

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 2 mai 2013 à Poitiers
par Madame Sophie NOE

Impact d'une évaluation gériatrique sur l'orientation des personnes âgées au sein
d'un service d'accueil des urgences :
Expérience au centre hospitalier de La Rochelle

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

Membres :

Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA
Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT
Madame le Docteur Isabelle BOUEX-GODEAU

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Armelle BLANCHARD



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen.

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoit, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (détachement)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (surnombre)
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOU Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie d'inique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maitres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maitre de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christan-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Marc PACCALIN, président du jury

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. J'ai été sensible à l'attention que vous avez portée à mon travail et aux conseils que vous m'avez prodigués pour sa réalisation. Soyez assuré de mes remerciements respectueux.

A Monsieur le Professeur José GOMES, membre du jury

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je tiens à vous exprimer mes remerciements et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT, membre du jury

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. J'ai pu bénéficier au cours de ma formation de la qualité de votre enseignement. Je tiens à vous exprimer mes remerciements et ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur Isabelle BOUEX-GODEAU, membre du jury

Soyez assurée de ma profonde reconnaissance pour avoir bien voulu juger ce travail.

A Madame le Docteur Armelle BLANCHARD, directrice de cette thèse

Je vous remercie d'avoir dirigé cette thèse. Votre écoute, vos conseils et votre investissement m'ont permis d'accomplir ce travail. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur Béatrice DESLANDES
A Mademoiselle le Dr Aurélie MERINE

Vos conseils avisés ont contribué à la réalisation de cette thèse. Vous trouverez ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur Florence BERTHELEMY

Pour votre aide précieuse concernant la méthodologie et l'analyse statistique de cette thèse, vous trouverez ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A ma famille et mes amis,

Vous m'avez soutenue tout le temps de mes études et de ce travail. Soyez assurés de tout mon amour.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	9
LISTE DES ABREVIATIONS.....	11
INTRODUCTION.....	12
I. DONNEES GENERALES.....	13
A. Notions démographiques sur le vieillissement.....	13
1. Caractéristiques démographiques de la France actuelle.....	13
2. Espérance de vie en France.....	14
3. Portrait démographique de la Charente-Maritime.....	14
B. Le vieillissement.....	15
1. Définition.....	15
2. Les niveaux de vieillissement.....	15
3. Les effets du vieillissement sur l'organisme.....	16
C. La personne âgée.....	17
1. Définition.....	17
2. La personne âgée malade.....	18
D. Le concept de fragilité.....	19
1. Définition.....	19
2. Physiopathologie de la fragilité.....	20
3. Le syndrome gériatrique.....	21
4. L'évaluation gériatrique standardisée.....	22
a. Définition.....	22
b. Les échelles d'évaluation.....	23
E. La dépendance.....	24
1. Définition.....	24
2. Les conséquences de la dépendance.....	24
a. Sur la personne âgée.....	24
b. Sur l'entourage.....	25
3. Evaluation de la dépendance.....	25
F. Démarche de prise en charge des personnes âgées aux urgences.....	26
II. L'OFFRE DE SOINS GERIATRIQUES EN CHARENTE-MARITIME NORD....	27
A. La filière gériatrique intra-hospitalière.....	27

B.	La filière gériatrique extrahospitalière	29
1.	Les aides à domicile	29
a.	Les aides humaines	29
b.	Les aides matérielles.....	29
2.	Les aides financières et sociales	29
a.	L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).....	29
b.	L'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA).....	30
3.	Le changement de lieu de vie.....	30
a.	Les établissements d'hébergement pour personnes âgées	30
b.	Les résidences services	31
4.	Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC).....	31
C.	Le Service d'Accueil des Urgences de La Rochelle.....	32
1.	Composition du service	32
2.	Activité du service.....	32
D.	L'équipe de gériatrie des urgences.....	33
1.	Les missions.....	33
2.	La formation	34
3.	Les moyens mis en œuvre	34
5.	Protocole de prise en charge aux urgences d'une personne âgée.....	35
a.	L'Infirmière d'Orientation et d'Accueil (IOA)	35
b.	Evaluation par l'infirmière de gériatrie	36
c.	Prise en charge par le gériatre	36
d.	Orientation du patient.....	36
III.	ETUDE.....	38
A.	Objectifs.....	38
B.	Matériel et méthodes	38
1.	Conduite de l'étude	38
2.	Données recueillies.....	39
a.	Données générales	39
b.	Données de l'évaluation gériatrique	40
c.	Données sur le passage aux urgences	41
d.	Données concernant l'orientation des patients.....	41
3.	Saisie et analyse statistique.....	42

IV. RESULTATS ET ANALYSE	42
A. Caractéristiques des patients pris en charge par l'équipe de gériatrie.....	43
1. Données générales	43
2. Données de l'évaluation gériatrique	45
3. Données sur le passage aux urgences	46
B. Données sur l'orientation, comparaison avec les patients pris en charge par les urgentistes.....	49
1. Orientation au décours de la prise en charge.....	49
2. Adéquation entre l'orientation souhaitée et l'orientation effective.....	52
3. Taux de réadmission aux urgences pour les patients rentrés à domicile	57
V. DISCUSSION.....	58
A. Résultats principaux	58
B. Les biais de l'étude	58
C. Caractéristiques de la population étudiée.....	59
D. Orientation des patients.....	62
1. Taux de retour à la structure d'origine.....	62
2. Orientation dans les services d'hospitalisation	64
3. Adéquation entre l'orientation souhaitée et l'orientation effective.....	65
4. Réadmission précoce aux urgences à J15 et J30 pour les patients rentrés à domicile après l'évaluation gériatrique	66
E. Perspectives	68
CONCLUSION.....	69
BIBLIOGRAPHIE.....	70
ANNEXES	74
RESUME	75
MOTS CLES.....	75
SERMENT.....	76

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableaux

Tableau I : Evolution et prévisions démographiques concernant les plus de 75 ans en France	14
Tableau II : Données sur l'activité du SAU en 2011 et 2012.....	33
Tableau III : Mode de sortie des plus de 75 ans après la consultation au SAU en 2012.....	33
Tableau IV : Lieu d'intervention de l'équipe de gériatrie des urgences.....	43
Tableau V : Provenance et origine géographique des patients pris en charge par l'EGU.....	44
Tableau VI : Données de l'évaluation gériatrique des patients pris en charge par l'EGU.....	45
Tableau VII : Mode d'admission des patients pris en charge par l'EGU.....	46
Tableau VIII : Présence d'un accompagnant pour les patients pris en charge par l'EGU.....	47
Tableau IX : Intervention de l'assistante sociale pour les patients pris en charge par l'EGU.....	47
Tableau X : Analyse comparative de l'orientation des patients de plus de 75 ans pris en charge par l'EGU et ceux pris en charge par les urgentistes après la consultation au SAU.....	49
Tableau XI : Analyse comparative des orientations dans les services d'hospitalisation des patients de plus de 75 ans pris en charge par l'EGU et ceux pris en charge par les urgentistes après la consultation au SAU.....	50
Tableau XII : Analyse comparative de l'orientation des patients de plus de 75 ans pris en charge par l'EGU et ceux pris en charge par les urgentistes après l'hospitalisation en UHCD.....	51
Tableau XIII : Analyse comparative des orientations dans les services d'hospitalisation des patients de plus de 75 ans pris en charge par l'EGU et ceux pris en charge par les urgentistes après l'hospitalisation en UHCD.....	51
Tableau XIV : Adéquation entre l'orientation souhaitée et l'orientation effective des patients pris en charge au SAU.....	52

Tableau XV : Détail des orientations souhaitées et des orientations effectives des patients pris en charge par l'EGU au SAU.....	53
Tableau XVI : Détail des orientations souhaitées et des orientations effectives des patients pris en charge par les urgentistes au SAU.....	54
Tableau XVII : Adéquation entre l'orientation souhaitée et l'orientation effective des patients après hospitalisation à l'UHCD.....	55
Tableau XVIII : Détail des orientations souhaitées et des orientations effectives des patients pris en charge par l'EGU à l'UHCD.....	55
Tableau XIX : Détail des orientations souhaitées et des orientations effectives des patients pris en charge par les urgentistes à l'UHCD.....	56
Tableau XX : Taux de réadmission non programmée à J15 et J30 pour les patients rentrés à domicile après consultation au SAU.....	64
Tableau XXI : Taux de réadmission non programmée à J15 et J30 pour les patients rentrés à domicile après hospitalisation à l'UHCD.....	64

Figures

Figure 1 : Répartition des patients pris en charge par l'EGU en fonction du sexe et du lieu d'évaluation.....	47
Figure 2 : Motifs d'admission des patients pris en charge par l'EGU.....	51
Figure 3 : Répartition des diagnostics médicaux des patients pris en charge par l'EGU.....	52
Figure 4 : Orientation des patients dans les services d'hospitalisation après consultation au SAU en fonction de la prise en charge : EGU ou urgentistes.....	56
Figure 5 : Orientation des patients dans les services après hospitalisation à l'UHCD en fonction de la prise en charge : EGU ou urgentistes.....	57
Figure 6 : Adéquation entre l'orientation souhaitée et l'orientation effective des patients pris en charge au SAU.....	57

LISTE DES ABREVIATIONS

ADL: Activities of Daily Living

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

APA : Allocation Personnalis e d'Autonomie

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CSG : Court Séjour Gériatrique

DHEA : déhydroépiandrostérone

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

GIR : Groupe Iso-Ressource

HAD : Hospitalisation A Domicile

HDJ : Hôpital de Jour

IADL : Instrumental Activites of Daily Living

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MMSE : Mini Mental State Examination

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UHR : Unité d'Hospitalisation Renforc e

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population française constitue un enjeu majeur de santé publique et soumet le système de soins à des demandes croissantes, notamment à l'hôpital. Au 1^{er} janvier 2012, les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient 9,1% de la population française. Selon les prévisions de l'Insee, elles seront 16,1 % en 2040 [1].

Face à cette évolution démographique, de nouveaux axes de prise en charge des personnes âgées ont été définis par les circulaires DHOS de 2002 et 2007. Les objectifs de ces directives sont d'améliorer les filières de soins gériatriques, de promouvoir le développement de courts séjours et d'équipes mobiles au sein des hôpitaux, notamment dans les services d'urgence. Actuellement, 255 équipes mobiles de gériatrie sont actives sur le territoire [2]. Plus de la moitié interviennent dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU), où les personnes âgées représentent 12 à 14% de la totalité des passages [3].

Le passage aux urgences est un facteur aggravant de la fragilité du sujet âgé [4]. Le risque de décompensation de pathologies chroniques et invalidantes est augmenté, pouvant entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible.

Sur l'année 2012, le SAU de La Rochelle a compté 44 293 passages, dont 22,6% représentaient des personnes de plus de 75 ans. L'intrication de problématiques médicales, psychologiques et sociales dans un contexte physiologique particulier qu'est le vieillissement rend compte de la difficulté de prise en charge de ces personnes. C'est pour apporter un savoir-faire spécifique qu'une équipe de gériatrie a été mise en place en novembre 2011 au SAU. L'intervention du gériatre apporte une capacité d'analyse complémentaire grâce à une évaluation spécialisée, une expertise pour la meilleure orientation possible, une connaissance des structures d'aval et donc une facilité d'admission dans ces structures [5,6]. Plusieurs études soulignent la nécessité du développement de telles filières au sein des structures d'urgence [7-10].

Nous avons cherché à savoir si l'intervention gériatrique aux urgences de La Rochelle facilitait l'orientation dans la filière de soins par rapport à une prise en charge « classique ». Pour cela nous avons comparé les orientations de patients pris en charge par l'équipe de gériatrie et celles de patients pris en charge par des urgentistes uniquement.

Existe-t-il une différence de taux de retour à domicile ? Le court séjour gériatrique est-il plus accessible ? L'adéquation entre l'orientation souhaitée et l'orientation effective est-elle meilleure ? Nous nous sommes également interrogés sur le taux de retour aux urgences des patients rentrés à domicile après la prise en charge aux urgences.

Les résultats de cette étude nous permettront de mieux comprendre le fonctionnement de l'équipe de gériatrie et d'émettre des hypothèses pour améliorer la prise en charge des personnes âgées au service des urgences.

I. DONNEES GENERALES

A. Notions démographiques sur le vieillissement

1. Caractéristiques démographiques de la France actuelle

Le vieillissement de la population française apparaît comme une caractéristique essentielle de l'évolution démographique. Il est la conséquence directe de l'avancée en âge des générations du baby-boom de l'après-guerre ainsi que de l'allongement naturel de la durée de vie.

Au 1^{er} janvier 2010, la France métropolitaine comptait un peu plus de 63 millions d'habitants. Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, le pays comptera 73,6 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2060, soit 11,8 millions de plus qu'en 2007.

Le pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans est en hausse constante. Les projections démographiques annoncent qu'une personne sur trois

aura ainsi plus de 60 ans en 2060. En revanche, la population des moins de 20 ans a tendance à diminuer : 24,3% en 2010 contre 25,6% en 2000 [1].

Tableau I : Evolution et prévisions démographiques concernant les plus de 75 ans en France (source INSEE)

	2000	2010	2020	2040
Population > 75 ans	7,2%	9,1%	9,6%	16,1%

2. Espérance de vie en France

L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années de vie des personnes d'une classe d'âge donnée. Elle caractérise la mortalité du groupe social selon les conditions de mortalité en vigueur sur une période donnée et indépendamment de la structure par âge.

En 2011, l'espérance de vie à la naissance a continué à progresser sur le même rythme que depuis le début des années 1970. Elle s'établissait à 84,8 ans pour les femmes et à 78,2 ans pour les hommes. D'ici 2060, elle augmenterait de 8,2 ans pour les hommes et de 6,6 ans pour les femmes [1].

L'espérance de vie sans incapacité ou espérance de vie en bonne santé concerne les années de vie sans handicap. Une bonne santé est définie par l'absence de limitation d'activité dans les gestes de la vie quotidienne et l'absence d'incapacité [11]. En 2010, femmes et hommes pouvaient espérer vivre en bonne santé jusqu'à 63,2 ans et 61,9 ans [12].

3. Portrait démographique de la Charente-Maritime

La Charente-Maritime est le 38^{ème} département le plus peuplé de la France métropolitaine. Le département comptait 622 323 habitants au premier janvier 2010 contre 557 389 en 1999, soit une augmentation de 10.4 %, ce qui est supérieur de 2 points à la moyenne nationale.

Comparativement au reste de la région Poitou-Charentes, elle compte deux fois plus d'habitants que la Charente ou les Deux- Sèvres et totalise à elle seule 35 % de la population régionale. La part des personnes de plus de 75 ans est

également plus élevée que la moyenne nationale, 11.8 % au premier janvier 2010 (moyenne nationale 9,1%) [1].

