



Le parcours de Mme D.

Après l'infection : **lire la vulnérabilité** et **tracer le bon parcours**

Dr Amal Aïdoud · Praticien hospitalier — Médecine gériatrique, CHRU de Tours

Un cas. Trois décisions. Le parcours que la récupération dicte.

Déclaration des liens d'intérêts

- **Au cours des 3 dernières années :**

- **Consultant/Orateur :**

- BRISTOL-MYERS SQUIBB,
- LABORATOIRE GLAXOSMITHKLINE
- SANOFI
- PFIZER SAS
- VIFOR France / CSL Seqirus

- **Support congrès :**

- BOSTON SCIENTIFIC SAS
- SANOFI

- **Hospitalité**

- BOEHRINGER INGELHEIM France
- BRISTOL MYERS SQUIBB
- PFIZER SAS

Mme D., 84 ans, pneumonie communautaire



Le portrait

Avant	autonome (ADL 6/6), vit seule, fait ses courses
Terrain	HTA, arthrose ; 6 médicaments ; pas de trouble cognitif connu
Aujourd'hui	pneumonie franche lobaire ; CURB-65 = 2 ; sous antibiotiques
En apparence	« une pneumonie qui va guérir »



La vraie question

L'antibiotique traitera l'infection.

Mais dès maintenant, le parcours de Mme D. se joue : **où l'orienter, qui mobiliser, que regarder ?**



À VOUS DE DÉCIDER — 1/6

À l'admission aux Urgences : au-delà de l'antibiotique, quel réflexe gériatrique déclenchez-vous d'emblée ?

A

On attend la fin de l'épisode aigu avant toute démarche gériatrique.

B

On sollicite l'EMG dès l'admission pour une évaluation gériatrique au lit.

C

On planifie seulement la sortie quand elle sera apyrétique.

D

Rien de spécifique : la pneumonie se traite comme chez l'adulte jeune.

Réponse B : mobiliser l'EMG dès la phase aiguë

B

Le parcours gériatrique commence à l'entrée, pas à la sortie. L'EMG repère tôt la fragilité et prépare l'orientation.



Pourquoi si tôt

Mobiliser l'**équipe mobile de gériatrie** dès l'admission permet de repérer la fragilité préexistante, d'anticiper le risque de déclin et de préparer l'orientation — avant même que l'épisode soit résolu.

Le repérage conditionne tout le reste du parcours.

CE QUE L'EMG APPORTE



Repérage précoce de la fragilité



Anticipation de l'orientation



Lien avec la filière d'aval

Cadre : équipes mobiles de gériatrie ; repérage de la fragilité (consensus, SFGG).



Aigu



Sortie



Orientation



Ville



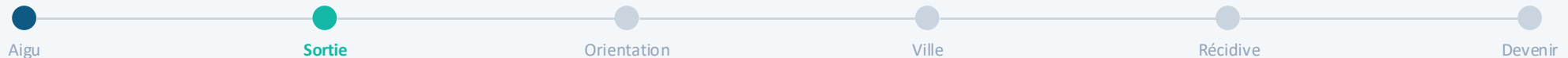
Récidive



Devenir

Admise en Court Séjour Gériatrique : l'histoire a été marquée par un syndrome confusionnel rapidement résolutif compliqué d'une chute, une perte de poids et une décompensation cardiaque et une insuffisance rénale aigue. Finalement, à J10, tous les voyants cardio-respiratoires et rénales / infectieux sont au vert.

J10 : apyrétique, CRP normalisée — peut-elle sortir ?





À VOUS DE DÉCIDER — 2/6

Pour décider de la suite de Mme D., sur quoi fondez-vous votre jugement à la sortie ?

A

La radio de contrôle et la biologie : si c'est normalisé, le risque est levé.

B

Le score de gravité initial (CURB-65) : il prédit le devenir.

C

La manière dont elle a récupéré

D

Rien de particulier : pneumonie guérie, retour à domicile habituel.

J10 : apyrétique, CRP normalisée — peut-elle sortir ?

C'est précisément **le moment du piège** : on pourrait la renvoyer chez elle « comme avant », sans avoir lu ce que l'épisode a révélé d'elle.



Apyrexie obtenue

l'infection est traitée



Mais récupère-t-elle ?

personne ne l'a encore regardé



Et après ?

vers où l'orienter ?



Aigu



Sortie



Orientation



Ville



Récidive



Devenir

Réponse C : ce qui compte, c'est la récupération



La radio décrit l'infection. La récupération décrit la patiente. C'est elle qui porte le pronostic.



