Université de Bordeaux 2 – Bordeaux Segalen
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017 Thèse n°187

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 2 Novembre 2017 à Bordeaux

Par Aurore MICHEL
Née le 2 Mai 1988 à Niort

Evaluation du dépistage de la fragilité des personnes âgées dans le Médoc consultant aux SAU de Lesparre, au travers des scores ISAR aux urgences et GFST en soins primaires

Directeur de thèse : Dr BROSSET François

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Bernard GAY……..…….. Président
Madame le Professeur Nathalie SALLES.....……..... Rapporteur
Monsieur le Docteur Laurent MAGOT…….....…….Juge
Madame le Docteur Alexandra CHAYVIALLE ….....……Juge
Monsieur le Docteur François BROSSET……..…… Directeur

REMERCIEMENTS

Au président de Jury

Monsieur le Professeur Bernard GAY,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. J'ai été sensible à l'attention que vous avez portée à mon travail et vous remercie pour votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Aux membres du Jury

Madame le Professeur Nathalie SALLES,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. C'est avec spontanéité que vous avez accepté de participer au jury de cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce projet. Soyez assurée de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Laurent MAGOT,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie pour vos conseils et vos orientations lors de la réalisation de ce projet ainsi que votre disponibilité sans faille. Recevez ici toute ma reconnaissance.

Madame le Docteur Alexandra CHAYVIALLE,

Tu me fais l'honneur de juger ce travail. Merci de m'avoir apporté ton enseignement et ton expérience lors mon passage au SSR. Tu m'as permis de consolider mes connaissances dans le domaine de la gériatrie. Sois assurée de ma profonde gratitude et de mon amitié.

A mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur François BROSSET,

Tu me fais l'honneur de bien vouloir assurer la direction de ma thèse. Je te remercie pour m'avoir guidée dans ce travail. Merci pour ton soutien, ton aide, ta disponibilité et ta réactivité. Merci pour ta confiance. Reçois ici l'expression de ma reconnaissance, de mon profond respect et de mon amitié.

A mes maîtres de stage, aux équipes médicales et paramédicales qui m'ont accueillie lors de mon internat

Monsieur le Docteur Philippe JARNIER, Monsieur le Docteur Jean LITALIEN, Monsieur le Docteur Saad AMJAD (Cardiologie CH Périgueux)

Monsieur le Docteur Edgard MOITSINGA, Madame le Docteur Sandrine NIEUVIARTS, Monsieur le Docteur Laurent COURAT (Hépato-Gastro-Entérologie CH Périgueux)

Monsieur le Docteur Francis LAPEYRONNIE, Monsieur le Docteur François FERRER, Monsieur le Docteur Pascal FOURNIER (Médecins généralistes Dordogne)

Madame le Docteur Tackwa KHALIFEH, Madame le Docteur Marie-Agnès GAUD, Madame le Docteur Catherine GAMBERT (Pédiatrie CHU Poitiers)

Madame le Docteur Catherine GOZE-DUPUY, Madame le Docteur Aude MURA, Madame le Docteur LAVOCAT Hélène, Monsieur le Docteur Axel LOISON, Monsieur le Docteur François MATHIEU, Monsieur le Docteur Frédéric SENIS, Monsieur le Docteur Sébastien FRANC (Urgentistes Clinique Lesparre-Médoc)

Madame le Docteur Julie DEREADT, Madame le Docteur Soheir HENAOUI, Madame le Docteur Shi-Fei MA (SSR et Gériatrie Clinique Lesparre-Médoc)

Vous m'avez appris la clinique, les prises en charge thérapeutiques ; Vos expériences et conseils m'ont été chers et enrichissants. Je ne vous en remercierai jamais assez.

Aux sujets de ce travail et aux médecins généralistes ayant participé à l'étude

Merci d'avoir rendu ce travail possible.

Mickael,
Merci pour ton aide précieuse lors de la réalisation de mes statistiques. Sans toi, ce travail n'aurait pas vu le jour.

Maman Papa,
Merci pour votre soutien indéfectible tout au long de mes études. Grâce à vous, j'ai réussi à arriver jusqu'ici. Merci d'être toujours là pour moi. Je vous aime de tout mon cœur.

Juju,
Merci d'être là malgré tout. Que la famille reste toujours la priorité.

Tata Corinne, Tonton Laurent, Thierry et mes cousins et cousines,
Merci pour votre aide et votre soutien pendant mes études. Merci également d'avoir répondu présent pour tous ces déménagements !

Marine, Marlène et Lulu,
Merci d'être si proches malgré la distance et le temps qui passe. Votre amitié compte tellement pour moi. Merci pour ces éclats de rire et ces soirées qu'on ne peut raconter. 3M1L ! Pour Marlène : rafale de KTI !!!!!

Tony, Victor, Max, Bruno, Pierrot et les copains du lycée,
Merci pour votre énergie, pour votre folie, pour toutes ces discussions à refaire le monde lorsqu'on se voit. Merci pour votre amitié précieuse malgré la distance.

Myriam,
Merci pour ce semestre de folie en Pédiatrie et pour ton amitié. « Hey les Romains... !! »

Kevin,
Merci pour cette belle complicité qu'on a réussi à garder. Merci pour ton soutien.

Agathe, Lucile, Grégoire, Etienne, Yoann, Thomas et le reste de l'équipe
Merci pour ces années d'externat pleines de souvenirs et de fêtes, et ce WEI inoubliable en punk !

Pour tous mes grands parents, une pensée affectueuse.

Pour toi Julien, un souvenir ému.

Enfin, merci à tous ceux que j'oublie, qui ont fait un bout de chemin avec moi...

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS……7
LISTE DES ABREVIATIONS…….. 8

INTRODUCTION……10

I. GENERALITES 12

A. Notions démographiques.....12
1. Au niveau national 12
2. La Région Médocaine.....14

B. Etats des lieux sur le recours aux Structures d'Urgences 14
1. Caractéristiques nationales 14
2. Les Service d'Accueil des Urgences de Lesparre-Médoc 17

C. Prise en charge du sujet âgé dans le Médoc 18
1. Offres de soins ambulatoires.....18
2. Offres de soins hospitaliers 21

D. Le dépistage de la personne âgée fragile 21
1. La fragilité du sujet âgé 21
2. Le score ISAR 23
3. Le score Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST).....26
4. L'Evaluation gériatrique standardisée 28
5. Loi du 28 décembre 2015.....32

II. MATERIEL ET METHODES 33

A. Objectifs.....33

B. Critères d'inclusion et d'exclusion 33

C. Méthodes de recueil de données 34
1. 1ère partie du recueil de données.....34
2. 2nde partie du recueil de données 35

D. Analyse statistique.....38

III. RESULTATS 39

A. Population totale 39
1. Données sociodémographiques et médicales 41
2. Score ISAR 43
3. Score GFST 44

B. Concordance entre les scores GFST et ISAR 45

C. Population fragile selon ISAR et GFST 45

D. Profil des questionnaires de la population fragiles 47
1. Questionnaire ISAR 47
2. Questionnaire GFST 48

IV. DISCUSSION 50

A. Résultats principaux 50

B. Biais de l'étude 50

C. Forces de l'étude 51

D. Comparaison de notre étude à la littérature 51
1. Caractéristiques de notre population étudiée 51
2. Le score ISAR 53
3. Le score GFST 54
4. Concordance des scores et items discriminants 55

E. Perspectives 56

CONCLUSION 58

BIBLIOGRAPHIE 59

ANNEXES 64

RESUME 78

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLEAUX

Tableau I : Evolutions et projections des plus de 75 ans en France métropolitaine..*13*
Tableau II : Suivi d'activité des consultations aux SAU de Lesparre-Médoc (extrait du logiciel Sanocom).……..……..*17*
Tableau III : Répartition selon l'âge des consultations aux SAU de Lesparre-Médoc (extrait du logiciel Sanocom).....*18*
Tableau IV : Première parité du recueil de données.....*36*
Tableau V : Deuxième partie du recueil de données.....*37*
Tableau VI : Descriptif de la population totale.....*40*
Tableau VII : Analyse du score ISAR.....*43*
Tableau VIII : Analyse des résultats du score GFST.....*44*
Tableau IX : Concordance ISAR et GFST.....*45*
Tableau X : Descriptif de la population fragile.....*46*
Tableau XI : Analyse descriptive des réponses positives au questionnaire ISAR.....*47*
Tableau XII : Analyse descriptive des réponses positives au questionnaire GFST...*49*

FIGURES

Figure 1 : Les score ISAR.....*24*
Figure 2 : Le questionnaire Gérontopôle Frailty Screening Tool.....*27*
Figure 3 : Schéma d'inclusion.....*39*
Figure 4 : Répartition de l'âge en fonction du sexe.....*41*
Figure 5 : Représentativité des antécédents.....*42*
Figure 6 : Répartition des motifs de consultation aux urgences.....*42*
Figure 7 : Résultats score ISAR.....*43*
Figure 8 : Résultats score GFST.....*44*
Figure 9 : Courbes des IC à 95% du taux de « oui » par question au score ISAR....*48*
Figure 10 : Courbes des IC à 95% du taux de « oui » par question au score GFST.*49*

LISTE DES ABREVIATIONS

ADL : Activities of Daily Life

AEG : Altération de l'Etat Général

ALD : Affection Longue Durée

APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie

APL : Aide Personnalisée au Logement

ARDH : Aide au retour à Domicile après Hospitalisation

ASH : Aide Sociale à l'Hébergement des Aînés

ASIR : Aide en Situation de Rupture

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

BRIGHT : Brief Risk Identification for Geriatric Health Tool

CES-D : Center for Epidemiological Studies Depression

DREES : Direction de la recherche, des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GDS : Gériatric Depression Scale

GFST : Gérontoôle Frailty Screening Tool

GIR : Groupes Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de Jour

IADL : Instrumental Activites of Daily Living

IMC : Indice de Masse Corporel

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISAR : Identification of Seniors At Risk

MMSE : Mini Mental State Examination

SAE : Statistique Annuelle des Etablissements

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des urgences

SEGA : Sommaire de l'Evaluation du profil Gériatrique à l'admission

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSR : Soins de suite et Réadaptation

TRST : Triage Risk Screening Tool

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, les bilans démographiques sont sans équivoque : il existe une augmentation considérable de la population âgée en France. Dans les décennies à venir, les projections démographiques s'orientent vers une forte progression de la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus [1].

L'INSEE explique que la part des plus de 60 ans en 2060 dépendra quasi exclusivement du gain de l'espérance de vie [2].

De nombreuses études cherchent à évaluer les circonstances, les populations, les motifs de recours aux structures d'Urgences.
Les personnes âgées représentent une part non négligeable des patients consultant aux urgences. Effectivement, selon certaines études, la part de la patientèle gériatrique, définie comme la population âgée de 75 ans et plus, représente aux urgences de 11 à 24% des passages [4]. Par exemple, le 11 juin 2013, la DREES a mené une enquête nationale sur les SAU, montrant ainsi, ce jour ci, que sur les 52 018 passages recensés nationalement, 8486 concernaient des patients >65ans [5].

La personne âgée est un patient particulier puisqu'elle présente une multiplication des pathologies ; 85% des personnes âgées de plus de 75 ans déclarent avoir au moins une affection chronique [6]. Malgré le constat actuel d'une tendance à l'urbanisation et à l'éloignement familial, on note un recul des institutionnalisations, cause probable de l'isolement de la personne âgée.

L'association de tous ces facteurs (augmentation de l'espérance de vie, part de population gériatrique croissante, augmentation du nombre de passages aux SAU, diminution de l'institutionnalisation, polypathologie) est à l'origine de l'émergence d'une population âgée consommatrice de soins de plus en plus importante, enjeu majeur de santé publique.

Les consultations en médecine générale et/ou aux SAU, sont identifiées comme pouvant être des moments propices au dépistage de la personne âgée fragile. Dépister la fragilité autorise alors d'orienter le patient vers une évaluation globale standardisée. Ces méthodes d'évaluation permettent de prévenir le déclin fonctionnel, la perte d'autonomie, l'institutionnalisation, l'hospitalisation voir le décès [6-7], en permettant une adaptation préalable des aides et soins.

Pour cela, la dixième conférence de consensus de la Société Francophone de Médecine d'Urgences [6] traitant de la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences, propose le score ISAR comme outil de dépistage validé.

Le Gérontopôle de Toulouse a développé une grille de repérage de la fragilité en soins primaires, nommée GFST, qui a été retenue par la Société Française de

Gériatrie et de Gérontologie et par le Collège National des Professionnels de Gériatrie.

Basé sur des outils dérivés du phénotype de Fried (*Annexe 9*), et associé à quelques questions prenant en compte les parts cognitives et sociales, le questionnaire GFST est recommandé en médecine générale, mais en cours de validation [7].

Ainsi, notre travail s'est intéressé à la question suivante *: Il existe une sous-évaluation des personnes âgées fragiles en France. Le score établi par le Gérontopôle de Toulouse applicable en médecine générale dans la perspective d'une évaluation gériatrique standardisée et le score ISAR recommandé aux SAU, ont-ils la même valeur de dépistage de la personne âgée fragile, chez les patients ayant consulté aux SAU ?*

In fine, notre réflexion pose l'hypothèse suivante : *les patients gériatriques consultant aux urgences, en dehors de tout épisode aigu sévère nécessitant une hospitalisation, et dépistés positivement par le score ISAR auraient pu être détectés préalablement dès la consultation courante de médecine générale, grâce à cette nouvelle grille GFST, comme patient fragile à risque d'entrée dans la dépendance.*
Ainsi, ils auraient pu bénéficier d'une évaluation gériatrique spécialisée avec la mise en place d'aides adaptées précocement si nécessaire, permettant de prévenir voire éviter la survenue d'un événement aigu à l'origine de recours aux services d'urgences et souvent déclencheur d'une cascade d'événements empêchant le retour à domicile.

Afin d'apporter des éléments de réponse à cette question, nous avons réalisé une étude prospective observationnelle et descriptive monocentrique aux urgences de Lesparre.

Notre travail a donc consisté dans la description et l'évaluation d'un échantillon de la population à risque de fragilité dans le Haut Médoc ayant consulté aux urgences de Lesparre.

Dans un premier temps, nous rappellerons quelques points importants sur le dépistage de la personne âgée fragile, en apportant des précisions sur les scores ISAR et Toulousain, nous réaliserons également un résumé de la démographie du Haut Médoc et une description de la Clinique de Lesparre. Dans un second temps, nous développerons la méthodologie de notre travail puis nos résultats. Avant de conclure, une dernière partie sera consacrée à la discussion de nos résultats.

I. GENERALITES

A. Notions démographiques

1. Au niveau national

a) Caractéristiques démographiques actuelles

Les résultats définitifs du recensement mené en 2013, en France, ont permis d'établir des estimations de population provisoires pour les années 2014, 2015 et 2016.

Ainsi, le bilan démographique de 2015 évalué à partir du recensement de 2013, des statistiques d'état civil et d'une estimation du solde migratoire, montre qu'en métropole et territoires d'outre-mer, au 1er Janvier 2016, 12,52 millions des personnes étaient âgées de plus 65 ans soit 18,8% de la population totale, dont 6,08 millions de plus de 75 ans (soit 9,1%) [1]. A noter que la population âgée de plus de 65 ans est majoritairement féminine, puisque le pourcentage d'hommes pour cette tranche d'âge n'est que de 43,7% [1].

En 1996, la population française était évaluée à 59,28 millions d'habitants dont la part des 65 ans et plus correspondait à 8,98 millions (soit 15,1% de la population totale) et la part des 75 ans et plus à 3,75 millions (6,3%) [1].

A ce jour, La France qui est le deuxième pays le plus peuplé du continent après l'Allemagne, voit sa population gériatrique augmenter avec + 3,7% par rapport à la population totale, comparativement à il y a 20 ans. A l'image du nombre de centenaires qui augmente d'année en année puisqu'on en compte 20669 actuellement, contre 3790 en 1990 [11].

Par contre, le taux de mortalité reste lui, stable avec un taux de mortalité à 9,1‰ habitants en 1996, contre 9,0 ‰ actuellement [1].

b) Projections démographiques

Les dernières prévisions démographiques publiées par l'Institut National des Etudes et de la Statistique annoncent que le pourcentage des personnes âgées de 75 ans et plus sera en hausse constante. Effectivement, le nombre de personne âgée de 75 ans ou plus doublerait et passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 [2].

Cette augmentation dynamique est aussi valable pour les 60 ans ou plus puisqu'on compterait 23,6 millions de personnes âgées de plus de 60 ans, soit une augmentation de 10,4 millions par rapport à 2007 [2].

Ainsi, en 2060, la France compterait 73,5 millions d'habitants, dont 26,7% de plus de 65 ans soit plus d'une personne sur 4.

Selon ce même scénario, jusqu'en 2035, la proportion des personnes âgées de 60 ou plus augmentera très fortement, après 2035 celle-ci poursuivra son augmentation mais plus modérément [2].

L'INSEE précise bien que ces projections démographiques reposent sur l'hypothèse d'un maintien des tendances récentes.

Tableau I : Evolutions et projections des plus de 75 ans en France métropolitaine

	1960	1980	2000	2007	2020	2030	2040	2050	2060
Population au 1er janvier (en millions)	45,46	53,73	58,85	61,79	65,96	68,53	70,73	72,27	73,55
Proportion (%) des 75ans et +	4,3	5,7	7,2	8,5	9,4	12,3	14,7	16	16,2

c) Vers une population vieillissante

Le vieillissement est un processus naturel et hétérogène, on parle de sénescence ou de sénilité en fonction du caractère pathologique ou non du vieillissement. Il correspond à l'ensemble des mécanismes physiologiques et psychologiques qui modifient la structure de l'organisme à partir de l'âge mûr [12].

Il s'agit d'un phénomène lent et progressif, qui est à différencier des pathologies usuelles.

La population française est en croissance constante, expliquée par un solde naturel positif (nombre de naissance supérieur au nombre de décès) [11].

Alors que dans d'autres pays européens, le vieillissement de la population est causé par une chute de la fécondité [1; 11], en France, celle-ci est essentiellement liée à une baisse de la mortalité aux âges avancés.

Le vieillissement de la population nationale semble être un des facteurs essentiels de l'évolution démographique de ces prochaines décennies. Déjà, actuellement cela est illustré par l'augmentation de l'âge médian en 2016 : 40,2 ans contre 37,4 en 2004 [1].

L'espérance de vie (correspondant à la durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année) est en constante progression et dépasse les limites biologiques annoncées. Effectivement, en France métropolitaine, l'espérance de vie à la naissance en 1960 était de 67 ans, et de 15,7 ans à 60 ans pour les hommes. A ce jour, celles-ci sont respectivement de 79 ans et de 22,9 ans [1]. Le schéma d'évolution de l'espérance de vie est identique pour les femmes ; en hausse constante. Ainsi en 2060, l'espérance de vie augmenterait encore de 8,2 ans pour les hommes et de 6,6 ans pour les femmes [1].

Il faut différencier l'espérance de vie sans incapacité ou en bonne santé, c'est à dire sans handicap. Celle-ci est estimée, selon les données les plus récentes de l'INSEE à 61,8 ans pour les hommes et de 63,5 ans pour les femmes.

L'ensemble de ces facteurs contribue à un vieillissement significatif de la population qui a et aura inévitablement des conséquences sur notre société, notamment sur le système de santé.