Selon l'INSEE, la Charente-Maritime se distinguera par une plus forte augmentation du nombre de dépendants (14 à 33%) d'ici à 2030 ; plus d'un habitant sur trois aurait plus de 60 ans et près d'un habitant sur dix aurait plus de 80 ans. Cette évolution démographique s'accompagne d'une augmentation du nombre de pathologies par patient (85% des plus de 75 ans sont atteints d'au moins une affection chronique) et d'une augmentation du besoin de places en institution [13] .

B. Le vieillissement

1. Définition

Le vieillissement est un processus hétérogène, variable d'un individu à l'autre et d'un organe à l'autre. Il correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure de l'organisme à partir de l'âge mûr.

Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie (vieillissement extrinsèque).

Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies [11].

2. Les niveaux de vieillissement

Il existe schématiquement trois catégories de personnes âgées réparties en fonction de leur état de santé :

- Le vieillissement réussi correspond aux sujets âgés en pleine forme qui représentent 15 à 25% des personnes âgées et qui peuvent être assimilés en termes de besoins sanitaires à la population adulte.
Ils ont une faible diminution des capacités fonctionnelles et ont des capacités de réserve importantes.

- Le vieillissement usuel ou habituel correspond aux sujets âgés sans pathologie définie, et qui présentent une atteinte usuelle des fonctions physiologiques. Ils représentent 50 à 60 % des personnes âgées.
Ce vieillissement est défini actuellement par le concept de fragilité (*frail elderly*) qui comprend tous les risques de décompensation conduisant à la perte d'autonomie.
- Le vieillissement avec pathologie/handicap correspond aux sujets dépendants, en mauvais état de santé en raison d'une poly-pathologie chronique évoluée. Ils représentent 10 à 15% de la population âgée. Ce vieillissement est très fréquemment associé à une démence.

[14,16]

3. Les effets du vieillissement sur l'organisme

La diminution des réserves fonctionnelles induit une réduction de la capacité de l'organisme à résister aux agressions [11].

- Effets métaboliques :

Il existe une diminution de la masse maigre au profit de la masse grasse. La résistance à l'insuline est plus importante.

- Effets sur le système nerveux :

Le vieillissement du système nerveux central se traduit par une augmentation des temps de réaction et par une réduction modérée des performances mnésiques. Le sommeil est réduit et peut se déstructurer. La sensation de soif diminue. Il existe une baisse de la sensibilité proprioceptive qui favorise l'instabilité posturale. L'ensemble de ces modifications concourt à majorer la vulnérabilité cérébrale des personnes âgées à l'égard des agressions et majore le risque de syndrome confusionnel.

- Effets sur le système cardiovasculaire :

Le vieillissement du cœur s'accompagne d'une diminution du remplissage ventriculaire. La pression artérielle systolique augmente.

- Effets sur l'appareil respiratoire :

La diminution de la compliance pulmonaire, de la compliance thoracique et la réduction de volume des muscles respiratoires rendent compte de la réduction de la capacité ventilatoire au cours du vieillissement. Les débits expiratoires sont diminués.

- Effets sur l'appareil digestif :

Le vieillissement entraîne des modifications de l'appareil bucco-dentaire et une diminution du flux salivaire. Il existe un ralentissement du temps de transit intestinal. La masse et le débit hépatiques sont diminués.

- Effets sur l'appareil locomoteur :

La sarcopénie entraîne une diminution de la force musculaire. L'ostéopénie est responsable d'une diminution de la résistance mécanique de l'os.

- Effets sur l'appareil urinaire :

Les capacités de filtration et d'élimination du rein sont réduites. Les capacités de concentration et de dilution des urines diminuent progressivement.

- Effets sur les organes des sens :

Le vieillissement s'accompagne d'une diminution de la vision, par la réduction de l'accommodation et le phénomène de cataracte. Il existe une perte progressive de l'audition à l'origine d'une presbyacousie.

C. La personne âgée

1. Définition

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit une personne âgée à partir de 60 ans. Dans la réglementation française c'est aussi cet âge qui a été retenu pour certaines prestations ou dispositions les concernant.

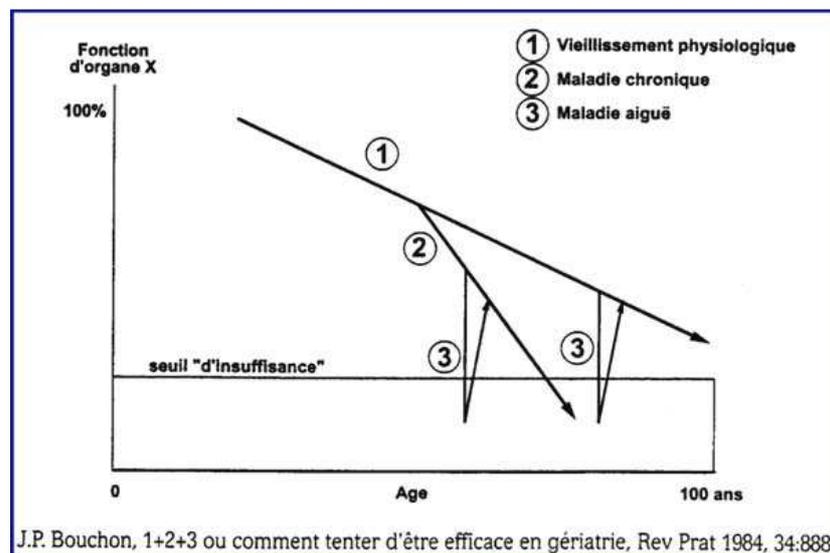
Ce terme recouvre une population hétérogène incluant une majorité de personnes valides en bonne santé, sans handicap majeur, ainsi que des personnes porteuses de maladies chroniques et de pathologies invalidantes.

La prise en charge de la personne âgée relève d'une évaluation globale médicale, psychologique et sociale [11].

2. La personne âgée malade

L'état de « crise » du sujet âgé se présente habituellement comme une décompensation fonctionnelle provoquée par la survenue de nouvelles maladies susceptibles d'évoluer de façon aiguë ou subaiguë sur un terrain fragilisé par le vieillissement et les maladies chroniques. La démarche classique qui vise à identifier une maladie unique, en présence d'un faisceau de symptômes, n'est plus adaptée.

Un schéma proposé par J-P. Bouchon propose d'expliquer les concepts de fragilité et de décompensation fonctionnelle en prenant en compte trois éléments qui se cumulent pour aboutir à la décompensation d'une fonction [17] :



Sur ce schéma, l'abscisse donne l'âge du patient et l'ordonnée représente la fonction d'un organe : au maximum 100% avec un seuil clinique d'insuffisance marquant la décompensation fonctionnelle (confusion, insuffisance cardiaque aiguë, chute, perte de connaissance...).

La courbe 1 représente les effets du vieillissement sur la fonction de l'organe (vieillesse cardiaque, vasculaire, rénal, cérébral...). Le vieillissement isolé n'est jamais à lui seul responsable de la décompensation fonctionnelle.

La courbe 2, représente l'effet d'une maladie chronique qui vient se greffer sur les effets du vieillissement et altère la fonction de l'organe (coronaropathie, syndrome démentiel, hypertension artérielle, ostéoporose...). La maladie chronique, si elle évolue, peut conduire au stade d'insuffisance (cardiopathie ischémique au stade d'insuffisance cardiaque globale). Cependant, l'effet couplé du traitement et des adaptations fonctionnelles de l'organisme peut maintenir une capacité fonctionnelle suffisante quoique diminuée.

La courbe 3 représente le facteur aigu de décompensation (stress aigu, pathologie iatrogène, affection médicale aiguë) [5].

D. Le concept de fragilité

1. Définition

Il s'agit d'un concept récent dans le domaine de la gériatrie. De nombreuses définitions sont possibles car il s'agit d'un processus dynamique multi varié.

La définition de la fragilité du dictionnaire Larousse est la suivante : « caractère de ce qui est fragile, de ce qui se brise facilement, précaire, vulnérable, faible et instable, manque de robustesse de quelqu'un ».

L'état de fragilité correspond à la réduction des réserves fonctionnelles induisant une instabilité physiologique qui expose au risque de pathologies en cascade [14].

Le jury de la conférence de consensus de la SFMU définit la fragilité d'une personne âgée comme un risque de déséquilibre entre des éléments somatiques, psychiques et sociaux, provoqué par une agression même minime. En pratique, elle se manifeste et s'évalue par l'apparition de troubles cognitifs, comportementaux et sensoriels, de polyopathologies, de polymédications et par l'accroissement des besoins d'aide dans la vie quotidienne [6].

La fragilité est associée à une morbidité et une mortalité accrues (risque de décès à 5 ans multiplié par 3), à l'institutionnalisation (risque multiplié par 9 par rapport aux sujets autonomes), aux chutes et à la fracture de l'extrémité supérieure du fémur, à la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne [16,18].

Les critères de Fried permettent de définir les sujets âgés fragiles pour un score supérieur à 3 parmi ces 5 données [19] :

- 1- Perte de poids involontaire > 4.5 kg en un an
- 2- Force de préhension inférieure au 20^{ème} percentile pour le sexe et l'indice de masse corporelle
- 3- Mauvaise endurance (fatigue subjective)
- 4- Vitesse de marche sur 4,5 m inférieure au 20^{ème} percentile pour le sexe et la taille
- 5- Sédentarité

2. Physiopathologie de la fragilité

On distingue des facteurs intrinsèques et des facteurs environnementaux de la fragilité [16]. Les facteurs intrinsèques sont :

- Le déconditionnement physique lié à la baisse des performances mécaniques du système musculo-squelettique et à la baisse des capacités aérobie.
- La baisse des réserves nutritionnelles liée à la baisse du poids, à la baisse de la synthèse hépatique (albumine, cholestérol, vitamine D) et à la baisse de la synthèse des hormones anabolisantes (Insulin Like Growth Factor, testostérone, DHEA).
- La désafférentation secondaire à une réduction des stimulations intellectuelles provoquée par les déficiences sensorielles, l'isolement social, et les processus neurodégénératifs qui entraînent une baisse des neurotransmetteurs (baisse

de l'acétylcholine, altération du système dopaminergique...), une leucoaraïose et une apoptose neuronale accélérée.

- La dysrégulation du système immunitaire qui favorise une inflammation chronique avec élévation de l'interleukine 6, du Tumor Necrosis Factor, une réaction amplifiée au stress qui active l'axe hypothalamo-hypophysaire (en stimulant la synthèse de leptine) contribuant indirectement à la satiété précoce et à la cachexie.

Les facteurs environnementaux (ou extrinsèques) sont :

- Des bas revenus ;
- Un faible niveau d'instruction ;
- Un défaut de couverture médicale ;
- Un isolement socio-familial ;

La fragilité peut s'observer chez les sujets âgés dont le vieillissement est apparemment usuel. Un certain nombre d'entre eux, à la faveur d'un stress, peuvent basculer dans des situations pathologiques responsables de handicaps dits « vieillissement pathologique ». Un traitement standard ou classique peut les ramener au statut de vieillissement usuel. Une prise en charge plus complète pourrait rapprocher certains sujets de la population âgée ayant un vieillissement réussi [20].

3. Le syndrome gériatrique

Il s'agit du cumul de situations pathologiques fréquentes chez les sujets âgés fragiles. La fréquence augmente avec l'âge. Ce syndrome représente une cause importante de perte fonctionnelle et d'hospitalisation. Il résulte habituellement d'interactions plurifactorielles et complexes entre :

- des facteurs favorisants au rang duquel figurent le vieillissement, mais aussi d'autres conditions médico-sociales chroniques

- des facteurs précipitants : évènement intercurrent aigu qui précipite le patient fragile en manque de réserve fonctionnelle dans la perte d'autonomie

Parmi les principaux tableaux cliniques de décompensation de la fragilité, on peut citer :

- la dénutrition protéino-énergétique ou syndrome d'hypercatabolisme auto-entretenu ;
- la déshydratation ;
- les chutes répétées ;
- le syndrome confusionnel ;
- le syndrome de régression psychomotrice ;
- la défaillance multiorganique ;
- la perte d'indépendance fonctionnelle ;
- les escarres de pression ou syndrome d'immobilisation ;

4. L'évaluation gériatrique standardisée

a. Définition

L'évaluation gériatrique standardisée est une nouvelle approche médicale de la personne âgée, dans sa globalité médico-psycho-sociale. Pour cette évaluation sont utilisées des échelles validées au plan international. De nombreux travaux ont montré que l'EGS permettait de diminuer la morbidité, la mortalité, l'institutionnalisation et donc les coûts de la santé à moyen et long terme [21].

Rubenstein en donne une définition : « l'évaluation gériatrique standardisée est une méthode de diagnostic multidimensionnelle et interdisciplinaire, dont le but est de déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales d'une personne âgée fragile, dans le but de développer un plan de soin coordonné et intégré, et un suivi à long terme. »

Le recours aux services de gériatrie n'est pas indispensable chez les patients indépendants, pour lesquels il n'y a pas de prévention particulière de l'incapacité. En revanche, il s'avère indispensable pour les sujets âgés fragiles afin d'offrir une prise en charge qui pourrait les replacer dans une trajectoire de vieillissement réussi [14,20].

b. Les échelles d'évaluation

Plusieurs instruments ont été développés pour identifier le syndrome gériatrique et les patients les plus à risque de le développer [11,20]. Quatre paramètres de l'évaluation gérontologique permettent de dépister l'état de fragilité [16] :

- La persistance ou non d'une autonomie pour les actes de la vie courante :

Elle s'évalue à l'aide de l'échelle « Activities of Daily Living » (ADL) de Katz. Les items concernent les soins corporels, l'habillement, la toilette, la continence, le transfert et l'alimentation. Cette grille prédit fortement le pronostic en terme de morbi-mortalité [22].

L'échelle « Instrumental Activities of Daily Living » (IADL) de Lawton est également utilisée. Elle évalue la dépendance par rapport aux activités courantes nécessitant une utilisation des fonctions cognitives dites fonctions instrumentales (calcul, élaboration de stratégies instrumentales). Le sujet évalue lui-même ses compétences, une vérification auprès des proches ou une mise en situation pouvant être nécessaires. Cette échelle évalue des activités telles que la capacité d'utiliser un téléphone, d'effectuer un transport urbain, ou de faire des courses [23].

- La prise en compte d'une réduction de la force musculaire et de la stabilité en position debout est aussi fondamentale. Il existe des tests centrés sur les performances locomotrices comme le Timed Get up and Go Test.
- L'état nutritionnel peut s'évaluer par une perte de poids récente, un taux d'albumine bas. On peut également utiliser le Mini Nutritional Assessment (MNA) ou sa version simplifiée (mini MNA).
- La dimension cognitivo-relationnelle s'évalue par le Mini Mental State (MMS) pour les troubles cognitifs, et par la Geriatric Depression Scale (GDS) ou sa version simplifiée (Mini GDS).

