



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Analyse de la population de 75 ans et plus consultant aux urgences du
CH de Maubeuge.**

Présentée et soutenue publiquement le 13 septembre 2017 à 16H00
au Pôle Formation

Par Natacha Almoynes

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric Wiel

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raphaël Favory

Monsieur le Docteur Jean-Marie Renard

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Pascal Lapchin

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ADL	Activities of daily living
AEPf	Appropriateness evaluation protocol
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CH	Centre hospitalier
CIF	Classification internationale du fonctionnement
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNEG	Collège nationale des enseignants de gériatrie
DIM	Département d'information médicale
DS	Déviation standard
EGS	Evaluation gériatrique standardisée
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HAD	Hôpital à domicile
HDJ	Hôpital de jour
IADL	Instrumental activities of daily living
IC 95%	Intervalle de confiance à 95%
ISAR	Identification of senior at risk
MADI	Maintien à domicile impossible
OMS	Organisation mondiale de la santé
RUM	Résumé d'unité médicale
SA	Sambre-avesnois
SAU	Service d'accueil des urgences
SFMU	Société française de médecine d'urgence
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TRST	Triage risk stratification tool
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
USLD	Unité de soins longue durée

Table des matières

Résumé	1
Introduction.....	2
I. Epidémiologie	2
II. Définition des notions de référence	3
A. Le vieillissement.....	3
1. Définitions	3
2. Vieillesse et vulnérabilité	4
3. Modèle dynamique du Professeur Jean-Pierre Bouchon.....	4
B. La fragilité.....	5
1. Définitions	5
2. Modèle dynamique de la fragilité	6
3. La fragilité selon Fried	6
C. La dépendance.....	7
1. Définitions	7
2. Modèle de Wood	8
3. Echelles d'évaluation de la dépendance.....	9
III. Recommandations.....	10
A. Evaluation gériatrique standardisée	10
B. Dixième conférence de consensus de la SFMU	11
IV. Le score ISAR.....	12
V. La filière gériatrique	13
A. Filière gériatrique de soins	13
B. Parc gériatrique du bassin Sambre-Avesnois	14
C. L'EMG du CH de Maubeuge	15
Matériels et méthodes.....	17
I. Etude	17
II. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	17
III. Recueil de données	17
A. Questionnaire de recueil	17
1. Données administratives.....	18
2. Mode de vie.....	18
3. Autonomie	19
4. Données médicales.....	19
5. Equipe mobile de gériatrie	19
6. Orientation du patient.....	19
7. Remarques libres	19
B. Données recueillies dans le dossier médical	20
1. Traitement	20
2. Motif de consultation aux urgences.....	20
3. Mode d'arrivée aux urgences.....	21
4. Score de gravité CCMU	21
5. Comorbidités	21
6. Diagnostic principal retenu.....	22
7. Durée de prise en charge.....	22

8.	Devenir après le passage aux urgences	23
9.	Contact	23
C.	Mode de recueil des données	23
IV.	Critères de jugement principal et secondaires	23
V.	Statistiques	24
VI.	Ethique	24
Résultats	25
I.	Caractéristiques sociodémographiques de la population de l'étude	25
II.	Données concernant la consultation au SAU	27
A.	Personne à l'origine de la consultation au SAU – mode d'admission	27
B.	Motif de consultation aux urgences	28
C.	Score de gravité CCMU	28
D.	Données médicales	28
1.	Comorbidités	28
2.	Clinique	29
E.	Score ISAR	29
F.	Autonomie	30
G.	Diagnostic principal	31
III.	Passage dans la filière des urgences	31
A.	Durée de passage de la population de l'étude	31
B.	Durée de passage de la population totale du mois de mars	32
C.	Devenir après le passage au SAU	32
D.	Contact – courrier de sortie	32
IV.	Filière gériatrique	32
A.	Demande d'avis EMG	32
B.	Population évaluée par l'EMG	33
C.	Demande d'avis assistant social	34
V.	Analyse bivariée en fonction du score ISAR	34
A.	Age	34
B.	Mode de vie	35
C.	EMG	36
D.	Devenir après passage au SAU	36
VI.	Analyse bivariée en fonction de la durée de passage	36
A.	Comparaison jour et nuit	37
B.	Comparaison semaine et week-end	37
C.	Age	37
D.	Score ISAR	38
E.	Devenir après passage au SAU	38
F.	Avis EMG	38
VII.	Analyse bivariée en fonction du critère « hospitalisation »	39
A.	Age	39
B.	Avis EMG	39
Discussion	40
I.	Synthèse de l'état des lieux	40
II.	Concernant les objectifs secondaires	43
1.	Score ISAR	43
2.	Durée de prise en charge	44
3.	Critère « hospitalisation »	44
III.	Faiblesse et forces de l'étude	44
A.	Limites	44
B.	Forces	45
IV.	Perspectives et axes d'amélioration	45

A. Autres modes de fonctionnements.....	45
B. Le score ISAR, un score idéal ?.....	47
1. Score TRST.....	47
2. Avantage du score ISAR.....	47
3. Limites du score ISAR.....	48
C. Quelles perspectives pour le CH de Maubeuge ?.....	48
Conclusion.....	50
Références bibliographiques.....	51
Annexes.....	54
Annexe 1 : Déclaration CNIL.....	54
Annexe 2 : Critères de fragilité de Fried.....	55
Annexe 3 : Score ADL.....	56
Annexe 4 : Score IADL.....	57
Annexe 5 : Score ISAR.....	58
Annexe 6 : Stratégie diagnostique et d'orientation de la personne de plus de 75 selon la SFMU.....	59
Annexe 7 : Recueil des informations au SAU selon la SFMU.....	60
Annexe 8 : Fiche de sortie type selon la SFMU.....	61
Annexe 9 : Questionnaire de l'étude.....	62
Annexe 10 : Algorithme FAST-TRACK des personnes âgées.....	64
Annexe 11 : Stratégie de prise en charge de l'AEPf.....	65
Annexe 12 : Score TRST.....	66
Le Serment d'Hippocrate.....	67

RESUME

Contexte : Les urgences sont la principale voie d'accès à l'hôpital des personnes âgées. En 2003, la conférence de consensus de la SFMU rappelle leur prise en charge. La fragilité doit être dépistée par le score ISAR. L'objectif principal est la réalisation d'un état des lieux des personnes âgées consultant aux urgences du centre hospitalier de Maubeuge.

Méthode : Etude prospective, observationnelle, monocentrique, du 1er au 31 mars 2017. Tous les patients de 75 ans et plus étaient inclus. Les données étaient recueillies par analyse du questionnaire rempli par le médecin de garde et étude du dossier médical informatisé.

Résultats : 122 patients étaient inclus. La moyenne d'âge était de 88,5 IC 95% [84,5-86,5] et 77% étaient des femmes. La plupart vivaient à domicile (87%). Le score ISAR était supérieur ou égal à deux chez 64,8% avec une moyenne de 3,05 IC 95% [2,76-3,35]. 11 avis de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) ont été donnés, dont 9 pour un score ISAR supérieur ou égal à 2. Le score ISAR n'influçait pas la durée de prise en charge ($p = 0,53$), tout comme l'âge ($p = 0,15$). La durée moyenne de prise en charge était de 4h43 IC 95% [4h18-5h08]. Le devenir était significativement différent selon l'évaluation par l'EMG ($p = 0,01$). Les deux diagnostics principaux retrouvés étaient les lésions traumatiques et le maintien à domicile impossible.

Conclusion : Les personnes âgées nécessitent un temps dédié de consultation aux urgences. L'intervention de l'EMG est un soutien pour une évaluation globale pluridisciplinaire.

INTRODUCTION

I. Epidémiologie

La population française est en hausse et également vieillissante. Au 1er janvier 2017, 19,2% de l'ensemble de la population est âgé de 65 ans et plus, 9,1% de 75 ans et plus. (1)

Le vieillissement de la population est multifactoriel. Il peut s'expliquer par une baisse de la fécondité, l'arrivée des générations du baby-boom ainsi que par une augmentation de l'espérance de vie. Tout cela paraît dans un contexte de progrès scientifiques et d'amélioration des conditions de vie.

Les projections pour 2060 de l'institut nationale de la statistique et des études économiques (INSEE) prévoient la poursuite du vieillissement de la population avec une augmentation de 80% de la population de 60 ans et plus, entre 2007 et 2060. Ce qui représenterait 23,6 millions d'individus. (2)

Associée à ces modifications démographiques, la fréquentation des urgences est en hausse. On note 13,6 millions de passages en France en 2001 pour 18,5 millions en 2011, selon l'étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). 70% des consultations aux urgences sont spontanées, sans avis médical au préalable. Selon différentes études les personnes de 75 ans et plus représentent entre 12% et 14% des passages. (3–6) Les urgences sont pour eux une des principales voies d'accès à l'hôpital. (7)

Les patients de 75 ans et plus nécessitent une prise en charge spécialisée et adaptée à leur profil polyopathologique. (8) Les délais d'attente sont une problématique pour ces populations fragiles et à haut risque de décompensation. Les équipes des urgences doivent faire face à plusieurs difficultés : la multitude des motifs de consultation, le manque d'informations sur le patient, les atypies sémiologiques, le risque d'iatrogénie et le manque de ressources. (9) Le défi consiste, dans des conditions de prise en charge classique, à effectuer une démarche médicale,

diagnostique et thérapeutique spécifique. Tout en analysant la situation environnementale. (7)

L'objectif principal de l'étude est de faire un état des lieux médical, environnemental et social, de la population gériatrique consultant aux urgences du centre hospitalier (CH) de Maubeuge. Les objectifs secondaires sont de déterminer s'il existe des facteurs influençant la durée de prise en charge des patients de plus de 75 ans aux urgences ainsi que d'évaluer la pertinence du passage aux urgences de cette population. Nous essaierons enfin de proposer des pistes d'amélioration pour le recours aux soins.

II. Définition des notions de référence

La notion de « personne âgée » varie dans la littérature médicale.

La représentation sociale d'une personne âgée est associée à l'âge de la retraite, soit environ entre 60 et 65 ans. Il s'agit d'une personne ayant les attributs sociaux et physiologiques de la vieillesse, tels que définis par la société. Cette définition est donc modulable.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), une personne est âgée à partir de 65 ans. (10,11)

La société française de médecine d'urgence (SFMU) définit le patient gériatrique comme un « patient âgé polypathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et ne relevant pas d'un service de spécialité ». (12)

De multiples notions sont associées à celle de « personne âgée ». Leurs définitions se chevauchent souvent. On retrouve notamment le vieillissement, la fragilité et la dépendance.

A. Le vieillissement

1. Définitions

Le vieillissement est « un processus physiologique concourant à l'ensemble des modifications physiologiques durables survenant après la phase de maturité. La notion de physiologie exclut les modifications induites par la maladie. Le vieillissement a pour caractéristique d'être progressif, universel, et classiquement inéluctable et irréversible, même si aujourd'hui il apparaît comme modulable pour certains aspects. ». (13)

Les effets du vieillissement sur l'organisme sont multiples. Il s'accompagne d'une diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme, ce qui induit des difficultés d'adaptation aux agressions externes. Ces effets sont hétérogènes d'un individu à l'autre.

D'un point de vue biologique il est le produit de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Ils entraînent une dégradation des capacités physiques et mentales, mais aussi des capacités d'adaptation.

En sociologie, il est considéré comme la dernière étape du cycle de la vie.

2. Vieillesse et vulnérabilité

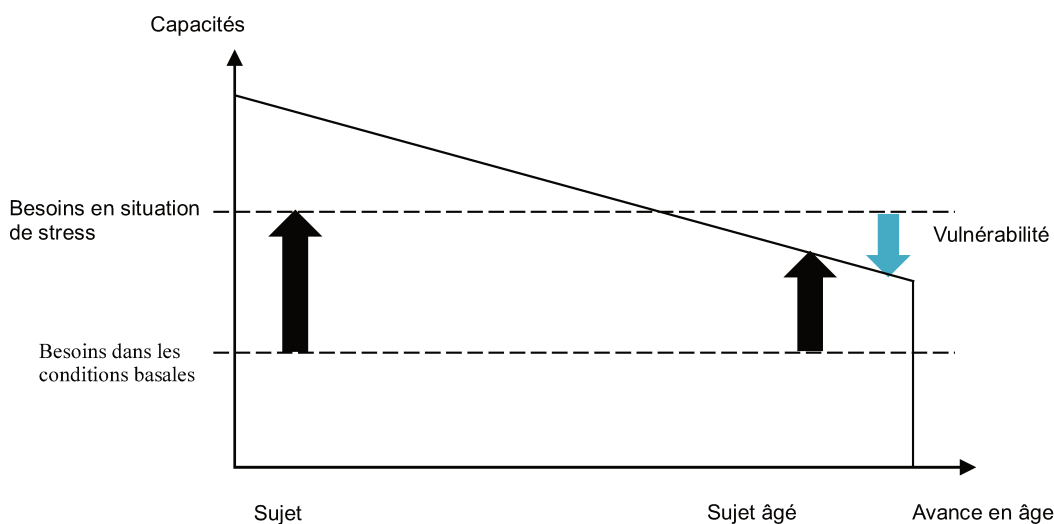


Figure 1 : Vieillesse et vulnérabilité

Le vieillissement se décline selon 3 modalités, réussi, normal et pathologique. Le vieillissement réussi est une forme de vieillissement idéal avec peu de comorbidités et une absence de perte de capacités. Il s'oppose au vieillissement pathologique, avec comorbidités. Le vieillissement normal correspond au vieillissement physiologique. (14)

3. Modèle dynamique du Professeur Jean-Pierre Bouchon

En 1984 le Professeur J-P. Bouchon a proposé un modèle dynamique de décompensation fonctionnelle. Avec le vieillissement les capacités fonctionnelles pour faire face à une agression diminuent. Ce d'autant plus que des comorbidités se

surajoutent. Ce raisonnement gériatrique, encore appelé « 1+2+3 de Bouchon » requiert une évaluation gériatrique globale, médicale, psychologique et sociale. (11,14)

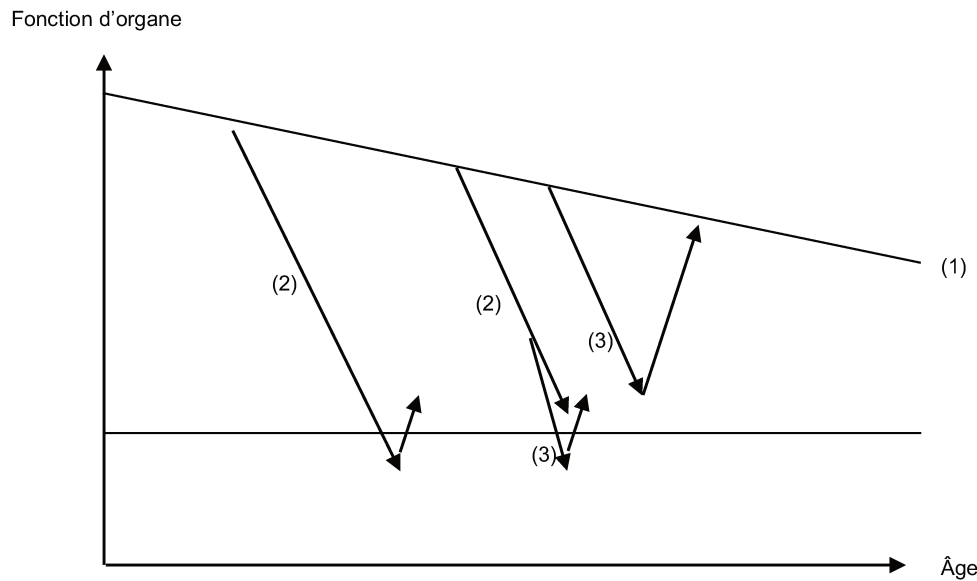


Figure 2 : « 1+2+3 Bouchon »

La courbe (1) représente le vieillissement physiologique. La courbe (2) une pathologie chronique d'organe. La courbe (3) montre une pathologie aiguë surajoutée, facteur déclenchant d'une décompensation.

B. La fragilité

1. Définitions

Aucune définition consensuelle n'existe aujourd'hui. Elle évolue selon les époques et les cultures. Elle n'est pas figée dans le temps et correspond à un état instable et évolutif. Plusieurs notions s'intriquent avec celle de la fragilité, notamment les comorbidités, l'âge et la dépendance.

Au cours des années de multiples définitions ont été décrites avec l'apparition de la notion de réserves physiologiques et de capacité de réponse au stress. L'aspect multidimensionnel doit être intégré à la définition de la fragilité.

Le collège national des enseignants de gériatrie (CNEG) définit la fragilité comme « un état instable correspondant à une sous-population des personnes âgées soumises à une désadaptation des mécanismes de régulation aboutissant à un déficit progressif et multiple des fonctions physiologiques et cellulaires avec une diminution des capacités de réserve et une limitation précoce et insidieuse des aptitudes

relationnelles et sociales. Plus sensible aux facteurs de stress et d'environnement, avec des difficultés à faire face, la personne âgée devenue fragile est alors exposée à une morbidité incidente accrue avec la survenue ou l'accentuation des pertes d'autonomie pouvant conduire à la dépendance. ».

