HAL
open science

Prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus admises aux urgences

Doris Colleony

To cite this version:

Doris Colleony. Prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus admises aux urgences. Sciences du Vivant [q-bio]. 2004. hal-01732427

HAL Id: hal-01732427

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732427v1

Submitted on 14 Mar 2018

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

DOUBLE
171904

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1
2004

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 16.

BIBLIOTHÈQUE MÉDECINE

THESE

pour obtenir le grade

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

CARRILLO- COLLEONY Doris

Le 02 mars 2004

Prise en charge des personnes âgées de 75ans et plus admises aux urgences.

Examinateurs de la thèse :

Mr P.E BOLLAERT	Professeur	Président
Mr R. PITTI	Professeur	Juges
Mr A. BENETTOS	Professeur	Juges
Mr A. MASSON	Docteur en médecine	Juges

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1
D 007 229255 7

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs	
du 1er Cycle :	**Mme le Docteur Chantal KOHLER**
du 2ème Cycle :	**Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
du 3ème Cycle :	**Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI**
de la Vie Facultaire :	**Mr le Professeur Bruno LEHEUP**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU
Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – Michel WEBER – Gérard FIEVE

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : *(Biologie cellulaire)*

Professeur Claude BURLET

4ème sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3ème sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)*

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2ème sous-section : *(Réanimation médicale)*

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : *(Thérapeutique)*

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes)***

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie)***

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)***

Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie)***

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL – Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie)***

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

-

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne)***

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : ***(Endocrinologie et maladies métaboliques)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)***

Professeur Hubert GERARD

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET
Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE
Docteur Laurent ANTUNES

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Docteur Didier QUILLIOT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Docteur François ALLA

4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique)***

Docteur Pierre GILLOIS

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Docteur François SCHOONEMAN

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT
Docteur Damien LOEUILLE

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)***

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

======

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT
Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT
Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Gilbert THIBAUT

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

A notre président de thèse,
Monsieur le Professeur Pierre Edouard BOLLAERT,
Professeur de Réanimation Médicale.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères
remerciements et de notre profond respect.

A notre juge,
Monsieur le Professeur Raphaël PITTI,
Professeur Agrégé du Val-de-Grâce en Médecine d'Urgence.
Médecin Général au sein du service de santé des armées.

Vous nous avez fait l'honneur de nous guider dans
l'élaboration de ce travail. Sans votre aide,
votre disponibilité et celle de votre équipe,
ce travail n'aurait pas pu aboutir.
Nous avons bénéficié de la richesse de
vos connaissances et de vos qualités humaines.
Nous souhaitons que ce travail soit le témoignage
de notre admiration et de notre profond respect.

A notre juge,
Monsieur le Professeur Athanas BENETOS,
Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez manifesté en acceptant de siéger dans ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

A notre directeur,
Monsieur le Docteur Arnaud MASSON,
Médecin généraliste et gériatre.

Nous sommes particulièrement sensible à l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail et en nous guidant dans son élaboration.
Nous avons eu le privilège de vous compter parmi nos maîtres et associés.
Que ce travail soit le témoignage de notre amitié et notre profond respect.

A Monsieur le Docteur M. AUSSEDAT,
Chef de service des urgences de l'hôpital Bon Secours

Et à toute son équipe.

Nous tenons à vous remercier pour votre coopération
et amabilité dans la réalisation de ce travail.
Veuillez recevoir notre profonde reconnaissance.

A notre fille Laura,

L'annonce de ta venue a été source de motivation dans ce travail.
Te voir grandir chaque jour est un émerveillement.
Tu es notre rayon de soleil.
Ta maman qui t'aime.

A Franck, mon mari,

Que je remercie pour son soutien dans mon épanouissement professionnel et sa grande patience au cours de ce travail.
Qu'il trouve dans ces pages un gage de mon Amour.

A mes parents, avec toute ma tendresse et toute ma gratitude.

Que leur amour, leur confiance et leur patience se voient ici récompensés.

A mes trois sœurs et mes quatre frères,

Je suis fière de faire partie de cette grande famille.

Je vous remercie pour votre soutien.

Trouvez ici l'expression de mon sincère attachement.

BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

A mes chers belles-sœurs et beaux frères ;

A mes neveux,

A toute ma famille d'Espagne,

Je vous remercie de m'avoir soutenue de près ou de loin dans ce projet de thèse.
Que ce travail soit l'expression de mon affection.

A Cathy et Mathias,
A Carina et Vincent,
A Fréderique et Lug,
A Lupi et Julien,
A Elodie et sa famille,
A Anita et Joseph,
A Monique et Thierry,
A Gilles F,
A Delphine et Loïc,
A Fabien, Cyril et François,
A Laura et Frédérique,
A Serge,
A Corine,
A Annick M,
A Blandine,
A Noëlle,
A Laurence P,

Je vous remercie pour votre amitié et
je vous manifeste par le biais de cet ouvrage
toute ma profonde sympathie.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

PLAN DE THESE
PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES
DE 75 ANS ET PLUS ADMISES AUX URGENCES.