Le SAU ne correspond pas au meilleur endroit pour réaliser l'EGS mais permet de dépister les patients qui nécessitent le recours ultérieur à l'EGS.

E. La dépendance

1. Définition

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.

Afin de distinguer les différents niveaux de retentissement de la maladie, l'OMS a repris la classification de Wood. Celle-ci distingue la déficience, l'incapacité et le handicap. Elle repose sur une analyse des conséquences des maladies et, plus particulièrement, des états chroniques invalidants stabilisés [11].

- La déficience correspond à une perte ou un dysfonctionnement de parties du corps ou du cerveau. Elle résulte habituellement d'une ou plusieurs maladies ou d'un traumatisme.
- L'incapacité représente une des conséquences de la déficience et en est l'expression en termes de fonction ou de performance. C'est la difficulté ou l'impossibilité de réaliser des actes élémentaires ou plus complexes. Plusieurs déficiences peuvent s'associer pour induire cette incapacité.
- Le handicap ou désavantage est la difficulté ou l'impossibilité que rencontre une personne à remplir les rôles sociaux auxquels elle peut aspirer ou que la société attend d'elle.

2. Les conséquences de la dépendance

a. Sur la personne âgée

La dépendance retentit sur la vie quotidienne, car le maintien à domicile nécessite alors une intervention extérieure. Cette intervention peut venir de la famille, ou d'aides extérieures, ce qui peut entraîner une réticence de la part de la personne

âgée. Quand elle entraîne la nécessité d'un abandon du domicile au profit d'une institutionnalisation, cela peut provoquer un traumatisme psychologique important. Ce changement de domicile doit donc être préparé progressivement.

Enfin, elle influence la vie affective d'une personne âgée. Les adaptations psychiques réactivent des modes de relations anciens, parfois infantiles. En fonction des personnalités, le besoin d'aide est vécu comme pénible ou au contraire devient l'occasion de bénéfices secondaires. Ces modes de réactions doivent être appréciés en équipe, afin d'éviter tout comportement de projection et prévenir la maltraitance [11].

b. Sur l'entourage

La dépendance des personnes âgées peut entraîner un phénomène d'inversion des rapports parentaux, souvent source de culpabilité. Les équipes soignantes doivent veiller à conforter les enfants dans leur rôle d'aide au maintien à domicile et de soutien affectif de la personne âgée. Le surinvestissement aussi bien que le désinvestissement de l'entourage doivent être repérés. Les soignants peuvent aider les enfants à garder une bonne distance et une réserve de principe, et à ne pas modifier la structure de la relation que les enfants peuvent entretenir avec leurs parents [11].

3. Evaluation de la dépendance

L'évaluation de la dépendance donne les moyens de mesure et d'analyse d'une situation complexe. Les outils les plus utilisés en France sont :

- L'échelle des activités de vie quotidienne (ADL) et l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL), qui sont également des outils utilisés dans l'évaluation gériatrique standardisée.
- La grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources (AGGIR) sert à évaluer l'état fonctionnel et à classer les besoins du sujet au sein d'un référentiel à six niveaux. Cette grille est utilisée à des fins réglementaires, pour

la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et la tarification des institutions [14].

F. Démarche de prise en charge des personnes âgées aux urgences

Le concept d'évaluation gériatrique d'urgence repose sur le fait que, quel que soit le motif de recours de la personne âgée aux urgences, l'urgentiste doit systématiquement se poser la question de l'existence d'une vulnérabilité et du risque de perte d'autonomie. Cette évaluation a pour but de dépister le syndrome gériatrique. Il ne s'agit pas d'élaborer un diagnostic définitif mais de suspecter une déficience et d'inscrire le patient âgé dans la filière gériatrique pour un programme de soins adapté à son profil de santé [5]. Les difficultés diagnostiques en urgence chez la personne âgée reposent sur des particularités sémiologiques liées à l'âge. Ces dernières peuvent être source de retard diagnostique. La formation et l'expérience du médecin responsable de la prise en charge sont donc primordiales.

La Société Française de Médecine d'Urgence, dans sa conférence de consensus de 2003 propose une démarche de prise en charge du patient âgé. Les patients ciblés sont ceux à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisme en raison d'un contexte de fragilité ou médicosocial complexe. Les équipes mobiles de gériatrie doivent faire un dépistage de la fragilité et des problèmes médico-sociaux, effectuer une orientation rapide vers les services adéquats ou les services de gériatrie, organiser des retours à domicile après évaluation et contact du médecin traitant, organiser des consultations d'évaluation programmée [6].

Les résultats d'une méta-analyse publiée dans la revue Cochrane en 2011 montrent l'intérêt de réaliser une évaluation gérontologique des patients âgés notamment lors de leur admission aux urgences. Cette étude a également démontré une supériorité des unités d'évaluation gériatrique implantées dans les services par rapport aux équipes mobiles sur le maintien à domicile et la réduction du taux d'institutionnalisation [24].

II. L'OFFRE DE SOINS GERIATRIQUES EN CHARENTE-MARITIME NORD

A. La filière gériatrique intra-hospitalière

La gériatrie de la communauté hospitalière de La Rochelle-Ré comporte deux pôles : l'un sur l'île de Ré avec l'hôpital de Saint Martin, l'autre à La Rochelle réparti sur deux sites : l'hôpital Saint-Louis et le CSPA. Le fonctionnement médical de ces deux pôles est indépendant, seule l'administration est commune. La filière gériatrique prend en charge trois grandes catégories de besoins :

- les hospitalisations non programmables pour lesquelles le service d'urgence associé à l'équipe de gériatrie et les courts séjours gériatriques jouent un rôle primordial
- les hospitalisations programmables qui mobiliseront en premier le CSG, les SSR, les SLD, l'HAD
- les bilans « à froid », qui relèvent de l'hôpital de jour et des consultations gériatriques

Le pôle de gériatrie compte 345 lits répartis comme ceci :

- Lits de court séjour gériatrique : 30 à La Rochelle et 2 à Saint-Martin
- Places d'hôpital de jour psycho-gériatrique : 10 à La Rochelle et 1 à Saint-Martin
- Soins de Suite et Réadaptation : 53 à La Rochelle et 28 à Saint-Martin
- Unité de Soins de Longue Durée : 92 à La Rochelle
- Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : 155 à La Rochelle et 160 à Saint-Martin
- Unité d'Hébergement Renforcé : 14 à La Rochelle
- Unité Alzheimer : 24 à Saint-Martin

Il existe également :

- une équipe mobile de gériatrie (avec une infirmière et un gériatre) qui prend en charge les patients gériatriques dans les services d'hospitalisation ;
- une équipe mobile de psychogériatrie intrahospitalière composée d'un psychiatre et d'une IDE qui intervient dans les services d'hospitalisation de médecine, chirurgie et obstétrique sur sollicitation des médecins ;
- une équipe mobile de psychogériatrie extrahospitalière composée d'un gériatre, d'un psychiatre et d'une IDE, qui se déplacent dans les EHPAD sur demande des médecins libéraux et des IDE des EHPAD ;
- une équipe mobile de gériatrie intra-hospitalière depuis l'année 2000, composée d'une assistante sociale et d'un gériatre. Cette équipe intervenait ponctuellement au SAU avant que l'Agence Régionale de Santé ordonne la présence d'une équipe fixe sur le site des urgences ;
- une équipe de gériatrie aux urgences de La Rochelle avec un gériatre, une IDE et une assistante sociale ;
- une équipe pour le logiciel Trajectoire avec un gériatre à mi-temps qui dépend de l'hôpital de Rochefort. Ce logiciel regroupe l'annuaire des structures de soins de suite et de réadaptation (SSR), un outil d'aide à l'orientation en SSR et un outil de demande d'admission en SSR ;
- Une Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) mise en place depuis mars 2013.

L'équipe médicale se compose de 10,3 équivalents temps plein (ETP) à La Rochelle et 1,8 ETP à Saint-Martin.

B. La filière gériatrique extrahospitalière

La survenue d'une dépendance est un tournant évolutif majeur au cours du vieillissement. Le maintien à domicile impose la mise en place d'aides humaines, médicales, matérielles et sociales.

1. Les aides à domicile

a. Les aides humaines

La famille et les proches peuvent prendre une part active à l'aide de la dépendance. Cependant les aidants naturels doivent être soutenus et il existe des aides professionnelles diverses qui peuvent être sollicitées en fonction des besoins définis par l'évaluation. On peut citer par exemple : passage d'infirmiers, aides ménagères, auxiliaires de vie, mais encore kinésithérapeutes, ergothérapeutes...

b. Les aides matérielles

Il s'agit d'aides et de services techniques tels que le portage des repas, la téléassistance, les aménagements du domicile et l'utilisation de matériel médicalisé sur prescription (lit, fauteuils, matelas antiescarres, etc.).

2. Les aides financières et sociales

a. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Pour bénéficier de l'APA il faut avoir au moins 60 ans, résider en France depuis au moins 3 mois et avoir une perte d'autonomie justifiant une aide pour accomplir les actes de la vie quotidienne. La demande est à effectuer au CCAS de la commune ou au Conseil Général du département. La perte d'autonomie est évaluée par la grille AGGIR et n'est attribuée qu'aux personnes classées GIR 1 à 4.

b. L'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA)

Elle remplace le minimum vieillesse. C'est une allocation qui s'adresse aux personnes de plus de 65 ans (de 60 ans dans certains cas : inaptés au travail, anciens combattants, mères de famille ouvrière...), ayant peu ou pas cotisé pour leur retraite et qui peuvent ainsi bénéficier d'un revenu minimal. Elle est versée :

- soit par la caisse de retraite qui verse la retraite ou la réversion;
- soit par un service spécifique géré par la Caisse des Dépôts et Consignations, lorsque la personne ne relève d'aucun régime d'assurance vieillesse en France.

L'ASPA est composée d'une allocation de base et d'un complément du fond national de solidarité vieillesse. L'ASPA est versée sous condition:

- d'âge : plus de 65 ans (de 60 ans dans certains cas : inapte au travail, ancien combattant, mère de famille ouvrière...)
- de résidence en France ou dans les départements d'Outre-Mer,
- de ressources de la personne ou du couple - conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité (PACS).

[25]

3. Le changement de lieu de vie

Lorsque la prise en charge au domicile n'est plus réalisable, l'entrée en institution est nécessaire. Les différents types d'établissements médico-sociaux sont :

a. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées

Appelées anciennement « maisons de retraite », elles se sont développées dans les années 60 en alternative aux anciens hospices, pour accueillir des personnes âgées de plus de 65 ans. Il existe une répartition en fonction du degré de dépendance de la personne :

- Etablissements Hébergeant des Personnes Agées (EHPA) : sont destinés à des résidents autonomes ou en perte d'autonomie légère. Ils se définissent comme un groupe de logements autonomes hébergeant à titre principal des personnes âgées. Ils peuvent être dotés ou non de services collectifs (restauration, blanchissage du linge, surveillance médicale). Le résident bénéficie d'un appartement et non d'une chambre.

- Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) : ils ont pour rôle de prendre en charge les personnes âgées en perte d'autonomie. Il existe 39 EHPAD publics autonomes en Charente-Maritime Nord.

b. Les résidences services

Souvent à l'initiative du secteur à but lucratif, les résidences services visent une clientèle aux ressources confortables et n'ayant pas de problèmes d'autonomie. Ce sont des copropriétés au sein desquelles différents services sont proposés [26].

4. Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)

Les centres locaux d'information et de coordination ont pour objectif de favoriser les collaborations entre les professionnels des secteurs sanitaire et social pour organiser les réponses multiprofessionnelles indispensables pour la prise en charge des problèmes chroniques invalidants stabilisés des personnes âgées vivant à leur domicile. Ils remplissent trois principales missions qui correspondent à trois niveaux de labellisation technique :

- Niveau de label 1 : assurer l'information des particuliers et des professionnels ;

- Niveau de label 2 : procéder à des évaluations individuelles multidimensionnelles de situations complexes de personnes en incapacité afin de proposer un plan d'aide personnalisé (CLIC de La Rochelle) ;

- Niveau de label 3 : assurer la coordination des interventions dans le cadre du suivi des situations au cours du temps ;

A ces missions individuelles, s'ajoutent des missions collectives de prévention ainsi qu'une mission de veille relative aux personnes âgées fragiles [27].

C. Le Service d'Accueil des Urgences de La Rochelle

1. Composition du service

Le service comprend :

- Le Service d'Accueil des Urgences (SAU)

Il est constitué de dix box de soins et six boxes de déchochage

- L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)

Elle est constituée de 9 chambres individuelles et 2 chambres sécurisées.

L'UHCD et une unité d'hospitalisation non conventionnelle pour laquelle il est recommandé que la durée moyenne de séjour soit inférieure à 24 heures et que la décision d'orientation soit prise avant ce délai. L'UHCD permet d'assurer des soins et d'affiner le diagnostic dans le but d'orienter les patients vers les services adaptés à leur état clinique. Dans d'autres cas, quelques heures supplémentaires de prise en charge sont nécessaires et suffisantes pour assurer une thérapeutique efficace et autoriser le retour à domicile [28].

L'équipe médicale est composée de 26,7 équivalents temps plein.

2. Activité du service

Le service Accueil Urgences SAMU SMUR du centre hospitalier de La Rochelle est un service à forte activité, qui a enregistré 44 293 passages sur l'année 2012.

Il existe des filières de soins spécifiques telles que la fibrinolyse des accidents vasculaires cérébraux, la traumatologie de la main, la prise en charge des syndromes coronariens aigus, les urgences psychiatriques et la gériatrie.

Tableau II : Données sur l'activité du SAU en 2011 et 2012 (extraites du logiciel Résurgences)

	2011	2012
Nombre de passages aux urgences	46116	44 293
% d'hospitalisation tous âges confondus	41	37,2
% d'hospitalisation des > 75 ans	75,4	74,6
% des > 75 ans	19,6	22,6
% d'hospitalisations en CSG depuis le SAU	4	3,5

Tableau III : Mode de sortie des plus de 75 ans après le passage au SAU en 2012

Destination	Pourcentage (%)
Transfert interne	74.6
Retour domicile	24.7
Transfert externe	0.43
Décès	0.27
Total	100

D. L'équipe de gériatrie des urgences

1. Les missions

L'équipe de gériatrie qui intervient aux urgences fonctionne depuis le 1^{er} novembre 2011. Les missions suivantes ont été définies dans le projet de mise en place :

- Éviter les hospitalisations pour lesquelles la balance bénéfice/risque est négative

- Faciliter le retour à domicile pour intégrer un circuit d'hospitalisation programmée ou une consultation précoce avec un gériatre
- Cibler les personnes âgées nécessitant une prise en charge gériatrique au cours de leur séjour.