2. La Région Médocaine

a) Données récentes

Publiés en Mars 2014, Le Pays Médoc, structure administrative d'aménagement territorial française, en association avec l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine ont établis des éléments de cadrages, notamment ciblés sur les personnes âgées et l'état de santé. Ces rapports s'inscrivent dans la mise en œuvre du projet local de Santé, et ont permis une comparaison de la situation du Pays Médoc à l'ensemble de la Gironde, de l'Aquitaine et de la France [9 ; 10].

Les données les plus récentes localement montrent qu'au 1er janvier 2010, 24,8% de la population médocaine était âgée de 60 ans et plus, soit environ 1 personne sur 4. Ce nombre a augmenté de 31% entre 1999 et 2010, s'expliquant par une nette progression des 60-74 ans avec une augmentation de 30% dans le Médoc contre 12% au niveau national [9].

L'analyse du mode de vie des personnes âgées explique qu'en 2010 prêt de 34,7% [9] des plus de 75 ans vivent seul au domicile, alors que la proportion vivant en collectivité est très faible à environ 8,5% [9].

L'analyse des aides sociales, notamment avec l'ouverture au droit à l'allocation personnalisée d'autonomie, retrouve qu'au sein du Pays Médoc seules 1653 personnes bénéficiaient en septembre 2013 de l'APA [9].

Ainsi, ces données mettent en évidence, dans le Médoc, une proportion plus importante de sujets âgés qu'au niveau national avec une nette tendance à l'isolement.

b) Evolution démographique à prévoir localement

Les projections démographiques fournies par l'Observatoire régional de Santé d' Aquitaine, estiment qu'en 2040 près de 43800 médocains seront âgés de 60 ans et plus, soit une augmentation de plus de 10% en 30 ans [8 ; 9]. Ces estimations portent à 34% la part des patients âgés de 60 ans et plus dont 15,2% de plus de 75 ans (contre 8,9% en 2010).
Le schéma de vieillissement de population, notamment par gain de l'espérance de vie, projeté au niveau national, est également à prévoir au niveau du Pays Médoc. On observera presque un doublement de la population des 75 ans dans les deux décennies à venir avec une hausse de 78,2% [9].

c) Particularités de la population âgée médocaine

Les éléments de cadrage ont permis d'établir certaines singularités de la population de la région du Médoc.

Les maladies cardiovasculaires, néoplasiques et endocriniennes type diabète ont été les motifs principaux de recours en affection longue durée entre 2009 et 2011. Les taux d'admissions en ALD sont nettement plus élevés en Pays Médoc qu'aux niveaux départemental, régional et national. Effectivement, le taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour 100000 habitants est évalué localement à 2364 contre 2175 en Gironde, 2111 en Aquitaine et 2274 en France métropolitaine [10].

Ciblées sur la population gériatriques, les pathologies d'origine cardio-vasculaire, et les démences type Alzheimer représentent respectivement 41% et 3% des admissions en ALD pour les patients entre 65 et 74 ans, et plus de la moitié et 18% pour ceux âgés de plus de 85 ans [9].

Même si celle-ci est en baisse localement, les indices comparatifs de mortalité générale restent en hausse en région médocaine par rapport à la situation nationale et d'Aquitaine [10].

B. Etats des lieux sur le recours aux Structures d'Urgences

1. Caractéristiques nationales

Nationalement, on compte à ce jour 738 structures d'Urgences hospitalières. Chaque département français dispose d'au moins un SAU, en revanche selon la région le nombre et les caractéristiques des SAU dépendent de la démographie locale mais aussi de l'histoire des établissements de santé [3 ; 5].

La première enquête nationale menée en 2002, visant à décrire le profil de la population ayant recours aux urgences cette même année, a pu identifier cinq grands groupes d'usagers des urgences correspondant aux différents âges de la vie [3 ; 4] :

- les nourrissons amenés par leurs parents plutôt en fin d'après-midi ou soirée, pour un problème plutôt somatique
- les enfants, pour des problèmes essentiellement traumatologiques plutôt en journée
- les jeunes adultes, avec un profil quasi identique à celui des enfants, auxquels s'ajoutent les pathologies psychiatriques et les violences
- les adultes, dont les motifs de venue traumatiques diminuent avec l'âge pour être remplacés par les problèmes cardio-vasculaires et somatiques
- les personnes âgées de plus de 70 ans, consultant dès le matin, fréquemment adressées par le médecin traitant pour un problème susceptible de s'aggraver dans la journée, aboutissant à une hospitalisation pour la moitié

Une seconde enquête menée le 11 juin 2013, sous un format différent de la précédente, fait suite à des modifications nationales sur les modalités et le fonctionnement des urgences.

Ainsi, lors de la décennie séparant ces deux enquêtes, ont été développées des aides financières pour la création de postes dans les SAMU et SMUR. En 2006, des décrets ont définis les services autorisant l'accueil des urgences générales et pédiatriques. En parallèle, la loi hôpital, patients, santé, territoires a apporté des modifications visant à faciliter le recours non programmé à un médecin en ville (régulation médicale, maison médicale de garde, etc) [21].

Le but de ces changements est de faire face au nombre croissant de prise en charge aux urgences passant de 13,6 millions de passages en 2002 à 18,5 millions en 2011 [5], à l'origine d'un encombrement des services et d'un temps d'attente parfois très long [3].

Il est précisé que les consultations des personnes âgées aux urgences semblent, selon les avis exprimés, souvent relever d'un manque d'anticipation et de projet de soins, en particulier lorsqu'elles sont en perte d'autonomie [3].

L'enquête menée le 11 juin 2013, a montré que nationalement à cette date précise, il y a eu 52018 passages aux urgences, correspondant au volume moyen quotidien d'activité des services des urgences décrit par la SAE [21]. Sur ces 52018 passages, environ 9500 soit approximativement 18,2% ont concernés des patients âgés de 65ans et plus (environ 1 patient sur 5), majoritairement de sexe féminin, dont 3449 venaient du domicile et vivaient seul [22].
La cause cardio-vasculaire était la cause principale de recours aux urgences pour cette tranche d'âge [22].

Le sujet âgé prend, donc, une part non négligeable des consultations aux urgences. Par ailleurs, l'impact de ces consultations est d'autant plus lourd que dans cette population, la nécessité de recours aux examens complémentaires est souvent indispensable.

Le vieillissement de la population française sera à l'origine, dans les années à venir, d'un accroissement significatif de la proportion des sujets âgés ayant recours aux SAU et donc de leur saturation.

2. Les Service d'Accueil des Urgences de Lesparre-Médoc

Lesparre-Médoc, situé au Nord Ouest du département de la Gironde, est une commune qui comptait en 2013 5588 habitants.
La Clinique Mutualiste de Lesparre-Médoc est la seule structure d'accueil d'Urgences sur un périmètre de 50kms, lui conférant un statut d'urgences polyvalentes. L'offre de soins en Santé a également équipé la Clinique d'une structure mobile d'urgences et de réanimation.

Le suivi d'activité de la Structure d'Accueil des Urgences de la Clinique Mutualiste de Lesparre-Médoc, retrouve des résultats similaires à ceux annoncés au niveau national avec une augmentation du nombre de consultations aux urgences lors des dernières années :

Tableau II : Suivi d'activité des consultations aux SAU de Lesparre-Médoc (extrait du logiciel SANOCOM)

Année	2012	2013	2014	2015
Nombre total de passages aux SAU	16520	17538	17781	18228

Les données concernant la répartition par sexe des consultations aux SAU retrouvent une quasi équivalence entre les hommes et les femmes avec respectivement 51,5 % contre 48,5% de moyenne sur les 5 dernières années.

La répartition en fonction de l'âge montre une augmentation du pourcentage de passages pour les patients âgés de plus de 50 ans, avec une hausse plus marquée pour les patients âgés de plus de 75 ans. Effectivement, celui-ci s'élevait à 15,7% en 2013, contre 18,8% au 31/05/2016.

Tableau III : Répartition selon l'âge des consultations aux SAU de Lesparre-Médoc (extrait du logiciel SANOCOM)

	2013	2014	2015	31/05/16
<18 ans	23,80%	24,10%	23,40%	21%
de 18 à 50 ans	37,30%	37,70%	36,80%	35,30%
>= 50 ans	23,20%	22,80%	23,60%	24,90%
>= 75 ans	15,70%	15,40%	16,20%	18,80%
Total	100%	100%	100%	100%

A noter qu'il existe une hausse de la moyenne d'âge des patients consultants aux urgences, passant de 41,6 ans en 2013 contre 42,3 en 2015, conséquence de l'augmentation du pourcentage des sujets âgés ayant recours aux urgences.

Ces chiffres ne sont pas exactement superposables à ceux obtenus lors de l'enquête nationale menée en 2013, qui retrouvaient un taux 18,2% de passages aux urgences pour les patients âgés de 65 ans et plus. Dans le Médoc, le pourcentage des sujets âgés de plus de 75 ans est déjà de 18,8% en mai 2016, on peut conclure que la part des patients de plus de 65 ans consultant aux urgences est nettement supérieure à la moyenne nationale établie par l'enquête menée le 11 juin 2013, et que cette hausse va perdurer et suivre le schéma national prévu.

C. Prise en charge du sujet âgé dans le Médoc

1. Offres de soins ambulatoires

En cas d'entrée progressive dans la dépendance, pour pérenniser le maintien à domicile du sujet âgé, il est nécessaire de répondre à ses besoins en mettant en place des aides sociales, humaines et matérielles. Les soins ambulatoires peuvent répondre à cette problématique.

a) Offres de soins en médecine générale

Au 1er janvier 2009, une centaine de généralistes libéraux exerce dans le Médoc. Rapporté à la population du pays, cet effectif (10,8 médecins pour 10 000 habitants) est inférieur à la moyenne régionale [27].

Les femmes représentent 24% des praticiens installés contre 30% en Aquitaine. 44,8% des médecins sont âgés de 55 ans ou plus (contre 37,9% en Aquitaine) : dans la décennie à venir, environ 40 % d'entre eux devraient cesser leur activité [27].

b) Aides sociales

Les différentes aides sociales existantes pour le sujet âgé sont :

- L'Allocation personnalisée à l'Autonomie (APA) :

Il s'agit de la principale allocation versée aux personnes âgées reconnues comme dépendantes. Elle est accordée pour une durée illimitée avec les conditions suivantes :

- Etre âgé de 60 ans ou plus
- Résider en France de façon régulière depuis plus de 3 mois
- Justifier d'une perte d'autonomie nécessitant une aide pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne

La demande d'APA se fait via le Centre Communal d'Action Sociale ou via le Conseil Départemental. Dans le mois suivant le dépôt du dossier, une équipe médico-sociale chargée d'évaluer les besoins spécifiques du demandeur et des proches des aidants, se rendra au domicile du sujet pour réaliser cette évaluation. La perte d'autonomie est évaluée grâce à la grille AGGIR, et seuls les patients classés du GIR 4 à 1 peuvent se voir attribuer cette allocation.

- L'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) :

Il s'agit de l'ancien « minimum vieillesse » alloué aux personnes retraitées justifiant de faibles ressources. Pour en bénéficier il faut :

- Etre âgé de plus de 65 ans
- Résider de manière régulière en France
- Justifier de faibles ressources, inférieures à 9609,60 euros/an pour une personne seule

La demande d'ASPA s'effectue auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse et est versée soit par la Caisse de Retraite, soit par un Service spécifique géré par la Caisse des Dépôts et Consignations.

- L'Aide en Situation de Rupture (ASIR) :

Cette prestation est une aide ponctuelle délivrée par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse depuis 2012 pour faire face aux situations de rupture, telles que la perte d'un conjoint, l'entrée en établissement d'un conjoint, un déménagement ou une hospitalisation. Elle permet l'amélioration des conditions de vie au domicile, ainsi qu'un accompagnement administratif, de gestion budgétaire, de soutien moral et d'aide dans les tâches domestiques. Elle n'est attribuée qu'aux sujets en GIR 5 ou 6, donc non cumulable avec l'APA.

- L’Aide à Domicile après Hospitalisation (ARDH) :

Cette aide est ponctuelle et permet une assistance pour les gestes quotidiens en retour d’hospitalisation. Elle est limitée à 3 mois et s’adresse aux personnes de plus de 55 ans bénéficiant d’une retraite du régime général.

Plus globalement, on retrouve l’Aide au logement (APL), l’Aide sociale à l’hébergement des aînés (ASH) qui permettent d’aider à régler les frais liés au logement.

c) Aides associatives et réseaux locaux

De multiples réseaux locaux associatifs existent pour répondre aux besoins de toute personne en difficulté. Ceux-ci organisent les moyens d’action en proposant du personnel qualifié adapté et assurant le suivi des prestations.

En développant ces services à la personne, les associations comme « l’Association d’Aide aux Personnes Agées », « Confiez-nous », « Vitame », « Santé Autonomie Médoc », permettent avec une équipe pluridisciplinaire, le maintien à domicile des personnes fragilisées en proposant des aides à la réalisation, aux gestes et activités de la vie quotidienne.

d) Aides humaines et matérielles

Au delà des aides humaines familiales souvent majeures dans le maintien au domicile des sujets âgés, des aides humaines professionnelles peuvent être apportées en complément de l’entourage. Ces professionnels, intervenant au domicile, apportent soutien et assistance pour la réalisation de soins expérimentés. Ainsi, diverses aides peuvent être citées : passage infirmiers pour aide à la toilette, préparation du pilulier, délivrance des médicaments, réfection de pansements ; aides ménagères ; auxiliaires de vie ; soins de kinésithérapie…

Les aides matérielles, techniques ou de service contribuent, elles aussi à favoriser le maintien à domicile. Par exemple on retrouve : le système de téléassistance, le portage de repas, l’aménagement du domicile (rampe d’accès, éviction des obstacles), le matériel médicalisé (lit, fauteuil, déambulateur, potence, coussins de décharges, matelas anti-escarres…).

e) Aparté sur les Lieux de vie et les Structures d’Accueil

Lorsque l’état de dépendance est trop avancé, ou que les réponses médicales, paramédicales, environnementales ne permettent plus de subvenir aux besoins du patient à leur domicile, une institutionnalisation doit être envisagée.

On distingue les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces structures n'accueillent que des patients âgés de plus de 65 ans.

Sur le territoire médocain, on compte à ce jour 11 EHPAD privés, publics ou associatifs. Ces onze établissements ont une capacité totale d'accueil de 774 places. Seules 3 de ces structures organisent des hébergements temporaires. On dénombre également de multiples EHPA (anciennement résidence pour personnes âgées).

2. Offres de soins hospitaliers

La filière de soins gériatriques hospitaliers dans le Médoc ne comporte qu'un seul pôle. Celui-ci est situé à la Clinique Mutualiste de Lesparre-Médoc. Il permet, actuellement, l'accès aux soins gériatriques de deux catégories :

- les hospitalisations programmables : par le Service de Soins de Suites et Réadaptation (SSR) à orientation gériatrique

- les hospitalisations non programmables : par le Service de Court Séjour Gériatrique via le Service des Urgences et les demandes de médecins extérieurs

Le pôle gériatrique compte depuis septembre 2016 :
- 12 lits de gériatrie aiguë
- 30 lits de SSR

Il n'existe, à ce jour, aucune équipe mobile gériatrique intra hospitalière.
Le projet de développement du pôle gériatrique est en cours, avec la perspective de mise en place d'un hôpital de jour gériatrique et d'une consultation mémoire.

D. Le dépistage de la personne âgée fragile

1. La fragilité du sujet âgé

a) Définition

On retrouve de nombreuses et différentes définitions données au concept de fragilité du sujet âgé, probablement liées au caractère récent de ce concept.

Une des définitions fréquemment retrouvée est la suivante : « syndrome résultant d'une réduction multisystémique des réserves fonctionnelles limitant les capacités […] elle se caractérise par un état d'instabilité physiologique exposant à un risque majeur de décompensation fonctionnelle associée souvent à des phénomènes de

cascades et de cercles vicieux, source de perte d'autonomie, d'institutionnalisation ou de décès » [13].

En comparaison à cette définition, le jury de la dixième Conférence de Consensus de la SFMU, datant de 2003 et traitant de la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux Urgences, a défini la fragilité d'une personne âgée comme un risque de déséquilibre entre des éléments somatiques, psychiques et sociaux provoqué par une agression même minime. En pratique, elle se manifeste par l'apparition de troubles cognitifs, comportementaux et sensoriels, de polypathologies, de polymédications, et par l'accroissement des besoins d'aides dans la vie quotidienne [6].

Il s'agit d'un état dynamique instable mais réversible [23]. Il est le plus souvent asymptomatique, et apparaît évident lors de la survenue d'un événement aigu.

Le concept de fragilité appelé aussi « frail elderly » est à différencier des comorbidités (correspondants à plus de deux pathologies diagnostiquées chez le patient) et aux incapacités (difficulté ou dépendance pour la réalisation d'une ou plusieurs activités nécessaires à une vie indépendante) évaluées par les échelles ADL et I-ADL [14].

Les scores de dépistage de la fragilité du sujet sont, pour la plupart, dérivés du phénotype de Fried établissant des critères basés sur [14] :

- la sarcopénie : perte de poids non intentionnelle de plus de 5kg en un an
- la faiblesse : diminution de la force de préhension de 20% (à ajuster selon le genre et l'IMC)
- l'asthénie : identifiée par deux items de l'échelle CES-D
- la lenteur : vitesse de marche réduite de 20%
- la diminution des activités/la sédentarité : diminution de 20% de la dépense énergétique (à adapter au genre du patient)

La sarcopénie jouerait un rôle central dans la fragilité, avec une réduction significative de la masse, de la force et de la qualité musculaires squelettiques [15].

La sarcopénie et donc la fragilité, ont des conséquences délétères sur la mortalité, la morbidité et l'autonomie notamment avec un risque de décès multiplié par 3 à 5 ans, et un risque d'institutionnalisation multiplié par 9 par rapport à un sujet autonome [15 ; 16].
La fragilité n'est pas le vieillissement, ni la dépendance. Elle n'est pas secondaire à une pathologie donnée, ni liée forcément à la polypathologie.
La prévalence de la fragilité est mal connue, les premiers chiffres avancés par la littérature datent de 2002 avec une variation entre 10% et 25% pour les sujets âgés vivants au domicile [12].

Au niveau européen, au travers de l'étude SHARE menée dans dix pays, la fragilité selon le phénotype de Fried est évaluée à 15,5% en France parmi les sujets âgés de plus de 65 ans vivant au domicile, en 2009. Il est précisé que cette prévalence augmente avec l'âge et est prédominante chez la femme [23].

b) Physiopathologie

Le concept de fragilité est favorisé par deux types de facteurs : intrinsèques et extrinsèques (ou environnementaux) [16 ; 17] :

- Intrinsèques :
  - Le déconditionnement physique lié à la baisse des performances mécaniques du système musculo-squelettique et à la baisse des capacités aérobies
  - La baisse des réserves nutritionnelles liée à la baisse du poids, à la baisse de la synthèse hépatique (albumine, cholestérol, vitamine D) et à la baisse de la synthèse des hormones anabolisantes (Insulin Like Growth factor, testostérone, DHEA)
  - La désafférentation secondaire à une réduction des stimulations intellectuelles provoquées par les déficiences sensorielles, l'isolement social et les processus neurodégénératifs qui entrainent une baisse des neurotransmetteurs, une leucoaïose, une apoptose neuronale accélérée
  - La dysrégulation du système immunitaire qui favorise une inflammation chronique avec élévation de l'interleukine 6, du Tumor Necrosis Factor, une réaction amplifiée au stress qui active l'axe hypothalamo-hypophysaire (en stimulant la synthèse de leptine) contribuant indirectement à la satiété précoce et à la cachexie

- Extrinsèques :
  - Les bas revenus
  - Le faible niveau d'instruction
  - Le défaut de couverture sociale
  - L'isolement socio-familial

Ce concept de fragilité est à l'origine de déficiences, qui vont être à l'origine de limitations fonctionnelles se traduisant par l'état de dépendance.