A) INTRODUCTION :

I) Image du sujet âgé au travers du temps.

II) L'évolution démographique.

2-1) Augmentation de l'espérance de vie à la naissance, phénomène médico-social.
2-2) Le vieillissement de la population française.
2-3) L'espérance de vie aux âges élevés, particulièrement les plus de 75 ans.
- ♦ Au niveau de la France métropolitaine.
- ♦ Espérance de vie sans incapacité ou avec incapacité.
- ♦ Au niveau de la Moselle.

III) Présentation du sujet de 75 ans et plus.

3-1) Définition du malade gériatrique.
3-2) Polypathologie et co-morbidité sont retrouvées dans les études.
3-3) La polymédication concerne également le sujet âgé.
3-4) Le sujet âgé fragile.

IV) La politique concernant les personnes âgées.

V) Les structures permettant l'accueil des personnes âgées.

VI) Les urgences gérontologiques.

6-1) Les urgences aiguës.
6-2) Les urgences sociales.

VII) L'orientation des personnes âgées après leur passage au SAU.

B) ETUDE : METHODE ET MOYENS.

I) Le sujet :

1-1) Le titre.
1-2) La problématique.

II) Les moyens :

2-1) Le recueil des données.
2-2) Déroulement de l'enquête.

a) Les aléas des enquêtes.
b) Pourquoi une étude prospective
c) Présentation de l'hôpital Legouest.
d) Présentation de l'hôpital Bon Secours.
e) Présentation des habitants de la ville de METZ et ses environs.

2-3) Le questionnaire de l'enquête rétrospective.
2-4) Le questionnaire de l'enquête prospective.

C) L'ENQUETE RETROSPECTIVE et PROSPECTIVE.

I) Les résultats des enquêtes.

II) Analyse des résultats obtenus.

D) DISCUSSION.

I) Comparaison des résultats de notre enquête prospective avec la littérature.

II) Que pouvons-nous proposer ?

E) CONCLUSION.

LEXIQUE DES ABREVIATIONS

- **AGE:** Antenne Gérontologique d'Evaluation.
- **AMAPA :** Association Mosellane d'Aide Aux Personnes Agées.
- **APA :** Aide Personnalisée à l'Autonomie.
- **ATCD :** Antécédents.
- **CLIC** : Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique.
- **CREDES** : Centre de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé.
- **DTS** : Désorientation Temporo-Spatiale.
- **EHPAD :** Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes.
- **ESVI :** Espérance de Vie Sans Incapacité.
- **HAD :** Hospitalisation à Domicile.
- **IDM** : Infarctus du Myocarde.
- **MAPAD** : Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes.
- **MMS** : Mini Mental State de Folstein
- **MNA** : Mini Nutritional Assessment
- **PA** : Personne âgée
- **PAP** : Programme d'Action Prioritaire.
- **Rx** : Radiographie.
- **SADU** : Service d'Aide à Domicile en Urgence.
- **SAU :** Service d'Accueil des Urgences.
- **UHCD** : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.
- **UHT :** Unité d'Hospitalisation Temporaire.

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DE 75 ANS ET PLUS ADMISES AUX URGENCES

Les médecins des Services d'accueil et d'urgences sont confrontés à un nouveau défi auquel ils sont peu préparés ; il s'agit de la prise en charge des personnes « âgées » et « très âgées ». Ce défi est lié à l'allongement de la durée de vie et au recours de plus en plus fréquent aux soins d'urgences.
Alors que précisément l'activité des SAU continue de croître et pose des problèmes à la fois logistiques et organisationnels, la prise en charge de ces personnes « âgées » et « très âgées » demande du temps et de la patience, car à la polypathologie s'associent les problèmes de dépendance, d'audition, d'attention et de compréhension. (38)

La bibliographie nous apprend que cette population de personnes âgées représente **20 à 30%** des consultations du SAU (20). La population de personnes âgées représente 6 % de la population générale, soit 30 % des demandes d'entrée au SAU.
La qualité de l'accueil des malades âgés aux urgences qui nécessiteraient un bilan et une évaluation gériatrique, est insuffisante. **Seuls 3% ont un bilan d'autonomie dans le service d'urgences.** Or il apparaît que « la prise en charge dans les 24 heures conditionne le pronostic vital ou fonctionnel de la personne âgée ».(55) Par ailleurs, d'après les mêmes auteurs, il est démontré qu' « une prise en charge rapide et adaptée diminue le taux des entrées en institution ».
Diverses études randomisées nord-américaines montrent que le défaut de prise en charge précoce aboutit à des durées d'hospitalisations plus longues, des retours à domicile plus rares, voire des chances de survie plus faibles. (25)

A) INTRODUCTION

I) Image du sujet âgé au travers du temps.