2. La formation

Le projet insiste sur les objectifs de formation du personnel. En effet, la condition d'une meilleure prise en charge est le partage d'une culture commune entre équipe des urgences et équipe de gériatrie.

Le partage des « bonnes pratiques gériatriques » porte sur les particularités sémiologiques, le syndrome gériatrique, les conditions de l'examen et de la prise en charge. La nécessité de l'approche globale est non exclusivement centrée sur la pathologie, et nécessite un apprentissage des différents tests de dépistage de la fragilité [6].

3. Les moyens mis en œuvre

Pour remplir ses missions, il est recommandé que l'équipe de gériatrie comprenne au minimum un équivalent temps plein gériatre et un équivalent temps plein infirmier. Un bureau dédié est réservé pour recevoir les familles et pouvoir avoir accès aux différents services et logiciels.

Les patients pris en charge aux urgences pendant la garde, et dont l'hospitalisation apparaît évitable, seront dirigés vers l'UHCD. Ils seront évalués dès le lendemain matin par l'équipe de gériatrie qui décidera de leur orientation. Les travaux d'agrandissement en cours prévoient la création de salles d'examen supplémentaires, ainsi que de deux lits d'UHCD qui seront réservés à l'équipe de gériatrie.

5. Protocole de prise en charge aux urgences d'une personne âgée

La prise en charge gériatrique est organisée en semaine de 8h00 à 18h00 grâce à la présence d'un médecin gériatre, d'une assistante sociale et d'une infirmière. Les sites hospitaliers de Marlonges (exclusivement dédié aux soins de suite et de réadaptation) et de Saint-Martin ne disposent pas d'accueil en urgence et s'en remettent à la permanence des soins de ville et au centre 15 en cas de besoin.

a. L'Infirmière d'Orientation et d'Accueil (IOA)

L'infirmière d'accueil des urgences recueille les informations d'ordre général, nécessaires au tri :

- motif de recours
- mode d'arrivée
- courrier médical
- informations données par les accompagnants
- critères de gravité immédiats
- intensité de la douleur
- recueil des constantes

Pour une personne âgée de plus de 75 ans, une attention toute particulière sera portée sur :

- les données fournies par les accompagnants, notamment si ceux-ci sont amenés à quitter les urgences avant le contact avec le médecin ou l'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) de gériatrie.
- la présence de troubles cognitifs évidents qui nécessitent la mise en œuvre de moyens d'identification du patient et nécessitent une prise en charge plus rapide
- la présence de troubles du comportement

Conformément aux recommandations concernant le tri, cette évaluation ne doit pas excéder deux minutes et doit donc être sommaire. L'IOA appelle directement

l'infirmière de gériatrie : elle lui transmet les informations recueillies et confie le patient et ses accompagnants à l'équipe de gériatrie.

b. Evaluation par l'infirmière de gériatrie

Il est proposé que l'IDE soit la première intervenante lorsqu'une personne âgée arrive aux urgences. C'est à elle de rechercher les critères de fragilité à l'aide du score Identification of Senior At Risk (ISAR). Le score total est sur 6 points, pour un score ≥ 2 le patient est considéré à risque d'évènement indésirable (déclin fonctionnel, réadmission) et nécessite une évaluation gériatrique plus poussée, réalisée par le gériatre [29,30] (Annexe 1).

c. Prise en charge par le gériatre

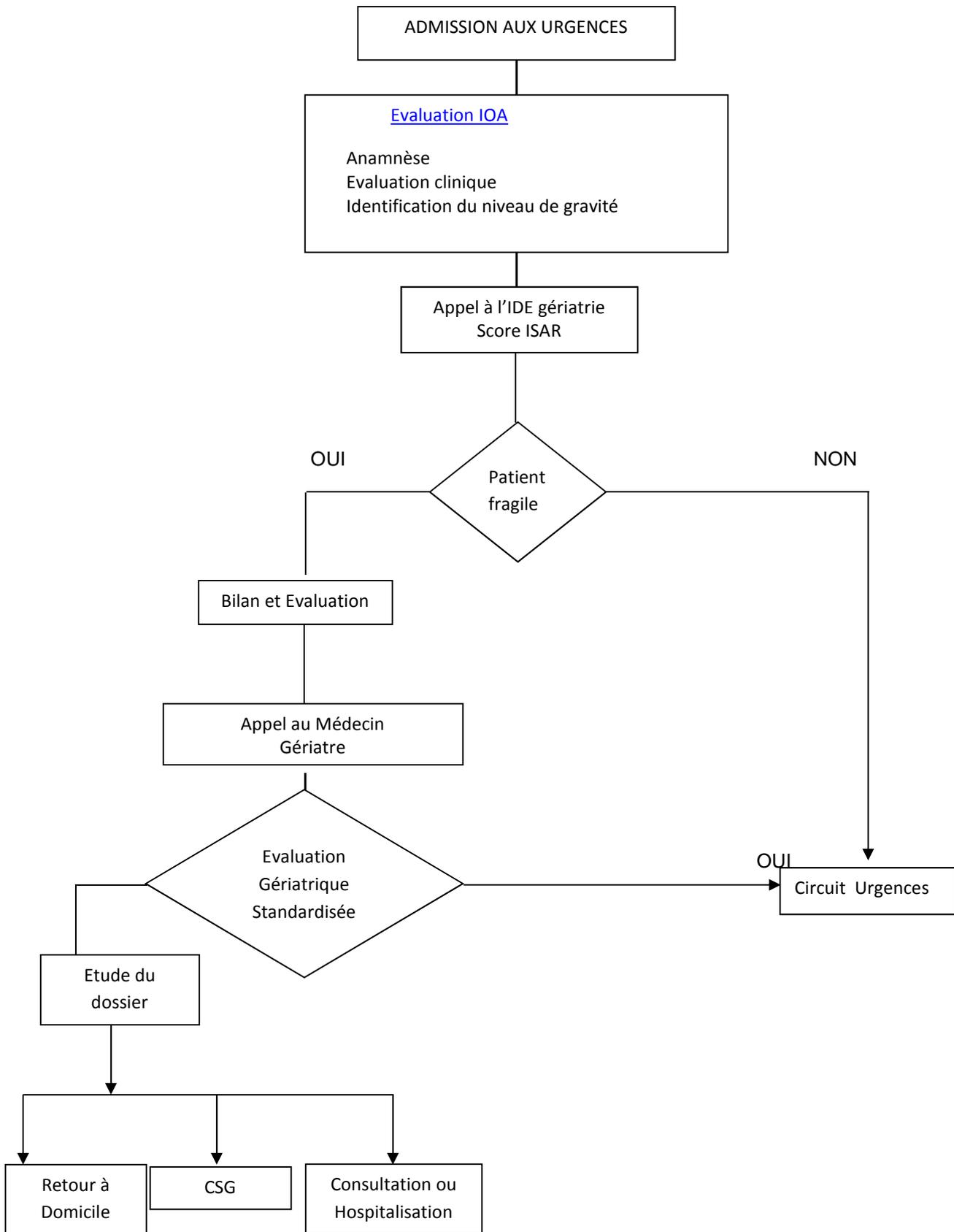
En plus des sollicitations par l'infirmière, le gériatre participe à la gestion des patients en évaluant la pertinence de l'hospitalisation. Il permet d'accélérer la prise en charge et facilite l'admission en service de Court Séjour Gériatrique. Le médecin urgentiste continue à prendre en charge les patients relevant de soins urgents, en collaboration étroite avec le gériatre.

d. Orientation du patient

Suite à la prise en charge par l'équipe de gériatrie, différentes orientations sont possibles :

- Hospitalisation à l'hôpital ou hospitalisation à domicile ;
- Retour à domicile ;
- Activation du réseau gérontologique : le patient peut être orienté à distance vers une consultation, une hospitalisation de jour, une hospitalisation programmée en CSG, une consultation géronto-psychiatrique.

Protocole de prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans entre 8 heures et 18 heures au SAU de La Rochelle



III. ETUDE

A. Objectifs

Existe-t-il une différence d'orientation des personnes âgées depuis la mise en place d'une équipe de gériatrie aux urgences ?

Les objectifs sont sur une période donnée :

- Décrire la population évaluée par l'EGU du 1^{er} août au 31 octobre 2012
- Comparer l'orientation des patients vus par l'EGU avec des patients vus par les urgentistes uniquement. Les critères que l'on va mesurer sont :
 - Le taux d'hospitalisation et le taux de retour à domicile
 - L'adéquation entre l'orientation souhaitée et l'orientation effective
 - Le taux de retour aux urgences à 15 jours et 1 mois après un retour à domicile

B. Matériel et méthodes

1. Conduite de l'étude

C'est une étude rétrospective cas-témoins du 1^{er} août 2012 au 31 octobre 2012, au service des urgences du centre hospitalier de La Rochelle.

Sur cette période, 292 patients de plus de 75 ans ont été pris en charge par l'EGU : 211 patients au SAU et 81 à l'UHCD.

Un recueil de données concernant chaque prise en charge de patient a été rempli par les infirmières de gériatrie ou le médecin gériatre (Annexe 2).

Pour comparer leur orientation avec des patients pris en charge par des urgentistes avant la mise en place de l'EGU, nous avons déterminé deux sous-ensembles :

- Patients pris en charge par l'EGU : cas

Il s'agit de tous les patients de plus de 75 ans pris en charge par l'équipe de gériatrie des urgences.

Les critères d'inclusion des patients cas étaient :

- Patients ≥ 75 ans
- Consultation au SAU ou hospitalisation UHCD entre le 1^{er} aout et le 31 octobre 2012
- Prise en charge par l'équipe de gériatrie des urgences : gériatre et IDE

- Patients pris en charge par les urgentistes : témoins

Nous avons sélectionné des patients de plus de 75 ans sur la période du 1^{er} aout au 31 octobre 2011, période à laquelle l'EGU n'existait pas : 211 patients ayant consulté aux urgences et 81 patients hospitalisés à l'UHCD.

L'appariement s'est fait sur l'âge +/- 5 ans, le sexe et le diagnostic médical à la fin de la prise en charge aux urgences.

Les critères d'inclusion des patients témoins étaient :

- Patients ≥ 75 ans
- Consultation au SAU ou hospitalisation à l'UHCD entre le 1^{er} aout et le 31 octobre 2011

2. Données recueillies

Les données ont été recueillies rétrospectivement à partir du dossier patient informatisé des urgences (Résurgences) en ce qui concerne les données générales, les données du passage aux urgences et les données du séjour en UHCD. Les données de l'évaluation gériatrique ont été recueillies sur un support annexe. La saisie et l'analyse ont été faites dans le logiciel Excel.

a. Données générales

- Age
- Sexe
- Lieu de provenance

Les patients viennent d'un domicile particulier, d'un EHPAD, d'un foyer logement, ou d' hospitalisation en Soins de Suite et Réadaptation (SSR).

- Origine géographique

Les patients sont répartis en deux groupes, ceux habitant les communes du Pays de La Rochelle-Ré-Aunis et ceux habitant en dehors de cette zone (vacanciers).

- b. Données de l'évaluation gériatrique

- Antécédent de chute dans les 6 mois

Cette donnée a été recherchée à l'interrogatoire ou dans les courriers médicaux. La chute est un marqueur de fragilité.

- Risque de fragilité

Le dépistage de la fragilité a été réalisé par le score ISAR (identification systématique des aînés à risque), comme le recommande la conférence de consensus de la SFMU.

- Médicaments supérieurs à 3

Dans les critères de Winograd, la polymédication supérieure à 3 médicaments est un critère évaluant l'état du patient en termes de comorbidité, d'incapacité et de lourdeur de prise en charge par équipe soignante [31]. C'est également le nombre seuil de médicaments retenu dans l'évaluation ISAR pour dépister le risque de fragilité.

- Présence de troubles cognitifs

Les antécédents de troubles cognitifs ont été recherchés dans les courriers médicaux ou à l'interrogatoire. Le MMS (outil de référence) a l'inconvénient d'être long et nécessite un support écrit, ce qui explique qu'il n'a été réalisé que peu de fois. Le moment de passage au SAU ne permet pas une analyse pertinente des fonctions cognitives (stress, évènement intercurrent aigu, confusion...).

c. Données sur le passage aux urgences

- Mode d'admission

Le patient a été adressé par un médecin avec courrier médical (médecin traitant ou médecin remplaçant), par le centre 15 ou autre (venant de lui-même, accompagné les proches, adressé par la maison de retraite sans avis médical préalable).

- Présence d'un accompagnant

- Intervention de l'assistante sociale

L'assistante sociale est intervenue sur sollicitation de l'équipe de gériatrie.

- Motifs d'admission au SAU

Les motifs d'admission se répartissent entre : chute, altération de l'état général (AEG), confusion, malaise, symptomatologie cardio-vasculaire, symptomatologie respiratoire, symptomatologie uro-digestive, symptomatologie neurologique, traumatologie et pathologie orthopédique, syndrome fébrile, problème social, autre motif

- Diagnostics médicaux

Les diagnostics médicaux se répartissent entre : altération de l'état général, pathologie neurologique ou psychiatrique, pathologie cardio-vasculaire, pathologie digestive, pathologie respiratoire, pathologie uro-génitale, traumatisme, problème social, autre diagnostic.

d. Données concernant l'orientation des patients

• Devenir après la prise en charge aux urgences : les possibilités sont :

- Un retour à la structure d'origine (domicile, EHPAD, SSR)
- Une hospitalisation (UHCD, service de médecine, service de chirurgie, court séjour gériatrique, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation)
- Décès

- Adéquation entre l'orientation souhaitée et l'orientation effective

- Réadmission aux urgences à J15 et J30

Une réadmission aux urgences a été recherchée pour les patients rentrés à domicile après la prise en charge par l'EGU.

J15 signifie un ou plusieurs passages aux urgences entre le 1^{er} et le 15^{ème} jour après la sortie du SAU ou de l'UHCD.

J30 signifie un passage ou plusieurs passages aux urgences entre le 1^{er} et le 30^{ème} jour après la sortie du SAU ou de l'UHCD.

3. Saisie et analyse statistique

Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide d'un Chi² et d'un test exact de Fisher. Le seuil de signification retenu est de 5%.

IV. RESULTATS ET ANALYSE

Pendant la période du 1^{er} aout au 31 octobre 2012, 2 283 patients âgés de plus de 75 ans ont été admis au service des urgences de La Rochelle.

Parmi eux, 292 ont bénéficié d'une prise en charge par l'équipe de gériatrie (EGU), c'est-à-dire 12,8 % des passages du trimestre.

Nous avons fait la distinction entre les patients pris en charge au SAU sur repérage de la fragilité par le score ISAR, et ceux pris en charge à l'UHCD sur sollicitation du médecin urgentiste. En effet, les patients de l'UHCD ont déjà bénéficié d'une première prise en charge médicale.