La SFMU propose comme définition « un risque de déséquilibre entre des éléments somatiques, psychiques et sociaux, provoqué par une agression même minime. En pratique, elle se manifeste et s'évalue par l'apparition de troubles cognitifs, comportementaux et sensoriels, de polyopathologies, de polymédications, et par l'accroissement des besoins d'aides dans la vie quotidienne. ». (12)

2. Modèle dynamique de la fragilité

La fragilité peut se concevoir selon un modèle dynamique. Elle se place entre le vieillissement pathologique et le vieillissement normal. (14)

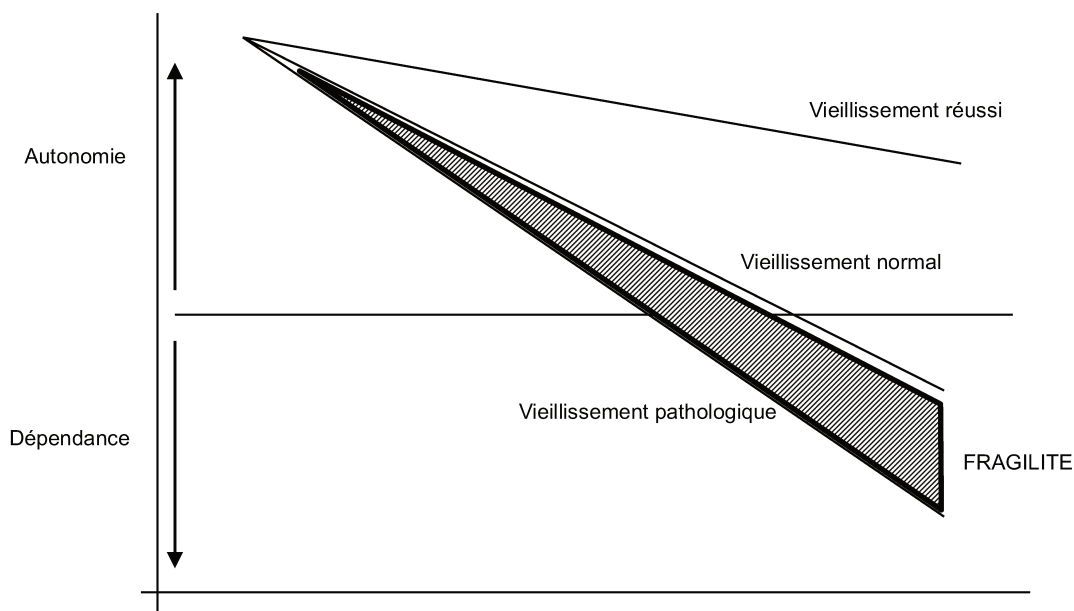


Figure 3 : Modèle dynamique de la fragilité

3. La fragilité selon Fried

Dans un modèle d'évaluation, Fried a décrit 3 stades de fragilité, le stade pré-fragile ou fragilité primaire, la fragilité usuelle ou fragilité secondaire et la fragilité pathologique ou tertiaire. (14,15)

Selon Fried les 5 critères de fragilité sont : (Annexe 2)

- perte de poids non intentionnelle,

- mauvaise endurance ou fatigue subjective,
- sédentarité et activité physique,
- vitesse de marche,
- force de poigne.

La définition des stades de fragilité est :

- le stade de fragilité primaire répond aux critères de fragilité sans comorbidité, sans iatrogénie ni perte d'autonomie et de dépendance ;
- le stade secondaire répond à 3 critères de l'index avec ou sans comorbidité et un certain degré de perte d'autonomie mais sans dépendance ;
- le stade tertiaire correspond à 4 ou 5 critères de l'index de Fried avec comorbidités, polymédications et un certain degré de dépendance.

C. La dépendance

1. Définitions

La dépendance est définie par la loi du 24 janvier 1997 comme « l'état de la personne qui a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou qui requiert une surveillance régulière ». (16)

Pour le CNEG, la dépendance est « l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer, sans aide, les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement ». (11)

Selon le modèle de Wood, la dépendance est définie comme la nécessité d'une aide extérieure pour la réalisation de toutes ou d'une partie des besoins fondamentaux. Un individu est considéré comme dépendant s'il ne réalise pas correctement, habituellement, totalement, seul et spontanément, une ou plusieurs activités.

La dépendance est à rechercher et à prendre en charge, au même titre que toute pathologie somatique. Il est nécessaire de faire cette évaluation de façon systématique afin de repérer les incapacités, pallier aux besoins du patient, proposer un plan de soins et de prise en charge globale

2. Modèle de Wood

Dans ce modèle six besoins fondamentaux ou rôles vitaux sont définis :

- la mobilité,
- l'orientation,
- la sécurité,
- l'hygiène,
- les occupations,
- la nutrition.

En 1980, l'OMS a repris la classification de Wood pour distinguer les niveaux de retentissement de la maladie. Wood distingue trois éléments, la déficience, l'incapacité et le désavantage. (13,17)

La déficience correspond à une perte ou à un dysfonctionnement d'organe, d'appareil ou de système suite à une lésion ou un dysfonctionnement.

L'incapacité est une des conséquences de la déficience, en termes de fonction ou de performance.

Le désavantage ou handicap résulte de l'incapacité. Il représente les difficultés ou impossibilités à remplir les rôles sociaux. Il traduit l'écart entre l'incapacité physique et intellectuelle de la personne et les normes habituelles de qualité de vie. Le handicap dépend aussi de l'environnement naturel et social, et des caractéristiques propres à l'individu.

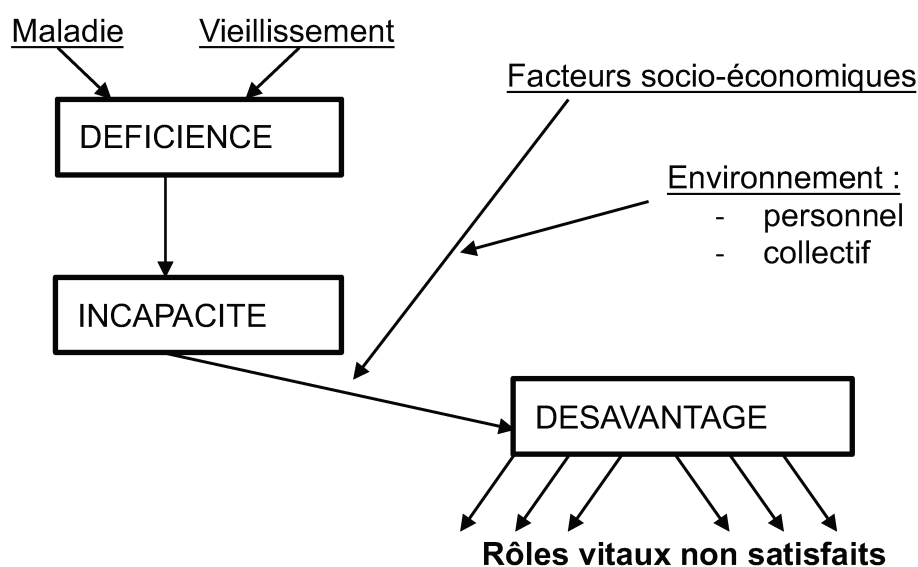


Figure 4 : Modèle de Wood

Cette classification a été remplacée en 2001 par la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF 2001). Elle recense les altérations de structure et de fonction qui induisent des limitations fonctionnelles et restrictions d'activités, qui limitent la participation.

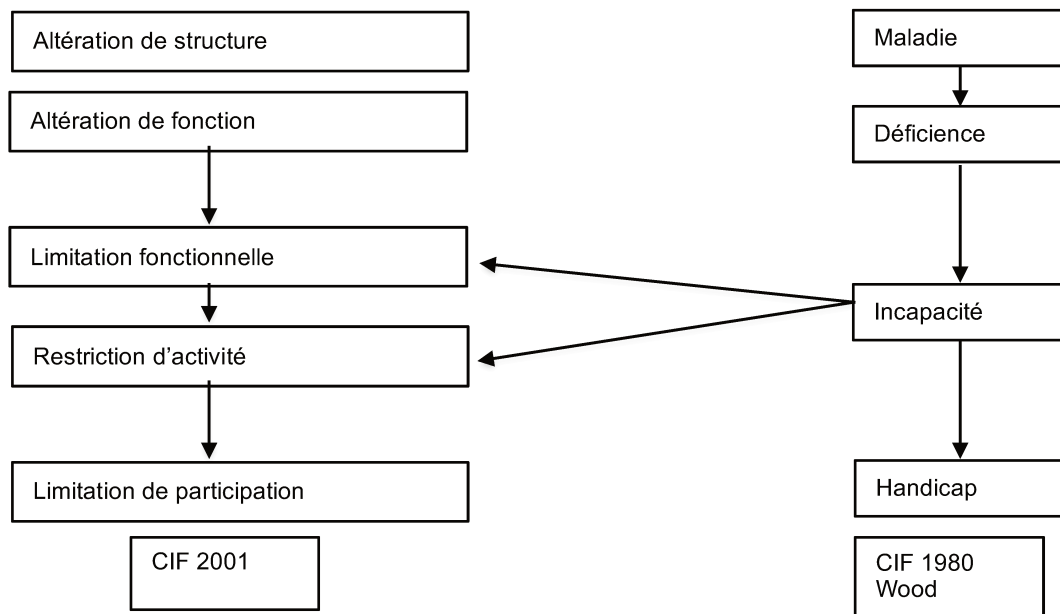


Figure 5 : Classification internationale du fonctionnement

3. Echelles d'évaluation de la dépendance

D'autres échelles d'évaluation de l'autonomie existent : (11,13,14,18)

- ADL (activities of daily living) de Katz, (Annexe 3)
- IADL (instrumental activities of daily living) de Lawton, (Annexe 4)
- grille AGGIR (autonomie gérontologie groupes iso-ressources).

→ ADL

C'est une échelle des activités basales de la vie quotidienne. Elle est simple et rapide mais ne prend pas en compte les déplacements. Elle est largement utilisée dans la littérature internationale. Cette échelle est utile dans les services d'hospitalisation. Cependant elle ne prend pas en compte les conséquences des dépendances d'origine cognitive.

L'échelle ADL comporte 6 items : l'hygiène, l'habillement, la toilette, la locomotion, la continence et la prise des repas. Chaque item est coté sur 0, ½ ou 1 point selon si

le patient est dépendant, autonome partiellement ou autonome totalement pour la tâche évaluée. Le score final est entre 0 et 6 points. L'altération d'un ou plusieurs items est le reflet d'une perte d'autonomie. Un score de 6 indique une autonomie complète. Une personne âgée dont le score est inférieur à 3 est considérée comme dépendante.

→ IADL

C'est l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne. Son objectif est d'évaluer l'utilisation des outils de la vie quotidienne et de dépister les troubles de la fonction exécutive. Elle est rapide et nécessite un temps d'apprentissage court. Elle peut être réalisée par un médecin, une infirmière, aide-soignante ou un travailleur social. Elle est adaptée aux personnes vivant à domicile. Parfois la personne a des difficultés à apprécier ses capacités réelles, l'aide d'un accompagnant est alors requise. Il existe un complément de l'IAD, l'IADL-e. Elle permet l'évaluation des capacités d'entretien quotidien.

Elle comporte 4 items : la capacité à utiliser le téléphone, à utiliser les moyens de transport, à gérer la prise de médicaments et à gérer le budget. Chaque catégorie obtient un score de 0 si le patient est autonome ou 1 point s'il est dépendant pour l'activité. Un score de 0 indique une autonomie complète. L'objectif de cette échelle est de dépister les sujets qui présentent une démence non encore diagnostiquée ou qui la développeront dans l'année.

→ AGGIR

Grille AGGIR. Elle évalue l'état fonctionnel d'une personne et les classe selon le niveau d'aide requise. Il y a 6 niveaux GIR (groupe iso-ressources), GIR 1 (niveau d'aide le plus élevé) à GIR 6 (niveau d'aide le plus bas). Cette classification est utilisée pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

III. Recommandations

A. Evaluation gériatrique standardisée

Devant la complexité du sujet gériatrique, une EGS est recommandée. L'EGS permet de prévenir la dépendance et les risques de perte d'autonomie. Elle correspond

à une démarche diagnostique multidimensionnelle et pluridisciplinaire de la personne âgée. L'EGS doit être effectuée par une équipe formée et dure en moyenne une à deux heures. (14)

Toute consultation aux urgences doit être un prétexte de recherche de situation à risque afin d'intégrer la personne âgée dans la trajectoire de soins la plus adaptée à sa situation. L'EGS comprend l'évaluation minimale de la personne âgée. A cette évaluation standardisée s'ajoutent un examen clinique complet et des bilans paracliniques au besoin.

DOMAINE	EVALUATION
Evaluation situationnelle sociodémographique	- âge, niveau culturel, - niveau des aides, niveau de confinement (visites et horaires), - qualité de l'habitat, etc.
Qualité de vie	- échelle Iris ou IOWA
Fonctions cognitives	- test Codex - test de l'horloge - test des 5 mots - mini mental test (MMS) de Folstein
Humeur, dépression	- mini-GDS - GDS
Autonomie	- ADL - IADL - AGGIR
Marche, équilibre	- station unipodale - timed up and go test - test de Tinetti
Etat nutritionnel	- mini-MNA - MNA
Statut sensoriel	- échelle de Jaegger - voix chuchotée
Risque d'escarre	- échelle de Norton - échelle de Braden
Conditions de vie, situation sociale	- entretien avec la famille - assistante sociale
Environnement	- visite du domicile - aide du kinésithérapeute - aide de l'ergothérapeute
Charge de l'entourage	- inventaire du fardeau (Zarit)

Tableau 1 : Evaluation gériatrique standardisée

B. Dixième conférence de consensus de la SFMU

En 2003, la dixième conférence de consensus de la SFMU fait une mise au point sur la prise en charge des patients de plus de 75 ans aux urgences. (12)

La particularité de cette conférence de consensus est d'être centrée sur un type de malade et non sur une pathologie ou un motif de recours.

Un algorithme décisionnel (Annexe 6) est proposé pour repérer les patients en contexte de fragilité, patente ou latente. Le passage aux urgences doit être saisi afin d'intégrer la personne âgée dans la trajectoire de soins la plus adaptée. Pour cela une étroite collaboration entre les services d'urgences et de gériatrie est nécessaire.

Le score ISAR (identification of senior at risk) est au centre de cet algorithme. (Annexe 5) Si une évaluation globale n'a pas pu être faite, un dépistage de la fragilité via ce score est à réaliser de façon systématique chez tous les patients de 75 ans et plus.

Une liste d'éléments est à recueillir, dans la zone d'accueil et en zone de soins, par l'ensemble des personnels participant à la prise en charge du patient. (Annexe 7)

Dans un objectif de prise en charge globale et de relai d'informations, une fiche de sortie type est présentée. (Annexe 8) Elle rappelle :

- le diagnostic retenu,
- les comorbidités,
- les prescriptions de sortie et modifications apportées au traitement habituel,
- l'organisation ou non du retour au lieu de domicile,
- les mesures mises en place (aides, paramédicaux, matériel, portage des repas, autres),
- si le médecin a été informé tout comme l'entourage,
- les consignes de suivi.

IV. Le score ISAR

Le score ISAR, est au centre de l'arbre décisionnel de la recommandation de la SFMU. (12)

Ce score a été développé par l'équipe canadienne de Jane McCusker dans la fin des années 1990. Aucun score d'évaluation de la fragilité de la population gériatrique n'existait au moment de sa création. (19)

Il permet le dépistage des patients fragiles et la détection de survenue d'événements de santé défavorables à six mois (décès, institutionnalisation et perte d'autonomie) (19,20) mais aussi le risque d'hospitalisation ou de nouvelle consultation aux urgences. (20,21)

Il est fortement corrélé au niveau d'incapacité et a une pertinence clinique immédiate.

Il contient six items auxquels une réponse « oui / non » est apportée. Pour chaque réponse « oui » on compte un point. Un patient est considéré comme fragile ou à risque d'événement de santé défavorable dans les six mois si le score est supérieur ou égal à deux. (Annexe 5)

Le score ISAR est d'utilisation simple et rapide. C'est un questionnaire validé dans un service d'urgences. Il peut être rempli par le patient lui-même, en auto-questionnaire, par un accompagnant, ou encore avec l'aide d'un membre de l'équipe médicale. Il n'y a pas de différence en termes de performances diagnostiques selon les tranches d'âge. (19)

Cependant, les items ne sont pas très spécifiques. En effet, d'autres items correspondant aux syndromes gériatriques et favorisant une aggravation de la fragilité clinique sont absents du score ISAR. Comme les chutes, l'incontinence ou encore le niveau d'autonomie fonctionnelle. (19)

V. La filière gériatrique

A. Filière gériatrique de soins

La filière gériatrique est définie par la circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. (22) Elle s'ajoute à la Loi du 28 mars 2007 sur les réseaux de santé n° 2002-303. (23)

« La filière de soins gériatriques hospitalière constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Du fait de sa dimension territoriale, une filière doit par conséquent s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique que sont le court séjour gériatrique, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques), les soins de longue durée. L'expression de cette fédération est confortée par l'élaboration d'une convention liant tous les établissements membres d'une filière et précisant son mode de fonctionnement. Une filière de soins gériatriques s'appuie de surcroît, nécessairement, sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation. Le

développement des conventions de coopération entre établissement de santé et EHPAD répond notamment à cet objectif. »

La filière gériatrique est une filière de soins avec objectif principal une prise en charge cohérente de la population gériatrique. Ses buts sont de :

- proposer un panel d'intervention large, consultations et hospitalisations,
- favoriser l'accès aux soins selon les besoins,
- fournir un avis spécialisé gériatrique,
- prévenir la dépendance et favoriser le maintien à domicile dans de bonnes conditions,
- favoriser la coordination et la continuité des soins,
- former les personnels de santé.

De multiples ressources font partie intégrante de la filière gériatrique. (12)

Pôles hospitaliers	Domicile de la personne âgée
Equipe mobile gériatrique (EMG)	Le médecin traitant
Court séjour gériatrique (CSG)	Le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination)
Hôpital de jour (HDJ) gériatrique	Les paramédicaux libéraux
Consultation gériatrique avancée	Les SSIAD (service de soins infirmier à domicile)
Pôle d'évaluation	Les associations d'aide à domicile
Consultation mémoire	Les hospitalisations à domicile (HAD)
Soins de suite et rééducation gériatrique (SSRG)	
EHPAD et unités de soins de longue durée (USLD)	

Tableau 2 : Ressources de la filière gériatrique selon la SFMU

B. Parc gériatrique du bassin Sambre-Avesnois

Le bassin Sambre-Avesnois (SA) propose une offre de soins gériatriques.