2. Le score ISAR

a) Généralités

Développé dans les années 1990, par une équipe canadienne, le score ISAR est conçu alors qu'il n'existe aucun autre score de dépistage de la fragilité aux urgences.

Le score ISAR est présenté en figure 1.

Figure 1 : Le score ISAR

1- Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ? Oui □ Non □

2- Depuis le début des symptômes qui vous ont amenés aux urgences, aviez-vous besoin de plus d'aide au domicile ? Oui □ Non □

3- Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ? Oui □ Non □

4- Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de vue ? Oui □ Non □

5- Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problème de mémoire ? Oui □ Non □

6- Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ? Oui □ Non □

Oui =1

Non =0

Le score est positif s'il est supérieur ou égal à 2. Si positivité, il y a un risque de survenue d'événement défavorable, il est recommandé alors de réaliser une évaluation gériatrique standardisée.

Le but du score ISAR (Identification Systématique des Aînés à Risque) est d'identifier les personnes âgées fragiles, c'est à dire les sujets susceptibles de présenter un évènement médical défavorable dans les six mois suivant le dépistage : perte d'autonomie, institutionnalisation, décès [19]. Ultérieurement, il a été démontré que le score ISAR permet de détecter également le risque d'hospitalisation et de reconsultation aux urgences.

Ce score a été validé dans les suites d'une étude multicentrique menée au Canada auprès de 1673 patients âgés de plus de 65 ans consultant aux urgences. Les patients non exclus (exclusion si : non accompagné, désorienté, non interrogeable, ne parlant ni français ni anglais) étaient évalués une première fois aux urgences, puis recontactés 3 et 6 mois après l'inclusion afin de déterminer la survenue d'un événement de santé défavorable comme cité ci dessus.

Six items ont été retenus pour le score ISAR, alors que vingt-sept étaient évalués initialement. Cette sélection a été faite à partir des données statistiques de l'étude puis validé par un comité.

Il est précisé que l'outil ISAR n'a pas été élaboré pour les patients adressés aux urgences via une EHPAD ou une Unité de Soins de Longue Durée ; ces personnes étant déjà en perte d'autonomie donc fragiles.

Les résultats de cette étude ont montré que, sur la population totale étudiée, 51% des patients avaient un score ISAR supérieur ou égal à 2. La sensibilité du test pour ce seuil est de 72% et la spécificité de 58% [19].
Ainsi, le score de positivité ISAR est retenu si une réponse positive est donnée à plus de deux questions.

Avec les données ultérieures, pour un score ISAR positif à 2 ou plus, le risque d'hospitalisation à 6 mois était évalué avec une sensibilité à 73% et une spécificité à 51% [20].

L'outil ISAR est un outil de dépistage avec une sensibilité correcte pour un seuil à 2. Il est court et facile d'utilisation aux urgences.

b) La dixième conférence de Consensus de la SFMU : Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux Urgences

La dixième conférence de Consensus de la SFMU, élaborée en 2003, a la particularité d'être centrée sur le malade et non sur le motif de recours aux urgences ou les symptômes. Elle explique également que le passage aux urgences doit servir d'opportunité pour remettre la personne âgée dans sa trajectoire de soins voire de l'initier.

Cette conférence définit des outils à utiliser afin de dépister la fragilité selon le caractère patent ou latent de celle-ci.

Il est déterminé que les patients présentant une forme patente de fragilité (basée sur des données fonctionnelles, cognitives, sensorielles, sociales et psychologiques) doivent bénéficier de la réalisation d'un recueil de données exhaustif avec lequel il est conseillé d'associer quelques outils, comme l'échelle ADL pour l'évaluation de l'autonomie, le mini-GDS pour l'évaluation d'un syndrome dépressif sous jacent, ou bien le « get-up and go test » pour l'évaluation et la recherche de troubles de la marche et de l'équilibre [6].
En revanche, pour les sujets âgés en dehors de tout problème gériatrique patent et sortant du SAU, il est recommandé d'utiliser le score ISAR comme outil de dépistage de la personne âgée fragile [6].

Chez un patient dépisté fragile, le repérage de cette fragilité doit conduire à une évaluation gériatrique et sociale globale pour lesquelles des compétences spécifiques sont requises.

Il est également précisé que si le patient n'a pas d'indication somatique à une hospitalisation, mais est tout de même repéré comme fragile, l'orientation vers une filière gériatrique est impérative [6]. Le jury de cette conférence recommande une étroite collaboration entre urgentistes et gériatres. L'orientation vers cette filière dépend de cette coopération mais aussi des particularités locales de l'établissement et de l'offre de soins intra et extra hospitalière. Il n'est pas recommandé de réaliser cette évaluation gériatrique aux urgences.

3. Le score Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

a) Développement

Etant un objectif de santé publique, la médecine préventive et personnalisée se développe de plus en plus auprès de la médecine générale. Le dépistage de la fragilité dans la prévention de la dépendance du sujet âgée en fait partie.

Une étude récemment menée à l'Université de Lyon, a démontré que le concept de fragilité est assez bien défini par les médecins libéraux, cependant ces derniers relèvent quelques difficultés notamment celle de ne disposer d'aucun outil adapté (rapide, synthétique, simple). Ils expliquent également se sentir en mesure de prendre en charge la fragilité du sujet âgé au domicile [26].

Cependant, une seconde étude menée au Centre Hospitalier de Briançon a démontré au contraire, que le concept de fragilité, est connu de façon imprécise dans 60% des cas par les médecins traitants [26].

Ainsi, la mise en place d'un outil conforme à la demande et à la pratique des médecins généralistes semble indispensable pour définir, dépister, identifier, et prendre en charge la fragilité.

b) Recommandations HAS

L'HAS précise que le repérage de la fragilité nécessite l'utilisation d'outils en soins primaires devant répondre à 3 exigences [7] :

- Simplicité d'utilisation par tous les membres de l'équipe de soins de premier recours, accessibilité aux aides-ménagères et travailleurs sociaux ;
- Sensibilité élevée pour identifier la fragilité par rapport aux résultats de l'EGS et bonne valeur prédicitive négative par rapport aux événements ;
- Validation en soins de premier recours

Le questionnaire élaboré par le Gérontopôle de Toulouse : GFST, correspond aux critères indiqués ci dessus (hors validation en soins primaires), et reprend les critères du phénotype de Fried (*annexe 9*) en impliquant une dimension cognitive et social. Il a été retenu pertinent par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, et par le Conseil National Professionnel de Gériatrie pour le repérage en soins primaires de la fragilité [7].

Ainsi, le Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST) est un outil élaboré, et recommandé pour une utilisation en médecine de premier recours, en revanche, il n'est pas encore validé de façon prospective.

Figure 2 : Le questionnaire Gérontopôle Frailty Screening Tool

1- Votre patient vit-il seul ? Oui □ Non □ Ne sait pas □

2- Votre patient a-t-il perdu du poids au cours de ces 3 derniers mois ?
Oui □ Non □ Ne sait pas □

3- Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?
Oui □ Non □ Ne sait pas □

4- Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?
Oui □ Non □ Ne sait pas □

5- Votre patient se plaint-il de la mémoire ? Oui □ Non □ Ne sait pas □

6- Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ? Oui □ Non □ Ne sait pas □

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :
Votre patient vous paraît-il fragile : Oui □ Non □

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : Oui □ Non □

Ce questionnaire est adapté pour le médecin traitant mais aussi pour les acteurs des soins de premiers recours : kinésithérapeute, pharmacien, infirmière, intervenant du service à la personne.

Il doit être réalisé chez les patients ayant les critères suivants : âge supérieur ou égal à 65ans, autonome (ADL ≥ 5/6) et en dehors de toute pathologie aiguë [7].

Une étude a été menée en 2014 à l'Université de Médecine de Grenoble, étudiant la prévalence des sujets de plus de 65 ans autonomes repérés fragiles avec le GFST en médecine générale a démontré que la prévalence des patients repérés fragiles est concordante avec les données de la littérature et sa réalisation s'intègre parfaitement dans une consultation de médecine générale, en effet elle s'élève à 24,5% mais, surévaluée à 33,3% pour les patient de plus de 75 ans.
En revanche, la prévalence variait significativement entre les médecins (de 9 à 65%) [26].

4. L'Evaluation gériatrique standardisée

a) Définition

L'Evaluation gériatrique standardisée (EGS) est l'outil de référence pour dépister et évaluer la fragilité. Elle utilise des outils de conception hospitalière.

La définition donnée par l'HAS est : « procédure diagnostique multidisciplinaire qui n'est pas limitée à l'évaluation médicale. Elle comprend plusieurs dimensions : évaluation de la santé physique, du statut fonctionnel, de la santé psychologique et cognitive, de l'environnement et du soutien social » [24].

Il existe plusieurs façons de réaliser une EGS, mais l'expertise gériatrique est indispensable.

L'objectif ciblé de l'EGS est d'agir sur les déterminants de la fragilité, afin de retarder la dépendance évitable et de prévenir la survenue d'événements indésirables [7 ; 23].

De multiples travaux ont démontré que la faisabilité de l'EGS était inappropriée à la pratique ambulatoire en soins primaires de part son caractère chronophage. De même, elle semble inutile chez les patients ayant perdu une grande partie de leur autonomie ou en contexte de maladie aiguë sévère.

L'expertise gériatrique initie une prise en charge dans la durée avec des propositions thérapeutiques, sociales, humaines personnalisées à chaque patient. Une réévaluation est nécessaire pour vérifier l'efficacité des interventions mises en place. L'HAS insiste sur la mise en place d'un plan de soins pluridisciplinaire personnalisé pour ces sujets [24].

Six projets menés par l'HAS, prévoient le développement à l'accès de l'EGS en ambulatoire en donnant de l'essor à l'intervention des gériatres en premier recours et en développant des équipes mobiles de gériatrie [24].

b) Le déroulement de l'évaluation

Les différents champs évalués lors de l'EGS sont :

- L'évaluation médicale/somatique/nutritionnelle :

Cela consiste en la réalisation d'un examen médical standard, avec le recueil des antécédents médicaux et chirurgicaux du patient.

L'évaluation du traitement médicamenteux est indispensable, avec une recherche de polymédication, d'effets indésirables des traitements, et l'analyse des posologies en fonction des comorbidités (insuffisance rénale, insuffisance hépatique, etc).
L'examen somatique doit, en plus de l'examen clinique complet, mesurer l'IMC, rechercher une hypotension orthostatique, évaluer l'état cutané des pieds et voûtes plantaires.

L'évaluation nutritionnelle doit faire rechercher une dénutrition en se basant sur l'estimation des apports caloriques, sur l'évaluation de l'état bucco-dentaire et le dépistage des fausses routes.
La prévalence de la dénutrition est de 4 à 10% au domicile [23].

Une analyse biologique est conseillée avec une numération formule sanguine, un bilan rénal, un bilan hépatique complet, un ionogramme sanguin, une calcémie, une TSH, une évaluation de l'état nutritionnel avec albumine et pré-albumine.

Le test Mini Nutritional Assessment (*Annexe 1*) est l'échelle d'évaluation de l'état nutritionnel recommandée.

- L'évaluation cognitive :

L'entretien doit se faire idéalement avec le patient et son entourage à la recherche de troubles de la mémoire et du comportement au domicile [23]. Dans cette évaluation, est à nouveau recommandée la réalisation d'un bilan biologique, associée à un bilan d'imagerie cérébral type scanner ou IRM.

L'utilisation d'outils est nécessaire type MMSE (Mini Mental State Examination) (*Annexe 2*), test de l'horloge (*Annexe 3*), test des 5 mots de Dubois [23].

Le diagnostic peut aboutir à la mise en route d'un traitement si le gériatre le juge nécessaire.

- L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle :

La perte d'autonomie traduit l'incapacité récente de planifier et réaliser une action que le patient effectuait jusqu'alors sans difficulté.
L'avis de l'entourage et des aidants est primordial.
De multiples échelles sont disponibles et permettent d'évaluer l'autonomie, on retrouve l'échelle ADL évaluant l'indépendance dans les actes élémentaires de la vie quotidiennes (*Annexe 4*), l'échelle IADL évaluant l'indépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (*Annexe 5*) [23].

L'évaluation de l'autonomie aboutit fréquemment au remplissage de la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso-ressources) (*Annexe 6*), conformément au décret n°2008 du 21 août 2008, et sert de référence pour statuer sur le GIR (groupe iso-ressources) du sujet âgé afin de déterminer l'ouverture aux droits à la subvention par l'APA (pour les personnes des groupes GIR 4 à 1) ou non.

Selon le stade A B ou C des activités de la grille, on détermine des groupes de GIR allant de 6 (les plus autonomes) à 1(les plus dépendants).

- L'évaluation de la marche et du risque de chute :

L'antécédent de chutes antérieures est primordial puisque le risque de récidive est le facteur dominant. De plus l'incapacité de se relever seul du sol majore le risque de chute et la mortalité [23 ; 12]. Au delà de 80 ans, un sujet sur deux chute chaque années [12].

La recherche d'instabilité posturale doit être évaluée grâce à l'appui monopodal, le Test « Get up and go » (qui consiste à demander à la personne de se lever de sa chaise à l'aide, si cela est nécessaire, de son aide technique habituelle, sans se tenir. Le sujet doit ensuite parcourir 3 mètres, se retourner et revenir s'asseoir au point de départ) ou le « Timed up and go test » qui est une alternative chronométrée.

La recherche d'hypotension orthostatique est systématique. Elle consiste en la baisse de pression artérielle systolique (PAS) ≥ 20mmHg, et/ou la baisse de la pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 10mmHg. Elle peut être la cause de fatigue, malaises, céphalées, vertiges, etc [23].

L'évaluation du chaussage du sujet âgé est conseillée.

- L'évaluation thymique :

La dépression est fréquente chez le sujet âgé et insuffisamment diagnostiquée, sa prévalence serait de 5 à 15% en ambulatoire [25]. S'y associe très souvent des symptômes anxieux.
Les critères diagnostiques de la personne âgée sont identiques à ceux du sujet jeune [25], cependant le diagnostic est souvent difficile du fait des plaintes somatiques associées à des syndromes pseudo-démentiels [23].

Le test permettant l'évaluation et la recherche d'une dépression du sujet âgé est le Gériatric Depression Scale (GDS) (*Annexe 7*).

- L'évaluation neurosensorielle :

Cette évaluation est importante puisque les fonctions sensorielles jouent un rôle important en cas de défaillance, dans les chutes et la désocialisation.
Se sont des modifications progressives de la vue et de l'ouïe [23].

A ce jour aucun examen clinique et/ou examen complémentaire n'est recommandé de façon systématique chez le sujet âgé pour le dépistage des troubles

neurosensoriels. En revanche au Canada, la Société d'Ophtalmologie recommande un examen systématique complet par un ophtalmologiste tous les deux ans pour les patients âgés de plus de 65 ans [23].

Le gériatre doit repérer avec l'interrogatoire une baisse de l'acuité visuelle, une altération des contrastes ou des couleurs, et un rétrécissement du champs visuel. Concernant l'évaluation auditive, celle ci peut être réalisée via le test de la voix chuchotée, même si l'examen de référence reste l'audiogramme.

A savoir que la presbyacousie est la cause la plus courante de surdité du sujet âgé, elle toucherait 30% des sujets de plus de 75 ans [23].

- L'évaluation de la douleur :

La douleur des patients gériatriques est souvent sous estimée, alors que sa prévalence augmente avec l'âge.
L'utilisation des outils est à privilégier ; on peut proposer l'échelle verbale simple ou l'échelle visuelle analogique pour cette évaluation.

- L'évaluation sociale :

Elle doit être coordonnée avec l'assistante sociale, avec un bilan des aides humaines (familiales, voisinage, professionnelles), et des aides financières.
Ces évaluations peuvent aboutir à la mise en place d'une protection juridique.

- L'évaluation des difficultés des aidants :

Le bien être des aidants conditionne en quasi totalité le maintien au domicile. Cette difficulté est évaluable grâce à l'échelle du fardeau des aidants de Zarit (*Annexe 8*).
Le travail du gériatre dans l'EGS est aussi de prendre en compte les difficultés de l'entourage et de réorienter la famille vers des groupes d'aides aux aidants, les réseaux locaux de soutien au maintien au domicile.

L'association étroite d'une approche clinique et environnementale de cette évaluation est inédite à la gériatrie. Le travail participatif d'une équipe interdisciplinaire en coordination avec les réseaux locaux permet l'élaboration d'un projet et d'un suivi de longue durée en tenant compte des réalités et des besoins, des patients et de leur entourage. L'évaluation gériatrique standardisée est l'examen de référence une fois la fragilité repérée.

5. Loi du 28 décembre 2015

La loi n°2015-1776, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, applicable à compter du 1er Janvier 2016, consacrée à l'adaptation de la société au vieillissement de la population, a pour but de conforter un financement solidaire de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie basé sur une ressource dédiée : la CASA (Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie). Les moyens développés ont pour objectifs de revaloriser l'APA à domicile, d'améliorer les conditions de travail des aides à domicile et le droit au répit des aidants.

Cette loi développe, également, tout un axe consacré à la prévention de la perte d'autonomie : accès à un dispositif de prévention individualisé, développements d'organisation d'actions de prévention individuelles (repérage des fragilités) et collectives (activités physique et atelier de prévention (chute, dénutrition, mémoire)), déploiement d'un plan national pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées, déploiements d'équipes citoyennes bénévoles dans le cadre de la Mobilisation Nationale de lutte contre l'isolement des âgés (Monalisa).

Ainsi, le vieillissement de la population et la prévention de la fragilité sont un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques.

II. MATERIEL ET METHODES

Notre travail s'est intéressé à la question suivante : Il existe une sous-évaluation des personnes âgées fragiles en France. Le score établi par le Gérontopôle de Toulouse applicable en médecine générale dans la perspective d'une évaluation gériatrique standardisée et le score ISAR recommandé aux SAU, ont-ils la même valeur de dépistage de la personne âgée fragile, chez les patients ayant consulté aux SAU ?

Notre réflexion pose l'hypothèse suivante : les patients gériatriques consultant aux urgences, en dehors de tout épisode aigu sévère nécessitant une hospitalisation, et dépistés positivement par le score ISAR auraient pu être détectés préalablement dès la consultation courante de médecine générale, grâce à cette nouvelle grille GFST, comme patient fragile à risque d'entrée dans la dépendance.
Ainsi, ils auraient pu bénéficier d'une évaluation gériatrique spécialisée avec la mise en place d'aides adaptées précocement si nécessaire, permettant de prévenir voire éviter la survenue d'un événement aigu à l'origine de recours aux services d'urgences et souvent déclencheur d'une cascade d'événements empêchant le retour à domicile.