Effectifs

Concernant les analyses comparatives des orientations et de l'adéquation orientation souhaitée / orientation effective, les patients décédés n'ont pas été inclus.

Concernant les analyses comparatives du taux de réadmission aux urgences des patients rentrés à domicile, les patients qui n'étaient pas originaires de la région n'ont pas été inclus.

A. Caractéristiques des patients pris en charge par l'équipe de gériatrie

1. Données générales

Tableau IV : Lieu d'intervention de l'équipe de gériatrie des urgences (EGU)

	Nombre	Pourcentage
SAU	211	72,2
UHCD	81	27,8
TOTAL	292	100

L'âge moyen de la population étudiée est de 86,7 ans.

Le nombre de femmes est 194 et le nombre d'hommes est 98 soit 66,4% et 33,6%.

Le sex ratio (rapport nombre d'hommes/nombre de femmes) est de 0,5.

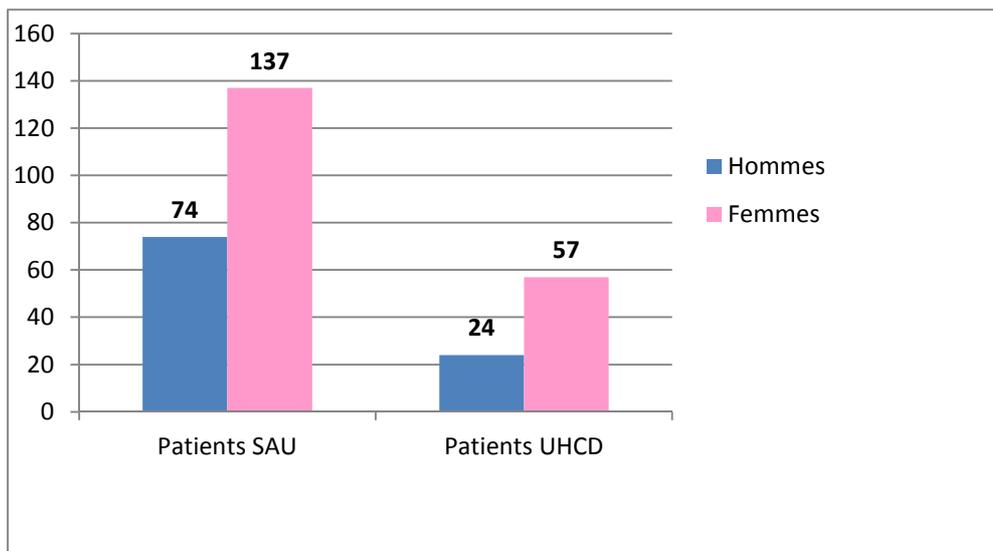


Figure 1 : Répartition des patients pris en charge par l'EGU en fonction du sexe et du lieu d'évaluation

Tableau V : Provenance et origine géographique des patients pris en charge par l'EGU

		Patients SAU N=211		Patients UHCD N=81		TOTAL N=292	
		n	%	n	%	n	%
Provenance	Domicile	155	56,8	46	56,8	201	68,8
	EHPAD	48	22,7	27	33,3	75	25,7
	Foyer logement	6	2,8	5	6,17	11	3,8
	SSR	2	0,9	3	3,7	5	1,7
Origine géographique	Région Rochelaise	208	98,6	79	97,5	287	98,2
	Hors Région Rochelaise	3	1,4	2	2,5	5	1,8

2. Données de l'évaluation gériatrique

Tableau VI : Données de l'évaluation gériatrique des patients pris en charge par l'EGU

EVALUATION GERIATRIQUE		Patients SAU N= 211		Patients UHCD N=81		TOTAL N=292	
		n	%	n	%	n	%
		Chute dans les 6 mois précédents	oui	117	55,4	17	21
	non	94	44,6	64	79	158	54,1
Nombre de médicaments / jour	> 3	161	76,3	67	82,7	228	78
	≤ 3	50	23,7	14	17,3	64	22
Troubles cognitifs	Oui	124	58,7	44	54,3	168	57,5
	non	88	41,7	37	45,7	124	42,5
SCORE ISAR	≥ 2	176	83,4	65	80,2	241	82,5
	< 2	35	16,6	16	19,8	51	17,5

3. Données sur le passage aux urgences

Tableau VII : Mode d'admission des patients pris en charge par l'EGU

ADRESSE PAR	Patients SAU N=211		Patients UHCD N= 81		TOTAL N= 292	
	n	%	n	%	n	%
Samu/centre15	7	3,3	0	0	7	2,4
Médecin	119	56,4	42	51,9	161	55,2
Autre	85	40,3	39	48,1	124	42,4

Motifs d'admission des patients pris en charge par l'EGU

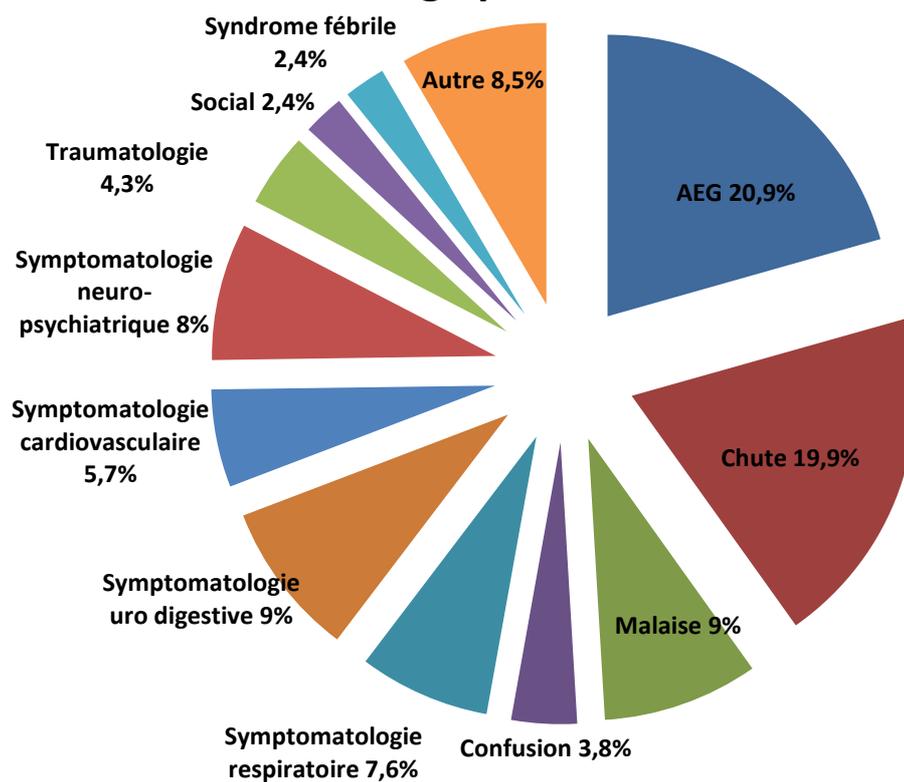


Figure 2 : Répartition des motifs d'admission aux urgences des patients de plus de 75 ans pris en charge par l'équipe de gériatrie au SAU

Les motifs d'admission les plus fréquents aux urgences sont l'altération de l'état général, les chutes (chutes à répétition et chutes sans précision), et les malaises avec respectivement un taux de 20,9%, 19,9% et 9%.

Tableau VIII: Présence d'un accompagnant pour les patients pris en charge par l'EGU

FAMILLE	Patients SAU N=211		Patients UHCD N=81		TOTAL N=292	
	n	%	n	%	n	%
OUI	96	45,5	35	43,2	131	44,8
NON	115	55,5	46	56,8	161	55,2

Tableau IX: Intervention de l'assistante sociale pour les patients pris en charge par l'EGU

Assistante sociale	Patients SAU N=211		Patients UHCD N=81		TOTAL N=292	
	n	%	n	%	n	%
OUI	57	27	14	17,3	71	24,3
NON	154	73	67	82,7	221	75,7

Diagnosics médicaux des patients pris en charge par l'EGU

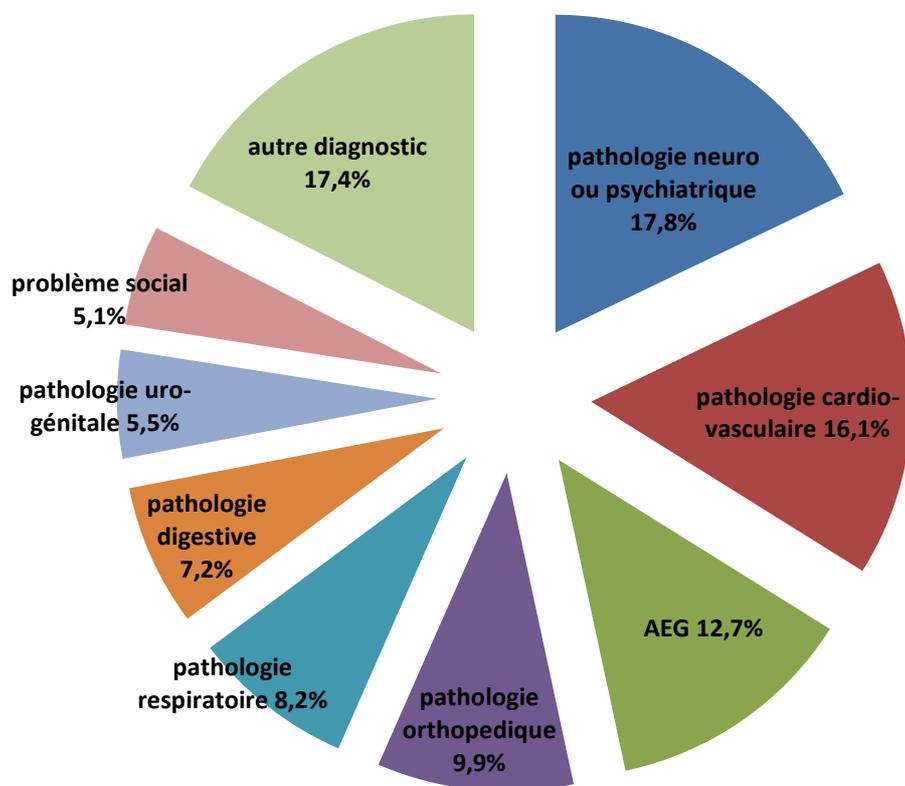


Figure 3 : Répartition des diagnostics médicaux des patients pris en charge par l'EGU

B. Données sur l'orientation, comparaison avec les patients pris en charge par les urgentistes

1. Orientation au décours de la prise en charge

Un patient pris en charge par l'EGU est décédé au SAU et n'a pas été inclus.
L'effectif est 210 patients.

Tableau X : Analyse comparative de l'orientation des patients de plus de 75 ans pris en charge par l'EGU et ceux pris en charge par les urgentistes après consultation au SAU

	Patients vus par EGU		Patients témoins		p
	N = 210		N = 211		
	n	%	n	%	
Retour structure d'origine	47	22,4	44	20,9	0,7 (NS)*
Hospitalisation	163	77,6	167	79,1	

*Non significatif

Tableau XI: Analyse comparative des orientations dans les services d'hospitalisation des patients de plus de 75 ans pris en charge par l'EGU et ceux pris en charge par les urgentistes après la consultation au SAU

	Patients vus par EGU		Patients témoins		p
	n/N	%	n/N	%	
CSG	82/163	50,4	27/167	16,2	<0,0001 (S)*
Médecine	56/163	34,4	81/167	48,5	
Chirurgie	17/163	10,4	28/167	16,7	
UHCD	2/163	1,2	31/167	18,5	
SSR	5/163	3	0	0	
Psychiatrie	1/163	0,6	0	0	
TOTAL	163/163	100	167/167	100	

*Significatif

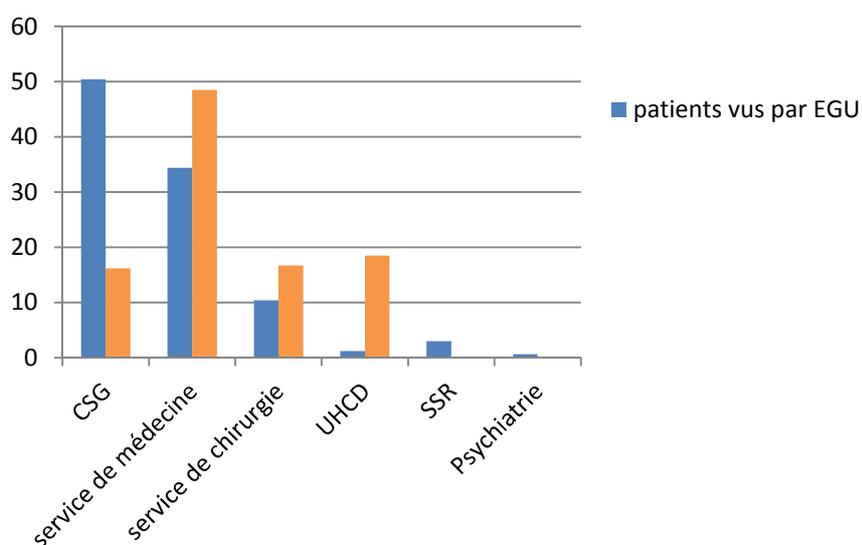


Figure 4 : Orientation des patients dans les services d'hospitalisation après consultation au SAU en fonction de la prise en charge : EGU ou urgentistes.

Quatre patients pris en charge par l'EGU et un des patients témoins sont décédés à l'UHCD. Les effectifs sont respectivement de 77 et 80 patients.