En 2015, un bilan gériatrique mené par l'agence régionale de santé (ARS) de la région Hauts de France fait un état des lieux sur l'offre de soins de la filière gériatrique: (24)

- pour le CSG, la capacité du bassin SA est de 48 lits, soit 25,08 lits pour 10 000 habitants de plus de 75 ans. Dans le département du Nord la capacité est 553 lits au total soit 28,25 lits pour 10 000 habitants de plus de 75 ans,
- 30 EMG existent dans la région avec 13 dans le département du Nord et 2 pour le bassin SA. Elles ont généré 7 478 interventions au total en 2015 dans le Nord, 3 589 dans les services et 3 489 aux urgences,

- un service d'HDJ est présent dans la zone SA sur les 31 du Nord,
- 4 services de SSRG offrent la capacité de 38,14 lits pour 10 000 habitants dans la zone SA, contre 55,22 dans le Nord,
- il existe 2 services d'USLD pour le SA, pour 16 services dans le Nord. Soit 100 lits sur les 961 disponibles dans le département,
- de multiples EHPAD sont présentent sur le territoire,
- un service d'évaluation psycho-gériatrique est présent au CH d'Hautmont,
- il n'y a pas d'unité d'hospitalisation renforcée au sein du territoire SA,
- le réseau de santé « réseau gérontologique Sambre-avesnois » couvre le territoire. Il comptait 180 nouveaux patients en 2013, 120 en 2014. On retrouve notamment l'association MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie).

	CH Avesnes	CH Jeumont	CH Maubeuge	CH Fourmies	CH Hautmont	CH Felleries-Liessis
CSG						
SSRG						
Unité cognitivo-comportementale						
USLD						
EMG						
Consultation gériatrique						
HDJ						
EHPAD						
HAD						
SSIAD	Aulnoye-aymeries Avesnes-sur-Helpe Fourmies Hautmont Landrecies Louvroil Maubeuge					
Réseau de santé gériatrique	Réseau de santé gériatrique du territoire Sambre-Avesnois (Maubeuge, Hautmont, Aulnoye-Aymeries, Avesnes-sur-Helpe, Felleries, Solre-le-Château, Fourmies)					
CLIC	CLIC du Val de Sambre (Maubeuge) et CLILC de l'Avesnois (Avesnes-sur-Helpe)					
Plateforme de répit	Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants de Sambre-Avesnois (Bachant, Maubeuge, Anor, Roussies)					
Autres	Hébergement temporaire (Trélon, Maubeuge, Ferrière-la-Grande, Marpent, Berlaimont, Cousolre)					
	Accueil de jour					
	Equipes spécialisées Alzheimer au domicile					

Tableau 3 : Bassin gériatrique Sambre-Avesnois

C. L'EMG du CH de Maubeuge

Selon la circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, l'EMG permet de dispenser une expertise gériatrique dans les services de court séjour et aux urgences. (22,23)

Ses rôles sont multiples :

- la pratique d'une évaluation gériatrique globale, médico-psychosociale,
- la dispense d'un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique,
- la contribution à l'élaboration et à la réalisation d'un projet de soins et de vie,
- l'orientation des patients dans les filières de soins,
- la participation à l'organisation de la sortie du patient,
- le conseil et la formation des équipes soignantes.

L'EMG du CH de Maubeuge est composée de cinq médecins (1,6 ETP, équivalent temps plein), une infirmière diplômée d'état (1 ETP), un assistant social (0,3 ETP), un ergothérapeute (0,2 ETP), une diététicienne (0,1 ETP) et un secrétaire (0,3 ETP). Elle intervient, du lundi au vendredi de 8H30 à 16H45, dans l'ensemble des services du CH de Maubeuge.

En 2016, elle a effectué 762 interventions au total avec 71 (9,3%) pour le service des urgences et 170 (22,3%) pour l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

MATERIELS ET METHODES

I. Etude

Il s'agissait d'une étude prospective, observationnelle, analytique et monocentrique.

Elle a été réalisée au service d'accueil des urgences (SAU) du CH de Maubeuge, du 1er mars au 31 mars 2017 inclus, après accord du chef de service.

II. Critères d'inclusion et d'exclusion

L'ensemble des patients de plus de 75 ans consultant au SAU étaient inclus. Aucune différence n'était faite entre ceux passant par le circuit long et le circuit court. Tous les patients étaient inclus, quel que soit le motif de consultation et la gravité à l'entrée. Le recueil a été réalisé jour et nuit, du lundi au dimanche.

La barrière de la langue était un critère d'exclusion si aucun interprète n'était présent. Les patients étaient exclus quand la fiche de recueil était totalement vide.

III. Recueil de données

Dans la zone d'accueil et d'orientation, un questionnaire (Annexe 9) sous format papier était joint au dossier médical des patients à inclure. Ce questionnaire était rempli par le médecin urgentiste de garde ou l'interne en poste. Une fois complétés, les questionnaires étaient régulièrement centralisés au secrétariat.

Une fiche d'information sur l'étude, sa durée, les critères d'inclusion et d'exclusion a été affichée dans le service deux semaines avant le début de l'étude.

A. Questionnaire de recueil

Plusieurs types d'informations étaient recueillies :

- données administratives,
- mode de vie,
- autonomie,
- données médicales,

- équipe mobile de gériatrie,
- orientation du patient,
- remarques libres.

1. Données administratives

Il était noté la présence ou l'absence :

- d'un courrier du médecin traitant ou d'une fiche de liaison de l'EHPAD,
- d'une ordonnance avec le traitement de fond,
- d'un accompagnant.

La personne ayant été à l'origine de la consultation au SAU était recherchée :

- le médecin traitant,
- entrée spontanée du patient ou demande de la famille,
- régulation médicale par le SAMU (service d'aide médicale urgente).

Il n'était pas fait de différence entre une orientation par le médecin traitant ou le personnel médical de l'EHPAD.

2. Mode de vie

Le score ISAR était calculé. (Annexe 5) Il était coché « oui » ou « non » pour chaque question :

- avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?
- depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?
- avez-vous été hospitalisé pour un ou plusieurs jours ces six derniers mois ?
- dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ?
- dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoire ?
- prenez-vous plus de trois médicaments par jour ?

L'item « mode de vie » reprenait le lieu de vie du patient :

- domicile ou dans la famille,
- maison de retraite ou EHPAD,
- foyer-logement,
- hospitalisation long séjour,
- HAD,
- attente de placement.

Il était noté si le patient vivait seul ou accompagné.

L'item « aidant principal » cherchait s'il y avait ou non un aidant et s'il était connu.

L'item « aides en place » listait les aides à domicile déjà en place :

- téléalarme,
- portage des repas,
- aides à domicile (auxiliaire de vie, aide-ménagère, aide-soignante, infirmière).

L'item « passage assistant social » recherchait la demande d'un avis social. Nous n'avons pas fait de différence entre un avis social demandé aux urgences et une demande d'avis à distance via une bannette de demandes.

Enfin l'item « protection juridique » signalait la présence ou l'absence d'une protection juridique par sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle.

3. Autonomie

Les score ADL et IADL étaient mesurés (Annexes 3 et 4). Il fallait cocher « oui » si le patient était autonome pour la tâche ou « non » s'il était dépendant.

4. Données médicales

Quatre items évaluaient l'état clinique « état général » (bon ou mauvais), « troubles cognitifs » (oui ou non), « agitation » (oui ou non) et « humeur triste » (oui ou non).

L'urgentiste prenant en charge le patient était interrogé sur le caractère évitable de la consultation aux urgences.

5. Equipe mobile de gériatrie

Il était noté si l'EMG avait été sollicitée, dans quelle service (urgences, UHCD, service d'hospitalisation), pour quel motif et à quelle heure. La demande d'une consultation gériatrique ambulatoire par le SAU était recherchée.

L'EMG était interrogée sur le caractère évitable du passage aux urgences.

6. Orientation du patient

Les deux items demandés étaient la prise de contact avec la famille ou l'aidant ainsi que le médecin traitant.

7. Remarques libres

Une partie avait été laissée pour les éventuelles remarques sur la prise en charge du patient.

B. Données recueillies dans le dossier médical

Des éléments ont été rassemblés avec l'aide du département d'information médicale (DIM) par consultation a posteriori du dossier patient informatisé :

- traitement,
- motif de consultation aux urgences,
- mode d'arrivée aux urgences,
- score de gravité CCMU,
- comorbidités,
- diagnostic principal,
- durée de prise en charge,
- devenir après le passage au SAU.

1. Traitement

Le nombre de médicaments pris par le patient était recueilli sans différenciation entre les classes médicamenteuses.

2. Motif de consultation aux urgences

Les motifs de consultation aux urgences ont été rassemblés par classes :

- maladies de l'appareil circulatoire,
- maladies de l'appareil respiratoire,
- maladies du système nerveux,
- lésions traumatiques,
- altération de l'état général,
- maintien à domicile impossible (MADI),
- douleur,
- maladies de l'appareil ORL,
- maladies de l'appareil génito-urinaire,
- maladies de l'appareil digestif,
- anomalies au bilan biologique,
- problèmes de matériel médical,
- renouvellement d'ordonnance,
- allergie,
- troubles mentaux et du comportement.

3. Mode d'arrivée aux urgences

Plusieurs modes étaient possibles :

- moyens personnels ou transport en commun,
- ambulance non médicalisée privée,
- pompiers, ambulance non médicalisée publique,
- SMUR (structure mobile d'urgence et de réanimation).

4. Score de gravité CCMU

Pour chaque patient consultant au SAU, la gravité clinique est évaluée par le médecin. Un score de classification clinique des malades des urgences (CCMU) lui est attribué. Ce score est donné à la fin de l'examen clinique.

La classe CCMU 1 correspond à un état lésionnel et/ou un pronostic fonctionnel jugés stables, aucun acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique ne sont à réaliser.

La classe CCMU 2 est un état lésionnel et/ou un pronostic fonctionnel jugés stables, avec la réalisation d'actes complémentaires diagnostique ou thérapeutique.

La classe CCMU 3 correspond à un état lésionnel et/ou un pronostic fonctionnel susceptible de s'aggraver aux urgences sans mise en jeu du pronostic vital.

La classe CCMU 4 est une situation pathologique engageant le pronostic vital et dont la prise en charge ne comporte pas de manœuvre de réanimation immédiate.

La classe CCMU 5 est une situation pathologique engageant le pronostic vital et dont la prise en charge immédiate comporte la pratique de manœuvres de réanimation immédiates.

5. Comorbidités

Le type et le nombre de comorbidités ont été répertoriés. Ils ont été rassemblés par système fonctionnel avec quelques adaptations :

- affections de l'appareil circulatoire,
- affections de l'appareil respiratoire,
- affections endocriniennes,
- affections de l'appareil ostéo-articulaire,
- traumatismes,
- chirurgies,
- affections de l'appareil digestif,

- néoplasies,
- affections de l'appareil neurologique,
- démence,
- troubles mentaux, psychiatrie,
- autres.

La catégorie « autres » regroupait les antécédents ORL, ophtalmologiques et dermatologiques.

6. Diagnostic principal retenu

Après chaque passage aux urgences, un résumé d'unité médicale (RUM) est créé. Il permet la définition du diagnostic principal selon la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'OMS.

Les diagnostics ont été classés selon la CIM-10 avec quelques adaptations :

- certaines maladies infectieuses ou parasitaires,
- maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques,
- troubles mentaux et du comportement,
- maladies du système nerveux,
- maladies de l'œil et de ses annexes,
- maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde,
- maladies de l'appareil circulatoire,
- maladies de l'appareil respiratoire,
- maladies de l'appareil digestif,
- maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané,
- maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif,
- maladies de l'appareil génito-urinaire,
- autres symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (biologie + prothèse),
- lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (regroupant lésions traumatiques et douleurs),
- autres (regroupant maintien à domicile difficile et problèmes sociaux),
- renouvellement d'ordonnance.

7. Durée de prise en charge

La durée de prise en charge représentait la durée de prise en charge totale, entre l'arrivée aux urgences et la sortie du service.

8. Devenir après le passage aux urgences

L'orientation du patient était retrouvée via le RUM. Il s'agissait :

- d'un retour à domicile,
- d'une hospitalisation au sein du CH de Maubeuge,
- d'un transfert dans un autre hôpital,
- d'une hospitalisation à l'UHCD.

9. Contact

Nous avons recherché dans le dossier médicalisé si un contact avec le médecin traitant avait été pris. Nous n'avons pas fait de différence s'il s'agissait d'un appel pour la demande d'informations complémentaires sur le patient ou pour la communication d'informations issues de la prise en charge aux urgences.

C. Mode de recueil des données

Après demande à la plateforme d'aide méthodologique du CHRU de Lille, un nombre de cent dossiers était nécessaire pour la réalisation de l'étude. Il n'y avait pas besoin d'avoir recours à un calcul du nombre de sujets nécessaires étant donné qu'il s'agissait d'un état des lieux.

Le recueil de données a été réalisé à partir des questionnaires papiers. Les données ont été collectées dans un fichier EXCEL®. Elles étaient anonymisées via les numéros IPP avec retrait de la clé. Quand des données étaient manquantes le recueil était complété par une recherche dans le dossier patient informatisé du CH-SA via SILLAGE®. Si la donnée était absente au sein du dossier informatisé, la mention « non renseigné » (NR) était notée dans la grille de recueil.

Les données collectées ont été analysées avec l'aide du service du DIM du CH de Maubeuge.

IV. Critères de jugement principal et secondaires

Le critère de jugement principal était l'adéquation entre la prise en charge au SAU du CH de Maubeuge et la prise en charge recommandée par la SFMU :

- recueil type des informations nécessaires à l'évaluation d'une personne de plus de 75 ans,
- dépistage de la fragilité par le calcul du score ISAR et inclusion dans la filière adaptée.

L'influence de plusieurs critères sur le prise en charge des patients et sur la durée de prise en charge sera recherchée, comme critères de jugement secondaires :

- niveau de fragilité et de dépendance,
- âge du patient,
- évaluation par l'EMG,
- devenir du patient après le passage au SAU.

Enfin nous nous regarderons si l'évaluation par l'EMG influence la prise en charge des patients aux urgences.

V. Statistiques

Une analyse descriptive de la population a été réalisée via le logiciel EXCEL®. Les tests statistiques utilisés pour cette étude étaient le test de Fisher et de Chi2 pour les variables qualitatives et le test de Student pour les variables quantitatives. Les tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel en ligne BiostaTGV. (25)

VI. Ethique

Une déclaration auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été réalisée (numéro de déclaration : ZEU2165694L). (Annexe 1)

Le recueil de données informatisées était anonymisé via le numéro IPP avec retrait de la clef. Les fiches de recueil papiers ont été détruites après collecte des informations dans un respect du secret médical.

RESULTATS

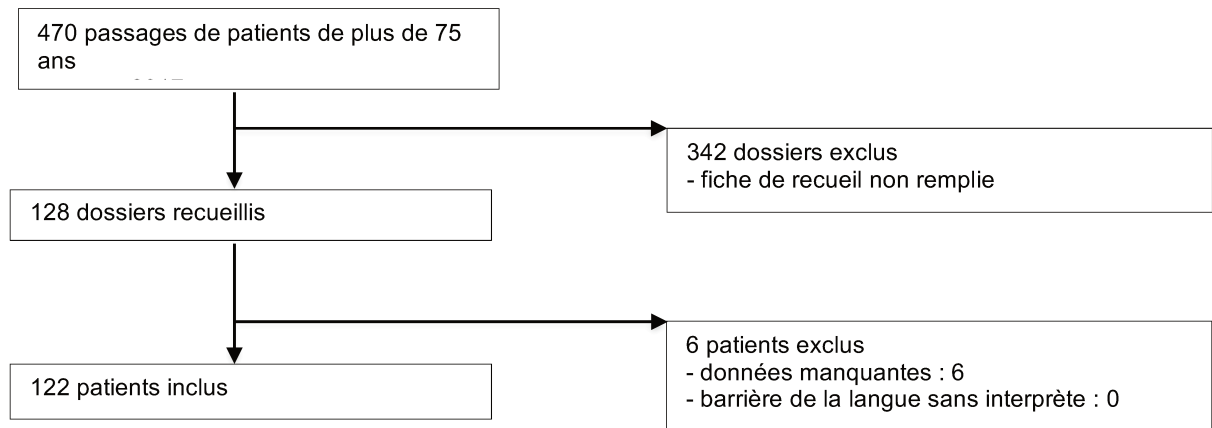


Figure 6 : Diagramme de répartition des flux

Au mois de mars 2017, les patients de 75 ans et plus consultant aux urgences du CH de Maubeuge représentent 15,19% du flux totale. L'échantillon de notre étude, 122 patients, représente 26% de cette population.

