



HAL
open science

Intérêt de la création d'un accueil dédié aux personnes âgées de 75 ans et plus au sein du service d'accueil des urgences de Montluçon

Sarah Guillaumin

► To cite this version:

Sarah Guillaumin. Intérêt de la création d'un accueil dédié aux personnes âgées de 75 ans et plus au sein du service d'accueil des urgences de Montluçon. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01784270

HAL Id: dumas-01784270

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01784270>

Submitted on 3 May 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE CLERMONT AUVERGNE

FACULTE DE MEDECINE

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

GUILLAUMIN Sarah, Marie née le 19 janvier 1990 à Montluçon (03)

Présentée et soutenue publiquement le 8 novembre 2017

Intérêt de la création d'un accueil dédié aux personnes âgées de 75 ans et plus au sein du
Service d'Accueil des Urgences de Montluçon

Président : Monsieur Olivier LESENS, Professeur, Faculté de Médecine de Clermont-
Ferrand

Membres du jury :

Monsieur Jean BEYTOUT, Professeur, Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand
Monsieur Laurent GERBAUD, Professeur, Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand
Monsieur Jérôme BOHATIER, Docteur, Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand
Monsieur Sébastien LOISEAU, Docteur, Centre Hospitalier de Montluçon

UNIVERSITE DE CLERMONT AUVERGNE

FACULTE DE MEDECINE

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

GUILLAUMIN Sarah, Marie née le 19 janvier 1990 à Montluçon (03)

Présentée et soutenue publiquement le 8 novembre 2017

Intérêt de la création d'un accueil dédié aux personnes âgées de 75 ans et plus au sein du
Service d'Accueil des Urgences de Montluçon

Président : Monsieur Olivier LESENS, Professeur, Faculté de Médecine de Clermont-
Ferrand

Membres du jury :

Monsieur Jean BEYTOUT, Professeur, Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand
Monsieur Laurent GERBAUD, Professeur, Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand
Monsieur Jérôme BOHATIER, Docteur, Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand
Monsieur Sébastien LOISEAU, Docteur, Centre Hospitalier de Montluçon



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine
: **BERNARD** Mathias

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTRICE GENERALE DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **GUINALDO** Olivier
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **ESQUIROL** Myriam



FACULTE DE MEDECINE

DOYEN HONORAIRE

: **DETEIX** Patrice

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CHAZAL** Jean
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BEGUE René-Jean - BELIN Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - COULET Maurice - DASTUGUE Bernard - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - PERI Georges - PETIT Georges - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - Mlle RAMPON Simone - MM. RAYNAUD Elie - REY Michel - RIBAL Jean-Pierre - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SIROT Jacques - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - TURCHINI Jean-Pascal - VANNEUVILLE Guy - VENRIES DE LA GUILLAUMIE Bernard - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. BACIN Franck - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - CASSAGNES Jean - DAUPLAT Jacques - DEMEOCQ François - DETEIX Patrice - IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - LESOURD Bruno - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - SOUTEYRAND Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. ESCHALIER Alain	Pharmacologie Fondamentale Option Biologique
M. BOITEUX Jean-Paul	Urologie
M. CHAZAL Jean	Anatomie - Neuro-Chirurgie
M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
Mme LAFEUILLE Hélène	Bactériologie, Virologie
M. LEMERY Didier	Gynécologie et Obstétrique
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. CHAMOIX Alain	Médecine du Travail et des Risques Professionnels
M. LUSSON Jean-René	Cardiologie et Maladies Vasculaires

M.	POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
M.	KEMENY Jean-Louis	Anatomie et Cytologie Pathologiques
Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

M.	SCHOEFFLER Pierre	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie - Vénérologie
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. COSTES Frédéric	Physiologie
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

M. JANNY Laurent

Biologie et Médecine du Développement et
de la Reproduction

Mme CHAMBON Martine

Bactériologie Virologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel

Biophysique et Traitement de l'Image
Nutrition

Mme BOUTELOUP Corinne

Mle GOUMY Carole

Cytologie et Histologie, Cytogénétique

Mme FOGLI Anne

Biochimie Biologie Moléculaire

Mle GOUAS Laetitia

Cytologie et Histologie, Cytogénétique

M. MARCEAU Geoffroy

Biochimie Biologie Moléculaire

M. SAKKA Laurent

Neurochirurgie

Mme MINET-QUINARD Régine

Biochimie Biologie Moléculaire

M. ROBIN Frédéric

Bactériologie

Mle VERONESE Lauren

Cytologie et Histologie, Cytogénétique

M. DELMAS Julien

Bactériologie

Mle MIRAND Andrey

Bactériologie Virologie

M. OUCHCHANE Lemlih

Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication

M. LIBERT Frédéric

Pharmacologie Médicale

Mle COSTE Karen

Pédiatrie

M. EVRARD Bertrand

Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mle AUMERAN Claire

Hygiène Hospitalière

Mme PONS Hanaë

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction

Mme CASSAGNES Lucie

Radiologie et Imagerie Médicale

M. POIRIER Philippe

Parasitologie et Mycologie

M. JABAUDON-GANDET Matthieu

Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale

M. LEBRETON Aurélien

Hématologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale

DEDICACES PERSONNELLES

A mes parents,

Merci de m'avoir toujours accompagné dans les bons moments comme dans les moins bons et de m'avoir toujours porté un amour indéfectible.

A toute ma famille,

De m'avoir soutenu pendant ces années d'étude.

A Marlène,

Pour avoir partagé ensemble, dans la joie et la bonne humeur, tout notre cursus depuis ce fameux TD de biohysique lors duquel nous nous sommes rencontrées. Et à Pierre toujours présent dans ce trio.

A mes maîtres,

Le Docteur Emmanuelle FERRY, qui m'a tant appris, et qui, avec sa grande âme et sa gentillesse m'a accompagné dans toutes les étapes de ma vie d'interne. Nos chemins ne sont d'ailleurs pas près de se séparer.

Les Docteurs BERNIS, LEHMANN et RIGAUD pour le savoir et l'expérience que vous m'avez enseignées. J'ai grandi professionnellement et humainement grâce à vous. Le Docteur BUSCAGLIA qui m'a fait confiance pour mon premier remplacement.

Aux équipes,

Des Urgences, de gynécologie et de pédiatrie ainsi que d'addictologie du Centre Hospitalier de Montluçon, j'ai adoré travailler, toujours dans la bonne humeur avec vous.

Mention spéciale pour l'équipe du SSR qui ne m'a jamais oubliée et que je vais retrouver très bientôt.

A ceux qui ont participé à la thèse,

Madame Céline LAMBERT pour vos conseils, vos statistiques et votre gentillesse

Monsieur le Docteur Philippe VERDIER, pour son aide précieuse et son implication au sein du Centre Hospitalier de Montluçon

A Annie, Valérie, Nathalie pour leur soutien infailible.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

A Monsieur le Professeur Olivier LESENS

Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse.

Merci pour vos conseils, et pour les connaissances que j'ai pu acquérir à vos côtés.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A NOTRE JURY DE THESE

A Monsieur le Professeur Jean BEYTOUT

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Merci de l'intérêt que vous portez à mon sujet de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Laurent GERBAUD

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Merci pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous portez à mon sujet de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jérôme BOHATIER

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Merci de votre intérêt et de votre disponibilité. J'ai hâte de pouvoir approfondir mes connaissances en gériatrie grâce à vos enseignements. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A mon directeur de thèse, le Docteur Sébastien LOISEAU

Vous me faites l'honneur de diriger cette thèse. Merci de votre attention, de vos conseils avisés et de votre patience tout au long de ce travail. Je voulais également vous remercier de m'avoir encadré lors de mon stage aux urgences.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

RESUME

Le bassin Montluçonnais connaît une importante désertification médicale. Les Services d'Accueil des Urgences sont de plus en plus souvent confrontés à l'admission de personnes âgées. Ces patients nécessitent une prise en charge globale, spécifique et adaptée en raison de leur fragilité potentielle qui est un facteur de risque de survenue de décompensations physiques et/ou psychiques pouvant entraîner une perte d'autonomie.

Une enquête a étudié de façon prospective, pendant 8 semaines, toutes les personnes âgées de plus de 75 ans adressées aux Urgences du Centre Hospitalier de Montluçon, au nombre de 571. L'étude s'est intéressée aux caractéristiques médico-sociales (accompagnant, mode de vie, autonomie et principales comorbidités), au motif d'admission (s'il correspondait au final à une problématique médicale aiguë), et au devenir des patients (retour au domicile, hospitalisation). L'âge moyen des patients est de 85 ans. 36,43% des patients ont consulté pour une pathologie non aiguë. 68,75% des patients consultant hors problématique médicale aiguë ont été adressés aux urgences avec un motif d'admission imprécis. 50,61% des patients sont rentrés au domicile. Seulement 5 des 289 patients non hospitalisés ont bénéficié d'une prise en charge sociale aux urgences. 35,10% des patients ont été hospitalisés en dehors de toute problématique médicale aiguë.

Cette étude montre l'intérêt d'optimiser la prise en charge des patients aux urgences notamment en dépistant leur fragilité et en initialisant des actions spécifiques pour faciliter le retour au domicile et diminuer le nombre d'hospitalisations non justifiées qui peuvent être délétères pour les patients âgés.

SOMMAIRE

LISTE DES ACRONYMES.....	p.2
INTRODUCTION.....	p.3
I. EPIDEMIOLOGIE.....	p.5
- Vieillessement de la population française.....	p.5
- Au niveau du Bourbonnais.....	p.6
II. ETUDE	p.14
1. Objectif de l'étude	p.14
2. Méthodologie	p.14
3. Résultats.....	p.15
a. A l'arrivée du patient aux urgences	p.15
b. Facteurs influençant la consultation aux urgences.....	p.19
c. Le devenir du patient.....	p.22
III. DISCUSSION.....	p.25
IV. ACCUEIL DEDIE DE LA PERSONNE ÂGÉE AUX URGENCES	p.32
a. Introduction	p.32
b. Actualités – réalité	p.34
c. Historique.....	p.35
d. Objectifs de l'accueil spécialisé des personnes de plus de 75 ans aux urgences.....	p.37
1. Dépistage de la fragilité aux urgences	p.37
2. Orientation de la personne âgée au sein de la filière gériatrique	p.39
3. Organisation optimale de la sortie à domicile	p.39
4. Diminuer les ré-admissions aux urgences	p.41
e. Réalité de terrain	p.43
CONCLUSION	p.46
BIBLIOGRAPHIE	p.47
ANNEXES	
ANNEXE 1 : Fiche de Recueil MUPA	p.52
ANNEXE 2 : Fiche IAO Urgences Montluçon	p.53
ANNEXE 3 : Description des motifs de consultation par catégorie de pathologies...	p.54
ANNEXE 4 : Echelle ADL.....	p.55
ANNEXE 5 : Echelle IADL	p.56
ANNEXE 6 : Critères de fragilité selon Fried	p.57
ANNEXE 7 : Mini-Mental Status (MMS)	p.58
ANNEXE 8 : Geriatric Depression Scale (GDS)	p.59
ANNEXE 9 : Mini Nutritional Assessment	p.60
ANNEXE 10 : Grille AGGIR	p.61
ANNEXE 11 : Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF)	p.62

LISTE DES ACRONYMES

ADL : Activities of Daily Living
AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BRIGHT : Brief Risk Identification for Geriatric Health Tool
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG : Equipe Mobile de Gériatrie
GDS : Geriatric Depression Scale
IADL : Instrumental Activities of Daily Living
IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation
ISAR : Identification of Senior at Risk
MIF : Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle
MMS : Mini Mental Status
MNA : Mini Nutritional Assessment
MUPA : Médecine d'Urgence de la Personne Agée
PAERPA : Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie
PIB : Produit Intérieur Brut
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SEGA : Sommaire Evaluation du Profil Gériatrique à l'Admission
SFMU : Société Francophone de Médecine d'Urgence
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
TRST : Triage Risk Screening Tool

INTRODUCTION

Le nombre de personnes âgées est en constante augmentation en France comme dans les pays développés. Les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient déjà 8% de la population métropolitaine en 2002, ils seront selon l'INSEE 9,6% en 2020 et 16,1% en 2040.

Cette évolution s'accompagne d'une part d'une multiplication du nombre de pathologies par patient (85% des personnes âgées de plus de 75 ans sont atteintes d'au moins une affection chronique) et d'autre part d'une augmentation estimée de 14 à 33 % du nombre de personnes dépendantes entre 2000 et 2020 [1].

Les services d'urgences sont confrontés aux conséquences médicales et sociales de cette démographie singulière. En 2015, 14 % de la totalité des passages dans les structures d'accueil étaient représentés par des personnes âgées de plus de 75 ans, contre 12% en 2013 [2].

La mission principale des urgentistes était habituellement de prendre en charge les états déstabilisés et les pathologies aiguës. Désormais, ils vont devoir intégrer à leur prise en charge, la coexistence d'une ou plusieurs pathologies avec des composantes psychologiques et/ou sociales chez les personnes âgées. Ceci rend compte de la difficulté de prise en charge de ces personnes âgées lors de leur arrivée aux urgences.

Le défi permanent consiste, dans la contrainte de temps habituelle des structures d'urgences, à effectuer une démarche médicale classique, diagnostique et thérapeutique, en même temps qu'une analyse de la situation environnementale. La prise en charge des malades de plus de 75 ans aux urgences nécessite donc un savoir-faire spécifique des médecins et du personnel soignant des structures d'urgences, en s'aidant de l'apport des compétences de la gériatrie et en en précisant la place.

La nécessité d'une prise en charge adaptée, gérontologique, nous a fait réfléchir sur une prise en charge spécialisée au service d'Accueil des urgences de Montluçon.

Nous nous sommes donc posé la question suivante : « Existe-t-il un intérêt à créer un accueil dédié aux patients âgés de plus de 75 ans au sein du service d'Accueil des Urgences de Montluçon ? »

Une étude prospective observationnelle et monocentrique de janvier à mars 2017 a eu pour mission de tenter de répondre à cette question.

Dans un premier temps nous vous donnerons un état des lieux sur la démographie vieillissante du bassin montluçonnais et la problématique de la désertification médicale. Ensuite, nous vous ferons la présentation de l'étude avec ses objectifs et sa méthodologie. Les résultats de l'étude vous seront proposés ainsi qu'une discussion autour des facteurs influençant le passage des personnes âgées au Service d'Accueil des Urgences.

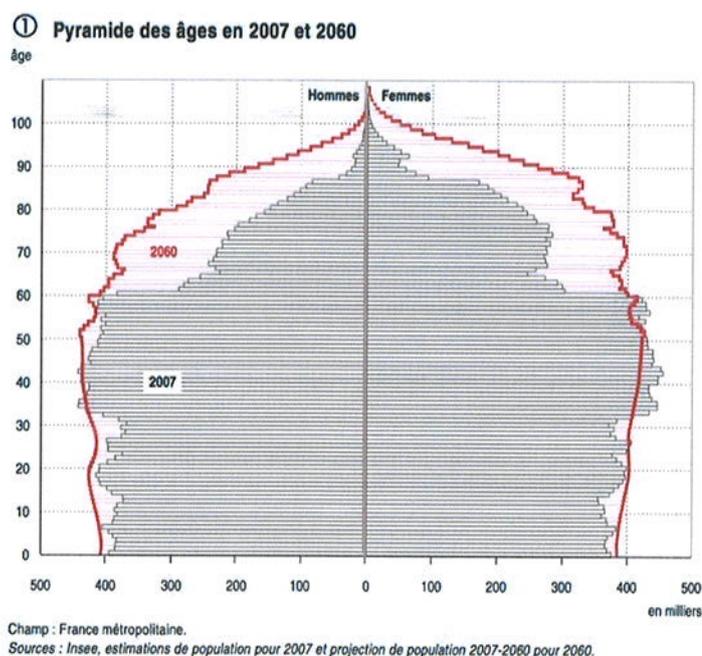
Dans une troisième partie, seront présentés les travaux déjà réalisés pour l'accueil spécifique des personnes âgées au Service d'Accueil des urgences et comment les adapter à un Centre Hospitalier Périphérique.