Tableau XII : Analyse comparative de l'orientation des patients de plus de 75 ans pris en charge par l'EGU et ceux pris en charge par les urgentistes après l'hospitalisation en UHCD

	Patients vus par EGU		Patients témoins		p
	n	%	n	%	
Retour structure d'origine	29	36,4	10	12,5	0,0005 (S)*
Hospitalisation	48	63,6	70	87,5	

*Significatif

Tableau XIII : Analyse comparative des orientations dans les services d'hospitalisation des patients de plus de 75 ans pris en charge par l'EGU et ceux pris en charge par les urgentistes après l'hospitalisation en UHCD

	Patients vus par EGU		Patients témoins		p
	n/N	(%)	n/N	%	
CSG	29/48	59,2	34/70	48,6	0,002 (Significatif)
Médecine	13/48	26,5	25/70	35,7	
Chirurgie	1/48	2	9/70	12,9	
SSR	5/48	12,3	0	0	
Psychiatrie	0	0	2/70	2,8	
TOTAL	48/48	100	70/70	100	

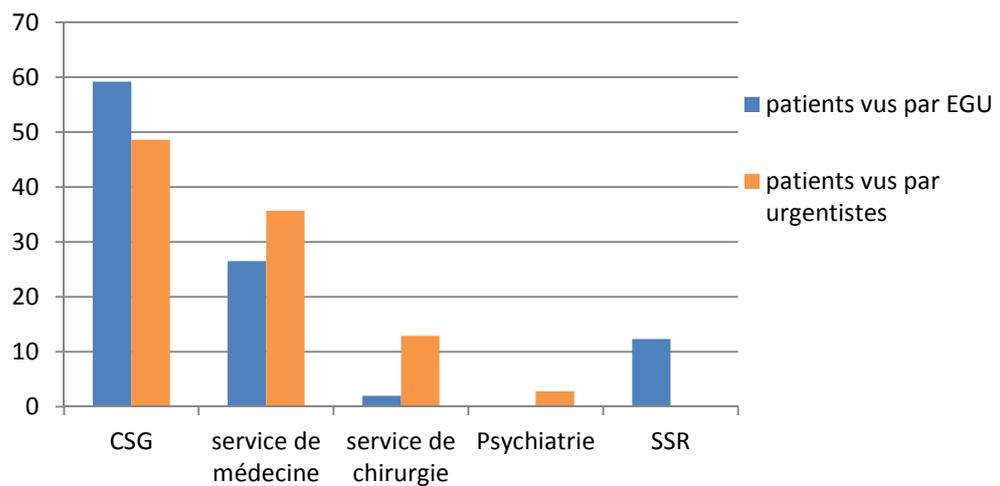


Figure 5 : Orientation des patients dans les services après hospitalisation à l'UHCD en fonction de la prise en charge : EGU ou urgentistes

2. Adéquation entre l'orientation souhaitée et l'orientation effective

Tableau XIV : Adéquation entre l'orientation souhaitée et l'orientation effective des patients pris en charge au SAU

ADEQUATION	Patients vus par EGU N = 210		Patients témoins N = 211		p
	n	%	n	%	
OUI	162	77,1	114	54	< 0,0001(S)*
NON	48	22,9	97	46	

*Significatif

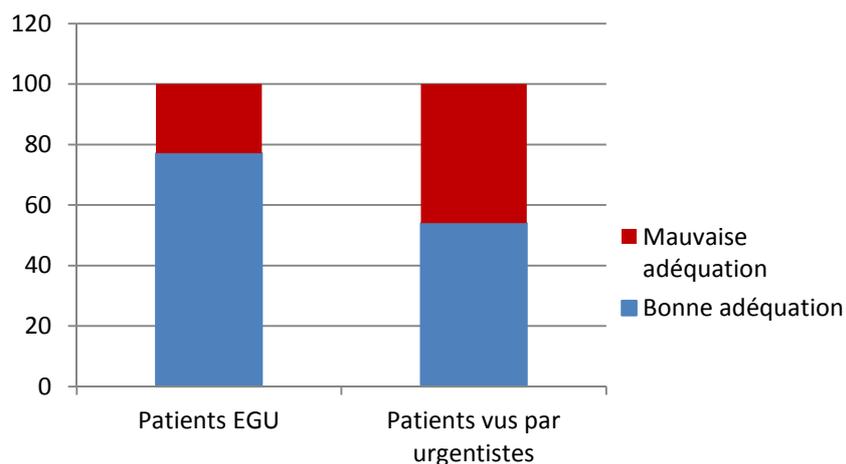


Figure 6 : Adéquation entre l'orientation souhaitée et l'orientation effective des patients pris en charge au SAU

Tableau XV : Détail des orientations souhaitées et des orientations effectives des patients pris en charge par l'EGU au SAU

	Orientation souhaitée		Orientation effective	
	n/N	%	n/N	%
HOSPITALISATION	163/210	77,6	163/210	77,6
Chirurgie	13/163	7,9	17/163	10,4
Médecine	14/163	8,6	56/163	34,4
CSG	123/163	75,5	82/163	50,4
UHCD	2/163	1,2	2/163	1,2
Psychiatrie	1/163	0,6	1/163	0,6
SSR	5/163	3	5/163	3
RETOUR LIEU DE VIE	47/210	22,4	47/210	22,4

Tous les patients pour qui le retour à la structure d'origine était souhaité ont pu rentrer à leur domicile, ce qui correspond à 100% d'adéquation.

Tous les patients pour qui une hospitalisation était souhaitée ont pu intégrer un service, mais pas toujours le service souhaité. Sur les 163 hospitalisations, 115 étaient dans les services souhaités soit 70,5%.

Tableau XVI : Détail des orientations souhaitées et des orientations effectives des patients pris en charge par les urgentistes au SAU

	Orientation souhaitée		Orientation effective	
	n/N	%	n/N	%
HOSPITALISATION	167/211	79,1	167/211	79,1
Chirurgie	14/167	8,4	28/167	16,8
Médecine	57/167	34,1	81/167	48,5
CSG	93/167	55,7	27/167	16,2
UHCD	3/167	1,8	31/167	18,6
Psychiatrie	0/167	0	0/167	0
SSR	0/167	0	0/167	0
RETOUR LIEU DE VIE	44/211	20,8	44/211	20,8

Tous les patients pour qui le retour à la structure d'origine était souhaité ont pu rentrer à leur domicile, ce qui correspond à 100% d'adéquation.

Tous les patients pour qui une hospitalisation était souhaitée ont pu intégrer un service, mais pas toujours le service souhaité. Sur les 167 hospitalisations, 70 étaient dans les services souhaités soit 42%.

Tableau XVII: Adéquation entre l'orientation souhaitée et l'orientation effective des patients après hospitalisation à l'UHCD

ADEQUATION	Patients vus par EGU N = 77		Patients vus par urgentistes N = 80		p
	n	%	n	%	
OUI	66	85,7	67	83,7	0,73 (NS)**
NON	11	14,3	13	16,3	

**Non significatif

Tableau XVIII: Détail des orientations souhaitées et des orientations effectives des patients pris en charge par l'EGU à l'UHCD

	Orientation souhaitée		Orientation effective	
	n/N	%	n/N	%
HOSPITALISATION	48/77	77,6	48/77	77,6
Chirurgie	1/48	2	1/48	2
Médecine	3/48	6,1	13/48	26,5
CSG	39/48	79,6	29/48	59,2
Psychiatrie	0/48	0	0/48	0
SSR	5/48	12,2	5/48	12,2
RETOUR LIEU DE VIE	29/77	36,4	29/77	36,4

Tous les patients pour qui le retour à la structure d'origine était souhaité ont pu rentrer à leur domicile, ce qui correspond à 100% d'adéquation.

Tous les patients pour qui une hospitalisation était souhaitée ont pu intégrer un service, mais pas toujours le service souhaité. Sur les 48 hospitalisations, 37 étaient dans les services souhaités soit 77%.

Tableau XIX: Détail des orientations souhaitées et des orientations effectives des patients pris en charge par les urgentistes à l'UHCD

	Orientation souhaitée		Orientation effective	
	n/N	%	n/N	%
HOSPITALISATION	70/80	87,5	70/80	87,5
Chirurgie	4/70	5,7	9/70	12,9
Médecine	17/70	24,3	25/70	35,7
CSG	47/70	67,2	34/70	48,6
Psychiatrie	2/70	2,8	2/70	2,8
SSR	0/70	0	0/70	0
RETOUR LIEU DE VIE	10/80	12,5	10/80	12,5

Tous les patients pour qui le retour à la structure d'origine était souhaité ont pu rentrer à leur domicile, ce qui correspond à 100% d'adéquation.

Tous les patients pour qui une hospitalisation était souhaitée ont pu intégrer un service, mais pas toujours le service souhaité. Sur les 70 hospitalisations, 57 étaient dans les services souhaités soit 81%.

3. Taux de réadmission aux urgences pour les patients rentrés à domicile

Trois patients pris en charge par l'EGU au SAU n'étaient pas originaires de la région et n'ont pas été inclus. L'effectif est de 44 patients.

Tableau XX: Taux de réadmission non programmée à J15 et J30 pour les patients rentrés à domicile après consultation au SAU

Réadmission	Patients vus par EGU N = 44		Patients témoins N = 44		p
	n	%	n	%	
J15	3	6,8	9	20,4	0,062 (NS)*
J30	4	9	12	27,3	0,027 (S) **

Deux patients pris en charge par l'EGU à l'UHCD n'étaient pas originaires de la région et n'ont pas été inclus. L'effectif est de 27 patients.

Tableau XXI: Taux de réadmission non programmée à J15 et J30 pour les patients rentrés à domicile après hospitalisation à l'UHCD

Réadmission	Patients vus par EGU N = 27		Patients témoins N = 10		p
	n	%	n	%	
J15	4	15,4	2	20	0,73 (NS)
J30	4	15,4	2	20	0,73 (NS)

V. DISCUSSION

A. Résultats principaux

Cette étude a été menée pendant 3 mois à partir de 292 personnes âgées prises en charge par l'équipe de gériatrie des urgences du centre hospitalier de La Rochelle.

La description de la population vue par l'EGU montrait qu'elle était essentiellement féminine (sex ratio 0,5), l'âge moyen était de 86,7 ans et 68,8% vivait dans un domicile privé. La réalisation du score ISAR a montré que 82,5% des patients étaient à risque de fragilité, raison pour laquelle ils ont bénéficié d'une évaluation gériatrique globale. Des troubles cognitifs, un antécédent de chute dans les 6 mois et une polymédication étaient présents dans la majorité des cas. Plus de la moitié était adressée par un médecin, pour des motifs d'ordre général tels que la chute et l'altération de l'état général.

La comparaison de l'orientation dans la filière de soins gériatriques de la population âgée vue au SAU par l'EGU avec l'orientation d'une population appariée vue par les urgentistes a permis de constater que l'intervention du gériatre aux urgences permettait une orientation plus rapide dans la filière de soins gériatrique et plus adaptée aux pathologies diagnostiquées au SAU.

B. Les biais de l'étude

Il existe un biais lié à la période de l'étude, qui ne concerne que 3 mois de l'année, d'août à octobre 2012, les variations saisonnières de la fréquentation du service des urgences ne sont donc pas prises en compte.

Il existe des biais de sélection des témoins car l'appariement ne s'est fait que sur des critères d'âge, de sexe, de diagnostic médical. L'appariement n'a pas pu être fait sur des critères de fragilité. La sélection s'est faite sur des patients ayant consulté en 2011, il est donc possible que la fréquentation du service des urgences ne soit plus

la même. Le pourcentage de passages concernant des plus de 75 ans est un peu plus faible en 2011 qu'en 2012 (19,6% contre 22,6%).

On peut souligner également un biais de mesure du taux de réadmission aux urgences, car nous n'avons pris en compte que les retours aux urgences de La Rochelle.

C. Caractéristiques de la population étudiée

L'équipe de gériatrie a pris en charge 12,8 % de la totalité des personnes de plus de 75 ans passées aux urgences sur la période de l'étude. A l'hôpital Henri Mondor, l'équipe d'intervention gériatrique avait évalué 16,4% des patients de plus de 75 ans passés aux urgences, mais leur équipe était composée de sept gériatres qui intervenaient 6 jours sur 7 [32].

La moyenne d'âge de l'ensemble des patients était de 86,7 ans alors que l'âge moyen des patients de plus de 75 ans passés aux urgences de La Rochelle pendant cette période était de 84,3 ans. L'âge supérieur à 85 ans a été identifié comme un facteur prédictif de consultation aux urgences [33].

Le sex-Ratio (rapport nombre d'hommes/ nombre de femmes) des patients pris en charge par l'EGU était de 0,5 ce qui correspondait à un pourcentage de femmes de 66,4%. La prédominance féminine était plus importante que celle constatée sur l'ensemble des passages du trimestre aux urgences de La Rochelle (SR = 0,7). Les données concernant l'âge et la prédominance féminine sont superposables à celles de l'enquête DREES de 2002, qui décrit les caractéristiques des usagers des urgences [34].

Le lieu de vie majoritaire était le domicile privé pour 68,8% des patients, puis l'EHPAD avec 25,7% et le foyer logement avec 3,8%. La littérature retrouve un taux de patients vivant dans un domicile privé variant entre 73 et 79,5% et un taux de

patients vivant en institution variant entre 15 et 21% [9,14,33,35]. Vivre au domicile a été identifié comme un facteur de risque supplémentaire de fragilité [36].

Sur le plan national, les personnes âgées ont fait appel au service d'urgence par l'intermédiaire d'un médecin dans plus de 75% des cas [34]. Dans notre étude, le mode d'admission le plus fréquent était par un médecin avec courrier dans 55,2% des cas, puis par le patient lui-même ou son entourage (42,4%) et enfin par le centre 15 (2,4%). Plus d'un tiers des patients ont consulté aux urgences sans avis médical préalable. Cela peut s'expliquer par le fait que régulièrement les cabinets libéraux sont surchargés et ne peuvent laisser de place aux demandes urgentes. Le recours se porte alors naturellement sur les services disponibles.

Les motifs de consultation les plus fréquents étaient la chute (20,5%), l'altération de l'état général ou AEG (18,5%) et le malaise (9,5%). Les diagnostics médicaux les plus fréquents étaient une pathologie neurologique ou psychiatrique (17,8%), une pathologie cardiovasculaire (16,1%), et une AEG (12,7%). Dans la littérature, ces motifs et ces diagnostics se retrouvent également en tête [7,33,37]. Il est intéressant de constater que l'altération de l'état général est à la fois un motif et un diagnostic médical des plus fréquents. Il semble que ce terme ne corresponde plus dans la pratique à sa définition classique (association des symptômes asthénie, anorexie et amaigrissement) et traduise plutôt une rupture avec l'état antérieur, liée le plus souvent à une pathologie aiguë. La simplicité et la performance du bilan nécessaire au diagnostic laissent penser que les investigations initiales pourraient relever d'une prise en charge ambulatoire avant de faire admettre directement ces patients en court séjour aigu à l'hôpital [38].

Les difficultés d'accès en urgence à un médecin libéral, ou d'organisation rapide de bilans gériatriques en situation de crise conduisent les personnes âgées vers les services d'urgences, avec un risque accru de décompensation. Le fait d'adresser les patients âgés pour des symptômes généraux aux urgences, faute de solution alternative, ne constitue pas une hospitalisation abusive mais sans doute une urgence abusive. L'organisation de la prise en charge relève de la filière

gériatrique, et le développement d'un réseau ville-hôpital plus efficient permettrait d'éviter un certain nombre de ces situations.

L'enquête nationale DREES retrouvait une proportion de plus d'une personne sur deux accompagnée pour les plus de 75 ans en service d'urgence [34]. La présence d'un accompagnant, que ce soient les proches ou le personnel de l'institution, a été noté pour seulement 44,8% des patients de notre étude. Il est important de noter que de nombreuses personnes âgées sont isolées dans la région rochelaise, il s'agit de retraités qui s'installent en bord de mer, mais qui se coupent alors de leur famille. Cette donnée est importante pour la suite de la prise en charge car elle conditionne en partie la possibilité d'un retour à domicile.