I. Caractéristiques sociodémographiques de la population de l'étude

Caractéristiques	Moyenne +/- DS ou n (%)	IC à 95%
Age	85,5 +/- 5,6	[84,5-86,5]
Sexe		
Féminin	94 (77%)	[69,6-84,5]
Masculin	28 (23%)	[15,5-30,4]
Protection juridique		
Aucune	117 (95,9%)	
Curatelle	1 (0,8%)	
Tutelle	4 (3,3%)	
Administratif		
Courrier		
Oui	52 (42,6%)	
Non	70 (57,4%)	
Traitement		
Présence d'une ordonnance		
Oui	43 (35,2%)	
Non	79 (64,8%)	

Traitement reporté dans le dossier		
	Oui	82 (67,2%)
	Non	40 (32,8%)
Nombre de médicaments		5,91 +/- 3,7 [5,26-6,58]
Présence accompagnant		
	Oui	26 (21,3%)
	Non	96 (78,7%)
MODE DE VIE		
Lieu de vie		
	Attente de placement	1 (1%)
	Domicile ou dans la famille	87 (71%)
	Foyer-logement	1 (1%)
	Hospitalisation à domicile	2 (2%)
	Hospitalisation long séjour	1 (1%)
	Maison de retraite / EHPAD	30 (25%)
	Seul	61 (50%)
	Accompagné	61 (50%)
Aidant principal		
	Non connu	18 (14,8%)
	Connu	84 (68,9%)
	Pas d'aidant	20 (16,4%)
Si aidant connu		
	Conjoint	15 (12,3%)
	EHPAD	22 (18,0%)
	Enfant	47 (38,5%)
Aides en place		
	Téléalarme	14 (11,5%)
	Portage des repas	9 (7,4%)
	Aides à domicile	68 (55,7%)
Types d'aides à domicile		
	Auxiliaire de vie	35 (28,7%)
	Aide-ménagère	54 (44,3%)
	Aide-soignante	35 (28,7%)
	Infirmière	53 (43,4%)

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques de la population

La moyenne d'âge est de 85,5 ans avec un IC 95% de [84,5-86,5]. La médiane d'âge est de 85 ans. L'âge le plus bas est de 76 ans et le plus élevé de 100 ans.

La pyramide des âges (Figure 7) montre la répartition de la population entre les sexes aux différentes tranches d'âge.

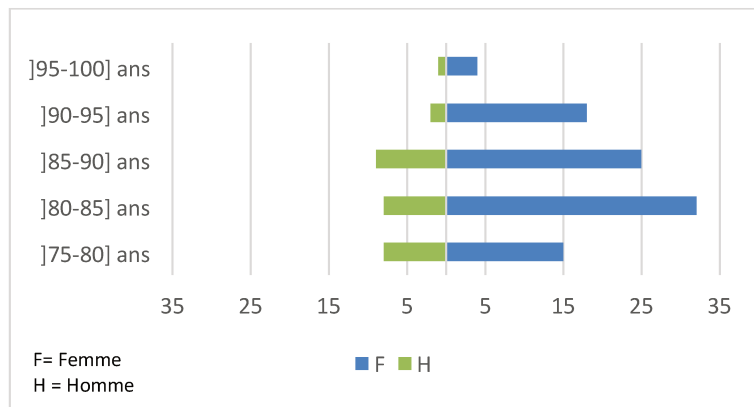


Figure 7 : Pyramide des âges

II. Données concernant la consultation au SAU

A. Personne à l'origine de la consultation au SAU – mode d'admission

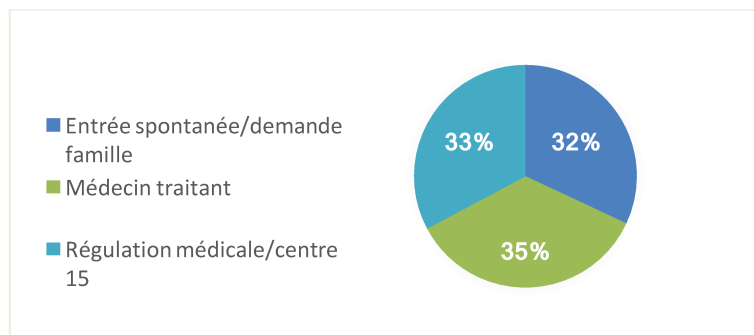


Figure 8 : Demandeur de la consultation aux urgences

Le mode d'arrivée privilégié était l'ambulance privée pour 54,9%. 14,8% gagnaient les urgences par leurs moyennes personnelles. 26,2% bénéficiaient d'un transport par les pompiers et 4,1% d'une prise en charge SMUR.

B. Motif de consultation aux urgences

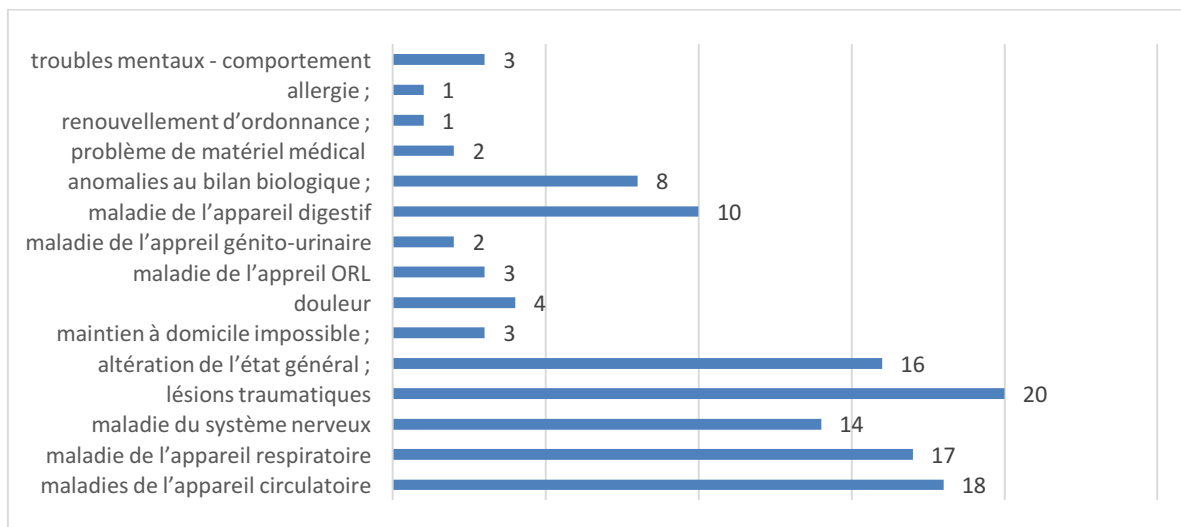


Figure 9 : Répartition des motifs de consultation au SAU

C. Score de gravité CCMU

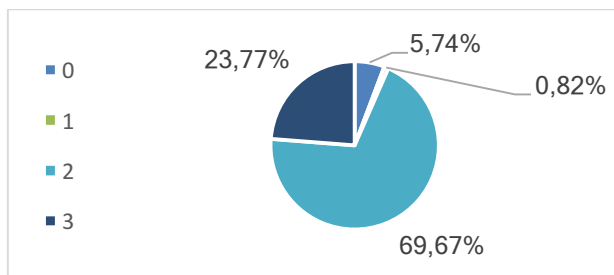


Figure 10 : Score CCMU

Aucun patient n'avait un score CCMU à 4 ou à 5. La moyenne était de 2,11 avec un IC à 95% de [1,99-2,34]. La majeure partie des patients avait un score de gravité à 2 (69,67%).

D. Données médicales

1. Comorbidités

Les antécédents n'étaient pas retrouvés dans le dossier médical pour 23 patients, soit 18,9%.

Nombre de comorbidités	0	1	2	3	4	5	6	7
n (%)	0 (0%)	11 (3,44%)	56 (17,50%)	45 (14,06%)	92 (28,75%)	70 (21,88%)	18 (5,63%)	28 (8,75%)

Tableau 5 : Quantité de comorbidités

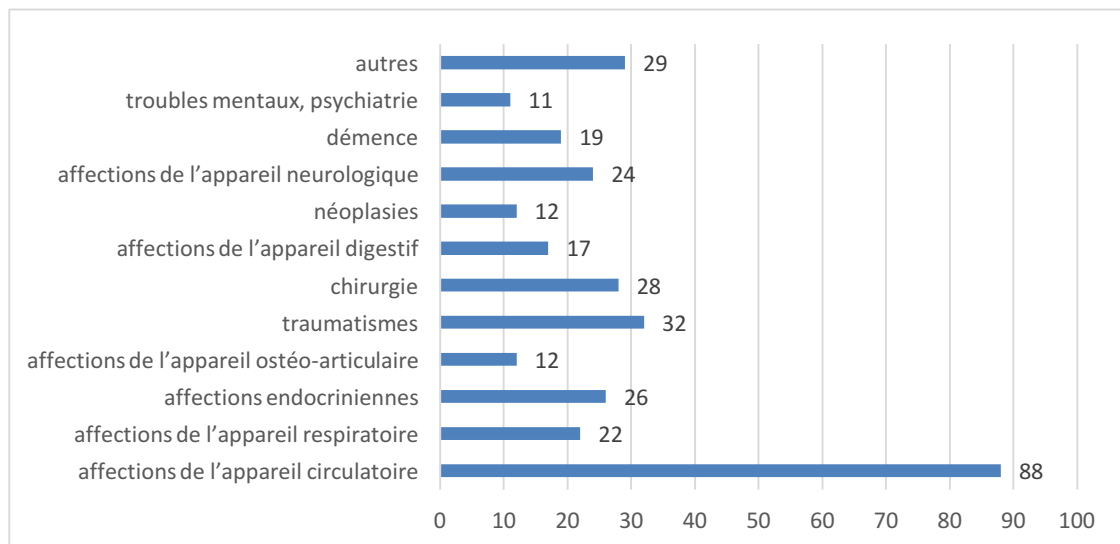


Figure 11 : Répartition des comorbidités

2. Clinique

L'état général était évalué « bon » dans 54% des dossiers. 27,9% des patients avaient des troubles cognitifs, 4,1% étaient considérés agités et 7,4% avaient une humeur triste. Les données étaient manquantes dans environ un quart des dossiers (24,6%).

E. Score ISAR

Le score ISAR a été calculé pour 78,7% des patients inclus. La moyenne du score ISAR est de 3,05 avec un IC 95% de [2,76-3,35]. Un patient est considéré comme fragile si son score ISAR est supérieur ou égal à deux.

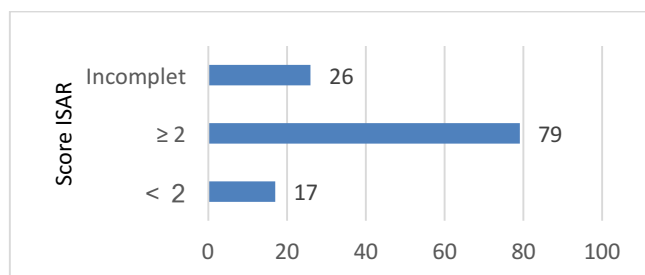


Figure 12 : Score ISAR

79 patients avaient un score ISAR supérieur ou égal à deux, soit 64,8% de l'effectif total. Parmi les patients avec un score ISAR supérieur ou égal à deux, 72% vivent à domicile et 23% en EHPAD. De plus, parmi eux, 94% ont au moins deux comorbidités.

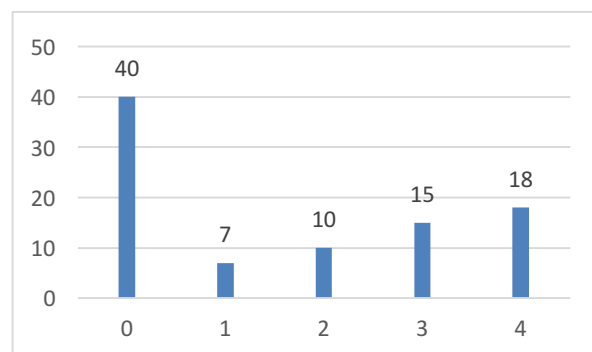
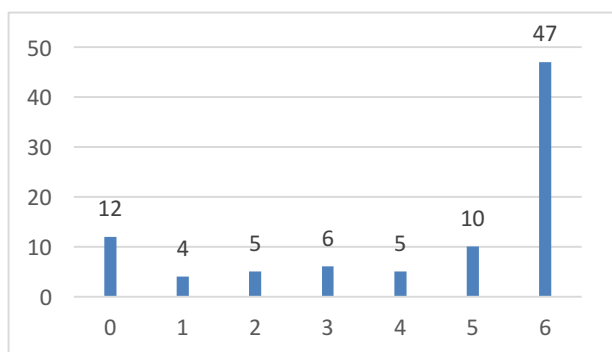
F. Autonomie

Le score ADL était évalué chez 73,6% des patients et le score IADL chez 73,8%.

	moyenne (+/- DS)	IC 95%
Score ADL	4,29 +/- 2,24	[3,89-4,69]
Score IADL	1,6 +/- 1,64	[1,31-1,89]

Tableau 6 : Autonomie – score ADL et IADL

Parmi les patients avec un niveau de dépendance totale, ADL = 0/6 et IADL = 4/4, la totalité bénéficie d'aides à domiciles. Un ADL à 0/6 et un IADL à 4/4, reflétant un niveau de dépendance élevé, est mesuré chez 9,8% des cas. Un ADL à 6/6 et un IADL à 0/4, reflétant un niveau d'autonomie totale, est mesuré chez 28,7% des cas.



Figures 13 et 14 : Score ADL et IADL

G. Diagnostic principal

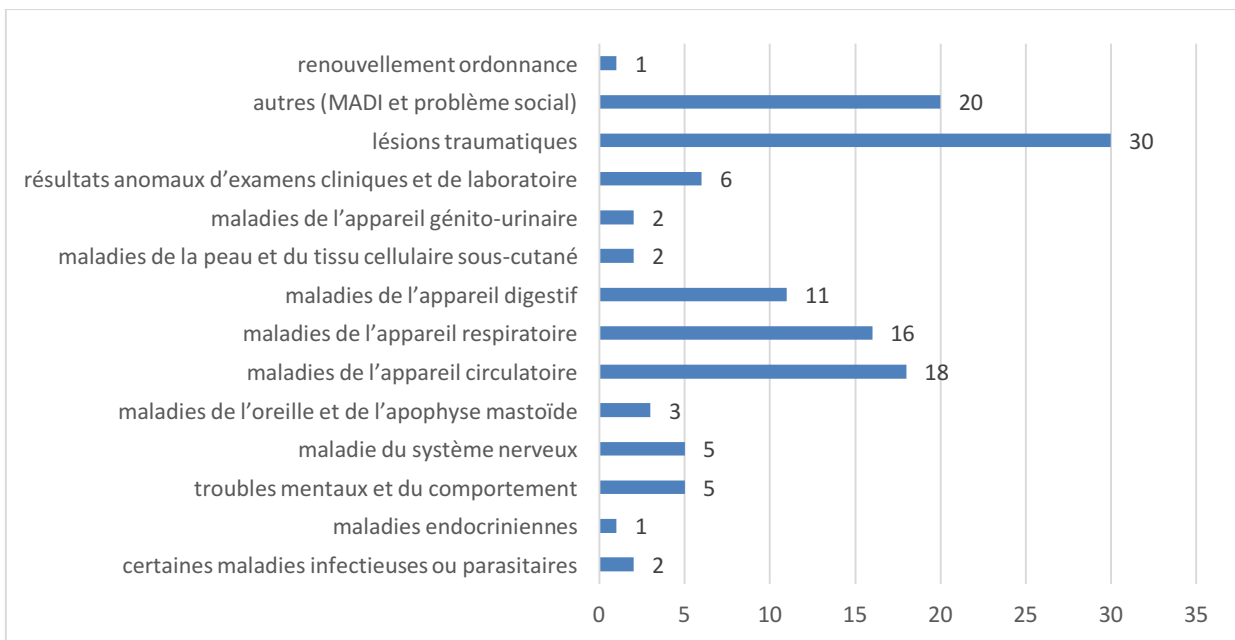


Figure 15 : Répartition des diagnostics principaux

III. Passage dans la filière des urgences

A. Durée de passage de la population de l'étude

La durée moyenne de prise en charge était de 4h43 avec un IC à 95% de [4H18-5H08]. La médiane était de 4H20.

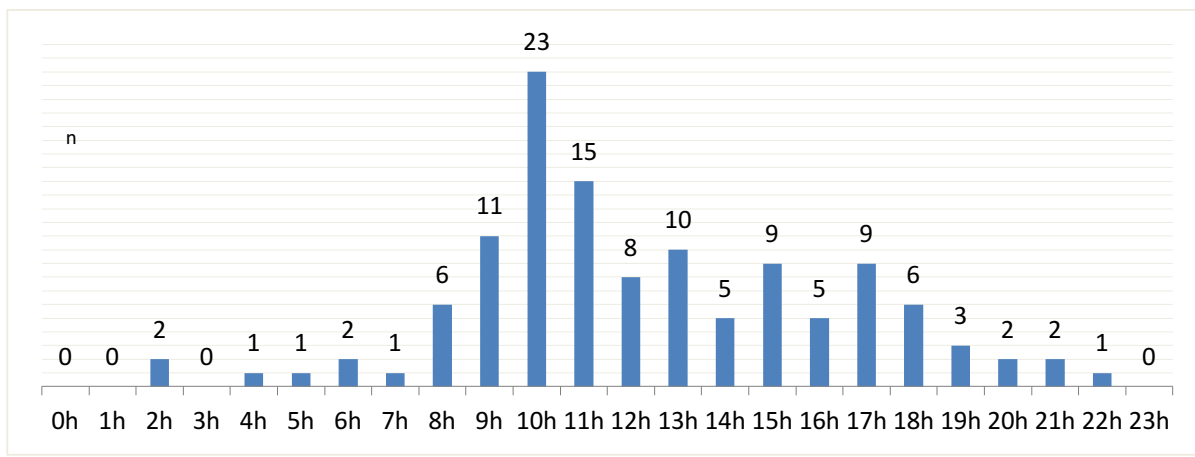


Figure 16 : Flux horaire des patients

Tranches d'âge	moyenne (+/- déviation standard)	IC à 95%	n (%)
75-80 ans	4:37 (+/- 00:42)	[03:54-05:19]	23 (18,9%)
81-90 ans	4:38 (+/- 00:29)	[04:08-05:07]	74 (60,7%)
91-100 ans	5:03 (+/- 01:16)	[03:46-06:19]	25 (20,5%)

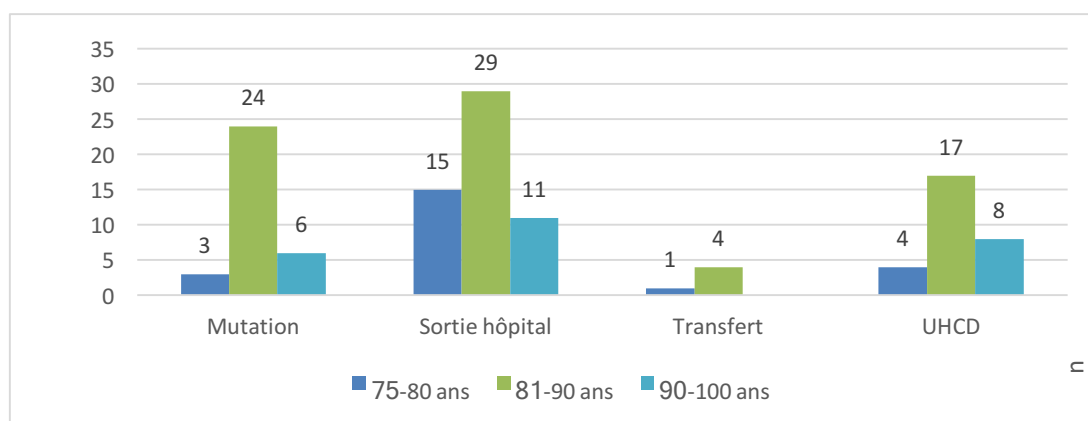
Tableau 7 : Durée de passage au SAU

B. Durée de passage de la population totale du mois de mars

Tranches d'âge	n (%)	moyennes
14-20 ans	392 (11,6%)	01:57
21-40 ans	1218 (36,1%)	02:09
41-60 ans	815 (24,2%)	02:44
61-74 ans	433 (12,9%)	03:46
75-80 ans	111 (3,3%)	04:04
81-90 ans	300 (8,9%)	04:15
91-100 ans	101 (3%)	04:12

Tableau 8 : Durée de passage au SAU de toute la population de mars

C. Devenir après le passage au SAU

**Figure 17 : Devenir des patients**

D. Contact – courrier de sortie

Un courrier de sortie ou de transfert était présent dans 96,7% des cas. Quatre dossiers étaient sans courrier.