A. Objectifs

Les objectifs, sur la période donnée, sont :

- Principal : Evaluer et comparer les résultats des scores de fragilité de la population étudiée
- Secondaire : Décrire la population à risque de fragilité dans le Médoc ayant consulté aux urgences de Lesparre

B. Critères d'inclusion et d'exclusion

L'étude portait sur les personnes âgées de 75 ans et plus, consultant au service des urgences de Lesparre, selon les critères ci dessous.

Patient inclus :
- Patient ≥ 75 ans
- Patient consultant aux SAU de Lesparre
- Non institutionnalisé

Patient exclu :
- Score ADL < 5
- Patient hospitalisé (y compris UHCD)

C. Méthodes de recueil de données

Nous avons réalisé une étude prospective monocentrique observationnelle et descriptive.

La période d'inclusion des patients s'est déroulée du 1er février au 15 mai 2016. Avant tout recueil de données, l'accord du patient, de son aidant ou de son accompagnant était systématiquement demandé lors du passage au SAU. Les patients et les aidants ne connaissaient pas l'objectif précis du recueil.

Le recueil de données s'est effectué en deux partie, la première partie concernant les informations recueillies lors du passage aux urgences, et la seconde partie auprès du médecin traitant désigné.

1. 1ère partie du recueil de données

En l'absence de critères d'exclusion, si le patient était âgé de 75 ans ou plus, et cela quelque soit le motif de consultation aux urgences, la première partie du recueil de données était réalisée par l'urgentiste.
Ces informations recueillies aux SAU sont présentées en *Tableau IV.*

Dans un premier temps les données sociodémographiques du patient étaient notifiées. Lors d'une courte entrevue avec le patient, éventuellement accompagné, des informations sur le mode de vie étaient recueillies.

Les informations médicales, notamment les antécédents ont été regroupés. Par exemple, les patients ayant comme antécédents « cardio-vasculaire » comprenaient les patients ayant présenté un infarctus du myocarde, une hypertension artérielle, une artériopathie, une cardiopathie valvulaire, une cardiopathie rythmique, une thrombose veineuse profonde.

Les motifs de consultations ont également été regroupés. Ainsi, les patients consultant pour « troubles digestifs » incluaient les patients ayant recours aux SAU pour nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhées ou constipation.

Cette première partie du recueil se concluait par la réalisation du score ISAR par l'urgentiste.

Les données recueillies ont été effectuées avec l'aide du logiciel *SANOCOM*.

2. 2nde partie du recueil de données

Les données recueillies en soins primaires auprès du médecin traitant, ont été réalisées dans le mois suivant le passage aux urgences par appel téléphonique ou déplacement au cabinet médical du médecin désigné pour remplir la seconde partie du recueil disponible en *Tableau V.*

L'ensemble des informations récoltées dans cette partie (calcul de l'ADL et questionnaire GFST) concernait le patient avant son passage aux SAU de Lesparre.

En premier lieu, une évaluation de l'autonomie était réalisée avec le médecin traitant grâce à l'échelle de dépendance ADL (Annexe 4). Si ce score était inférieur à 5, le questionnaire GFST ne pouvait être réalisé.

En dehors de tout critère d'exclusion, la seconde partie du recueil de données était remplie, se basant d'abord sur une évaluation du suivi du patient en médecine libérale, puis sur le score GFST.
De plus, la connaissance par le médecin généraliste, de la réalisation antérieure d'une évaluation gériatrique standardisée était recherchée.

Les médecins traitants n'étaient pas informés du résultat du score ISAR et du caractère fragile ou non du patient selon l'urgentiste.

Tableau IV :

1ère partie : A REMPLIR PAR URGENTISTE :

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Age :
Sexe :
Date et heure d'admission aux urgences
Médecin traitant :

AUTONOMIE :

- Vit seul □ OU Présence d'une tierce personne au domicile □
- APA □
- Protection juridique □
- Téléalarme □
- Portage de repas □

ANTECEDENTS :

Infectieux □	Endocrinien/Métabolique □	Rhumatologique □
Cardio-vasculaire □	Neurologique □	Psychiatrique □
Digestif □	Respiratoire □	Dermatologique □
Néphrologique □	Oncologique □	Ophtalmologique □
ORL □	Hématologique □	Orthopédique □

MOTIF DE CONSULTATION AUX URGENCES :

SCORE ISAR PAR L'URGENTISTE :

Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ? **Oui** □ **Non** □

Depuis le début des symptômes qui vous ont amenés aux urgences, aviez-vous besoin de plus d'aide au domicile ? **Oui** □ **Non** □

Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ? **Oui** □ **Non** □

Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de vue ? **Oui** □ **Non** □

Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problème de mémoire ? **Oui** □ **Non** □

Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ? **Oui** □ **Non** □

Tableau V :

2ème partie : CONTACT MEDECIN TRAITANT :

ECHELLE ADL :

SUIVI DU PATIENT :

Mode de suivi du patient : consultation au cabinet □ visite au domicile □ les deux □

Fréquence moyenne de consultation du patient ces 6 derniers mois :
> 1 fois par semaine □
> 1 fois par mois □
< 1 fois par mois □

Votre patient a-t-il déjà bénéficié d'une évaluation gériatrique spécialisée ? Oui □ Non □

SCORE TOULOUSAIN POUR LE MEDECIN TRAITANT :

Votre patient vit-il seul ? **Oui** □ **Non** □ **Ne sait pas** □

Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ? **Oui** □ **Non** □ **Ne sait pas** □

Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ? **Oui** □ **Non** □ **Ne sait pas** □

Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ? **Oui** □ **Non** □ **Ne sait pas** □

Votre patient se plaint-il de la mémoire ? **Oui** □ **Non** □ **Ne sait pas** □

Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?

Oui □ **Non** □ **Ne sait pas** □

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : **Oui** □ **Non** □

D. Analyse statistique

Suite au recueil de données, nous avons réalisé une analyse descriptive de la population globale puis une analyse de la population dépistée fragile selon GFST et ISAR. La moyenne, l'écart-type et l'intervalle de confiance ont été calculés pour les variables quantitatives. Les variables qualitatives, ont été, quant à elles, exprimées par répartition de fréquence et d'effectifs avec calcul des intervalles de confiance.

Concernant les données sur les résultats des scores ISAR et GFST nous avons décrit ces résultats pour la population totale. Les moyennes, écart-types et intervalles de confiance ont également été calculés.

Afin d'établir une concordance entre fragilité aux urgences et en soins primaires, nous avons réalisé un tableau croisé avec les résultats de la fragilité de la population globale.

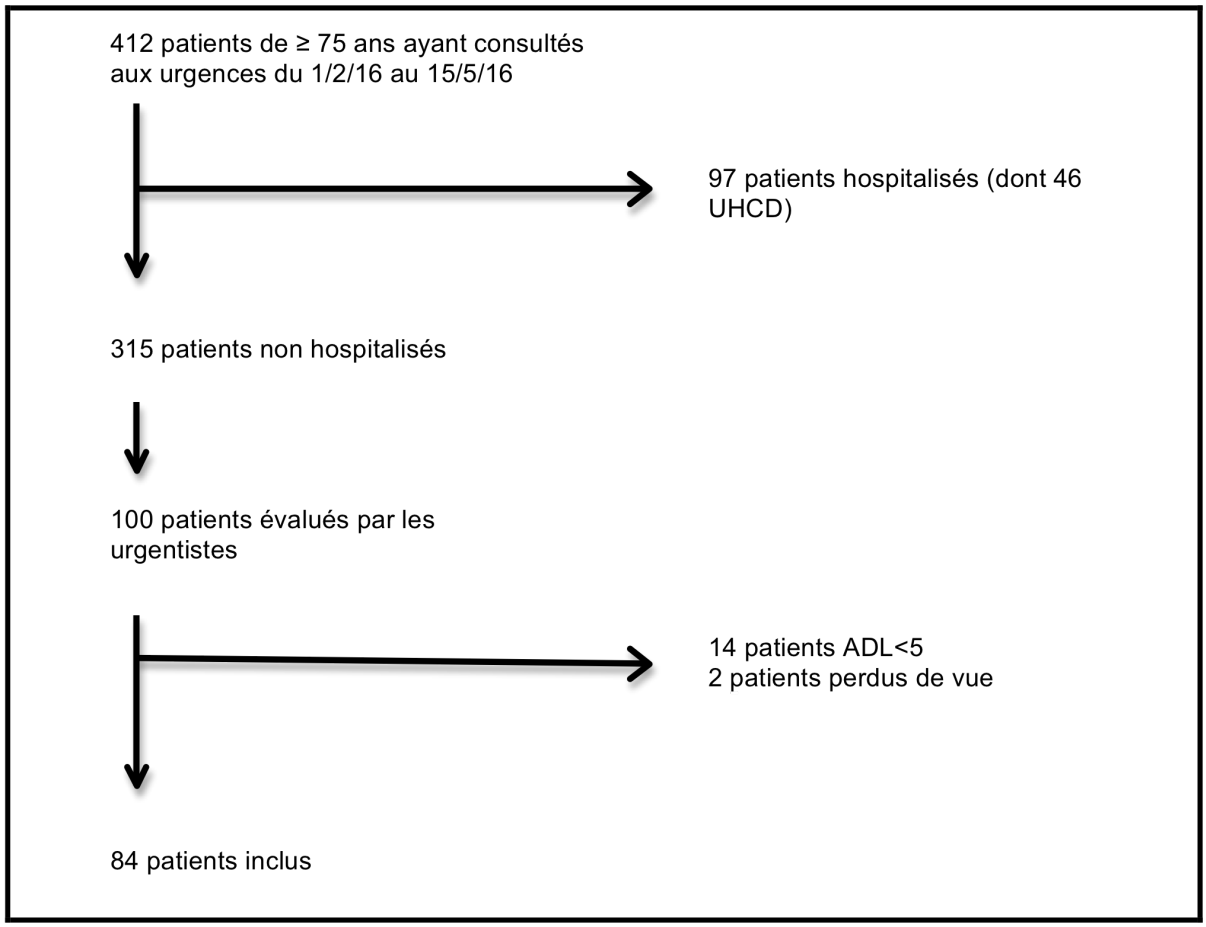
Enfin, nous avons cherché à déterminer le profil des réponses des scores ISAR et GFST de la population fragile aux SAU et en Médecine générale, en les comparant à ceux de la population totale, afin de déterminer s'il existe des réponses aux questionnaires étant des facteurs plus déterminant de positivité.

III. RESULTATS

A. Population totale

Les patients ont été inclus du 1er février au 15 mai 2016. Sur cette période, on décompte 412 consultations de patients âgés de plus de 75 ans, dont 100 patients ont été évalués par les urgentistes en tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion (*Figure 3*).

Figure 3 : schéma d'inclusion



Le tableau VI présente la description de notre population totale. Les moyennes, intervalles de confiance à 95% et les écart-types ont été calculés.

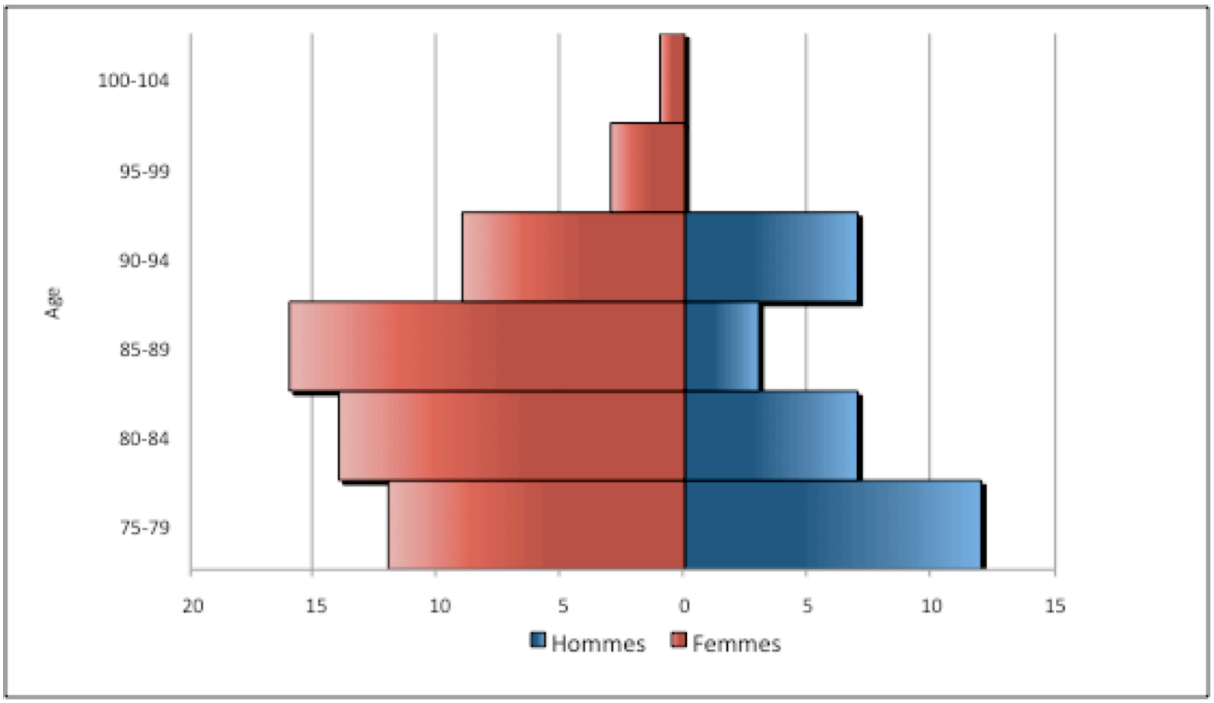
Tableau VI : Descriptif de la population totale

			Ecart-type	IC à 95%
Données sociodémographiques				
Age		84,25	6,1	[82,95-85,55]
Sexe	Femme	65,5% (55)		[55,31-75,64]
	Homme	35,5% (29)		[24,36-44,69]
Autonomie	Vit seul	45,24% (38)		[34,59-55,88]
	Vit avec un tiers	54,76% (46)		[44,12-65,41]
	APA	14,29% (12)		[6,80-21,77]
	Protection juridique	1,19% (1)		[0,00-3,51]
	Téléalarme	15,48% (13)		[7,74-23,21]
	Portage repas	15,48% (13)		[7,74-23,21]
Données médicales				
Antécédents	Cardio-vasculaire	80,95% (68)		[72,55-89,35]
	Endocrinologique	33,33% (28)		[23,25-43,41]
	Rhumatologique	20,23% (17)		[11,64-28,82]
	Orthopédique	19,04% (16)		[10,64-27,44]
	Digestif	27,38% (23)		[17,84-36,92]
	Respiratoire	8,33% (7)		[2,42-14,24]
	Ophtalmologique	10,71% (9)		[4,10-17,32]
	Oncologique	10,71% (9)		[4,10-17,32]
	Infectieux	4,76% (4)		[0,21-9,31]
	Neurologique	13,09% (11)		[5,88-20,30]
	Psychiatrique	19,04% (16)		[10,64-27,44]
	Hématologique	1,19% (1)		[0,00-3,51]
	Néphrologique	4,76% (4)		[0,21-9,31]
	Urologique	15,47% (13)		[7,74-23,20]
Motifs de consultation aux SAU	Chutes	22,62% (19)		[13,60-31,50]
	Dyspnée	10,71% (9)		[4-17,30]
	Troubles digestifs	16,67% (14)		[8,60-24,60]
	AEG	5,96% (5)		[0,90-11]
	Malaise, Vertiges	10,71% (9)		[4-17,30]
	Syndrome confusionnel	1,19% (1)		[0-3,50]
	Syndrome infectieux	1,19% (1)		[0-3,50]
	Douleur thoracique	3,57% (3)		[0-7,50]
	Autres	27,38% (23)		[17,80-36,90]
Evaluation gériatrique antérieure		4,76% (4)		[0,21-9,31]
Suivi en médecine générale				
Lieu de consultation	Cabinet	42,86% (36)		[32,28-53,44]
	Visite à domicile	39,28% (33)		[28,84-49,72]
	Les deux	17,86% (15)		[9,67-26,05]
Fréquence de consultation	> 1x/mois	48,81% (41)		[38,12-59,50]
	< 1 x/mois	51,19% (43)		[40,50-61,88]
	> 1x/semaine	0% (0)		[0-0]

1. Données sociodémographiques et médicales

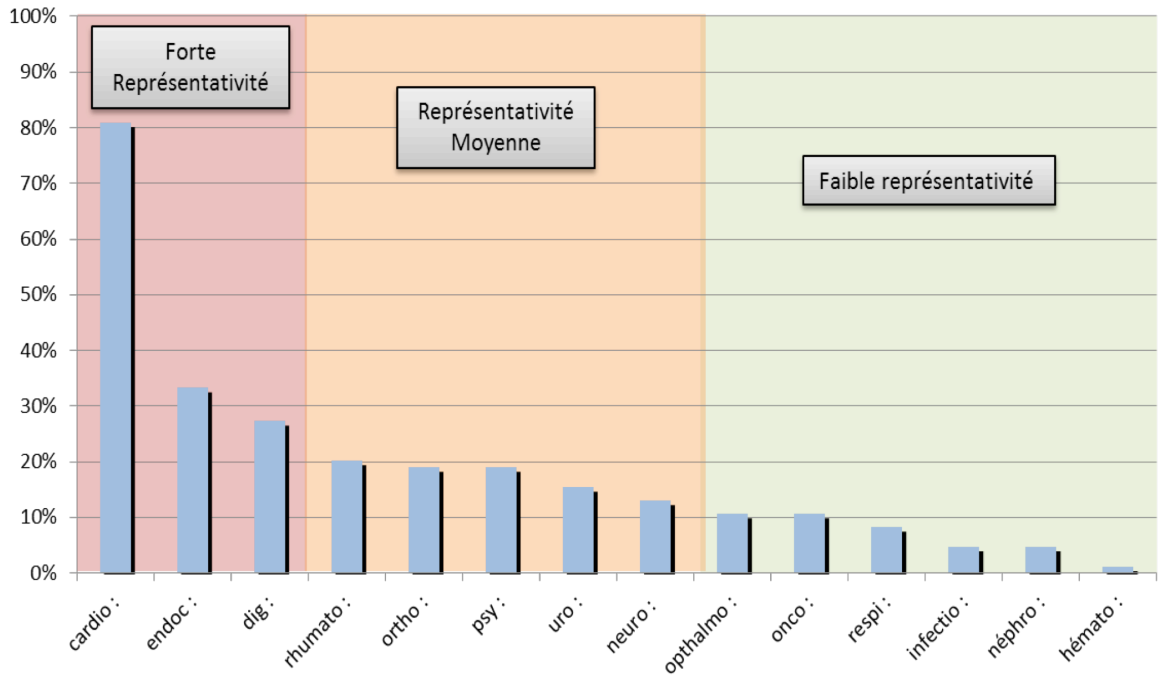
Dans la population totale, l'âge moyen était de 84,25 ans, avec une répartition homme / femme respective de 35,5% et 65,5%. La figure 4 montre une pyramide des âges de notre population. Environ 45% de notre population vivait seule au domicile. Sur les 84 patients inclus, seuls 12 bénéficiaient de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie, et 1 patient était sous protection juridique.