I. EPIDEMIOLOGIE

- Vieillessement de la population Française :

Le vieillissement de la population est un phénomène inéluctable qui impactera nécessairement, par son ampleur, les équilibres socio-démographiques, ainsi que les modes de vie, particulièrement en matière de dépendance et d'autonomie.

L'espérance de vie augmente, elle atteint à la naissance 79,4 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes en 2016 en France métropolitaine.



Pyramide des âges en 2007 et 2060 [3]

L'évolution de la population française se fera vers une augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans à l'horizon 2060.

De 2007 à 2060, le nombre de personnes de 75 ans et plus passerait de 5,2 millions à 11,9 millions ; celui des 85 ans et plus de 1,3 à 5,4 millions. Ce vieillissement de la population est

expliqué par l'arrivée dans la tranche d'âge des plus de 60 ans de la génération du baby-boom associé à un allongement de la durée de vie [4-5-6].

- Au niveau du Bourbonnais :

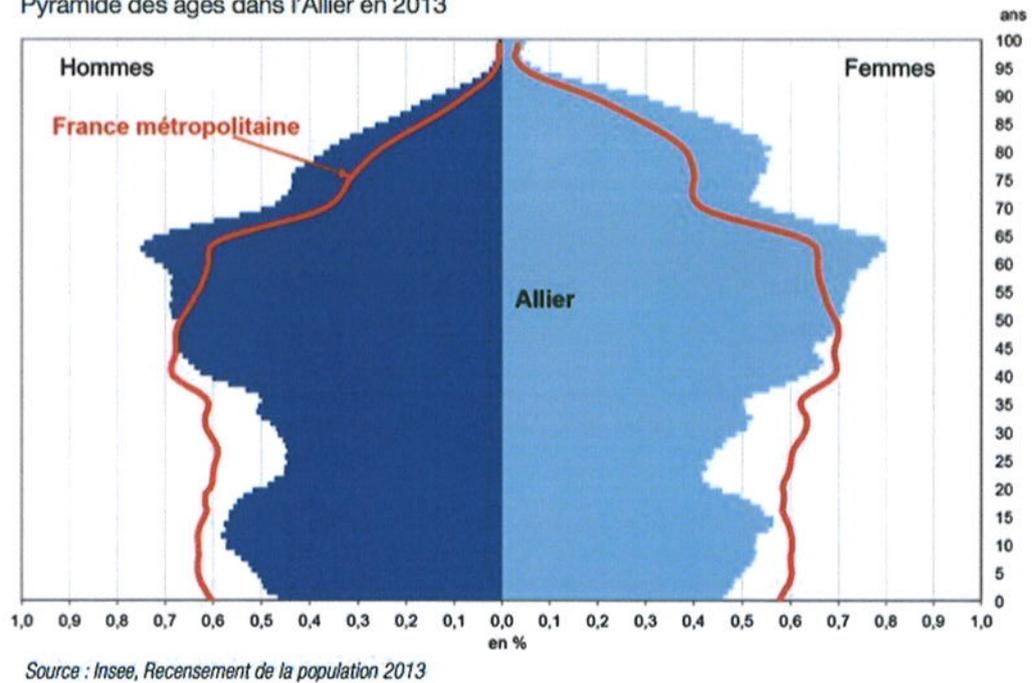
Le département de l'Allier suit globalement cette évolution nationale. En 2013, on recense 109.900 personnes de 60 ans ou plus [7]. Ces seniors représentent le tiers de la population contre un quart au niveau national.

L'Allier compte parmi les 10 départements français où le vieillissement est le plus marqué.

Selon les projections de l'INSEE (scénario central), cette part atteindrait plus de 30% en 2025, puis 33% en 2040 [8].

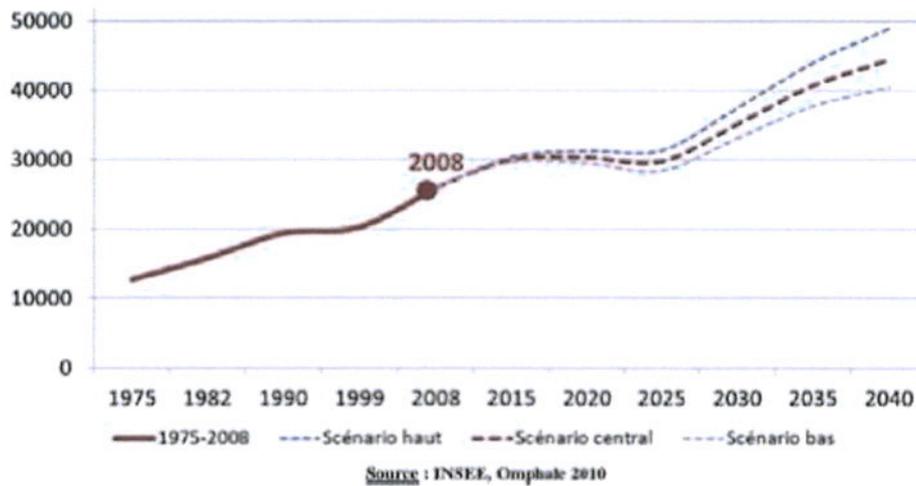
En réalité, l'augmentation du nombre de personnes âgées repose essentiellement sur celle du nombre de 75 ans ou plus [7]. Ces derniers représentent désormais 41% des plus de 60 ans contre 29% en 1975. Cette augmentation s'explique en grande partie par l'allongement de la durée de vie. Ainsi depuis 1975, les hommes ont gagné 9,4 ans d'espérance de vie et les femmes 7,7 ans. Cette progression est toutefois inférieure à la moyenne nationale.

Pyramide des âges dans l'Allier en 2013

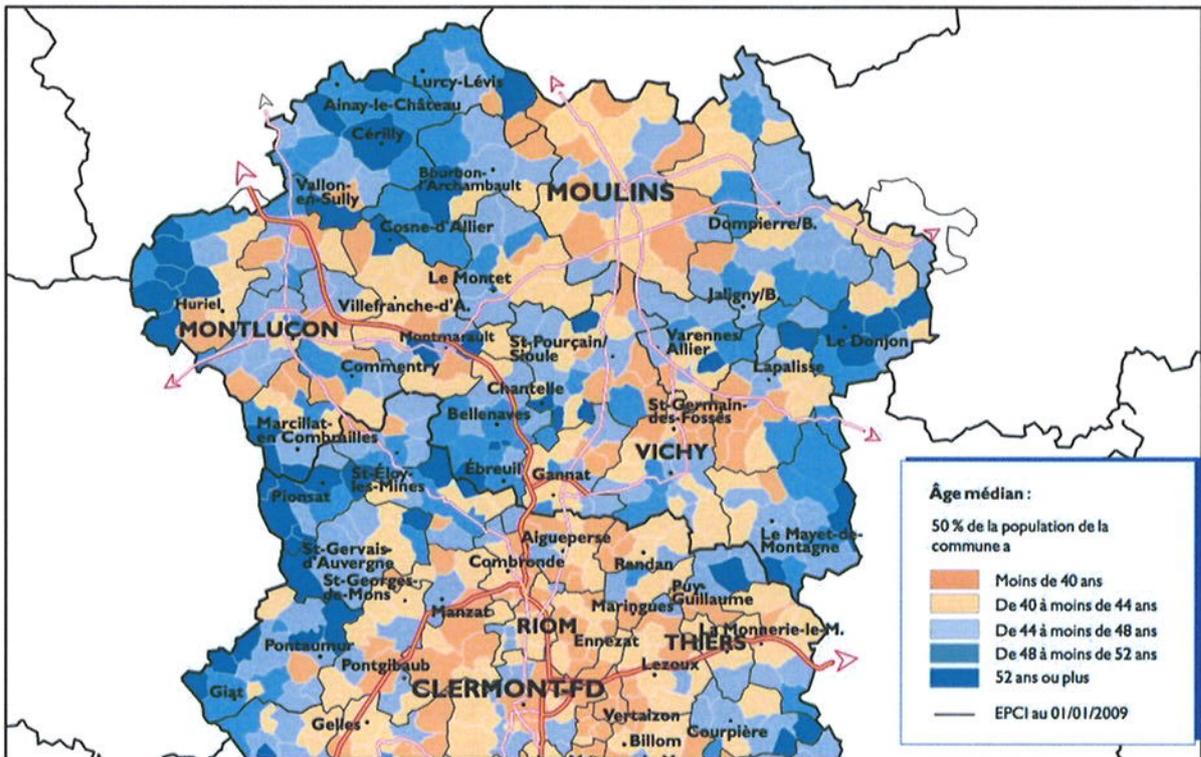


Pyramide des âges dans l'Allier en 2013 [9]

Évolution de la population âgée de 80 ans ou plus à l'horizon 2040, dans l'Allier



Graphique 1 : Evolution de la population âgée de 80 ans ou plus à l'horizon 2040, dans l'Allier [7]

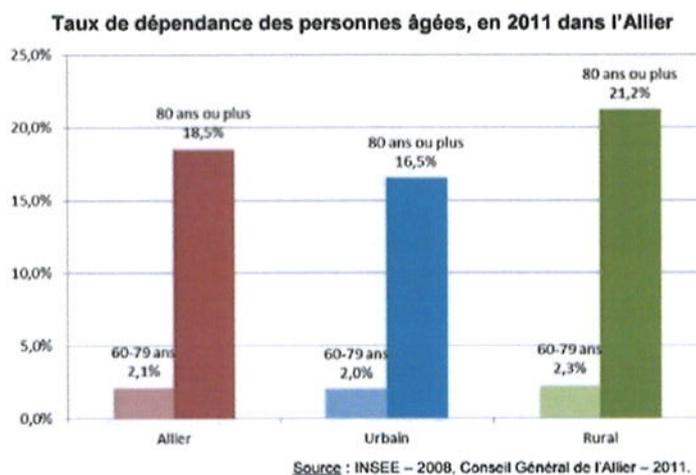


Carte 1 : Age médian de la population au niveau du bassin montluçonnais (source : INSEE Auvergne 2010)

Au 1^{er} janvier 2012, en France métropolitaine, 1,17 million de personnes âgées sont en perte d'autonomie au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit 7,8 % des 60 ans ou plus. À l'horizon 2060, selon le scénario intermédiaire des projections de dépendance, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 2,3 millions [10]. On prévoit une augmentation de 50% de ces patients dépendants à l'horizon 2040. Leur prise en charge représentera 1.5% du PIB de la France en 2025 contre 1% en 2005.

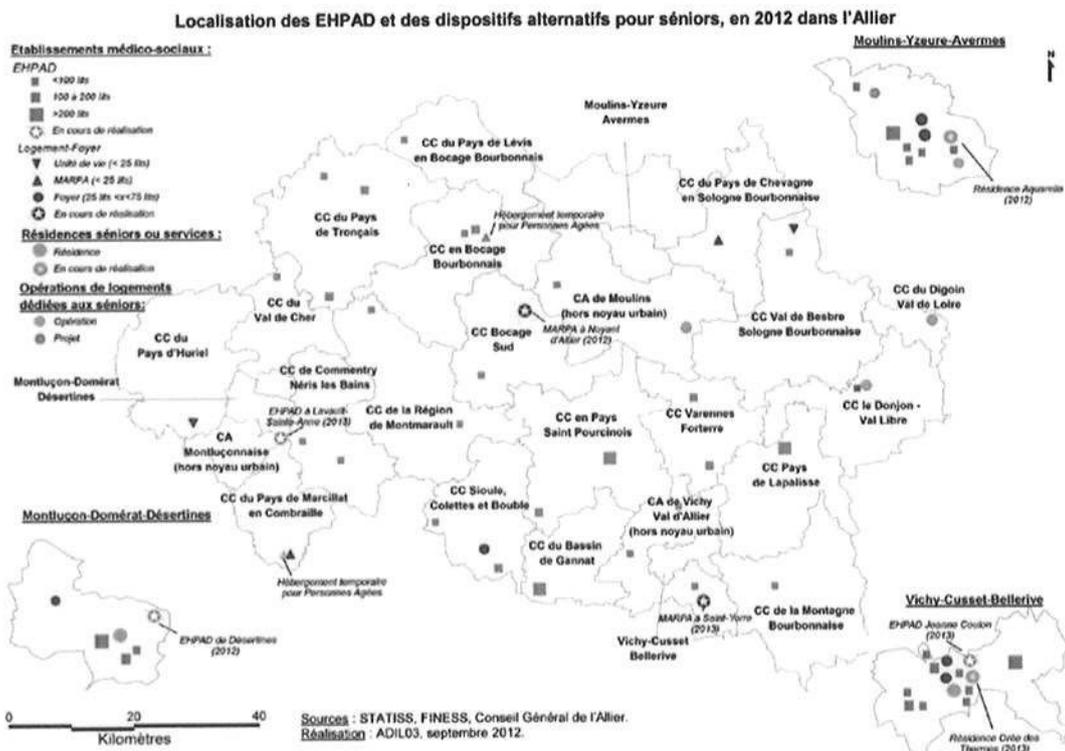
La problématique de la dépendance est un enjeu majeur en terme de santé publique [11]. Le risque de dépendance est particulièrement marqué à partir de 85 ans, âge moyen observé d'entrée en institution. La perte d'autonomie touche aujourd'hui 6 à 7% de la population française de plus de 60 ans.

Les seniors de 80 ans ou plus représenteraient entre 12 et 14% de la population de l'Allier en 2040, soit un poids sociodémographique conséquent au regard des problématiques de dépendance les concernant [8].



Graphique 2 : Taux de dépendance des personnes âgées, en 2011 dans l'Allier

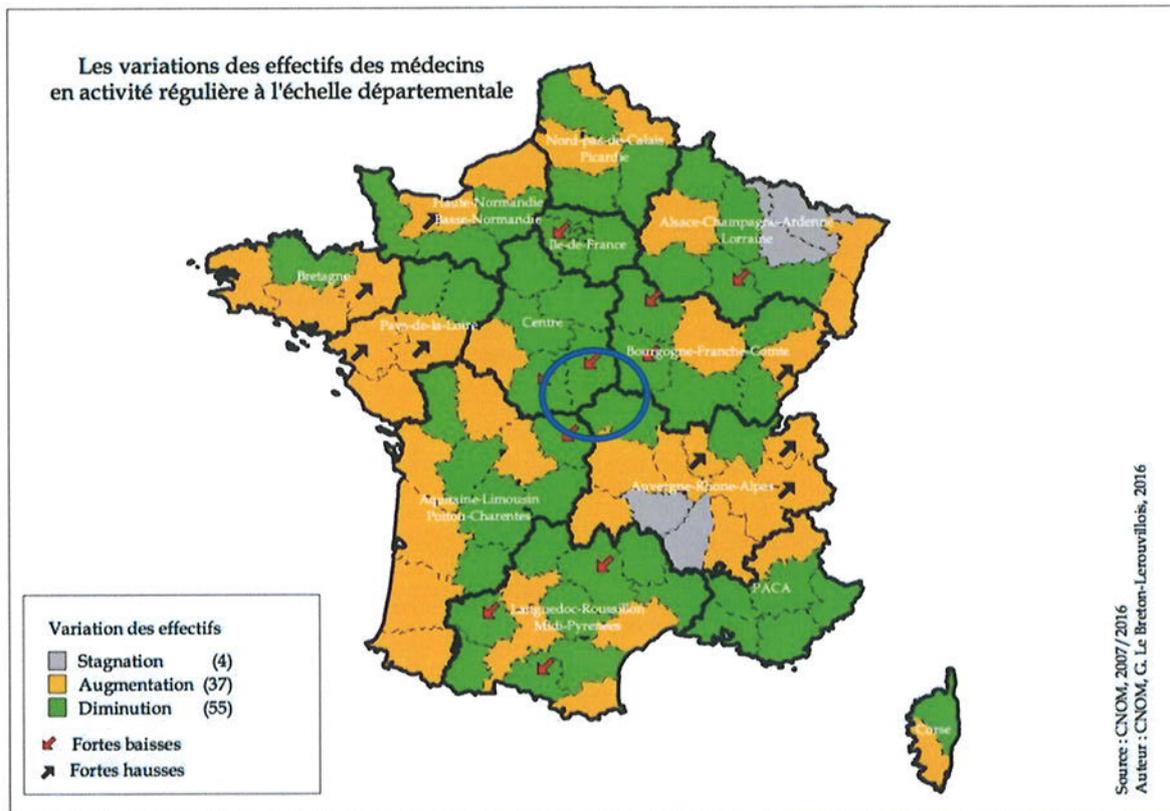
- En 2013, on comptait 23,3% de bénéficiaires de l'Allocation Pour l'Autonomie (APA), de 75 ans et plus par rapport à la population totale, ce qui est plus que la moyenne nationale qui avoisine les 21% ;
- La proportion de seniors vivant dans un établissement d'Hébergement pour personnes âgées (EHPAD) ou dans un établissement de santé de moyen ou long séjour est plus importante dans l'Allier qu'en France. Le nombre de places disponibles en EHPAD pour les plus de 75 ans est plus important en Allier qu'au plan national (98,5 lits pour 1000 personnes âgées, contre 92,8 au niveau national) ;
- A partir de 85 ans, 23% des seniors du département résident dans ce type d'établissement, contre 20% en France métropolitaine. L'écart se creuse un peu avec l'âge. Ainsi parmi les 5000 personnes de plus de 90 ans ou plus résidents dans l'Allier, un tiers (35%) vit dans un de ces établissements (31% au niveau national). [8]