Pourquoi : l'infection est un test d'effort

La **résilience physique** — la capacité à encaisser un stress et à remonter — reste invisible tant que rien ne l'éprouve. La pneumonie est cette épreuve : elle dévoile une réserve que la consultation ne montrait pas.

CE QU'ON OBSERVE CHEZ ELLE



Vitesse de remontée



Survenue d'un delirium



Reprise de la marche & des repas

Ni la radio ni la CRP ne le disent.

Cadre : Whitson et al., résilience physique ; Colón-Emeric, recovery phenotype.



Aigu



Sortie



Orientation



Ville

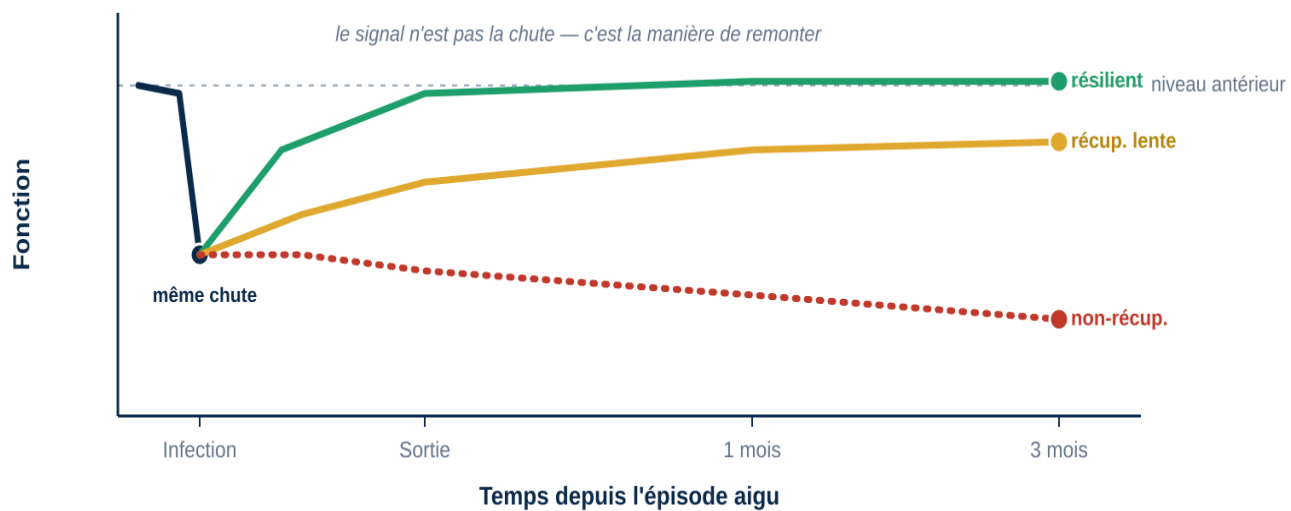


Récidive



Devenir

Mme D. récupère... mais lentement



◀ Mme D. suit la courbe « récupération lente »

À J10, le bilan est « normal ». Mais à son chevet :



Remontée incomplète

elle ne retrouve pas son niveau



Confusion 2 jours

régressif



Marche ralentie

ne sort plus seule

Son phénotype se lit : récupération lente.

Le phénotype de récupération prédit mieux que la sévérité initiale (Colón-Emeric).



Aigu



Sortie



Orientation



Ville



Récidive



Devenir



À VOUS DE DÉCIDER — 3/6

Récupération lente confirmée. Vers quel maillon de la filière orientez-vous Mme D. ?

A

Retour à domicile simple, avec le médecin traitant.