Figure 4 : Répartition de l'âge en fonction du sexe



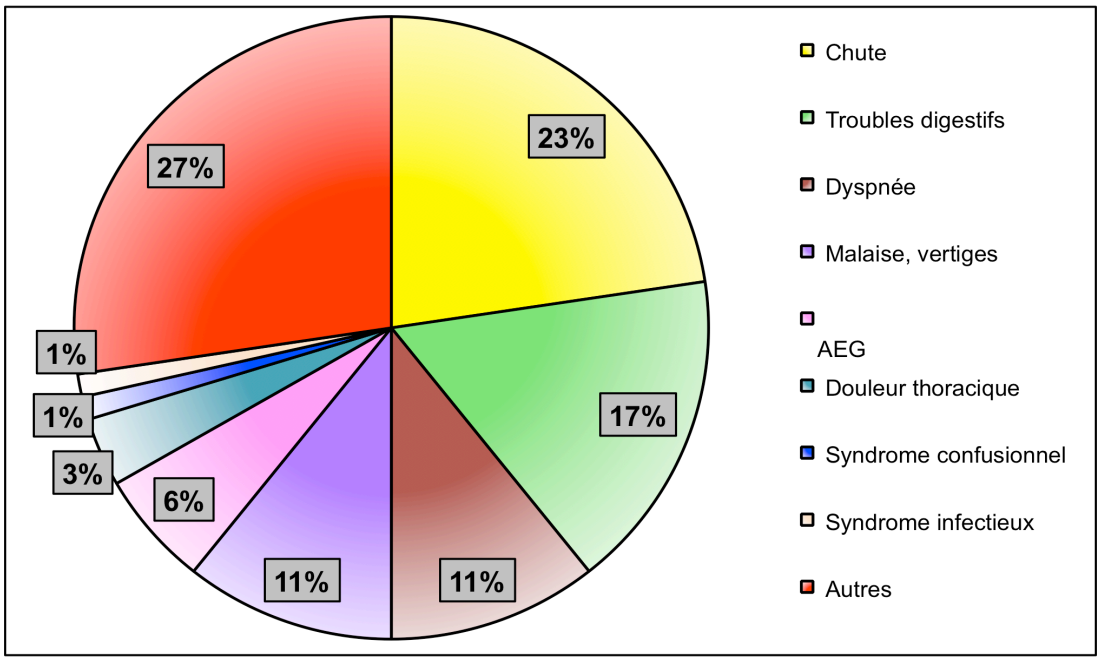
Concernant les données médicales, près de 81% des patients notifiaient dans leurs comorbidités des antécédents cardio-vasculaires. Les antécédents endocrinologiques arrivaient en seconde position mais ne concernaient que 33% de la population totale. Les antécédents digestifs sont le 3ème antécédent le plus représenté (*Figure 5*).
Uniquement 4 patients ont bénéficié antérieurement à cette étude d'une évaluation gériatrique standardisée.

Figure 5 : Représentativité des antécédents



Les motifs de consultations aux urgences étaient très variés. Le motif « autres » regroupe 27% des motifs (incluant par exemple : les plaies, les troubles oculaires, les accidents de la voie publiques…). Le premier motif propre identifié en terme de fréquence est la chute (*Figure 6*).

Figure 6 : Répartition des motifs de consultation aux urgences



Le suivi en médecine générale des patients de notre population totale montrait, dans 42,8% des cas, un lieu de consultation en cabinet de médecine de ville, alors que 39% des patients avaient recours aux visites au domicile.
Aucun patient ne consultait plus d'une fois par semaine en médecine générale. En revanche le pourcentage de patients consultant plus d'une fois par mois son médecin traitant était approximativement équivalent au pourcentage de patients consultant moins d'une fois par mois, respectivement de 48,81% et de 51,19%.

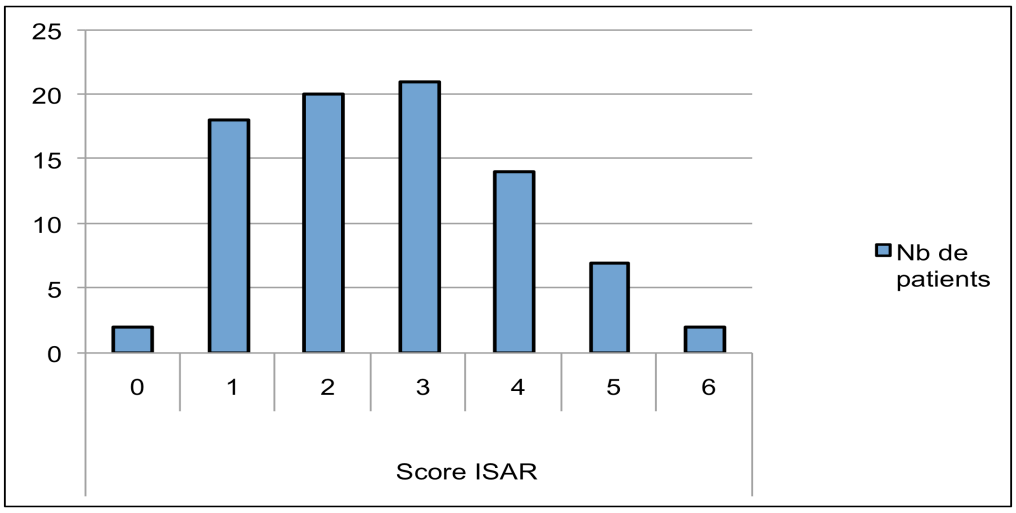
2. Score ISAR

Le score ISAR moyen était de 2,67. Il était positif pour 64 patients soit 76,19% de la population totale. Les scores de 2 et 3 étaient les plus fréquemment retrouvés.

Tableau VII : Analyse du score ISAR

			Ecart-type	IC à 95%
ISAR				
	Moyenne	2,67	1,39	[2,37-2,97]
	Positif	76,19% (64)		[67,08-85,30]
	Négatif	23,81% (20)		[14,70-32,92]
Détails score	Score 0	2,38% (2)		[0,00-5,64]
	Score 1	21,43% (18)		[12,65-30,20]
	Score 2	23,81% (20)		[14,70-32,92]
	Score 3	25,00% (21)		[15,74-34,26]
	Score 4	16,67% (14)		[8,70-24,64]
	Score 5	8,33% (7)		[2,42-14,24]
	Score 6	2,38% (2)		[0,00-5,64]

Figure 7 : Résultats score ISAR



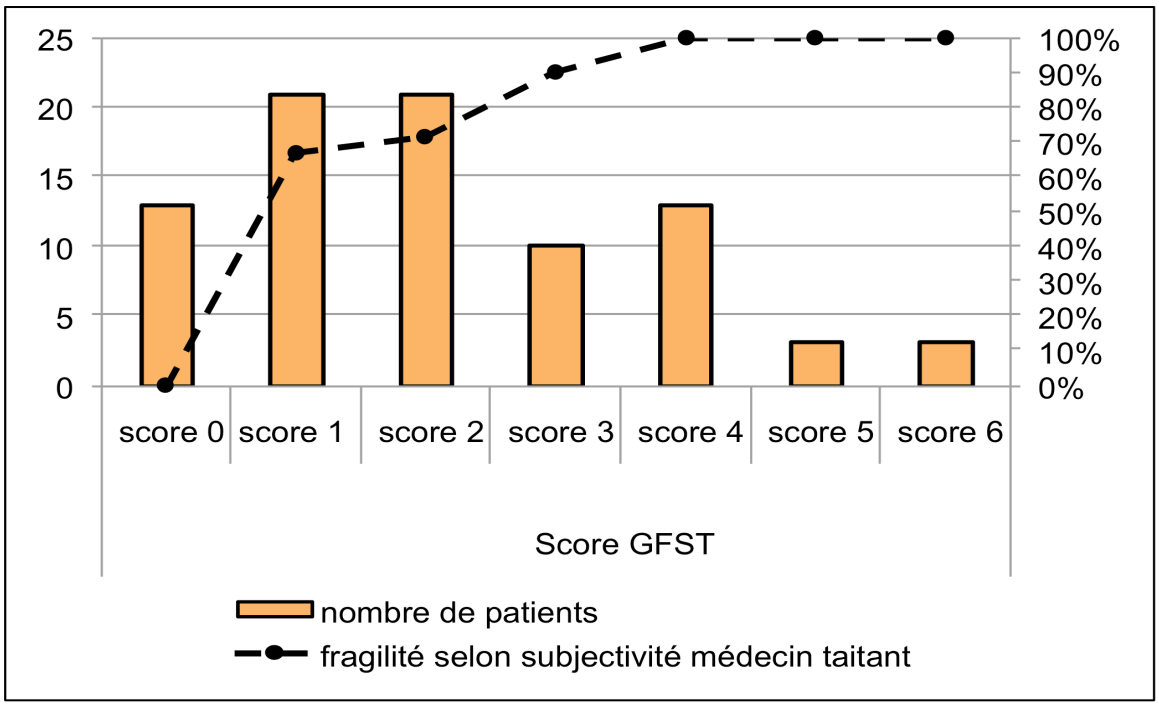
3. Score GFST

Le nombre moyen de réponses positives au score GFST était de 2,12. Seuls 13 patients, soit 15,48% de la population totale, avaient un score GFST à 0.
57 patients ont été dépistés fragiles selon le médecin traitant, soit 67,85% de la population totale.
On note que pour au maximum 3 réponses positives, le médecin traitant pouvait déclarer, tout de même, son patient non fragile.
En revanche, plus le nombre de réponses positives au GFST était importante, plus la proportion de patient fragile selon la subjectivité du médecin traitant était importante, avec 100% de patients fragiles pour 4, 5 ou 6 réponses positives.

Tableau VIII : Analyse des résultats du score GFST

Score GFST				Fragilité selon MT		
		Ecart-type	IC à 95%	Oui	Non	%
moyenne	2,12	1,59	[1,78-2,46]			
Score 0	15,48% (13)		[7,74-23,22]	0	13	0,00%
Score 1	25% (21)		[15,74-34,26]	14	7	66,67%
Score 2	25% (21)		[15,74-34,26]	15	6	71,43%
Score 3	11,90% (10)		[4,98-18,82]	9	1	90,00%
Score 4	15,48% (13)		[7,74-23,22]	13	0	100,00%
Score 5	3,57% (3)		[0,00-7,54]	3	0	100,00%
Score 6	3,57% (3)		[0,00-7,54]	3	0	100,00%

Figure 8 : Résultats score GFST



B. Concordance entre les scores GFST et ISAR

Nous avons voulu comparer, chez notre population totale, les résultats du caractère fragile des patients selon ISAR et GFST.
Un patient était déterminé comme fragile pour un score ≥ 2 selon la définition de ISAR. De plus, un patient était déterminé comme fragile avec au moins une réponse positive selon GFST et la réponse « oui » par le médecin traitant au caractère fragile de son patient. Le tableau IX illustre la comparaison de ces résultats.
Ainsi, sur les 64 patients fragiles selon ISAR, 55 sont aussi fragiles selon GFST soit 85,94%. Egalement, sur les 20 patients présentant un score ISAR négatif, 18 ne sont pas fragiles selon GFST soit 90%.

Tableau IX : Concordance ISAR et GFST

		ISAR	
		positif N = 64	négatif N = 20
GFST	positif N = 57	N = 55 85,94%	N = 2 10%
	négatif N = 27	N = 9 14,06%	N = 18 90%

C. Population fragile selon ISAR et GFST

Les données descriptives des 55 patients fragiles selon ISAR et GFST sont présentées en tableau X. La moyenne d'âge de la population fragile est de 86, 07 ans, soit âgée d'à peine 2 ans de plus que la population totale. La proportion de femme est plus importante avec 69,09%. Près de 53% de cette population fragile vit seule, dont 20% bénéficie de l'Aide Personnalisé à l'Autonomie et 20% du portage de repas.
Les antécédents cardio-vasculaires, endocrinologiques et digestifs sont les plus représentés. Les 4 patients ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique standardisée de la population totale, sont retrouvés dans la population fragile.
La consultation en médecine générale est dans 49,09% des cas réalisée au domicile du patient pour cette population, avec une fréquence de plus d'une fois par mois dans 60% des cas.
La moyenne du score ISAR pour cette population est de 3,31.
Le nombre moyen de réponses positives au GFST est de 2,78.

Tableau X : Descriptif de la population fragile

			Ecart-type	IC à 95%
Données sociodémographiques				
Age		86,07	5,93	[84,50-87,64]
Sexe	Femme	69,09% (38)		[56,88-81,30]
	Homme	30,91% (17)		[18,70-43,12]
Autonomie	Vit seul	52,73% (29)		[39,54-65,92]
	Vit avec un tiers	47,27% (26)		[34,08-60,46]
	APA	20% (11)		[9,43-30,57]
	Protection juridique	1,82% (1)		[0,00-5,35]
	Téléalarme	18,18% (10)		[7,99-28,37]
	Portage repas	20% (11)		[9,43-30,57]
Données médicales				
Antécédents	Cardio-vasculaire	85,45% (47)		[76,13-94,77]
	Endocrinologique	40% (22)		[27,05-52,95]
	Rhumatologique	16,36% (9)		[6,58-26,14]
	Orthopédique	21,82% (12)		[10,90-32,74]
	Digestif	25,45% (14)		[13,94-36,96]
	Respiratoire	12,27% (7)		[3,91-21,53]
	Ophtalmologique	16,36% (9)		[6,58-26,14]
	Oncologique	12,72% (7)		[3,91-21,53]
	Infectieux	3,64% (2)		[0,00-8,59]
	Neurologique	14,54% (8)		[5,22-23,86]
	Psychiatrique	23,64% (13)		[12,41-34,87]
	Hématologique	1,82% (1)		[0,00-5,35]
	Néphrologique	5,45% (3)		[0,00-11,45]
	Urologique	16,36% (9)		[6,58-26,14]
Evaluation gériatrique antérieure		7,27% (4)		[0,41-14,13]
Suivi en médecine générale				
Lieu de consultation	Cabinet	29,09% (16)		[17,09-41,09]
	Visite à domicile	49,09% (27)		[35,88-62,30]
	Les deux	21,82% (12)		[10,90-32,74]
Fréquence de consultation	> 1x/mois	60,00% (33)		[47,05-72,95]
	< 1 x/mois	40,00% (22)		[27,05-52,95]
	> 1x/semaine	0% (0)		[0-0]
ISAR				
	moyenne	3,31	1,14	[3,01-3,61]
GFST				
	moyenne	2,78	1,46	[2,40-3,17]

D. Profil des questionnaires de la population fragiles

Nous avons cherché, dans un second temps, à déterminer s'il existe des questions plus discriminantes que d'autres pour un statut fragile dans chacun des questionnaires.
Puisque nous travaillons sur un échantillon, nous avons comparé les intervalles de confiances à 95% de chaque réponse de la population fragile en comparaison avec la population non fragile. Cela a pour but d'identifier les bornes supérieures et inférieures de l'intervalle de valeurs qui a 95% de chance de contenir la vraie valeur du paramètre estimé rapporté à la population générale.
Pour chacun des items des questionnaires, plus les intervalles de confiance à 95% des deux populations sont distants, plus on peut dire que la question est discriminante.

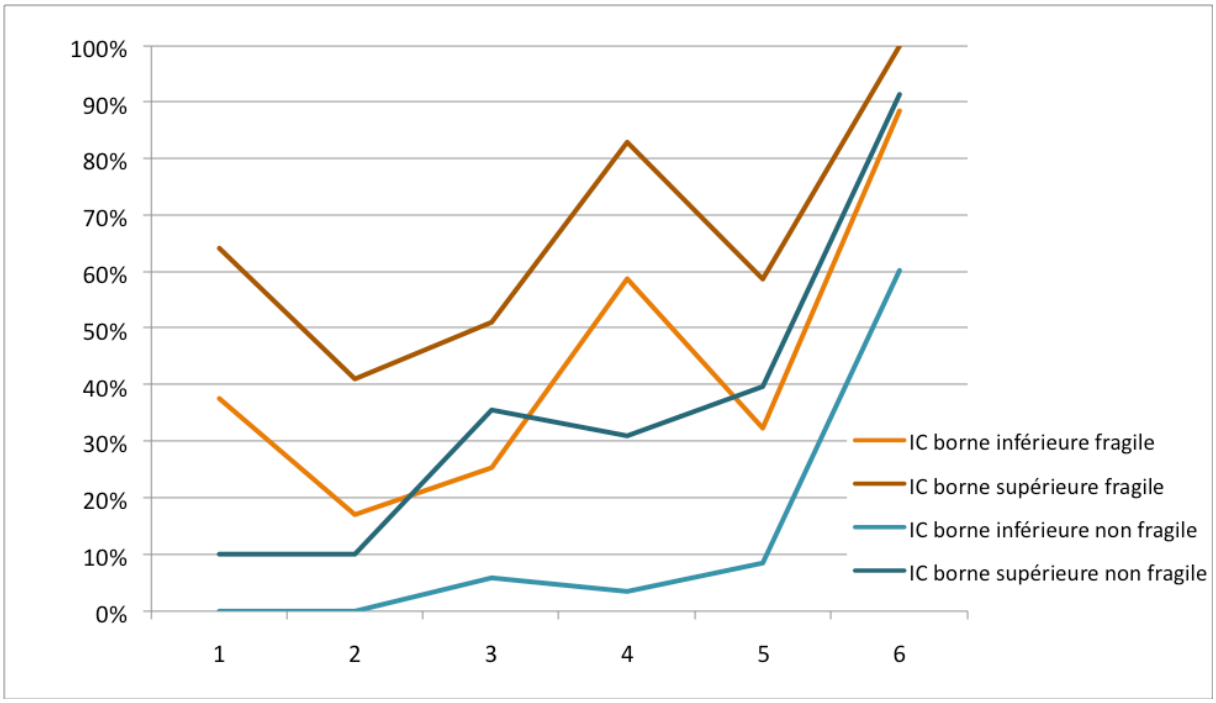
1. Questionnaire ISAR

Les 6 items du questionnaire ISAR ont été comparés en fonction du caractère fragile ou non de la population. Pour chaque item, nous avons défini la proportion de réponses positives exprimées en pourcentage.

Tableau XI : Analyse descriptive des réponses positives au questionnaire ISAR

			IC à 95%
Questionnaire ISAR			
Population fragile N=55	Question 1	50,95% (28)	[37,74-64,16]
	Question 2	29,09% (16)	[17,09-41,09]
	Question 3	38,18% (21)	[25,34-51,02]
	Question 4	70,90% (39)	[58,90-82,90]
	Question 5	45,45% (25)	[32,29-58,61]
	Question 6	94,54% (52)	[88,54-100,00]
Population non fragile N=29	Question 1	3,45% (1)	[0,00-10,09]
	Question 2	3,45% (1)	[0,00-10,09]
	Question 3	20,69% (6)	[5,95-35,43]
	Question 4	17,24% (5)	[3,49-30,99]
	Question 5	24,14% (7)	[8,56-39,71]
	Question 6	75,86% (22)	[60,29-91,44]

Figure 9 : Courbes des IC à 95% du taux de « OUI » par question au score ISAR



Pour les questions 3, 5, et 6, les deux intervalles de confiances se chevauchent. Ainsi, il est possible que le taux de « Oui » dans la population générale se situe dans la zone de superposition des 2 intervalles de confiances. Cela ne permet pas de conclure au critère discriminant de ces items.