Carte 3 : Localisation des EHPAD et des dispositifs alternatifs pour seniors, en 2012 dans l'Allier [6]

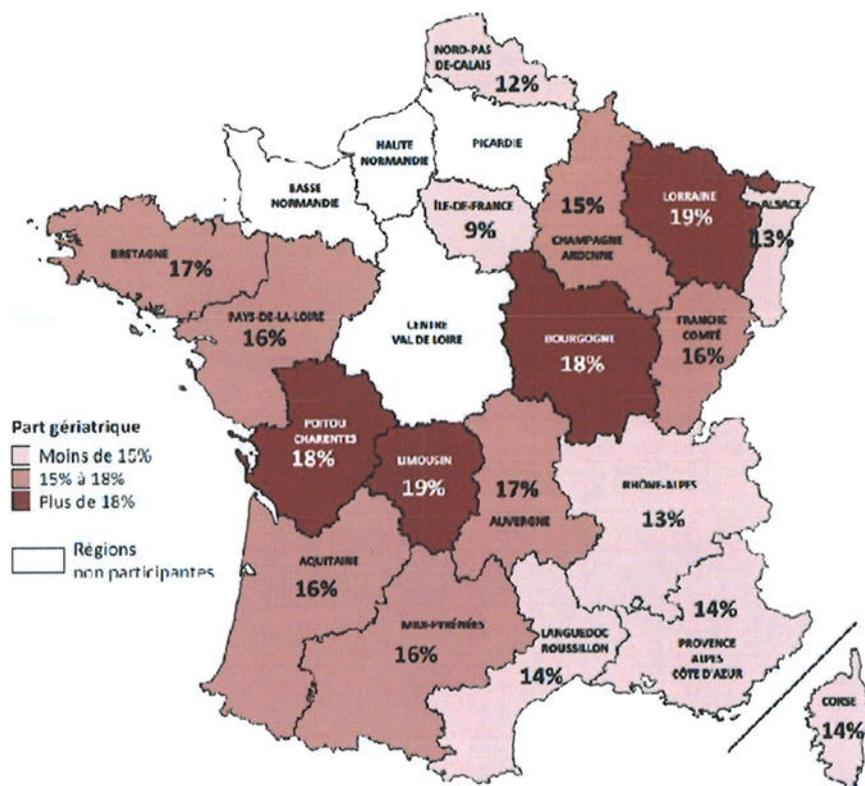
De plus, ces personnes âgées dépendantes vont nécessiter une densité de soins plus importante. Effectivement, il existe une multiplication du nombre de pathologie par patient : 85% des personnes âgées de plus de 75 ans sont atteintes d'au moins une affection chronique. Une enquête réalisée un jour donné hors institution a objectivé que les personnes âgées déclarent en moyenne 7,6 maladies (6,8 pour les hommes et 8,1 pour les femmes) [1].

De façon concomitante et attendue, notamment en médecine générale, un certain nombre de médecins cesseront leur activité sur cette période : pour 2025, 20300 départs sont attendus. En 2025, la densité médicale diminuera à 283 médecins pour 100000 habitants soit le niveau de 1980. Malheureusement, comme de nombreuses zones rurales, le bassin Montluçonnais est en voie de désertification médicale [12].



Carte 2 : Les variations des effectifs des médecins en activité régulière à l'échelle départementale [13] : le cercle bleu correspond au bassin montluçonnais qui connaît une forte baisse de la démographie médicale

De ce fait, pour certaines personnes âgées se retrouvant sans médecin traitant, les Services d'Accueil des Urgences (SAU) vont devenir à plus ou moins court terme, leur premier recours médical.



Carte 3 : Part de la population gériatrique consultant aux urgences [2]

Et au niveau du bassin Montluçonnais, on observe déjà une augmentation de l'affluence des patients de plus 75 ans au niveau du Service d'Accueil des Urgences.

	2016	2017 (jusqu'à juillet)
60 – 75 ans	4544 (14.73%)	2809 (14.85%)
75 – 85 ans	3118 (10.11%)	1893 (11.61%)
85 ans ou plus	3543 (11.48%)	2203 (11.64%)

Tableau 1 : passage aux Urgences de Montluçon par tranche d'âge (source : CH Montluçon)

On peut d'ores et déjà dire que, sur les 7 mois de 2017 on note quand même une légère augmentation de l'affluence des personnes de plus de 75 ans aux urgences de Montluçon.

Comment peut-on continuer à proposer une prise en charge optimale à nos aînés malgré l'augmentation du nombre de personnes très âgées et la désertification médicale ?

II. ETUDE

1. Objectif de l'étude :

Le nombre de personnes âgées augmente, et parmi elles, certaines sont polypathologiques et dépendantes. La désertification médicale des zones rurales entraîne une diminution du nombre de médecins généralistes pour les prendre en charge au domicile. Le service d'accueil des urgences devient donc, de plus en plus, une structure d'accueil de premier recours, structure parfois inadaptée à la prise en charge optimale de ces personnes âgées.

L'objectif de cette étude est d'étudier s'il existe un intérêt à créer un accueil gériatrique dédié aux personnes de 75 ans et plus au sein des urgences de Montluçon c'est-à-dire d'initialiser une prise en charge gériatrique globale et spécialisée de la personne âgée au sein même des urgences de Montluçon.

2. Méthodologie :

Cette étude prospective, observationnelle et monocentrique s'est déroulée du 31 janvier au 31 mars 2017.

Elle s'est intéressée à tous les patients de plus de 75 ans qui consultaient aux urgences. L'âge a été fixé à 75 ans car il s'agit de l'âge à partir duquel les patients sont acceptés dans les services de court séjour gériatrique, soins de suite et réadaptation et dans les établissements de long séjour hors cas de dérogation, c'est-à-dire l'âge d'entrée au sein de la filière gériatrique [11].

571 patients de plus de 75 ans ont consulté aux urgences sur la période du 31 janvier 2017 au 31 mars 2017.

Il n'y avait pas d'autre critère d'inclusion que l'âge du patient. 3 patients de plus de 75 ans décédés aux urgences ont été exclus de l'étude. Il n'y a aucun perdu de vue.

Pour chaque patient de plus de 75 ans qui a consulté aux urgences pendant cette période, une fiche de recueil appelée fiche MUPA (Médecine d'Urgence de la Personne Agée) était jointe au dossier du patient (annexe 1). Sur cette fiche figurent l'âge du patient, son médecin traitant, le motif de consultation aux urgences, l'accompagnement du patient, son arrivée et son motif d'admission aux urgences. Les principaux antécédents cardio-vasculaires, métaboliques et neuro-cognitifs y figurent également. Les autres antécédents médicaux du patient, étaient

répertoriés, comme habituellement sur la fiche rédigée à l'entrée du Service d'Accueil des Urgences par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (annexe 2).

Cette fiche de recueil MUPA suit le patient dès son entrée aux urgences au moment de la consultation avec l'IAO, puis est mise dans son dossier afin que le médecin urgentiste puisse continuer de la remplir.

Figurait également l'existence ou non d'un problème médical aigu pour le patient sans plus de précision car l'objectif de cette étude était de démontrer l'intérêt d'une prise en charge gériatrique globale, même en l'absence d'une décompensation médicale ou chirurgicale aiguë. Le recours ou non à un bilan biologique et à un avis spécialisé, le temps passé au sein du service des urgences et enfin son orientation après les urgences étaient également recherchés. L'hospitalisation au centre hospitalier à la suite de son passage aux urgences et sa durée ont enfin été recueillies.

3. Résultats :

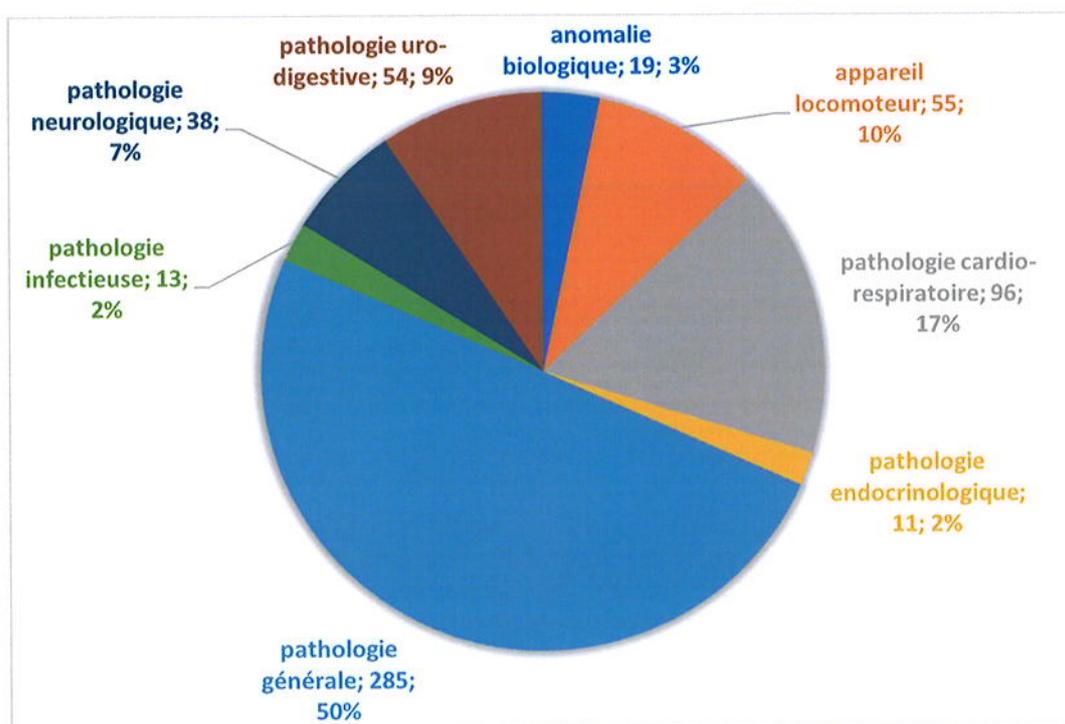
a. A l'arrivée du patient aux urgences

L'âge des patients inclus dans cette étude allait de 75 à 102 ans. L'âge moyen est de 85 ans. Les tranches d'âge allant de 75 à 85 ans et de 85 à 95 ans représentent la même proportion de consultations avec respectivement 45.53% et 47.81% des patients concernés par l'étude. La tranche d'âge de plus de 95 ans représente une minorité des consultations avec 6.65% des patients inclus.

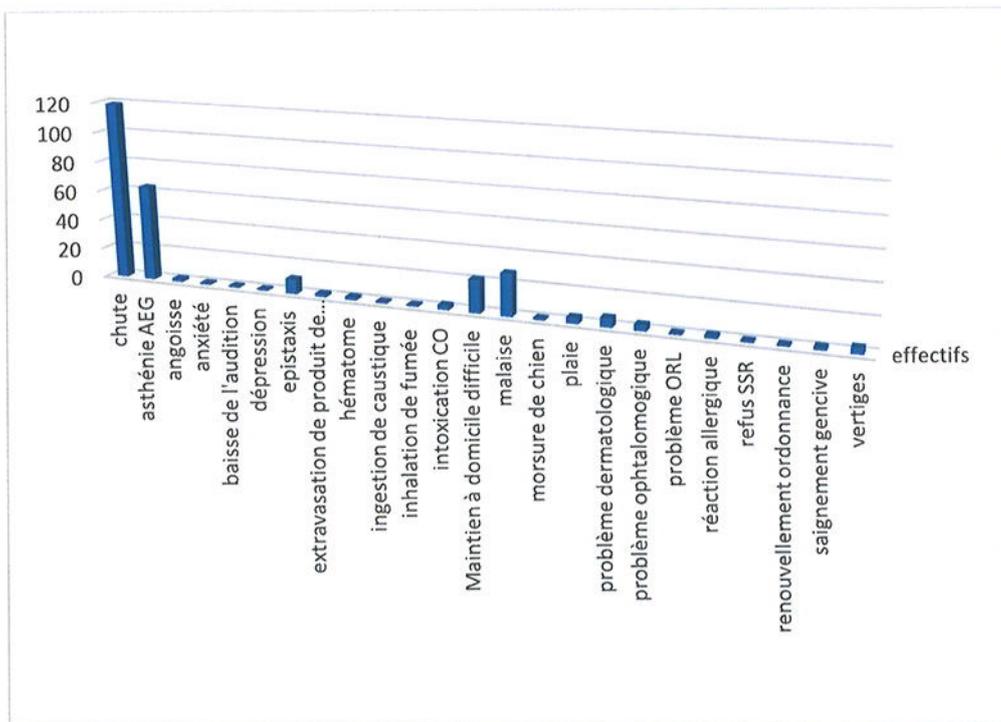
Le sexe : 381 patients sont des femmes ce qui représente les deux tiers de la fréquentation aux urgences avec un pourcentage de 66.73% de femmes contre 33.27% d'hommes.

Concernant l'accompagnement des personnes âgées, seulement 213 patients soit 37.30% sont accompagnés par un membre de leur famille à l'entrée aux urgences et moins du quart des patients (24.52%) sont emmenés directement par leur famille.

