogatoire (patient, aidants, soignants) : circonstances d’apparition, durée, fréquence, facteurs déclenchants.  
🧠 Observation en situation réelle : approche contextuelle (ABC : Antécédent – Comportement – Conséquence).  
🩺 Recherche de causes somatiques : douleur, infection, fécalome, déshydratation, effets secondaires de médicaments.  
🧾 Évaluation cognitive (MMS), comportementale (NPI), fonctionnelle (ADL), de la douleur (ECPA, Doloplus 2).

# 💊 Prise en charge thérapeutique

🧠 Approche non médicamenteuse privilégiée :  
- Présence rassurante, routine stable, cohérence dans les soins.  
- Activités adaptées : chant, jardinage, animaux, stimulations sensorielles.  
- Ergothérapie, médiation par l’art ou la musique.  
💊 Traitement médicamenteux (en seconde intention) :  
- Antipsychotiques atypiques (rispéridone, quétiapine) : indication stricte et surveillance.  
- Antidépresseurs si trouble de l’humeur associé (ISRS).  
- Éviter les BZD, hypnotiques, anticholinergiques sauf exception.  
⚠️ Prescription courte, réévaluée toutes les 4 semaines au maximum.

# 📋 Suivi et adaptation

📆 Suivi clinique rapproché : tolérance, efficacité, apparition d’effets indésirables.  
📘 Intégration dans le PPA avec objectifs comportementaux réalistes et partagés.  
📊 Adaptation de l’environnement : signalétique, éclairage, limitation des stimuli anxiogènes.  
💬 Communication avec les aidants et les équipes pour harmoniser les réponses au comportement.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant ou gériatre : repérage, traitement, coordination.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : observateur clé, gestion des soins quotidiens, médiation.  
🧠 Psychologue : accompagnement du patient et des aidants, analyse fonctionnelle des comportements.  
🛠️ Ergothérapeute : adaptation de l’environnement.  
👪 Aidants : partenaires essentiels à soutenir pour éviter l’épuisement.  
📘 Equipe mobile Alzheimer, ESA, UCC, DAC : renfort dans les cas complexes.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Toujours rechercher une cause somatique réversible en priorité.  
✅ Réduire les sources de frustration, d’incompréhension et de surcharge sensorielle.  
✅ Prioriser l’alliance avec les aidants et leur valorisation.  
✅ Prévoir un accompagnement de fin de vie spécifique en cas de démence avancée avec troubles majeurs.  
✅ Ne jamais banaliser un comportement perturbateur : c’est souvent un langage d’alerte.

# 📘 Références

• HAS – Conduite à tenir face à un trouble du comportement chez une personne atteinte de démence.  
• SFGG – Troubles psycho-comportementaux dans les démences : recommandations pratiques.  
• Collège de Gériatrie – Outils et stratégies d’accompagnement non médicamenteux.

Fiche Recommandation 70 — gériatrie — Diabète de type 2 chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

Le diabète de type 2 est très fréquent chez les personnes âgées. Il présente des particularités en raison des modifications physiologiques liées à l’âge, des comorbidités et du risque de complications aiguës (hypoglycémies, déshydratation, décompensations). La prise en charge doit être personnalisée, centrée sur les objectifs de qualité de vie et de prévention des complications fonctionnelles plutôt que sur des normes glycémiques strictes.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Éviter les hypoglycémies, principales causes de morbidité et de déclin cognitif.  
✅ Individualiser les objectifs glycémiques selon l’état fonctionnel et cognitif.  
✅ Prévenir les complications micro- et macrovasculaires accessibles à la prévention.  
✅ Limiter la polymédication et l’iatrogénie.  
✅ Intégrer le diabète dans le projet personnalisé de soins (PPA).

# 📌 Présentation clinique

🔹 Présentation souvent atypique : amaigrissement, chutes, confusion, infections à répétition.  
🔹 Peu ou pas de polyuro-polydipsie.  
🔹 Diagnostic souvent retardé et découvert à l’occasion d’un épisode aigu (infarctus, AVC, syndrome gériatrique).

# 🧪 Diagnostic et évaluation initiale

🧬 Glycémie à jeun ≥ 1,26 g/L à 2 reprises ou HbA1c ≥ 6,5 % ou glycémie aléatoire ≥ 2 g/L + signes.  
📋 Évaluation gériatrique standardisée : autonomie, cognition, nutrition, chutes, polymédication.  
📈 Recherche de complications :  
- Microangiopathies : fond d’œil, albuminurie/créatininurie, EFR.  
- Macroangiopathies : ECG, ETT, Doppler TSA si symptômes.  
🧪 Bilan biologique complet : créatininémie, ionogramme, HbA1c, bilan lipidique, fonction hépatique.

# 💊 Traitement médicamenteux

1️⃣ Mesures hygiéno-diététiques personnalisées : éviter les restrictions sévères.  
2️⃣ Objectifs glycémique adaptés :  
- HbA1c < 7,5–8 % si patient robuste.  
- HbA1c < 8–9 % si dépendance, comorbidités ou espérance de vie limitée.  
3️⃣ Médicaments :  
- Metformine si fonction rénale > 45 mL/min.  
- DPP-4 inhibiteurs : bien tolérés, pas d’hypoglycémies.  
- SGLT2 inhibiteurs : en cas d’IRC ou IC mais attention au risque de déshydratation.  
- Éviter sulfamides hypoglycémiants (glibenclamide), glinides (hypoglycémies).  
- Insuline : si nécessaire, privilégier schéma simple à 1 injection lente par jour.

# 📋 Suivi régulier

📆 Réévaluation tous les 3 à 6 mois.  
📈 Surveillance : poids, IMC, tension, HbA1c, créat, hypo- ou hyperglycémies.  
📘 Adaptation du traitement en fonction de l’évolution de l’état fonctionnel.  
📉 Surveillance nutritionnelle, rénal, cardiovasculaire et cognitif.  
📦 Éducation thérapeutique : adaptée à l’autonomie cognitive et aux aidants.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : coordination de la stratégie thérapeutique.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : suivi glycémique, soins, éducation.  
🥗 Diététicien(ne) : conseils pratiques et personnalisés.  
🧠 Gériatre : suivi en cas de fragilité, comorbidités, dépendance.  
🧪 Pharmacien : vigilance sur les interactions, observance, matériel médical.  
👪 Aidants : soutien indispensable pour les prises, les mesures et l’adhésion au projet de soins.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Éviter l’excès de contrôle glycémique chez les patients fragiles.  
✅ Adapter le schéma thérapeutique à l’environnement de vie (institution, domicile seul ou aidé).  
✅ Préférer un traitement simple, efficace, sans hypoglycémie.  
✅ Dépister précocement la dénutrition et l’IRC.  
✅ Intégrer les objectifs glycémiques et les contraintes dans le PPA global.

# 📘 Références

• HAS – Diabète de type 2 chez le sujet âgé : stratégies thérapeutiques.  
• SFD / SFGG – Recommandations pour le diabète du sujet âgé.  
• Collège de Gériatrie – Fiche pratique : diabète et fragilité.

Fiche Recommandation 71 — gériatrie — Insuffisance rénale chronique chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

L’insuffisance rénale chronique (IRC) est fréquente chez la personne âgée, souvent liée à l’âge, l’HTA, le diabète ou la polymédication. Elle impacte la pharmacocinétique, le risque cardiovasculaire, l’équilibre métabolique et les décisions thérapeutiques. Sa prise en charge nécessite une évaluation globale et une stratégie de suivi pragmatique, centrée sur la qualité de vie.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Dépister précocement l’IRC chez les personnes âgées à risque.  
✅ Prévenir la progression vers les stades avancés.  
✅ Adapter les traitements à la fonction rénale réelle.  
✅ Éviter l’iatrogénie médicamenteuse et les complications métaboliques.  
✅ Intégrer l’IRC dans le projet de soins global, en lien avec les objectifs du PPA.

# 🧪 Diagnostic et classification

📋 IRC définie par un DFG < 60 mL/min/1,73 m² pendant > 3 mois ± anomalies urinaires, morphologiques ou biologiques.  
🔹 Estimation par CKD-EPI, attention aux formules MDRD chez les sujets âgés dénutris ou sarcopéniques.  
📊 Stades :  
- G3a (45–59), G3b (30–44), G4 (15–29), G5 (<15 mL/min).  
🧪 Évaluation associée : albuminurie/créatininurie, iono, PTH, calcémie, phosphorémie, hémoglobine.

# ⚠️ Complications à surveiller

🩺 HTA résistante, surcharge hydrosodée, œdèmes.  
📉 Anémie normochrome normocytaire (érythropoïétine diminuée).  
💀 Hyperkaliémie, acidose métabolique.  
🧠 Hyperphosphatémie, hypocalcémie, troubles osseux (ostéodystrophie).  
🧬 Accumulation des médicaments à élimination rénale (métformine, AINS, lithium, digoxine...).

# 💊 Prise en charge

🧂 Régime hyposodé (< 6 g/j), hydratation adaptée, correction des déséquilibres métaboliques.  
💊 Médicaments adaptés :  
- Éviter les AINS, les laxatifs irritants, les produits iodés non nécessaires.  
- Surveillance accrue des posologies : ATB, antidiabétiques, anticoagulants, diurétiques.  
⚠️ Prescription gériatrique sécurisée (logiciels d’aide, carnet de suivi).  
📉 Éviter les contrastes iodés sauf urgence absolue.

# 📋 Suivi et adaptation

📆 Bilan tous les 3–6 mois selon le stade.  
📈 Surveillance : créat, DFG, iono, Hb, albuminurie, poids, tension.  
🧠 Réévaluation de l’autonomie, des fonctions cognitives et du projet de soins.  
📘 Intégration de l’IRC dans le PPA avec objectifs de prévention des complications, d’information et d’adaptation thérapeutique.  
⚰️ Anticiper les soins palliatifs si IRC terminale non dialysée selon projet de vie.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : coordination du suivi médical.  
👩‍⚕️ Néphrologue : à consulter dès stade 4 ou si complication.  
💊 Pharmacien : adaptation des posologies, vérification des interactions.  
🥗 Diététicien(ne) : équilibre protido-énergétique, régime hyposodé, hypoprotidique si besoin.  
👪 Aidants : surveillance de l’hydratation, du poids, de la compliance.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne pas viser des normes biologiques rigides sans bénéfice fonctionnel.  
✅ Adapter les traitements à la fonction rénale et non à l’âge seul.  
✅ Réévaluer l’intérêt de chaque médicament en fonction du pronostic et des effets indésirables.  
✅ Prévoir un suivi souple, compatible avec les capacités et les souhaits de la personne.  
✅ Intégrer les décisions dans une stratégie palliative en cas d’évolution terminale sans dialyse souhaitée.

# 📘 Références

• HAS – Prise en charge de l’IRC chez l’adulte : repères pratiques.  
• SFGG – Recommandations pour l’IRC chez la personne âgée.  
• SFNDT – Néphrologie et fragilité : parcours de soins du sujet âgé.

Fiche Recommandation 72 — gériatrie — Troubles de la déglutition chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

Les troubles de la déglutition (dysphagie) sont fréquents chez la personne âgée, notamment en cas de maladies neurologiques, de polypathologie ou de fragilité avancée. Ils sont associés à des risques majeurs : fausses routes, dénutrition, pneumopathies d’inhalation et perte d’autonomie. Une évaluation rigoureuse et une prise en charge adaptée sont essentielles.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Dépister les troubles de la déglutition avant les complications.  
✅ Adapter les textures alimentaires pour garantir la sécurité et le plaisir de manger.  
✅ Prévenir les fausses routes et les pneumopathies d’inhalation.  
✅ Éviter la dénutrition et la perte d’autonomie associée.  
✅ Intégrer la dysphagie dans le PPA et dans l’évaluation gérontologique globale.

# 📌 Signes d’appel

🔹 Toux ou étouffement pendant ou après les repas.  
🔹 Raclement de gorge, voix humide, modification du timbre vocal.  
🔹 Temps prolongé pour manger, refus alimentaire, perte de poids.  
🔹 Résidus alimentaires dans la bouche, fausses routes, pneumopathies à répétition.  
🔹 Troubles cognitifs, neurologiques ou grabatisation associés.

# 🧪 Évaluation et diagnostic

📋 Interrogatoire + observation du repas.  
🧠 Test de déglutition à l’eau (bilan pré-orthophonique).  
👅 Examen oro-facial (mobilité langue, réflexe nauséeux, réflexe de toux).  
📹 Vidéofluoroscopie ou naso-endoscopie de déglutition si suspicion de trouble sévère ou atypique.  
📘 Test EAT-10 (auto-évaluation), DREP pour le repérage en institution.

# 💊 Prise en charge adaptée

🥣 Adaptation des textures (IDDSI) : alimentation mixée, hachée, purée, liquides épaissis selon la gravité.  
🗣️ Prise en charge orthophonique : rééducation, posture, renforcement musculaire oro-pharyngé.  
🛏️ Positionnement : assis 90°, tête légèrement penchée, surveillance du rythme des repas.  
📦 Aides techniques : couverts adaptés, verres ergonomiques, temps calme et supervision.  
⚠️ Éviter les médicaments sous forme de comprimés entiers si déglutition difficile.

# 📋 Suivi évolutif

📆 Réévaluation régulière des capacités de déglutition par l’équipe soignante ou l’orthophoniste.  
📉 Suivi du poids, de l’IMC, de la compliance aux adaptations proposées.  
📘 Intégration de la dysphagie dans le PPA : objectifs alimentaires, socialisation des repas, surveillance des risques.  
💬 Dialogue avec le patient et les proches sur les choix alimentaires et la qualité de vie (ex : alimentation plaisir vs sécurité stricte).

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant ou gériatre : prescription de bilans et coordination du suivi.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance des repas, alerte en cas de modification clinique.  
🗣️ Orthophoniste : évaluation et rééducation ciblée.  
🥗 Diététicien(ne) : adaptation des apports nutritionnels et textures.  
👩‍🍳 Aides à domicile / restauration : application des consignes diététiques et de sécurité.  
👪 Famille : accompagnement et information continue.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne pas attendre une fausse route sévère pour évaluer la déglutition.  
✅ Associer systématiquement l’adaptation nutritionnelle à une surveillance pondérale.  
✅ Respecter le plaisir alimentaire et les choix du patient dans les limites du risque acceptable.  
✅ Documenter les troubles de la déglutition dans le PPA et le dossier médical partagé.  
✅ Intégrer les soins de bouche quotidiens pour prévenir les complications respiratoires.

# 📘 Références

• HAS – Recommandations sur la prise en charge de la dysphagie chez la personne âgée.  
• SFGG – Troubles de la déglutition en gériatrie.  
• Collège de Gériatrie – Repérage et adaptation des troubles de la déglutition.

Fiche Recommandation 73 — gériatrie — Soins oncogériatriques intégrés

# ⛳ Intitulé du thème

Les soins oncogériatriques intégrés consistent à adapter la stratégie thérapeutique du cancer chez les personnes âgées en s’appuyant sur une évaluation gériatrique approfondie. Ils permettent de définir une prise en charge personnalisée, en tenant compte de la fragilité, des comorbidités, de l’autonomie, des souhaits du patient et de son entourage. L’objectif est de garantir une médecine de précision respectueuse du projet de vie.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Réaliser un dépistage systématique de la fragilité oncogériatrique.  
✅ Intégrer l’évaluation gériatrique dans la décision thérapeutique oncologique.  
✅ Adapter les traitements aux capacités fonctionnelles et au risque de toxicité.  
✅ Éviter la sous- ou sur-traitance liée à l’âge.  
✅ Favoriser une coordination entre oncologues, gériatres, soins de support et intervenants du domicile.

# 📌 Outils et démarche d’évaluation

🔍 Outils de repérage rapide : G8 (score < 14 → évaluation gériatrique complète), VES-13.  
📋 Évaluation gériatrique standardisée :  
- Autonomie (ADL/IADL), cognition (MMS, MOCA), nutrition (MNA), mobilité (Get Up and Go), humeur (GDS), comorbidités (CIRS-G).  
- Évaluation de la douleur, du réseau, des préférences du patient.  
🧠 Scores de prédiction de toxicité (CARG, CRASH) : aide à la décision en chimiothérapie.  
🗂️ Concertation pluridisciplinaire oncogériatrique recommandée (RCP).