A l'inverse, pour les questions 1 et 4 les bornes de chaque intervalle de confiance sont distantes. On peut conclure que les items 1 et 4 sont discriminants pour exprimer la fragilité du patient. Les aides au domicile et les problèmes de vue apparaissent comme les critères de fragilité principaux.

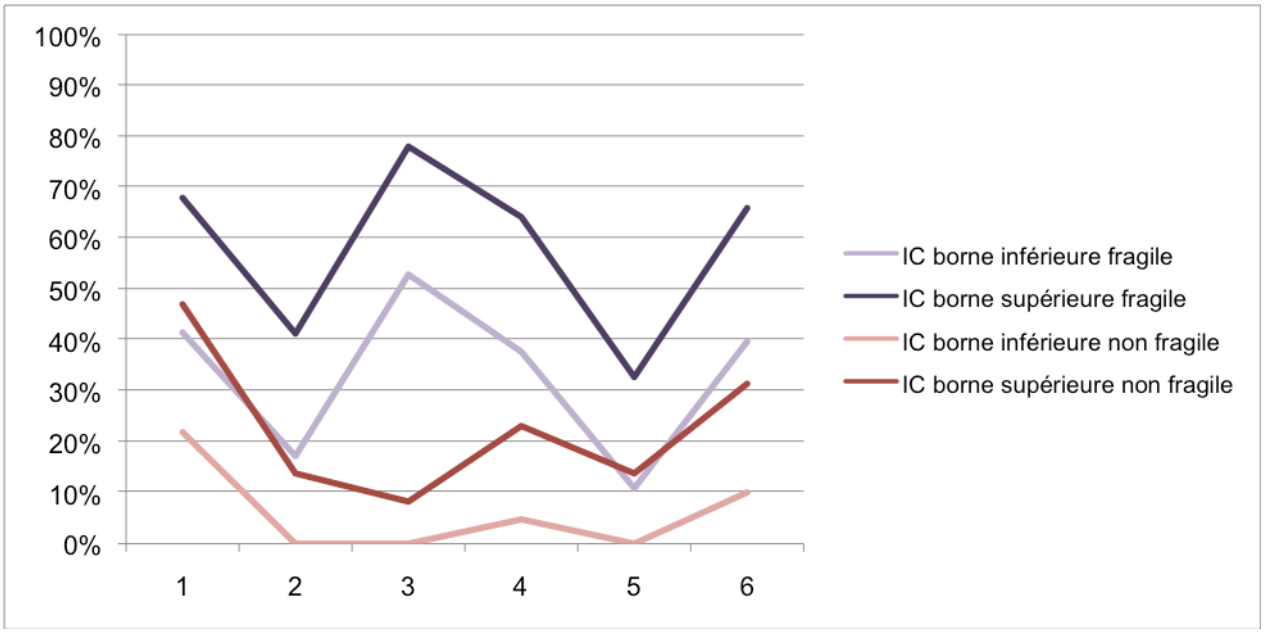
2. Questionnaire GFST

La même démarche de comparaison a été réalisé pour chaque item du score GFST : nous avons, pour chaque réponse, déterminé la proportion de « Oui » exprimée en pourcentage.

Tableau XII : Analyse descriptive des réponses positives au questionnaire GFST

			IC à 95%
Questionnaire GFST			
Population fragile N=55	Question 1	54,54% (30)	[41,38-67,70]
	Question 2	29,09% (16)	[17,09-41,09]
	Question 3	65,45% (36)	[52,88-78,02]
	Question 4	50,90% (28)	[37,69-64,11]
	Question 5	21,81% (12)	[10,90-32,72]
	Question 6	52,72% (29)	[39,53-65,91]
Population non fragile N=29	Question 1	34,48% (10)	[21,92-47,04]
	Question 2	6,90% (2)	[0,20-13,59]
	Question 3	3,45% (1)	[0,00-8,27]
	Question 4	13,79% (4)	[4,68-22,91]
	Question 5	6,90% (2)	[0,20-13,59]
	Question 6	20,69% (6)	[9,98-31,40]

Figure 10 : Courbes des IC à 95% du taux de « OUI » par question au score GFST



Les bornes des intervalles de confiance de la population fragile et non fragile sont distantes pour les items 3, 4 et 6. Le 3ème item paraît nettement plus discriminant que les autres, c'est à dire la majoration de l'asthénie au cours des 3 derniers mois. En revanche, les questions 1 et 5 ne se révèlent pas discriminantes.

IV. DISCUSSION

A. Résultats principaux

Cette étude a été menée pendant 2 mois et demi à partir de 84 personnes âgées prises en charge initialement par le Service des Urgences de Lesparre, puis secondairement une évaluation théorique de la fragilité des patients a été réalisée auprès du médecin traitant.

La description de notre population totale et fragile permet de conclure que la population fragile est en moyenne plus âgée que la population totale de notre étude, avec un âge moyen de +2 ans environ. La population fragile est majoritairement plus féminine avec +3,5% par rapport à la totalité de notre échantillon.
Selon ISAR, 76,19% de la population totale est dépistée fragile, 67,85% selon le score GFST.

L'objectif de notre travail était d'évaluer et de comparer les scores de fragilité au SAU et en médecine générale pour notre population.

Nous avons démontré qu'il existe une bonne concordance entre les résultats des scores de fragilité. Effectivement, près de 86% des patients dépistés fragiles aux urgences, le sont aussi en médecine générale. Et à l'inverse, près de 90% des patients déterminés non fragiles avec le score ISAR, ne le sont pas grâce au score GFST.

Nous avons pu déterminer également qu'il existe des items plus déterminants que d'autres pour chaque échelle d'évaluation. Pour le score ISAR il s'agit de la nécessité d'aides au domicile avant la consultation aux urgences et de l'existence de problème de vue. Pour le score GFST, les items discriminants sont la majoration de l'asthénie dans les 3 mois précédents l'évaluation, la majoration de la difficulté à se déplacer et la diminution du périmètre de marche.
A noter qu'aucun item du score ISAR n'évalue la marche ni la capacité de se mouvoir du patient.

B. Biais de l'étude

Notre étude présente très probablement un biais de sélection, celui ci est lié à la période de l'étude qui a été menée sur deux mois et demi en période hivernale, ainsi les variations saisonnières de la fréquentation du Service des Urgences ne sont pas prises en compte.

Il existe également un biais d'attrition. En effet, une proportion importante de patients présentant les critères d'inclusion n'a pas été analysée par les urgentistes, entrainant une perte dans l'échantillonnage de la population médocaine potentiellement fragile.

Ce biais aurait pu être limité si une personne extérieure au service avait réalisé le recueil de données n'engendrant pas, ainsi une surcharge de travail pour l'équipe médicale. Ces données manquantes sont fréquentes dans les travaux menés dans les services d'Urgences [34].

C. Forces de l'étude

Ce travail s'inscrit dans une volonté locale de développer la filière gériatrique ambulatoire au sein de la Clinique de Lesparre, au travers de la consultation mémoire dont l'ouverture est prévue en 2017, et dans la perspective de la création de l'Hôpital de Jour de Gériatrie prévue en Mars 2017, où les évaluations Gériatriques Standardisées vont être réalisées. Ainsi notre travail, apporte un échantillon de population fragile médocaine candidate à la consultation gériatrique.

Le fait que le score ISAR et son résultat n'aient pas été connus par le patient ni par le médecin traitant a permis d'obtenir une analyse objective de la concordance des résultats des scores de fragilité. De plus, notre étude étant menée antérieurement à l'ouverture de l'HDJ de Gériatrie, aucune orientation vers une consultation spécialisée gériatrique n'a pu être réalisée post dépistage positif aux urgences, se limitant ainsi au caractère observationnel de notre étude.

Il s'agit d'une étude comparative de deux scores. Cependant, les sensibilités et spécificités n'ont pas été déterminées puisqu'elles reposent sur l'évaluation de la survenue d'un événement indésirable. Ce travail potentiel peut faire l'objet d'un autre sujet de thèse.

De plus, même si le score GFST est recommandé par l'HAS, celui-ci n'est pas encore validé de façon prospective. Ce travail peut s'inscrire dans le projet de validation du score GFST, puisque sa comparaison à un score validé permet de conclure qu'on dépiste la même population dans 8 à 9 cas sur 10.

D. Comparaison de notre étude à la littérature

1. Caractéristiques de notre population étudiée

Notre population totale est comparable à l'ensemble des études portant sur le repérage du sujet âgé fragile au SAU. Effectivement, pour la plupart de ces travaux l'âge moyen est compris entre 82 à 84 ans, comme notre population.
Il est identifié, également que la population déterminée fragile (où ayant bénéficié d'un avis gériatrique selon un score ISAR positif) est en moyenne, plus âgée que la population totale d'environ 2 ans, tout comme dans notre étude [17 ; 28 ; 34]. Selon un article d'une revue médicale américaine de 2003, l'âge > 85 ans est un facteur prédictif de consultation aux urgences [29].

La proportion homme/femme de notre étude est en faveur d'un pourcentage plus élevé de femmes avec 65,5%. De plus, la prédominance féminine est plus importante dans la population repérée fragile avec 69,09%. Ces chiffres sont également ceux retrouvés dans les études comparées [17 ; 28 ; 34]. Ce sex-Ratio est superposable aux résultats obtenus par la DREES lors de leur enquête de 2002, qui décrit les caractéristiques des usagers des urgences [4].

Concernant le lieu de vie, chaque étude publiée, traitant du dépistage du sujet âgé fragile aux urgences, menée en France a inclus les patients institutionnalisés. Dans notre travail, nous avons choisi d'exclure ces patients. En effet, même si un avis gériatrique peut être sollicité pour ces patients, nous pensons que l'institutionnalisation est caractéristique du déclin fonctionnel et de la perte d'autonomie puisque ces personnes sont dans l'incapacité de vivre à leur domicile. Cette réflexion est en adéquation avec plusieurs travaux menés par Mc Cusker [19 ; 20 ; 31].
Notre étude permet de dire que l'isolement du sujet âgé contribue à sa fragilité puisque +7% de notre population fragile vit seule par rapport à l'ensemble de notre population, il s'agit d'ailleurs d'un item du GFST.

Peu d'études ont caractérisé les antécédents des personnes âgées consultant aux urgences. Notre travail est donc difficile à comparer. Il est tout de même possible de déterminer que les antécédents cardio-vasculaires sont les plus présents comme le décrit le Travail réalisé par Pays Médoc [10].

La comparaison des motifs de consultations rencontre quelques difficultés. En effet, ceux-ci sont regroupés de façon différente selon les études. Les travaux d'analyse de la population fragile aux urgences en France identifient globalement 3 motifs de consultation récurrents : les chutes, l'AEG, les malaises/syncopes [17 ; 29 ; 30 ; 33 ; 34 ; 35]. L'étude australienne « The DEED-study » a déterminé que le motif de consultation le plus fréquent pour les sujets âgés de plus de 75 ans aux urgences est la chute (22,8%) [36].
Notre étude identifie la chute comme motif de consultation fréquent (22,62%), suivi des troubles digestifs et des malaises. Les principaux facteurs de risque de chute sont : le sexe féminin, l'antécédent de chute, l'arthrose, l'isolement social et la prise de psychotrope [44].
Le motif de consultation « autres » représente 27,8% des motifs de consultation. Ce chiffre important peut s'expliquer par le fait que les urgences de Lesparre regroupent les urgences médicales et traumatologiques. Il est probable qu'une forte proportion de « autres » motifs de consultations comporte les traumatismes.
L'AEG est, à l'heure actuelle, un terme médical utilisé en pratique différemment par rapport à sa définition théorique (Asthénie, anorexie, amaigrissement). L'utilisation du motif AEG comme recours aux SAU traduit plutôt un état de rupture par rapport à l'état antérieur du patient.
Ces consultations aux SAU, traduisant plutôt des symptômes généraux chroniques évoluant en crise aigue, sont réalisées dans un contexte de difficultés d'accès « en urgences » à un médecin généraliste ou à un bilan gériatrique. Sans doute que certains de ces recours aux SAU constituent une urgence abusive.

Nous avons déterminé que le nombre des consultations en médecine générale pour la population fragile est plus important que celui de la population totale. Dans ce

sens, logiquement, les visites à domicile sont nettement plus fréquentes pour la population fragile. Aucune thèse retrouvée, traitant de la fragilité du sujet âgé, n'a étudié le mode de suivi ambulatoire de ces patients.
L'évaluation gériatrique n'a été réalisée que chez 4 patients de notre échantillon, ceci s'explique probablement par le manque d'accès aux évaluations gériatriques dans le Médoc. Effectivement seuls deux médecins généralistes, à orientation gériatrique, réalisent des consultations gériatriques avant l'ouverture de l'HDJ de Gériatrie à la Clinique de Lesparre.

2. Le score ISAR

Notre travail a conclu que le score ISAR est positif pour 76,19% de la population totale. Ce chiffre est superposable à l'ensemble des thèses traitant du même sujet, établissant une proportion de patients fragiles selon le score ISAR entre 76 à 86% de la population âgée consultant aux SAU [17 ; 33 ; 34].

Selon la 10ème conférence de la SFMU, un score ISAR positif doit systématiquement entrainer un avis gériatrique. Cependant, il a été démontré dans certains travaux, qu'une très faible proportion des patients repérés fragiles aux SAU bénéficie d'un avis gériatrique directement aux urgences ; une thèse menée à La Rochelle estime cette évaluation à seulement 12,8% ; un travail réalisé à Saint Nazaire sur 557 patients retrouve que l'avis gériatrique n'a concerné que 16% des patients. Cette consultation spécialisée aux urgences est dépendante de la présence d'un gériatre, voir d'une équipe mobile de gériatrie au sein de la structure disponible pour les SAU.

En revanche, la consultation spécialisée de gériatrie aux SAU facilite l'orientation du patient s'il nécessite une hospitalisation, l'accès étant plus facile en service de court séjour gériatrique [17].
Il a été identifié que les facteurs prédictifs de réalisation du score ISAR aux SAU sont : le temps passé aux urgences et l'âge ≥ 83,5 ans [33]. Il n'existe pas de corrélation entre la sévérité du score ISAR et une éventuelle consultation gériatrique directement aux SAU [33].

Il ne semble pas adapté de faire intervenir directement le gériatre en service d'Urgences. Nous proposons donc, aux vues de ces données, de réorienter le patient rapidement post consultation aux urgences vers une HDJ de gériatrie, s'il n'est pas hospitalisé.

Le score ISAR est souvent critiqué pour son manque de spécificité. En effet, selon l'étude de McCusker, celle-ci est de 58% pour prédire la survenue d'un événement de santé [19].

D'autres scores adaptés aux urgences ont été étudiés :

- la grille SEGA (Sommaire de l'Evaluation du profil Gériatrique à l'admission) (*Annexe 10*) : identifiant le risque d'hospitalisation et de réhospitalisation, le taux de mortalité et la durée moyenne de séjour

- le Triage Risk Screening Tool (TRST) (*Annexe 11*) : détectant le risque d'hospitalisation, d'institutionnalisation, et de reconsultation aux urgences
- The Brief Risk Identification for Geriatric Health Tool (BRIGHT) (*Annexe 12*) : identifiant la perte d'autonomie

Le score ISAR est, cependant, le score le plus étudié et le plus utilisé aux urgences ; Sa faisabilité est tout à fait correcte par son faible nombre d'items et par le fait qu'il peut être réalisé par le patient lui même ou son accompagnant. Son utilisation semble la plus facile en comparaison des autres scores d'où sa recommandation par la SFMU.

3. Le score GFST

Peu d'études traitent de ce nouveau score, probablement lié à son caractère récent et à son attente de validation par l'HAS.

Notre travail a déterminé que 67,85% de notre population totale est repérée fragile selon le médecin traitant.
Ce chiffre est discordant par rapport à une étude réalisée à Grenoble où la prévalence de la fragilité du sujet âgé était de 24,5% [39].Cette discordance peut s'expliquer par le fait que cette étude a inclus les patients à partir de 65 ans. Une autre thèse sur la faisabilité du GFST en médecine générale retrouvait, sur 218 patients testés, 58% de sujets fragiles [40], se rapprochant davantage de nos chiffres. La prévalence de la fragilité du sujet âgé en médecine générale augmente avec l'âge pour atteindre 63% à partir d'un âge de 85 ans selon la thèse de Grenoble [39]. Cette dernière donnée est comparable avec notre résultat de 67%, sachant que la moyenne d'âge de notre échantillon est de 84,25 ans.

Par rapport à la littérature, notre travail est aussi discordant. Utilisant les 5 critères de fragilités, l'étude de Fried [14] retrouvait 7% de patients fragiles, 47% de pré-fragiles et 46% de « robustes » après 65 ans.
A l'échelle européenne, l'enquête SHARE, menée en 2013, retrouvait 11% de patients fragiles selon les critères de Fried. Cependant ce travail incluait les patients à partir de 50 ans.

Nous avons choisi, même si le GFST est recommandé à partir de 65 ans, d'inclure les patients à partir de 75 ans, puisque c'est l'âge de définition du patient gériatrique, et l'âge à partir duquel les patients pourront avoir accès à l'HDJ de gériatrie de Lesparre.

Chacun de ces travaux ont montré que la fragilité des personnes âgées en médecine générale augmente avec l'âge et est plus fréquente chez la femme [14 ; 41]. Dans notre étude, notre forte proportion de personnes fragiles selon GFST peut s'expliquer par le sex-Ratio en faveur d'une prédominance féminine, et la moyenne d'âge de 84,25 ans.

Il existe une très bonne faisabilité du GFST en soins primaires [39 ; 40], cependant il a été démontré dans le travail de thèse de Grenoble que l'acceptabilité de la consultation gériatrique post dépistage positif de la fragilité du patient est médiocre :

57% des patients dépistés fragiles refusent la consultation spécialisée, argumentant par « l'éloignement géographique de la consultation gériatrique », « le manque d'envie de se déplacer », « l'absence de besoin ». Cette notion met en avant le fait qu'il est nécessaire de rendre accessible la consultation gériatrique même aux zones rurales. Probablement que la trop faible proportion de notre échantillon ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique s'explique par le manque d'offre de soins sur le secteur et son manque d'accessibilité.

Un autre travail de thèse, traitant du repérage de la fragilité du sujet âgé a étudié la faisabilité de l'Evaluation gériatrique Standardisée Courte (EGS-c) en médecine générale. Ce travail a montré que l'EGS-c n'est pas réalisable en soins primaires de part le manque d'intérêt ressenti par les médecins généralistes à la réalisation de ce test, expliqué par la simplicité de ces critères et le manque d'intégration du critère social [37].

Il semble nécessaire de déterminer la sensibilité et la spécificité du GFST, dans le but de valider ce score. Pour cela il est indispensable dévaluer tous les patients ambulatoires à partir de 65 ou 75 ans selon le seuil de fragilité souhaité.

Le repérage de la fragilité en soins primaires doit s'appuyer sur le lien hôpital-ville dans le but d'obtenir une meilleure adhésion des patients à la consultation gériatrique. Un travail de sensibilisation des médecins généralistes au concept de fragilité du sujet âgé, dans le Médoc, concomitant à l'ouverture de l'HDJ de gériatrie semble indispensable.