Le médecin traitant ou médecin référent était contacté dans 16,5% des cas et la famille ou l'aidant principal dans 44,3% des cas.

IV. Filière gériatrique

A. Demande d'avis EMG

11 avis ont été donné par l'EMG, soit 9% avec un IC de à 95% de [0,039-0,141].

B. Population évaluée par l'EMG

		n (%)	moyenne +/- DS	IC à 95%
Données sociodémographiques				
Age			84,9 +/- 3,0	[81,9-88,0]
	75-80 ans	2 (18,2%)		
	81-90 ans	8 (72,7%)		
	91-100 ans	1 (9,1%)		
Sexe	Homme	2 (18,2%)		
	Femme	9 (81,8%)		
Mode de vie				
Lieu de vie	Domicile / dans la famille	10 (90,9%)		
	EHPAD	1 (9,1%)		
Présence d'un accompagnant	Oui	6 (54,5%)		
	Non	5 (45,5%)		
Aidant principal	Connu	7 (63,6%)		
	Non connu	1 (9,1%)		
	Pas d'aidant	3 (27,3%)		
Si aidant connu	Conjoint	2 (28,6%)		
	Enfant	4 (57,1)		
	EHPAD	1 (14,3%)		
Aides à domicile	Oui	7 (100%)		
	Non	0 (0%)		
Comorbidités				
Plus de 2 comorbidités		9 (81,8%)		
Non renseigné		2 (18,2%)		
Passage au SAU				
Mode de transport	Ambulance privée non médicalisée	8 (72,7%)		
	Moyens personnels ou transport en commun	1 (9,1%)		
	Pompiers, ambulance non médicalisée	2 (18,2%)		
Demandeur de consultation au SAU	Entrée spontanée ou demande de la famille	6 (54,5%)		
	Médecin traitant	1 (9,1%)		
	Régulation médicale, centre 15	4 (36,4%)		
Temps de passage au SAU			4:42 +/- 2:26	[3:16-6:07]
Evaluation clinique				
Score ISAR			3,4 +/- 1,3	[2,7-4,1]
	≥ 2	9 (81,8%)		
	< 2	1 (9,1%)		
	Non renseigné	1 (9,1%)		

Score ADL			4,8 +/- 2,0	[3,6-6,0]
	0	1 (9,1%)		
	1	0 (0%)		
	2	0 (0%)		
	3	1 (9,1%)		
	4	1 (9,1%)		
	5	1 (9,1%)		
	6	6 (54,5%)		
	Non renseigné	1 (9,1%)		
Score IADL			1,5 +/- 1,6	[0,6-2,4]
	4	2 (18,2%)		
	3	0 (0%)		
	2	3 (27,3%)		
	1	1 (9,1%)		
	0	4 (36,4%)		
	Non renseigné	1 (9,1%)		
<hr/>				
Devenir				
Hospitalisation		4 (36,4%)		
UHCD		5 (45,5%)		
Transfert vers autre hôpital		1 (9,1%)		
Sortie		1 (9,1%)		

Tableau 9 : Caractéristiques des patients évalués par l’EMG

C. Demande d’avis assistant social

11 avis ont été demandés dans la population totale de l’étude, dont 2 dans la population évaluée par l’EMG

V. Analyse bivariée en fonction du score ISAR

A. Age

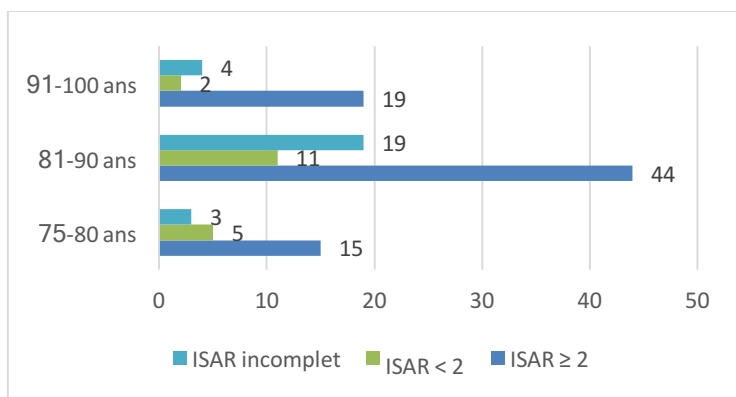


Figure 18 : Comparaison du score ISAR et de l’âge

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les variables « score ISAR » et « âge » ($t = 2,12 ; p = 0,15$).

B. Mode de vie

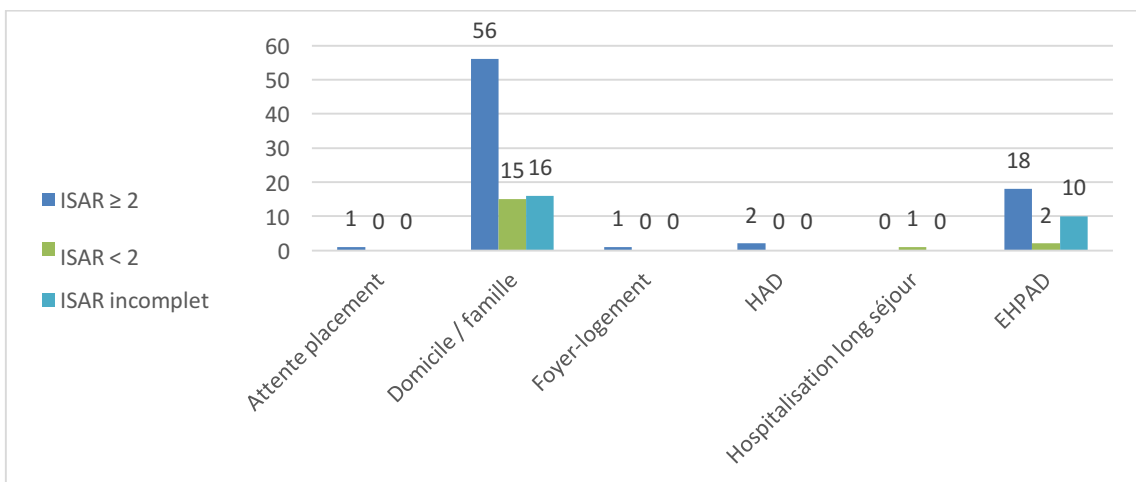


Figure 19 : Comparaison du score ISAR et du lieu de vie

Une différence statistiquement significative a été montrée entre les variables « score ISAR » et « lieu de vie » (test exact de Fisher ; $p = 0,0018$).

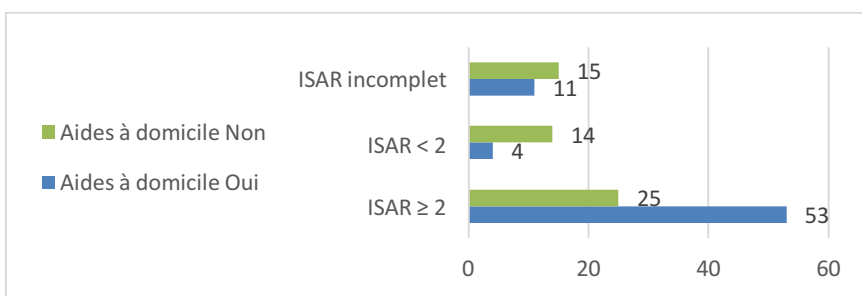


Figure 20 : Comparaison du score ISAR et de la présence d'aides à domicile

Il existait une différence significative entre les deux variable (test exact de Fisher ; $p = 0,0009$).

C. EMG

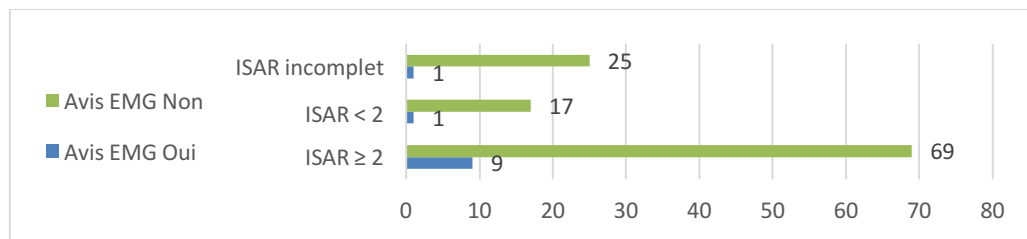


Figure 21 : Comparaison du score ISAR en fonction d'un avis EMG

Aucune différence statistiquement significative n'a été démontrée pour ces variables (teste exact de Fisher ; $p = 0,68$).

D. Devenir après passage au SAU

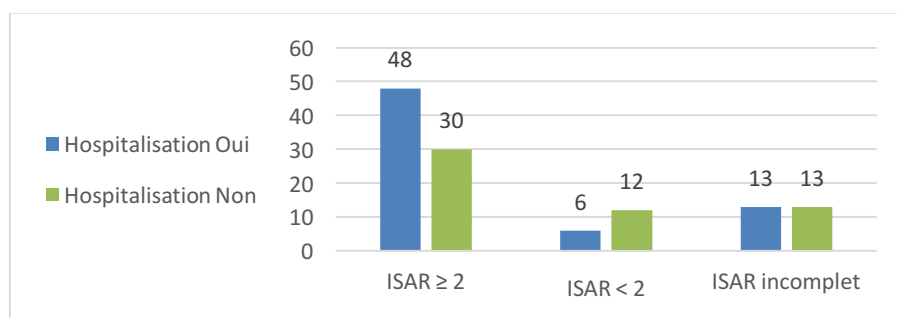


Figure 22 : Comparaison du score ISAR et du critère « hospitalisation »

Une différence significative était retrouvée entre les deux critères ($\text{Chi}^2 = 4,73$; $p = 0,03$).

Chez les patients ayant un score ISAR supérieur ou égal à deux, 61,5% sont hospitalisés (30,8% dans un service du CH de Maubeuge, 6,4% sont transférés dans un autre hôpital et 24,4% sont hospitalisés à l'UHCD).

VI. Analyse bivariée en fonction de la durée de passage

La moyenne de durée de prise en charge était de 4h43 avec un IC à 95% de [4H18-5H08]. La médiane était de 4H20.

Pour analyser le lien entre la durée de prise en charge des patients aux urgences et différents critères (âge, score ISAR, hospitalisation et avis EMG), la variable « durée de prise en charge » a été divisée en deux sous-groupes :

- prise en charge inférieure ou égale à deux heures
- prise en charge strictement supérieure à deux heures.

A. Comparaison jour et nuit

	Moyenne +/- DS	IC à 95%
Jour	04 :44 +/- 02:11	[04:18-05:09]
Nuit	04:45 +/- 03:00	[03:28-06:01]

Tableau 10 : Comparaison de la durée de prise en charge jour et nuit

A propos de la variable « durée de prise en charge », il n’existait pas de différence significative entre le jour et la nuit ($t = 1,003$; $p = 0,32$).

B. Comparaison semaine et week-end

	Moyenne +/- DS	IC à 95%
Semaine	04:45 +/- 02:20	[04:16-05:13]
Week-end	04:38 +/- 02:20	[03:48-05:27]

Tableau 11 : Comparaison de durée de prise en charge semaine - week-end

A propos de la variable « durée de prise en charge », il n’existait pas de différence significative entre les consultations de semaine et de week-end ($t = 0,32$; $p = 0,75$).

C. Age

La moyenne d’attente des patients est de 4h37 chez les 75-80 ans, 4h38 chez les 81-90 ans et 5h03 chez les 91-100 ans.

Il n’y avait pas de différence statistiquement significative entre la variable « durée de prise en charge » et « âge » ($t = -2,27$; $p = 0,15$).

D. Score ISAR

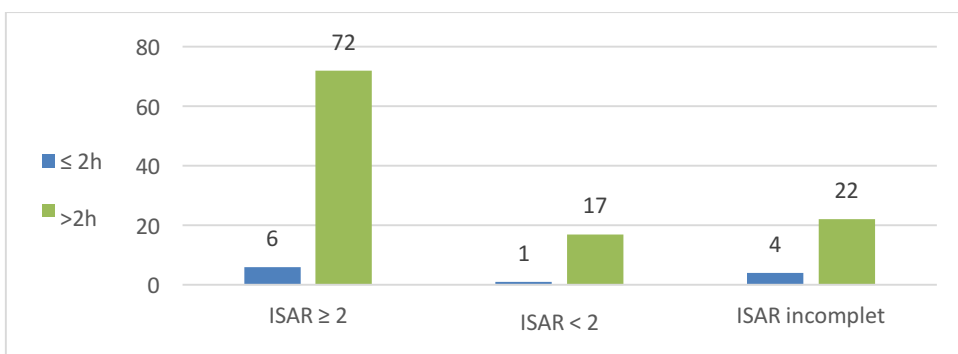


Figure 23 : Durée de prise en charge en fonction du score ISAR

Il n’y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux variables (t = 0,88 ; p = 0,53).

E. Devenir après passage au SAU

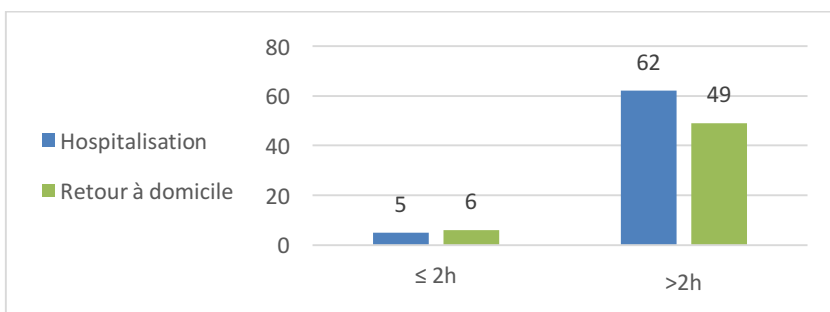


Figure 24 : Durée de prise en charge en fonction du critère « hospitalisation »

Aucune différence statistiquement significative n’avait été démontrée entre les deux paramètres (Chi2 = 0,13 ; p = 0,71).

F. Avis EMG

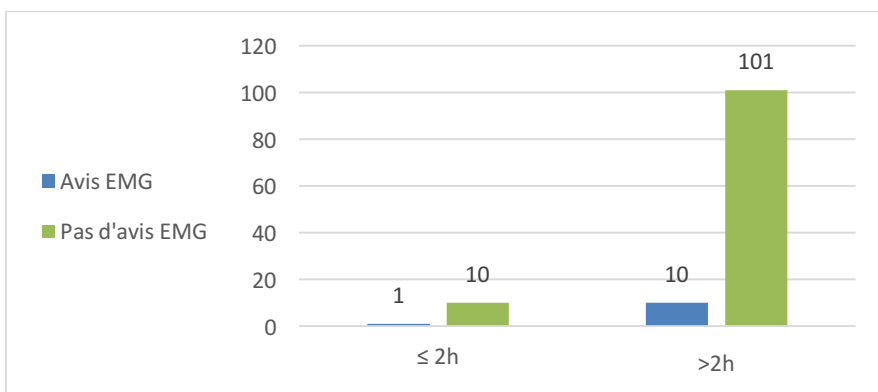


Figure 25 : Durée de prise en charge en fonction d’un avis EMG

Aucune différence statistiquement significative n'a été démontrée pour les variables « durée de prise en charge au SAU » et « avis EMG » ($\text{Chi}^2 = 8,18$; $p = 0,99$).

VII. Analyse bivariée en fonction du critère « hospitalisation »

A. Age

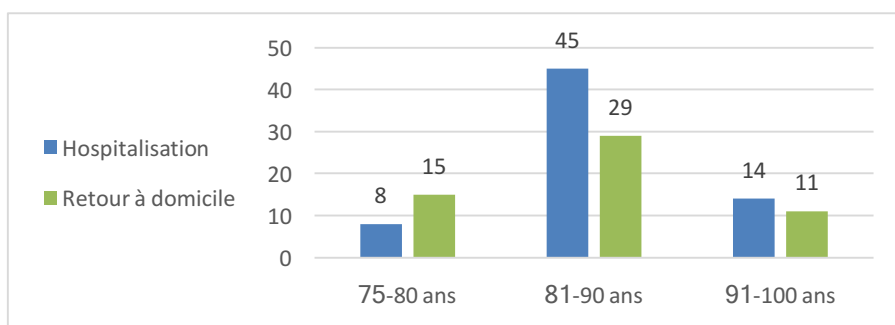


Figure 26 : Taux d'hospitalisation en fonction de l'âge

Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre ces deux variables ($\text{Chi}^2 = 4,8161$; $p = 0,090$).

B. Avis EMG

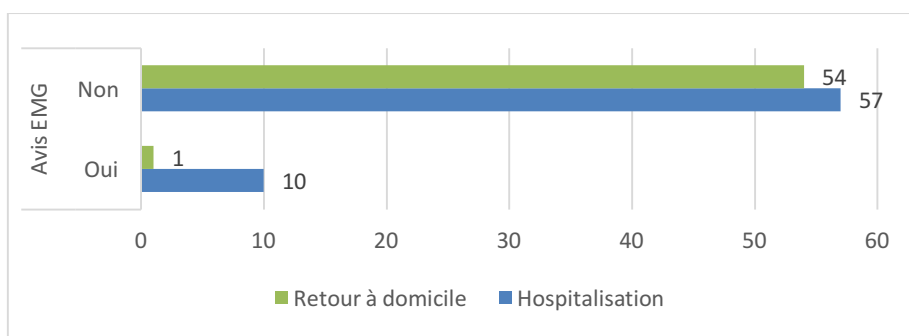


Figure 27 : Taux d'hospitalisation en fonction d'un avis EMG

Une différence significative entre les variables « taux d'hospitalisation » et « avis EMG » a été montrée (Test exact de Fisher ; $p = 0,01$).

DISCUSSION

Ce travail a permis la réalisation d'un état des lieux de la population de 75 ans et plus consultant aux urgences du CH de Maubeuge.

I. Synthèse de l'état des lieux

Au mois de mars 2017, la population de 75 ans et plus représente 15,19% du flux total de patients consultant aux urgences du CH de Maubeuge. Ce chiffre est comparable aux données de la littérature, qui oscille entre 12 et 15% selon les études. (6,26–28) L'échantillon de population de l'étude représente 26% de la population totale de 75 ans et plus ayant transité par les urgences. Ce recrutement peut diminuer la représentativité de l'étude.

La moyenne d'âge était de 85,5 ans et la médiane de 85 ans. Cette donnée est similaire à celle retrouvée dans la cohorte SAFES (sujet âgé fragile : évaluation et suivi). (29)

Dans l'échantillon, la répartition des sexes était en faveur de la population féminine, avec 77% de femmes. Cette donnée est similaire à celles retrouvées dans les études. (6,27,30,31)

57,4% des patients n'avaient pas de courrier ni de lettre de liaison. Cette donnée manquante représente une difficulté pour le praticien dans la prise en charge du patient. Mais seulement 35% des entrées le sont à la demande du médecin traitant ou de l'équipe médicale de l'EHPAD. Les derniers courriers de sortie d'hospitalisation présentés par le patient sont aussi une source d'informations.

Le nombre moyen de médicaments consommés était de 5,91 avec IC 95% [5,26 – 6,58] par patient. Elle est plus importante que la consommation médicamenteuse

relevée lors d'une étude de la haute autorité de santé (HAS). (32) Elle notait une consommation plus importante chez les femmes (3,8 médicaments par jour) que chez les hommes (3,3 médicaments). Selon l'âge, la consommation moyenne retrouvée, dans cette étude, était de 3,3 médicaments par jour chez les 65-74 ans, de 4,0 chez les 75-84 ans et de 4,6 chez les 85 ans et plus. Mais, cela restait inférieur aux données retrouvées dans certaines études avec une consommation moyenne plus importante de médicaments. (6,30)

Le traitement était reporté dans le dossier médical informatisé dans 67% des dossiers. Un risque d'iatrogénie ou d'oubli de prescription étaient possibles.

Concernant le mode de vie, 71% des patients vivaient à domicile ou dans leur famille et 25% en EHPAD. Cette donnée est superposable aux données de la littérature. (6,27,31)

Dans l'échantillon de l'étude, 61,6% des patients étaient hospitalisés. 30,8% dans un service du CH de Maubeuge, 6,4% dans un autre hôpital et 24,4% à l'UHCD. Ces données sont superposables à celles retrouvées dans les études préalablement réalisées. (6)

La proportion de patients orientés aux urgences à la demande du médecin traitant (35%), à la demande du patient ou de sa famille (32%), ou enfin après régulation par le SAMU (33%) était similaire.

Les principaux motifs de recours aux urgences sont les lésions traumatiques, suivies par les maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire. Vient ensuite le problème d'altération de l'état général. Au final, peu de patients consultent pour MADI ou pour un problème d'ordre social. Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans d'autres travaux réalisés dans la région. Les premiers motifs de consultation retrouvés sont la chute (21,2 %), la dyspnée (16,1 %) et le malaise (10,2 %) dans un étude au CH de Lens en 2016 (33) et chute (25%), dyspnée (14%) et troubles digestifs (10%) dans une étude faite au CH de Roubaix en 2013 (34).

Dans l'échantillon de notre étude, tous les patients avaient au moins une comorbidité. Les catégories d'affections les plus représentées étaient celle de l'appareil circulatoire et les traumatismes. Peu de patients avaient une démence diagnostiquée (15,57%).

Presque trois-quarts des patients ont bénéficié d'une évaluation de leur autonomie. On retrouvait un haut niveau de dépendance chez 9,8% d'entre eux. Tous ces patients bénéficient d'aides à domicile.

Le diagnostic principal le plus souvent posé était une lésion traumatique (24,6%). Ensuite venait les MADI et les problèmes sociaux (16,4%). Le diagnostic de MADI et de problème social est le deuxième diagnostic principal retrouvé alors qu'il est peu retrouvé en motif de consultation initial.

La durée moyenne de prise en charge aux urgences était de 4h43. Deux pics de fréquentation ont été retrouvés, entre 9h et 11h puis entre 13h et 15h. Peu de patients consultent la nuit, entre 18h30 et 8h30 (21 patients au total). Mais comme l'échantillon ne représente que 26% de la population totale lors de la période d'inclusion, il est possible que les patients non inclus modifient cette répartition des flux. La répartition de fréquentation est similaire à celle retrouvée dans la littérature. On note une fréquentation plutôt sur les jours ouvrés, en journée, avec un pic de fréquentation en fin de matinée puis en début d'après-midi. (27,31) Cela peut s'expliquer par un accès plus facile en journée pour des patients avec une mobilité diminuée.

Plus de la moitié des patients ne sont pas hospitalisés. La population des 75 ans et plus représente cependant un taux important d'hospitalisation. 23,8% des patients transitent par le service d'UHCD. Cette donnée concorde avec la littérature où l'on retrouve un taux d'hospitalisation superposable (53,6% pour certains (6) et entre 41% et 62% selon une autre étude (31)).

11 avis gériatriques ont été donnés par l'EMG. Nous ne savons pas s'ils ont été donnés aux urgences ou à l'UHCD. Nous ne savons pas non plus si des avis supplémentaires à donner ont été demandés pendant l'hospitalisation des patients. Parmi la population évaluée par l'EMG presque les trois-quarts se trouvaient dans la tranche d'âge 81-90 ans (72,7%) et il s'agissait principalement de femmes (81,8%). La plus grande partie de cette population vivait à domicile (90,9%), avec un accompagnant pour environ la moitié (54,5%) et la présence d'aides à domicile pour la totalité. Au sein de ce groupe, un individu avait un score ISAR inférieur strictement à 2 et un patient n'était pas évalué. Seulement un patient sortait des urgences après évaluation par l'EMG. 79 patients avaient un score ISAR supérieur ou égal à deux.

Parmi eux, 9 ont été évalués par l'EMG et 48 sont hospitalisés. Il est possible que ces patients n'aient pas été évalués car ils consultaient en dehors des horaires de présence de l'EMG. Cependant nous ne savons pas s'ils ont été inclus dans la filière gériatrique par la demande d'un avis au cours de l'hospitalisation ou d'une consultation gériatrique en externe.

L'assistant social a été sollicité 11 fois dans la population de l'étude, dont 2 fois pour la population évaluée par l'EMG. Nous ne savons pas si la demande a été faite à l'initiative de l'urgentiste ou de l'EMG.

II. Concernant les objectifs secondaires

1. Score ISAR

Il n'a pas été mis en évidence de relation statistiquement significative entre le score ISAR et l'âge. Les patients plus âgés n'étaient donc pas forcément les plus fragiles. Cependant, la plus grande proportion de patients ayant un score ISAR indiquant une fragilité ou à risque de fragilité étaient dans la tranche 81-90 ans. Nous pouvons donc penser qu'une tendance existe avec une aggravation de la fragilité avec l'âge.

Il n'y avait pas non plus de lien de causalité entre un score ISAR mesuré comme fragile et l'avis EMG. Parmi les patients ayant un score ISAR supérieur ou égal à deux, 11% ont été évalués par l'EMG et 61,5% seront hospitalisés. Il serait pourtant nécessaire de pouvoir inclure les patients fragiles de façon systématique dans la filière de soins gériatriques via une demande d'avis EMG dès le SAU ou par sollicitation à distance pendant l'hospitalisation ou en externe. Tout cela afin de permettre un dépistage précoce de la fragilité et de la perte d'autonomie ainsi qu'adaptation rapide de l'environnement du patient.

Les patients avec un score ISAR supérieur ou égal à deux vivaient principalement à domicile et bénéficiaient d'aides. Les patients fragiles étaient plus hospitalisés que les autres. Cela peut s'expliquer par la nécessité d'une évaluation gériatrique globale à faire au cours de l'hospitalisation et la nécessité de mise en place d'aides au domicile.

2. Durée de prise en charge

La durée de prise en charge moyenne était de 4h43. Une étude réalisée à Lens en 2016 sur le temps d'attente aux urgences des patients de 75 ans et plus retrouvait un temps d'attente moyen de 6h37. (33)

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative sur la durée de prise en charge selon les tranches d'âge au sein de la population. Cela était différent de ce que retrouvait l'étude réalisée à Lens avec les patients de plus de 85 ans qui attendaient plus que ceux âgés de 75 à 84 ans.

Les patients fragiles sont hospitalisés plus fréquemment que les autres, on peut penser qu'ils sont rapidement repérés et évalués afin de limiter leur durée d'attente au SAU.

Les patients pour lesquels un avis EMG est demandé n'attendent pas plus que les autres. Cette demande ne retarde en rien la prise en charge des patients, même chez ceux considérés comme fragiles.

3. Critère « hospitalisation »

Les patients ne sont pas plus hospitalisés selon la tranche d'âge. L'origine de la demande de consultation ne modifie pas non plus la décision d'hospitalisation.

Par contre, avoir un avis EMG a un impact sur l'hospitalisation des patients ($p = 0,01$). Peut-être est-ce parce que les patients évalués par l'EMG ont une fragilité plus importante (9 sur les 11 évalués ont un score ISAR supérieur ou égal à deux) et nécessite une réévaluation globale chronophage qui sera réalisé dans un service.

III. Faiblesse et forces de l'étude

A. Limites

Plusieurs biais existent dans l'étude.

Tout d'abord il est retrouvé un biais de sélection. Le recrutement était fait aux urgences sur la base du volontariat, par le médecin de garde ou l'interne, selon sa disponibilité et donc selon l'affluence aux urgences. De plus, l'étude a été faite au mois de mars 2017. Le flux de patients varie selon les périodes de l'année. Enfin, un pic de consultation est à noter entre 9h et 11h puis entre 14h et 16h. Cette donnée « horaire » est superposable aux données de la littérature. (6,27,31,33) Cependant, nous pouvons nous demander si la répartition journalière du flux de consultation aurait été modifiée si l'ensemble de la population de 75 ans et plus avait été incluse.

Un biais d'information existe. Les questionnaires étaient remplis par des médecins différents. Certains items étaient sujets à une interprétation subjective (évaluation de l'état général, troubles cognitifs, état d'agitation, le caractère évitable de la consultation aux urgences). De plus, des informations manquantes ont été ajoutées a posteriori après recherche dans le dossier médical informatisé.

L'étude présente un biais d'intervention. Les questionnaires de l'étude ont été introduits dès l'arrivée du patient. Ces recueils ont pu modifier l'habitude de prise en charge du praticien et ainsi modifier les habitudes de travail. On peut suspecter que les données ne soient pas le réel reflet des évaluations habituelles faites dans le service.

Les données manquantes diminuent la puissance des résultats retrouvés, tout comme le nombre de patients inclus sur la population totale. Si l'ensemble des patients de 75 ans et plus avaient été recrutés, la puissance des résultats aurait probablement été plus forte.

Les membres de l'équipe médicale ont été informés du but de l'étude. On ne peut négliger un effet Hawthorne.

B. Forces

L'étude a été réalisée de manière prospective. Tous les patients de 75 ans et plus ont été inclus. Les résultats principaux semblent superposables aux données de la littérature. Ces résultats sont une base de travail à l'amélioration des pratiques du CH de Maubeuge.

IV. Perspectives et axes d'amélioration

A. Autres modes de fonctionnements

De manière générale, dans la littérature, on retrouve une bonne prise en charge médicale des patients de 75 ans et plus. La problématique rencontrée par les urgentistes réside dans la spécificité gériatrique. Une évaluation spécialisée précoce est souvent retrouvée comme axe d'amélioration ainsi qu'un manque de ressources, que ce soit en termes de personnels ou de solutions en aval. (8)

Une étude réalisée en 2016 au SAU de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris proposait la mise en place d'un circuit « fast-track » (Annexe 10) pour les personnes âgées de plus de 85 ans. (35) Dans l'algorithme décisionnel, les patients sans critère

de gravité et ayant plus de 3 facteurs de risque (antécédents de chute dans les 6 mois, cachexie, isolement, troubles cognitifs, hospitalisation dans les 6 mois) devaient être hospitalisés rapidement à l'UHCD. Le but était qu'ils bénéficient, dans un box du SAU, des prélèvements biologiques, du traitement adéquat puis d'une admission rapide à l'UHCD après une éventuelle imagerie. L'ensemble des résultats étaient attendus à l'UHCD. L'objectif de « temps » pour ces patients était de passer moins d'une heure dans le BOX du SAU et que le délai d'hospitalisation à l'UHCD ne dépasse pas deux heures. Les données ont été comparées entre 2014 et 2015. L'objectif principal était le taux d'adhésion à l'algorithme qui permettrait d'accélérer la décision d'hospitalisation des patients de plus de 85 ans. Les résultats montraient une adhésion des médecins séniors des urgences avec un passage inférieur à 1h au SAU pour 75% des patients en 2015 contre 30% en 2014 et une diminution de moitié des patients passant plus de 6h au SAU.

Ce circuit de consultation au SAU permet de limiter le temps de passage des personnes âgées au SAU et aussi sur un brancard. Un autre point positif est que le ratio patients/personnel paramédical est moindre à l'UHCD. Cela leur permet de passer davantage de temps auprès de ces patients fragiles. Enfin, pour que ce soit applicable, il faudrait qu'un médecin soit affilié jour et nuit à l'UHCD mais aussi que les gériatres puissent être facilement disponibles via l'EMG par exemple.

Il est constaté dans de multiples études que la communication ville-hôpital est difficile alors qu'elle est indispensable à la bonne prise en charge des personnes âgées. (36) Aussi, des patients sont envoyés au SAU pour des motifs non urgents (démence, perte de dépendance fonctionnelle, trouble de la marche). (9) Un outil d'évaluation de la pertinence d'admission au SAU existe : appropriateness evaluation protocol (AEPf). (Annexe 11) Il est à réaliser à l'EHPAD avant l'envoi des patients au SAU. Il contient deux grilles, une sur l'état de sévérité clinique et une sur les soins délivrés. Un travail de thèse réalisé en 2015 a utilisé cette grille afin d'évaluer la pertinence des consultations au SAU. (37) 29,2% de passages non pertinents étaient retrouvés. Le taux de passages évitables, après ajustement par avis d'experts, était de 24% selon l'urgentistes et 14% selon les gériatres. Ces résultats montrent la difficulté d'orientation au SAU des personnes âgées. Plusieurs difficultés rencontrées dans le réseau gériatrique étaient mises en exergue : la carence médicale, le défaut de permanence infirmière et le manque de transport non médicalisé par ambulance. A ces difficultés

se surajoutent la communication difficile entre le médecin coordonnateur d'EHPAD ou médecin traitant et l'urgentiste, la difficulté des hospitalisations directes sans passer par les urgences pour les motifs non urgents ainsi que la permanence de soins.

B. Le score ISAR, un score idéal ?

Il n'existe à ce jour aucun score idéal. Le meilleur outil de dépistage des syndromes gériatriques reste l'utilisation d'un faisceau d'arguments médico-psycho-sociaux appuyés par des score de dépistage.

1. Score TRST

Le score ISAR et le TRST (triage risk stratification tool) (Annexe 12) sont deux scores fortement utilisés et étudiés au SAU. (38)

Le TRST est un score de dépistage du risque de fragilité chez les 65 ans et plus, développé en 2011 aux Etats-Unis. Il semble avoir des performances similaires au score ISAR. (34,38,39) Cependant son utilisation est moins simple et sa validité n'a été démontrée que pour des patients américains. (40)

Il évalue cinq dimensions : troubles cognitifs, troubles de la marche et chute, polymédication, antécédents d'hospitalisation et une évaluation fonctionnelle. (41) Un item est considéré positif s'il est présent ou soupçonné. Un patient est à risque élevé de fragilité à partir de deux critères présents.