# 💊 Adaptation du traitement en fonction du profil gériatrique

🧱 Profil robuste : traitement standard possible (chirurgie, chimio, radiothérapie, thérapies ciblées).  
🔶 Profil vulnérable : traitement adapté (réduction des doses, protocole allégé).  
🔴 Profil fragile ou dépendant : soins de support ou palliatifs privilégiés.  
⚠️ Privilégier des schémas simples, sans hospitalisation prolongée, et adaptés à l’environnement de vie.  
📘 Consentement éclairé tenant compte du rapport bénéfice/risque fonctionnel, pas uniquement oncologique.

# 📋 Suivi et coordination du parcours

📆 Surveillance fonctionnelle aussi importante que la surveillance oncologique.  
📈 Réévaluation de l’autonomie, des effets secondaires, de l’observance, du vécu du patient.  
📘 Intégration dans le PPA : horizon de soins, objectifs réalistes, soins à privilégier ou à éviter.  
💬 Coordination avec le médecin traitant, l’infirmier référent, la famille et les soins de support.  
📦 Intégration précoce des soins palliatifs si perte d’autonomie rapide ou incurabilité établie.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Oncologue : stratégie spécifique tumorale.  
👴 Gériatre : évaluation globale et ajustement thérapeutique fonctionnel.  
👩‍⚕️ Médecin traitant : garant du projet global au long cours.  
🧠 Psychologue, infirmier(ère), diététicien(ne), kiné, assistant(e) social(e) : soins de support.  
👪 Aidants : impliqués dans la compréhension et l’accompagnement du traitement.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Toujours proposer une évaluation gériatrique dès 70 ans ou si fragilité suspectée.  
✅ Ne pas renoncer à un traitement potentiel uniquement sur l’âge chronologique.  
✅ Identifier clairement les objectifs de soins : curatif, palliatif, symptomatique.  
✅ Planifier une consultation de coordination oncogériatrique en début de parcours.  
✅ Documenter le plan de traitement dans le DMP et le PPA avec consentement éclairé.

# 📘 Références

• INCa – Recommandations en oncogériatrie : parcours de soins.  
• HAS – Évaluation gériatrique en cancérologie.  
• SFGG / SOFOG – Prise en charge des cancers chez le sujet âgé.

Fiche Recommandation 74 — gériatrie — Effets indésirables des chimiothérapies chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

Les patients âgés traités par chimiothérapie présentent une susceptibilité accrue aux effets indésirables (EI) en raison de la fragilité, de la polymédication et de la diminution des réserves fonctionnelles. Leur repérage, leur prévention et leur gestion sont essentiels pour maintenir la qualité de vie, éviter la décompensation gériatrique et permettre la poursuite du traitement.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Anticiper et prévenir les effets indésirables liés à la chimiothérapie.  
✅ Adapter les posologies et les schémas selon l’état gériatrique du patient.  
✅ Réagir rapidement aux premiers signes de toxicité pour éviter les hospitalisations.  
✅ Protéger la fonction physique, cognitive et nutritionnelle.  
✅ Intégrer la gestion des EI dans le PPA et dans le parcours de soins oncogériatrique.

# 📌 Effets indésirables fréquents et risques spécifiques

🔹 Myélotoxicité : neutropénie, anémie, thrombopénie → risque d’infections sévères, saignements.  
🔹 Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées, mucites → dénutrition, déshydratation.  
🔹 Neurotoxicité : neuropathies périphériques, troubles cognitifs, chutes.  
🔹 Toxicité cardiaque (anthracyclines), rénale (cisplatine), hépatique (méthotrexate).  
🔹 Fatigue majeure, syndrome de glissement post-chimiothérapie.  
🔹 Altération de l’autonomie, chute de l’adhésion au traitement.

# 🧪 Évaluation du risque toxique

📋 Évaluation gériatrique standardisée (G8, CARG, CRASH) : prédiction du risque d’EI sévère.  
🧬 Bilan pré-thérapeutique : hémogramme, iono, créatinine, bilan hépatique, ECG.  
📈 Évaluation de la fonction rénale (clairance), de la nutrition, de la cognition et de l’état fonctionnel.  
📘 Discussion en RCP oncogériatrique si doute sur tolérance ou indication.

# 💊 Prévention et gestion des toxicités

🛡️ Prévention : G-CSF en prophylaxie, antiémétiques (5HT3, aprepitant), hydratation préalable.  
💊 Traitement symptomatique :  
- Antidiarrhéiques, antalgiques adaptés, soins buccaux quotidiens.  
- Réduction ou adaptation de la dose si toxicité de grade ≥ 2.  
🛏️ Éviter les interruptions prolongées sauf si qualité de vie compromise.  
🥗 Surveillance nutritionnelle, appétit, IMC, hydratation quotidienne.  
⚠️ Vigilance accrue sur les chutes, la confusion, les infections.

# 📋 Suivi et coordination

📆 Consultation oncologique + gériatrique à chaque cycle si patient fragile.  
📈 Évaluation des EI à chaque cycle : hémogramme, poids, état général, fonction cognitive.  
📘 Intégration dans le PPA avec mesure d’impact des EI sur les capacités de vie quotidienne.  
🔁 Réévaluation continue du bénéfice thérapeutique vs qualité de vie.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Oncologue : ajustement du protocole.  
👴 Gériatre : suivi global, évaluation des toxicités fonctionnelles.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : suivi des symptômes, coordination des soins.  
🥗 Diététicien(ne) : accompagnement nutritionnel ciblé.  
👪 Aidants : relais d’alerte, soutien quotidien.  
📘 Soins de support (psychologue, kiné, socio-esthéticienne, etc.).

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Anticiper les EI dès la phase de décision thérapeutique.  
✅ Informer le patient et ses proches sur les signes d’alerte à surveiller.  
✅ Favoriser les schémas allégés si bénéfice oncologique modéré.  
✅ Documenter systématiquement les EI dans le dossier médical partagé.  
✅ Intégrer la réversibilité et la tolérance dans l’évaluation continue du traitement.

# 📘 Références

• INCa – Effets secondaires des traitements du cancer chez le sujet âgé.  
• SFGG / SOFOG – Toxicités et ajustements en oncogériatrie.  
• HAS – Prise en charge globale du patient âgé en oncologie.

Fiche Recommandation 75 — gériatrie — Pneumopathie aiguë communautaire chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

La pneumopathie aiguë communautaire (PAC) est une cause fréquente d’hospitalisation, de confusion aiguë, de décompensation fonctionnelle et de mortalité chez la personne âgée. Elle peut se présenter de manière atypique et nécessite une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide, adaptée à la fragilité et au lieu de vie du patient.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Reconnaître précocement les signes évocateurs (même atypiques).  
✅ Évaluer la gravité et décider du lieu de prise en charge (domicile, hospitalisation, HAD).  
✅ Introduire une antibiothérapie adaptée dans les meilleurs délais.  
✅ Prévenir les complications : confusion, déshydratation, décompensation, escarres.  
✅ Intégrer la PAC dans le projet de soins personnalisé et coordonné.

# 📌 Signes évocateurs chez la personne âgée

🔹 Fièvre souvent absente.  
🔹 Confusion aiguë, chutes, asthénie, perte d’appétit.  
🔹 Toux, expectoration purulente, dyspnée, polypnée, désaturation.  
🔹 Crépitants à l’auscultation, douleur thoracique, frissons (parfois absents).  
⚠️ Toute dégradation brutale inexpliquée doit faire suspecter une PAC.

# 🧪 Diagnostic

📋 Examen clinique : auscultation, fréquence respiratoire, SpO2, température.  
🩻 Radiographie thoracique : infiltrat, foyer alvéolaire, épanchement pleural.  
🧪 Bilan biologique : NFS, CRP, ionogramme, urée/créat, hémocultures si fièvre.  
🧫 ECBU, recherche antigène urinaire (L. pneumophila, pneumocoque) en hospitalisation.  
📈 Scores : CRB65 (Confusion, FR ≥30, PA <90 ou TAS <60, âge ≥65) → aide à la décision.

# 💊 Antibiothérapie et soins associés

1️⃣ Domicile ou EHPAD : amoxicilline seule ou associée à acide clavulanique (1g x 3/jour PO).  
2️⃣ Hospitalisation : C3G IV (ceftriaxone) + macrolide ou fluoroquinolone IV selon terrain.  
📆 Durée : 5 à 7 jours (hors complications).  
⚠️ Adapter aux résultats de l’antibiogramme, à la fonction rénale et aux interactions.  
📦 Soins associés : oxygénothérapie si SpO2 < 92 %, hydratation, antipyrétiques, kiné respiratoire.

# 📋 Suivi clinique et fonctionnel

📆 Réévaluation à 48–72h : amélioration des signes vitaux, appétit, état cognitif.  
📉 Surveillance des effets indésirables de l’antibiothérapie (digestifs, allergiques, confusion).  
📘 Intégration dans le PPA : adaptation du plan alimentaire, de l’accompagnement fonctionnel et du traitement.  
🛏️ Plan de prévention : escarres, grabatisation, régression post-infectieuse.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant ou coordonnateur : diagnostic, prescription, suivi.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance température, SpO2, signes cliniques.  
👃 Kinésithérapeute : désencombrement, prévention de l’encombrement bronchique.  
🥗 Diététicien(ne) : prévention de la dénutrition post-infectieuse.  
📘 HAD ou SSIAD si retour précoce à domicile avec suivi rapproché.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne pas attendre les signes classiques : la confusion ou la chute peuvent être révélateurs.  
✅ Antibiothérapie dès la suspicion diagnostique, sans attendre les résultats.  
✅ Adapter la stratégie au lieu de vie et à la volonté du patient (pas d’acharnement en fin de vie).  
✅ S’assurer de la bonne observance en EHPAD ou à domicile.  
✅ Documenter l’épisode et ses conséquences dans le DMP et le PPA.

# 📘 Références

• SPLF – Recommandations PAC chez le sujet âgé.  
• HAS – Conduite à tenir devant une suspicion de PAC.  
• SFGG – Infections aiguës et vieillissement : particularités et enjeux.

Fiche Recommandation 76 — gériatrie — Syndrome d’apnée du sommeil chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

Le syndrome d’apnée du sommeil (SAS) est fréquent chez la personne âgée, souvent sous-diagnostiqué en raison de présentations atypiques. Il est associé à une morbidité accrue : troubles cognitifs, chutes, HTA résistante, somnolence diurne, accidents cardiovasculaires. Sa détection et sa prise en charge doivent être individualisées, en intégrant les préférences du patient et l’impact fonctionnel réel.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Identifier les formes cliniques évocatrices de SAS chez le sujet âgé.  
✅ Confirmer le diagnostic par une polysomnographie adaptée.  
✅ Adapter le traitement (PPC, hygiène du sommeil, perte pondérale) à l’autonomie du patient.  
✅ Éviter les conséquences cardiovasculaires et cognitives du SAS non traité.  
✅ Intégrer le SAS dans le projet global de soins et de prévention des risques.

# 📌 Présentation clinique du SAS

🔹 Somnolence diurne (parfois masquée ou attribuée à l’âge).  
🔹 Troubles de la mémoire, fluctuations cognitives.  
🔹 Irritabilité, dépression, chutes inexpliquées.  
🔹 Ronflements, pauses respiratoires observées, nycturie, sécheresse buccale.  
🔹 HTA résistante, fibrillation auriculaire, syndrome métabolique.  
⚠️ Présentation souvent non spécifique : dépistage ciblé indispensable.

# 🧪 Outils diagnostiques

📋 Interrogatoire (patient + entourage), échelle d’Epworth peu fiable chez les >75 ans.  
🎧 Enregistrement polygraphique ventilatoire nocturne (ambulatoire ou hospitalier).  
🛏️ Polysomnographie complète si suspicion de trouble du sommeil complexe.  
📊 IAH (index d’apnée-hypopnée) > 15/h = pathologique ; > 30/h = sévère.  
⚖️ Évaluation des comorbidités et de l’impact fonctionnel avant décision thérapeutique.

# 💊 Options thérapeutiques

1️⃣ Ventilation par PPC (pression positive continue) : traitement de référence si bonne tolérance.  
2️⃣ Orthèse d’avancée mandibulaire : si SAS modéré + refus ou échec PPC.  
3️⃣ Mesures hygiéno-diététiques : perte de poids, réduction alcool/sédatifs, sommeil régulier.  
4️⃣ Surveiller les effets secondaires : sécheresse nasale, insomnie, pression d’air inconfortable.  
📘 Choix thérapeutique basé sur bénéfice fonctionnel attendu, qualité de vie et observance prévisible.

# 📋 Suivi du traitement

📆 Réévaluation à 1 mois puis tous les 6 mois.  
📈 Contrôle de l’adhésion : ≥ 4 h/nuit en moyenne avec PPC.  
🧠 Surveillance des effets cognitifs, cardiovasculaires, de la somnolence.  
📘 Intégration dans le PPA avec impact sur les risques (chutes, décompensations, polypathologie).

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : repérage, suivi à long terme.  
🛌 Pneumologue ou ORL : diagnostic, mise en place du traitement.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : accompagnement à l’usage du dispositif, soutien à l’observance.  
🛠️ Technicien PPC : réglage, maintenance, conseils pratiques.  
👪 Famille / aidants : soutien, observations nocturnes, relais motivationnel.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne pas attribuer automatiquement une fatigue ou une somnolence au vieillissement.  
✅ Évaluer régulièrement l’adhésion au traitement et les effets bénéfiques.  
✅ Ne pas imposer un traitement si inconfortable ou sans bénéfice fonctionnel visible.  
✅ Associer systématiquement hygiène du sommeil et traitement technique.  
✅ Adapter les modalités de diagnostic et de suivi au domicile ou à l’EHPAD.

# 📘 Références

• SPLF – Recommandations sur l’apnée du sommeil chez le sujet âgé.  
• SFGG – Troubles du sommeil et vieillissement.  
• HAS – Évaluation et prise en charge du SAS de l’adulte.

Fiche Recommandation 77 — gériatrie — Décision de non-dialyse en IRC terminale

# ⛳ Intitulé du thème

Chez la personne âgée atteinte d’insuffisance rénale chronique (IRC) terminale, la décision de ne pas initier une dialyse repose sur une approche centrée sur la qualité de vie, la fragilité globale, les souhaits du patient et le pronostic global. Cette décision, médicalement et éthiquement justifiée, implique une stratégie palliative rénale et un accompagnement multidisciplinaire structuré.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Évaluer la pertinence de la dialyse au regard de la fragilité, du pronostic et de la volonté du patient.  
✅ Organiser une prise en charge palliative rénale non substitutive.  
✅ Maintenir une qualité de vie optimale malgré la progression de l’IRC.  
✅ Prévenir et soulager les symptômes liés à l’urémie terminale.  
✅ Inscrire cette décision dans un cadre anticipé, partagé et documenté dans le PPA.

# 📌 Critères de décision de non-dialyse

🔹 Fragilité sévère (score de Rockwood > 7, dépendance complète).  
🔹 Démence ou perte cognitive rendant impossible l’observance du traitement.  
🔹 Polypathologie avancée (insuffisance cardiaque, cancer, syndrome gériatrique complexe).  
🔹 Perception du patient (refus explicite, préférence pour un accompagnement palliatif).  
🔹 Estimation d’une espérance de vie < 6 à 12 mois malgré la dialyse.  
📘 Concertation collégiale recommandée, avec traçabilité de la décision dans le dossier médical.