Pour ce qui est du motif de consultation aux urgences issu des résultats de la fiche MUPA , 19 patients soit 3.33% ont consulté pour des anomalies au niveau de leur bilan biologique, la nature de l'anomalie biologique n'étant pas précisée ; 55 patients soit 9.63% ont consulté pour une pathologie de l'appareil locomoteur ; 96 patients soit 16.81% ont été adressés pour une pathologie cardio-respiratoire ; 11 patients soit 1.93% ont consulté pour une pathologie endocrinologique ; 13 patients soit 2.28% ont consulté pour une pathologie infectieuse ; 38 patients soit 6.65% des patients ont présenté un problème neurologique ou apparenté ; 54 patients soit 9.46% ont été adressés pour une pathologie uro-digestive ; 285 patients soit la moitié d'entre eux (49.91%) sont venus aux urgences à la suite d'une pathologie générale (graphique 2) au sein de laquelle on retrouve avec une fréquence supérieure les diagnostics non précis au départ tels que les chutes, les malaises, les altérations de l'état général, les maintiens à domiciles difficiles (graphique 3)



Graphique 2 : Motifs de consultation aux urgences d'après la fiche MUPA selon les grandes catégories de pathologies



Graphique 3 : Motifs de consultation retrouvés au sein de la catégorie pathologie générale ; les plus souvent représentés sont les chutes, les altérations de l'état général, les malaises et les maintiens à domicile difficile

Au sein de ces grandes catégories de pathologies d'organes, on peut distinguer des motifs de consultations variés. Ceux-ci sont détaillés dans le tableau en annexe. (annexe 3)

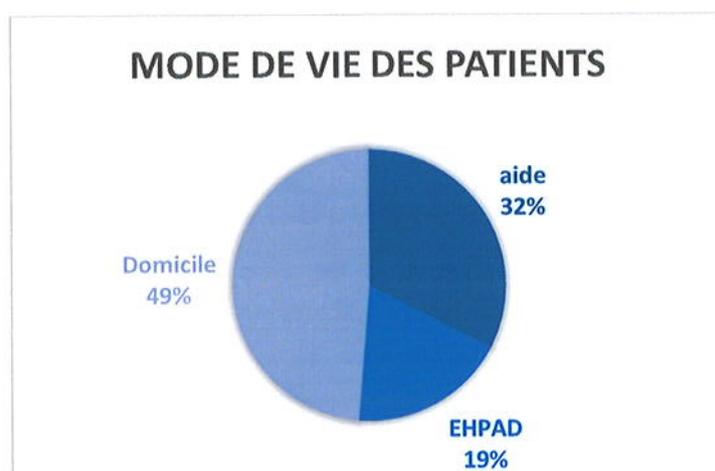
Les résultats sur l'importance des comorbidités et des facteurs de risque cardio-vasculaires des patients inclus dans l'étude montre que :

- Au niveau cardio-vasculaire : 140 patients soit 24.52% présentent une dyslipidémie. 376 patients soit 65.85% des patients sont hypertendus ; 62 patients soit 10.86% présentent un antécédent d'AVC ischémique ou hémorragique. 92 patients soit 16.11% ont déjà fait un infarctus du myocarde ;
- Au niveau métabolique : 134 patients soit environ ¼ d'entre eux (23.51%) sont diabétiques de type 1 ou de type 2, 78 patients sont sous traitement oral, 42 patients sont insulino-requérants et 1 seul n'a aucun traitement ;
- Sur le plan cognitif, 151 patients soit plus du quart des patients de l'étude (26.49%) ont des troubles cognitifs avérés.

Le mode de vie des patients âgés est un facteur sélectionné dans l'étude, il est un des facteurs essentiels pour la prise en charge sociale ultérieure des patients.

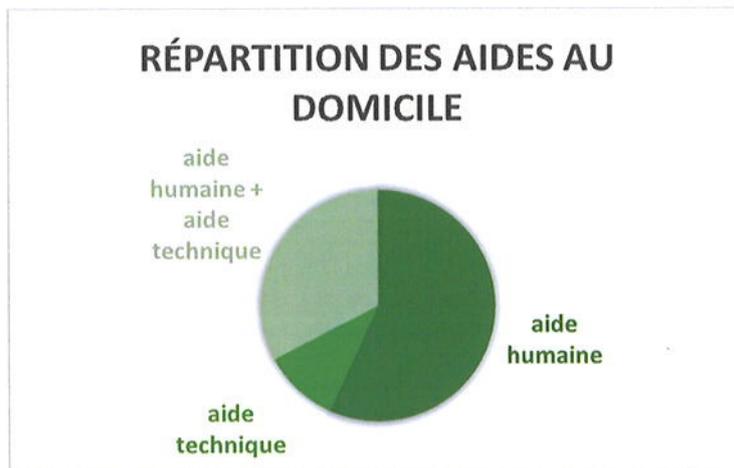
Ainsi, sur 571 patients inclus, 284 patients vivent à domicile et sont autonomes soit près de la moitié (49.91%), 108 patients sont résidents en EHPAD.

190 patients bénéficient d'aides au domicile, sur ces 190 patients recevant des aides au domicile, 13 sont autonomes (graphique 4).



Graphique 4 : mode de vie des patients lors de leur admission aux urgences

Concernant les aides au domicile, 108 patients reçoivent une aide humaine pour la toilette, le repas ou le ménage ; 20 patients sont aidés par une aide technique pour des troubles de la marche et 62 patients bénéficient à la fois d'aide humaine et d'aide technique (graphique 5).



Graphique 5 : Répartition des aides au domicile lorsqu'elles existent

Concernant le diagnostic après l'évaluation médicale aux urgences, 363 patients sur les 571 dossiers inclus ont consulté au service d'accueil des urgences pour une problématique médicale aiguë soit 63.57%. Donc, plus d'un tiers des patients ont consulté pour une problématique médicale non aiguë, pouvant éventuellement masquer une problématique sociale sous-jacente.

b. Facteurs influençant la consultation aux urgences

Nous allons maintenant nous intéresser à tous les facteurs qui pourraient influencer le motif de passage au service d'accueil des urgences pour un problème aigu ou non.

La problématique médicale aiguë regroupe tous les patients présentant une pathologie nécessitant une prise en charge thérapeutique urgente (par exemple filière AVC, syndrome coronarien aigu, fracture du col fémoral ...).

	Effectif (n=571)	Problématique médicale aigüe NON (n=208)	Problématique médicale aigüe OUI (n=363)	p
Age (années), n (%)				
75-85	260 (45.77)	100 (48.31)	160 (44.32)	0.53
85-95	270 (47.54)	92 (44.44)	178 (49.31)	
95	38 (6.69)	15 (7.25)	23 (6.37)	
Sexe, n (%)				
Femme	381 (66.73)	132 (63.46)	249 (68.60)	0.21
Homme	190 (33.27)	76 (36.54)	114 (31.40)	
Accompagnant, n (%)				
	213 (37.30)	69 (33.17)	144 (39.67)	0.12
Mode de transport, n (%)				
Ambulance – pompiers	431 (75.48)	166 (79.81)	265 (73.00)	0.07
Famille	140 (24.52)	42 (20.19)	98 (27.00)	
Dyslipidémie, n (%)				
	140 (24.52)	56 (26.92)	84 (23.14)	0.31
HTA, n (%)				
	376 (65.85)	140 (67.31)	236 (65.01)	0.58
Diabète, n (%)				
	134 (23.51)	46 (22.22)	88 (24.24)	0.58
Antécédent AVC, n (%)				
	62 (10.86)	18 (8.65)	44 (12.12)	0.20
Antécédent IDM, n (%)				
	92 (16.11)	29 (13.94)	63 (17.36)	0.29
Démence, n (%)				
	151 (26.49)	67 (32.21)	84 (23.20)	0.02
Mode de vie, n (%)				
Autonome	284 (49.91)	94 (45.41)	190 (52.49)	< 0.001
Aides	177 (31.11)	85 (41.06)	92 (25.41)	
EHPAD	108 (18.98)	28 (13.53)	80 (22.10)	
Aides au domicile, n (%)				
Aucune	381 (66.73)	116 (55.77)	265 (73.00)	0.001
Humaine	108 (18.91)	50 (24.04)	58 (15.98)	
Technique	20 (3.50)	10 (4.81)	10 (2.75)	
Les 2	62 (10.86)	32 (15.38)	30 (8.26)	

Le sexe du patient, la présence d'un accompagnant et le mode de transport du patient n'influencent pas le motif de consultation aux urgences et cela est plutôt logique ; de même que les patients présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires.

On peut remarquer, avec un résultat significatif, que 32.21% des patients entrant pour des problématiques médicales non aiguës ont des troubles cognitifs.

On remarque également au cours de cette étude que 41,06% des patients consultant aux urgences en dehors de toute problématique médicale aiguë ont déjà des aides au domicile, 55.77% des patients âgés consultant en dehors de toute problématique médicale aiguë n'avaient aucune aide à domicile avant leur arrivée au service d'accueil des urgences, soit plus de la moitié des patients. Cette problématique sociale sous-jacente révèle une inadéquation des besoins réels des patients au domicile.

	Effectif (n=571)	Problématique médicale aigue NON (n=208)	Problématique médicale aigue OUI (n=363)	p
Motif de consultation, n (%)				
Anomalie biologique	19 (3.33)	5 (2.40)	14 (3.86)	
Appareil locomoteur	55 (9.63)	16 (7.69)	39 (10.74)	
Pathologie cardio-respiratoire	96 (16.81)	22 (10.58)	74 (20.39)	
Pathologie endocrinologique	11 (1.93)	0 (0.00)	11 (3.03)	
Pathologie générale	285 (49.91)	143 (68.75)	142 (39.12)	<0.001
Pathologie Infectieuse	13 (2.28)	1 (0.48)	12 (3.31)	
Pathologie neurologique	38 (6.65)	6 (2.88)	32 (8.82)	
Pathologie uro-digestive	54 (9.46)	15 (7.21)	39 (10.74)	
Action sociale, n (%)	112 (19.65)	56 (27.05)	56 (15.43)	0.001
Bilan biologique, n (%)	430 (75.31)	153 (73.56)	277 (76.31)	0.48
Avis spécialisé, n (%)	431 (75.48)	187 (89.90)	244 (67.22)	0.001
Temps passé aux urgences, n (%)				
Moins de 2 heures	46 (8.06)	16 (7.69)	30 (8.26)	0.19
Entre 2 et 8 heures	363 (63.57)	142 (68.27)	221 (60.88)	
Plus de 8 heures	162 (28.37)	50 (24.04)	112 (30.85)	

Sur les 571 patients que comporte cette étude, les « diagnostics d'admission non précis » des personnes âgées représentent la majorité des consultations aux urgences avec 285 patients. Cette catégorie « pathologie générale » masque des problématiques sociales et médicales mal ou non prises en charge antérieurement au domicile.

En effet, 68.75% des patients consultant pour une problématique non aiguë ont été adressés aux urgences avec un motif d'admission faisant partie de la catégorie « pathologie générale ».

Le temps passé aux urgences est pour la majorité des patients (63.57%) compris entre 2 et 8 heures. Il est essentiellement conditionné par l'attente du résultat du bilan biologique demandé pour 75.31% des patients et par l'attente d'un avis spécialisé qui concerne 24.52% des patients.

c. Le devenir du patient

	Effectif (n=571)	Problématique médicale aiguë NON (n=208)	Problématique médicale aiguë OUI (n=363)	p
Devenir, n (%)				
Hospitalisation	282 (49.39)	73 (35.10)	209 (57.58)	< 0.001
Retour à domicile	289 (50.61)	135 (64.90)	154 (42.42)	
Durée d'hospitalisation, médiane [IQR]	8 [5 ; 13]	10 [6 ; 17]	7 [4 ; 12]	0.001

Sur 571 patients, 282 patients soit 49.39% sont hospitalisés et 289 patients soit 50.61% rentrent au domicile.

Pour les patients rentrant au domicile :

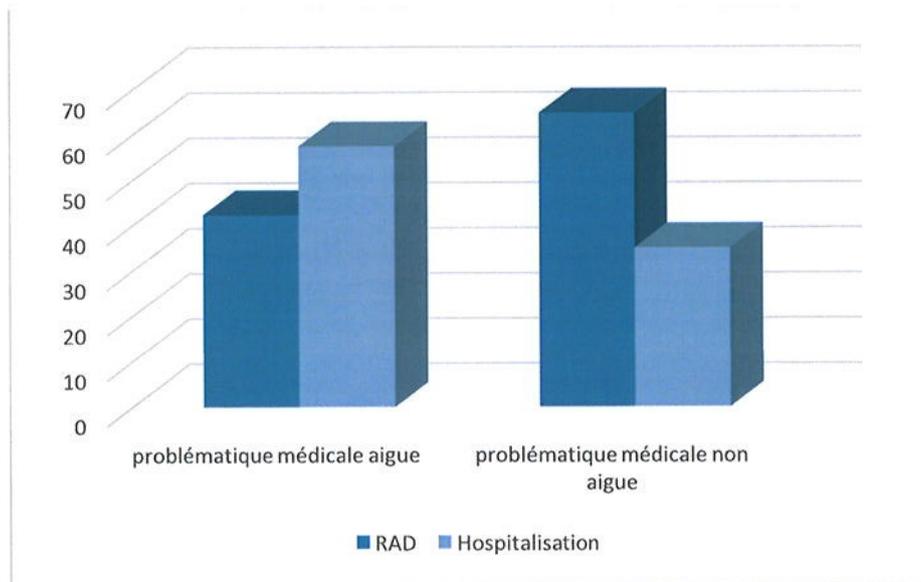
- 42.42% des patients ayant une problématique médicale aiguë ont pu regagner leur domicile, car celle-ci pouvait être gérée au domicile après évaluation et initiation du traitement par l'urgentiste, avec poursuite des soins auprès du médecin traitant ;
- 64.90%, soit près des deux tiers des patients, ayant consulté hors problématique médicale aiguë masquant probablement une problématique sociale sous-jacente ont regagné leur domicile sans évaluation gériatrique globale, ce qui est un facteur de risque de re-consultation aux urgences pour le même motif ;
- Seulement 5 patients non hospitalisés ont bénéficié d'une prise en charge sociale aux urgences. Les autres patients n'ayant pas eu de prise en charge sociale car autonomes ou l'urgentiste ayant estimé que le problème social pouvait être géré par les assistantes sociales extérieures, de secteur.

Pour les patients hospitalisés :

Pour les hospitalisations, sur les 571 dossiers, 282 patients soit 49.39% ont été hospitalisés, 209 l'ont été en raison d'une problématique médicale aiguë afin de poursuivre les soins aigus débutés aux urgences.

35.10% des patients ont été hospitalisés en dehors de toute pathologie aiguë probablement pour éclaircir la situation sociale, renforcer les aides nécessaires au domicile, faire le point sur les comorbidités médicales avec réévaluations des traitements en cours.

Le devenir des patients après leur prise en charge aux urgences, selon qu'ils aient ou non une problématique médicale aiguë est illustré par le graphique 6.



Graphique 6 : Devenir des patients après leur prise en charge aux urgences, selon qu'ils aient ou non une problématique médicale aiguë

La durée des hospitalisations va de 1 à 87 jours et la médiane est de 8 jours d'hospitalisation problème médical aigu ou non.

La médiane de durée d'hospitalisation est plus longue pour les patients hospitalisés en dehors de toute problématique médicale aiguë 10 jours contre 7 jours pour les patients ayant un problème médical aigu.

Parmi les patients ayant au moins une aide au domicile, 77.59 % des patients sans problématique médicale aiguë ont nécessité une hospitalisation, témoin potentiel de l'inadaptation des besoins au domicile pour ces patients.

95.54% des patients ayant eu une prise en charge sociale (aux urgences ou dans le service d'hospitalisation ultérieure) ont été hospitalisés. Ceci montre l'intérêt d'une prise en charge sociale plus systématique des patients et ce dès les urgences afin de faire le point de la

situation sociale et d'initialiser des actions qui seront poursuivies et adaptées pendant l'hospitalisation du patient.



III. DISCUSSION

L'âge des patients :

L'âge moyen des patients de plus de 75 ans consultant aux urgences est de 85 ans. Il s'agit de l'entrée dans le quatrième âge et potentiellement le début de la perte d'autonomie. Le risque de dépendance est particulièrement marqué à partir de 85 ans [14]. L'accompagnement des personnes âgées dépendantes est un enjeu sociétal majeur car elles demandent des besoins de santé et une densité de soins supérieure à la population générale.

Le sexe des patients :

Les femmes représentent les deux tiers des patients inclus dans l'étude. L'espérance de vie des femmes étant plus élevée, il est normal d'avoir plus de femmes recensées dans l'étude.

L'âge moyen de 85 ans, ainsi que la plus grande proportion de femmes correspond globalement au profil de population évaluée par l'équipe mobile de gériatrie dans l'étude de Roubaix en 2013 de même que dans une étude de Pontoise [15-16]. Ceci témoigne de la ressemblance des profils de patients âgés consultant aux urgences en France.

L'accompagnement :

Seulement 37.30% des patients âgés qui consultent aux urgences sont accompagnés physiquement par un membre de leur entourage proche.

La présence d'un accompagnant est souvent essentielle pour rechercher des éléments d'anamnèse concernant le motif consultation aux urgences ou les conditions de vie, pour les patients présentant une altération des fonctions cognitives.

Le repérage de l'isolement social des patients qui consultent aux urgences et ce dès l'entrée et le passage auprès de l'IAO est essentiel.

En l'absence d'accompagnant physique à l'entrée aux urgences, on peut tenter d'établir un contact téléphonique avec l'entourage afin de récolter ces informations mais également pour désigner une personne de confiance qui pourra accompagner le patient dans ses décisions s'il le souhaite.