Le score ISAR reste le score validé pour le dépistage de la fragilité des personnes âgées. Il prédit la survenue d'événements de santé non désirée à 6 mois (décès, institutionnalisation ou hospitalisation longue durée, diminution des capacités fonctionnelles) ainsi que le risque de reconsultation ultérieure au SAU. La réalisation de ce score dès la zone d'accueil par l'infirmière d'accueil et d'orientation, couplée à l'évaluation médicale, permettrait une orientation précoce vers un accueil gériatrique de manière non programmée. (42) Si le patient est dans la zone fragile après son évaluation initiale, l'EMG peut être contactée précocement.

2. Avantage du score ISAR

Les avantages du score ISAR sont multiples. (19,40,42) Il est simple d'utilisation, court et rapide. Il est faisable sous forme d'auto-questionnaire par le patient, par l'accompagnant ou avec l'aide d'un membre de l'équipe médicale. L'apprentissage est

court. Il ne contient que 6 items avec des réponses par « oui / non ». Il peut aussi être complété par un membre du personnel des urgences.

Il bénéficie d'un impact clinique immédiat et permet une bonne prédiction des événements indésirables à venir. Il s'agit du seul questionnaire de dépistage de la fragilité validé au SAU. Enfin, sa réalisation est recommandée par la SFMU. (12)

3. Limites du score ISAR

Il manque principalement de spécificité. Dans l'étude faite lors de sa création la spécificité de prédiction de survenue d'un événement indésirable était de 58%. (19)

Dans d'autres études elle varie :

- pour ce qui est du risque de réhospitalisation, la spécificité est de 38,6% pour une étude (38) et de 51% dans une autre (20)
- la spécificité d'événement de santé défavorable est retrouvée à 58% dans une publication (20)
- pour ce qui est du dépistage de l'autonomie, la spécificité retrouvée est similaire dans deux études, 39% (43) et 36% (44).

Certains items faisant partie des syndromes gériatriques et favorisant la survenue d'un état considéré comme fragile sont manquants (incontinence, chutes, dépendance fonctionnelle, etc.). C'est pourquoi le score ISAR ne permet pas à lui seul de dépister l'ensemble des facteurs de risque d'une personne âgée ainsi que toutes les situations à risque.

C. Quelles perspectives pour le CH de Maubeuge ?

Les résultats de cette étude sont positifs. La poursuite du travail engagé par les équipes des urgences, en lien avec celles de gériatrie, pour la prise en charge des personnes âgées est encourageante.

Plusieurs axes d'amélioration sont à suivre : (36)

- développer les filières de soins gériatriques pour limiter les ruptures sociales et de prise en charge
- améliorer la prévention de la perte d'autonomie et l'évaluation de la fragilité
- prendre en charge les aidants
- améliorer la qualité de l'offre de soins
- développer et renforcer le lien ville-hôpital.

Il est essentiel de continuer la formation du personnel, que ce soit le personnel des urgences ou le personnel prenant en charge les patients au domicile ou en EHPAD. Des formations communes pourraient être envisagées dans un objectif d'échange de connaissances.

De plus, le lien ville-hôpital est à renforcer en vue d'une continuité de prise en charge des patients et d'une limitation de perte d'informations. Le virage ambulatoire est inévitable face à la croissance de la population et au manque de places d'hébergement. Un courrier type gériatrique pourrait être proposé pour l'ensemble des acteurs du bassin de SA. Il pourrait reprendre les informations médicales principales, les traitements, le mode de vie, l'autonomie et le projet de soins avec adjonction des directives anticipées. (45) Il est important de favoriser le relais d'informations sur le patient entre les différents intervenants dans le projet de vie et de soins. La HAS propose un document de liaison d'urgence reprenant les éléments importants au sujet du patient. (46)

Le renforcement des EMG pourrait être une solution pour la prise en charge de ces populations. La valeur ajoutée d'une EMG dès le SAU est multiple. (47) Elle permet d'apporter une expertise gériatrique rapide, l'anticipation des besoins pour l'hospitalisation et limite les hospitalisations inutiles.(48) L'évaluation dès les urgences par l'EMG permet de poser la problématique sociale rapidement. (48) Une évaluation précoce favorise un retour à domicile précoce dans de bonnes conditions, en lien avec le réseau gériatrique. Elle permet aussi de renforcer le lien avec les filières d'aval gériatriques. (47) De plus, l'insertion des EMG en extrahospitalier permettrait de limiter les consultations au SAU pour des motifs non urgents. (9,41) Une régulation médicale gériatrique pourrait aussi permettre d'apporter une réponse aux professionnels de santé exerçant en ambulatoire dans la prise en charge de leurs patients. (41)

CONCLUSION

Cette étude reflète les difficultés quotidiennes des équipes des urgences dans la prise en charge des patients âgés fragiles. Il est primordial qu'ils soient évalués dans la globalité afin de favoriser un retour à domicile dans de bonnes conditions, limiter les reconsultations rapides aux urgences et aussi les hospitalisations non utiles pour cette population à haut risque de décompensation.

Le score ISAR pourrait être intégré dès l'accueil du patient en zone d'accueil. Un dossier type gériatrique pourrait permettre le lien entre les différents intervenants au sein du projet de vie du patient.

La création d'une équipe mobile de gériatrie dédiée aux urgences et à l'UHCD permettrait d'augmenter le nombre de patients évalués par une équipe pluridisciplinaire. Ainsi, les patients seraient intégrés précocement dans la filière de soins gériatriques.

Le service des urgences est le lien entre la prise en charge en ville et hospitalière. Le passage aux urgences des patients âgés doit être un moment privilégié pour les intégrer dans les filières de soins adaptés à leur prise en charge.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INSEE. recensement de la population 2017 [Internet]. [cité 10 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2555376>
2. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060, un tiers de la population âgée de plus de 60 ans - INSEE. oct 2010;(1320).
3. Vuagnat A. Les urgences hospitalières qu'en sait-on? - DRESS. Le panorama des établissements de santé. 2013;11-28.
4. Boisguérin B, Brilhault G, Ricroch L. Structure des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DRESS. Le panorama des établissements de santé. 2014;31-47.
5. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale DREES. janv 2003 [cité 10 juin 2017];(212). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-usagers-des-urgences-premiers-resultats-d-une-enquete-nationale>
6. Lazarovici C, Somme D, Carrasco V, Baubeau D, Saint-Jean O. Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France. La Presse Médicale. 1 déc 2006;35(12):1804-10.
7. Forest A, Ray P, Cohen-Bittan J, Boddaert J. Urgences et gériatrie. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. oct 2011;11(65):205-13.
8. Mairesse M, Jeanjean M, Courtois O, Arlie G, Miroux P. Evaluation de l'accueil des personnes âgées. JEUR. mars 2004;17(HS 1):118-20.
9. Aldeen AZ, Courtney DM, Lindquist LA, Dresden SM, Gravenor SJ, the GEDI-WISE Investigators. Geriatric Emergency Department Innovations: Preliminary Data for the Geriatric Nurse Liaison Model. Journal of the American Geriatrics Society. 1 sept 2014;62(9):1781-5.
10. OMS - Vieillissement [Internet]. [cité 29 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>
11. CNEG. Vieillissement - Module 5 - abrégés. 2010. (MASSON).
12. SFMU (10, 2003, Strasbourg). SFMU : 10 ème conférence de consensus, prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Strasbourg. 2003 déc.
13. Belmin J, Chassagne P, Friocourt P, Gonthier R, Jeandel C, Nourhashemi F, et al. Gériatrie MASSON. 2009. (MASSON).
14. Allier J-L. La fragilité en pratique clinique. 2013. (L'HARMATTAN).
15. Michel J-P, Lang P-O, Zerky D. Le processus de fragilité : mise à jour du phénotype et stratégies préventives. Annales de Gériatrie. oct 2008;1(1):7-13.
16. Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 [Internet]. [cité 28 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000747703>
17. Kagan Y. Perte d'autonomie : bilan, prise en charge. AKOS - traité de médecine. avril 2016;11(2).
18. Boddaert J, Ray P. Traité de médecine d'urgence de la personne âgée. 2011. (ARNETTE).
19. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR

- screening tool. *Journal of the American Geriatrics Society*. oct 1999;47(10):1229-37.
20. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Belzile E, Verdon J. Prediction of hospital utilization among elderly patients during the 6 months after an emergency department visit. *Annals of Emergency Medicine*. nov 2000;36(5):438-45.
21. McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile E. Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. mars 2000;7(3):249-59.
22. Ministère de l'emploi et de la solidarité - 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.
23. Ministère de l'emploi et de la solidarité - Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
24. Defebvre M-M, Caron B, Poirier G, Fraouti L. ARS - bilan gériatrique régional des Hauts-de-France. 2015.
25. Biostatgv [Internet]. [cité 8 mai 2017]. Disponible sur: <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
26. Galichon B, Sitruk F, Morelon S, Courret JP, Boulard JC, Brun-Ney D. Analyse de la prise en charge des patients âgés dans un service d'urgences. *Journal Européen des Urgences*. avr 2004;17(HS 1).
27. Lazarovici C, Carrasco V, Baubeau D, Somme D, Saint-Jean O. QUESTION 2 : Enquête sur les utilisateurs des services d'urgences, profil des usagers de plus de 75 ans. *Journal Européen des Urgences*. sept 2004;17(3-c2):209-14.
28. Sermet C. Question 1 : Description de la population de plus de 75 ans en France : état des lieux et perspectives. *Journal Européen des Urgences*. sept 2004;17(3-c2):203-7.
29. Drame M, Jovenin N, Novella J-L, Lang P-O, Somme D, Laniece I, et al. Predicting early mortality among elderly patients hospitalised in medical wards via emergency department: the SAFES cohort study. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*. 2008;12(8):599-604.
30. Deschodt M, Devriendt E, Sabbe M, Knockaert D, Deboutte P, Boonen S, et al. Characteristics of older adults admitted to the emergency department (ED) and their risk factors for ED readmission based on comprehensive geriatric assessment: a prospective cohort study. *BMC Geriatr*. 26 avr 2015;15(54).
31. Sough B, Gauthier T, Clair D, Le Gall A, Menecier P, Mangola B. Elders of 75 and over at an emergency service. *Geriatric Et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillissement*. juin 2012;10(2):151-8.
32. Legrain S. HAS - Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : consommation, prescription, iatrogénie et observance. 2005.
33. Denis A, Wiel V. Temps d'attente des patients âgés aux urgences de Lens: quel type de patient attend le plus ? [Thèse d'exercice, médecine]. [Lille]: Université du droit et de la santé, Lille 2; 2016.
34. Deglaire N, Puisieux F. Étude prospective aux urgences de Roubaix : dépistage des personnes âgées fragiles et évaluation par l'équipe mobile de gériatrie [Thèse d'exercice, médecine]. [Lille]: Université du droit et de la santé, Lille 2; 2013.
35. Arrouy L, Strohmenger L, Attal J, Moussu M-C, Braconnier S, Beaune S. Évaluation de la mise en place d'un fast-track pour les personnes âgées de plus de 85 ans dans un service d'urgence. *Annales Françaises de Médecine d'Urgence*. juill 2009;6(4):233-9.
36. Demanet Q, Meaume S, Paul E. La prise en charge des personnes âgées dans la médecine de demain. *Les cahiers de la fonction publique - Les cahiers hospitaliers - Les cahiers de l'éducation*. 1 juin 2015;N° 356:73-5.
37. Barnay ÉE, Marques NC. Évaluation de la pertinence des passages aux urgences du centre hospitalier de Chambéry des personnes âgées de 75 ans et plus résidant en EHPAD

- [Thèse d'exercice, médecine]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2015.
38. Graf C, Giannelli S, Hermann F, Sarasin F, 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 Medical Weekly*. janv 2012;141.
39. Salvi F, Morichi V, Lorenzetti B, Rossi L, Spazzafumo L, Luzi R, et al. Risk stratification of older patients in the emergency department: comparison between the Identification of Seniors at Risk and Triage Risk Screening Tool. *Rejuvenation Res*. juin 2012;15(3):288-94.
40. Salvi F, Morichi V, Grilli A, Spazzafumo L, Giorgi R, Polonara S, et al. Predictive validity of the Identification of Seniors At Risk (ISAR) screening tool in elderly patients presenting to two Italian Emergency Departments. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2008;21(1):69_75.
41. Salles N. Les équipes mobiles de gériatrie en France. *Soins Gériatrie*. nov 2015;20(116):12-4.
42. Mazowiecki S, Berranger C. Intérêt du score ISAR dans l'évaluation et l'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans. *Journal Européen des Urgences*. 3 août 2008;20(1°S):114.
43. Hoogerduijn J, Schuurmans M, Korevaar J, Buurman B, De Rooij S. Identification of older hospitalised patients at risk for functional decline, a study to compare the predictive values of three screening instruments. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(9-10):1219-25.
44. Braes T, Flamaing J, Sterckx W, Lipkens P, Sabbe M, De Rooij S, et al. Predicting the risk of functional decline in older patients admitted to the hospital: a comparison of three screening instruments. *Oxford University Press*. 2009;38:600-22.
45. Carter L, Skinner J, Robinson S. Patients from care homes who attend the emergency department: could they be managed differently. *Emerg Med J*. avr 2009;26(4):259-62.
46. HAS -Dossier de Liaison d'Urgence [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu
47. Natali J-P, Schwald N, Bach F, Bourgouin G, Chiffroy D, Bloch F. Intérêt d'une équipe mobile gériatrique aux urgences : retour sur dix ans d'expérience. *Soins Gériatrie*. nov 2015;20(116):22-4.
48. Créteil É, Ciocan D, Molines C, Icard MC, Dramé M. Coordination aux urgences par une unité mobile de gériatrie. *Soins Gériatrie*. juill 2013;18(102):33-6.

ANNEXES

Annexe 1 : Déclaration CNIL



RÉCÉPISSÉ

Madame ALMOYNER Natacha
3 RUE DURNERIN
59000 LILLE

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

2084523 v 0

du 18 août 2017

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG -
UNIVERSITE DE LILLE 2

Service :

Adresse : FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG POLE
FORMATION 1ER ETAGE PORTE 164

Code postal : 59045

Ville : LILLE CEDEX

N° SIREN ou SIRET :
195935606 00101

Code NAF ou APE :
8552Z

Tél. : 0320626900

Fax. : 0320627713

Traitement déclaré

Finalité : THÈSE DOCTORAT DE MÉDECINE : ETAT DES LIEUX SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA
POPULATION GERIATRIQUE CONSULTANT AUX URGENCES ET DE DETERMINER S'IL EXISTE DES
FACTEURS INFLUENÇANT LA DUREE DE PRISE EN CHARGE

Fait à Paris, le 18 août 2017
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe 2 : Critères de fragilité de Fried

Les cinq critères proposés	Définition et positivité des critères pour la fragilité	
Perte de poids involontaire	– Perte de façon non intentionnelle ≥ 5 kg durant les 12 derniers mois – Ou indice de masse corporelle (IMC) $< 18,5$ kg/m ²	
Sensation d'épuisement	Selon les réponses apportées à 2 des 20 questions de l'échelle de dépression CES-D: « <i>J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort</i> » « <i>J'ai manqué d'entrain</i> »	Cotation des réponses: 0 = jamais, très rarement 1 = occasionnellement 2 = assez souvent 3 = fréquemment, tout le temps Critère positif pour la fragilité si la personne répond 2 ou 3 à l'une ou l'autre des questions
Niveau d'activité physique	Évalué selon la version courte du <i>Minnesota Leisure Time Activity questionnaire</i> , renseignant sur le niveau d'activité de 9 domaines d'activité incluant les activités domestiques sur les 4 dernières semaines. La dépense énergétique associée mesurée en Kcal est calculée selon un algorithme standardisé	Selon le sexe, le critère est positif pour la fragilité si le niveau d'activité physique est : < 383 Kcal chez l'homme < 270 Kcal chez la femme
Réduction de la vitesse de marche	Temps nécessaire pour parcourir 4,57 mètres (15 pieds dans la version originale ; 1 pied $\approx 0,3048$ m)	La positivité du critère est stratifiée pour le sexe et la taille : <i>Pour l'homme :</i> Taille ≤ 173 cm ≥ 7 secondes Taille > 173 cm ≥ 6 secondes <i>Pour la femme :</i> Taille ≤ 159 cm ≥ 7 secondes Taille > 159 cm ≥ 6 secondes
Diminution de la force de préhension	La mesure de la force de préhension en kg, en utilisant généralement un dynamomètre	La positivité du critère est stratifiée pour le sexe et l'IMC (kg/m ²) <i>Pour l'homme :</i> IMC $\leq 24 \leq 29$ kg IMC 24,1-26 ≤ 30 kg IMC 26,1-28 ≤ 30 kg IMC $> 28 \leq 32$ kg <i>Pour la femme :</i> IMC $\leq 23 \leq 17$ kg IMC 23,1-26 $\leq 17,3$ kg IMC 26,1-29 ≤ 18 kg IMC $> 29 \leq 21$ kg
Fragilité = présence d'au moins 3 critères parmi 5 Pré-fragilité = présence de 1 ou 2 critères parmi 5		

Annexe 3 : Score ADL

ADL (Activities of daily living)

- Se laver
- S'habiller
- Se rendre aux toilettes
- Se déplacer
- S'alimenter
- Etre continent

Score de 0 (totalement dépendant) à 6 (totalement autonome)

TABLEAU 2 : score ADL (activities of living)

Annexe 4 : Score IADL

CAPACITE A UTILISER LE TELEPHONE... 0=autonome, 1=dépendant

1. Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros, etc.
2. Je compose un petit nombre de numéros bien connus.
3. Je réponds au téléphone, mais n'appelle pas.
4. Je suis incapable d'utiliser le téléphone.

MOYEN DE TRANSPORT 0=autonome, 1=dépendant

1. Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en communs ou avec ma propre voiture)
2. Je peux me déplacer seul(e) en taxi, mais pas en autobus.
3. Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e)
4. Je ne me déplace pas du tout.