# 💊 Prise en charge palliative rénale

📦 Mesures symptomatiques :  
- Diurétiques pour gérer les œdèmes.  
- Chélateurs du phosphate, bicarbonates, érythropoïétine si bénéfice attendu.  
- Traitement de la douleur, de l’anxiété, des nausées, du prurit, de la dyspnée.  
🥗 Soutien nutritionnel et hydratation adaptée (ni excès ni restriction abusive).  
💉 Éviter les soins agressifs sans bénéfice fonctionnel : hospitalisations répétées, bilans invasifs.

# 📋 Communication et cadre éthique

💬 Informer clairement le patient (si possible) et ses proches sur :  
- L’absence d’indication de dialyse du fait du contexte global.  
- Les modalités du suivi et du soulagement des symptômes.  
- L’évolution naturelle de l’IRC terminale et les possibilités d’anticipation (soins palliatifs, directives anticipées).  
📘 Désignation de la personne de confiance recommandée.  
📄 Documentation de la décision dans le PPA, le dossier médical et le DMP.

# 📋 Suivi médical en phase palliative

📆 Consultation régulière de suivi : surveillance clinique, traitement symptomatique.  
📉 Réévaluation du confort, de la douleur, du sommeil, de la cognition, de l’état fonctionnel.  
📘 Coordination avec les soins à domicile, l’HAD ou l’équipe mobile de soins palliatifs.  
⚰️ Anticipation des modalités de fin de vie et accompagnement des proches.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Néphrologue : expertise médicale, validation du non-recours à la dialyse.  
👴 Gériatre ou médecin traitant : pilotage du parcours palliativiste.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : soins quotidiens, repérage de la douleur, soutien relationnel.  
🥗 Diététicien(ne) : adaptation douce du régime alimentaire, accompagnement du plaisir de manger.  
👪 Famille : implication dans le suivi, accompagnement à domicile.  
📘 Soins palliatifs : appui technique et éthique dans la phase terminale.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne pas initier de dialyse si elle aggrave la perte fonctionnelle ou va à l’encontre du projet de vie.  
✅ Associer systématiquement l’équipe de soins palliatifs si la phase terminale est proche.  
✅ Respecter les souhaits du patient, même implicites, dans une dynamique de soins proportionnés.  
✅ Anticiper les situations d’urgence (dyspnée, confusion, arrêt de l’alimentation) avec un protocole clair.  
✅ Garantir la dignité, la continuité des soins et le non-abandon jusqu’au décès.

# 📘 Références

• SFNDT – Recommandations sur la non-dialyse et les soins de fin de vie en néphrologie.  
• HAS – Stratégie de soins en fin de vie pour les patients en insuffisance rénale.  
• SFGG – Éthique et arrêt de traitement chez la personne âgée dépendante.

Fiche Recommandation 78 — gériatrie — Surveillance et adaptation des médicaments en IRC

# ⛳ Intitulé du thème

Chez la personne âgée atteinte d’insuffisance rénale chronique (IRC), l’adaptation des posologies médicamenteuses est une exigence quotidienne. Une fonction rénale diminuée modifie la pharmacocinétique, expose à une accumulation toxique et à une iatrogénie évitable. La vigilance est d’autant plus importante que la personne est polymédiquée ou fragile.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Évaluer précisément la fonction rénale réelle (DFG).  
✅ Identifier les médicaments à risque chez les sujets âgés avec IRC.  
✅ Adapter les posologies ou proposer des alternatives mieux tolérées.  
✅ Mettre en place une surveillance biologique et clinique ciblée.  
✅ Intégrer ces adaptations dans une démarche globale de bon usage des médicaments (PPA, BUM).

# 📌 Évaluation de la fonction rénale

📋 Éviter de se baser uniquement sur la créatininémie chez le sujet âgé (masque une IR en cas de sarcopénie).  
📊 Utiliser la formule CKD-EPI (ou MDRD si nécessaire) pour estimer le DFG.  
🔍 Vérifier systématiquement le DFG avant l’introduction ou l’adaptation de médicaments à élimination rénale.  
📈 Considérer le stade de l’IRC :  
- G3a (45–59), G3b (30–44), G4 (15–29), G5 (<15).

# 💊 Médicaments nécessitant adaptation ou vigilance

🔸 Antidiabétiques :  
- Metformine : CI si DFG < 30, réduction posologique si 30–45.  
- Glipizide/glibenclamide : à éviter (risque d’hypoglycémie).  
🔸 Antibiotiques :  
- Aminosides, vancomycine, céphalosporines : adaptation selon DFG.  
- Nitrofurantoïne : CI si DFG < 60.  
🔸 Cardiologie :  
- Digoxine : surveillance étroite, dose réduite si DFG < 50.  
- IEC/ARA2 : surveillance créat et K+.  
🔸 Analgésiques :  
- Éviter les AINS, codéine, morphiniques à élimination rénale (morphine, tramadol).  
🔸 Autres :  
- Lithium, allopurinol, baclofène : posologie réduite voire arrêt si DFG < 30.

# 📋 Surveillance des effets indésirables et ajustements

📆 Contrôle biologique régulier : créatinine, ionogramme, fonction hépatique si co-prescription.  
🧠 Surveillance clinique : confusion, chute, hypo/hyperkaliémie, signes digestifs ou neurologiques.  
📘 Traçabilité des adaptations dans le PPA et les ordonnances.  
🔁 Révision de la prescription à chaque hospitalisation, changement de lieu de vie ou dégradation fonctionnelle.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant ou gériatre : coordination de la prescription et du suivi.  
💊 Pharmacien : vérification des posologies, interactions, aide à la simplification.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : repérage des signes cliniques d’alerte.  
📘 Utilisation d’outils : Thériaque, BUM, STOPP-START, référentiels de la HAS.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Toujours vérifier le DFG avant toute prescription potentiellement néphrotoxique.  
✅ Adapter les posologies dès le stade G3b.  
✅ Ne pas renouveler automatiquement des traitements inadaptés à l’évolution rénale.  
✅ Intégrer le pharmacien dans la réévaluation médicamenteuse.  
✅ Documenter toute adaptation dans le PPA et le DMP.

# 📘 Références

• HAS – Bon usage des médicaments en insuffisance rénale chronique.  
• SFNDT – Recommandations médicamenteuses chez l’insuffisant rénal.  
• SFGG – Iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée.

Fiche Recommandation 79 — gériatrie — Stratégie de renutrition en cas de dénutrition sévère

# ⛳ Intitulé du thème

La dénutrition sévère chez la personne âgée est une urgence fonctionnelle. Elle est associée à une augmentation de la morbi-mortalité, une perte d’autonomie, un risque infectieux et une inefficacité thérapeutique. Une stratégie de renutrition adaptée, progressive et individualisée est indispensable pour rétablir les capacités fonctionnelles et améliorer la qualité de vie.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Identifier les signes de dénutrition sévère.  
✅ Mettre en œuvre une stratégie de renutrition progressive et individualisée.  
✅ Prévenir le syndrome de renutrition inappropriée (SRRI).  
✅ Assurer un suivi régulier des apports et de la tolérance.  
✅ Intégrer la renutrition dans le projet personnalisé d’accompagnement (PPA).

# 📌 Critères de dénutrition sévère (HAS/SFGG)

🔹 Perte de poids ≥10 % en 1 mois ou ≥15 % en 6 mois.  
🔹 IMC < 18,5 kg/m² chez <70 ans, <21 kg/m² chez ≥70 ans.  
🔹 Albumine < 30 g/L ou préalbumine < 0,15 g/L.  
🔹 MNA < 17 ou score nutritionnel clinique bas.  
⚠️ Toute dénutrition sévère nécessite un avis diététique urgent.

# 🥗 Stratégie nutritionnelle adaptée

1️⃣ Apports nutritionnels progressifs :  
- Objectif : 30–35 kcal/kg/j et 1,2–1,5 g de protéines/kg/j.  
- Augmenter progressivement sur 3 à 5 jours.  
2️⃣ Supplémentation orale :  
- Boissons hyperprotéinées, crèmes enrichies, biscuits enrichis, en complément des repas.  
- 2 à 3 collations par jour recommandées.  
3️⃣ Nutrition entérale :  
- Indiquée si incapacité à couvrir ≥50 % des besoins par voie orale pendant 5 à 7 jours.  
- SNG à court terme ou gastrostomie selon durée prévue.  
4️⃣ Supplémentation spécifique :  
- Vitamine D (800–1000 UI/j), B1/B6 si SRRI, potassium, magnésium si déficit ou anorexie durable.

# 📋 Surveillance clinique et biologique

📆 Poids, appétit, tolérance digestive évalués 1–2 fois/semaine.  
🧪 Bilan biologique : phosphore, magnésium, glycémie, albumine, CRP.  
⚠️ Syndrome de renutrition inappropriée :  
- Hypophosphorémie, hypokaliémie, troubles du rythme, confusion.  
- Risque maximal dans les 72 premières heures de réalimentation.  
📘 Intégrer les objectifs de renutrition dans le PPA avec plan de suivi et d’adaptation.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin : prescription et surveillance des apports.  
🥗 Diététicien(ne) : évaluation, plan de renutrition, adaptation aux goûts et capacités.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance des signes cliniques, accompagnement au repas.  
🛠️ Ergothérapeute : adaptation de la posture, aides à la prise alimentaire.  
👪 Aidants : relais pour maintenir un apport suffisant à domicile ou en EHPAD.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne jamais réalimenter brutalement un patient très dénutri.  
✅ Toujours prescrire une surveillance biologique rapprochée en début de renutrition.  
✅ Prioriser l’enrichissement oral si possible.  
✅ Valoriser l’aspect sensoriel, social et plaisir de l’alimentation.  
✅ Réévaluer régulièrement la stratégie en fonction de la récupération fonctionnelle.

# 📘 Références

• HAS – Recommandations sur la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée.  
• SFGG / GSSGS – Dénutrition : repérage et intervention chez le sujet âgé.  
• ESPEN – Clinical nutrition in older adults (2021).

Fiche Recommandation 79 — gériatrie — Stratégie de renutrition en cas de dénutrition sévère

# ⛳ Intitulé du thème

La dénutrition sévère chez la personne âgée est une urgence fonctionnelle. Elle est associée à une augmentation de la morbi-mortalité, une perte d’autonomie, un risque infectieux et une inefficacité thérapeutique. Une stratégie de renutrition adaptée, progressive et individualisée est indispensable pour rétablir les capacités fonctionnelles et améliorer la qualité de vie.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Identifier les signes de dénutrition sévère.  
✅ Mettre en œuvre une stratégie de renutrition progressive et individualisée.  
✅ Prévenir le syndrome de renutrition inappropriée (SRRI).  
✅ Assurer un suivi régulier des apports et de la tolérance.  
✅ Intégrer la renutrition dans le projet personnalisé d’accompagnement (PPA).

# 📌 Critères de dénutrition sévère (HAS/SFGG)

🔹 Perte de poids ≥10 % en 1 mois ou ≥15 % en 6 mois.  
🔹 IMC < 18,5 kg/m² chez <70 ans, <21 kg/m² chez ≥70 ans.  
🔹 Albumine < 30 g/L ou préalbumine < 0,15 g/L.  
🔹 MNA < 17 ou score nutritionnel clinique bas.  
⚠️ Toute dénutrition sévère nécessite un avis diététique urgent.

# 🥗 Stratégie nutritionnelle adaptée

1️⃣ Apports nutritionnels progressifs :  
- Objectif : 30–35 kcal/kg/j et 1,2–1,5 g de protéines/kg/j.  
- Augmenter progressivement sur 3 à 5 jours.  
2️⃣ Supplémentation orale :  
- Boissons hyperprotéinées, crèmes enrichies, biscuits enrichis, en complément des repas.  
- 2 à 3 collations par jour recommandées.  
3️⃣ Nutrition entérale :  
- Indiquée si incapacité à couvrir ≥50 % des besoins par voie orale pendant 5 à 7 jours.  
- SNG à court terme ou gastrostomie selon durée prévue.  
4️⃣ Supplémentation spécifique :  
- Vitamine D (800–1000 UI/j), B1/B6 si SRRI, potassium, magnésium si déficit ou anorexie durable.

# 📋 Surveillance clinique et biologique

📆 Poids, appétit, tolérance digestive évalués 1–2 fois/semaine.  
🧪 Bilan biologique : phosphore, magnésium, glycémie, albumine, CRP.  
⚠️ Syndrome de renutrition inappropriée :  
- Hypophosphorémie, hypokaliémie, troubles du rythme, confusion.  
- Risque maximal dans les 72 premières heures de réalimentation.  
📘 Intégrer les objectifs de renutrition dans le PPA avec plan de suivi et d’adaptation.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin : prescription et surveillance des apports.  
🥗 Diététicien(ne) : évaluation, plan de renutrition, adaptation aux goûts et capacités.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance des signes cliniques, accompagnement au repas.  
🛠️ Ergothérapeute : adaptation de la posture, aides à la prise alimentaire.  
👪 Aidants : relais pour maintenir un apport suffisant à domicile ou en EHPAD.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne jamais réalimenter brutalement un patient très dénutri.  
✅ Toujours prescrire une surveillance biologique rapprochée en début de renutrition.  
✅ Prioriser l’enrichissement oral si possible.  
✅ Valoriser l’aspect sensoriel, social et plaisir de l’alimentation.  
✅ Réévaluer régulièrement la stratégie en fonction de la récupération fonctionnelle.

# 📘 Références

• HAS – Recommandations sur la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée.  
• SFGG / GSSGS – Dénutrition : repérage et intervention chez le sujet âgé.  
• ESPEN – Clinical nutrition in older adults (2021).

Fiche Recommandation 80 — gériatrie — Textures alimentaires modifiées (IDDSI)

# ⛳ Intitulé du thème

Les textures alimentaires modifiées selon le standard IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) sont essentielles dans la prise en charge des troubles de la déglutition chez la personne âgée. Elles permettent d’assurer la sécurité des repas, d’éviter les fausses routes et d’adapter les repas au niveau de mastication et de déglutition, tout en conservant le plaisir de manger.

# 🎯 Objectifs de la prise en charge

✅ Sécuriser la prise alimentaire des personnes ayant des troubles de la déglutition.  
✅ Adapter la texture des solides et la viscosité des liquides au profil du patient.  
✅ Prévenir les fausses routes, la dénutrition, la déshydratation et la perte de plaisir alimentaire.  
✅ Harmoniser les pratiques entre les différents professionnels.  
✅ Intégrer la stratégie IDDSI dans le PPA et la coordination des soins.

# 📌 Classification IDDSI

🍴 Solides :  
- Niveau 7 : Régulier  
- Niveau 6 : Facile à mâcher  
- Niveau 5 : Haché et humidifié  
- Niveau 4 : Purée  
- Niveau 3 : Liquide épais  
🥤 Liquides :  
- Niveau 0 : Eau  
- Niveau 1 : Légèrement épais  
- Niveau 2 : Modérément épais  
- Niveau 3 : Liquide épais (couche miel)  
- Niveau 4 : Liquide très épais (couche pudding, utilisé avec la purée)

# 🛠️ Mise en place dans la pratique

📋 Évaluation orthophonique préalable (test de déglutition, texture adaptée).  
🥗 Préparation des repas : textures homogènes, non collantes, température agréable, présentation soignée.  
🛏️ Positionnement du patient : assis 90°, surveillance pendant et après le repas.  
🧪 Test à la fourchette / cuillère IDDSI pour valider la texture (tenue, écoulement, résidu).  
📘 Traçabilité dans le dossier de soins et le plan alimentaire du PPA.

# 📋 Suivi et ajustements

📆 Réévaluation tous les 3 mois ou à chaque modification clinique.  
🧠 Surveillance de l’appétit, du poids, de l’hydratation, des signes de fausses routes.  
🥣 Ajustement progressif vers une texture plus libre si amélioration des capacités de déglutition.  
🗣️ Collaboration régulière avec orthophoniste, diététicien et soignants.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin : validation du niveau de texture prescrit.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : supervision de la prise alimentaire, vigilance sur la tolérance.  
🗣️ Orthophoniste : évaluation et recommandation du niveau IDDSI.  
🥗 Diététicien(ne) : adaptation des menus et surveillance nutritionnelle.  
👩‍🍳 Cuisine / prestataires : formation aux textures, respect des consignes.  
👪 Famille / aidants : accompagnement et continuité du protocole au domicile.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne pas imposer une texture modifiée sans évaluation formelle.  
✅ Préserver la présentation et le plaisir gustatif malgré la texture.  
✅ Former les équipes et les familles aux niveaux IDDSI.  
✅ Éviter les menus stéréotypés ou appauvrissants sur le plan nutritionnel.  
✅ Documenter clairement le niveau de texture dans le PPA et le DMP.