Les personnes âgées dépendantes ont besoin d'une aide au domicile. Cette aide peut être

professionnelle ou informelle, l'une et l'autre pouvant se compléter. L'étude de Michel Duée et Cyril Rebillard sur la dépendance de la personne âgée, parue en 2006 s'est attachée à recenser l'aide familiale qui est une aide potentielle, représentée par les conjoints et enfants susceptibles d'aider la personne dépendante, sans préjuger s'ils apporteront ou non une aide effective. La présence d'un conjoint, et dans une moindre mesure celle d'enfant favorise le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. D'ici 2040, le nombre moyen d'aidants potentiels devrait baisser avec 2,3 aidant pour les hommes et 2,0 pour les femmes (contre respectivement 2,8 pour les hommes et 2,2 pour les femmes en 2000) [17].

Une des raisons pour laquelle il y a plus d'aidants familiaux pour un homme s'explique par le fait que l'espérance de vie sans incapacité plus élevée des femmes leur permet de s'occuper plus longtemps de leur conjoint [18].

Le mode de vie du patient :

Le mode de vie du patient est le reflet de son autonomie. Dans près de la moitié des cas (49,91%), les patients viennent de leur domicile. Ce résultat est similaire aux autres études déjà réalisées [19-20-21].

La présence ou non d'aides au domicile, et surtout leur nature sont des données très importantes à connaître et ceux dès l'arrivée aux urgences.

La connaissance de l'environnement du patient est primordiale pour pouvoir juger de la possibilité d'un retour au domicile et d'optimiser au plus juste les besoins des patients au domicile pendant leur prise en charge aux urgences et ce, grâce au concours de l'assistante sociale.

Dans notre étude, 33.27% des patients bénéficient déjà d'au moins une aide au domicile.

Ces aides peuvent être humaines ou techniques. Elles compensent la perte des facultés physiques ou psychiques des patients dépendants.

L'évaluation des activités instrumentales de la vie quotidienne, encore appelée IADL (Instrumental Activities of Daily Living) permet de savoir si un sujet a besoin d'aide dans plusieurs gestes de la vie quotidienne, important pour avoir une vie autonome dans la plupart

de ses aspects. Elle est surtout intéressante chez les sujets ayant une dépendance modérée et vivant à leur domicile. L'altération d'un ou plusieurs IADL indique une perte d'autonomie dans ces domaines et permet d'identifier les tâches pour lesquelles le sujet a besoin d'une aide, et donc par la suite, d'élaborer un plan d'aide (annexe 4) [22].

L'évaluation des activités de la vie quotidienne, encore appelée ADL (Activities of Daily Living) permet de savoir si un sujet a besoin d'aide dans les gestes de base de la vie quotidienne (alimentation, toilette, habillage, transferts, continence, utilisation des toilettes). L'altération d'une ou plusieurs ADL indique une perte d'autonomie importante. Chacun des 6 items doit être coté en 3 niveaux (annexe 5) : autonome, a besoin d'une aide partielle, ou dépendant [23].

L'étude des ADL est une évaluation plus grossière de la perte d'autonomie et est utile chez les patients ayant une dépendance sévère, comme ceux vivant en institution gériatrique.

Ces grilles d'autonomie sont remplies habituellement dans les services de gériatrie, mais certains médecins traitants et assistantes sociales l'utilisent déjà pour évaluer l'état de dépendance des patients.

Les comorbidités :

Les comorbidités et les facteurs de risque cardio-vasculaires sont utiles à rechercher chez tous les patients mais une attention toute particulière doit être portée concernant ces antécédents dans la population de personnes de plus de 75 ans pour évaluer le risque de décompensation aiguë. Dans notre étude par contre, ils ne sont pas témoins d'un motif d'admission pour une problématique médicale aiguë.

Ils font partie des facteurs de vulnérabilité et de fragilité des patients gériatriques c'est-à-dire qu'ils peuvent entraîner des décompensations successives d'organes et ainsi diminuer les réserves fonctionnelles.

C'est ainsi que le dépistage de la fragilité devrait faire partie intégrante de la prise en charge du sujet âgé aux urgences.

En médecine gériatrique, il est courant de constater que 2 patients de même âge, ayant des comorbidités comparables évoluent de façon différente lorsqu'ils sont confrontés à une pathologie aiguë. Ce constat difficile à quantifier traduit le plus souvent chez l'un des patients

la présence d'une fragilité.

La fragilité est latente, elle précède la perte d'autonomie. Il s'agit d'un marqueur prédictif de l'état de santé du sujet âgé [24-25].

Dans la population âgée ce concept de fragilité peut s'observer chez les sujets âgés dont le vieillissement est apparemment usuel. Un certain nombre d'entre eux, à la suite d'un stress, d'une situation médicale ou chirurgicale aiguë peut basculer dans l'état de vieillissement pathologique.

Un traitement symptomatique simple les ramènera au statut de vieillissement usuel. En revanche une prise en charge adaptée plus complète rapprochera ces sujets âgés de la population âgée ayant un vieillissement réussi, c'est-à-dire en relative bonne santé.

Il est donc important de dépister cet état de fragilité dans toute activité médicale avec des outils cliniques et/ou fonctionnels. Fried a proposé différents critères pour le repérage et l'évaluation des critères de fragilité du sujet âgé (annexe 6) [26] :

1. Les capacités fonctionnelles pour réaliser les actes de la vie quotidienne évaluées avec l'échelle ADL (annexe 5) et les activités instrumentales de la vie quotidienne avec l'échelle IADL (annexe 4) [22-23-27-28] ;
2. La réduction de la force musculaire peut être appréciée par l'instabilité ou les chutes à répétition [29] ;
3. L'altération des fonctions supérieures, les troubles thymiques, les désafférenciations sensorielles, provoquent une dégradation du lien et des relations sociales. Par exemple, les troubles cognitifs sont évalués par des échelles comme le Mini-Mental-Status (MMS) et les signes de dépression avec la Geriatric Depression Scale (GDS) respectivement en annexe 7 et 8 [30-31].
4. Le statut nutritionnel est essentiel à prendre en compte car en l'absence de réserves nutritionnelles lors d'un stress, le sujet âgé ne pourra faire face et adapter sa réponse à l'agression. Si des pathologies chroniques affectent le sujet âgé, celles-ci décompenseront plus rapidement et plus massivement. Le Mini Nutritional Assessment (MNA), une perte de poids récente, un état de maigreur ou un taux d'albumine bas mesurent l'état nutritionnel (annexe 9) [32-33].

Une étude récente a cependant démontré qu'il n'était pas judicieux d'utiliser les critères de Fried adaptés aux urgences pour la définition de la population fragile en raison d'une sensibilité et d'une spécificité trop variables selon les différents critères étudiés [34].

Plusieurs items concernant la détection de la fragilité ont été développés à Nancy, les plus importants sont l'interface avec la famille et les aidants au SAU, les recherches d'information quant aux motifs de transfert, le temps d'attente avant, pendant et après la prise en charge de la personne âgée, les soins de confort au SAU, l'interface avec les services spécifiques de la personne âgée, la spécificité du retour à domicile de nuit de la personne âgée, les critères d'intervention de l'assistante sociale au SAU [43].

Motif de consultation aux urgences :

Il est difficile de comparer les motifs de consultation qui sont toujours regroupés de manière différente selon les études [15].

Mais dans notre étude, les motifs d'admission sont particulièrement intéressants.

68.75% des patients consultant hors problématique médicale aiguë étaient adressés aux urgences pour un motif issue de la catégorie « pathologie générale »

Dans l'étude australienne « The DEED-Study » réalisée chez des patients de plus de 75 ans consultant aux urgences, le motif de consultation le plus fréquent avec 22,8% est la chute comme dans notre étude [35].

Les motifs peu clairs, ou n'orientant vers aucune pathologie d'organe peuvent souvent masquer, ou cacher, des problématiques sociales. Les problématiques sociales peuvent être perçues comme des urgences ressenties, à la fois par le patient et par son entourage et cette situation est parfois difficile à évaluer en ambulatoire.

Le repérage de ces problématiques dès le passage à l'IAO pourrait permettre de déclencher dans la foulée un début d'évaluation gériatrique.

Le temps passé aux urgences :

Le temps passé aux urgences, pour les deux tiers des patients (63.67%) est entre 2 et 8 heures. Il est exprimé de façon variable dans la littérature. Dans une étude réalisée aux urgences de Saint-Nazaire par les Docteurs Mazowiecki et Berranger en 2006, le temps moyen passé aux

urgences est de 260 minutes soit 4,3 heures [21].

Il est essentiellement conditionné par l'attente d'un bilan biologique, d'un avis spécialisé ou d'une place en service de médecine.

Effectivement, l'attente d'un lit d'aval peut expliquer le temps long aux urgences. L'étude de Downing réalisée aux urgences en 2004 retrouve effectivement l'hospitalisation comme facteur favorisant une durée de séjour aux urgences supérieure à 4 heures [36].

Ce temps, que le patient vienne ou non pour une problématique médicale aiguë, pourrait permettre d'initialiser une évaluation gériatrique ainsi qu'une évaluation sociale et neuropsychologique afin de permettre une bonne orientation du patient au sein de la filière gériatrique. Cela permettrait aussi de commencer à mettre en place des actions afin d'optimiser l'éventuel retour au domicile et également de programmer des bilans gériatriques en ambulatoire.

Le temps d'attente parfois long peut-être source de complications de décubitus, d'un début ou d'une aggravation d'une perte d'autonomie. Le lien entre le temps de passage aux urgences et fragilité a d'ailleurs été démontré dans une étude Italienne du Docteur Bari en 2012 [37].

Ces interventions entrent dans un contexte d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées et de promotion du bien vieillir au domicile.

Cette prise en charge globale ambulatoire spécialisée a aussi pour but de diminuer le taux de re-consultations aux urgences et s'inscrit dans les missions des filières de soins gériatriques.

Le patient âgé évolue, peut se dégrader et sa perte d'autonomie doit être réévaluée régulièrement à chaque décompensation aiguë ou hospitalisation. La perte d'autonomie des patients âgés peut parfois être très rapide, ce qui fait que les aides au domicile déjà en place peuvent ne plus être suffisantes après la survenue d'une nouvelle décompensation d'organe même minime ou d'une hospitalisation.

Certains auteurs, notamment le Docteur Minaire ainsi que des membres du Syndicat National de Gériatrie Clinique ont travaillé sur la perte d'autonomie en utilisant 2 échelles validées qui servent à élaborer un plan d'aide auquel peut prétendre le sujet âgé:

- La grille AGGIR évalue la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du

constat des activités effectuées ou non par la personne (annexe 10) [38]

- La Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) est une autre échelle d'évaluation de la perte d'autonomie (annexe 11) [39]

Ces grilles d'évaluation devraient être remplies par le médecin traitant au domicile et pourraient être reprises à chaque hospitalisation ou passage au Service d'accueil des urgences.

Le recours à l'assistante sociale dès le passage aux urgences pourrait être plus systématique afin de débiter, si nécessaire, des actions qui pourront être poursuivies en cas d'hospitalisation du patient, ou de réévaluer des aides au domicile avec une intervention très rapide. Le contact avec les familles dès l'admission aux urgences permet aussi de débiter la recherche de pièces administratives afin d'ouvrir des droits comme l'APA ou les demandes d'entrées en EHPAD.

Les équipes médicales doivent aussi être sensibilisées à la nécessité d'une prise en charge sociale du patient âgé dès son entrée aux urgences, car les hospitalisations pour problématiques sociales demeurent encore trop fréquentes.

Le devenir du patient :

La moitié des patients (49.39%) sont hospitalisés après leur passage aux urgences, qu'ils aient ou non une problématique médicale aiguë. Cette valeur est légèrement supérieure à celle de l'Auvergne où on dénombre 37% d'hospitalisations chez les patients de plus de 75 ans à partir des Urgences. [2]

35.10% des patients hors problématique médicale aiguë, donc probablement pour la prise en charge d'une problématique sociale sous-jacente, ont été hospitalisés. La durée des hospitalisations pour des problématiques non aiguës est de plus allongée (10 jours contre 7 jours pour des problématiques médicales aiguës)

Ceci met en avant, d'une part l'absence d'anticipation des demandes d'EHPAD en amont mais également une certaine embolisation de la filière d'aval avec la saturation des places disponibles dans les établissements d'hébergements de personnes âgées.

Le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge [40].

L'hospitalisation des personnes âgées fragiles n'améliore pas leur état psychique, leur confusion ni leur état cognitif car on les change de leur milieu habituel. On connaît aussi les complications somatiques de l'hospitalisation avec les complications de décubitus, les infections nosocomiales, etc. qui peuvent encore plus accroître la perte d'autonomie du patient.

La problématique du devenir est double. Il faudrait à terme réussir à réduire les hospitalisations en l'absence de problématique médicale aiguë en trouvant des alternatives à l'hospitalisation mais également diminuer le risque de re-consultations aux urgences pour les patients retournant au domicile.

IV. ACCUEIL DEDIE DE LA PERSONNE AGEE AUX URGENCES

a. Introduction

L'axe 3 du plan de Solidarité Grand âge présenté en 2006 souhaite adapter l'hôpital aux personnes âgées en développant la médecine gériatrique et en resserrant les liens entre domicile, maison de retraite et hôpital [11].

Très performant pour prendre en charge les maladies de patients plus jeunes, l'hôpital doit encore développer une prise en charge gériatrique spécifique :

- Pour une personne très âgée, fragile et souffrant souvent de plusieurs maladies, l'hospitalisation peut présenter un risque majeur de déstabilisation et de perte d'autonomie. Il ne suffit pas de soigner l'organe qui a nécessité l'hospitalisation. Il faut savoir évaluer tous les facteurs de risque d'entrée dans la dépendance, préserver la marche, la continence, l'orientation, la nutrition, entretenir toutes les capacités nécessaires à la vie quotidienne, pour que cette personne âgée puisse retourner à son domicile ;

- pour une personne âgée, une sortie de l'hôpital non préparée peut entraîner une rechute, une nouvelle hospitalisation ou un placement en maison de retraite non désiré, alors que la dépendance aurait pu être évitée ;
- aujourd'hui, le manque de lits d'hospitalisation pour personnes âgées peut se traduire par une longue attente aux urgences ou une orientation du patient vers un service de spécialité qui ne correspond pas toujours à son état.

L'objectif, à plus ou moins court terme, est de développer dans tous les hôpitaux la médecine gériatrique en réorganisant l'accueil des patients âgés à l'hôpital, grâce à une filière de soins qui permette une prise en charge globale de la personne âgée et qui tienne compte de sa fragilité ; la préservation de son autonomie et son retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cet objectif passe par l'organisation dans chaque territoire de santé d'une filière gériatrique comprenant toutes les unités nécessaires à la prise en charge des patients âgés [41].

- Une unité de court séjour gériatrique, capable d'accueillir directement les patients, sans passer par les urgences, en provenance du domicile, des maisons de retraite ou des services de soins au domicile ;
- Une unité de soins de suite et de réadaptation, dotée de tous les moyens indispensables à la rééducation du patient âgé en vue de son retour au domicile ;
- Une équipe mobile de gériatrie ;
- Un pôle d'évaluation gériatrique comprenant un hôpital de jour, des consultations et des consultations mémoire ;
- Un nombre de lit de soins de longue durée adapté aux besoins.

Les unités composant la filière gériatrique seront mises à la disposition de tous les services hospitaliers non gériatriques pour prendre en compte le vieillissement des patients accueillis dans ces services.

Ces filières gériatriques s'intègrent au sein d'un réseau de santé défini par la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de santé. Il est constitué de

professionnels de santé libéraux, d'établissements ou de centres de santé, d'institution et d'organisations à vocation sanitaire ou sociale et de représentants des usagers. Les principales missions des réseaux de soins sont de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge ; d'assurer l'éducation, la prévention, le diagnostic et les soins [11].

b. Historique

Dès 1995, l'équipe de gérontologie du CHU de Poitiers, avec les Docteurs Poupet et Ingrand, a travaillé sur les caractéristiques médico-sociales, les motifs d'admission et l'orientation initiale des personnes âgées adressées aux urgences. Ils ont démontré l'intérêt de la mise en place de structures adaptées dans les hôpitaux (consultations gérontologiques, hôpital de jour gériatrique, antenne gériatrique aux urgences, court séjour de médecine interne gérontologique) [45].