PRISE DE MEDICAMENTS 0=autonome, 1=dépendant

1. Je m'occupe moi-même de la prise (dose et horaires)
2. Je peux les prendre moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance.
3. Je suis incapable de les prendre moi-même.

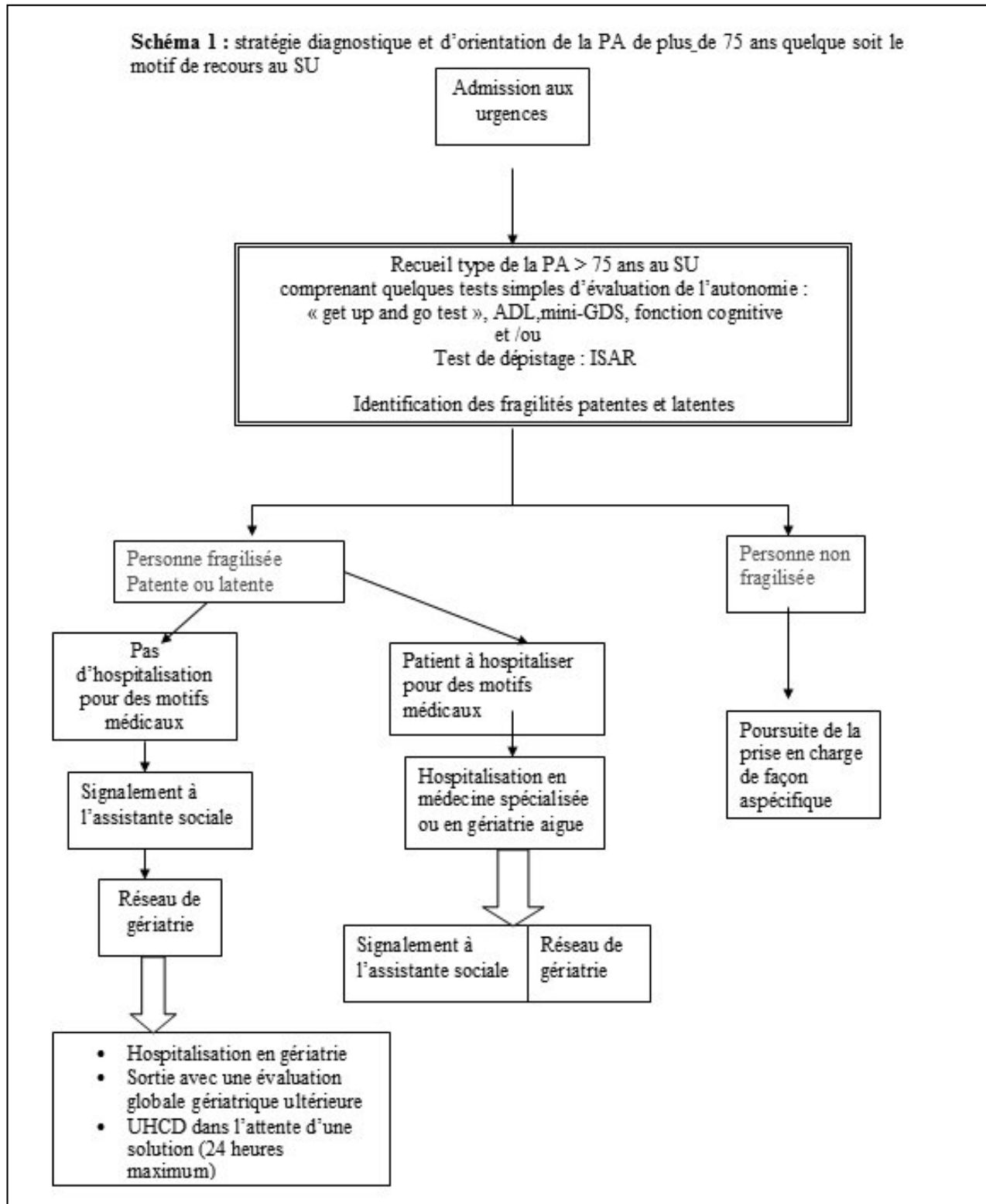
GERER SON ARGENT 0=autonome, 1=dépendant

1. Je suis totalement autonome (budget, chèques, factures)
2. Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme.
3. Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour.

Annexe 5 : Score ISAR

QUESTIONS	
1- Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?	Oui /Non
2- Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?	Oui/Non
3- Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?	Oui /Non
4- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ?	Oui/Non
5- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoires ?	Oui/Non
6- Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?	Oui/Non
Questionnaire de dépistage des patients âgés à risque d'évènements indésirables	
Un patient est considéré à risque d'évènement indésirable (déclin fonctionnel réadmission) avec plus de 2 réponses positives	

Annexe 6 : Stratégie diagnostique et d'orientation de la personne de plus de 75 selon la SFMU



Annexe 7 : Recueil des informations au SAU selon la SFMU

IOA	IDE de soins et AS	Médecin
Lettre du médecin oui non Fiche de liaison IDE oui non Bulletin d'intervention des pompiers oui non	Préciser le cadre de vie domicile seul ou accompagné assistante de vie, aide ménagère, IDE, aide soignante maison de retraite foyer logement long séjour HAD Vie en famille	Fonction cognitive orientation temporo-spatiale capacité à tenir une conversation comportement
Renseignements auprès de la famille *coordonnés des proches et du patient *motif de recours *documents médicaux oui non *coordonnées du médecin traitant	Autonomie (ADL) 0 ou 1 à chacun des items - se laver - s'habiller - se rendre aux toilettes - se déplacer - s'alimenter - être continent Score de 0 (totalement dépendent) à 6 (totalement autonome)	Trouble de l'équilibre Test du get up and go
Renseignements médicaux antécédents principaux traitements spécifiques (ordonnance)	Hygiène propreté à l'arrivée aux urgences continence	Dépression : Mini-GDS
Constantes cliniques si besoin et évaluation de la douleur	Etat cutané	
Renseignements environnementaux et sociaux : lieu et mode de vie présence d'aidant naturels présence d'aidant non naturels mesure de tutelle ou curatelle	Etat nutritionnel : bon / moyen / mauvais	
Particularités gériatriques : Problème de compréhension Agitation : oui / non Famille prévenue oui / non	Atteinte sensorielle : cécité / surdité	

Annexe 9 : Questionnaire de l'étude

Etiquette ou IEP :

420 _____

ADMINISTRATIF :

- courrier du médecin traitant / fiche de liaison EHPAD oui non

- ordonnance oui non

- présence d'un accompagnant oui non

- patient adressé par médecin traitant
 entrée spontanée / demande de la famille
 régulation médicale / centre 15

MODE DE VIE :

- score ISAR

OUI	NON	
		Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?
		Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin des plus d'aide au domicile ?
		Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?
		Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue
		Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoire ?
		Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?

- mode de vie seul accompagné

domicile / dans la famille
 maison de retraite / EHPAD
 foyer-logement
 hospitalisation long séjour
 HAD
 attente placement

- aidant principal

non connu connu = _____
 pas d'aidant

- aides en place

télé-alarme portage des repas aides à domicile, si oui lesquelles

autres = _____

Auxiliaire de vie
Aide-ménagère
Aide-soignante
Infirmière

- demande passage assistant social OUI NON

- protection juridique aucune sauvegarde de justice
 curatelle tutelle

AUTONOMIE :

- score ADL

- IADL

OUI	NON	
		se laver
		s'habiller
		se rendre aux toilettes
		se déplacer
		s'alimenter
		être continent

oui	non	
		capacité à utiliser un téléphone
		se déplacer
		responsabilité pour la prise de médicaments
		capacité à gérer son budget

MÉDICAL :

- état général bon mauvais

- troubles cognitifs OUI NON

- agitation OUI NON

- humeur triste OUI NON

- passage aux urgences évitable selon l'urgentiste ? OUI NON

ÉQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE (EMG) :

- avis EMG demandé ? OUI NON - si oui, où ? Urgences UHCD service d'hospitalisation

- motif appel EMG : _____

- heure d'appel de EMG : _____

- consultation gériatrique ambulatoire prévue ? OUI NON

- passage aux urgences évitable selon EMG ? OUI NON

ORIENTATION DU PATIENT :

- famille / aidant contacté ? OUI NON

- médecin traitant contacté ? OUI NON

REMARQUES LIBRES SUR LA SITUATION DU PATIENT, LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT :

Annexe 10 : Algorithme FAST-TRACK des personnes âgées

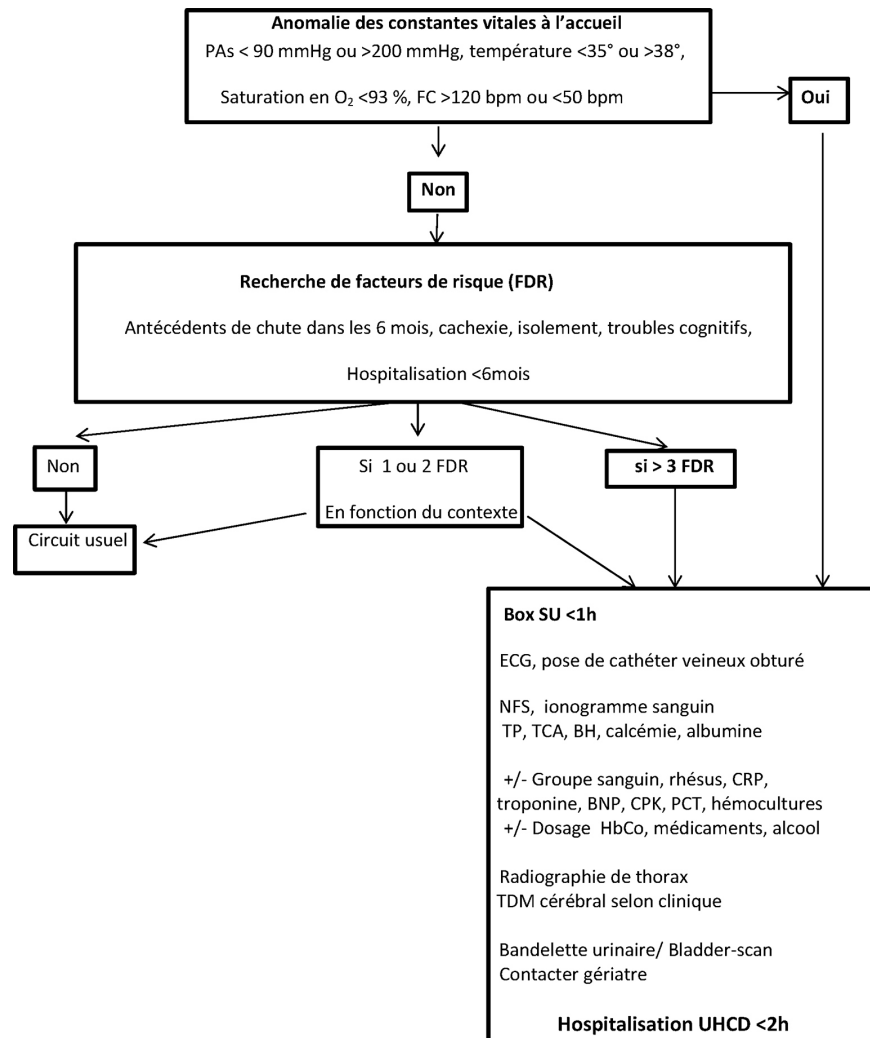
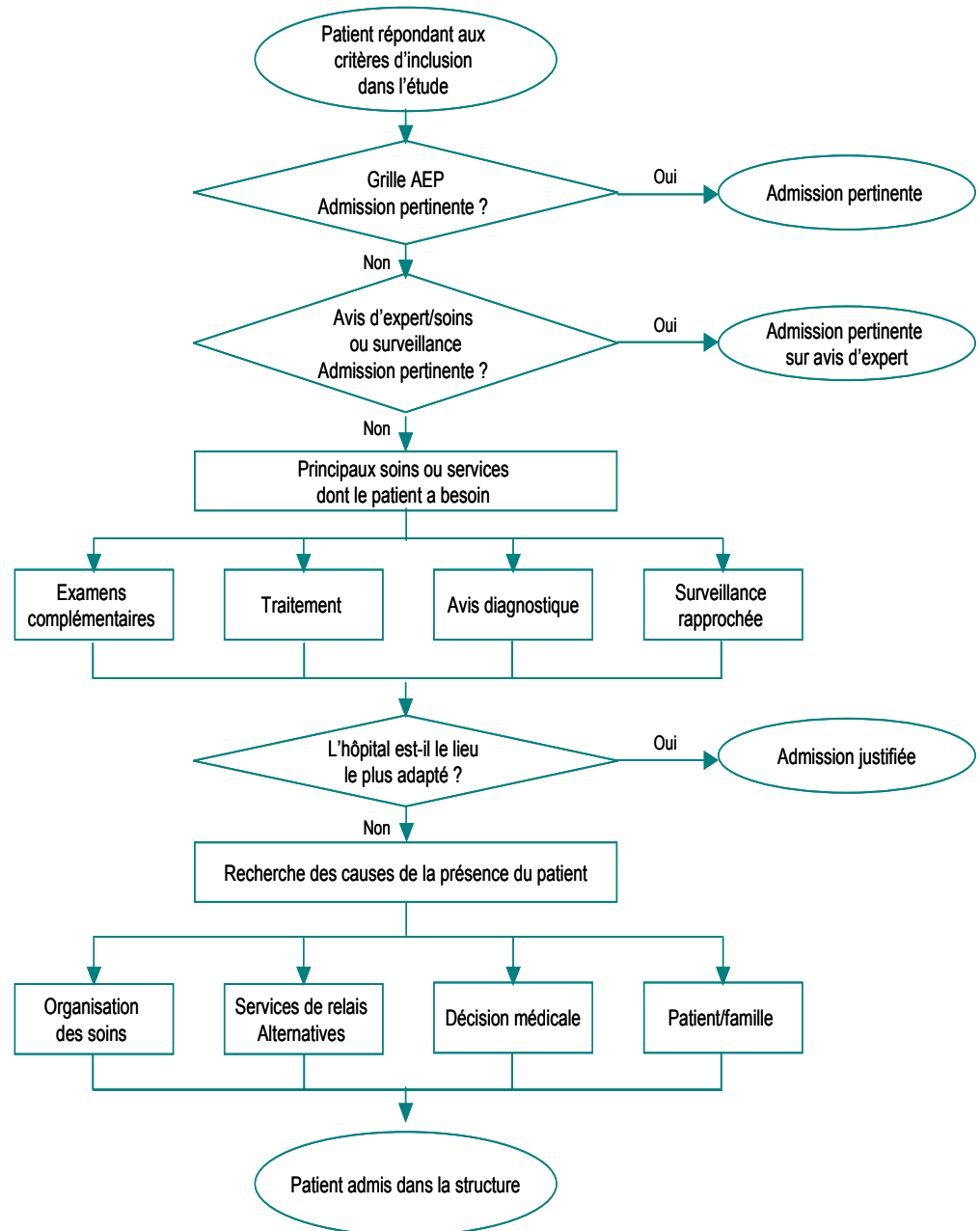


Fig. 1 Algorithme de prise en charge des patients de plus de 85 ans permettant de détecter les personnes âgées à haut risque d'hospitalisation. PAs : pression artérielle systolique ; FC : fréquence cardiaque ; bpm : battements par minute ; TP : taux de prothrombine ; TCA : temps de céphaline activée ; BH : bilan hépatique ; CRP : protéine C réactive ; BNP : *brain natriuretic peptid* ; CPK : créatine phosphokinase ; PCT : procalcitonine ; HbCO : Carboxyhémoglobine ; TDM : tomodensitométrie

Annexe 11 : Stratégie de prise en charge de l'AEPf



Annexe 12 : Score TRST

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

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

AUTEUR : Nom : Almoynier

Prénom : Natacha

Date de Soutenance : 13 septembre 2017

Titre de la Thèse : Analyse de la population de 75 ans et plus consultant aux urgences du CH de Maubeuge.

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES Médecine Générale – DESC Médecine d’Urgence

Mots-clés : personne âgée, urgences, score ISAR, équipe mobile de gériatrie.

Contexte : Les urgences sont la principale voie d’accès à l’hôpital des personnes âgées. En 2003, la conférence de consensus de la SFMU rappelle leur prise en charge. La fragilité doit être dépistée par le score ISAR. L’objectif principal est la réalisation d’un état des lieux des personnes âgées consultant aux urgences du centre hospitalier de Maubeuge.

Méthode : Etude prospective, observationnelle, monocentrique, du 1er au 31 mars 2017. Tous les patients de 75 ans et plus étaient inclus. Les données étaient recueillies par analyse du questionnaire rempli par le médecin de garde et étude du dossier médical informatisé.

Résultats : 122 patients étaient inclus. La moyenne d’âge était de 88,5 IC 95% [84,5-86,5] et 77% étaient des femmes. La plupart vivaient à domicile (87%). Le score ISAR était supérieur ou égal à deux chez 64,8% avec une moyenne de 3,05 IC 95% [2,76-3,35]. 11 avis de l’équipe mobile de gériatrie (EMG) ont été donnés, dont 9 pour un score ISAR supérieur ou égal à 2. Le score ISAR n’influçait pas la durée de prise en charge ($p = 0,53$), tout comme l’âge ($p = 0,15$). La durée moyenne de prise en charge était de 4h43 IC 95% [4h18-5h08]. Le devenir était significativement différent selon l’évaluation par l’EMG ($p = 0,01$). Les deux diagnostics principaux retrouvés étaient les lésions traumatiques et le maintien à domicile impossible.

Conclusion : Les personnes âgées nécessitent un temps dédié de consultation aux urgences. L’intervention de l’EMG est un soutien pour une évaluation globale pluridisciplinaire.

Composition du Jury :

Président : Pr Eric Wiel,

Assesseurs : Pr Raphaël Favory, Dr Jean-Marie Renard,

Directeur de thèse : Dr Pascal Lapchin.