# 📘 Références

• GSSGS – Guide pratique des textures modifiées.  
• IDDSI – International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (www.iddsi.org).  
• HAS – Prise en charge des troubles de la déglutition chez la personne âgée.

Fiche Recommandation 81 — gériatrie — Directives anticipées et personne de confiance

# ⛳ Intitulé du thème

Les directives anticipées (DA) et la désignation d’une personne de confiance (PDC) permettent à la personne âgée d’exprimer ses volontés concernant la fin de vie, les soins, et les interventions médicales futures. Ces dispositifs renforcent l’autonomie et encadrent les décisions en cas d’altération des capacités à s’exprimer. Ils doivent être intégrés systématiquement dans l’accompagnement gériatrique, en particulier dans le cadre du PPA.

# 🎯 Objectifs de la démarche

✅ Respecter les volontés de la personne âgée concernant ses soins futurs.  
✅ Anticiper les situations d’incapacité à consentir (confusion, coma, démence).  
✅ Favoriser la discussion autour des soins de fin de vie de façon éthique et apaisée.  
✅ Impliquer les proches dans un cadre clair et sécurisant.  
✅ Inscrire les choix dans le DMP et dans le projet personnalisé d’accompagnement (PPA).

# 📌 Définitions et cadre juridique

📋 Directives anticipées (DA) :  
- Document écrit, daté et signé, par lequel une personne exprime ses volontés pour sa fin de vie.  
- Peuvent être rédigées à tout moment, modifiables et révocables.  
- Imposent au médecin de respecter les volontés exprimées sauf exception (urgence vitale, caractère manifestement inapproprié).  
👤 Personne de confiance (PDC) :  
- Désignée par écrit, accompagnant le patient dans les démarches médicales.  
- Elle témoigne de la volonté du patient si celui-ci ne peut plus s’exprimer.  
- Peut être un proche, un ami, mais pas nécessairement un membre de la famille.  
📘 Références légales : Loi n°2005-370 (loi Leonetti), renforcée par la loi n°2016-87 (loi Claeys-Leonetti).

# 🛠️ Mise en œuvre dans le parcours de soins

📄 Mise à disposition de formulaires standardisés dans les établissements ou au domicile.  
💬 Discussion avec le médecin traitant ou un professionnel référent pour accompagner la rédaction.  
📘 Intégration dans le DMP, dans le dossier médical, dans le DLU ou dans le PPA.  
🔄 Possibilité de modifier à tout moment les DA ou de changer de PDC.  
🧠 Nécessité d’un accompagnement bienveillant pour éviter les blocages émotionnels ou familiaux.

# 📋 Situations fréquentes et recommandations

🔹 Maladie neuro-évolutive débutante : rédaction précoce recommandée.  
🔹 Résidents en EHPAD : évaluation systématique à l’entrée ou lors d’une réévaluation du PPA.  
🔹 Retour à domicile après hospitalisation : réouverture de la discussion sur les DA.  
🔹 Conflits familiaux : désignation d’une PDC peut prévenir les tensions et arbitrages.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : information, validation, conservation des DA.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : rôle de relais, sensibilisation à domicile ou en institution.  
📘 Cadre de santé / coordinateur PPA : vérification de la présence des DA et de la PDC dans le dossier.  
🧠 Psychologue : soutien à la verbalisation, aide au positionnement éthique.  
👪 Famille : information claire sur le rôle de la PDC et sur le respect des DA.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Ne pas attendre une dégradation de santé pour proposer la rédaction des DA.  
✅ Réévaluer régulièrement l’adéquation entre les DA et la situation médicale.  
✅ Informer les équipes soignantes de la présence d’une PDC ou de DA.  
✅ Utiliser des formulaires lisibles et conformes au cadre légal.  
✅ Respecter l’équilibre entre accompagnement et non-injonction à rédiger.

# 📘 Références

• HAS – Guide de bonnes pratiques sur les directives anticipées et la personne de confiance.  
• SFAP – Accompagnement de la fin de vie : droits et outils du patient.  
• Loi n°2005-370 et Loi n°2016-87 sur la fin de vie (Leonetti/Claeys-Leonetti).

Fiche Recommandation 82 — gériatrie — Sédation en soins palliatifs

# ⛳ Intitulé du thème

La sédation en soins palliatifs est un traitement ultime pour soulager une souffrance réfractaire en fin de vie. Elle doit respecter un cadre légal strict, une indication médicale collégiale, et une information complète du patient ou de sa personne de confiance. Chez la personne âgée, elle est particulièrement indiquée dans le cadre de détresses symptomatiques en phase terminale.

# 🎯 Objectifs de la démarche

✅ Soulager une souffrance physique ou psychique réfractaire à tout autre traitement.  
✅ Respecter la volonté du patient en fin de vie, exprimée directement ou par la personne de confiance.  
✅ Mettre en œuvre une sédation éthique, tracée, proportionnée et collégiale.  
✅ Assurer un accompagnement des proches et de l’équipe soignante.  
✅ Inscrire cette démarche dans le projet de soins individualisé (PPA ou PPCS).

# 📌 Cadre législatif et éthique (Loi Claeys-Leonetti)

📘 Loi n°2016-87 du 2 février 2016 : introduit le droit à la sédation profonde et continue maintenue jusqu’au décès (SPCMD).  
🔹 Sédation proportionnée : pour souffrance aiguë réfractaire ou geste à risque.  
🔹 SPCMD : uniquement en phase terminale pour souffrance réfractaire ou arrêt des traitements vitaux à la demande du patient.  
⚖️ Nécessité d’une décision collégiale, d’une traçabilité, et d’une concertation avec la personne de confiance ou la famille.

# 🛠️ Indications et modalités

📋 Indications fréquentes :  
- Douleur incontrôlable malgré traitement maximal.  
- Dyspnée terminale, agitation extrême, hémorragie cataclysmique.  
- Décision d’arrêt de traitement vital (hydration, nutrition, ventilation…).  
💉 Modalités :  
- Médicament principal : midazolam (SC ou IV), parfois associé à morphine, neuroleptiques.  
- Titration progressive selon réponse.  
- Maintien jusqu’au décès si SPCMD décidée.  
📝 Prescription, consentement, compte-rendu collégial obligatoires.

# 📋 Suivi et accompagnement

👥 Annonce, explication et consentement du patient ou de ses représentants.  
📘 Évaluation régulière de l’effet sédatif, du confort et de l’absence de souffrance.  
🧠 Accompagnement psychologique de la famille et de l’équipe.  
📄 Inscription dans le DMP, PPA et rapport de soins.  
⚰️ Préparation à la phase terminale et gestion post-mortem respectueuse.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin prescripteur (souvent médecin traitant, HAD, soins palliatifs).  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : mise en œuvre, surveillance, soutien relationnel.  
🧠 Psychologue : présence auprès de la famille, soutien des soignants.  
📘 Équipe mobile de soins palliatifs : appui technique et éthique.  
👪 Personne de confiance / famille : impliquée dans les décisions, témoin du consentement.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Anticiper et documenter la discussion sur la fin de vie dans le PPA.  
✅ Ne jamais imposer une sédation sans accord ou en dehors du cadre légal.  
✅ Ne pas confondre sédation palliative et euthanasie (finalité ≠).  
✅ Assurer la traçabilité écrite de la procédure dans le dossier médical.  
✅ Maintenir un climat humain, digne et apaisé jusqu’à la fin.

# 📘 Références

• HAS – Sédation profonde et continue jusqu’au décès : guide de mise en œuvre.  
• SFAP – Fiches pratiques sur la sédation palliative.  
• Loi Claeys-Leonetti 2016 – Code de la santé publique.

Fiche Recommandation 83 — gériatrie — Évaluation de la prise en charge des patients âgés

# ⛳ Intitulé du thème

L’évaluation de la prise en charge des patients âgés en établissement de santé s’inscrit dans le cadre du référentiel de certification HAS 2025. Elle repose sur une approche intégrée, anticipatrice et pluridisciplinaire visant à prévenir la dépendance iatrogène, à préserver l’autonomie, et à garantir la pertinence des parcours hospitaliers.

# 🎯 Objectifs de la démarche

✅ Prévenir les risques spécifiques liés à l’hospitalisation de la personne âgée.  
✅ Repérer les fragilités et ajuster le projet de soins pour éviter les décompensations.  
✅ Coordonner les soins pour éviter les ruptures de parcours et les transferts évitables.  
✅ Respecter la dignité, l’intimité et les droits de la personne âgée hospitalisée.  
✅ Favoriser l’implication de la personne et de ses proches dans l’élaboration du projet de soins.

# 📌 Points d’attention en établissement

🔸 Prévention de la dépendance iatrogène : immobilisation, confusion, dénutrition, chutes, incontinence, effets indésirables médicamenteux.  
🔸 Organisation territoriale pour limiter les transferts aux urgences : recours à la télémédecine, admissions directes, mobilisation des filières gériatriques.  
🔸 Implication du patient âgé : évaluation des préférences, consentement, autonomie, projet de soins centré sur le maintien de la qualité de vie.  
🔸 Implication de l’entourage : consentement, informations partagées, relais à domicile.  
🔸 Continuité et qualité de la sortie : coordination ville-hôpital, lettre de liaison, traitement, informations, relais en ville, retour à domicile ou orientation vers structure adaptée.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin : évaluation initiale, projet de soins, arbitrage thérapeutique.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : coordination, prévention des risques, conciliation médicamenteuse.  
👪 Proches : implication dans les décisions avec accord de la personne.  
📘 Travailleur social : organisation de la sortie, relais vers les dispositifs d’aides.  
🏠 Coordination gériatrique territoriale (HAD, PTA, DAC, CRT, EHPAD, SSR).

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Systématiser l’évaluation de l’autonomie et des risques dès l’admission.  
✅ Prévenir la contention injustifiée, les prescriptions inadaptées et les ruptures de soins.  
✅ Inscrire le projet de soins dans le dossier médical et l’articuler avec le projet de vie.  
✅ Tracer les directives anticipées, les souhaits de fin de vie et la personne de confiance.  
✅ Veiller à une information adaptée à la personne âgée selon ses capacités cognitives et sensorielles.

# 📘 Références

• HAS (2025) : Évaluation de la prise en charge des patients âgés – fiche pédagogique avril 2025.  
• Certification des établissements de santé – référentiel HAS 2023–2025.  
• Loi n° 2002-2 rénovant l’action sociale et médico-sociale.

Fiche Recommandation 84 — gériatrie — Confusion aiguë chez la personne âgée (arbre décisionnel)

# ⛳ Intitulé du thème

La confusion aiguë (ou syndrome confusionnel) est une urgence gériatrique fréquente, souvent multifactorielle. Elle peut révéler une pathologie aiguë, un trouble métabolique ou une situation environnementale inadaptée. Cette fiche propose une démarche décisionnelle systématique d’évaluation et d’orientation.

# 🎯 Objectif de la conduite à tenir

Identifier la cause principale de la confusion et orienter rapidement vers la prise en charge adaptée (urgence, ajustement thérapeutique, environnement…).

# 🧭 Arbre décisionnel

🔹 Étape 1 : Confirmer la confusion  
 - Signes cliniques : trouble attentionnel, désorganisation de la pensée, fluctuations.  
 - Utiliser le 4AT ou la grille CAM.  
  
🔹 Étape 2 : Éliminer une urgence vitale ou cause accessible  
 - Fièvre ≥ 38 °C → infection (ECBU, NFS, CRP, hémocultures).  
 - FR > 30/min ou SpO2 < 92 % → pneumopathie ?  
 - TA < 90 mmHg ou signes de choc ? → sepsis, hypovolémie.  
  
🔹 Étape 3 : Rechercher les causes fréquentes  
 - Médicaments récents ou modifiés (psychotropes, BZD, anticholinergiques) ?  
 - Déshydratation, hyponatrémie, hypercalcémie ?  
 - Globe vésical, fécalome ?  
 - Douleur, trouble du sommeil, isolement ?  
  
🔹 Étape 4 : Décision d’orientation  
 - Urgence vitale ? → appel 15 / hospitalisation.  
 - Cause réversible traitée ? → maintien à domicile possible avec surveillance.  
 - Premier épisode ? → évaluation gériatrique approfondie recommandée.

# 📋 Examens de première intention

- Glycémie capillaire  
- Ionogramme sanguin, créat, calcémie  
- NFS, CRP  
- ECBU + BU  
- ECG  
- +/- TDM cérébral si signes focaux, trauma, confusion persistante sans cause évidente

# 🧠 Environnement et soutien cognitif

- Réassurance, orientation dans le temps et l’espace.  
- Présence d’un proche si possible.  
- Maintien du cycle veille-sommeil naturel (lumière, pas de stimulation nocturne).  
- Surveillance 24h en cas de désorientation majeure.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant ou gériatre : bilan, diagnostic, coordination.  
👩‍⚕️ IDE : surveillance des signes vitaux, hydratation, repérage d’aggravation.  
👪 Aidants : rôle dans l’anamnèse, la surveillance, le réconfort.  
📘 Infirmier coordinateur SAD / EHPAD : réévaluation du plan de soins.

# 📘 Références

• HAS – Repérage et prise en charge du syndrome confusionnel chez la personne âgée.  
• SFGG – Recommandations : conduite à tenir devant une confusion aiguë.  
• Outils : grille CAM, 4AT, échelle de Glasgow.

Fiche Recommandation 85 — gériatrie — Dyspnée aiguë chez la personne âgée (arbre décisionnel)

**⛳ Intitulé du thème**

La dyspnée aiguë chez la personne âgée est une situation fréquente et potentiellement grave, nécessitant une évaluation diagnostique rapide. Elle peut avoir des causes multiples : respiratoires, cardiaques, métaboliques ou fonctionnelles. Cette fiche propose un arbre décisionnel structuré pour guider la prise en charge.

**🎯 Objectif de la conduite à tenir**

Identifier rapidement la cause de la dyspnée et orienter le patient vers une prise en charge adaptée, en tenant compte de la gravité, de la comorbidité et du lieu de vie.

**🧭 Arbre décisionnel**

🔹 Étape 1 : Évaluation de la gravité  
 - Signes de détresse respiratoire : FR > 30/min, SpO2 < 90 %, cyanose, tirage.  
 - Signes d’instabilité hémodynamique : TA < 90 mmHg, confusion, marbrures.  
 → Oui : appel 15 / transport médicalisé.  
  
🔹 Étape 2 : Recherche rapide de l’étiologie  
 - Fièvre, crépitants, toux productive ? → pneumopathie.  
 - Œdèmes, crépitants, orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne ? → OAP / IC décompensée.  
 - Douleur thoracique, hémoptysie, tachycardie ? → embolie pulmonaire.  
 - Antécédent BPCO / asthme, sibilants, allongement expiration ? → exacerbation BPCO / asthme.  
 - Anémie, acidose métabolique, sepsis ? → causes mixtes métaboliques.  
  
🔹 Étape 3 : Orientation  
 - Instabilité → appel 15 / hospitalisation.  
 - Contexte connu et stable (ex. BPCO modérée, IC chronique) → traitement à domicile avec surveillance.  
 - Absence de diagnostic clair → bilan complémentaire urgent.