4. Concordance des scores et items discriminants

La concordance :

Nous avons démontré qu'il existe une bonne concordance dans le dépistage de la fragilité de la population gériatrique entre les scores ISAR et GFST pour notre échantillon. Même si la spécificité du score ISAR est qualifiée de médiocre, sa sensibilité est correcte. Nous pensons donc la sensibilité du score GFST peut être, selon nos résultats, elle aussi correcte.
Cette concordance n'a pu être comparée avec des études ni avec la littérature car aucun travail n'a cherché à comparer ces scores.

Les items du score ISAR :

Pour rappel, aux urgences, nous avons identifié deux items du score ISAR apparaissant plus discriminants que les autres. Il s'agit de la nécessité d'aides au domicile de façon régulière et des problèmes de vue.
La thèse menée à Saint Nazaire [34], a identifié, dans leur recueil de données, les questions dont les réponses négatives sont les plus fréquentes. Il s'agit des questions n°1 et n°5.

Dans ce travail, on note, comme dans notre étude, que la prise de plus de 3 médicaments par jours (Question n°6) est très fréquente : 152 patients sur 215 [34]. Prêt de 95% de notre population fragile a répondu « oui » à cette question.
Dans chacune des études, nous avons identifié une forte proportion de patients prenant plus de 3 médicaments par jour dans la population totale : 78% dans le travail de La Rochelle [17], environ 56% dans un article traitant de la polymédication [28], et 41,5% selon une étude menée en soins primaires [37].
Ainsi, la polymédication est fréquente chez les personnes âgées, expliquant qu'elle ne fait pas partie des facteurs discriminants identifiés.
Il est cependant, nécessaire, d'alerter les médecins généralistes sur ce phénomène puisque chez les personnes âgées, la pharmacodynamie et la pharmacocinétique sont modifiées, ce qui augmente le risque d'effets indésirables. Une prescription excessive ou inappropriée d'une classe médicamenteuse (surtout les psychotropes) augmente le risque de chute et participe à l'entrée dans la dépendance [43, 44].

Une étude récente, menée en 2013 [45], a tenté d'adapter les critères de Fried aux urgences, et notamment la diminution de 20% de la vitesse de marche en posant la question suivante : « durant les semaines passées, avez-vous eu l'impression de marcher lentement ? ». Cet item semblait difficile à intégrer puisque sa sensibilité était très médiocre (42%) [45]. Son inclusion au score ISAR est donc difficile. L'évaluation de la capacité de se mouvoir aux SAU ne semble pas adaptée.

Les items du score GFST :

En soins primaires, un travail de méta-analyse sur plusieurs cohortes a étudié la capacité de chacun des critères de fragilité à prédire la survenue d'un état de dépendance [42]. Les critères prédictifs identifiés sont : le ralentissement de la vitesse de marche (indicateur de dépendance précoce : de 1 à 6 ans du suivi) et la sédentarité (indicateur de dépendance tardive : de 3 ans à 10 ans de suivi) [42].

Une étude a déterminé que la différence de répartition de chacun des critères de fragilité selon GFST, entre les patients fragiles et les non fragiles est statistiquement significative [39]. Les critères les plus représentés dans cette étude sont la fatigue (49,5% des patients fragiles), la marche ralentie (43,6% des patients fragiles) [39].

Ce résultat est superposable avec la mise en évidence des items discriminants du GFST dans notre étude qui sont : l'asthénie, des difficultés à se déplacer et la vitesse de marche ralentie.

E. Perspectives

Grâce à notre étude, nous avons identifié une population potentiellement à l'origine d'une demande de soins importante en HDJ de gériatrie. Le repérage de la fragilité du sujet âgé est réalisable aux urgences et en médecine générale. Les scores de repérage de la fragilité des personnes âgées ont la même valeur de dépistage aux SAU et en soins primaires.

Le développement local de la filière gériatrique ambulatoire associé au travail local de développement et de sensibilisation au repérage de la fragilité du sujet âgé auprès des médecins généralistes et des médecins urgentistes doit permettre d'aboutir à une réorientation efficace des sujets déterminés fragiles. En effet, la consultation gériatrique via l'HDJ, devrait jouer un rôle tampon à la consultation aux Urgences.

Cette étude confirme notre sentiment initial d'une forte proportion de personnes âgées fragiles dans le Médoc.
Dans le cadre de l'ouverture de l'HDJ de Gériatrie où seront réalisées les évaluations gériatriques standardisées, il est nécessaire de mettre en place des outils de relais d'informations et de travailler la coordination HDJ-Urgences-Médecine de ville.

Dans ce but, nous souhaitons proposer la réalisation systématique du score ISAR au SAU pour les personnes âgées de 75 ans et plus, via son intégration directe au logiciel *SANOCOM.* Ce score pourrait être rempli par le personnel médical ou soignant. Si le résultat s'avère positif, le patient doit être réorienté vers l'HDJ de gériatrie via le dossier informatique déjà créé, facilitant ainsi l'échange de données. En post urgences, un courrier adressé au médecin traitant indiquerait aussi la nécessité d'une réorientation vers une évaluation gériatrique. Chaque intervenant médical doit être informé, afin d'harmoniser les propositions de prises en charge.
A moyen terme, les personnes âgées fragiles seraient connues du SAU et de l'HDJ, facilitant d'une part, probablement, l'entrée directe en court séjour gériatrique (comme certains travaux l'ont montré), et d'autre part le retour à domicile si les démarches d'institutionnalisation ou d'optimisation du domicile sont en cours et/ou effectuées.
Cette proposition de prise en charge impacte sur le fonctionnement et l'organisation intra-hospitalière, ainsi que sur les effectifs et les moyens, mais ce projet semble recevable.

Le dépistage de la personne âgée fragile en médecine générale via le score GFST doit être plus utilisé. En effet, peu de médecins traitants connaissent l'existence de ce score (probablement de par son caractère récent). Nous proposons, dans cette optique, une sensibilisation des médecins généralistes du Médoc à la fragilité du sujet âgé et au score GFST, via la création d'un dossier de présentation de l'HDJ (expliquant son rôle, ses objectifs, la population cible, le déroulement de l'EGS) intégrant à la fin du formulaire le score GFST que le médecin traitant doit réaliser pour un patient potentiellement éligible à l'HDJ. Cette sensibilisation auprès des médecins généralistes peut à moyen terme éviter des hospitalisations aux urgences non adaptées.

Ce dossier de présentation de l'HDJ pourrait également être joint à la lettre de sortie des urgences.

Il est probable que le nombre de patients dépistés fragiles soit trop important par rapport à l'offre de soin initiale de l'HDJ. On peut supposer que la réponse positive aux items les plus discriminants doit permettre un accès plus rapide à l'évaluation gériatrique.

CONCLUSION

Notre étude a démontré, d'une part, qu'il existe une forte proportion de personnes âgées fragiles en Médoc, et d'autre part, que la concordance des résultats des scores de fragilité ISAR aux SAU et GFST en médecine générale est très bonne. Ainsi les urgences et le cabinet du médecin généraliste sont des lieux recommandés au repérage de la fragilité.

Le médecin urgentiste doit être alerté par la nécessité d'aides au domicile et les problèmes de vue du patient qui sont des critères plus discriminants de fragilité dans notre étude. Le médecin généraliste doit être plus vigilant sur l'asthénie chronique et sur la difficulté à se mouvoir.
Afin d'optimiser les prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans dépistées fragiles, un travail de coordination Urgences-HDJ-Médecine Générale est indispensable. A l'issue du repérage d'un patient fragile, la réorientation vers une EGS est nécessaire. Ainsi l'échange d'informations via les dossiers informatiques, et dossiers manuscrits en extra-hospitaliers doit être facilité.

Cependant, devant une population âgée croissante, qui va doubler dans les décennies à venir, n'est-il pas nécessaire de repenser l'ensemble de la filière de soins gériatriques ? La création d'Urgences Gériatriques (comme il existe des urgences pédiatriques) ne permettrait-elle pas une meilleure prise en charge urgente et une meilleure réorientation du sujet âgé ? Le développement de cabinets médicaux ambulatoires de gériatrie ne permettrait-il pas d'assurer un meilleur suivi ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Bilan démographique 2015, Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2016, France. Insee Première. janv 2016; 1581

2. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060, Un tiers de la population âgée de plus de 60 ans. Insee Première. oct 2010; 1320

3. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Le panorama des établissements de santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2013

4. Carrasco V. Les usagers des urgences : Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ? Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2005

5. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2015. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013

6. Société Francophone de médecine d'Urgence. 10ème Conférence de Consensus : Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux Urgences [Internet]. 2003. Disponible sur: http://www.sfmu.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf

7. Haute Autorité de Santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires

8. Groupement d'Intérêt Public Littoral Aquitain. Démographie Littorale, Rapport d'Etude. Avril 2016.

9. Observatoire Régional De La Santé Aquitaine. Pays Médoc, Eléments de cadrage complémentaires réalisés dans le cadre du contrat local de santé : Les Personnes âgées [Internet]. Mars 2014. Disponible sur: http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/pays-medoc-les-personnes-agees

10. Observatoire Régional De La Santé Aquitaine. Pays Médoc, Eléments de cadrage complémentaires réalisés dans le cadre du contrat local de santé : Etat de Santé [Internet]. Mars 2014. Disponible sur: http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/pays-medoc-etat-de-sante

11. Institut National d'Etudes Démographiques. Tout savoir sur la population [Internet]. [Consulté le 28 juin 2016]. Disponible sur: http://www.ined.fr

12. Collège national des enseignants de gériatrie. Vieillissement. 2ème édition. Paris: Elsevier / Masson; 2010.

13. Arveux I, Faivre G, Lenfant L, Manckoundia P, Mourey F, Camus A, et al. Le sujet âgé fragile. La Revue de gériatrie. 2002; 27:569–81.

14. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56:146–56.

15. La revue de Médecine Interne. La sarcopénie. Elsevier Masson; 2008.

16. Gonthier R, Blanc P, Farce S, Stierlam F. Individualisation des personnes âgées fragiles et filière de soins. Psychol NeuroPsychiatr Vieil. 2003; 1:187–96.

17. Noe S. Impact d'une évaluation gériatrique sur l'orientation des personnes âgées au sein d'un service d'accueil des urgences : Expérience au centre hospitalier de La Rochelle. Poitiers; 2013.

18. Lazarovici C, Somme D, Carrasco V, Baubeau D, Saint-Jean O. Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France: Résultats d'une enquête nationale. Presse Med. 2006;(35):1804–10.

19. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an

emergency visit: the ISAR screening tool. J Am Geriatr Soc. 1999 Oct; 47(10):1229–37.

20. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Belzile E, Verdon J. Prediction of hospital utilization among elderly patients during the 6 months after an emergency department visit. Ann Emerg Med. 2000 Nov; 36(5):438–45.

21. Ricroch L, Brilhault G. L'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières: retour sur une enquête inédite (collecte, qualités des données, diffusion anonymisée). 2015.

22. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes et statistiques [Internet]. [cité 16 juin 2016]. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,432,507

23. Lequeux. Repérage et Evaluation de la fragilité du patient âgé, document établi avec le concours méthodologique de la HAS et conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles [Internet]. 2013 [cité 2 juill 2016]. Disponible sur: http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/APIMED/uploads/pdf/Fragilité%20personne%20agée/Dossier%20documentaire.pdf

24. Haute Autorité de Santé. Rapport d'analyse des projets article 70. 2012.

25. Dr Frémont P. Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet très âgé-Dépression [Internet]. 2009 [cité 10 juill 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_941431/video-ameliorer-la-prescription-des-psychotropes-chez-le-sujet-tres-age-dr-patrick-fremont-depression

26. Communications orales et affichées, L'année gérontologique 2015 [Internet]. Lavoisier; 2015 [cité 17 juill 2016]. Disponible sur: http://www.fragilite.org/abstract2015.pdf

27. Pays Médoc. Les données clés de la plateforme de développement sanitaire et social [Internet]. [cité 15 déc 2016]. Disponible sur: http://www.pays-medoc.com/pays-médoc-pratique/plateforme-de-développement-sanitaire-et-social/les-données-clés/

28. Sough B, Gauthier T, Clair D, Gall Al, Menecier P, Mangola B, Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgences. Psychol NeuroPsychiatr Vieil. 2012 ; 10 :151-8

29. Shah MN, Glushak C, Karrison TG, Mulliken R, Walter J, Friedmann PD, et al. Predictors of ermergency medical services utilization by elders. Acad Emerg Med. 2003 ; 10 :52-8

30. Tajahmady AT, Moreau C, Bourdillon F, Verny M, Boddaert J, Riou B, et al. Evaluation de l'adéquation entre la capacité d'accueil d'un service de court séjour gériatrique et la demande induite par les urgences pour les patients âgés de 80 ans et plus : étude prospective sur 149 patients. La Revue de gériatrie. 2005 ;30:651-61.

31. McCusker J, Ionescu-ittu R, Ciampi A, Vadeboncoeur A, Roberge D, Larouche D, et al. Hospital characteristics and emergency department care of older patients are associated with return visits. Acad Emerg Med. 2007 ;14 :426-33.

32. McCuskerJ, Cardin S, Bellavance F, Belzile E. Return to the emergency department among elders : patterns and predictors. Acad Emerg Med. 2000 Mar ; 7:249-59.

33. Deglaire L. Etude prospective aux urgences de Roubaix: dépistage des personnes âgées fragiles et évaluation par l'équipe mobile de gériatrie [Internet]. [Lille]: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2013. Disponible sur: http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/ba7aae8a-4c17-44b7-82a4-00fdb8bb27ae

34. Mazowiecki S, Berranger C. Intérêt du score ISAR dans l'évaluation et l'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans au SAU [Internet]. [Nantes]: UFR de médecine ; 2006.

35. Le Clech N. repérage de la fragilité au service des urgences : apport de l'intervention de l'unité mobile de gériatrie [Internet]. [Caen]: UFR de médecine ; 2011.

36. Caplan GA, Brown A, Croker WD, Doolan J. Risk of admission within 4 weeks of discharge of elderly patients from the emergency department_the DEED study. Age Ageing. 1998 Nov;27 :697-702

37. Lefevre A-L. Depistage de la fragilité en médecine générale avec l'EGS-c : étude de faisabilité en médecine générale dans le Maine et Loire [Internet]. [Faculté de Médecine]: Université d'Angers; 2015. Disponible sur: dune.univ-angers.fr

38. Gdoura S, Herault M. Représentations de la fragilité des sujets âgés adressés par le médecin généraliste à l'Hôpital de jour des fragilités de Toulouse. [Faculté de Médecine]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015.

39. Duflot A. Repérage de la fragilité en médecine générale avec Gérontopôle Frailty Screening Tool : étude de prévalence et faisabilité en médecine générale [Internet]. [Faculté de Médecine de Grenoble]: Université Joseph Fournier; 2014. Disponible sur: dumas.ccsd.cnrs.fr

40. Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B, Platform team. The intégration of frailty into clinical practice : preliminary results from the Gérontopôle. JNutr Health Aging. 2012 Aug ;16 :714-20

41. Song X, Mitnitski A, Rockwood K. Prevalence and 10-year outcomes of frailty in older adults in relation to déficit accumulation. J An geriatr Soc. 2010 Apr ; 58 :681-7

42. Vermeulen J, Neyens JCL, Van Rossum E, Spreeuwenberg MD, De Witte LP. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators : a systematic review. BMC Geriatr Soc. 2002 Dec ;50 :1921-8

43. Berdot S, Bertrand M, Dartigues J-F, Fourrier A, Tavernier B, Ritchie K, et al. Inappropriate medication use and risk of falls ; a prospective study in a large community- dwelling elderly cohort. BMC Geriatr.2009 ;9 :30

44. Bongue B, Dupré C, Beauchet O, Rossat A, Fantino B, Colvez A. A screening tool with five risk factors was developed for fall-risk prediction in community-dwelling elderly. J Clin Epidemiol. 2011 Oct ;64 :1152-60.

45. Stiffler KA, Finley A, Midha S, Wilber ST. Frailty Assessment in the Emergency Department. J Emerg Med. 2013 Feb 16 ;45 :291-8

ANNEXES :

Annexe 1 : Mini Nutritional Assessment (MNA)

Dépistage

A- Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?
0=anorexie sévère ; 1=anorexie modérée ; 2=pas d'anorexie

B- Perte récente de poids (<3mois)
0 = perte de poids >3kg ; 1 = ne sait pas ; 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg ; 3 = pas de perte de poids

C- Motricité
0 = du lit au fauteuil ; 1 = autonome à l'intérieur ; 2 = sort du domicile

D- Maladie aigue ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ?
0 = oui ; 2 = non

E- Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression sévère ; 1 = démence ou dépression modérée ; 2 = pas de problème psychologique

F- Indice de masse corporelle (IMC = poids/(taille)^2)
0= IMC <19 ; 1 = 19 ≤ IMC < 21 ; 2 = 21 ≤ IMC < 23 ; 3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage (sous total sur 14 points) : /___/

≥ 12 points : normal, pas besoin de continuer l'évaluation ;
< 12 points : possibilité de malnutrition, continuer l'évaluation

Evaluation Globale

G- Le patient vit-il de façon indépendante au domicile ?
0 = non ; 1 = oui

H- Prend plus de 3 médicaments ?
0 = oui ; 1 = non

I- Escarres ou plaies cutanées ?
0 = oui ; 1 = non

J- Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?
0 = 1 repas ; 1 = 2 repas ; 2 = 3 repas

K- Consomme-t-il ?
- une fois par jour au moins des produits laitiers ? oui/non
- une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses ? oui/non
- chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ? oui/non
0 = si 0 ou 1 oui ; 0,5 = si 2 oui ; 1 = si 3 oui

L- Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits et des légumes ?
0 = non ; 1 = oui

M- Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière…)
0 = mois de 3 verres ; 0,5 = 3 à 5 verres ; 1 = plus de 5 verres

N- Manière de se nourrir
0 = nécessité une assistance ; 1 = se nourrit seul avec difficulté ; 2 = se nourrit seul sans difficulté

O- Le patient se considère-t-il bien nourri ? (problèmes nutritionnels)
0 = malnutrition sévère : 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée ; 2 = pas de problème de nutrition

P- Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?
0 = moins bonne ; 0,5 = ne sait pas ; 1 = aussi bonne ; 2 = meilleure

Q- Circonférence brachiale (CB en cm)
0 = CB <21 ; 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 ; 1 = CB > 22

R- Circonférence du mollet (CM en cm)
0 = CM < 31 ; 1 = CM ≥ 31

Evaluation globale (sur 16 points) : /___/

Appréciation de l'état nutritionnel (sur 30 points : /___/

≥ 24 : état nutritionnel satisfaisant ;
17-23,5 : risque de malnutrition ;
<17 : mauvais état nutritionnel

Annexe 2 : Mini Mental State Examination

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E) Date :……. Evalué(e) par : ……. Niveau socio-culturel ……..	Etiquette du patient

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? ……

☞ *Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant* :

	!0ou1!		!0ou1!
1. en quelle année sommes-nous ?	!____!	4. Quel jour du mois ?	!____!
2. en quelle saison ?	!____!	5. Quel jour de la semaine ?	!____!
3. en quel mois ?	!____!		

☞ *Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.*

6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? !____!
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? !____!
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? !____!
9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? !____!
10. A quel étage sommes-nous ici ? !____!