B

SMR gériatrique

C

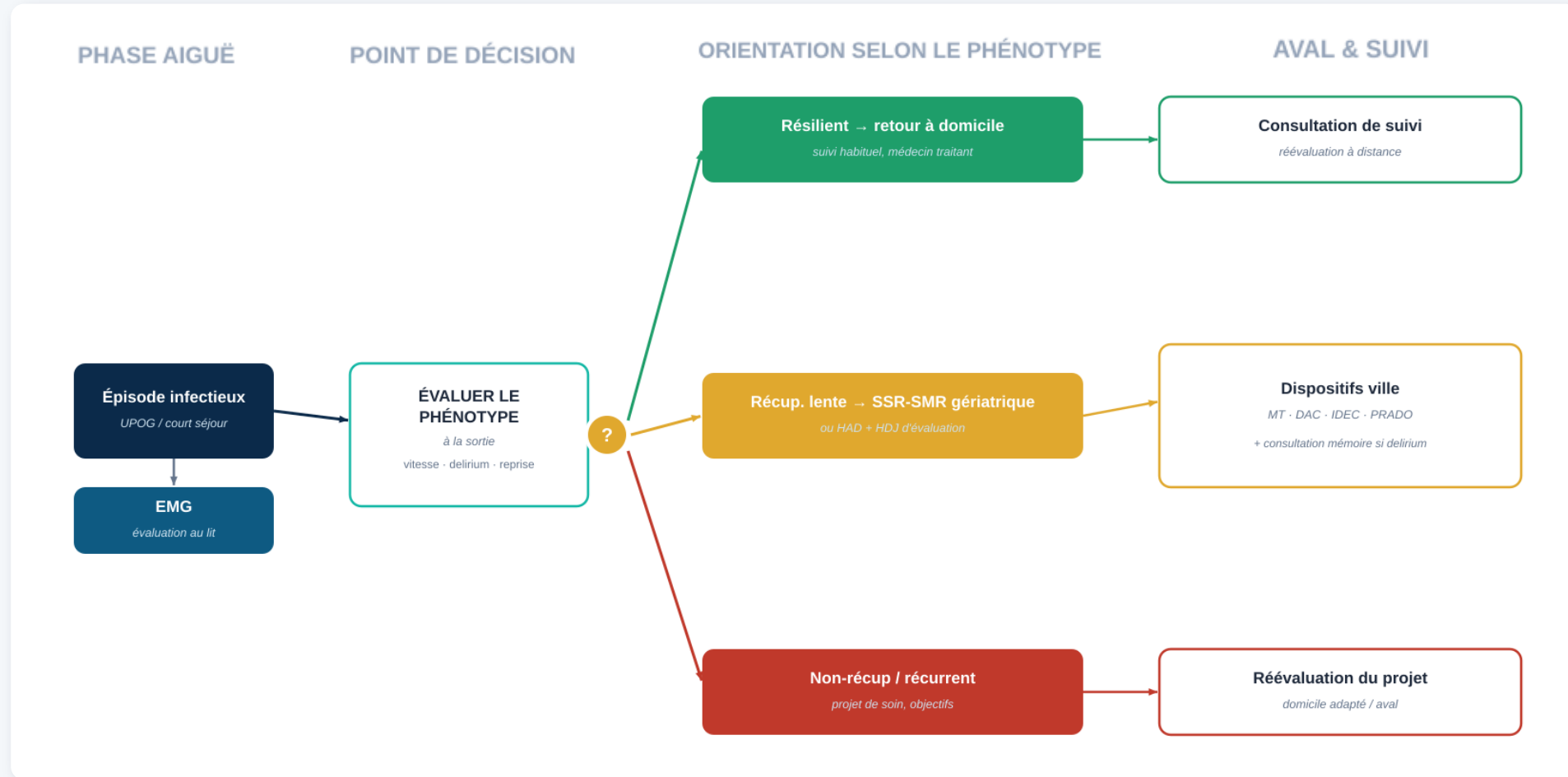
Maintien en court séjour jusqu'à récupération complète.

D

EHPAD d'emblée : elle ne récupérera pas seule.

LA FILIÈRE

Le gériatre, aiguilleur de la filière





À VOUS DE DÉCIDER — 4/6

Mme D. rentrera bientôt à domicile. Comment sécurisez-vous le lien avec la ville ?

A

Un courrier de sortie au médecin traitant suffit.

B

On laisse la famille organiser les relais à domicile.

C

Coordination structurée : DAC / IDEC, PRADO, conciliation, lettre le jour J.

D

On attend de voir : si ça se complique, on réagira.

À main levée — le maillon ville est celui qui casse le plus souvent.

Réponse C : une transition ville activement coordonnée

C

La sortie n'est pas un courrier — c'est un relais organisé. Le lien ville est le maillon le plus fragile du parcours.



DAC / IDEC

coordination d'appui & infirmière
de coordination



PRADO

programme de retour à domicile,
relais organisés



Conciliation

ordonnance de sortie revue,
iatrogénie limitée



Lettre le jour J

le médecin traitant sait, le jour
même

PREUVE ROBUSTE

Les ruptures de transition sont une cause majeure de réadmission évitable.