**📋 Examens de première intention**

- SpO2, FR, TA, FC, température  
- ECG  
- NFS, CRP, iono, gaz du sang si possible  
- BNP ou NT-proBNP si suspicion IC  
- D-dimères si suspicion EP et score modéré  
- Radiographie thoracique  
- ECBU, hémocultures, recherche grippe / COVID si contexte épidémique

**💊 Prise en charge symptomatique initiale**

- Oxygénothérapie : SpO2 cible 92–95 %, éviter excès chez BPCO (88–92 %)  
- Position demi-assise  
- Diurétiques IV si OAP  
- Antibiothérapie si pneumopathie présumée  
- Bronchodilatateurs si BPCO ou asthme  
- Transport si aggravation ou échec à 1–2h

**👥 Coordination interprofessionnelle**

🧑‍⚕️ Médecin traitant / régulateur SAMU : coordination initiale  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance clinique, O2, accompagnement  
👪 Aidants / famille : soutien, relais d’alerte  
📘 HAD ou soins de ville si maintien à domicile possible

**📘 Références**

• SPLF – Urgences respiratoires chez la personne âgée  
• HAS – Dyspnée aiguë : conduite diagnostique  
• SFGG – Détresse respiratoire chez le sujet âgé : repères pratiques

Fiche Recommandation 86 — gériatrie — Fièvre aiguë chez la personne âgée (arbre décisionnel)

**⛳ Intitulé du thème**

La fièvre aiguë chez la personne âgée est un symptôme fréquent mais souvent atypique. Elle peut être le seul signe d’une pathologie grave. Une approche systématique et rapide permet de distinguer les causes infectieuses, médicamenteuses ou tumorales, et d’initier le traitement approprié.

**🎯 Objectif de la conduite à tenir**

Rechercher la cause d’une fièvre chez le sujet âgé, repérer les signes de gravité, et orienter rapidement la prise en charge adaptée.

**🧭 Arbre décisionnel**

🔹 Étape 1 : Confirmer la fièvre  
 - Température > 38 °C en 2 prises ou > 38,5 °C en 1 prise.  
 - Rechercher des signes associés : confusion, chute, déshydratation.  
  
🔹 Étape 2 : Évaluer la gravité  
 - TA < 90 mmHg, FR > 30/min, confusion, marbrures ? → appel 15 / hospitalisation.  
 - Immunodépression ? Soins palliatifs ? Fragilité extrême ?  
  
🔹 Étape 3 : Rechercher une porte d’entrée évidente  
 - Toux, expectoration, crépitants ? → pneumopathie.  
 - Brûlures mictionnelles, incontinence nouvelle ? → infection urinaire.  
 - Douleur lombaire, anévrisme connu ? → pyélonéphrite, endocardite.  
 - Douleur, rougeur, chaleur, ulcération ? → infection cutanée.  
 - ATCD récent de soins invasifs ? → iatrogénie, infection nosocomiale.  
  
🔹 Étape 4 : Orientation  
 - Instabilité / diagnostic évident / échec traitement ambulatoire → hospitalisation.  
 - Étiologie identifiée, état stable → traitement à domicile avec surveillance.  
 - Pas de diagnostic initial → examens complémentaires.

**📋 Examens de première intention**

- NFS, CRP, iono, urée, créat  
- Hémocultures ×2 si T > 38,5 °C  
- ECBU, BU, +/- cytobactériologie urinaire  
- Radiographie thoracique  
- Bilan hépatique, troponine, ETT si suspicion  
- PCR grippe / COVID selon contexte épidémique

**💊 Traitement symptomatique et étiologique**

- Paracétamol 500–1000 mg × 3/jour (attention fonction hépatique).  
- Hydratation, repos, isolement si infection transmissible.  
- Antibiothérapie si infection documentée ou très probable (cystite, pneumopathie…).  
- Revoir à 48h si fièvre persistante sans étiologie claire.

**👥 Coordination interprofessionnelle**

🧑‍⚕️ Médecin prescripteur : évaluation initiale, examens, décision thérapeutique.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance température, tension, signes associés.  
👪 Aidants : relais d’observation à domicile ou en EHPAD.  
📘 Retour au médecin en cas d’aggravation dans les 24–48h.

**📘 Références**

• HAS – Fièvre inexpliquée chez le sujet âgé : conduite à tenir.  
• SFGG – Fiches pratiques : fièvre chez la personne âgée.  
• SPILF – Recommandations infections chez le sujet âgé.

Fiche Recommandation 87 — gériatrie — Douleur thoracique aiguë chez la personne âgée (arbre décisionnel)

# ⛳ Intitulé du thème

La douleur thoracique aiguë chez la personne âgée est une urgence diagnostique. Les présentations sont souvent atypiques, et les pathologies sous-jacentes graves sont fréquentes (SCA, EP, dissection, péricardite, infections, fractures). Cette fiche propose une démarche arborescente pour identifier rapidement les situations critiques et orienter la prise en charge.

# 🎯 Objectif de la conduite à tenir

Identifier les étiologies graves d’une douleur thoracique aiguë, initier les premières mesures et orienter en urgence si nécessaire.

# 🧭 Arbre décisionnel

🔹 Étape 1 : Évaluer la gravité (urgence vitale)  
 - Douleur constrictive, irradiation bras/mâchoire, sueurs, hypotension ? → SCA.  
 - Dyspnée, polypnée, hémoptysie, douleur basithoracique ? → embolie pulmonaire.  
 - Douleur transfixiante dorsale, différentielle tensionnelle ? → dissection aortique.  
 - Fièvre + douleur pleurale ou rétro-sternale + toux ? → pneumopathie / péricardite.  
  
 → Oui à l’un : appel 15 / ECG / O2 / bilan sanguin en urgence.  
  
🔹 Étape 2 : Contexte gériatrique  
 - Chutes récentes ? → fracture costale.  
 - Zona récent ou douleurs unilatérales en bande ? → zona intercostal.  
 - RGO ou spasme œsophagien ? → douleur non cardiaque.  
  
🔹 Étape 3 : Orientation  
 - Douleur avec signes d’alerte ou étiologie grave ? → hospitalisation immédiate.  
 - Douleur bénigne identifiée et état stable ? → prise en charge à domicile avec suivi rapproché.  
 - Diagnostic incertain ? → imagerie et avis spécialisé rapidement.

# 📋 Examens de première intention

- ECG (immédiat), troponine H0–H3 si SCA suspecté  
- D-dimères si EP possible et score clinique compatible  
- Radiographie thoracique  
- Bilan sanguin : NFS, CRP, iono, urée, créat, gaz du sang si dyspnée  
- Recherche grippe/COVID si toux ou fièvre  
- Échographie pleuro-pulmonaire ou cardiaque en urgence selon disponibilité

# 💊 Prise en charge initiale

- Oxygénothérapie si SpO2 < 92 %  
- Antalgie par palier selon douleur : paracétamol, tramadol (prudence), éviter AINS  
- Repos strict, monitoring si en structure  
- Transfert si SCA, EP, dissection, ou pneumothorax suspecté

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin prescripteur ou SAMU : évaluation et décision de transfert.  
👩‍⚕️ IDE : surveillance ECG, paramètres vitaux, douleur.  
📘 HAD ou service mobile d’urgence si maintien transitoire à domicile.  
👪 Aidants : vigilance sur réapparition ou aggravation des signes.

# 📘 Références

• HAS – Douleur thoracique aiguë : recommandations de diagnostic rapide.  
• SFGG – Prise en charge de la douleur thoracique chez le sujet âgé.  
• ESC – Guidelines sur les SCA et pathologies cardio-thoraciques chez le sujet âgé.

Fiche arbre décisionnel 88 — gériatrie — Malaise chez la personne âgée

**⛳ Intitulé du thème**

Le malaise chez la personne âgée est un symptôme fréquent, multifactoriel, pouvant annoncer une pathologie grave ou une décompensation fonctionnelle. Cette fiche propose une conduite à tenir systématique et prioritaire pour en identifier l’origine et prévenir les récidives.

**🎯 Objectif de la conduite à tenir**

Repérer rapidement une cause urgente de malaise, stabiliser le patient, orienter la prise en charge, et planifier les examens adaptés chez la personne âgée.

**🧭 Arbre décisionnel**

🔹 Étape 1 : Évaluer le contexte du malaise  
 - Chute associée ?  
 - Perte de connaissance ? Durée ?  
 - Palpitations ? Douleur thoracique ? Dyspnée ?  
 - Vomissements ? Hypoglycémie suspectée ?  
  
🔹 Étape 2 : Rechercher une urgence vitale  
 - Trouble du rythme cardiaque (ECG) ?  
 - Signes neurologiques focaux ?  
 - Signes d'hypoperfusion (PA < 90 mmHg, marbrures, confusion) ?  
 → Oui : appel 15, prise en charge urgente.  
  
🔹 Étape 3 : Explorer les causes fréquentes chez la PA  
 - Hypoglycémie, déshydratation, hypotension orthostatique.  
 - Bradycardie / tachycardie, bloc auriculo-ventriculaire.  
 - AVC, AIT ou épilepsie partielle.  
 - Effet médicamenteux (BZD, antihypertenseurs, neuroleptiques).  
 - Douleur, infection, anémie.  
  
🔹 Étape 4 : Décision d’orientation  
 - Cause non élucidée ? → Hospitalisation recommandée.  
 - Cause bénigne identifiée ? → Surveillance à domicile avec évaluation rapide.  
 - Répétition des malaises ? → Bilan approfondi en consultation mémoire / gériatrique.

**📋 Examens de première intention**

- ECG 12 dérivations  
- Glycémie capillaire  
- TA couché/debout (orthostatisme)  
- Ionogramme, créatinine, NFS, TSH  
- Radiographie thoracique, si toux ou dyspnée  
- Bilan infectieux si fièvre  
- Scanner cérébral si signes neurologiques

**💊 Prise en charge initiale**

- Mise en PLS si inconscience transitoire.  
- Apports hydriques par voie orale si déshydratation modérée.  
- Traitement étiologique dès identification : glucose per os ou IV, arrêt médicament fautif.  
- Surveillance rapprochée au domicile si retour possible.

**👥 Coordination interprofessionnelle**

🧑‍⚕️ Médecin traitant : évaluation initiale, prescription du bilan.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance des constantes, vigilance signes de récidive.  
📘 HAD / SSIAD : relais si retour à domicile nécessaire avec fragilité.  
👪 Famille / aidants : vigilance, rôle clé dans l’anamnèse et la surveillance.

**📘 Références**

• HAS – Conduite à tenir devant un malaise chez la personne âgée.  
• SFGG – Démarche diagnostique face à un malaise inexpliqué.  
• Recommandations SPLF, ESC et SFMG pour le bilan du malaise.

Fiche arbre décisionnel 89 — gériatrie — Chute isolée sans perte de connaissance

# ⛳ Intitulé du thème

La chute est l’un des motifs les plus fréquents d’intervention chez la personne âgée. Lorsqu’elle est isolée, sans perte de connaissance, elle peut révéler une fragilité ou une pathologie aiguë. Une évaluation multidimensionnelle permet de prévenir les récidives et d’adapter le parcours de soins.

# 🎯 Objectif de la conduite à tenir

Analyser les causes possibles d’une chute sans traumatisme majeur ni perte de connaissance, identifier les facteurs de risque de récidive, et proposer une stratégie de prévention et de suivi adaptée.

# 🧭 Arbre décisionnel

🔹 Étape 1 : Déterminer les circonstances de la chute  
 - Heure, lieu, activité en cours.  
 - Facteurs déclenchants : déséquilibre, faux mouvement, médication récente.  
  
🔹 Étape 2 : Évaluation post-chute  
 - État général, douleur localisée, mobilité.  
 - Signes de fracture, traumatisme crânien, hématome.  
 - Conscience préservée, pas de confusion ?  
 → Si doute ou plainte douloureuse : radiographie ou avis médical.  
  
🔹 Étape 3 : Identifier les facteurs de chute  
 - Hypotension orthostatique ? Bradycardie ? Médication hypotensive ou psychotrope ?  
 - Déshydratation, infection, trouble métabolique ?  
 - Troubles de la marche, vision, auditifs, chaussures inadaptées ?  
 - Environnement à domicile inadapté ?  
  
🔹 Étape 4 : Décider du lieu de prise en charge  
 - Plaie, fracture suspectée, instabilité vitale → appel médical / urgences.  
 - Chute bénigne, autonomie préservée → maintien à domicile avec bilan gériatrique.  
 - Chutes multiples ou contexte de fragilité → évaluation pluridisciplinaire (mémoire, kiné, ergothérapie).

# 📋 Examens utiles selon le contexte

- Radiographie bassin / rachis / membres douloureux  
- Ionogramme, urée, créat, NFS, glycémie  
- ECG si suspicion trouble du rythme  
- Évaluation orthostatique : TA couché / debout  
- MNA, vision, audition, score de fragilité

# 💊 Prise en charge et prévention

- Réévaluation médicamenteuse : STOPP/START  
- Correction des déficits (vitamine D, hydratation, alimentation)  
- Éducation à la prévention des chutes  
- Mise en sécurité du domicile : ergothérapeute, services à domicile  
- Kinésithérapie : renforcement musculaire, équilibre, marche

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : coordination du bilan et du suivi.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : vigilance à domicile, éducation, suivi post-chute.  
🏠 Ergothérapeute : sécurisation du logement.  
👟 Kinésithérapeute : rééducation posturale et marche.  
👪 Famille / aidants : adaptation du quotidien, surveillance de la récidive.

# 📘 Références

• HAS – Prise en charge des chutes chez la personne âgée.  
• SFGG – Recommandations prévention des chutes.  
• SFMG – Démarche diagnostique post-chute en soins primaires.

Fiche arbre décisionnel 90 — gériatrie — Hypothermie chez la personne âgée

**⛳ Intitulé du thème**

L’hypothermie chez la personne âgée (température < 35 °C) est un signe potentiellement grave. Elle peut être accidentelle ou révélatrice d’une pathologie aiguë, et sa présentation est souvent frustre ou atypique. Cette fiche propose une conduite à tenir systématique adaptée au contexte gériatrique.

**🎯 Objectif de la conduite à tenir**

Identifier la cause et la gravité d’une hypothermie chez une personne âgée, initier les mesures de réchauffement, prévenir les complications, et orienter la prise en charge.

**🧭 Arbre décisionnel**

🔹 Étape 1 : Confirmer l’hypothermie  
 - Température rectale < 35 °C.  
 - Confusion, somnolence, chute, bradycardie, hypotension.  
  
🔹 Étape 2 : Évaluer la gravité  
 - Température < 32 °C = hypothermie sévère → appel 15.  
 - Trouble de conscience, bradycardie < 40, TA < 90 ? → hospitalisation urgente.  
  
🔹 Étape 3 : Rechercher la cause  
 - Exposition prolongée au froid (domicile mal chauffé, chute prolongée).  
 - Infection sévère (urosepsis, pneumopathie, pyélonéphrite).  
 - Iatrogénie : neuroleptiques, sédatifs, BZD, hypoglycémiants.  
 - Dénutrition, hypothyroïdie, hypoglycémie.  
 - AVC du tronc cérébral (rare mais possible).  
  
🔹 Étape 4 : Orientation  
 - Hypothermie sévère ou instabilité → urgence hospitalière.  
 - Hypothermie modérée avec cause identifiée et stable → PEC à domicile possible avec réchauffement et surveillance.  
 - Si doute, réévaluation rapide dans les 6 heures ou consultation gériatrique.

**📋 Examens de première intention**

- Glycémie capillaire  
- Ionogramme, urée, créatinine  
- NFS, CRP, ECBU  
- Bilan hépatique, TSH  
- ECG (bradycardie, troubles de la repolarisation)  
- Radiographie thoracique si suspicion d’infection

**💊 Prise en charge initiale**

- Réchauffement progressif : couvertures, boissons tièdes si conscience intacte.  
- Réhydratation orale ou IV selon état clinique.  
- Surveillance SpO2, TA, température, conscience.  
- Traitement de la cause : antibiotique, correction hormonale ou glycémique.  
- Prévention des récidives : évaluation du logement, prise en charge sociale, aides techniques.

**👥 Coordination interprofessionnelle**

🧑‍⚕️ Médecin : évaluation de la cause, orientation, prescription.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance des paramètres vitaux, mise en œuvre du réchauffement.  
🏠 Travailleurs sociaux / aides à domicile : sécurisation du logement, aides techniques.  
👪 Famille : vigilance et soutien lors des périodes à risque (hiver, isolement).