Certains gériatres hospitaliers ont tenté d'apporter des réponses à l'engorgement des SAU. Les premières expériences ont été parfois difficiles car réalisées à moyens constants. Cela a été le cas de l'équipe du Docteur Dubois du Centre Hospitalier Régional de d'Orléans qui créa, en 1992, l'une des toutes premières Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG) [12].

Au sein de l'EMG, doivent travailler en collaboration un médecin gériatre, une infirmière, une assistante sociale et une secrétaire [46].

Cette équipe pluridisciplinaire va s'attacher à faire une évaluation gérontologique pour quelques personnes âgées aux urgences, cette évaluation gériatrique et socio-environnementale permet de mieux définir les besoins spécifiques du sujet âgé.

Il a été démontré que les patients vus par l'Equipe mobile de Gériatrie étaient plus fragiles car plus souvent dépressifs, chuteurs, présentant des troubles de la marche et avec des aides à domicile plus fréquentes [47].

Les 2 principaux objectifs de l'EMG étaient de proposer un avis gériatrique aux médecins spécialistes qui en faisaient la demande et de réaliser une évaluation médico-psycho-sociale rapide pour réorienter le patient si nécessaire au sein de la filière. Cette expérience s'est conclue au bout de 7 ans par le constat d'un manque de moyens et d'une non-reconnaissance de la discipline par les confrères [46].

En janvier 2004, la prise en charge spécialisée des sujets âgés aux urgences a été concrétisée à Lyon, avec une collaboration entre les urgentistes, notamment le Docteur Arnoux, et gériatres [48].

A partir de 2006, a été entamée une réflexion pour élaborer un langage commun aux professionnels des urgences et à l'Equipe Mobile de Gériatrie. La conception d'un outil de repérage de la fragilité de la personne âgée aux urgences est le fruit de cette réflexion [48].

L'intervention rapide aux urgences a donc pour objectif de cerner le contexte socio-environnemental du sujet âgé, de proposer une évaluation gériatrique de première intention, de rapprocher les points de vue des urgentistes et des gériatres, d'introduire une culture gériatrique aux urgences et de faire découvrir un mode de prise en charge gériatrique paramédical.

c. Actualités - réalités

Les services d'urgence sont confrontés aux conséquences médicales et sociales de l'augmentation du nombre et personnes âgées.

On sait que 14 à 15% des consultants des services d'urgences ont plus de 75 ans [42].

L'expérience de l'accueil des urgences du CHU de Nancy montre une augmentation de la fréquentation des personnes âgées qui représentent 12,6% en 2002 contre 16% en 2008 : soit environ une augmentation de 21% [43].

A Limoges, le Docteur Tchalla a noté en 2015 que 25% des passages quotidiens aux urgences concernent ces patients de plus de 75 ans [44].

Il existe plusieurs facteurs limitant de la prise en charge optimale des patients âgés de plus de 75 ans aux urgences dans la situation actuelle [44].

L'absence d'anticipation des admissions aux urgences entraîne un flux variable d'activité selon les jours.

- On observe globalement 2 pics d'affluence des personnes âgées aux urgences : entre 9 heures et 10 heures et entre 14 heures et 16 heures [40] ;
- Le recours aux urgences constitue une porte d'entrée importante lors des périodes de garde médicale, la nuit, le week-end et les jours fériés [43] : au CHU de Limoges [44], 19% des admissions ont lieu le week-end, 6% en nuit profonde de minuit à 8 heures.

Ceci entraîne une inégalité de temps consacré à la prise en charge de ces patients. Le défi permanent consiste, dans la contrainte de temps habituelle des structures d'urgences, à effectuer une démarche médicale diagnostique et thérapeutique, en même temps qu'une analyse de la situation environnementale [1]. Défi car cette démarche est parfois compliquée lors d'une forte affluence de patients aux urgences.

Il existe un manque de formation des médecins urgentistes au dépistage et à la gestion des problématiques gériatriques. Du fait de l'absence de gériatre aux urgences et de ce manque de formation gériatrique des urgentistes, la prise en charge du patient âgé n'est pas globale, par exemple il n'y a souvent pas d'initiation d'évaluation gériatrique avant un retour à domicile ce qui est un facteur de risque de nouvelle consultation aux urgences en raison d'un manque de dépistage de potentiels syndromes gériatriques sous-jacents [44].

La prise en charge des malades de plus de 75 ans aux urgences nécessite donc un savoir-faire spécifique des médecins et du personnel soignant des structures des urgences, en s'aidant de l'apport de la gériatrie [1].

Commencer une prise en charge hospitalière par les urgences n'est souvent pas adapté au sujets âgés en terme de moyens spécifiques c'est-à-dire gériatriques [1]. Cependant, le passage par le service des urgences devient un mode d'entrée privilégié des personnes âgées dans la filière hospitalière [15].

Ainsi le service d'accueil des urgences se voit attribuer des missions nouvelles auquel il devra s'adapter [20].

L'augmentation de l'affluence des personnes âgées aux urgences, et ce en tant que premier recours médical, doit faire réfléchir à l'intégration de ces structures au sein de la filière de soins gériatriques, ceci en vue de permettre une amélioration de la prise en charge globale du sujet âgé aux urgences, de recentrer les médecins urgentistes sur la prise en charge de l'urgence vitale et d'initialiser une prescription médicale gériatrique dès l'entrée aux urgences, par des médecins sensibilisés aux problématiques gériatriques.

d. Objectif de l'accueil spécialisé des personnes de plus de 75 ans aux urgences

1. Dépistage de la fragilité aux urgences

Un des objectifs indiscutable d'une meilleure prise en charge des personnes âgées est la sensibilisation des urgentistes aux problématiques gériatriques.

Les sujets âgés de 75 ans et plus, admis aux urgences, doivent pouvoir bénéficier d'un dépistage de la fragilité dans l'objectif de leur proposer une prise en charge adaptée [1].

Mais il n'est pas possible aujourd'hui d'envisager que tous les sujets âgés puissent bénéficier de la filière gériatrique en raison du manque de moyens et de structures. La difficulté est donc d'élaborer un outil capable de repérer les multiples paramètres de la fragilité avec suffisamment de pertinence. Cet outil doit également présenter des facilités d'utilisation à l'usage des médecins urgentistes.

Plusieurs outils ont été élaborés pour tenter de répondre à ces multiples exigences parfois contradictoires ; ils ont été adaptés et étudiés aux urgences [1].

- Le score ISAR (annexe 12) a été développé par l'équipe canadienne de Jane McCusker à la fin des années 1990. A l'époque, il n'existait pas de score de fragilité utilisable aux urgences [49-50]. Il permet d'identifier les patients fragiles et plus précisément les patients susceptibles de présenter un évènement de santé défavorable dans les 6 mois à venir : la perte d'autonomie, l'institutionnalisation et le décès [48] Au cours de 2 analyses ultérieures, le score ISAR a montré qu'il était

capable de détecter le risque d'hospitalisation [51] et le risque de consultations ultérieures aux urgences [50].

Le score ISAR peut être effectué par le patient seul ou un accompagnant si les membres du personnel ne sont pas disponibles. Le score ISAR est le score le plus étudié et utilisé aux urgences. Il comporte peu d'items et sa réalisation rapide ne nécessite pas de formation particulière. Une méta-analyse va également dans ce sens [52].

En revanche, le score ISAR est souvent critiqué pour son manque de spécificité. Les études récentes retrouvent une spécificité du score ISAR entre 35 et 40% pour dépister divers événements de santé ainsi que les patients à risque de réadmission [49-53-54-55].

En décembre 2003, la Société Francophone de Médecine d'Urgence propose comme recommandation l'utilisation de trois outils pour effectuer le repérage de la fragilité [1] : le score ADL, une GDS à quatre items ou mini-GDS et le score Identification of Senior at Risk (ISAR) fondé sur 6 items, s'il y a deux réponses positives à l'ISAR, le patient doit être considéré comme à risque.

- Le Triage Risk Screening Tool (TRST) est un score de fragilité américain étudié chez des patients de 65 ans et plus consultant aux urgences ; une version française est en cours d'évaluation dans le cadre d'un projet pilote PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) (annexe 13) [56] ;
- Le Brief Risk Identification for Geriatric Health Tool (BRIGHT) a été développé par une équipe américaine en 2008 [56] Ce score est encore peu étudié et des études sont encore nécessaires afin de le comparer aux autres outils de dépistage de la fragilité aux urgences [52] (annexe 14)
- Le Sommaire Evaluation du Profil Gériatrique à l'Admission (SEGA) est un outil d'évaluation élaboré par une équipe belge et présenté en 2004 étudié chez les patients de 70 ans et plus (annexe 15) [58]. Le score est étroitement lié à plusieurs indicateurs de fragilité. Il est sensé contribuer à une meilleure prise en charge et orientation des sujets âgés. D'utilisation facile, la grille SEGA est un excellent outil de repérage de la fragilité et permet de solliciter une évaluation gériatrique

précoce ainsi qu'une anticipation sur les problématiques sociales. De plus, il a un rôle pédagogique pour les équipes soignantes.

Il ne s'agit pas d'une évaluation gériatrique standardisée ni d'un outil pronostic. Son intérêt est d'identifier les syndromes gériatriques et d'organiser une prise en charge précoce et adaptée.

Quelques études ont été réalisées montrant quelques limites de son utilisation aux urgences. L'une semble conclure qu'il n'existe pas de différence significative pour la demande d'avis gériatrique entre l'avis de l'urgentiste et la grille SEGA [59] c'est-à-dire qu'une sensibilisation des urgentistes aux problématiques gériatriques serait suffisante pour permettre un dépistage de la fragilité chez la personne âgée. Une autre étude nous montre que cette grille est trop peu sensible et trop longue et ne semble pas présenter d'intérêt aux urgences [60].

2. Orientation de la personne âgée au sein de la filière gériatrique

L'équipe gériatrique a pour objectif d'orienter dans les plus brefs délais la personne âgée retournant à domicile, afin de diminuer sa durée de prise en charge aux urgences, en coordination avec l'urgentiste selon les possibilités dans la filière gériatrique, vers [1] :

- Une consultation ambulatoire ou pôle d'évaluation gériatrique ;
- Un hôpital de jour ;
- Un court séjour gériatrique programmé ;
- Une consultation géronto-psychiatrique.

La SFMU propose également, dans la conférence de consensus de 2003 sur la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus aux urgences, un organigramme sur la stratégie diagnostique et d'orientation à adopter quel que soit le motif de recours au service d'Accueil des Urgences [1].

3. Organisation optimale de la sortie à domicile

Le rapprochement entre les urgences et les services de gériatrie est indispensable. La SFMU a proposé des outils complémentaires à la décision notamment pour le retour à domicile [1].

Une des missions des filières gériatriques est aussi de faciliter le retour à domicile en proposant des alternatives à l'hospitalisation [1].

Le Retour au domicile doit tenir compte d'un certain nombre de données avant de décider de la non hospitalisation du patient [1]. Ce sont :

- Le diagnostic médical et sa gravité : la décision de non hospitalisation est une décision médicale. Elle ne peut se concevoir que pour les sujets âgés dont le pronostic vital n'est pas engagé et présentant un état clinique stable ;
- Les co-morbidités et leur gravité (pathologies chroniques actives, déficit sensoriel, dépendance physique, troubles cognitifs) : la préservation des fonctions supérieures et de l'autonomie permettra plus facilement d'envisager un retour au domicile ;
- Le niveau de soins requis ;
- La capacité ou non d'assurer les soins requis au domicile ;
- La situation sociale et la capacité d'assurer les aides nécessaires dans la structure d'origine ;
- L'avis du malade et de son entourage.

Il est nécessaire de faire un bilan d'autonomie fonctionnelle de la personne âgée à la sortie avec un plan d'aide pour organiser le retour au domicile de façon adéquate avec les aides adaptées à son degré de dépendance :

- Motricité : réalisation des transferts, déplacements,...
- Alimentation et préparation des repas par le sujet âgé lui-même ou par un membre de son entourage
- Réalisation des soins d'hygiène
- Prise des médicaments

La décision est donc pluridisciplinaire.

Dans les cas limites de retour à domicile, en raison d'une comorbidité moyenne et d'un environnement défaillant, l'intervention de l'assistante sociale des urgences est primordiale pour organiser les aides nécessaires : matériel, portage de repas, téléalarme, association d'aide à domicile (aide-ménagère, assistante de vie,...), paramédical libéral (infirmière, kinésithérapeute, orthophoniste...), SSIAD (Service de Soins Infirmiers à domicile) avec

aides-soignantes et infirmières coordinatrices. Ces différentes aides nécessitent un délai pour la mise en place qui varie de 24 heures à 10 jours.

Pour l'instant, à Montluçon, l'assistante sociale n'intervient pas les week-end ce qui entraîne forcément un retard de prise en charge sociale, et donc probablement une hospitalisation non justifiée, pour les personnes âgées ayant une problématique sociale et admises le week-end.

Au niveau de chaque structure hospitalière, les modèles d'organisation sont variables. Les relations avec la médecine libérale, l'existence de réseaux de soins, la présence de filières hospitalières gériatriques vont donc influencer la décision médicale dans le sens d'un retour au domicile ou non.

A la sortie du patient, la coordination avec le médecin traitant est indispensable pour l'informer du projet de soins à venir et de sa réalisation ; ainsi que les soignants, l'assistante sociale de secteur et l'équipe du CLIC qui doivent intervenir à domicile [12].

Cette collaboration avec une équipe gériatrique médico-sociale constitue le pivot d'un véritable réseau gérontologique Ville-Hôpital.

4. Diminuer les ré-admissions aux urgences

Ces réadmissions précoces correspondent souvent à un retour à domicile dont la qualité a été mal appréciée en terme d'environnement médico-social mais également en terme de pathologies et de comorbidités pour lesquelles le patient était admis initialement.

Une prise en charge adaptée évite les ré-hospitalisations aux urgences sans motif de décompensation aiguë.

Aux urgences du CHU de Nancy, une étude de 2012 a montré que 2/3 des personnes âgées incluses ne reviendront pas dans l'année. Pour les 32,6% autres : 21,2% reviendront une fois dans l'année, 6,1% reviendront 2 fois et 3,6% reviendront plus de 2 fois [20].

Aux urgences du CHU de Limoges, 8% des personnes âgées étaient réadmis dans les 15 jours après leur consultation avant la mise en place de la filière gériatrique. Au bout de 9 mois d'activité, ce taux est passé à 2,5% à J30 [44].

Souvent, les mêmes motifs d'admission que lors du premier passage sont retrouvés, mais on retrouve également les décompensations de la plupart des critères de fragilité pour la quasi-totalité des patients [20].

Plusieurs facteurs de risque de réadmission précoce ont été isolés [1] :

- Antécédents d'une ou plusieurs hospitalisations dans les 6 mois précédents la venue aux urgences ;
- Présence d'une situation de crise sociale ;
- Survenue d'au moins 2 chutes dans l'année qui précède la venue aux urgences ;
- Présence de troubles du comportement ;
- Notion d'une hospitalisation pour troubles de la mémoire ;
- Présence d'une démence avérée ;
- Présence de pathologies multiples décompensées ;
- Dépendance à un tiers ;
- Perte d'autonomie récente ;
- Dénutrition avérée ;
- Iatrogénie médicamenteuse ;
- Grand âge ;
- Présence d'un syndrome dépressif ;
- Troubles sensoriels.

Ces différents facteurs de risque entrent dans le concept de fragilité qui aura été dépisté aux urgences.

Pour prévenir une réadmission précoce aux urgences, il est nécessaire de réaliser un interrogatoire et une évaluation globale de la personne âgée dès son arrivée aux urgences d'établir une collaboration étroite avec le médecin traitant pour l'informer du diagnostic et de la thérapeutique et s'assurer du suivi des soins mais également informer l'entourage de la prise en charge médicale et du suivi [61].

e. Réalité de terrain

Nous avons donc démontré au cours de cette étude qu'il était indispensable au vu de l'évolution de la démographie médicale, de créer un accueil dédié des personnes de 75 ans et plus aux urgences. Cependant, quelles sont les perspectives pour optimiser cet accueil au sein d'une structure telle que le Centre Hospitalier de Montluçon.

Déjà, en 1995, l'étude des Docteurs Labet et Bouget du CHU de Poitiers, sur la prise en charge des urgences gériatriques à l'hôpital, a démontré la nécessité de disposer de moyens spécifiques de prise en charge des urgences gériatriques médicales à partir du service d'accueil des urgences, adaptés à chaque centre hospitalier général (consultation hospitalière de médecine interne et gériatrique, unité d'hospitalisation de courte durée, premier bilan d'autonomie réalisé au service d'urgences, département gériatrique spécifique) [62].

La création en 1992 de l'EMG du CHR d'Orléans s'est conclue au bout de 7 ans par le constat d'un manque de moyens et d'une non-reconnaissance de la discipline par les confrères. A l'inverse, les Centres Hospitaliers Universitaires de Grenoble et de Strasbourg créent respectivement en 1997 et 1998 des EMG avec des moyens spécifiques qui leur assurent fonctionnalité et réactivité [12].

Il est donc indispensable de proposer un accueil dédié à la personne âgée adaptée aux moyens dont dispose l'hôpital au sein duquel il se trouve.

En ce qui concerne les urgences de Montluçon, les points importants vont être la sensibilisation des professionnels de santé aux problématiques gériatriques et au dépistage de la fragilité et le développement du rôle de l'assistante sociale ainsi que le développement du travail avec les gériatres en essayant d'avoir un médecin dédié à l'équipe mobile gériatrique.

Il est important de garder à l'esprit que, tous les patients de 75 ans et plus se présentant aux urgences de Montluçon ne peuvent pas tous bénéficier d'une initiation d'évaluation gériatrique comme le préconiserait la conférence de consensus. Une étude réalisée à Marseille en 2006 a montré la difficulté d'application de ces recommandations [63].

L'objectif va donc être d'optimiser le repérage des critères de fragilité et de vulnérabilité par la sensibilisation de tout le personnel médical et paramédical à la gériatrie, comme nous l'avons vu antérieurement.

Tous les acteurs des urgences (aides-soignantes, infirmières de soins, médecins urgentistes, gériatres, infirmières gériatriques, assistante sociale) doivent participer au recueil des données médicales, psychologiques, environnementales et sociales [43].

Elles regroupent les données fonctionnelles, cognitives, sociales, sensorielles, psychologiques et peuvent être recueillies dès l'admission par l'infirmière d'Orientation et d'Accueil. Il suffirait par exemple de remplir une fiche spécifique dédiée aux personnes de plus de 75 ans.

Dans la lettre du médecin traitant, présente dans environ 40% des cas [20] et dans les documents des acteurs pré-hospitaliers (carnet de liaison des EHPAD, carnet de liaison de l'infirmière à domicile, carnet de suivi du diabète ou du traitement par anticoagulant,...), seront recherchés par l'équipe soignante les détails sur la perte d'autonomie, le mode de vie, la présence d'un entourage, l'état physique global du patient (hygiène, nutrition), la présence de signes de dénutrition, l'état cutané... Dans l'étude de Gauthier en 2012, les informations concernant la description des signes fonctionnels et l'évaluation du contexte ne figuraient sur le courrier que dans 20% des cas [20].

Une fois la fragilité et la vulnérabilité détectée par les soignants, l'intervention de l'assistante sociale s'imposera dans la continuité.

L'assistant de service social, nous le rappelons encore, est un partenaire privilégié de l'équipe médicale, il est souvent sollicité lorsque le projet de vie du patient devient problématique. Son rôle est de parfaire l'enquête sociale du patient en entrant en relation avec tous les professionnels entourant la personne âgée mais aussi les proches et la famille. Il détermine le degré d'urgence d'intervention nécessaire pour toute question sociale [43]. Le service d'accueil des urgences de Montluçon dispose déjà d'un poste d'assistante sociale qui peut donc intervenir dans l'urgence.

Le service d'Accueil des Urgences de Montluçon s'inscrit dans cette réflexion globale de prise de conscience de la nécessité de gestion cohérente à la fois de ce flux de population, mais aussi de diverses offres de prévention et de soins afin de permettre une prise en charge optimale des personnes âgées 75 ans et plus.

Le projet serait à plus ou moins long terme de mettre en place un accueil dédié de la personne âgée au sein des urgences de Montluçon. Pour se faire, les patients de plus de 75 ans seraient tout d'abord pris en charge par les infirmières de soins et les médecins urgentistes qui évalueraient la présence ou non d'une problématique médicale aiguë ainsi que la présence de facteurs de fragilité et de vulnérabilité.

En l'absence de problématique médicale aiguë, ces personnes âgées seraient adressées vers l'équipe gériatrique des urgences, composée d'un binôme comprenant une infirmière formée à la gériatrie et un médecin gériatre, qui ferait une évaluation gériatrique standardisée afin de proposer une prise en charge adaptée.

Il pourra s'en suivre :

- un retour au domicile avec l'aide de l'assistante sociale du service qui se chargera de la mise en place des aides au domicile si nécessaire, après évaluation de la situation sociale du patient ;
- une hospitalisation programmée pour réaliser un bilan gérontologique approfondi ;
- une hospitalisation en service de médecine gériatrique, si l'état de santé du patient ne permet pas son retour au domicile.

CONCLUSION

A l'horizon du vieillissement de la population et de la désertification médicale des zones rurales, les urgences des centres hospitaliers périphériques s'appêtent à accueillir de plus en plus de personnes âgées de 75 ans et plus.

Les personnes âgées nécessitent de par leur potentielle fragilité une prise en charge adaptée et ce dès leur entrée aux urgences. La nécessité de reconnaître, de comprendre, de partager les ressorts d'une prise en charge adaptée pour les personnes âgées de 75 ans et plus est primordiale.

Il existe donc un intérêt à créer un accueil dédié aux personnes âgées de plus de 75 ans au sein des urgences du Centre Hospitalier de Montluçon en l'adaptant aux moyens dont dispose un Hôpital Périphérique.

Les 2 grands axes d'action sont la sensibilisation et la formation des personnels de santé au dépistage de la fragilité et des syndromes gériatriques mais également la coordination avec le gériatre, les acteurs paramédicaux et sociaux, sans oublier le rôle pivot du médecin traitant, témoin de la prise en charge pluridisciplinaire nécessaire à la personne âgée.

La prise en charge précoce de la personne âgée et ce dès les urgences permettra une meilleure orientation de celle-ci au sein de la filière de soins gériatrique et représente bien évidemment un bénéfice pour le patient.

Pierre CLAVELOU
Doyen-Directeur



(FJEM)
3-10-2017

BIBLIOGRAPHIE

1. Conférence de consensus : prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. *J eur urgences*. 2004Sep ;17 (3, Part 2) : 183-201
2. Redjaline A. Panorama des Urgences 2015. Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences – Nov 2016.
3. INSEE, estimations de population pour 2007 et projection de population 2007-2060 pour 2060 - 2007
4. Blanpain N, Chardon O. Projections de la population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgée de plus de 60 ans. *Insee première*. 2010 ;1320 :1-4
5. Robert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 : la population continue de croître et le vieillissement se poursuit. *Insee première*. 2006 ; 1089 : 1-4
6. Toulemon L. Projections démographiques pour la France et ses régions : vieillissement de la population et stabilisation de la population active. *Economie et statistique*. 2007 ; 408 (1) : 81-94
7. Oger P, Bouvet S, Hélyary L. L'Allier un département déjà très âgé. *Insee Analyses Rhône-Alpes Auvergne*, n°32, janvier 2017
8. Habitat et vieillissement de la population dans l'Allier, état des lieux et perspectives – *Observatoire de l'Habitat et du département de l'Allier* – ADIL 03 – septembre 2012
9. INSEE, recensement de la population – 2013
10. Tableaux de l'économie française : Personnes âgées dépendantes – *INSEE référence* – 19/02/2014
11. Bas P. Plan de Solidarité – Grand Age – 27 juin 2006
12. Dubois M, Lorthiois J, Mansour S. Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ? *Gérontologie et société*. 2008 Sep 1 ;126(3) : 91-103
13. G. Le Breton-Lerouillois. Les variations des effectifs des médecins en activité régulière à l'échelle départementale – Atlas de la démographie médicale - Conseil National de l'Ordre des Médecins – 2016
14. Stéphanie A, Bouvet S, Faugère A. Les personnes âgées potentiellement dépendantes de plus en plus nombreuses en Auvergne d'ici 2022. *Insee Analyses*. Novembre 2015

15. Deglaire L. Etude prospective aux urgences de Roubaix : Dépistage des personnes âgées fragiles et évaluation par l'équipe mobile de gériatrie [thèse d'exercice]. [France] : Université du droit et de la Santé de Lille 2 ; 2013
16. Guissous N, Burnod A, Jugan C, Degravi C, Deschamps P, Duval G. 316 La personne âgée aux urgences : intérêt et limites de l'évaluation gériatrique. *J eur urgences*. 2004 Mar ;17, Supplement 1 : 19
17. Duée M, Rebillard C. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 – santé et protection sociale – *données sociales – la société française*. édition 2006
18. Cambois E, Clavel A, Robine JM. L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter. Dossier solidarité et santé n°2 – DREES 2006
19. Fanello S, Moutel L, Houssin L, Durand-Stocco C, Roy PM. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des admissions et urgence d'un grand hôpital. *Santé publique*. 1999 ; 11(4) :465-82
20. Sough B, Gauthier T, Clair D, Gall AL, Menecier P, Mangola B. Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgences. *Getriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012 Jun 1 ; 10(2) : 151-8
21. Mazowiecki S, Berranger C. Intérêt du score ISAR dans l'évaluation et l'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans au SAU. (Thèse d'exercice).(France) : Université de Nantes. UFR de médecine ; 2006.
22. Lawton M, Brody EM, Assessment of older people : self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969 ; 9 : 179-86
23. Katz S, Down TD, Cash HR. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970 ; 10 : 20-30
24. Balas D, Blanchard F, Charmes JP, Couturier P, Lesourd B, Moulias R, Piette F. La fragilité in : *Le collège des enseignants de gériatrie* Tome 2. Paris, Pfeizer 2002 : 9-26
25. Arveux I, Faivre G, Lenfant L, Manckoundia P, Mourey F, Camus A, Mischis-Troussard C, Pfitzenmeyer P. *Rev Geriatrie* 2002 ; 27 : 569 – 81
26. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in other adults : evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Mar ; 56 (3) : M146-156
27. Sager MA, Rudbery MA, Jalaluddin M, Frankke T, Inouye SK, Landefeld S et al. Hospital admission risk (HARP) : identifying older patients at risk functional decline following acute medical illness and hospitalization. *J Am Geriatr Soc* 1996 ; 44 : 251-

28. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies illness in the aged : the index of ADL : a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963 ; 185 : 914-9
29. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TD, Doncette TJ. Shared risk factors for falls, incontinence and functional dependence. *JAMA* 1995 ; 273 : 1348-53
30. Folstein MF, Folstein Se, Mc Hugh PR. Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicals. *J Psychiat Res* 1975 ; 12 : 189-98
31. Yesavage JA, Brink TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale. A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 1983 ; 17 : 37-49
32. Guigoz Y, Vellas B. Mini Nutritional Assessment : a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology* 1994 ; S2 : 15-59
33. Wallace JI, Schwartz RS, La Croix AZ, Uhlmann RF, Pearlman RA. Involuntary weight loss in older outpatients : incidence and clinical signifiante. *J Am Geriatric Soc* 1995 ; 43 : 329-37
34. Stiffler KA, Finley A, Midha S, Wilber ST. Frailty Assessment in the Emergency Department. *J Emerg Med.* 2013 Feb 16 ; 45 (2) : 291-8
35. 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 1 ; 27(6) : 697-702
36. Downing A, Wilson RC, Cooke MW. Which patients spend more than 4 hours in the Accident and Emergency Department ? *J Public Health.* 2004 Jun 1 ; 26 (2) : 172-6
37. Bari MD, Salvi F, Roberts AT, Balzi D, Lorenzetti B, Morichi V et al. Prognostic Stratification of Elderly Patient in the Emergency Department : A Comparison Between the “Identification of Seniors at risk” and the “Silver Code”. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2012 May 1 ; 67A(5) : 544-50
38. Syndicat national de Gérontologie Clinique. Guide pratique pour la codification des variables. Principaux profils des Groupes Iso-ressources. *Revue de Gériatrie* 1994 ; 19 : 249-59
39. Minaire P. La mesure de l'indépendance fonctionnelle : historique, présentation, perspectives. *J Readapt Med* 1991 ; 11 ; 168-174

40. Carrasco V, Baudeau D. Les usagers des urgences : Premiers résultats d'une enquête nationale. *Etude et résultats*, 2003 ; 212 : 1-8
41. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique
42. Laplanche D, Devillard A, Monneret T, Malbranque A, Berthier G. Gériatrie et Urgences : peut-on optimiser la filière ? *Urgence Pratique* 2005 ; 75 : 33-6
43. Malerba G. Les passages itératifs des personnes âgées aux urgences. *J eur urgences*. 2009 : 1011- 1018
44. Tchalla A. Médecine d'urgence de la Personne Agée : bilan des 9 mois d'activité. *Journée départementale de la Gérontologie – 07/10/2015*
45. Poupet JY, Ingrand P, Pradere C, Thomas P, Bonneau-Lussier MD, Merlet I. Les personnes âgées adressées aux urgences : caractéristiques médico-sociales, motifs d'admission et orientation initiale. *La revue de gériatrie*. 1995, vol 20, n°7 465-470
46. Garnier A-M, Paulhiac M, Viteau A-L, Goude G, Mauricette A, Cottin-Bouchon D. Rôle de l'infirmière d'une équipe mobile de gériatrie en unité d'hospitalisation de courte durée. *NPG, Neurol psychiatr geriatri*. 2008 Oct ; 9 (53-54) : 286-92
47. Ancel A. Evaluation gérontologique par l'équipe mobile de liaison gériatrique au service des Urgences du CHU de Nancy : intérêts, critères de sélection, impact sur le suivi [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Caen. UFR de médecine ; 2011.
48. Arnoux T. Le dépistage de la fragilité de la personne âgée aux urgences. *J eur urgences*. 2009
49. 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
50. McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile E. Return to the emergency department among elders : patterns and predictors. *Acad Emerg Med*. 2000 Mar ; 7(3) : 249-59
51. 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
52. Beaton K, Grimmer. Tools that assess functional decline : systematic literature review update. *Clin Inter Aging*. 2013 Apr ; 485.
53. Graf CE, Giannelli SV, Herrmann FR, Sarasin FP, Michel J-P, Zekry D, et al. Identification of older patients at risk of unplanned readmission after discharge from

- the emergency department – comparison of two screening tools. *Swiss Med Wkly.* 2012 ; 141 : w13327.
54. Hoogerduijn JG, Schuurlans MJ, Korevaar JC, Buurman BM, De Rooij SE. Identification of older hospitalized patients at risk for functional decline, a study to compare the predictive values of three screening instruments. *J Clin Nurs.* 2010; 19 (9-10) : 1219-25
 55. Braes T, Flamaing J, Sterckx W, Lipkens P, Sabbe M, Rooij SE de, et al. Predicting the risk of functional decline in older patients admitted to the hospital : a comparison of three screening instruments. *Age aging.* 2009 Sep 1 ; 38 (5) : 600-3
 56. Meldon SW, Mion LC, Palmer RM, Drew BL, Connor JT, Lewicki LJ, et al. A Brief Risk-stratification Tool to Predict Repeat Emergency Department Visits and Hospitalization in Older Patients Discharged from the Emergency Department. *Acad Emerg Med.* 2003 ; 10 (3) : 224-32
 57. Boyd M, Koziol-McLain J, Yates K, Kerse N, McLean C, Pilcher C, et al. Emergency Department Case-Finding for High-Risk Older Adults : The Brief Risk Identification for Geriatric Health Tool (BRIGHT). *Acad Emerg Med.* 2008 ; 15 (7) : 598-606
 58. Schoevaerds D, Bietlot S, Malhomme B, Rezette C, Gillet J-B, Vanee D, et al. Identification précoce du profil gériatrique en sale d'urgences : présentation de la grille SEGA. *Revue Geriatr.* 2004 ; 29 (3) : 169-78
 59. Gelez M, Le Berre S. Le score SEGA appliqué aux urgences de Saint Nazaire. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nantes. UFR de médecine 2008.
 60. Billebaut A, Rougier C, Maurin C, Schmidt J. Intérêt de la grille SEGA aux urgences dans la décision d'hospitalisation des personnes âgées. *J eur urgences.* 2008 Mar ; 21 :A122
 61. Girardot F, Grosshans C, Peter B, Bourderont D. L'admission des personnes âgées aux urgences médicales d'un hôpital général. *Revue Geriatr.* 1996 ; 21(2) : 97-106
 62. Labet T, Bouget J. Les urgences gériatriques médicales en hôpital général : pour une meilleure prise en charge. *La revue de gériatrie.* vol. 20, n° 7, 1995, pages 471-480.
 63. Closon R. Tentative d'application des recommandations de la 10^{ème} conférence de consensus sur la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences de l'hôpital de la Conception à Marseille [Thèse d'exercice]. [France] : Université d'Aix-Marseille II. UFR de médecine ; 2007.