APPRENTISSAGE

☞ *Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.*

11. Cigare		[citron		[fauteuil	!____!
12. fleur	ou	[clé	ou	[tulipe	!____!
13. porte		[ballon		[canard	!____!

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

☞ *Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

14. 93 !____!
15. 86 !____!
16. 79 !____!
17. 72 !____!
18. 65 !____!

☞ *Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :* « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

☞ *Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?*

19. Cigare		[citron		[fauteuil	!____!
20. fleur	ou	[clé	ou	[tulipe	!____!
21. porte		[ballon		[canard	!____!

LANGAGE

22. quel est le nom de cet objet? Montrer un crayon. !____!
23. Quel est le nom de cet objet Montrer une montre !____!
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » !____!

☞ *Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :* « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. !____!
26. Pliez-la en deux. !____!
27. et jetez-la par terre ». !____!

☞ *Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet* :

28. «faites ce qui est écrit ». !____!

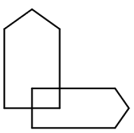
☞ *Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :*

29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » !____!

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

☞ *Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :*

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». !____!



SCORE TOTAL (0 à 30) !____!

FERMEZ LES YEUX

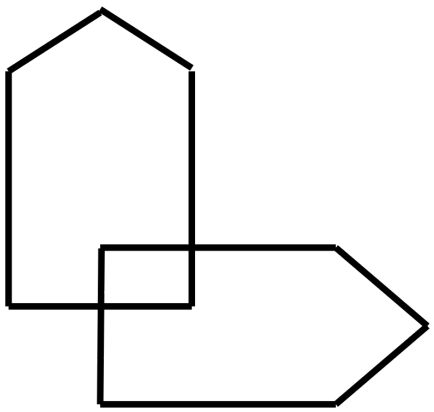
Phrase :

……

……

……..

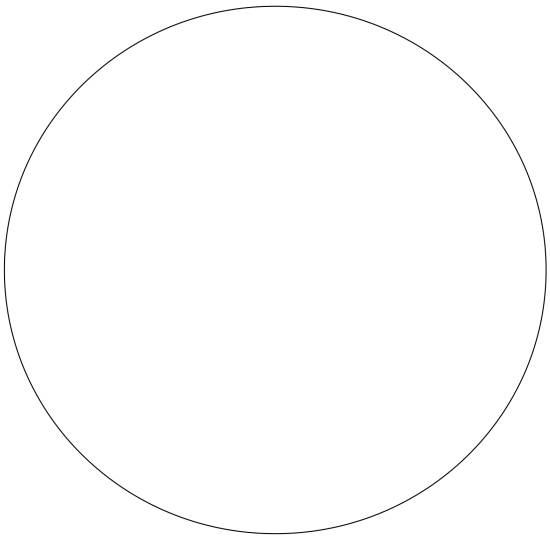
Recopier le dessin :



Annexe 3 : Test de l'Horloge

Donner 2 consignes successives :

- sur un cercle de 10 cm de diamètre, placer tous les chiffres des heures
- dessiner 2 aiguilles en indiquant une heure sur deux quadrants opposés (ex : 4 heure moins le quart)



Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evaluateur : _____

Compter 1 point pour chacun des items réussis :

Nombres présents :	__ / 1
Nombres dans le bon ordre :	__ / 1
Nombres en position correct :	__ / 1
Deux aiguilles présentes :	__ / 1
Heure indiquée :	__ / 1
Le nombre cible des minutes :	__ / 1
Proportions correctes des aiguilles :	__ / 1

Annexe 4 : Echelle ADL (Activity of Daily Living)

Echelle d'autonomie (ADL)

ECHELLE A.D.L		Nom ..... Prénom ..... Date ..... Score .....
Hygiène Corporelle	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser. Dépendant	1 ½ 0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite. Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller. Ne peut aller aux toilettes seul	1 ½ 0
Locomotion	Autonomie A besoin d'aide (canne, déambulateur, accompagnant) Grabataire	1 ½ 0
Continence	Continent Incontinence occasionnelle Incontinent	1 ½ 0
Repas	Se sert et mange seul Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit Dépendant	1 ½ 0

Total = /6

Cette échelle validée nécessite 3 évaluations étalées dans le temps.

Annexe 5 : Echelle IADL (Instrumental Activities of Daily Living)

Identification du Patient :	Date :		

Capacité à …	*Cocher puis relier les points pour visualiser l'évolution* **:**		
A – … Utiliser le téléphone			
1 – De sa propre initiative, cherche et compose les numéros	☐	☐	☐
2 – Compose un petit nombre de numéros bien connus	☐	☐	☐
3 – Répond au téléphone mais n'appelle pas	☐	☐	☐
4 – Incapable d'utiliser le téléphone	☐	☐	☐
B – … Faire les courses			
1 – Fait les courses de façon indépendante	☐	☐	☐
2 – Fait seulement les petits achats tout seul	☐	☐	☐
3 – A besoin d'être accompagné quelque soit la course	☐	☐	☐
4 – Totalement incapable de faire les courses	☐	☐	☐
C – … Préparer les repas			
1 – Prévois, prépare et sert les repas de façon indépendante	☐	☐	☐
2 – Prépare les repas si on lui fournit les ingrédients	☐	☐	☐
3 – Est capable de réchauffer les petits plats préparés	☐	☐	☐
4 – A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas	☐	☐	☐
D – … Entretenir le domicile			
1 – Entretiens seul la maison avec une aide occasionnelle pour les gros travaux	☐	☐	☐
2 – Ne fait que les travaux d'entretien quotidiens	☐	☐	☐
3 – Fais les petits travaux sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant	☐	☐	☐
4 – A besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien du domicile	☐	☐	☐
5 – Ne participe pas du tout à l'entretien du domicile	☐	☐	☐
E – … Faire la lessive			
1 – Fait toute sa lessive perso. ou la porte lui-même au pressing	☐	☐	☐
2 – Lave les petites affaires	☐	☐	☐
3 – Toute la lessive doit être faite par d'autres	☐	☐	☐
F – …Utiliser les moyens de transport			
1 – Peut voyager seul et de façon indépendante	☐	☐	☐
2 – Peut se déplacer seul en taxi ou par autobus	☐	☐	☐
3 – Peut prendre les transports en commun s'il est accompagné	☐	☐	☐
4 – Transport limité au taxi ou à la voiture avec accompagnement	☐	☐	☐
5 – Ne se déplace pas du tout	☐	☐	☐
G – … Prendre les médicaments			
1 – S'occupe lui-même de la prise (dosage et horaire)	☐	☐	☐
2 – Peut les prendre par lui-même s'ils sont préparés à l'avance	☐	☐	☐
3 – Incapable de les prendre de lui-même	☐	☐	☐
H – … Gérer son budget			
1 – Totalement autonome (fait des chèques, paye ses factures,…)	☐	☐	☐
2 – Se débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais a besoin d'aide pour gérer à long terme	☐	☐	☐
3 – Incapable de gérer l'argent nécessaire à payer ses dépenses au jour le jour	☐	☐	☐

Une valeur de 8 témoigne d'une autonomie conservée pour les activités instrumentales.

Annexe 6 : Grille AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso-ressources)

GRILLE AGGIR

NOM et Prénom de la personne âgée :
Date de naissance : **Date de passation de la grille :**
Adresse :

VARIABLES DISCRIMINANTES							
Cocher S T H C quand les conditions pour l'adverbe ne sont pas remplies		S	T	H	C	ABC	OBSERVATIONS
TRANSFERTS se lever, se coucher, s'asseoir							
DEPLACEMENTS INTERIEURS avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant							
TOILETTE Hygiène corporelle	**HAUT** : visage, rasage, coiffage, le tronc, les membres supérieurs et les mains						
	BAS : régions intimes, les membres inférieurs et les pieds						
ELIMINATION Assurer l'hygiène et rester propre	**URINAIRE**						
	ANALE						
HABILLAGE Savoir choisir, préparer et enlever	**HAUT** : choix vêtements, mise à disposition, décision d'en changer, passer un vêtement par la tête /les bras						
	MOYEN : boutonner, mettre une fermeture, une ceinture, bretelles						
	BAS : passer les vêtements par le bas du corps, chaussettes, chaussures						
ALIMENTATION	**SE SERVIR** : un plat, ouvrir un yaourt, peler un fruit, remplir un verre, couper						
	MANGER : porter à la bouche et avaler les aliments et boissons						
ALERTE Communication à distance							
DEPLACEMENTS EXTERIEURS A partir de la porte d'entrée sur la rue							
ORIENTATION	**TEMPS :** se repérer dans le temps (saison, moments de la journée, années, mois)						
	ESPACE : se repérer dans les lieux de vie habituels et nouveaux						
COHERENCE	**COMMUNICATION** communication fiable, suffisamment complexe pour communiquer dans la vie quotidienne						
	COMPORTEMENT agir, se comporter de façon logique, sensée, savoir vivre avec les autres, assumer sa solitude						
VARIABLES ILLUSTRATIVES							
GESTION							
CUISINE							
MENAGE							
TRANSPORT							
ACHATS							
SUIVI DE TRAITEMENT							
ACTIVITES TEMPS LIBRE							

Le remplissage de cette grille fait état des activités possiblement réalisables par la personne seule. Les aides humaines ne doivent pas être intégrées dans l'analyse, en revanche les aides techniques et matérielles doivent être prise en compte.

La première partie de l'analyse recherchera si le sujet relève d'un C dans l'avant dernière colonne (c'est à dire incapable de réaliser l'activité même partiellement, même difficilement).
La seconde partie du remplissage mettra en avant les capacités de la personne en cochant les cases S (spontanément), T (totalement), H (habituellement), C (correctement) selon le degré de réalisation de l'activité. En fonction de ces observations on déterminera le grade A ou B.

Ainsi :

- A : Fait seul, spontanément et totalement et habituellement et correctement
- B : Fait seul non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement
- C : Ne fait seul ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

Ce mode de remplissage fait suite au décret n°2008 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR.

Annexe 7 : GDS (Gériatric Depression Scale)

NOM : **Prénom :** **Date :**

1 - Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	oui	non*
2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	oui*	non
3 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	oui*	non
4 - Vous ennuyez-vous souvent?	oui*	non
5 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	oui	non*
6 - Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	oui*	non
7 - Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	oui	non*
8 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	oui*	non
9 - Etes-vous heureux la plupart du temps?	oui	non*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide,	oui*	non
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	oui*	non
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir?	oui*	non
13 - L'avenir vous inquiète-t-il?	oui*	non
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	oui*	non
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	oui	non*
16 - Avez-vous souvent le cafard ?	oui*	non
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	oui*	non
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé?	oui*	non
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante?	oui	non*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	oui*	non
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie?	oui	non*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente?	oui*	non
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre et que les autres ont plus de chance que vous?	oui*	non
24 - Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?	oui*	non
25 - Eprouvez-vous souvent le besoin de pleurer?	oui*	non
26 - Avez-vous du mal à vous concentrer?	oui*	non
27 - Etes-vous content(e) de vous lever le matin?	oui	non*
28 - Refusez-vous souvent les activités proposées?	oui*	non
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions?	oui	non*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	oui	non*

Chaque réponse marquée * vaut un point.

Score 0 à 5 : normal
Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression
Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression

Annexe 8 : Echelle du fardeau des aidants de Zarit :

Échelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.

Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

Cotation :
0 = jamais
1 = rarement
2 = quelquefois
3 = assez souvent
4 = presque toujours

À quelle fréquence vous arrive-t-il de...

Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4

La revue du Gériatrie, Tome 26, N°4 AVRIL 2001

Annexe 9 : Critères de fragilité selon Fried

Critères de Fragilité	Mesure
Sarcopénie	Perte de poids non intentionnelle de plus de 5 kgs en 1 an
Faiblesse	Diminution de la force de préhension de 20% (ajustement selon le genre et l'IMC du patient)
Asthénie	Identifié par 2 items de l'échelle CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression)
Lenteur	Vitesse de marche réduite de 20% (test de marche de 15 pas, tables ajustées selon le genre et la taille)
Diminution des activités	Diminution de 20% de la dépense énergétique (hommes <383 kcals/semaine, femmes<270kcals/semaine, calculées selon l'interrogatoire du patient)

Résultats :

- 0 critère : personne non fragile
- 1 ou 2 critères : statut fragile intermédiaire (personne à risque de devenir fragile dans les 3 ou 4 années suivants la réalisation du test)
- 3 critères ou plus : personne fragile

Annexe 10 : Grille SEGA

Profil de risque et problèmes des patients > 70 ans admis au service des urgences. Identification (vignette)

Médecin traitant :

Personne de référence (tel) :

Motif d'admission :

Destination du patient :

Volet A	Signalement du profil gériatrique et des facteurs de risque		
	0	1	2
Age	74 ans ou moins	entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus
Provenance	Domicile	Domicile avec aide	MR ou MRS
Médicaments	3 ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus
Fonctions cognitives	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)
Humeur	Normale	Parfois anxieux	Souvent triste et déprimé
Perception de santé (en général)	Meilleure	Bonne	Moins bonne
Chute les 6 derniers mois	Aucune	Une et sans gravité	Chute(s) compliquée(s) ou comme motif d'hospitalisation
Nutrition	Normal, poids stable, apparence normale	Perte d'appétit, de poids (3kg/3mois)	Franchement dénutri (BMI <21)
Maladies associées, (comorbidité)	Pas en dehors de l'AA	De 1 à 3	Plus de 3, ou AVC, ou cancer ou BPCO, ou ICC.
AVJ se lever, marcher, (mobilité)	Autonome	Soutien	Incapacité
AVJ continence (urinaire et/ou fécale)	Autonome	incontinence accidentelle	Incontinence
AVJ manger (prendre les repas)	Autonome	Préparation	Assistance
AVJ instrumentales (repas, tel, médicaments)	Autonome	Aide	Incapacité
/26			
Volet B	**Données complémentaires**		
Accompagnant	P de référence, ou pas utilisé	P de référence absente	P de référence épuisée
Hospitalisation récente (délai)	Pas ces 6 derniers mois	Oui il y a moins de 6 mois	Dans le mois qui précède
Vision et/ou audition	Normale	Diminuée et appareillée	Très diminuée
Habitat	Couple (famille)	Seul avec aide	Seul sans aide
Aide existante à domicile	Aucune	Proches	Professionnelle (nom, tél.)
Projet pour la sortie (proches)	Retour à domicile	Institutionnalisation	Incertitude ou alternative
Projet pour la sortie (patient)	Retour à domicile	Institutionnalisation	Incertitude ou alternative
Perception de la charge (proches)	Normale	Importante	Trop importante

Fait le : avec l'aide de (proches) : par :

MR : Maison de retraite ; MRS : Maison de repos et de soins ; AVC : Accident vasculaire cérébral ; BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive ; ICC : Insuffisance cardiaque congestive ; AVJ : Activités de la vie journalière.

Annexe 11 : Score TRST

Ce test mesure cinq dimensions :

	OUI = 1 point	NON = 0 point
Présence de troubles cognitifs *Diagnostic connu de démence, syndrome confusionel, ou troubles cognitifs avec perte de mémoire des faits récents +/- troubles de l'orientation temporo spatiale relevés par les soignants de l'unité)*		
Troubles de la marche, difficultés de transfert ou chutes		
Polymédication *(utilisation de cinq médicaments ou plus)*		
Antécédents d'hospitalisation (3 mois) ou **d'admission aux urgences** (1 mois)		
Evaluation fonctionelle réalisée par une infirmière *Perte d'autonomie présente si diminution d'au moins 2 points dans l'échelle ADL ci-dessous entre l'évaluation et les 15 j précédant l'admission*		
TOTAL/5 points		

Questions complémentaires pour le service demandeur :

☐ En dehors de cette étude, auriez-vous fait appel à l'équipe mobile de gériatrie ?

☐ OUI

☐ NON

Questions complémentaires pour l'equipe mobile de gériatrie :

☐ Trouvez-vous l'intervention gériatrique utile pour ce patient ?

☐ OUI

☐ NON

Le score obtenu varie de 0 (pas de risque) à 5 (à très haut risque), un score ≥ 2 identifie le besoin d'une intervention de l'équipe mobile de gériatrie.

Annexe 12 : Score de BRIGHT

1. Avez-vous besoin d'aide pour les tâches ménagères?
2. Avez-vous trébuché ou êtes-vous tombé récemment?
3. Avez-vous été perturbé par des idées noires, vous êtes–vous senti déprimé ou sans espoir ?
4. En général êtes vous en bonne santé ?
5. Avez-vous le souffle court lorsque vous marchez à travers la pièce ?
6. Avez-vous besoin d'aide pour vous laver ?
7. Avez-vous des problèmes de mémoire qui rendent les activités quotidiennes difficiles ?
8. Avez-vous des difficultés pour prendre des décisions sur les activités quotidiennes ?
9. Avez-vous besoin de quelqu'un pour vous habiller le bas de votre corps ?
10. Avez-vous besoin d'aide pour vous déplacer à l'intérieur?
11. Avez-vous besoin d'aide pour coiffer vos cheveux, brosser vos dents, vous raser, vous maquiller ou laver/sécher votre visage et vos mains?

Seuil à 3 ou plus : patient à risque de perte d'autonomie (ADL ou IADL) ou de troubles cognitifs

RESUME

Les projections démographiques menées en France concluent à une augmentation du nombre de personnes âgées dans la population générale. Le dépistage de la fragilité chez ces patients, en prévention de la survenue d'événement indésirable, permet l'orientation vers une évaluation gériatrique standardisée. Nous avons mené une étude pour évaluer et comparer les scores de dépistage de la fragilité aux Urgences (ISAR) et en médecine générale (GFST) dans le cadre de l'ouverture de l'HDJ de gériatrie à la Clinique de Lesparre.

Méthode : Etude observationnelle et descriptive portant sur 84 patients ayant consulté au SAU de Lesparre du 1er Février au 15 Mai 2016. Recueil des données socio-démographiques, calcul du score ISAR par les urgentistes et du score GFST par le généraliste.

Résultats : La moyenne d'âge de notre population totale était de 84,25 ans, à prédominance féminine. Selon ISAR, 76,19%(N=64) de notre population était considéré comme fragile. Pour le score GFST, celui-ci s'élevait à 67,85%(N=57). Sur les 64 patients fragiles selon ISAR, 55 l'étaient aussi selon GFST soit 85,94%. Sur les 20 patients estimés non fragiles selon ISAR, 18 n'étaient pas dépistés fragiles par le médecin traitant (90%). La nécessité d'aides au domicile et les problèmes de vue sont apparus plus discriminants pour le score ISAR ; Selon le GFST, la majoration de l'asthénie était l'item le plus discriminatif.

Discussion : Le dépistage de la fragilité était concordant selon l'utilisation des scores ISAR ou GFST. Le développement à la Clinique de Lesparre de l'HDJ gériatrique associé à un travail de sensibilisation au repérage de la fragilité du sujet âgé, via les scores GFST et ISAR, auprès des médecins généralistes et urgentistes, doit permettre d'aboutir à une réorientation des sujets fragiles vers une EGS. Une coordination médecine de ville-hôpital est indispensable. Les SAU et la consultation en médecine générale sont identifiés comme lieu de repérage de la fragilité des sujets âgés.

MOTS CLEFS

Fragilité - Personne âgée - Urgences - Médecine Générale - ISAR - GFST - Gériatrie – Evaluation

SERMENT

UNIVERSITÉ BORDEAUX SEGALEN

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !