



HAL
open science

Faisabilité d'une évaluation gériatrique dans les services d'Urgences chez les patients âgés de 80 ans et plus

Pauline Ducat

► **To cite this version:**

Pauline Ducat. Faisabilité d'une évaluation gériatrique dans les services d'Urgences chez les patients âgés de 80 ans et plus. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03429582

HAL Id: dumas-03429582

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03429582>

Submitted on 15 Nov 2021

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 NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE



THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Par

Madame Pauline DUCAT

Née le 25/07/1992 à Laon

**Faisabilité d'une évaluation gériatrique dans les services
d'Urgences chez les patients âgés de 80 ans et plus**

Présentée et soutenue publiquement le 15/10/2021 à Nice

Pour obtention du Diplôme d'État de Docteur en médecine

SPECIALITE GERIATRIE

Président du Jury : Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Pierre-Éric DANIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT

Madame le Docteur Elodie WINTER

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie

Pr. ALUNNI Véronique

Recherche

Pr. DELLAMONICA Jean

Etudiants

M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIJMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

TABLE DES MATIERES

Remerciements	11
Abréviations	14
Introduction	15
Matériels et Méthodes	17
Résultats	21
Discussion	29
Conclusion	34
Annexes	35
Références	38
Serment d’Hippocrate par l’Ordre des Médecins	41
Résumé	4 ^{ème} de couverture

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Président du Jury, le Pr Olivier GUERIN, merci de ton soutien et de ton engagement dans mes projets professionnels. Tu as été à l'écoute tout au long de l'internat, je suis fière d'avoir pu être une de tes élèves.

A mon Directeur de Thèse, Mentor et Ami, le Dr Pierre-Éric DANIN, merci de la confiance et du soutien que tu me portes au quotidien. Tu sais la profonde admiration que je te voue. Ce travail ne serait pas ce qu'il est sans toi, et moi non plus d'ailleurs. Tu m'as fait grandir et m'as donné l'envie de continuer à apprendre quand plus rien n'avait de sens.

A Monsieur le Pr Jacques LEVRAUT, je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ma thèse. J'espère pouvoir continuer sur cette lancée et travailler conjointement avec les Urgences, car c'est une spécialité qui pour moi mérite toute son attention et qui m'est chère.

A Madame la Dr Elodie WINTER, je te remercie d'avoir accepté mon projet de thèse aux Urgences de Cannes ainsi que pour ton implication. J'admire ton dynamisme et ta volonté de vouloir améliorer les prises en charge des patients âgés aux Urgences et j'espère avoir l'occasion d'y travailler avec toi.

A Monsieur le Dr Christophe PERRIN, merci « chef » de m'avoir donné l'opportunité d'apprendre à vos côtés. Je vous suis reconnaissante pour votre transmission d'expérience ainsi que pour votre bienveillance. Je souhaite sincèrement avoir été à la hauteur de vos attentes, notamment en cette période difficile et j'espère avoir l'occasion de travailler à nouveau à vos côtés. Merci à toute l'équipe du service de pneumologie de Monaco, avec une mention spéciale à Cécile et Julien, « pneumo power ».

Aux médecins et soignants, que j'ai rencontrés durant mon cursus, que ce soit à Cimiez, à la clinique des Sources, aux Urgences de Pasteur ou encore en pneumologie à Monaco : merci à tous pour votre implication au quotidien auprès des patients, votre gentillesse ainsi que votre bonne humeur.

A MA FAMILLE,

A mes parents, sans qui tout cela n'aurait jamais été possible, à vous qui m'avez toujours portée vers le haut, je vous en suis profondément reconnaissante. A toi Maman, mon étoile, cette thèse est pour toi, car où que tu sois, j'espère que tu seras fière. A toi Papa, merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir soutenu, d'avoir fait de ta petite fille une femme qui j'espère arrivera à prendre soin de toi comme tu le mérites. Je vous aime tellement, plus qu'un million d'étoiles...

A ma moitié, Bernard, mon meilleur ami, mon amour, mon tout. Tu es présent depuis le début et malgré les embûches, tu es toujours resté à prendre soin de moi. Tu fais de moi chaque jour la femme la plus heureuse, j'ai grandi à tes côtés et je ne t'en remercierai jamais assez. Notre histoire ne fait que s'écrire et j'espère que la vie nous réservera pleins de surprises ... Je t'aime mon Bibou.

A ma sœur, merci d'être présente dans ma vie comme tu l'es. Tout n'a pas toujours été facile mais notre force est d'avoir su passer au-delà, le meilleur est à venir, je te le promets, je t'aime.

A ma grande tante, « Mamie Mo », merci d'être la mamie exemplaire que tu es au quotidien. Merci pour tout ce que tu fais et as fait pour nous, je t'aime.

A ma belle-famille, Tuyêt, Ketty, Ritchy, Julie, Nono et futur « Belle », je vous remercie de m'avoir intégrée dans votre famille et d'être présents malgré la distance.

A ma famille « tropdemal », Biche, Jacko, Fab, merci pour toutes ces années d'exception, (qui sont loin d'être finies, pas comme MH). Je vous remercie pour toutes ces soirées à n'en plus finir (passion vogue, appartement de la dignité, « Jérôme »), les fous rires, les photos (trans, banane et j'en passe), les repas (avec ou sans tomates ?). Merci d'être la famille que j'ai choisie et surtout, d'être là dans les bons comme dans les mauvais moments. Je vous aime du plus profond de mon cœur (plus que Moumoune).

A ma bibiche Güdür, tu vois que tu me parles encore ! Merci d'avoir été la meilleure coloc', de m'avoir supportée quand je te sautais dessus, quand je me réveillais en pleine nuit. Je suis tellement fière de la personne que tu es devenue (Jacko et Fab aussi au passage mais Madame voulait son paragraphe).

A Marion et Chloé, merci d'être mes sœurs de cœur depuis toutes ces années. Le temps passe mais l'amour que je vous porte est intact depuis 27 ans.

A MES AMIS,

A mes amis qui m'ont accompagnée durant toutes ces belles années d'externat : Mel, Aurélie, Rémi, Nacim, Chou, Lucas, Mahado, Fatim, Sara, Anis, Louis-Emmanuel, Pénélope, merci à chacun d'entre vous pour ces moments, ces fous rires à n'en plus finir et ces soirées. Même si le temps passe, vous garderez tous une place dans mon cœur.

A Ewa, ma moitié Polonaise, merci de m'avoir tirée vers le haut sportivement, de m'avoir fait aimer la course (ce n'était pas gagné !). Tu as été mon pilier durant ces années d'internat. Merci pour tous ces moments passés en montagne, je souhaite que l'avenir nous en réserve d'autres. Je n'oublie pas le GR20 qui nous attend !!

A Akshay et Pryia, merci pour tous ces bons petits plats, et d'être présents dans nos vies à Bernard et moi, et surtout merci d'avoir fait de moi la marraine de votre princesse, je la chérirai de mon mieux.

A Fatine, merci pour tous ces moments que l'on passe ensemble (même si c'est sur des galets !!). Je te remercie de m'avoir fait connaître la belle personne que tu es et sur laquelle je peux compter, quoi qu'il arrive.

A Sylvie, ma cheffe, mon acolyte de fou rire du B0, mon amie, merci « frère » d'être ma plus belle découverte Niçoise. Je te remercie ma « Bichette » du soutien que tu m'as apporté durant cette année difficile et d'avoir été l'épaule sur laquelle me reposer.

A mes co-internes du Turfu de gériatrie et d'Urgences : Axelle, Lydie, Damien, Serena, Camille, Tamara : merci pour cette cohésion ; l'internat n'aurait pas été ce qu'il est sans vous !

A Vila, Hubert, Thaï, Thien et sans oublier Titi, merci pour ces barbecues à 16h, ces randonnées, ces parties de ping-pong et autres, ... vous êtes LA famille de qualité !!

ABREVIATIONS

AP-HM :	Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
ASA :	American Society of Anesthesiologists
ATCD :	Antécédent
CAP :	Centre d'Accueil Psychiatrique
CCM :	Circuit Court Médical
CCOA :	Circuit Court Ostéo-Articulaire
CFS :	Clinical Frailty Scale
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
DA :	Directives Anticipées
DREES :	La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EG :	Évaluation Gériatrique
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
HAS :	Haute Autorité de Santé
IMC :	Indice de Masse Corporelle
INED :	Institut National des Études Démographiques
MCT :	Médico-Chirurgicale et Traumatique
MUPA :	Médecine d'Urgence pour Personnes Âgées
PACA :	Provence Alpe Côte d'Azur
SAU :	Services d'Accueil des Urgences
SAUV :	Service d'Accueil des Urgences Vitales
SC :	Soins Critiques
TC :	Traumatisme crânien
TU :	Terminal Urgences
UG :	Urgences Gériatriques
UHTU :	Unité d'Hébergement Transitoire d'Urgences
URCC :	Unité de Recours Cognitivo-Comportementales
URSG :	Unité de Recours des Soins Gériatriques

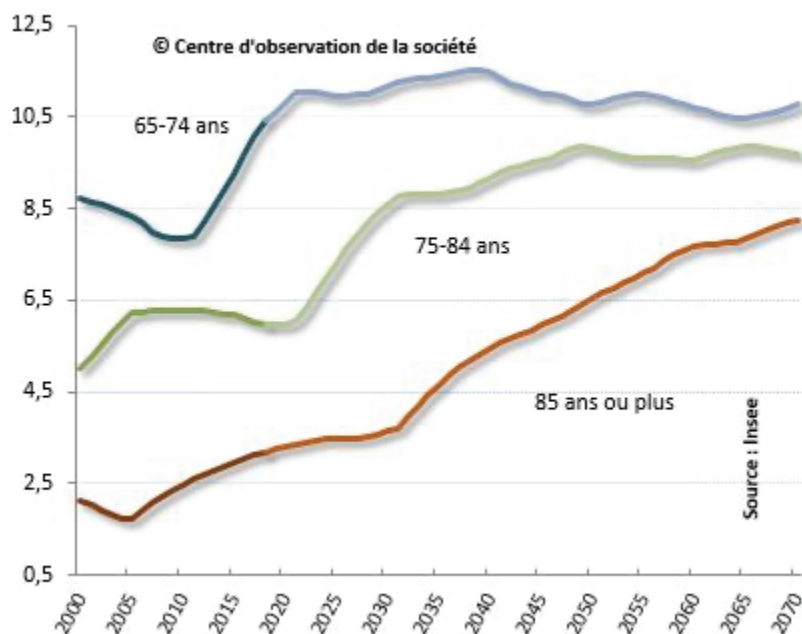
INTRODUCTION

Avec le vieillissement global de la population, les personnes de plus de 80 ans représentent le groupe d'âge progressant le plus rapidement, avec une augmentation d'environ 4% par an. D'ici 2050, elle représentera 1/5^{ème} de la population mondiale (soit une augmentation entre 2017 et 2050 de 137 millions à 425 millions d'individus) [1].

Cette évolution démographique, associée à un besoin en soins à la hausse (expliquée par des pathologies multiples, des fragilités sociales, médicales et économiques grandissantes, etc...), implique un taux d'admissions croissant de patients âgés aux Urgences [2].

La DREES met en évidence une croissance considérable de 3,5 % en moyenne du nombre de passages aux Urgences, année après année. En 2016 on retrouve 21,2 millions de passages aux urgences, contre 18,4 millions en 2012 et 14 millions en 2002 ; les patients âgés représentant alors approximativement 10 à 20% de toutes ces admissions [3].

Graphique 1 : Part des différentes tranches d'âge dans la population, en pourcentage



Les patients âgés ne sont cependant pas simples à prendre en charge : poly-pathologiques, signes frustrés, modifications physiologiques, pharmacologiques liées à l'âge, polymédication, questions éthiques, etc...

Il nous semble important d'optimiser l'évaluation et la prise en charge des patients âgés aux Urgences en proposant des outils pouvant améliorer les pratiques. Le patient âgé fragile est souvent identifié à l'occasion d'un évènement aigu intercurrent, en l'occurrence, au décours d'une consultation aux Urgences. Une évaluation gériatrique spécifique est un outil clé [4], car elle représente une aide au diagnostic de pathologie aiguë et de syndrome gériatrique. En effet, elle permet de dépister la fragilité, de réaliser une évaluation médico-sociale, de prévenir une éventuelle réhospitalisation et d'intégrer le patient dans la filière gériatrique pour prévenir le risque de dépendance [5]. Il existe dans la littérature de nombreuses échelles gériatriques, parfois longues voire complexes, s'adaptant mal à un secteur d'urgences où le temps d'examen est parfois limité par les contraintes organisationnelles.

Nous avons ainsi élaboré une évaluation gériatrique simplifiée, basée sur des scores simples et validés, à destination des Urgentistes. Cet outil pourrait faciliter les rapports entre les différents intervenants (notamment avec les réanimateurs), en permettant aux médecins de parler un langage commun et universel, dans le but de s'accorder sur la stratégie de soins à proposer au patient.

L'objectif de notre étude était d'évaluer la faisabilité, en l'état actuel des pratiques, d'un « screening » gériatrique des patients âgés dès leur entrée aux urgences afin de proposer un outil commun pertinent pour les orienter de la façon la plus adaptée (en prenant en compte leurs souhaits, leur état clinique global et donc leur capacité de récupération).

MATERIEL ET METHODES

Design de l'étude

Nous avons mené une étude prospective observationnelle bi-centrique dans la région PACA comprenant le centre hospitalier universitaire de Nice et le centre hospitalier de Cannes. Ont été inclus dans l'étude, tous les patients âgés de plus de 80 ans admis dans les services des urgences en zone de médecine et en SAUV, du 1er juin au 31 octobre 2020. Le critère de jugement principal était d'évaluer la faisabilité d'une évaluation gériatrique dans les services des Urgences.

Sur le CH de Cannes, la récupération des EG s'est faite via les dossiers d'entrée qui comprenaient chacun une évaluation en format papier. Sur le CHU de Nice, les évaluations ont été rentrées directement sur un dossier informatisé par les médecins via un lien accessible sur le TU et ensuite transmises par Google Sheets® (Google Labs Spreadsheets) avec anonymisation des informations concernant les patients.

Après récupération des évaluations, un travail en aval a été entrepris, conformément à la méthodologie MR004, pour recueillir le sexe des patients, leurs antécédents, leurs traitements de fond et la durée du séjour (en cas d'hospitalisation).

Nous avons, pour finir, recherché les événements intercurrents majeurs à savoir un décès et/ou un nouveau passage dans un service des urgences dans les trois mois qui ont suivi. Ces informations ont été récupérées par le biais des patients qui avaient donné leur accord lors du recueil initial des données ou par le biais des médecins traitants.

Une note d'information individuelle a été remise aux patients conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et ainsi qu'au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 (règlement général sur la protection des données).

Description des centres participants

Les Urgences de Nice sont, avec le CHU de Marseille (AP-HM), les deux centres universitaires de la région PACA. Sur l'année 2020 on retrouve au CHU de Nice 74.722 passages aux Urgences avec 12.881 patients de 80 ans et plus (17,2%) dont 51.947 en médecine et en SAUV avec 11.774 patients de 80 ans et plus (22,7%), avec une moyenne de 270 passages journaliers. L'activité est assurée par 73 praticiens incluant les docteurs juniors. Le pôle d'Urgences comprend plusieurs zones dont MCT 1, 2 et 3 qui sont des zones de médecine, le

CCOA qui est une zone de traumatologie et plaie, une zone dentaire, une zone ophtalmologique, un CCM, un service d'Urgences psychiatriques le CAP et la SAUV. Nous nous sommes uniquement concentrés, pour notre étude, sur les services de médecine et de SAUV.

Les Urgences de Cannes, s'intègrent parmi les quatre autres services d'Urgences des Alpes-Maritimes (Cannes, Grasses, Menton, Antibes). Sur l'année 2020, on note 40.541 passages avec 7.013 patients de 80 ans et plus (17,3%). L'activité est assurée par une équipe composée de 18 médecins à temps plein avec en moyenne 111 passages par jour et jusqu'à 230 admissions journalières durant l'été 2020.

Description de l'évaluation gériatrique simplifiée (annexe 1)

Notre évaluation gériatrique a été présentée aux médecins et internes des services d'Urgences, lors de réunions de mise en place. Nous proposons une évaluation simple, reproductible, rapide à compléter, correspondant à une association de scores validés :

Le Clinical Frailty Scale, CFS (annexe 2) : cette échelle maintenant largement utilisée, décrite par Rockwood et collab. en 2005, mesure la fragilité basée sur le jugement clinique. Elle varie de 1 (très bonne forme physique) à 9 (phase terminale). La fragilité est définie par un score strictement supérieur à 4. Nous avons, pour notre étude, repris la version française du CFS pour nous permettre d'identifier et de stratifier les patients à risques (fragiles, comorbides). La traduction de la version anglaise est validée avec une sensibilité de 95%, une reproductibilité et une fiabilité en routine [6].

Le score ASA (annexe 3) : est un score anesthésique incontournable, composite, permettant d'avoir une approche des comorbidités. Il a pu être utilisé pour établir un niveau pronostique [7]. Il est largement utilisé par les anesthésistes réanimateurs, permettant le cas échéant de faciliter le partage d'informations avec ces spécialistes.

Le score de Glasgow (annexe 4): score devenu universel bien que détourné de sa description initiale [8], facile, rapide, permettant de décrire l'état de conscience du malade à un instant donné et surtout de suivre son évolution. Il est coté de 3 à 15 et se décompose en trois évaluations : verbale, oculaire et motrice. Un score strictement inférieur à 15 traduit une altération de la conscience [9].

L'état nutritionnel : L'IMC est un des critères diagnostiques de la dénutrition de la personne âgée, c'est un critère anthropométrique qui a prouvé son efficacité pour prendre en compte l'état nutritionnel [10]. Les patients ont été classés sur un critère subjectif simple d'état nutritionnel visuel sur trois catégories : patients en surcharge pondérale ou obèses ; patients de corpulence « normale », et patients en état de maigreur.

Nous avons complété le questionnaire par les éléments suivants : le lieu de vie du patient et la présence d'aidants au quotidien. Les souhaits du patient en situation médicale aigüe, à savoir l'accord pour une prise en charge en soins critiques et l'existence de directives anticipées. Le diagnostic retenu et l'orientation du patient au décours, faisaient au même titre partie des données attendues du questionnaire.

Collecte des données

Nous avons rétrospectivement relevé pour chaque patient les données suivantes : âge, antécédents, traitements au long cours, présence ou non d'un cancer actif, durée de séjour lors d'une hospitalisation. Ces données ont été, pour le CHU de Nice, renseignées via les dossiers médicaux informatisés Clinicom® (InterSystems, France) et Orbis® (Dedalus, France) et pour le CH de Cannes, via le dossier médical papier.

Tous les antécédents ont été récupérés : antécédents cardiovasculaires, pneumologiques, digestifs, neurologiques, urologiques, gynécologiques, hématologiques, métaboliques (principalement dysthyroïdie et diabète), ORL, ophtalmologiques, syndrome gériatrique (comprenant les chutes à répétitions, escarres, confusion, troubles mnésiques, syndrome dépressif), rhumatologiques, orthopédiques, psychiatriques, cancers actifs, dermatologiques.

L'ensemble des données des deux centres ont été enregistrées et anonymisées sur un tableur Excel® (Microsoft Corporation, USA) sécurisé.

Analyse statistique

Les analyses ont été effectuées avec la version 16.51 du tableur Excel® (Microsoft Corporation, Vermont, USA ; 2019) et Graphad Prism (GraphPad Software, Inc, California Corporation, version 7).

Les caractéristiques des patients ont été décrites en fréquence et en pourcentage pour les variables catégorielles. Les variables continues ont été exprimées en moyenne et déviation standard, ou en médiane et interquartiles. Les variables catégorielles ont été comparées par le test de Chi-square ou le test de Fischer, alors que les variables continues ont été comparées avec le test t de Student. Les analyses ont été réalisées sur le logiciel Graph Pad Prism version 7.00.

RESULTATS

Période de la réalisation de l'étude

Au total, 161 évaluations ont été réalisées. Sur les Urgences de Nice, nous avons pu analyser 67 EG avec traitement de l'ensemble des données via la récupération de l'identifiant patient, sur la période du 12 juillet au 30 octobre 2020. Sur les Urgences de Cannes, 99 EG ont été obtenues, dont 94 exploitables, sur une période s'étalant du 17 juin au 13 septembre 2020. Cinq dossiers ont été exclus pour les raisons suivantes : 1 patient de moins de 80 ans, 2 retours de patients dans les moins de 3 mois (doublons), 2 fiches d'évaluation sans identification.

Caractéristiques de la population (tableau 2)

La moyenne d'âge de la population était de 88 ans, les patients ayant entre 80 à 105 ans, avec un sex-ratio H/F de 0,56. La durée moyenne de séjour lors d'une hospitalisation était de 9,6 jours allant de 1 jusqu'à 40 jours d'hospitalisations. Les taux de prévalence des comorbidités et de traitements sont exposés dans le tableau 2 et détaillés dans l'annexe 5.

Tableau 2 : Caractéristiques cliniques et démographiques de la population

	Total n = 161	CH de Cannes n = 94	CHU de Nice n = 67
Age en années (+/-)	88 ± 5,34	89 ± 5,56	87 ± 4,81
Hommes (%)	58 (36%)	30 (31,9%)	28 (41,8%)
Antécédents			
Nombre d'antécédents en moyenne	6 ± 3,43	6 ± 3,40	6 ± 3,50
Absence d'antécédent (%)	2 (1,2%)	1 (1,1%)	1 (1,5%)
Traitements au long cours			
Nombre de traitements par jour	5,2 ± 3,05	4,8 ± 2,78	5,6 ± 3,30
Absence de traitement	9 (5,6%)	6 (6,4%)	3 (4,5%)

Nous avons repris, dans le tableau 3 et le graphique 2, les diagnostics retenus à l'issue de la prise en charge des patients. Au premier plan, on retrouve les chutes puis les atteintes neurologiques (principalement les AVC et AIT mais aussi les vertiges, malaises sans cause cardiaque retrouvée, épilepsie). Les patients se présentaient ensuite pour des pathologies cardio-pulmonaires (infarctus, OAP, poussée hypertensive, malaises sur hypotension orthostatique, arrêts cardio-respiratoires, décompensations de BPCO, pneumopathies d'inhalation ou communautaires, épanchements pleuraux et un cas de SARS Cov2), ou digestives (épigastralgies, cholécystites, constipations, hémorragies digestives hautes ou basses, occlusions intestinales, reflux gastro-œsophagien, ictères, cholangiocarcinomes, ulcères gastriques, pancréatites). S'ensuivent les troubles neurocognitifs (principalement acutisations des troubles avec agitation, délires, maintiens à domicile difficile, syndromes confusionnels et syndromes de glissement). Les affections urologiques, métaboliques ou rhumatologiques étaient plus rares (graphique 2).

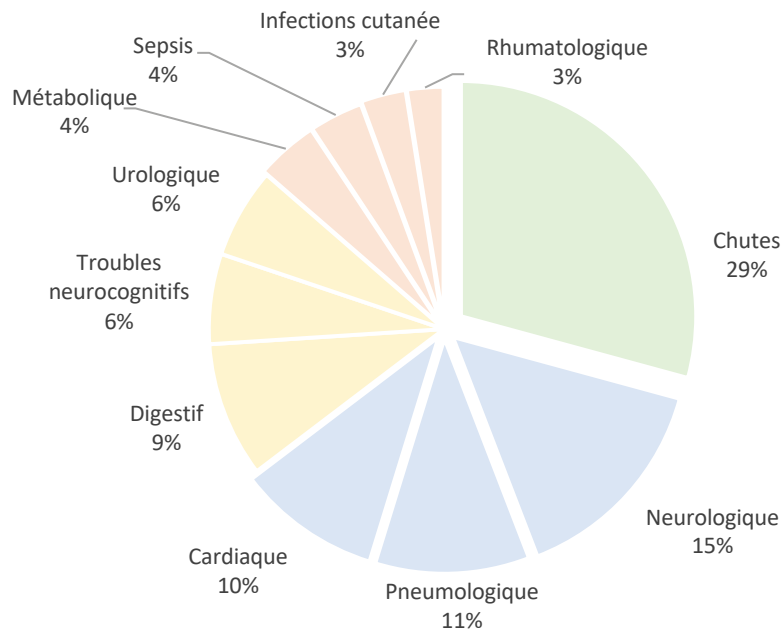
Pour remarque, de nombreux patients présentaient des diagnostics multiples, tels qu'une infection, une décompensation cardiaque ou un AVC associé à une chute ; dans ces cas, le diagnostic principal retenu était le diagnostic ayant favorisé la chute (mise en application de J.P Bouchon, [11]).

Tableau 3 : Recueil des données de l'évaluation gériatrique

	Total n = 161	CH de Cannes n = 94	CHU de Nice n = 67	<i>p</i>
Clinical Frailty Scale				
Moyenne	4,4 ± 2,02	4,4 ± 2,10	4,5 ± 1,93	0,6921
Score > 4	69 (42,9%)	41(43,6%)	28 (41,8%)	0,8723
Score ASA				
Moyenne	2,5 ± 0,65	2,5 ± 0,67	2,6 ± 0,63	0,4831
Score de Glasgow				
15 (%)	122 (76%)	81(86%)	41 (61,2%)	0,0004
Entre 10 et 14 (%)	37 (23%)	11 (12%)	26 (38,8%)	0,0001
< 10 (%)	2 (1%)	2 (2%)	0	0,511

Évaluation nutritionnelle				
Maigreur, cachexie (%)	35 (21,7%)	19 (20,2%)	16 (23,9%)	0,6987
Corpulence normale (%)	87 (54%)	57 (60,6%)	30 (44,8%)	0,055
Surcharge, obésité (%)	39 (24,2%)	18 (19,1%)	21 (31,3%)	0,0934
Accord pour prise en charge en Soins Critiques				
OUI (%)	63 (39,1%)	28 (29,8%)	35 (52,2%)	0,0053
Directives anticipées				
Présentes (%)	7 (4,3%)	7 (7,4%)	0	0,042
Lieu de vie				
EHPAD (%)	32 (10,9%)	18 (19,1%)	14 (20,9%)	0,8424
Domicile (%)	123 (76,4%)	72 (76,6%)	51 (76,1%)	0,9999
Autre * (%)	6 (3,7%)	4 (4,3%)	2 (3%)	
* SSR, foyer				
Aidant				
NON	57 (35,4%)	44 (46,8%)	13 (19,4%)	0,0004
Orientation				
Service de médecine	76 (47,2%)	48 (51,1%)	28 (41,8%)	0,2657
Service de chirurgie	9 (5,6%)	7 (7,4%)	2 (3%)	0,3035
Psychiatrie	2 (1,2%)	1 (1,1%)	1 (1,5%)	>0,9999
SSR	2 (1,2%)	1 (1,1%)	1 (1,5%)	>0,9999
Retour à domicile	48 (29,8%)	26 (27,7%)	22 (32,8%)	0,49
Retour à l'EHPAD	21 (13%)	9 (9,6%)	12 (17,9%)	0,1552
Décès	3 (1,9%)	2 (2,1%)	1 (1,5%)	>0,9999

Graphique 2 : Diagnostics médicaux retenus



Données présentes dans l'évaluation et devenir à 3 mois (Tableaux 3, 4 & 5)

Il n'était pas retrouvé de différence entre les deux centres concernant le CSF et le score ASA, avec une moyenne globale de 4,4 au CSF et de 2,5 au score ASA. A noter que quasiment la moitié des patients étaient à considérer comme fragiles (tableau 3 ; 42,9% ayant un CSF >4).

On retrouve 20% des patients (soit 32 patients) venant d'EHPAD, 65% d'entre eux y retournaient au décours de leur passage aux Urgences ; à la différence des patients venant du domicile qui restaient hospitalisés dans près de 2/3 des cas. Les patients venant d'EHPAD étaient significativement plus fragiles que les patients venant du domicile (tableau 4 ; CFS moyen à 6,3 vs 3,9, $p < 0,0001$), avec un score de comorbidité significativement plus élevé (tableau 4 ; score ASA à 2,8 vs 2,4, $p = 0,0012$). Ces patients se présentaient avec un état de conscience plus altéré ($p = 0,0008$ pour le score de Glasgow de 10 à 14) et un moins bon état nutritionnel. Cet état de fragilité explique ainsi la présence d'aidants pour les patients d'EHPAD comparativement à ceux venant du domicile (tableau 4 ; 84,4% vs 60,2%, $p = 0,02$). Sur ce nombre de patients vivant en établissement, presque la moitié ont été amenés à revenir aux urgences dans les trois mois et ¼ sont décédés, par comparaison aux patients venant du domicile qui sont deux fois moins nombreux à être réadmis et décédés à 3 mois (tableau 4 ; 43,8% vs 21,1% et 25% vs 14,6%).

Sept patients seulement avaient rédigé des DA (tableau 3 ; 4,3%), six d'entre eux provenant du domicile (tableau 4). Concernant une prise en charge en soins critiques, 63 patients avaient donné leur accord (tableau 3 ; 39,1%), et il s'agissait principalement des patients vivant à domicile (tableau 4 ; 47,2% vs 9,4%).

Concernant les patients hospitalisés, ils ont significativement plus de comorbidités que les patients non-hospitalisés et comptent deux antécédents de plus (tableau 5 ; 6,9 vs 4,9 avec $p = 0,0002$), avec un CSF et un score ASA plus haut et par conséquent des taux de réhospitalisation et de décès à 3 mois plus élevés.

Tableau 4 : Comparaison des éléments présents dans l'EG et du devenir en fonction du lieu de vie

	EHPAD n = 32	Domicile n = 123	p
CSF			
Moyenne (écart type)	6,3	3,9	<0,0001
Score ASA			
Moyenne (écart type)	2,8	2,4	0,0012
Score de Glasgow			
15 (%)	17 (53,1%)	100 (81,3%)	0,0021
10 à 14 (%)	15 (46,9%)	21 (17,1%)	0,0008
< 10 (%)	0	2 (1,6%)	>0,9999
État nutritionnel			
Maigreur, cachexie (%)	11 (34,4%)	23 (18,7%)	0,0906
Corpulence normale (%)	15 (46,9%)	70 (56,9%)	0,326
Surcharge, obésité (%)	6 (18,8%)	30 (24,4%)	0,6402
Accord pour prise en charge en Soins Critiques			
(%)	3 (9,4%)	58 (47,2%)	<0,0001
Directives Anticipées			
(%)	1 (3,1%)	6 (4,9%)	0,6
Présence d'aidant			
OUI (%)	27 (84,4%)	74 (60,2%)	0,02

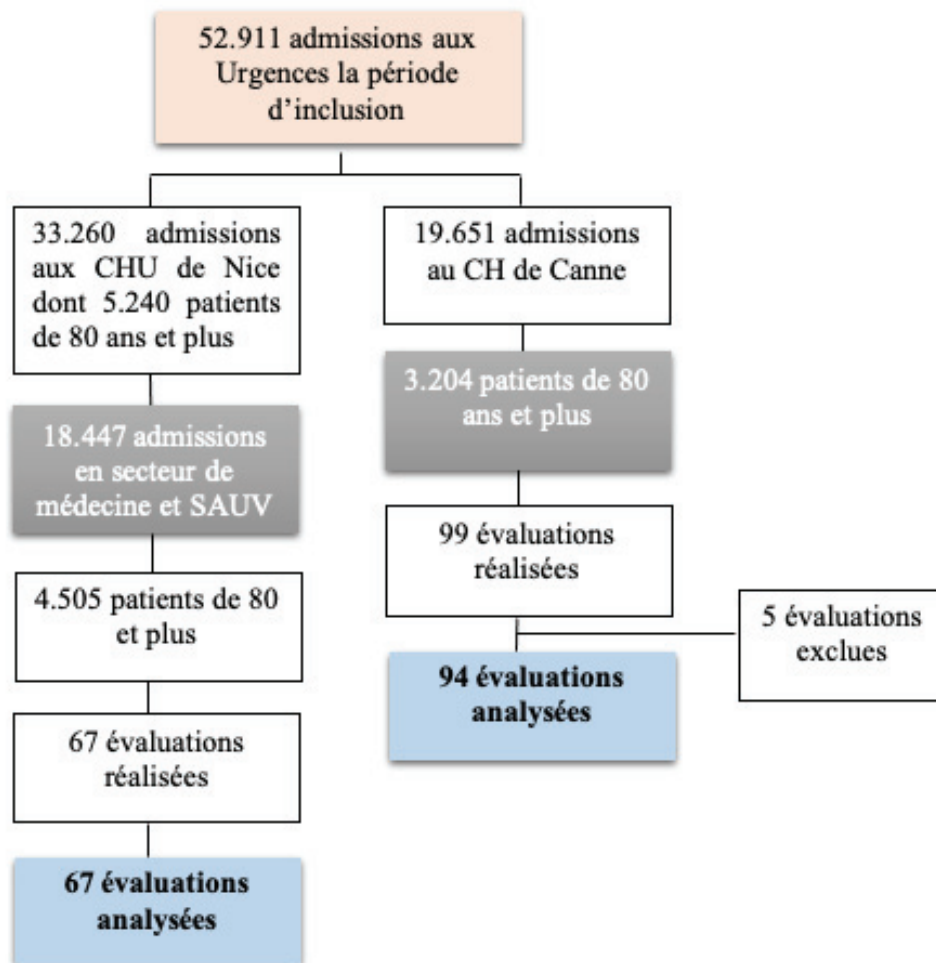
Orientation			
EHPAD / Domicile (%)	21 (65,6%)	65 (52,8%)	0,2334
Médecine (%)	9 (28,1%)	46 (37,4%)	0,4087
Autre (%)	2 (6,3%)	12 (9,8%)	0,7359
Décès à trois mois			
%	9 (25%)	17 (14,6%)	0,0702
Retour aux Urgences à trois mois			
%	14 (43,8%)	26 (21,1%)	0,0971