L'assistante sociale est intervenue dans 24,3% des cas, sur sollicitation du gériatre. Il faut noter qu'avant la mise en place de l'équipe de gériatrie aux urgences, elle n'était jamais sollicitée, du fait d'une méconnaissance de son existence par les urgentistes, et d'un manque de temps pour la prise en charge sociale.

Un risque de fragilité a été identifié pour 82,5% des patients évalués (score ISAR ≥ 2). Un travail de thèse sur le score ISAR rapporte que 76,3% des patients de plus de 75 ans admis aux urgences de Saint-Nazaire avaient un score supérieur à 2 [35]. La SFMU recommande que les personnes âgées devant bénéficier en priorité d'une évaluation gériatrique approfondie soient celles dépistées à risque de fragilité. Nous aurions dû atteindre un taux plus proche des 100%, puisque c'est le principe de la présence du gériatre au SAU. La fluctuation des passages peut expliquer ce chiffre car lorsque les flux sont moins tendus, le gériatre et son IDE voient les patients de plus de 75 ans robustes.

Les autres données de l'évaluation gériatrique ont rapporté que 45,9% des patients avaient un antécédent de chute dans les 6 mois. Dans l'étude Roussel, 43% des patients évalués par le gériatre avaient un antécédent de chute dans les 6 mois (32). Des troubles cognitifs étaient présents chez plus de la moitié des patients (57,5%). L'étude SAFES de 2008 retrouvait des troubles cognitifs chez seulement 30,9% des patients de plus de 75 ans admis aux urgences [39]. La polymédication > 3 médicaments concernait 78% des patients. Une étude concernant le passage au

urgences des personnes âgées retrouve un pourcentage variant de 46 à 56% de patients prenant plus de 3 médicaments par jour [7]. Il est difficile de comparer nos chiffres avec ces études dans lesquelles les patients n'ont pas été sélectionnés par le score ISAR à l'accueil aux urgences.

En raison d'un manque de moyens, il est malheureusement impossible actuellement d'envisager que toutes les personnes âgées puissent bénéficier de la filière gériatrique. Le score ISAR permet de dépister les sujets à risque d'une évolution défavorable qui doivent bénéficier prioritairement d'une évaluation gériatrique standardisée et être suivis dans cette filière, mais les chiffres suggèrent que de nombreux patients « fragiles » ne sont probablement pas dépistés et ne peuvent bénéficier de cette prise en charge spécifique. Il faudrait que le score ISAR soit réalisé de façon systématique dès l'accueil des urgences pour dépister l'ensemble des personnes âgées. On pourrait imaginer l'intégration du questionnaire ISAR dans le logiciel Résurgences pour systématiser son remplissage et pouvoir identifier tous les patients fragiles dès la file d'attente. Faudra-t-il dans ce cas intégrer plus de gériatres dans les services d'urgences ou former plus d'urgentistes à la gériatrie pour que tous les patients fragiles puissent bénéficier d'une prise en charge spécifique ? Le développement de la filière gériatrique doit être envisagé, avec pour commencer un fonctionnement 7 jours sur 7. A l'avenir, ne faut-il pas entièrement repenser la filière de soins avec la création d'urgences gériatriques, à l'instar des urgences pédiatriques ?

D. Orientation des patients

1. Taux de retour à la structure d'origine

Il n'existe pas de différence significative ($p = 0,7$) concernant le taux d'hospitalisation et le taux de retour à domicile des patients pris en charge par l'EGU ou par les urgentistes au SAU. 22,4% et 20,9% des patients ont pu rentrer à domicile. A l'hôpital d'Avignon, un retour à domicile avait été organisé par l'équipe de gériatrie pour 31% des patients [40].

Concernant les patients pris en charge à l'UHCD, nous avons montré un taux significativement plus élevé ($p= 0,0005$) de retour à la structure d'origine pour les patients ayant été pris en charge par l'EGU (36,4% contre 12,5%). Dans l'étude Roussel-Laudrin, le pourcentage de retour à la structure d'origine des patients pris en charge par l'équipe de gériatrie à l'UHCD est de 10% [32]. Ce taux plus faible est expliqué par la sélection peut-être plus sévère des patients au moment de l'admission : plus de 75 ans et présentant au moins deux pathologies aiguës au moment de l'admission, ce qui rend l'hospitalisation le plus souvent inévitable.

L'intervention de l'équipe de gériatrie est censée favoriser le retour à domicile des patients, mais cela ne peut se faire sans certaines conditions. La SFMU propose des éléments pour aider à cette décision, « dès qu'il existe un diagnostic médical grave ou une comorbidité importante, ou un environnement inexistant ou inadapté, le retour à la structure d'origine ne peut s'envisager »[6]. La collaboration ville-hôpital devient alors essentielle, le médecin traitant ainsi que la structure d'origine doivent être contactés pour permettre la suite de la prise en charge, une majoration d'aides à domicile initiée par l'assistante sociale des urgences peut être relayée par des organismes tels que le CLIC. Il faut souligner que l'EGU bénéficie de l'intervention de l'assistante sociale qui peut aider à la mise en place ou à la majoration d'aides à domicile, et que l'UHCD a également vocation à se donner un délai supplémentaire pour la mise en place de ses aides. En pratique, il n'existe pas encore de réel réseau ville-hôpital à La Rochelle, ce qui peut expliquer qu'il n'y ait pas plus de retours au domicile. L'autre explication vient du fait que les patients de plus de 75 ans qui consultent en service d'urgence nécessitent réellement une hospitalisation, d'autant plus qu'ils ont été repérés comme fragiles à l'accueil.

Concernant le taux d'hospitalisation, une étude suggère que 68% des passages des plus de 75 ans aux urgences sont médicalement appropriés et que 14% des personnes âgées arrivent aux urgences sans caractère d'urgence mais nécessitent quand même une hospitalisation [31]. Ce taux paraît donc difficilement réductible. On pourrait raisonner d'avantage en aval du passage aux urgences et réfléchir à la mise en place d'une équipe mobile extrahospitalière qui évaluerait la nécessité ou non d'une hospitalisation à partir du domicile, ce qui pourrait éviter un passage au SAU.

2. Orientation dans les services d'hospitalisation

Dans notre étude, il existe une différence significative entre les orientations des patients pris en charge par l'EGU et celles des patients pris en charge par les urgentistes, que ce soit au SAU ou à l'UHCD.

Le taux d'hospitalisation du SAU vers le CSG est significativement supérieur ($p = 0,0001$) après la prise en charge gériatrique (50,4% contre 16,2%). Dans une étude réalisée à Avignon, l'orientation des patients hospitalisés a été gériatrique dans 46% grâce à l'intervention d'une unité mobile de gériatrie [40], ce qui est similaire à nos chiffres. Dans l'étude Roussel-Laudrin qui concerne des patients pris en charge à l'UHCD, 59% des patients ont pu aller au CSG [32], ce qui est également comparable avec nos chiffres (59,2%).

Dans une étude réalisée dans deux services d'urgences médicales qui ne bénéficiaient pas d'une équipe gériatrique, les patients âgés sont orientés majoritairement vers l'UHCD (59% à 72%). Seul 1% des patients a pu être hospitalisé directement vers un lit de CSG. A partir de l'UHCD, le pourcentage d'hospitalisations vers le CSG est passé à 13% [41]. Ces chiffres sont largement inférieurs au taux d'hospitalisation vers le CSG obtenu par l'équipe de gériatrie à La Rochelle.

A l'hôpital de La Rochelle, le nombre de lits en court séjour gériatrique est resté stable entre 2011 et 2012. Le nombre de patients admis en CSG est pourtant bien supérieur pour les patients pris en charge par l'EGU. Cela peut s'expliquer par le fonctionnement de la filière gériatrique. Avant la mise en place de l'EGU, les patients des urgences étaient facilement hébergés pour le CSG dans des services inadaptés, et une évaluation gériatrique par l'équipe de gériatrie intrahospitalière était alors demandée. Le CSG, suite à cette évaluation, se chargeait de reprendre les patients hébergés dans les autres services. Il ne restait donc que peu de places pour les admissions directes des urgences. L'équipe mobile intrahospitalière était également sollicitée aux urgences, mais seulement pour une évaluation gériatrique, et non une prise en charge complète.... Depuis la mise en place de l'EGU, moins de patients gériatriques sont hébergés dans les services inadaptés, et les patients sont admis directement en CSG.

Dix patients ont été admis directement en soins de suite et réadaptation au décours de la prise en charge gériatrique, possibilité qui n'existait pas avant la mise en place de la filière. Le plus souvent, les services de moyen séjour sont peu accessibles à des admissions directes à partir des urgences [10].

Peu de patients pris en charge par l'EGU ont été orientés vers les lits portes (1,2%) comparativement aux patients pris en charge par les urgentistes (18,5%). Une étude à la Pitié-Sapêtrière retrouve un taux d'hospitalisation des patients âgés de 68,9%, avec une orientation de 50% vers les lits portes, sans intervention gériatrique [37]. L'UHCD a pour fonctions de se laisser du temps pour affirmer un diagnostic, d'attendre un lit dans un service adapté, ou d'organiser dans de meilleures conditions un retour au domicile [28]. L'EGU est plus apte à mettre en place le retour à domicile directement à la sortie du SAU, et peut orienter avec plus de facilité les patients vers les services d'hospitalisation sans la nécessité de ce délai supplémentaire.

3. Adéquation entre l'orientation souhaitée et l'orientation effective

Il existe une différence significative concernant l'adéquation entre l'orientation souhaitée et l'orientation effective des patients pris en charge par l'EGU et ceux vus par les urgentistes au SAU. 77,1% des patients pris en charge par l'EGU ont eu l'orientation souhaitée, contre 54% des patients vus par les urgentistes.

Une étude rapporte un taux d'orientations inadaptées pour les patients âgés des urgences variant de 6,6 à 33,3% [31]. Une autre étude au CHU d'Amiens rapporte une inadéquation entre le service souhaité et le service effectif de seulement 10%, en dehors d'une intervention gériatrique [42]. Dans les services d'urgence ne bénéficiant pas d'une filière gériatrique, une enquête épidémiologique rapporte une difficulté d'orientation dans les services de spécialités médicales adaptées à la pathologie des malades de 64% [10].

Il n'existe pas de différence concernant l'adéquation entre l'orientation souhaitée et l'orientation effective des patients qui ont été pris en charge par l'EGU

et ceux pris en charge par les urgentistes à l'UHCD. Ce taux est respectivement de 85,7% et 83,7%. On peut expliquer que les patients soient mieux orientés vers un service adapté à partir de l'UHCD, ce service ayant une fonction d'hospitalisation d'attente. Une étude rapporte que 44% des patients pris en charge à l'UHCD ne sont pas orientés vers la structure souhaitée, malgré la présence d'un gériatre. Le manque de place dans la structure souhaitée était la cause dans 95% des cas [37].

Dans notre cas, les urgentistes souhaitaient une orientation vers le CSG pour 55,7% des patients, seulement 16,2 % ont pu y entrer. L'UHCD semble être un bon moyen pour les urgentistes de pallier cette difficulté d'admission puisque 18,6% des patients y ont été admis alors que cette orientation était souhaitée pour 1,8% des patients. Contrairement aux urgentistes, le gériatre des urgences n'oriente que peu de patients vers ce service car il arrive à admettre plus facilement les patients dans le service adapté.

Le devenir fonctionnel des patients gériatriques dépend de la filière dans laquelle ils sont orientés à partir du service des urgences. Les unités de court séjour gériatrique qui pratiquent une prise en charge globale avec une rééducation précoce sont plus efficaces que les services de médecine traditionnelle. Le risque de déclin fonctionnel est diminué et le maintien à domicile est meilleur ; l'amélioration de la prise en charge hospitalière des personnes âgées par le biais des CSG a permis de limiter les conséquences délétères de l'hospitalisation [43,44]. Les admissions au CSG et en SSR présentent donc un réel bénéfice pour les patients. L'augmentation du nombre de personnes âgées dans les années à venir devrait donc inciter les structures hospitalières à développer les services de court séjour gériatriques.

4. Réadmission précoce aux urgences à J15 et J30 pour les patients rentrés à domicile après l'évaluation gériatrique

Le retour non planifié de la personne âgée aux urgences peu de temps après une première visite est un phénomène fréquent, traumatisant pour le patient, coûteux et associé à un risque accru de perte d'autonomie et d'hospitalisation. Le taux de réadmission aux urgences est significativement plus bas ($p = 0,027$) un mois après la consultation au SAU pour les patients pris en charge par l'équipe de gériatrie,

c'est-à-dire 9% contre 27,3%. Cependant, notre étude ne nous permet pas de savoir ce que sont devenus les patients rentrés à domicile. Il serait intéressant de suivre l'évolution post-hospitalière après la prise en charge gériatrique afin d'évaluer l'impact sur l'autonomie et les capacités fonctionnelles.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence sur le taux de retour à domicile des patients pris en charge à l'UHCD, cela peut s'expliquer par la petite taille des effectifs (10 patients).

L'étude de Mc Cusker rapporte un taux de réadmission des patients âgés rentrés à domicile après une consultation aux urgences de 14% à 30 jours. Ce risque est augmenté quand il n'y a pas d'unité gériatrique aux urgences [45]. Une étude canadienne retrouve un taux de retour aux urgences de plus de 8% dans les 15 jours, pour des patients rentrés à domicile [46], ce qui est proche du taux de retour à J15 des patients évalués par l'EGU (6,8%), mais ce qui est plus faible que le taux de retour des patients pris en charge par les urgentistes (20,4%).

Il n'existe pas de différence de taux de retour aux urgences pour les patients rentrés à domicile après l'UHCD, qu'ils aient été pris en charge par l'EGU ou par les urgentistes. Dans l'étude SAFES, 14,2% des patients de plus de 75 ans ayant été hospitalisés à la suite d'une consultation aux urgences ont été réadmis dans les 30 jours après la fin de la prise en charge [39], ce qui est plus important que le taux de réadmission à un mois des patients évalués par l'EGU. Il existe de nombreuses données sur le taux de réadmission aux urgences de patients ayant bénéficié d'une prise en charge gériatrique au sein de services d'hospitalisation, mais nous n'avons pas retrouvé de données sur le taux de retour aux urgences de patients évalués par des gériatres dans les services d'urgence.

L'étude DEEDII suggère qu'une prise en charge gériatrique au domicile de patients âgés de plus de 75 ans rentrés au domicile après un passage aux urgences diminue le taux de réadmission aux urgences dans les 30 jours (22,2% contre 16,5%). Les patients étaient suivis au domicile par une équipe hospitalière multidisciplinaire [47]. Le suivi ambulatoire, l'organisation de consultations gériatriques sont des pistes pour améliorer la prise en charge et assurer la continuité

des soins. Cela fait partie des rôles attribués à la filière gériatrique. Il serait intéressant de favoriser le développement de telles structures en aval des urgences, et de promouvoir le réseau ville-hôpital, qui semble encore peu développé dans la région rochelaise.