ANNEXE 1 : FICHE DE RECUEIL MUPA

Etiquette patient

FICHE MUPA : Patients > 75 ans

Motif IAO :

Médecin traitant :

Personne accompagnante :

1. Médical

Dyslipidémie HTA Diabète : ADO insulinothérapie

ATCD d'AVC ATCD d'IDM Démence/troubles cognitifs

Autre antécédent médical :

2. Mode de vie

Autonome Aides au domicile EHPAD

Si aides, quelles sont-elles ?

3. Mise en évidence d'une problématique médicale aiguë

OUI NON

4. Demande de bilan biologique

OUI NON

5. Demande d'avis spécialisé

OUI NON ; Si oui lequel :

6. Temps passé aux urgences

Moins de 2 heures Entre 2 et 8 heures Plus de 8 heures

7. Devenir

RAD Hospitalisation UHCD Hospitalisation MCO

8. Si hospitalisation, durée d'hospitalisation :

ANNEXE 2 : FICHE IOA Service des Urgences de Montluçon

Résumé Caisse rapide Identité ATCD / Séjours Examen infirmier Examen médical Actes Sortie Surveillance Notes Habitus PJ Vestibaire RDV

Examen initial Transmissions Cibllées

Informations IOA

- * Mode d'entrée : Domicile
- * Provenance : PEC initiale
- * Acheminement : Ambulance publique ou privée
- Nom transporteur : Centre Ambulance
- * Mode pec durant le transport : Sans prise en charge
- Etablissement adresseur :
- Alitement :
- Grossesse :
- Circonstance : Accident domestique
- Motif de recours : Chute/maladresse
- Motif de recours spécifique : Traumatisme rachidien ou médullaire
- Niveau d'urgence : 3. Urgent
- Salle : UHCD - Ch 20 - tel: 2570
- Intervention d'une assistante sociale : 0
- Patient ayant un dossier médical dans l'ES : 0

Paramètres vitaux

Horodatage : 18/10/2017 09:44

Poids : 68 kg

Taille : 182 cm

Pouls : bts / min (entre 0 et 250)

PA systolique : mm Hg

PA diastolique : mm Hg

Température : °C (entre 0 et 50)

Saturation O2 : % (entre 0 et 100)

Fréquence respiratoire : mvts/min (entre 0 et 50)

Score de Glasgow : (entre 3 et 15)

Dixtro : g/L

Douleur EVA : 0 à 10 (entre 0 et 10)

Douleur EVS : 0 à 10 (entre 0 et 10)

Protocole Douleur : 0 ou 1

Débit O2 : L/min

Peak flow : L/min

CO : ppm

CO2 expiré : mm Hg

Hémocue : g/l

Diurèse totale : ml

Sueurs : 0 à 3 (entre 0 et 3)

Agitation : 0 à 3 (entre 0 et 3)

Valider

Traitements en cours ou récents

- Anti-coagulant
- Anti-diabétique
- Anti-épileptique
- Anti-viral
- Immuno-suppresseur
- Morphine et apparentés
- Chimiothérapie
- Radiothérapie

ANNEXE 3 : Description des motifs de consultation par catégorie de pathologies

	Descriptif des motifs de consultation (effectif)
Anomalie biologique	Anomalie biologique (16) ; Trouble hydro-electrolytique (1)
Appareil locomoteur	Accident de la voie publique (4) ; Douleur bassin (1) ; Douleur cervicale (2) ; Douleur dorso-lombaire (7) ; Douleur membre inférieur (14) ; Douleur membre supérieur (3) ; Douleurs diffuses (1) ; Faiblesse membre supérieur (1) ; Fracture de rotule (1) ; Impotence fonctionnelle (1) ; Luxation prothèse de hanche (1) ; Problème d'immobilisation (1) ; Suspicion luxation PTH (1) ; Traumatisme membre inférieur (7) ; Traumatisme membre supérieur (6) ; Traumatisme thoracique (1) ; Tumeur aine droite (1)
Pathologie cardio-respiratoire	Arythmie cardiaque (1) ; Bradycardie (2) ; Bronchite (1) ; Décompensation cardiaque (4) ; Désaturation (3) ; Déséquilibre tensionnel (1) ; Douleur thoracique (25) ; Encombrement bronchique (1) ; Fausse-route (4) ; Hypertension artérielle (8) ; Hypotension (2) ; Insuffisance respiratoire aiguë (32) ; Ischémie aiguë de membre (1) ; Œdème aigu pulmonaire (1) ; Œdème des membres inférieurs (1) ; Suspicion de phlébite (2) ; Tachycardie (3) ; Toux (5) ;
Pathologie endocrinologique	Décompensation diabète (1) ; Déséquilibre diabétique (1) ; Erreur insuline (2) ; Hyperglycémie (1) ; Hypoglycémie (3) ; Mal perforant plantaire (2) ;
Pathologie générale	Chute (119) ; Asthénie/Altération de l'état général (64) ; Angoisse (2) ; Anxiété (1) ; Baisse de l'audition (1) ; Dépression (1) ; Epistaxis (10) ; Extravasation de produit de contraste (2) ; Hématome (2) ; Ingestion de caustique (1) ; Inhalation de fumée (1) ; Intoxication CO (3) ; Maintien à domicile difficile (22) ; Malaise (28) ; Morsure de chien (1) ; Plaie (4) ; Problème dermatologique (6) ; Problème ophtalmologique (4) ; Problème ORL (1) ; Réaction allergique (2) ; Refus SSR (1) ; Renouvellement d'ordonnance (1) ; Saignement gencive (2) ; Vertiges (4)
Pathologie infectieuse	Abcès nuque (1) ; Hyperthermie (12)
Pathologie neurologique	Agitation (1) ; Altération de la conscience (3) ; Céphalées (2) ; Coma (1) ; Confusion (1) ; Crise convulsive (3) ; Délire (1) ; Désorientation (3) ; Hallucinations (2) ; Somnolence (1) ; Suspicion AIT (1) ; Suspicion AVC (12) ; Suspicion IMV (1) ; Troubles de l'élocution (2) ; Troubles du comportement (4)
Pathologie uro-digestive	Nausées (1) ; Constipation (7) ; Diarrhées-vomissements (16) ; Douleur abdominale (16) ; Dysphagie (1) ; Epigastralgie (1) ; Hématurie-rectorragie (3) ; Ictère (1) ; Infection urinaire (2) ; Pyrosis (1) ; Syndrome occlusif (1) ;

ANNEXE 4 : ECHELLE IADL (*Test de Lawton (www.ucog.fr)*)

Echelle AIVQ (version originale selon Lawton & Brody)

	1 2 3 4	Aptitude à utiliser le téléphone: se sert du téléphone de sa propre initiative (cherche les numéros, les choisit, etc.) ne choisit que certains numéros décroche le téléphone, mais n'appelle pas lui-même ne peut utiliser le téléphone
	1 2 3 4	Faire les courses: fait toutes les courses lui-même fait les courses lui-même pour les petits achats a besoin d'accompagnement pour toutes les courses totalement incapable de faire les courses
	1 2 3 4	Préparation des aliments: planifie, prépare et sert des repas équilibrés de manière indépendante prépare des repas équilibrés s'il dispose des ingrédients réchauffe des repas préparés et les sert ou prépare des repas mais n'assure pas une alimentation suffisamment équilibrée les repas doivent lui être préparés et servis
	1 2 3 4 5	Ménage: s'occupe seul du ménage ou le fait avec une aide occasionnelle (par exemple, pour les travaux ménagers lourds) exécute des tâches quotidiennes légères (fait la vaisselle, refait les lits...) exécute des tâches journalières, mais superficiellement. a besoin d'aide pour toutes les tâches ménagères ne participe absolument pas aux tâches ménagères
	1 2 3	Lessive: fait la lessive lui-même lave le petit linge, les chaussettes, les bas, etc. la lessive doit être réalisée par une tierce personne
	1 2 3 4 5	Transport: voyage seul en utilisant les transports en commun ou utilise sa propre voiture organise lui-même ses déplacements avec un taxi, mais n'utilise pas les transports en commun utilise les transports en commun, s'il est aidé ou accompagné les déplacements reposent sur le recours au taxi ou à la voiture, mais seulement avec l'aide de quelqu'un ne se déplace absolument pas
	1 2 3	Gestion thérapeutique: assure la préparation et la prise des médicaments à la dose correcte et aux heures appropriées gère la prise des médicaments si ceux-ci ont été préalablement préparés est incapable de préparer et prendre seuls ses médicaments
	1 2 3	Capacité de gérer ses finances: règle lui-même de manière autonome ses affaires financières (budget, établissement de chèques, paiement du loyer et des factures, aller à la banque), contrôle ses revenus assure les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations bancaires, les achats importants, etc. incapable de gérer les affaires financières

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

ANNEXE 5 : ECHELLE ADL (*indice de Katz (www.sgca.fr / société g erontologique d'Auvergne)*)

24.10.2001

ECHELLE D'AUTONOMIE DE KATZ (A.D.L.)

(S'informer auprès de l'infirmière et de l'Aide-Soignante).

NOM : Prénom : Date de naissance :

ECHELLE A.D.L. (Aide-soignante Infirmière)	1�re évaluation	2�me évaluation	3�me évaluation
	Date :	Date :	Date :
	Score:	Score:	Score:
HYGIENE CORPORELLE			
. autonomie	1	1	1
. aide	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
HABILLAGE			
. autonomie pour le choix des vêtements et l'habillement	1	1	1
. autonomie pour le choix des vêtements, l'habillement mais a besoin d'aide pour se chausser	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
ALLER AUX TOILETTES			
. autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1	1	1
. doit être accompagné(e) ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller	½	½	½
. ne peut aller aux toilettes seul(e)	0	0	0
LOCOMOTION			
. autonomie	1	1	1
. a besoin d'aide	½	½	½
. grabataire	0	0	0
CONTINENCE			
. continent(e)	1	1	1
. incontinence occasionnelle	½	½	½
. incontinent(e)	0	0	0
REPAS			
. mange seul(e)	1	1	1
. aide pour couper la viande ou peler les fruits	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
TOTAL			

Département de Gérontologie – Hôpital NORD – CEBAZAT – CHU CLERMONT-FERRAND.

ANNEXE 6 : Critères de fragilité selon Fried

Critère de fragilité	Mesure
SARCOPENIE	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)
ASTHENIE	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 ACTIVITES	Diminution de 20% de la dépense énergétique (hommes <383 kcals/semaine, femmes<270kcal/semaine, calculées selon l'interrogatoire du patient)

Résultats :

- 0 critère : personne non fragile
- 1 ou 2 critères : statu fragile intermédiaire c'est à dire personne à risque de devenir fragile dans les 3 à 4 années à venir
- 3 critères ou plus : personne fragile

Traduit d'après *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 Mar;56(3):M146–156.*

ANNEXE 7 : Mini-Mental-Status (MMS)

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

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 :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où 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 située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

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 ?**

Rappel

/ 3

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

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Langage

/ 8

- Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?*
- Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?**
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 : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre 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 caractère : « 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

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

ANNEXE 8 : Geriatric Depression Scale (GDS)

24.10.2001

ECHELLE GERIATRIQUE DE DEPRESSION (GDS)

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 9 : Mini Nutritional Assessment (MNA)

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 (< 3 mois)

0 = perte de poids > 3 kg ; 1 = ne sait pas ; 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg ; 3 = pas de perte de poids

C- Motricité

0 = du lit ou fauteuil ; 1 = autonome à l'intérieur ; 2 = sort du domicile

D- Maladie aiguë 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 en kg/m²)

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 : possibilité de malnutrition, continuer l'évaluation

ÉVALUATION GLOBALE

G- Le patient vit-il de façon indépendante à 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 ou 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 = moins de 3 verres ; 0,5 = de 3 à 5 verres ; 1 = plus de 5 verres

N- Manière de se nourrir

0 = nécessite 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

Évaluation 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 10 : Grille AGGIR

Nom et prénom
M. Sec. Soc.
Adresse
Né(e) le
Âge

Date de l'évaluation

Fiche récapitulative AGGIR

Activités réalisées par la personne seule	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément H = Habituellement T = Totalement C = Correctement	Code final	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.
	S	T	C	H	Code		
1. Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Codage intermédiaire</p> <p>Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).</p> <p>Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si aucun adverbe n'est coché codez A. (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement) Si tous les adverbes sont cochés codez C (ne fait pas) Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B. <p>Code final si sous-variables</p> <ul style="list-style-type: none"> Cohérence : <ul style="list-style-type: none"> AA = A ; CC, CB, BC, CA, AC = C ; AB, BA, BB = B Orientation : <ul style="list-style-type: none"> AA = A ; CC, CB, BC, CA, AC = C ; AB, BA, BB = B Toilette : <ul style="list-style-type: none"> AA = A ; CC = C ; Autres = B Habillage : <ul style="list-style-type: none"> AAA = A ; CCC = C ; Autres = B. Alimentation : <ul style="list-style-type: none"> AA = A ; CC, BC, CB = C ; Autres = B Élimination : <ul style="list-style-type: none"> AA = A ; CC, BC, CB, AC, CA = C ; Autres = B
2. Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Élimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Activités du temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Groupe iso-ressources

Défini par le système informatique

ANNEXE 11 : Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF)

Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF)

Indépendance 7 : indépendance complète (appropriée aux circonstances et sans danger)

6 : indépendance modifiée (appareil, adaptation)

Dépendance modifiée 5 : surveillance

4 : aide minimale (autonomie = 75 % +)

3 : aide moyenne (autonomie = 50 % +).

Dépendance complète 2 : aide maximale (autonomie = 25 % +)

Si un élément n'est pas vérifiable, cocher niveau 1.

	Entrée	Séjour	Sortie	Suivi
Soins personnels				
A Alimentation				
B Soins de l'apparence				
C Toilette				
D Habillage - partie supérieure				
E Habillage - partie inférieure				
F Utilisation des toilettes				
G Vessie				
H Intestins				
Mobilité, transferts				
I Lit, chaise, fauteuil roulant				
J W.C.				
K Baignoire, douche				
Locomotion				
L Marche	M	M	M	M
Fauteuil roulant	F	F	F	F
M Escaliers				
Communication				
N Compréhension	A	A	A	A
	Vi	Vi	Vi	Vi
O Expression	Ve	Ve	Ve	Ve
	N	N	N	N
Conscience du monde extérieur				
P Interactions sociales				
Q Résolution des problèmes				
R Mémoire				
Total				

M : marche F : fauteuil roulant A : auditive Vi : visuelle Ve : verbal N : non verbal

Nom du patient :

Date de naissance : / /

Prénom :

Date de l'examen : / /

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, 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 je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis 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.

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.