**📘 Références**

• HAS – Hypothermie accidentelle : repérage et prise en charge.  
• SFGG – Conduite à tenir face à une hypothermie chez la personne âgée.  
• Vidal / Thériaque – Médicaments et hypothermie chez la PA.

Fiche arbre décisionnel 91 — gériatrie — Constipation aiguë ou subocclusion chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

La constipation aiguë ou la subocclusion chez la personne âgée nécessite une évaluation rapide. Elle peut être bénigne ou révéler une pathologie sévère comme un fécalome, une occlusion, ou une pathologie digestive sous-jacente. Une démarche clinique systématique est indispensable.

# 🎯 Objectif de la conduite à tenir

Évaluer la sévérité de la constipation aiguë, différencier la subocclusion ou l’occlusion vraie, rechercher les causes, soulager le patient et éviter les complications.

# 🧭 Arbre décisionnel

🔹 Étape 1 : Évaluer les signes de gravité  
 - Absence totale de gaz ou de selles ?  
 - Douleurs abdominales intenses, vomissements, météorisme ?  
 - Signes de déshydratation, altération de l’état général ?  
 → Oui : suspicion subocclusion / occlusion → appel médical / hospitalisation.  
  
🔹 Étape 2 : Identifier les signes de fécalome  
 - Masse abdominale, douleurs en cadre colique.  
 - Incontinence fécale paradoxale.  
 - Ténesmes, anorexie, nausées.  
 - Défécation rare et incomplète avec selles dures.  
  
🔹 Étape 3 : Explorer les causes  
 - Médicaments : opiacés, anticholinergiques, fer, antiépileptiques ?  
 - Alitement prolongé, hydratation insuffisante ?  
 - Maladie neurologique ou troubles cognitifs ?  
 - Pathologie anorectale ?  
  
🔹 Étape 4 : Orientation  
 - Si suspicion de subocclusion ou fécalome massif → hospitalisation ou lavement en structure.  
 - Si constipation simple : traitement à domicile + suivi dans 48h.  
 - Échec du traitement initial → réévaluation / imagerie.

# 📋 Examens utiles selon contexte

- Examen clinique avec palpation abdominale et toucher rectal.  
- ASP (abdomen sans préparation) si doute sur subocclusion.  
- Ionogramme sanguin, urée, créatinine si signes de déshydratation.  
- Bilan de la fonction thyroïdienne si constipation chronique inexpliquée.

# 💊 Prise en charge initiale

- Réhydratation orale ou IV si besoin.  
- Suppositoires de glycérine ou lavement évacuateur (Microlax, Normacol).  
- Éviter les laxatifs irritants en phase aiguë (risque de douleur, perforation).  
- En cas de fécalome : extraction manuelle douce si formé + lavement.  
- Réévaluation médicamenteuse (opiacés, sédatifs).

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin : évaluation, prescription du traitement.  
👩‍⚕️ IDE : surveillance de la douleur, température, transit, hydratation.  
🍲 Diététicien(ne) : adaptation des apports en fibres, eau, alimentation adaptée.  
🏠 Aide à domicile : accompagnement aux toilettes, signalement des troubles du transit.  
👪 Famille : vigilance à domicile, régularité du transit, aide à la prévention.

# 📘 Références

• HAS – Constipation et fécalome chez la personne âgée : repérage et prise en charge.  
• SFGG – Démarche clinique gériatrique : constipation et occlusion.  
• Vidal – Médicaments responsables de constipation aiguë.

Fiche arbre décisionnel 92 — gériatrie — Vomissements aigus ou occlusion chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

Les vomissements aigus chez la personne âgée peuvent traduire une pathologie bénigne mais aussi une urgence abdominale (occlusion, péritonite, ischémie mésentérique). L’approche gériatrique doit tenir compte de la présentation atypique et de la fragilité sous-jacente du patient.

# 🎯 Objectif de la conduite à tenir

Évaluer une situation de vomissements aigus chez la personne âgée, rechercher une étiologie urgente, limiter les complications (déshydratation, troubles électrolytiques), et déterminer le lieu de prise en charge adapté.

# 🧭 Arbre décisionnel

🔹 Étape 1 : Évaluer les signes de gravité  
 - Vomissements incoercibles, douleur abdominale aiguë, fièvre ?  
 - Ballonnement, arrêt des gaz et selles ?  
 - Confusion, signes de déshydratation ?  
 → Oui → suspicion d’occlusion, péritonite, sepsis → appel médical / hospitalisation.  
  
🔹 Étape 2 : Caractériser les vomissements  
 - Alimentaires ? Biliaires ? Fécaloïdes ? Sanglants ?  
 - Horaire / contexte (après repas, à jeun, nocturnes) ?  
 - Associés à douleurs diffuses, transit modifié, nausées, céphalées ?  
  
🔹 Étape 3 : Évaluer les causes fréquentes  
 - Médicaments : digitaliques, AINS, antibiotiques, opioïdes ?  
 - Gastroentérite infectieuse ?  
 - Troubles métaboliques : urémie, hyponatrémie, hypercalcémie ?  
 - Syndrome vestibulaire (vertiges) ?  
 - Tumeur cérébrale (si vomissements matinaux + céphalées) ?  
  
🔹 Étape 4 : Orientation  
 - Vomissements persistants, trouble hydro-électrolytique ou doute diagnostique → hospitalisation.  
 - Cause bénigne identifiée, état stable → traitement symptomatique et surveillance à domicile.  
 - Vomissements répétés ou chroniques → avis spécialisé (gastro / neuro).

# 📋 Examens de première intention

- Ionogramme sanguin, urée, créat, glycémie  
- NFS, CRP  
- ECG si traitement par digoxine ou doute cardiaque  
- ASP ou scanner abdominopelvien si suspicion d’occlusion  
- Recherche infectieuse : ECBU, coproculture si diarrhée associée

# 💊 Prise en charge initiale

- Arrêt de l’alimentation orale transitoirement  
- Réhydratation orale ou IV selon tolérance  
- Antinauséeux : métoclopramide, dompéridone (avec prudence)  
- Lavement si suspicion de fécalome associé  
- Suivi rapproché dans les 24 heures

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin : évaluation de la cause, examens, décision thérapeutique.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance hydratation, température, fréquence des vomissements.  
👪 Aidants / famille : signalement rapide des troubles de l’état général.  
📘 Coordination SAD / HAD si maintien à domicile envisagé.

# 📘 Références

• HAS – Vomissements chez la personne âgée : repérage et prise en charge.  
• SFGG – Pathologies digestives aiguës du sujet âgé.  
• Vidal / Thériaque – Médicaments à risque de vomissements chez la PA.

Fiche arbre décisionnel 93 — gériatrie — Douleur abdominale aiguë chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

La douleur abdominale aiguë chez la personne âgée est une urgence potentielle, souvent à présentation atypique. Elle peut refléter des pathologies digestives, vasculaires, urinaires ou métaboliques graves. Une évaluation rapide et large est indispensable.

# 🎯 Objectif de la conduite à tenir

Évaluer la douleur abdominale chez une personne âgée, identifier les signes de gravité, orienter vers un diagnostic rapide, éviter la sous-estimation et organiser la prise en charge adaptée.

# 🧭 Arbre décisionnel

🔹 Étape 1 : Évaluer les signes de gravité  
 - Douleur intense, défense ou contracture, vomissements persistants, fièvre.  
 - Hypotension, confusion, choc, déshydratation.  
 → Oui → hospitalisation urgente (risque péritonite, occlusion, ischémie mésentérique).  
  
🔹 Étape 2 : Localiser et caractériser la douleur  
 - Épigastrique (ulcère, pancréatite, IDM inférieur ?).  
 - Hypochondre droit (lithiase, cholécystite).  
 - Fosse iliaque droite (appendicite, cancer, adénolymphite).  
 - Fosse iliaque gauche (diverticulite, constipation sévère).  
 - Hypogastrique (globe vésical, infection urinaire, gynécologique).  
  
🔹 Étape 3 : Rechercher les antécédents et facteurs aggravants  
 - Antécédents digestifs, chirurgie abdominale ?  
 - Anticoagulants, AINS, immunodépression ?  
 - Médicaments constipants ?  
  
🔹 Étape 4 : Orientation  
 - Suspicion de pathologie chirurgicale ou instabilité → appel 15.  
 - Douleur modérée, cause identifiée, état stable → PEC à domicile avec réévaluation 24–48h.  
 - Douleur inexpliquée persistante → examens complémentaires urgents.

# 📋 Examens de première intention

- NFS, CRP, ionogramme, urée, créat, glycémie.  
- Lipase, transaminases, bilirubine, GGT, PAL.  
- Bilan urinaire : BU, ECBU.  
- ECG si douleur épigastrique ou patient coronarien.  
- ASP ou scanner abdominopelvien en cas de doute diagnostique.  
- Échographie abdo si suspicion biliaire ou rénale.

# 💊 Prise en charge initiale

- Mise à jeun.  
- Réhydratation orale ou IV selon état clinique.  
- Antalgiques (paracétamol, évitons AINS).  
- Surveillance TA, fréquence cardiaque, diurèse, température.  
- Antibiothérapie si infection probable (diverticulite, cholécystite).

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin : diagnostic, examens, prescription.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance des signes cliniques, constantes, douleur.  
📘 Structure de coordination SAD/HAD si retour à domicile temporaire.  
👪 Famille : soutien, vigilance à domicile.

# 📘 Références

• HAS – Douleur abdominale aiguë chez la personne âgée.  
• SFGG – Douleurs abdominales et pathologies digestives aiguës.  
• SPILF – Infections digestives et biliaires du sujet âgé.

Fiche arbre décisionnel 94 — gériatrie — Hématurie chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

L’hématurie chez la personne âgée peut être le signe d’une affection bénigne ou d’une pathologie grave (tumeur, lithiase, infection). Son évaluation doit être rigoureuse, même si elle est isolée ou sans symptôme associé. Elle nécessite une approche différenciée selon le contexte.

# 🎯 Objectif de la conduite à tenir

Identifier la cause d’une hématurie chez une personne âgée, distinguer les formes macroscopiques et microscopiques, repérer les situations à risque et guider les examens complémentaires et le suivi.

# 🧭 Arbre décisionnel

🔹 Étape 1 : Confirmer l’hématurie  
 - BU positive aux hématies ? → confirmer par ECBU.  
 - Hématurie macroscopique (visible) ou microscopique (détection fortuite) ?  
  
🔹 Étape 2 : Rechercher un contexte clinique associé  
 - Symptômes urinaires : brûlures, pollakiurie, fièvre ? → infection urinaire probable.  
 - Douleur lombaire, irradiation vers l’aine ? → colique néphrétique (lithiase).  
 - Indolore, récidivante, sans fièvre ? → rechercher tumeur urinaire.  
 - Antécédent de néoplasie, tabac, exposition professionnelle ? → facteur de risque urothélial.  
  
🔹 Étape 3 : Distinguer les formes simples vs complexes  
 - Hématurie isolée, contexte infectieux identifié, ECBU + ? → traitement + contrôle.  
 - Hématurie persistante ou macroscopique sans cause évidente ? → uroscanner / urologue.  
 - Hématurie avec caillots, obstruction urinaire ? → hématurie grave → appel 15 / hospitalisation.  
  
🔹 Étape 4 : Orientation  
 - Infection avec hématurie : antibiothérapie adaptée + ECBU de contrôle.  
 - Aucune cause retrouvée → urologue + imagerie rapide.  
 - Terrain fragile, récidives, anticoagulation ? → bilan multidisciplinaire.

# 📋 Examens de première intention

- ECBU, cytobactériologie, hématurie confirmée au microscope  
- Ionogramme, créatinine, clairance  
- Échographie rénale et vésicale  
- Uroscanner si hématurie persistante ou macroscopique inexpliquée  
- Cytologie urinaire si >50 ans, tabac ou antécédents néoplasiques

# 💊 Prise en charge initiale

- Si infection urinaire : traitement adapté (quinolones, fosfomycine, etc.)  
- Si lithiase : antalgie, hydratation, surveillance des coliques, orientation vers l’urologue  
- En cas de caillots ou obstruction : lavage vésical, hospitalisation  
- Surveillance de la fonction rénale si lithiase ou néoplasie obstructive suspectée

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : prescription du bilan, décision d’orientation.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : recueil BU, ECBU, surveillance des symptômes et douleur.  
📘 Urologue : si hématurie macroscopique, récidivante ou suspecte.  
👪 Aidants / famille : signalement des urines rouges, du contexte et du suivi.

# 📘 Références

• HAS – Hématurie chez la personne âgée : repérage et stratégie diagnostique.  
• AFU – Recommandations de prise en charge de l’hématurie.  
• Vidal – Médicaments favorisant l’hématurie chez la personne âgée.

Fiche arbre décisionnel 95 — gériatrie — Déshydratation ou troubles hydro-électrolytiques chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

La déshydratation et les troubles hydro-électrolytiques sont fréquents chez la personne âgée et peuvent être rapidement graves. Leur reconnaissance précoce et leur correction adaptée sont essentielles pour éviter les décompensations fonctionnelles ou neurologiques.

# 🎯 Objectif de la conduite à tenir

Repérer précocement une déshydratation ou un déséquilibre ionique chez la personne âgée, déterminer la gravité, en rechercher la cause, et mettre en œuvre une correction adaptée et progressive.

# 🧭 Arbre décisionnel

🔹 Étape 1 : Rechercher les signes cliniques  
 - Pli cutané, sécheresse buccale, langue sèche.  
 - Hypotension orthostatique, tachycardie.  
 - Confusion, somnolence, agitation, chute.  
 - Réduction du volume urinaire, urines foncées.  
  
🔹 Étape 2 : Évaluer la gravité  
 - Signes neurologiques, hypotension sévère, perte de poids rapide.  
 - Troubles ECG (si hypo/hyperkaliémie suspectée).  
 → Oui : hospitalisation / réhydratation IV urgente.  
  
🔹 Étape 3 : Rechercher la cause  
 - Fièvre, diarrhée, vomissements, prise insuffisante ?  
 - Médicaments diurétiques, laxatifs, IEC ?  
 - Diabète déséquilibré ? Infection urinaire ?  
 - Syndrome de glissement, refus alimentaire, confusion ?  
  
🔹 Étape 4 : Orientation  
 - État instable ou perte > 5 % poids → PEC en milieu médicalisé.  
 - Déshydratation modérée avec conscience intacte → PEC à domicile si suivi rapproché possible.  
 - Correction adaptée au trouble électrolytique confirmé.

# 📋 Examens de première intention

- Ionogramme sanguin, urée, créatinine, calcémie, glycémie.  
- Hématocrite, protéinémie, CRP.  
- ECG si troubles potassium, sodium ou médicaments à risque.  
- BU, ECBU si fièvre ou confusion associée.  
- Poids comparatif si possible.

# 💊 Prise en charge initiale

- Réhydratation orale si possible, par petites quantités régulières.  
- Réhydratation IV (NaCl 0,9 %, G5 %) si déshydratation sévère ou orale impossible.  
- Adaptation des apports selon trouble : hyponatrémie, hypernatrémie, hypo/hyperkaliémie.  
- Arrêt ou ajustement des médicaments en cause.  
- Surveillance du bilan d’entrée-sortie et des constantes.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin : bilan initial, adaptation thérapeutique.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance hydratation, conscience, poids, diurèse.  
🥗 Diététicien(ne) : enrichissement de l’apport hydrique et sodé.  
📘 HAD si perfusion à domicile ou surveillance rapprochée.  
👪 Aidants : aide à la prise, surveillance clinique, signalement précoce.

# 📘 Références

• HAS – Repérage et prise en charge de la déshydratation chez la personne âgée.  
• SFGG – Troubles hydro-électrolytiques chez le sujet âgé.  
• Vidal – Médicaments impliqués dans les troubles électrolytiques.