E. Perspectives

Cette étude rapporte que la filière gériatrique aux urgences de La Rochelle fonctionne à travers l'amélioration de l'orientation des personnes âgées dans les services d'hospitalisation et des retours à domicile mieux préparés, ce qui a permis un moindre taux de retour aux urgences à un mois. Il reste encore beaucoup de pistes pour améliorer la prise en charge des personnes âgées en urgences, et cela à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, devant le nombre de patients âgés qui ont recours au SAU sans évaluation médicale préalable, il faudrait se poser la question du développement d'une structure en amont des urgences qui permettent de juger de la nécessité du recours aux urgences. Face à la difficulté d'accès au médecin traitant en urgence ou à la difficulté d'une prise en charge complexe, le CLIC doit pouvoir être sollicité rapidement, et on pourrait imaginer un numéro d'urgences gériatriques pour aider les soignants à évaluer la situation et mettre en place des solutions alternatives à l'hospitalisation.

Au service des urgences, la filière doit se développer pour s'adapter au patient âgé, et non l'inverse. Le nombre de sujets âgés fragiles va croître, nécessitant une sensibilisation du personnel des urgences. Le score ISAR devrait être intégré au dossier informatique pour dépister systématiquement la fragilité. Les urgentistes vont devoir se former à la gériatrie, ou alors on peut même imaginer le développement d'urgences gériatriques bien distinctes, telles que les urgences pédiatriques.

Enfin, le nombre de retours à domicile ne pourra augmenter sans une meilleure organisation. Le réseau ville-hôpital encore peu développé dans la région rochelaise doit pouvoir proposer une majoration d'aides rapide et un suivi régulier au domicile.

CONCLUSION

L'accroissement des passages des plus de 75 ans au SAU est une réalité. Elle entraîne des conséquences inévitables sur le fonctionnement des services : nécessité d'un personnel formé à la spécificité gériatologique, disponibilité d'aval (CSG, SSR...) et possibilité de mise en place d'aides rapidement efficaces pour le retour à domicile.

Le centre hospitalier de La Rochelle a mis en place une équipe de gériatrie aux urgences afin d'optimiser la prise en charge de ces personnes âgées. Les patients ciblés étaient ceux identifiés à risque de fragilité par le score ISAR. Notre étude suggère que les patients pris en charge par le gériatre ont bénéficié d'une orientation adaptée au mieux à leur contexte médico-psycho-social. Les personnes âgées ont pu être admises en priorité dans les structures d'aval auparavant difficiles d'accès (CSG, SSR...). Le taux de réadmission des patients rentrés à domicile un mois après la consultation aux urgences était plus faible pour les patients pris en charge par l'équipe de gériatrie.

L'évaluation du nombre de personnes âgées fragiles par l'intégration du score ISAR au dossier informatique du patient dès l'accueil des urgences permettrait de quantifier les besoins logistiques de la filière gériatrique des urgences. Très probablement cela mettrait en évidence la nécessité d'intégrer plus de gériatres ou de former plus d'urgentistes à cette spécialité.

La filière gériatrique des urgences n'est qu'un maillon du système de soins, mais à l'interface entre l'hôpital et la médecine générale, elle pourrait devenir le pivot d'un réseau gériatologique ville-hôpital qui doit se développer. Il serait désormais intéressant d'étudier devenir des patients rentrés à domicile afin de cibler les points d'intervention qui nécessitent d'être approfondis.

BIBLIOGRAPHIE

1. Blanpain N, Chardon O. Projection de population à l'horizon 2060. Institut national de la statistique et des études économiques [En ligne]. Octobre 2010 [consulté le 15/01/2013]. Consultable à l'URL: <http://www.insee.fr/fr/>
2. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire n°DHOS/02/2007/117 relative à la filière de soins gériatriques [En ligne]. 28 mars 2007 [consulté le 15/01/2013]. Consultable à l'URL: <http://www.fregif.org/docs/circulaires/circulaire-filieres-soins-geriatriques-mars-2007-28.pdf>
3. Salles N. Enquête nationale sur les pratiques des Equipes Mobiles de Gériatrie en France. Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG. La Revue de gériatrie. 2012;37:738-41.
4. Dramé M, Dia PAJ, Jolly D, Lang P-O, Mahmoudi R, Schwebel G, et al. Facteurs prédictifs de mortalité à long terme chez des patients âgés de 75 ans ou plus hospitalisés en urgence : la cohorte SAFES. J Eur Urg. 2010;23:7–14.
5. Leveau P. La personne âgée aux urgences. EMC médecine d'urgence 2009;25-060-A-10.
6. Société Française de Médecine d'Urgence. 10^{ème} conférence de consensus prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Strasbourg : SFMU; 5 décembre 2003.
7. Sough B, Gauthier T, Clair D, Gall AL, Menecier P, Mangola B. Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgences. Psychol NeuroPsychiatr Vieil. 2012;10:151–8.
8. Guissous N, Burnod A, Jugan C, Degravi C, Deschamps P, Duval G. La personne âgée aux urgences : intérêts et limites de l'évaluation gériatrique. J Eur Urg. 2004;17:118-20.
9. Fanello S, Moutel L, Houssin L, Durand-Stocco C, Roy PM. Analysis of the management of patients aged 75 and older in an admitting and emergency service of a large hospital. Sante Publique. 1999;11:465–82.
10. Lambert H, Alla F, Houssin L, Durand-Stocco C, Roy PM. QUESTION 3 : Épidémiologie des personnes âgées de plus de 75 ans admises dans les services d'urgences français. J Eur Urg. 2004;17:215-20.
11. Collège national des enseignants de gériatrie. Vieillesse. 2^{ème} édition. Paris: Elsevier / Masson; 2010.

12. Institut National Etudes Démographiques - Recherches sur la population et en démographie [En ligne]. [consulté le 15 janvier 2013]. Consultable à l'URL: <http://www.ined.fr/>
13. Projet de filière gériatrique de territoire. Hôpital de La Rochelle; 12 juin 2012.
14. Arveux I, Faivre G, Lenfant L, Manckoundia P, Mourey F, Camus A, et al. Le sujet âgé fragile. *La Revue de gériatrie*. 2002; 27:569–81.
15. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science*. 1987;237:143–9.
16. Gonthier R, Blanc P, Farce S, Stierlam F. Individualisation des personnes âgées fragiles et filière de soins. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*. 2003;1:187–96.
17. Bouchon J. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie? *Rev Prat*. 1984;34:888–92.
18. Rockwood K, MacKnight C, Bergman H. Measuring frailty in geriatric patients. *CMAJ*. 2006;174:353.
19. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:146–56.
20. Arnoux T. Le dépistage de la fragilité de la personne âgée aux urgences. SFMU. [En ligne]. 2009 [consulté le 15/01/2013]. Consultable à l'URL: http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Le_depistage_de_la_fragilite_de_la_p_ersonne_agee_aux_urgences.pdf
21. Le Deun P, Gentric A. L'évaluation gériatrique standardisée : intérêts et modalités. *Medecine Thérapeutique*. 2004;229–36.
22. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179–86.
23. Rottner J. QUESTION 15 : Critères de non-hospitalisation de la personne âgée de plus de 75 ans : aspect médical. *J Eur Urg*. 2004;17:269-74.
24. Steenpass V, Amiard S, Garnier V. Les équipes mobiles de gériatrie servent-elles à quelque chose? Données de la méta-analyse Cochrane et expérience au CHU de Grenoble. *La Revue de gériatrie*. 2012;37:742-5.
25. Ministère des Affaires sociales et de la Santé - www.sante.gouv.fr [En ligne]. [Consulté le 4 février 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.sante.gouv.fr/>

26. Centre national de la recherche scientifique [En ligne]. [Consulté le 4 février 2013]. Consultable à l'URL: <http://www.cnrs.fr/>
27. Colvez A, Blanchard N, Villebrun D. Centre local d'information et de coordination (CLIC). L'implication des généralistes est indispensable. *La revue du Praticien*. 2004;670/671:1349–52.
28. Société française de médecine d'urgence. Recommandations concernant la mise en place, la gestion et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. *J Eur Urg*. 2001;14:144-52.
29. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:1229–37.
30. ISAR : outil de dépistage des aînés à risque de perte d'autonomie se présentant à la salle d'urgence, guide d'implantation et d'utilisation. Juin 1998.
31. Chapuis F, Fournier G, Bonnefoy M, Petitot C, Touzet S. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire : une enquête prospective. *La Revue de Gériatrie*. 2008;33:761-9.
32. Roussel-Laudrin S, Paillaud E, Alonso E, Caillet P, Herbaud S, Merlier I, et al. Mise en place de l'équipe d'intervention gériatrique et de l'évaluation gériatrique aux urgences de l'hôpital Henri-Mondor. *Rev Med Interne*. 2005;26:458–66.
33. Shah MN, Glushak C, Karrison TG, Mulliken R, Walter J, Friedmann PD, et al. Predictors of emergency medical services utilization by elders. *Acad Emerg Med*. 2003;10:52–8.
34. Carrasco VDB. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et résultats*. DRESS. 2003;212:1-8.
35. Mazowiecki S. Intéret du score ISAR dans l'évaluation et l'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans au SAU. Nantes. [En ligne]. 2006 [consulté le 15/01/2013]. Consultable à l'URL: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=cd49bcd9-a391-4974-96af-28ef525745de>
36. Ahmed N, Mandel R, Fain MJ. Frailty, An emerging Geriatric Syndrome. *Am J Med*. 2007;120:748–53.
37. Tajahmady AT, Moreau C, Bourdillon F, Verny M, Boddaert J, Riou B, et al. Évaluation de l'adéquation entre la capacité d'accueil d'un service de court séjour gériatrique et la demande induite par les urgences pour les patients âgés de 80 ans et plus : étude prospective sur 149 patients. *La Revue de gériatrie*. 2005;30:651–61.

38. Jainsky L, Tazé S, Schmidt J. Altération de l'état général : un motif de passage fréquent aux urgences pour des personnes âgées. *J Eur Urg.* 2008;21:149.
39. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing.* 2008;37:416–22.
40. Bodet C, Bourgeois S, Meyer S, Mense C, Rocamora B, Olivier P. Apport d'une unité mobile de soins en gériatrie (UMG) au sein d'un service d'accueil des urgences (SAU): expérience du centre hospitalier d'Avignon. *J Eur Urg.* 2007;20:21–2.
41. Somme D, Yvain F, Levy A, Ellrodt A, Davido A, St-Jean O. Patients âgés de 80 ans et plus admis en urgence: Caractéristiques et filières de soins. *Presse Med.* 2003;32:870–5.
42. Mairesse M, Jeanjean M, Courtois O. Evaluation de l'accueil des personnes âgées. *J Eur Urg.* 2004;17:118-20.
43. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ.* 2009;338:50.
44. Mazière S, Lanièce I, Hadri N, Bioteau C, Millet C, Couturier P, et al. Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente. *Presse Med.* 2011;40:101–10.
45. McCusker J, Ionescu-Iltu R, Ciampi A, Vadeboncoeur A, Roberge D, Larouche D, et al. Hospital characteristics and emergency department care of older patients are associated with return visits. *Acad Emerg Med.* 2007;14:426–33.
46. Cardin S, Pineault R, Roberge D. Modalités de prise en charge des personnes âgées à l'urgence et dans la communauté : effets sur le risque de retour. *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.* [En ligne] Octobre 2001 [consulté le 15/01/2013]. Consultable à l'URL : http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/cardin_f.pdf
47. Caplan GA, Williams AJ, Daly B, Abraham K. A Randomized, Controlled Trial of Comprehensive Geriatric Assessment and Multidisciplinary Intervention After Discharge of Elderly from the Emergency Department-The DEED II Study. *J Am Geriatr Soc.* 2004; 52:1417–23.

ANNEXES

Annexe 1: SCORE ISAR (Identification of Senior at Risk)

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

Interprétation : Un patient est considéré à risque d'événement indésirable (déclin fonctionnel réadmission) avec ≥ 2 réponses positives et nécessite une évaluation gériatrique plus poussée

Annexe 2 : grille de recueil des informations des patients évalués par l'EGU

Date naissance	
Sexe	
N° dossier	
Provenance	
Mode d'admission	
Lieu d'intervention EGU	
ISAR ≥ 2	
Troubles cognitifs	
Chute dans les 6 mois	
Médicaments > 3	
Motif d'entrée	
Diagnostic médical	
Orientation	
Intervention assistante sociale	
Présence accompagnant	

RESUME

L'évolution démographique entraîne une augmentation du nombre de personnes âgées aux urgences. Les patients fragiles sont à risque de décompensation et de pathologies en cascade qui peuvent aboutir à une perte d'autonomie. Pour faire face aux spécificités médico-psycho-sociales de cette population, une équipe de gériatrie (EGU) intervient aux urgences (SAU) de La Rochelle. Nous avons mené une étude pour décrire la population gériatrique admise aux Urgences et comparer l'orientation dans la filière de soins avec celle d'une population témoin antérieure qui était prise en charge par des urgentistes uniquement.

Méthode : étude rétrospective portant sur 292 patients vus par l'équipe de gériatrie entre le 1er août et le 31 octobre 2012. Recueil des données socio-démographiques, d'un score de fragilité (ISAR) et de l'orientation au décours du passage aux urgences : unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD, unité court séjour gériatrique (CSG) ou retour au domicile).

Résultats : L'équipe de gériatrie a vu 87,5% des patients fragiles (score ISAR > 2), qui nécessitaient une évaluation gériatrique globale. Le taux de retour à domicile après l'UHCD était de 36,4% pour les patients pris en charge par l'EGU contre 12,5% pour ceux antérieurement vus par les urgentistes ($p = 0,0005$). Le taux d'admission vers le CSG à partir des urgences était de 50,4% pour les patients pris en charge par l'EGU contre 16,2 % ($p = 0,001$) auparavant. L'adéquation entre l'orientation souhaitée et l'orientation effective était significativement plus élevée, 77,1% contre 54% ($p < 0,0001$) pour les patients pris en charge par l'EGU au SAU. Le taux de retour aux urgences des patients rentrés à domicile un mois après la consultation aux urgences était de 27,3% contre 9% pour l'EGU ($p = 0,027$).

Discussion : Les orientations des patients semblaient plus adaptées à leur profil et à leur pathologie. Face à l'augmentation du nombre de personnes âgées, la filière gériatrique aux urgences devrait se développer pour permettre d'offrir une prise en charge médico-psycho-sociale adaptée à tous les patients de plus de 75 ans fragiles.

MOTS CLES

Personne âgée - urgences - gériatrie - évaluation – fragilité - orientation - filière de soins - La Rochelle

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