Tableau 5 : Comparaison des éléments présents dans l'EG chez les patients hospitalisés et non-hospitalisés

	Patients hospitalisés n = 89	Patients non hospitalisés n = 72	p
Nombre moyen d'ATCD	6,9 ± 3,35	4,8 ± 3,13	0,0002
CSF	4,5 ± 1,91	4,3 ± 2,17	0,6545
Score ASA	2,6 ± 0,66	2,5 ± 0,65	0,9875
Décès à 3 mois	19 (21,3%)	7 (9,7%)	0,0831
Nouveau passage à 3 mois	22 (24,7%)	18 (25%)	0,8538

Adhésion au questionnaire

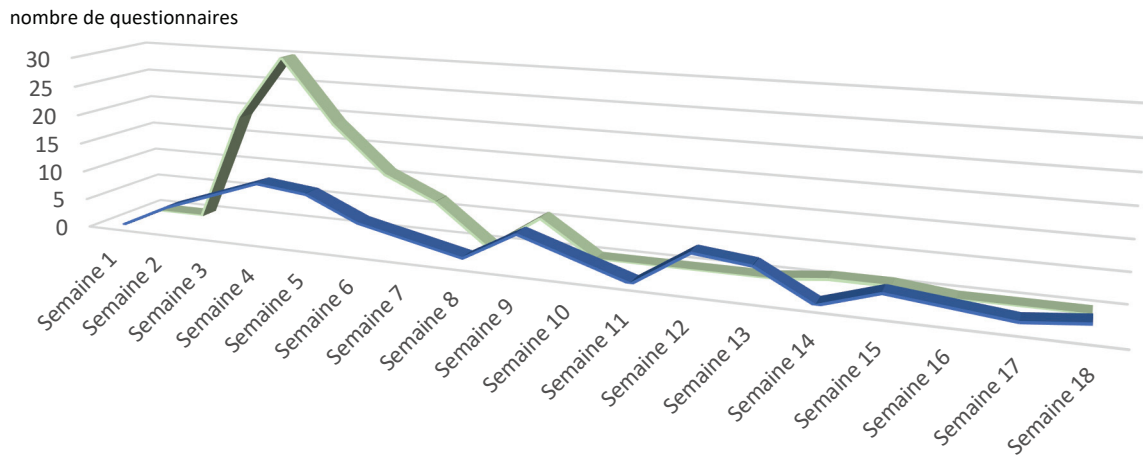
Figure 1 : Diagramme de flux



Le diagramme 1 et les graphiques 3 et 4 représentent le nombre de questionnaires remplis durant la période d'inclusion. Sur la période d'inclusion, sur le CHU de Nice, 67 évaluations ont été remplis sur 4.505 passages soit un taux de remplissage de 1,49%. Sur le CH de Cannes, 99 évaluations ont été remplis sur 3.204 passages soit un taux de remplissage de 3,09%. Plus de 2/3 des EG avaient été remplis la semaine et principalement en journée (2/3 des EG).

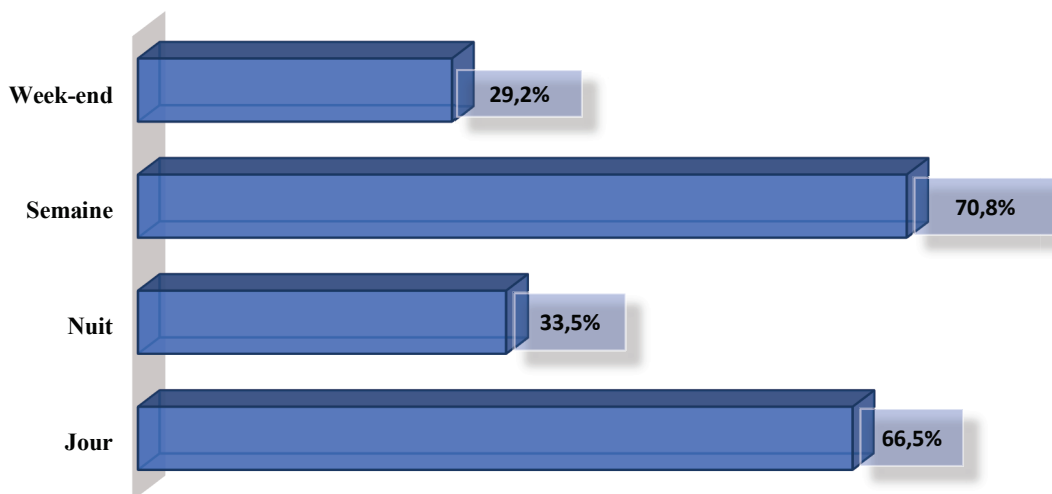
On remarque que l'adhésion est principalement présente au début des inclusions avec un essoufflement rapide dès le premier mois.

Graphique 3 : Répartition du recueil des questionnaires



	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5	Semaine 6	Semaine 7	Semaine 8	Semaine 9	Semaine 10	Semaine 11	Semaine 12	Semaine 13	Semaine 14	Semaine 15	Semaine 16	Semaine 17	Semaine 18			
■ CHU de Nice n = 67	0	4	7	10	9	5	3	1	6	3	0	6	3	0	6	5	0	3	2	1	2
■ CH de Cannes n = 94	0	0	19	30	19	11	7	0	6	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	

Graphique 4 : remplissage des questionnaires selon le jour et l’heure sur les deux sites



DISCUSSION

Malgré sa simplicité d'utilisation, nous avons observé une faible adhésion à notre questionnaire d'EG avec un taux de remplissage de 1,49% sur le CHU de Nice et 3,09% sur le CH de Cannes sur la durée de notre période d'observation.

L'intérêt de notre évaluation est de permettre un échange d'informations exploitables et compréhensibles par tous les intervenants médicaux qui gravitent autour de la personne âgée aux Urgences, afin de mieux l'évaluer, et ainsi l'orienter dans le service le plus adapté, sans perte de chance, ni futilité de soins. Notre questionnaire permet aussi d'interroger le patient et/ou son entourage sur le niveau d'engagement thérapeutique souhaité, afin d'établir un plan de soins adapté où le patient est partie prenante. Ces questions semblent finalement assez peu souvent posées au patient [12]. Il permet aussi d'avoir une première approche pronostique, pour renseigner l'entourage. Nous avons fait le choix d'établir notre évaluation avec des scores simples, validés, rapides à remplir et compréhensibles par tous.

Nous avons inclus dans notre EG les **directives anticipées** pour permettre au patient de rester acteur de sa prise en charge en cas de perte de capacité. On y retrouve de plus un bénéfice sur la diminution des transferts aux Urgences des personnes en fin de vie quand elles ont émis des DA [13]. Néanmoins, on retrouve une limite sur le nombre de patients ayant des DA écrites, en effet, seulement 2,5 % de la population française rédigerait des DA [14]. Elles sont pourtant, lorsqu'on interroge les médecins, un outil important pour la majorité des décisions médicales de fin de vie (72 %) et ont donc montré une aide pour le praticien par rapport à la décision de stopper ou limiter un traitement pouvant maintenir la vie [15].

La question sur la volonté d'une **prise en charge en soins critiques** s'est imposée à nous, car l'avis du patient est encore peu pris en compte en situation aiguë et l'information n'est pas toujours forcément accessible en urgence. Il est nécessaire que cette information soit recueillie le plus tôt possible, évitant ainsi des acharnements déraisonnables chez des patients qui estiment en majeure partie, que la prise en charge ne doit pas impacter leur qualité de vie [16].

Nous avons retenu dans notre questionnaire, pour évaluer les comorbidités, **le score ASA** car il est simple d'utilisation, et qu'il a montré son intérêt pronostique au sujet de la

mortalité et la dépendance sur les populations gériatriques [17]. Ce score est simple, et même s'il est initialement destiné à évaluer le risque anesthésique, il a l'avantage d'être robuste et connu des réanimateurs (qui sont souvent également anesthésistes), probablement plus qu'une échelle plus complexe et moins connue (exemple du score de Charlson).

Nous avons également choisi d'intégrer, dans notre questionnaire, une information sur la « trophicité » avec l'**IMC**, même si largement critiquée [18], car il a été clairement démontré à l'hôpital qu'un statut nutritionnel altéré est associé à une augmentation de complications [19], [20] : perte fonctionnelle et donc majoration de la dépendance, infections nosocomiales, augmentation de la durée d'hospitalisation, risque d'escarres, morbi-mortalité à court et à long terme. Il ne faut pas méconnaître ces patients car ils sont particulièrement à risque de complications en situation aiguë, surtout en service de réanimation, où la dénutrition à l'admission est un facteur indépendant d'évolution défavorable [21].

Nous avons utilisé le **score de Glasgow**, outil simple et universel de l'évaluation neurologique dans sa globalité, même si décrit initialement (et validé) dans le traumatisme crânien. On peut parfois observer en pratique une réalisation parfois aléatoire de ce score bien codifié. La confusion est une pathologie fréquente aux urgences et fréquemment sous diagnostiquée malgré le fait qu'elle soit reconnue à 6 mois comme facteur prédictif indépendant de mortalité [22]. De plus, c'est un lieu souvent perçu comme bruyant, surchargé de monde où le potentiel de présenter un état confusionnel est spécialement fort dans la population gériatrique [23]. C'est pourquoi, il nous paraît indispensable de repérer les états confusionnels ou du moins de proposer une échelle simple et connue de tous, en différenciant les patients Glasgow 15 des autres.

Enfin, le concept de fragilité apparaît dès les années 1980 dans la littérature [24]. Le **CFS**, décrit en 2005, devient de plus en plus utilisé, et on recense sur ces trois dernières années, plus de 900 articles scientifiques s'y rapportant. Son usage s'est généralisé avec la pandémie de COVID 19 et il apparaît dans les référentiels (SFAR/SRLF) de prise en charge des patients Covid en soins critiques [25]. Le CFS, en plus d'être validé dans l'évaluation de la fragilité chez les patients âgés, a pu montrer son intérêt pour identifier les patients fragiles dans les services des urgences et se présente comme un outil de triage [26]-[27]. Il permet également de prédire à court terme la mortalité chez les patients âgés admis en unité de soins critiques [28]. Chaque hausse d'une catégorie de la CFS accroît significativement le risque à moyen terme de décès et d'admissions dans un établissement de soins [29].

L'EG est une pratique pluridisciplinaire désormais bien codifiée mais qui requiert un savoir-faire, du temps et une expérience. Le temps moyen de remplissage était estimé entre trois et cinq minutes selon l'expérience de l'examineur mais certains médecins reprochaient au questionnaire son aspect chronophage. Le temps de remplissage était plus long pour les patients avec des troubles cognitifs car cela nécessitait de se rapprocher des familles ou du médecin traitant, pour mieux appréhender la personne et construire un parcours de soins pertinent avec le patient et son entourage, ce qui est peu fait en pratique courante.

Le manque d'adhésion à notre projet de screening gériatrique pourrait s'expliquer par une certaine désaffectation et/ou une méconnaissance des soignants envers la population gériatrique, qui lorsqu'elle se présente aux urgences, est assez souvent dans un objectif de « placement », ce qui n'est pas la vocation première du SAU. Les possibilités d'hospitalisation ou d'hébergement étant limitées dans l'urgence, ces patients âgés deviennent souvent des patients « difficiles à placer » et donc difficiles à prendre en charge car à risque de complications.

On pourrait évoquer l'hypothèse d'un manque d'engagement immédiat des praticiens à propos du patient âgé qui donne lieu à un défaut de remplissage du questionnaire. La question gériatrique est-elle pertinente aux Urgences par les urgentistes ? Y voit-on un intérêt ou un questionnaire « en plus » sans importance directe ? Il semble de plus en plus acquis que le Clinical Frailty Score a une utilité, et il est souvent nécessaire de s'interroger sur la pertinence des soins et donc de l'occupation des lits d'hospitalisation pour les patients âgés.

Notre étude présente cependant un certain nombre de limites. Elle est *de facto* bi centrique, de courte durée, a débuté lors de la seconde vague de SARS Cov2. Cette période a donné lieu à une désorganisation de tous les services hospitaliers. On retrouve une augmentation du flux de patients consultant aux Urgences, un personnel insuffisant (touché par le virus ou en *burn out*), et des préoccupations médicales centrées sur le sujet d'actualité. Nous avons comparé notre graphique 3 aux données de Santé publique France (annexe 6) et nous sommes surpris par la concomitance de deux événements intéressants : la semaine 4, où les questionnaires sont les plus remplis, la pandémie est à son niveau le plus faible avec 0,9 cas par semaine pour 100.000 habitants puis nous voyons progressivement, une augmentation des cas et en parallèle une diminution du taux de remplissage des évaluations avec sur les dernières semaines l'absence de questionnaires remplis quand le taux est à 342 cas par semaine pour 100.000 habitants, et les services d'urgences débordés. Alors même que ce type de questionnaire avait tout son sens.

En s'interrogeant sur la faisabilité d'une EG aux Urgences, nous avons retrouvé une étude montrant la faisabilité et la fiabilité de score lorsqu'elles sont faites par les infirmières [30]. Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude en mettant à contribution les paramédicaux qui s'avèrent dans la pratique quotidienne plus rigoureux.

On retrouve un biais de mesure et d'implication sur les informations qui ont été données, traitées et rappelées différemment selon les deux centres. Sur le CHU de Nice, nous avons effectué un mailing avec une information répétée dès que possible aux médecins ; contrairement au CH de Cannes où l'information avait été transmise en réunion avec un nombre de médecins plus restreint et assidus le premier mois. Les supports étaient également différents avec, pour le CHU, un support informatisé et un support papier et pour le CH directement dans le dossier à remplir par le médecin.

Pour finir, on l'a vu, les directives anticipées, sont encore trop peu utilisées en gériatrie et notre étude a pu le mettre en exergue de nouveau : seulement 4,3% des patients les avaient rédigées. Quinze ans après la mise en vigueur du premier texte de loi, nous faisons toujours face à une complexité de prise en charge de la fin de vie, qui est encore peu intégrée dans une décision globale car méconnue du grand public mais également des soignants [31]. La question que l'on est en droit de se poser aujourd'hui en tant que soignant, est dans quelle mesure nous voulons aborder ces décès ? Permettre au patient de donner son avis, concernant les thérapeutiques, les investigations, de recueillir ses choix sur le déroulement de la prise en charge, nous paraît indispensable mais encore trop peu pris en compte surtout dans l'urgence. Il a été mis en ligne, par la HAS en octobre 2016, un guide pour les professionnels de santé afin d'accompagner les patients dans la rédaction de leurs directives anticipées [32]. Il ne faut pas oublier que le médecin traitant a un rôle central dans l'information et l'accompagnement dans la rédaction de ces directives mais que, par ailleurs, il en est également du ressort de tout personnel soignant qui sera confronté dans sa carrière à des problèmes éthiques de fin de vie (problèmes pouvant être facilités par la rédaction de ces directives).

Dans notre étude, nous avons montré que le taux de réadmissions à trois mois, concernait principalement les patients vivant en EHPAD. La surreprésentation persistante des personnes âgées aux Urgences continue d'attester que la prise en charge, en amont, reste insuffisamment adaptée. Les allers-retours trop fréquents liés à des décompensations d'organes, un manque de

personnels médicaux, un manque d'informations sur le patient, sont des enjeux majeurs. Il n'est pas acceptable aujourd'hui qu'un patient grabataire soit transporté aux Urgences pour gérer une fin de vie et il faudrait développer ces filières d'équipes mobiles gériatriques extrahospitalières pour une meilleure régulation.

La gériatrie est une spécialité qui prend du temps. Or aux Urgences, la prise en charge et l'orientation du patient doit se faire rapidement, souvent au détriment des patients âgés. Le but d'une filière d'UG est d'avoir une prise en charge pluridisciplinaire, complète et globale de la personne âgée (EG systématique, évaluation de l'autonomie, évaluation socio-environnementale, repérage de la fragilité), pour permettre de bien orienter le patient. Cette filière permet, lorsqu'un retour à domicile est envisagé, d'avoir un suivi ambulatoire, avec la possibilité de revoir rapidement le patient en consultation ou en hôpital de jour (consultation mémoire, filière « chute » au CHU de Cimiez par exemple).

Des MUPA ont déjà fait leurs preuves en répondant à la forte affluence de patients âgés. La première du genre, aux Urgences du CHU de Limoges, comporte des services multiples : PUG, SSR, hôpital de jour, consultations mémoire, URCC, UHTU, unité de prévention, plateforme de régulations téléphoniques et une URSG pour les résidents d'EHPAD.

CONCLUSION

Malgré son intérêt prouvé sur la prise en charge aux urgences des populations les plus âgées, nous avons observé dans notre étude un manque d'adhésion à notre évaluation gériatrique, pourtant simplifiée.

Plusieurs pistes peuvent expliquer ce constat, sur lesquelles, il faudrait travailler afin d'accroître la pertinence des soins. Il en va également du raisonnement éthique sur la prise en charge de nos aînés, entre abandon de soins et acharnement thérapeutique. Les filières gériatriques trouvant ici toute leur place.

Il paraît évident que l'avenir de la médecine passe par l'optimisation des parcours de soins des patients âgés car ils sont de plus en plus représentés dans tous les services, encore plus dans les années à venir. Il est de notre devoir de mettre le plus précocement possible, des stratégies de prise en charge pour éviter chez ces patients une perte d'autonomie et donc une surconsommation du système de soins.

ANNEXES

Annexe 1 : Évaluation gériatrique destinée aux Urgences

Lieu et date : A _____, le ___/___/_____
 Statut de la personne remplissant le questionnaire : Patient Autre : _____
 Directives anticipées : OUI NON
 Accord pour prise en charge en soins critiques : OUI NON
 Lieu de vie : EHPAD Domicile Autre : _____
 Aidant : NON OUI, lequel : _____

Étiquette patient

Intitulé	Cotation	Score
LA FRAGILITE CLINICAL FRAILTY SCALE	1 Très en forme Personnes robustes, actives, énergiques et motivées. Font de l'exercice régulièrement. Parmi les plus en forme de leur âge.	
	2 Bien Personnes qui ne présentent aucun symptôme de maladie active mais qui sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très actives par période .	
	3 Assez bien Personnes dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés , mais ne sont pas règlement actives au-delà de la marche quotidienne.	
	4 Vulnérable Sans être dépendantes des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs symptômes limitent leurs activités . Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.	
	5 Légèrement fragile Personnes qui ont souvent un ralentissement plus évident , et ont besoin d'aide dans les activités d'ordre élevé de la vie quotidienne (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.	
	6 Modérément fragile Personnes qui ont besoin d'aide pour toutes les activités à l'extérieur et pour l'entretien de la maison . A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide pour prendre un bain et pourraient avoir besoin d'une aide minimale pour d'habiller.	
	7 Sévèrement fragile Totalement dépendantes pour les soins personnels , quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque de décéder (dans les prochains 6 mois).	
	8 Très sévèrement fragile Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.	
	9 En phase terminale Approchant de la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une espérance de vie < 6 mois , qui sinon ne sont pas fragile de façon évidente.	
CO-MORBIDITÉS SCORE ASA	1 Patient sans comorbidité 2 Patient avec une anomalie systémique modérée ; contrôlée 3 Patient avec une ou plusieurs comorbidités sévères ou non contrôlées 4 Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante 5 Patient moribond dont la survie est improbable sans intervention thérapeutique 6 Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe	
NUTRITION IMC	1 Surcharge/ Obésité 2 Corpulence « normal » (IMC entre 20 et 25) 3 Maigreur/Cachexie	
NEUROLOGIQUE SCORE DE GLASGOW	15 : Conscience normale 14 à 10 : Somnolence ou coma léger 9 à 7 : Coma lourd 6 à 3 : Coma profond	

Diagnostic médical : _____

Orientation du patient : réanimation médecine retour à domicile/EHPAD autre : _____

Annexe 2 : Score de fragilité – Clinical Frailty Scale



1 Très en forme - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.



2 Bien - Personnes qui ne présentent **aucun symptôme de maladie active** mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très **actives par période**. (par exemple des variations saisonnières).



3 Assez bien - Personnes dont les **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais ne sont **pas régulièrement actives** au-delà de la marche quotidienne.



4 Vulnérable - **Sans être dépendantes** des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs **symptômes limitent leurs activités**. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.



5 Légèrement fragile - Personnes qui ont souvent un **ralentissement plus évident**, et ont besoin d'aide dans les **activités d'ordre élevé de la vie quotidienne** (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 Modérément fragile - Personnes qui ont besoin d'aide pour **toutes les activités à l'extérieur** et pour **l'entretien de la maison**. A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide **pour prendre un bain** et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.



7 Sévèrement fragile - Totalement dépendantes pour les soins personnels, quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).



8 Très sévèrement fragile - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.



9 En phase terminale - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une **espérance de vie < 6 mois**, qui **sinon ne sont pas fragiles de façon évidente**.

Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

Les **symptômes courants de démence légère** inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.

Dans la **démence modérée**, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.

Dans la **démence grave**, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.

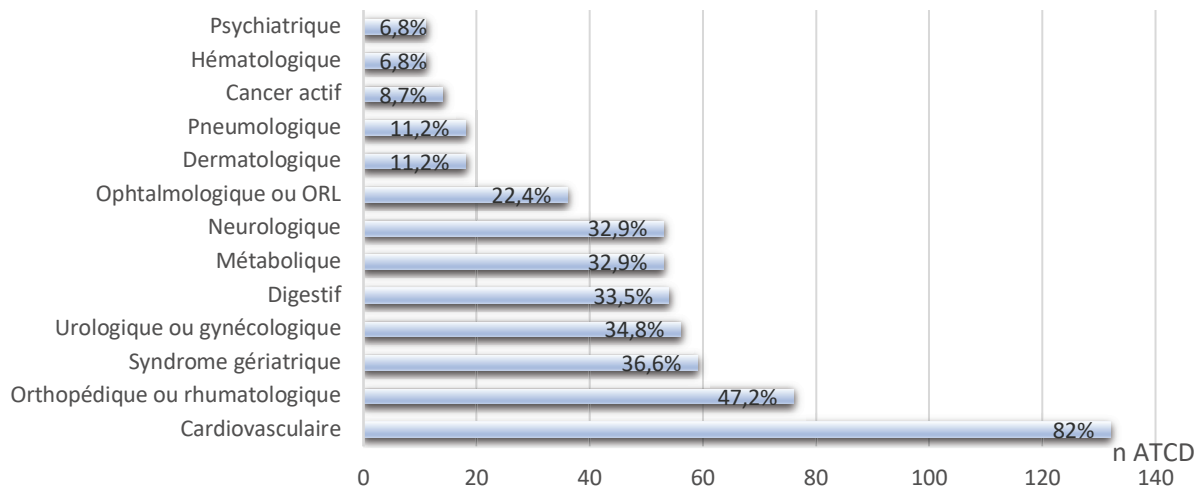
Annexe 3 : Score ASA

Etat de santé du patient	Score
Patient sain, en bonne santé, C'est-à-dire sans atteinte organique, physiologique, biochimique ou psychique.	1
Maladie systémique légère, patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction, par exemple : légère hypertension, anémie, bronchite chronique légère.	2
Maladie systémique sévère ou invalidante, patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité, par exemple : angine de poitrine modérée, diabète, hypertension grave, décompensation cardiaque débutante	3
Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction, invalidante, et qui met en jeu le pronostic vital, par exemple : angine de poitrine au repos, insuffisance systémique prononcée (pulmonaire, rénale, hépatique, cardiaque...)	4
Patient moribond dont l'espérance de vie ne dépasse pas 24 h, avec ou sans intervention chirurgicale	5

Annexe 4 : Score de Glasgow

	Ouverture des yeux : Y	Réponse verbale : V	Réponse motrice : M
6			Exécution des ordres simples
5		Cohérente, orientée	Adaptée, orientée à la douleur
4	Spontanée	Confuse	En flexion (évitement)
3	Sur ordre	Inappropriée	Décortication
2	A la stimulation douloureuse	Incompréhensible	Décérébration
1	Absente	Absente	Absente

Annexe 5 : Prévalence des comorbidités de la population de l'étude



Annexe 6 : Taux d'incidence de la population positive au Covid 19 dans les Alpes

Maritimes



REFERENCES

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017) World population ageing: 2017 highlights
2. Ellis G, Marshall T, Ritchie C (2014) Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *CIA* 2033. <https://doi.org/10.2147/CIA.S29662>
3. Aminzadeh F, Dalziel WB (2002) Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Annals of Emergency Medicine* 39:238–247. <https://doi.org/10.1067/mem.2002.121523>
4. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, et al (1993) Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *The Lancet* 342:1032–1036. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)92884-V](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)92884-V)
5. Graf CE, Zekry D, Giannelli S, et al (2011) Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the Emergency Department: a systematic review. *Aging Clin Exp Res* 23:244–254. <https://doi.org/10.1007/BF03337751>
6. Abraham P, Courvoisier DS, Annweiler C, et al (2019) Validation of the clinical frailty score (CFS) in French language. *BMC Geriatr* 19:322. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1315-8>
7. ASA Provides Examples to Each ASA Physical Status Class ASA Monitor American Society of Anesthesiologists. www.asanet.org/ASA-Monitor/ASA-Physical-Status-Class
8. Teasdale G, Jennett B (1974) ASSESSMENT OF COMA AND IMPAIRED CONSCIOUSNESS. *The Lancet* 304:81–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)91639-0)
9. Prasad K (1996) The Glasgow coma scale: A critical appraisal of its clinimetric properties. *Journal of Clinical Epidemiology* 49:755–763. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(96\)00013-3](https://doi.org/10.1016/0895-4356(96)00013-3)
10. Indice de masse corporelle — Wikipédia. [www.wikipedia.org/wiki/Indice_de_masse_corporelle](https://fr.wikipedia.org/wiki/Indice_de_masse_corporelle)
11. JIM.fr - Penser la gériatrie le 1 + 2 + 3 de Bouchon. www.jim.fr/
12. Bertrand P-M, Pereira B, Adda M, et al (2019) Disagreement Between Clinicians and Score in Decision-Making Capacity of Critically Ill Patients*: *Critical Care Medicine* 47:337–344. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003550>
13. De Gendt C, Bilsen J, Stichele RV, Deliens L (2013) Advance Care Planning and Dying in Nursing Homes in Flanders, Belgium: A Nationwide Survey. *Journal of Pain and Symptom Management* 45:223–234. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.02.011>

14. Zeisser M, Weber J-C (2016) Les directives anticipées : un semi-échec transitoire ? *Éthique & Santé* 13:156–163. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2016.04.001>
15. Smirdec M, Jourdain M, Guastella V, et al (2020) Impact of advance directives on the variability between intensivists in the decisions to forgo life-sustaining treatment. *Crit Care* 24:672. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03402-7>
16. Philippart F, Vesin A, Bruel C, et al (2013) The ETHICA study (part I): elderly's thoughts about intensive care unit admission for life-sustaining treatments. *Intensive Care Med* 39:1565–1573. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-2976-y>
17. Horvath B, Kloesel B, Todd MM, et al (2021) The Evolution, Current Value, and Future of the American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System. *Anesthesiology* 10.1097/ALN.0000000000003947. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003947>
18. Romero-Corral A, Somers VK, Sierra-Johnson J, et al (2008) Accuracy of body mass index in diagnosing obesity in the adult general population. *Int J Obes* 32:959–966. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.11>
19. Drevet S, Gavazzi G (2019) Dénutrition du sujet âgé. *La Revue de Médecine Interne* 40:664–669. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2019.05.003>
20. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M (2008) Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition* 27:5–15. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2007.10.007>
21. Garrouste-Orgeas M, Troché G, Azoulay E, et al (2004) Body mass index: An additional prognostic factor in ICU patients. *Intensive Care Med* 30:437–443. <https://doi.org/10.1007/s00134-003-2095-2>
22. Kakuma R, Du Fort GG, Arsenault L, et al (2003) Delirium in Older Emergency Department Patients Discharged Home: Effect on Survival. *Journal of the American Geriatrics Society* 51:443–450. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51151.x>
23. Shenvi C, Kennedy M, Austin CA, et al (2020) Managing Delirium and Agitation in the Older Emergency Department Patient: The ADEPT Tool. *Annals of Emergency Medicine* 75:136–145. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.07.023>
24. Tabue-Teguo M, Simo N, Gonzalez-Colaço Harmand M, et al (2017) Frailty in elderly: a brief review. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement* 15:127–137. <https://doi.org/10.1684/pnv.2017.0670>
25. Gilis M, Chagrot N, Koeberle S, et al (2021) Older adults with SARS-CoV-2 infection: Utility of the clinical frailty scale to predict mortality. *J Med Virol* 93:2453–2460. <https://doi.org/10.1002/jmv.26766>
26. Kaeppli T, Rueegg M, Dreher-Hummel T, et al (2020) Validation of the Clinical Frailty Scale for Prediction of Thirty-Day Mortality in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine* 76:291–300. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.03.028>

27. Elliott A, Taub N, Banerjee J, et al (2021) Does the Clinical Frailty Scale at Triage Predict Outcomes From Emergency Care for Older People? *Annals of Emergency Medicine* 77:620–627. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.09.006>
28. for the VIP2 study group, Guidet B, de Lange DW, et al (2020) The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. *Intensive Care Med* 46:57–69. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05853-1>
29. Pulok MH, Theou O, van der Valk AM, Rockwood K (2020) The role of illness acuity on the association between frailty and mortality in emergency department patients referred to internal medicine. *Age and Ageing* 49:1071–1079. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa089>
30. Niu X, Tilford B, Duffy E, et al (2016) Feasibility and Reliability of Pediatric Early Warning Score in the Emergency Department. *Journal of Nursing Care Quality* 31:161–166. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000162>
31. de Courson T, Sfeir C, de Guillebon G, et al (2019) Les directives anticipées à l'hôpital : l'affaire de tous ? *La Revue de Médecine Interne* 40:145–150. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2018.04.019>
32. da_formulaire_v2_maj-2.pdf

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.”

RESUME

INTRODUCTION : Avec le vieillissement démographique, les personnes de plus de 80 ans représentent le groupe d'âge progressant le plus rapidement et représentera d'ici 30 ans 1/5^{ème} de la population mondiale. Il en résulte une augmentation de la demande de soins et aussi de passages aux Urgences pour cette tranche d'âge, nécessitant de prises en charges spécifiques. Nous avons ainsi élaboré une évaluation gériatrique, utilisable aux Urgences, basée sur des scores simples et validés, pour faciliter la prise en charge adaptée des patients gériatriques : orientation, transmission commune de l'information, mise en place de plan de soins, souhaits du patient.

MATERIELS ET METHODE : Étude bi-centrique (CHU de Nice et CH de Cannes), prospective, incluant les patients de 80 ans et plus, passant dans les services d'Urgence, durant la période du 1 juin au 31 octobre 2020. L'objectif est d'évaluer la faisabilité d'une évaluation gériatrique dans les services d'Urgences. L'évaluation comporte plusieurs scores et items dont le Clinical Frailty Scale, le score ASA, le score de Glasgow, l'évaluation nutritionnelle, la présence de directives anticipées, l'accord pour une prise en charge en soins critiques, le lieu de vie et la présence d'aidants.

RESULTATS : 161 évaluations ont été réalisées, avec un taux de remplissage de 1,49% sur le CHU de Nice et 3,09 % sur le CH de Cannes dans la période considérée. La majorité des évaluations ont été réalisées en début de période. L'âge moyen des personnes inclus était de 88 ans. Nous retrouvons principalement des femmes vivant à domicile avec : un aidant, la présence de 6 antécédents et 5 traitements au long cours, une corpulence normale, un état de conscience conservé, un CSF moyen est de 4,4, un score ASA de 2,5. Ces mêmes patients ont donné leur accord pour une prise en charge en soins critique mais ne présentaient pas de directives anticipées.

CONCLUSION : Même si l'évaluation gériatrique aux Urgences paraît maintenant incontournable, notre étude a montré que sa réalisation, dans les conditions actuelles, peut encore être optimisée. Les prises en charge des patients âgés aux urgences sont souvent complexes et pluridisciplinaires, mais chronophages. L'intégration d'une expertise gériatrique et la création de filières de soins nous paraissent indispensables pour pouvoir appréhender au mieux cette population âgée encore grandissante dans les années à venir.