Fiche arbre décisionnel 96 — gériatrie — Altération de l’état général chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

L’altération de l’état général (AEG) chez la personne âgée est un motif fréquent et potentiellement révélateur d’une pathologie aiguë ou chronique. Elle peut associer asthénie, anorexie, amaigrissement, repli, ralentissement psychomoteur. Cette fiche propose une démarche diagnostique pluridimensionnelle.

# 🎯 Objectif de la conduite à tenir

Repérer précocement une AEG chez la personne âgée, identifier les causes fréquentes (aiguës, chroniques, fonctionnelles, environnementales), éviter la décompensation et planifier la réévaluation dans un cadre global.

# 🧭 Arbre décisionnel

🔹 Étape 1 : Caractériser l’AEG  
 - Amaigrissement >5 % en 1 mois ou >10 % en 6 mois ?  
 - Asthénie persistante ? Anorexie ? Ralentissement cognitif ou moteur ?  
  
🔹 Étape 2 : Signes de gravité / hospitalisation immédiate  
 - Fièvre > 38,5 °C, confusion, chute, hypotension, hyponatrémie sévère.  
 - Suspicion de sepsis, cancer évolutif, saignement, dénutrition sévère.  
  
🔹 Étape 3 : Causes fréquentes d’AEG chez la PA  
 - Infectieuses (pneumopathie, IU, sepsis discret).  
 - Néoplasiques (digestif, hémato, poumon).  
 - Endocriniennes (hypothyroïdie, diabète, hypercalcémie).  
 - Médicamenteuses (surdosage, interactions, anticholinergiques).  
 - Psychiatriques (dépression masquée, deuil, isolement).  
 - Socio-environnementales (maltraitance, précarité, trouble de l’accessibilité aux soins).  
  
🔹 Étape 4 : Orientation  
 - Diagnostic identifié et traitable → PEC ciblée + suivi 48–72h.  
 - AEG inexpliquée ou persistante → bilan approfondi + évaluation gériatrique.  
 - Suspicion de cancer, démence, glissement → avis spécialisé.

# 📋 Examens de première intention

- NFS, CRP, iono, urée, créat, glycémie, TSH, calcémie, albumine.  
- Vitamine B12, folates, ferritine, bilan hépatique.  
- ECBU, radiographie thoracique.  
- +/- TDM abdomino-pelvien, bilan endoscopique selon suspicion.  
- Score MNA, poids, évaluation fonctionnelle (ADL, IADL), 4AT.

# 💊 Prise en charge initiale

- Supplémentation nutritionnelle et hydrique si dénutrition.  
- Correction médicamenteuse : arrêt BZD, sédatifs, anticholinergiques.  
- Maintien d’une stimulation cognitive, sociale, alimentaire.  
- Renforcement des soins à domicile : IDE, aides, coordination médicale.  
- Programme d’évaluation gériatrique multidimensionnelle si persistance.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin généraliste : coordonne le bilan et le suivi global.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance clinique, recueil des symptômes fonctionnels.  
🥗 Diététicien(ne) : stratégie de renutrition.  
🧠 Psychologue : repérage dépression du sujet âgé, isolement.  
📘 Travailleur social : soutien administratif, aides.  
👪 Famille / aidants : alertes, relai, soutien au quotidien.

# 📘 Références

• HAS – Dénutrition, AEG et coordination des soins chez la personne âgée.  
• SFGG – Arbres décisionnels et parcours d’évaluation de l’AEG chez la PA.  
• Vidal, MedG – Fiches gériatriques AEG, dépression, cancers.

Fiche arbre décisionnel 97 — gériatrie — Agitation ou troubles du comportement soudains chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

L’apparition soudaine d’une agitation ou d’un trouble du comportement chez une personne âgée est un symptôme d’alerte qui peut traduire une affection aiguë sous-jacente : confusion, douleur, infection, trouble métabolique ou iatrogénie. Une réponse rapide et multidimensionnelle est indispensable pour sécuriser le patient et prévenir les complications.

# 🎯 Objectif de la conduite à tenir

Identifier rapidement les causes réversibles d’agitation aiguë chez une personne âgée, sécuriser la personne et son environnement, limiter le recours aux psychotropes et organiser un suivi adapté.

# 🧭 Arbre décisionnel

🔹 Étape 1 : Évaluer l’intensité et la mise en danger  
 - Patient agité, désorienté, agressif ou auto-agressif ?  
 - Danger immédiat pour lui-même ou autrui ?  
 → Si oui : sécuriser l’environnement, appel médical rapide.  
  
🔹 Étape 2 : Rechercher une cause aiguë  
 - Infection (fièvre, toux, syndrome urinaire, douleur) ?  
 - Troubles métaboliques (hypo/hypernatrémie, hypoglycémie, hypercalcémie) ?  
 - Médicaments (BZD, anticholinergiques, sevrage, surdosage) ?  
 - Rétention urinaire, fécalome, douleur non exprimée ?  
 - Contexte psycho-affectif aigu, changement brutal d’environnement ?  
  
🔹 Étape 3 : Orientation  
 - Cause identifiable et traitable → PEC ciblée, réévaluation 24–48h.  
 - Cause non trouvée ou comportement dangereux persistant → hospitalisation courte ou consultation mémoire.  
 - Patient déjà suivi pour trouble neurocognitif : suspecter épisode confusionnel superposé (DMS).

# 📋 Examens de première intention

- Température, glycémie capillaire.  
- Ionogramme, urée, créat, calcémie, CRP.  
- NFS, TSH, ECBU, radiographie thoracique.  
- ECG si traitement en cours modifié ou suspicion cardiologique.  
- Évaluation cognitive rapide : 4AT, CAM si disponible.

# 💊 Prise en charge initiale

- Sécurisation du patient et de l’environnement immédiat.  
- Traitement de la cause identifiée (antibiothérapie, antalgiques, correction hydro-électrolytique).  
- Éviter les contentions physiques et les psychotropes sauf danger vital.  
- Si besoin urgent : petite dose d’oxazépam ou de neuroleptique atypique avec prudence.  
- Surveillance post-crise et réévaluation multidisciplinaire.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin : diagnostic, orientation, suivi thérapeutique.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance comportementale, tension, température, douleur.  
🧠 Psychologue / psychiatre : soutien, évaluation cognitive ou comportementale.  
🏠 Coordination HAD / consultation mémoire si récidive.  
👪 Famille / aidants : soutien, repérage des signes d’aggravation.

# 📘 Références

• HAS – Agitation et troubles du comportement chez la personne âgée.  
• SFGG – Confusion aiguë, démence et troubles psychiatriques du sujet âgé.  
• MedG – Conduite à tenir devant un trouble du comportement aigu.

Fiche arbre décisionnel 98 — gériatrie — Tremblements ou chute récente sans raison chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

L’apparition de tremblements ou la survenue d’une chute inexpliquée chez une personne âgée doivent faire rechercher une cause neurologique, médicamenteuse ou métabolique. Une chute « sans raison » n’existe jamais : elle traduit une pathologie aiguë, une fragilité ou une altération multifactorielle à investiguer rapidement.

# 🎯 Objectif de la conduite à tenir

Évaluer une chute isolée ou des tremblements récents chez une personne âgée, en déterminer la cause possible, organiser le suivi médical et fonctionnel adapté, et prévenir les récidives.

# 🧭 Arbre décisionnel

🔹 Étape 1 : Identifier les signes associés  
 - Tremblements au repos, à l’action ?  
 - Ralentissement global, hypotonie, instabilité posturale ?  
 - Perte de connaissance ou confusion associée ?  
 - Chute en avant, à bascule, ou chute brutale sans obstacle ?  
  
🔹 Étape 2 : Rechercher les causes neurologiques  
 - Parkinson débutant : tremblement asymétrique, marche à petits pas, ralentissement.  
 - Syndrome cérébelleux : instabilité, tremblement d’action, troubles de coordination.  
 - AVC lacunaire : faiblesse focale, troubles de l’équilibre.  
 - Démence avec syndrome frontal : chute par désinhibition ou désorientation.  
  
🔹 Étape 3 : Rechercher une cause iatrogène ou métabolique  
 - Médicaments : neuroleptiques, antidépresseurs, anticholinergiques, BZD.  
 - Hypoglycémie, hyponatrémie, hypercalcémie.  
 - Troubles orthostatiques : hypotension médicamenteuse.  
  
🔹 Étape 4 : Orientation  
 - Suspicion neurologique aiguë ou trouble de la conscience → appel médical / urgences.  
 - Chute avec cause probable et état stable → bilan à domicile ou consultation mémoire.  
 - Tremblements progressifs avec troubles de la marche → neurologue ou gériatre pour évaluation approfondie.

# 📋 Examens de première intention

- ECG, glycémie capillaire.  
- Ionogramme, urée, créat, calcémie.  
- NFS, CRP, TSH.  
- Échelle UPDRS si suspicion de parkinsonisme.  
- Imagerie cérébrale si suspicion d’AVC ou chute inexpliquée récente avec signes focaux.

# 💊 Prise en charge initiale

- Arrêt des médicaments inappropriés si identifiés (STOPP/START).  
- Correction des troubles métaboliques.  
- Initiation d’un suivi gériatrique ou neurologique selon suspicion.  
- Rééducation posturale et kinésithérapie préventive.  
- Éducation de l’aidant à la prévention des chutes et à l’observation des tremblements.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin traitant : bilan initial, révision des traitements.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance des paramètres cliniques, détection des troubles posturaux.  
👟 Kinésithérapeute : évaluation marche, équilibre, exercices adaptés.  
🧠 Neurologue ou gériatre : confirmation diagnostique et suivi.  
👪 Famille / aidants : rôle central dans le repérage des signes et la sécurisation du domicile.

# 📘 Références

• HAS – Troubles de la marche et chutes inexpliquées chez la personne âgée.  
• SFGG – Démarche diagnostique devant des tremblements ou chutes récurrentes.  
• Vidal – Médicaments et effets extrapyramidaux chez la PA.

Fiche arbre décisionnel 99 — gériatrie — Somnolence excessive chez la personne âgée

**⛳ Intitulé du thème**

La somnolence excessive chez la personne âgée est un symptôme fréquent, souvent sous-estimé. Elle peut résulter de causes neurologiques, métaboliques, médicamenteuses, psychiatriques ou liées à une privation de sommeil. Elle est un facteur de risque de chute, de désadaptation sociale et de confusion aiguë.

**🎯 Objectif de la conduite à tenir**

Identifier les causes réversibles d’une somnolence excessive, orienter vers les examens utiles, ajuster les traitements et prévenir les complications fonctionnelles ou cognitives.

**🧭 Arbre décisionnel**

🔹 Étape 1 : Caractériser la somnolence  
 - Somnolence diurne constante ? Troubles de l’éveil matinaux ?  
 - Si récente, brutale ou progressive ?  
 - Altération de la vigilance ou simple lenteur motrice / cognitive ?  
  
🔹 Étape 2 : Rechercher une cause immédiate  
 - Médicaments : BZD, neuroleptiques, antihistaminiques, opioïdes ?  
 - Troubles du sommeil (apnée, syndrome jambes sans repos, décalage de rythme) ?  
 - Troubles métaboliques (hypothyroïdie, hyponatrémie, hypercalcémie, hypoglycémie) ?  
 - Affection neurologique : AVC du tronc, encéphalopathie, démence évolutive ?  
  
🔹 Étape 3 : Identifier les facteurs associés  
 - Syndrome dépressif, isolement, deuil, glissement ?  
 - Infection en phase préclinique ?  
 - Syndrome confusionnel ?  
  
🔹 Étape 4 : Orientation  
 - Présentation aiguë, état neurologique altéré → appel médical / hospitalisation.  
 - Somnolence modérée avec cause probable → adaptation thérapeutique et suivi.  
 - Suspicion de trouble du sommeil ou de démence débutante → consultation mémoire ou sommeil.

**📋 Examens de première intention**

- NFS, CRP, ionogramme, urée, créat, calcémie.  
- Glycémie, TSH, bilan hépatique.  
- ECG si bradycardie suspectée.  
- ECG et SpO2 nocturne si suspicion d’apnée du sommeil.  
- Imagerie cérébrale (scanner ou IRM) si signes neurologiques associés.  
- Évaluation 4AT, MMS, GDS ou HAD si doute psychiatrique ou confusion.

**💊 Prise en charge initiale**

- Suppression ou réduction des traitements sédatifs non indispensables.  
- Correction des troubles métaboliques et prise en charge des comorbidités.  
- Stimulation diurne (activités, exposition à la lumière, rythmes réguliers).  
- Surveillance 24–48h si maintien à domicile avec vigilance particulière aux chutes.  
- Avis spécialisé si récidive ou cause non identifiée.

**👥 Coordination interprofessionnelle**

🧑‍⚕️ Médecin : recherche de cause, ajustement thérapeutique, coordination du suivi.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance comportementale, éveil, alimentation, hydratation.  
🧠 Gériatre ou neurologue : évaluation cognitive, imagerie, tests spécialisés.  
🌙 Consultation sommeil : si syndrome d’apnée ou trouble du rythme veille-sommeil.  
👪 Aidants : repérage de la somnolence, surveillance quotidienne, aide au rythme de vie.

**📘 Références**

• HAS – Troubles du sommeil et somnolence chez la personne âgée.  
• SFGG – Recommandations sommeil et vigilance du sujet âgé.  
• Vidal / MedG – Iatrogénie sédative et troubles cognitifs liés au sommeil.

Fiche arbre décisionnel 100 — gériatrie — Céphalée persistante chez la personne âgée

**⛳ Intitulé du thème**

Une céphalée persistante chez une personne âgée nécessite une évaluation rigoureuse. Elle peut refléter une pathologie neurologique, vasculaire, infectieuse ou tumorale. Le risque de présentation atypique et la gravité potentielle justifient une conduite à tenir spécifique.

**🎯 Objectif de la conduite à tenir**

Identifier rapidement une cause grave ou urgente de céphalée persistante chez la personne âgée, organiser les examens complémentaires et orienter la prise en charge en évitant la sous-estimation du symptôme.

**🧭 Arbre décisionnel**

🔹 Étape 1 : Évaluer les signes d’alerte  
 - Céphalée brutale, en coup de tonnerre ?  
 - Fièvre, raideur de nuque, confusion ?  
 - Troubles visuels, douleurs temporales, AEG ?  
 - Post-traumatique, sous traitement anticoagulant ?  
 → Oui : appel médical, imagerie et/ou hospitalisation urgente.  
  
🔹 Étape 2 : Rechercher des causes fréquentes ou spécifiques à la PA  
 - Artérite de Horton : douleur temporale, mâchoire, VS > 50 mm/h.  
 - Hématome sous-dural chronique : suite de chute, céphalée fluctuante, confusion.  
 - Céphalée tensionnelle : bilatérale, non pulsatile, contexte anxieux.  
 - Tumeur cérébrale : céphalée nocturne, AEG, vomissements.  
 - HTA mal contrôlée : céphalées matinales diffuses.  
  
🔹 Étape 3 : Orientation  
 - Suspicion de Horton → corticothérapie immédiate + bilan biologique.  
 - Céphalée post-traumatique ou inhabituelle → imagerie cérébrale.  
 - Céphalée modérée sans signe de gravité → PEC symptomatique + surveillance + consultation neuro/gériatrique.

**📋 Examens de première intention**

- NFS, CRP, VS (artérite de Horton).  
- Scanner cérébral sans injection (trauma, hématome, tumeur).  
- IRM cérébrale selon disponibilité.  
- ECG, TA couchée/debout.  
- Ponction lombaire (après imagerie si fièvre/raideur nuque).

**💊 Prise en charge initiale**

- Antalgiques de palier 1 en première intention (éviter AINS).  
- Corticothérapie si Horton fortement suspecté (ex : prednisone 1 mg/kg/j).  
- Hydratation et surveillance neurologique à domicile si situation bénigne.  
- Hospitalisation si céphalée persistante inexpliquée ou neurologique.  
- Prise en charge anxiété si céphalée tensionnelle confirmée.