Aigu



Sortie



Orientation



Ville



Récidive



Devenir

8 étapes graduées, en miroir des campagnes de soin

ÉTAPE	RECOMMANDATION	GRADE
ÉVALUER <i>phase aiguë</i>	Solliciter l'EMG au lit ; évaluer le phénotype de récupération au-delà de la CRP et de la radio	Forte <i>preuve robuste</i> ● ● ●
STRATIFIER <i>sortie</i>	Classer le risque de bascule : résilient, récupération lente, ou non-récupération / récurrent	Bonne pratique <i>expertise</i> ● ○ ○
ORIENTER <i>sortie</i>	Adresser au bon maillon : domicile, SSR-SMR gériatrique ou HAD selon le phénotype et l'autonomie	Conditionnelle <i>donnée émergente</i> ● ● ○
ÉVALUER+ <i>≤ J14</i>	Bilan en hôpital de jour gériatrique (EGS complète) pour les profils à récupération lente	Conditionnelle <i>donnée émergente</i> ● ● ○
AGIR <i>J0-J30</i>	Activer renutrition ciblée et rééducation précoce ; lutte contre l'alitement	Forte <i>preuve robuste</i> ● ● ●
RELIER <i>sortie</i>	Sécuriser le lien ville : lettre le jour J, conciliation, médecin traitant, DAC / IDEC / PRADO	Bonne pratique <i>expertise</i> ● ○ ○
RÉORIENTER <i>si récurrence</i>	Rediscuter les objectifs de soin et ouvrir les directives anticipées si non-récupération ou récidive	Bonne pratique <i>expertise</i> ● ○ ○
SUIVRE <i>3 mois</i>	Consultation gériatrique de suivi ; formaliser un projet de soin adapté au phénotype observé	Conditionnelle <i>donnée émergente</i> ● ● ○

Comme la Surviving Sepsis Campaign structure l'aigu : chaque étape du post-infectieux porte une recommandation graduée.



À VOUS DE DÉCIDER — 5/6

1 mois plus tard : malgré tout, Mme D. ne récupère pas — et fait une 2e pneumonie. Que faites-vous ?

A On intensifie encore : nouvelle antibiothérapie, rééducation renforcée.

B On poursuit à l'identique : le parcours intensif finira par payer.

C On s'arrête sur le sens : la récurrence est un signal — rediscuter objectifs et directives.

D On ne change rien tant qu'il n'y a pas de défaillance d'organe.

Le moment le plus difficile — et le plus gériatrique.

Réponse C : la récurrence est un signal sentinelle



Changer de question, pas abandonner

Chez le sujet âgé, le pronostic tient au **terrain plus qu'au germe**. La récurrence rapide signe une trajectoire qui s'achève. Persister à « réparer » n'a plus de sens — il s'agit de redéfinir ce qu'on vise avec elle et ses proches.

PREUVE ROBUSTE

La pneumonie récurrente multiplie par **4,5** la mortalité à 1 an chez le sujet âgé fragile : souvent un événement pré-terminal.

LE PARCOURS BASCULE VERS



Rediscuter le niveau de soin

réanimation, ré-hospitalisation, intensité



Ouvrir les directives anticipées

l'épisode est une occasion, pas une fatalité



Intégrer une logique palliative

le confort articulé au curatif

Sources : pneumonie récurrente & mortalité à 1 an (PubMed 23941077) ; facteur hôte > pathogène (ScienceDirect 2026).



Aigu



Sortie



Orientation



Ville



Récidive



Devenir



À VOUS DE DÉCIDER — 6/6

**À 3 mois, Mme D. est stabilisée mais diminuée.
Comment formalisez-vous la suite ?**

A

On clôt le dossier : l'épisode est passé, plus rien à organiser.

B

Consultation gériatrique de suivi + projet de soin écrit, partagé avec elle et le médecin traitant.

C

On attend la prochaine décompensation pour réévaluer.

D

On délègue entièrement au médecin traitant, sans transmission structurée.

À main levée — le devenir se prépare, il ne se subit pas.

Réponse B : un projet de soin formalisé et partagé



Le devenir se prépare, il ne se subit pas. Le projet de soin écrit referme le parcours et arme l'avenir.



Réévaluation

EGS de suivi : ce qui a changé depuis l'épisode



Projet de soin écrit

objectifs réalistes, partagés, révisables



Transmission

au médecin traitant et aux relais ville



Suivi cognitif

consultation mémoire si delirium marqué

EXPERTISE / RECO

Le projet de soin est l'aboutissement du parcours : il transforme l'épisode en décision durable.



Aigu



Sortie



Orientation



Ville



Récidive



Devenir

Ce que Mme D. nous laisse

1



L'infection révèle, si on sait lire

Le signal est dans la récupération — vitesse, delirium, reprise — pas dans la radio.

2



Le phénotype dicte le parcours

Résilient, lent ou sentinelle n'ouvrent pas le même chemin : ni sur-soin, ni sous-soin.

3



Le parcours s'adapte, jusqu'au sens

Quand la récupération ne vient pas, réorienter n'est pas renoncer : c'est soigner autrement.

« Lire ce que l'infection révèle — et tracer le parcours qu'elle appelle. »