**👥 Coordination interprofessionnelle**

🧑‍⚕️ Médecin : évaluation clinique, orientation vers imagerie et/ou spécialiste.  
👩‍⚕️ Infirmier(ère) : surveillance de l’état général, douleur, température.  
🧠 Neurologue / Gériatre : orientation étiologique.  
👪 Aidants : rôle d’alerte en cas d’aggravation ou de changement de comportement.

**📘 Références**

• HAS – Céphalées : repérage des situations d’alerte.  
• SFGG – Céphalée chez la personne âgée.  
• Vidal – Conduite à tenir devant une artérite à cellules géantes (Horton).

Fiche arbre décisionnel 101 — gériatrie — Anémie ferriprive ou inflammatoire chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

L’anémie est fréquente chez la personne âgée. Elle peut être d’origine carentielle (fer, vitamine B12, folates) ou inflammatoire (infection, cancer, maladie chronique). Son évaluation doit être systématique car elle impacte la fonction, la cognition, et la qualité de vie.

# 🎯 Objectif de la conduite à tenir

Identifier les causes fréquentes d’anémie chez la personne âgée, distinguer les formes carentielles des formes inflammatoires, rechercher une hémorragie occulte, et organiser le traitement et la surveillance.

# 🧭 Arbre décisionnel

🔹 Étape 1 : Confirmer l’anémie  
 - Hb < 12 g/dL chez la femme, < 13 g/dL chez l’homme.  
 - Anémie microcytaire, normocytaire ou macrocytaire ?  
  
🔹 Étape 2 : Identifier la cause  
 - Ferritine < 30 ng/mL → carence martiale.  
 - Ferritine normale/haute + CRP élevée → anémie inflammatoire.  
 - VGM > 100 + B12 ou folates bas → carence vitaminique.  
 - Ferritine > 300 + CRP N → surcharge ou hémopathie ?  
  
🔹 Étape 3 : Rechercher une origine digestive  
 - Méléna, rectorragies, transit modifié ?  
 - ATCD polypes, cancer digestif, AINS ?  
 - Prescrire une coloscopie ou une endoscopie digestive selon tableau clinique.  
  
🔹 Étape 4 : Orientation  
 - Anémie aiguë ou Hb < 8 → hospitalisation.  
 - Anémie modérée avec cause identifiée → traitement + suivi.  
 - Anémie persistante, inflammatoire sans cause → bilan néoplasique ou hématologique.

# 📋 Examens de première intention

- NFS, VGM, réticulocytes, frottis sanguin.  
- Ferritine, coefficient de saturation de la transferrine, CRP.  
- Vitamine B12, folates.  
- TSH, créatinine, bilan hépatique.  
- ECBU, test de recherche de sang dans les selles (RSOS).  
- Endoscopie haute et coloscopie si suspicion digestive.

# 💊 Prise en charge initiale

- Supplémentation orale en fer si carence martiale (éviter IV sauf intolérance).  
- Traitement de la cause inflammatoire (infection, néoplasie, rhumatisme…).  
- Vitamine B12 per os ou IM si carence, folates si associés.  
- Éviter les transfusions sauf situation critique (Hb < 7 ou symptômes cardiaques).  
- Suivi à 1 mois puis à 3 mois de l’Hb et du statut martial.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin : diagnostic étiologique, suivi biologique.  
👩‍⚕️ IDE : surveillance de l’état général, éducation au traitement oral.  
🥗 Diététicien(ne) : conseil en alimentation enrichie en fer et B12.  
🧠 Gériatre ou hématologue : anémies complexes ou résistantes.  
👪 Famille / aidants : observance, vigilance signes de fatigue, essoufflement.

# 📘 Références

• HAS – Anémie chez la personne âgée : recommandations diagnostiques.  
• SFGG – Arbres décisionnels : anémies microcytaires et normocytaires.  
• Vidal / MedG – Traitement et exploration des anémies chez la PA.

Fiche arbre décisionnel 102 — gériatrie — Bradycardie ou tachycardie chez la personne âgée

# ⛳ Intitulé du thème

Les troubles du rythme cardiaque, bradycardie ou tachycardie, sont fréquents chez la personne âgée. Ils peuvent être asymptomatiques ou révéler une pathologie aiguë sous-jacente. Une évaluation rapide permet d’éviter les complications comme les syncopes, chutes ou insuffisance cardiaque.

# 🎯 Objectif de la conduite à tenir

Identifier l’origine d’un trouble du rythme cardiaque chez la personne âgée, évaluer le retentissement clinique, rechercher une cause iatrogène ou pathologique, et organiser la surveillance ou l’orientation.

# 🧭 Arbre décisionnel

🔹 Étape 1 : Identifier le trouble  
 - FC < 50 bpm = bradycardie ; FC > 100 bpm = tachycardie.  
 - Signes associés : malaise, dyspnée, douleur thoracique, confusion, chute ?  
 → Oui : trouble du rythme symptomatique → appel médical / ECG / hospitalisation si instable.  
  
🔹 Étape 2 : Rechercher une cause  
 - Médicaments (BB, digoxine, antiarythmiques, BZD) ?  
 - Fièvre, déshydratation, anémie ?  
 - Hypo/hyperthyroïdie, troubles ioniques (K+, Ca2+).  
 - Antécédent d’AVC, infarctus, valvulopathie ?  
  
🔹 Étape 3 : Analyse de l’ECG  
 - Bradycardie sinusale, BAV, FA lente, syndrome de l’alternance ?  
 - Tachycardie supraventriculaire, FA rapide, flutter, tachycardie ventriculaire ?  
  
🔹 Étape 4 : Orientation  
 - Trouble du rythme instable ou avec retentissement → transfert / cardiologie.  
 - Bradycardie asymptomatique ou tachycardie liée à une cause corrigible → traitement + surveillance.  
 - Récidive, anticoagulation, ou rythme à contrôler → cardiologue pour bilan complet.

# 📋 Examens de première intention

- ECG 12 dérivations.  
- Ionogramme, urée, créat, calcémie, glycémie.  
- TSH, bilan hépatique si traitement chronotrope négatif.  
- NFS (anémie, infection).  
- Troponines si douleur thoracique ou dyspnée.  
- Holter ECG ou télétransmission si trouble paroxystique suspecté.

# 💊 Prise en charge initiale

- Arrêt des médicaments responsables si identifiés.  
- Hydratation, correction des troubles ioniques.  
- Introduction ou adaptation d’un traitement antiarythmique selon diagnostic.  
- Anticoagulation en cas de FA avec score CHA2DS2-VASc ≥ 2.  
- Appareillage (pacemaker) si bradycardie symptomatique persistante ou BAV avancé.

# 👥 Coordination interprofessionnelle

🧑‍⚕️ Médecin : prescription bilan initial, décision d’orientation.  
👩‍⚕️ IDE : surveillance pouls, tension, symptômes associés.  
❤️ Cardiologue : diagnostic électrocardiographique, holter, décisions thérapeutiques spécifiques.  
👪 Aidants : observation des syncopes, fatigue, chutes inexpliquées.

# 📘 Références

• HAS – Troubles du rythme cardiaque chez la personne âgée.  
• ESC Guidelines – Management of atrial fibrillation in older adults.  
• Vidal / MedG – Bradycardie, tachycardie, FA chez la PA.

Fiche interprétation biologique 103 — gériatrie — À croiser avec état clinique et arbres décisionnels (version enrichie)

# ⛳ Objectif de la fiche

Cette fiche regroupe les interprétations détaillées des examens biologiques essentiels chez la personne âgée, à croiser avec l’évaluation clinique et les arbres décisionnels. Elle intègre des données issues de la HAS, de la SFGG, de Vidal, Thériaque, MedG et LabTestsOnline, et vise à faciliter la prise de décision du médecin en soins gériatriques.

## 1. Lecture de l’ionogramme sanguin

Valeurs normales adultes : Na+ = 135–145 mmol/L ; K+ = 3,5–5 mmol/L ; Cl– = 95–105 mmol/L ; HCO3– = 22–26 mmol/L  
Chez la personne âgée : hyponatrémie < 132, hypernatrémie > 146, hypokaliémie < 3,4, hyperkaliémie > 5,2.

🔹 Hyponatrémie : souvent SIADH (médicaments : IRS, neuroleptiques, diurétiques thiazidiques).  
 - HypoNa hypotonique + Na urinaire > 30 mmol/L = SIADH (si normovolémie).  
 - HypoNa + Na urinaire < 20 = pertes extra-rénales (diarrhée, vomissements).  
🔹 Hypernatrémie : souvent par perte d’eau libre (fièvre, déshydratation, syndrome de glissement).  
🔹 HypoK : étiologies fréquentes = diurétiques, alcalose métabolique, diarrhée chronique.  
🔹 HyperK : IR chronique, ARA II, IEC, spironolactone, hypoaldostéronisme (personne âgée fragile).  
⚠️ Risque ECG : onde T ample, PR long, QRS large → urgence si K+ > 6,5.

## 2. Interprétation de la NFS – CRP – PCT

🔹 CRP : > 50 mg/L = forte probabilité infectieuse. > 100 : souvent bactérienne.  
🔹 PCT : > 0,5 ng/mL = infection bactérienne sévère (sepsis, pneumopathie bactérienne).  
🔹 Neutrophiles > 7 G/L = infection bactérienne probable ; lymphopénie = infection virale ou état de stress.  
⚠️ Chez le sujet âgé, les signes classiques (fièvre, hyperleucocytose) peuvent manquer. Toujours croiser avec état général, confusion, chute, perte d’appétit.

## 3. Bilan rénal et adaptation posologique

🔹 Créatinine isolée sous-estime l’IR chez le sujet âgé (faible masse musculaire).  
🔹 DFG estimé via CKD-EPI : seuil critique < 30 mL/min pour adaptation posologique.  
 - CI/ajustement : metformine, AINS, morphine, digoxine, LMWH (HBPM).  
🔹 Urée/Créat ratio élevé : évoque hypovolémie fonctionnelle (sujet déshydraté).  
⚠️ Toujours adapter la posologie à la clairance réelle (Cockcroft si poids disponible).

## 4. Exploration d’une anémie

🔹 Ferritine < 30 ng/mL = anémie martiale.  
🔹 Ferritine > 100 + CRP/VS élevée = anémie inflammatoire (pathologie chronique, cancer).  
🔹 Vit B12 < 150 pmol/L ou Folates < 3 ng/mL = anémie macrocytaire carentielle.  
🔹 VGM > 100 : penser à B12, folates, hypothyroïdie ou myélodysplasie.  
⚠️ Chez la PA, carence mixte = VGM normal possible. Bien compléter avec le contexte (poids, appétit, transit, antécédents digestifs).

## 5. Valeurs thérapeutiques et surveillance de la toxicité

• Digoxine : thérapeutique 0,8–1,2 ng/mL ; toxique > 2 ng/mL → risque bradycardie, confusion.  
• Lithium : thérapeutique 0,6–1 mmol/L ; toxique > 1,5 mmol/L → tremblements, confusion, coma.  
• Carbamazépine : thérapeutique 4–12 mg/L ; valproate : 50–100 mg/L.  
→ Ajuster selon IR, hypoalbuminémie, interactions médicamenteuses (AVK, phénytoïne).

## 6. Surveillance hépatique

• ALAT/ASAT : > 3×N = hépatite médicamenteuse possible (statines, amiodarone, paracétamol).  
• GGT/PAL : augmentées en cas de cholestase (lithiase, tumeurs, insuffisance cardiaque droite).  
• Bilirubine > 30 μmol/L = hépatite ou obstruction biliaire.  
→ À croiser avec albumine, TP (fonction hépatique globale) et contexte clinique.

## 7. Surveillance des AVK / Anti-Xa

• INR cible : 2–3 (FA, TVP, EP) ; > 4 = surdosage, risque hémorragique.  
• Anti-Xa pour HBPM (énoxaparine) : utile si IR, poids extrême, hémorragie ou risque.  
→ Surveillance étroite si PA polymédiquée, dénutrie, ou en post-op immédiat.

## 8. Lecture de l’ECBU chez la personne âgée

• BU + seule ≠ infection. 20–50 % de colonisation urinaire asymptomatique après 80 ans.  
• ECBU : leucocyturie + bactériurie > 10⁵ UFC/mL + signes cliniques (brûlure, fièvre, agitation) = infection urinaire vraie.  
• Si doute : recontrôler à 48h ou élargir surveillance clinique (température, douleur lombaire, confusion).  
→ Ne pas traiter une colonisation asymptomatique sauf avant intervention urologique ou immunodépression sévère.

# 📘 Références utilisées

• HAS, Vidal, Thériaque, MedG, LabTestsOnline.fr  
• SFGG – Démarche clinique et pharmacologique chez le sujet âgé  
• Recommandations MedG – Interprétation biologique adaptée au contexte gériatrique

Fiche Recommandation 104 — Organisation d’un retour à domicile après hospitalisation

# ⛳ Intitulé du thème

Préparation et organisation du retour à domicile après une hospitalisation.

# 🎯 Objectifs de la fiche

✅ Garantir un retour à domicile en toute sécurité, sans rupture de parcours.  
✅ Prévenir la dépendance iatrogène et la réhospitalisation évitable.  
✅ Anticiper les besoins matériels, humains et médicaux.  
✅ Maintenir la qualité de vie, le confort et l’autonomie.  
✅ Assurer une coordination fluide entre les professionnels hospitaliers, de ville et du domicile.

# 📌 Signes d’alerte à surveiller

❗ Retour programmé sans synthèse médicale ou sociale.  
❗ Matériel ou soins non organisés à la sortie.  
❗ Absence de relais ou d’aidant identifié.  
❗ Traitement complexe ou modifié sans explication claire.  
❗ Habitat non adapté à l’état post-hospitalisation.  
❗ Risque de chute, confusion, isolement, polymédication.

# 🔎 Facteurs de risque

🔹 Hospitalisation prolongée (>7 jours) ou non anticipée.  
🔹 Dépendance fonctionnelle accrue ou déclin cognitif constaté.  
🔹 Retour un vendredi ou veille de jour férié.  
🔹 Absence de coordinateur ou de CRT/DAC/CLIC impliqué.  
🔹 Communication insuffisante entre ville et hôpital.  
🔹 Multitude d’intervenants sans concertation.

# 🛠️ Actions recommandées

* En amont de la sortie :

📋 Élaborer un dossier de liaison complet.  
📞 Contacter les services à domicile 48–72h avant.  
📦 Commander et installer le matériel médical.  
📘 Programmer la visite de l’infirmier(e) de coordination.

* Le jour de la sortie :

📑 Remettre une synthèse écrite claire.  
🗣️ Vérifier la compréhension des documents.  
🤝 Associer le médecin traitant et le pharmacien.

* Après le retour :

👀 Mettre en place une surveillance renforcée.  
📅 Planifier une réévaluation sous 7–10 jours.  
📘 Mettre à jour le PPA ou PPCS.  
🧭 Utiliser la fiche de coordination post-hospitalisation.

# 👥 Coordination / Partenaires

🩺 Médecin traitant.  
👩‍⚕️ Infirmier de coordination ou libéral.  
🏥 Infirmier de liaison hospitalier.  
🏠 SSIAD / SPASAD / HAD.  
💊 Pharmacien.  
💼 CLIC / DAC / CRT / PTA / MAIA.  
👪 Aidants.

# 📘 Bonnes pratiques spécifiques recommandées

✅ Utiliser les outils HAS / RBPP.  
✅ Éviter une sortie le week-end sans relais.  
✅ Prévoir un appel de vérification sous 48h.  
✅ Tracer toutes les étapes dans le dossier.  
✅ Valoriser les dispositifs PAERPA, coordination complexe, HAD.

# 📘 Références

• RBPP ANESM – Prévention de la dépendance iatrogène liée à l’hospitalisation  
• HAS – Plan de sortie – guide de coordination (2020)  
• OBY n°13 – Préparation hospitalisation / retour domicile  
• Loi n°2002-2 rénovant l’action sociale et médico-sociale  
• MedG – Organisation sortie hospitalière