Il y a eu dans les siècles passés des personnes très âgées, comme il y en a aujourd'hui. La durée maximale de la vie humaine peut être de 100 à 120 ans. Cela n'était pas moins vrai dans l'antiquité qu'aujourd'hui.

« Qu'est-ce que l'homme ? ...Sa durée de vie ? Cent ans au plus ». Ce passage biblique appartient au livre de l'Ecclésiaste, donc deux siècles avant l'ère chrétienne. Dans l'espèce humaine, le record de longévité est de 122 ans (Jeanne CALMENT).

On dit que l'avancée en âge permet d'acquérir une certaine sagesse d'esprit de par les connaissances acquises tout au long de sa vie, fruit d'une éducation inculquée mais surtout de ses propres expériences vécues.
Pourtant cet aspect valorisant du vieillissement fut souvent oublié au détriment de l'image charnelle de la personne âgée qui entraîne souvent un rejet. On est ainsi étonné de la crudité du discours officiel au sujet de la vieillesse dans les siècles passés. Au Moyen Age, par exemple, une œuvre littéraire comme le Roman de la Rose est particulièrement révélatrice à ce sujet. C'est l'un des documents les plus représentatifs de la mentalité populaire du XIII° et du XIV° siècle. Les auteurs nous conduisent devant les murailles d'un magnifique verger. A l'intérieur, c'est la vie heureuse, la fête perpétuelle. Et sur les murs, mais à l'extérieur, sont peintes « des images qui ne sont ni agréable, ni jolies...mais tristes et douloureuses ». Or ces images sont les personnifications « de Haine, de Vilenie, de Convoitise, d'Avarice, d'Envie, de Papelardise, de Tristesse, de Vieillesse et de Pauvreté. »
Voilà la vieillesse en bien singulière compagnie ...en compagnie des sept péchés capitaux ! **(31)**

La société actuelle a une image négative du vieillissement. Pourtant, il y a moins de 5% de personnes âgées en institutions. **Mais on confond personnes âgées et personnes âgées malades.**
L'inconscience des politiques, de l'industrie, des médias devra s'adapter. Tous les secteurs publics et privés vont se trouver bouleversés par cette augmentation massive des plus de 50 ans dans notre société. En 2015, ces quinquagénaires représenteront 40% de la population.
Le monde des affaires et de l'industrie devrait intégrer sans tarder cette réalité : le profil d'âge de la population au travail va nécessairement se modifier.
L'histoire de la Twingo est, à cet égard, un bon exemple d'aveuglement. Conçues par les publicitaires, qui s'étaient voués au développement et à la vente de cette voiture à l'intention d'une population jeune de 25 à 35 ans, les Twingo furent majoritairement achetées par des personnes de plus de 50 ans.
Voilà qui montre bien à la fois la cécité et la réticence de la société vis à vis de cette révolution démographique.

Renault, qui vendait très bien sa Twingo, aurait pu afficher sa satisfaction. Pas du tout. Renault a estimé que c'était, psychologiquement, une catastrophe, et a soigneusement caché cette information pendant longtemps. La Régie a jugé qu'un produit acheté en majeure partie par une population de plus de 50 ans se trouvait automatiquement dévalorisé.
Pourquoi? **Car, en France, nous refusons d'accepter la réalité de cette révolution démographique à cause de l'image négative que nous avons malheureusement du vieillissement. (21)**

« L'âge n'est pas l'ennemi ! »

Les signes visibles du vieillissement reculent d'une génération à l'autre.
Ce fait sociologique est important à prendre en compte dans un monde moderne : **on vieillit plus, plus nombreux, plus longtemps et surtout beaucoup mieux.**
Aujourd'hui les personnes âgées de plus de 50 ans ou de plus de 80 ans, ne ressemblent pas à leurs homologues des années 60.
Nous connaissons tous des exemples de personnes qui vieillissent dans des conditions exceptionnelles. Citons comme exemple, Alexandre Mnouchkine, le grand producteur français d'origine russe qui, à 85 ans, poursuivait son activité cinématographique en produisant l'inoubliable *Cinéma Paradiso. (21)*
De même **le vieillissement dit pathologique**, c'est à dire lié à l'augmentation de fréquence des maladies, peut être mieux maîtrisé par des actions de prévention et des traitements quel que soit l'âge.
La révolution thérapeutique dans de nombreux domaines et son application quel que soit l'âge, a permis d'apporter un confort de vie, même aux personnes âgées malades. Citons ainsi l'exemple du Pape Jean Paul II qui, malgré son âge avancé et la maladie, effectue encore de nombreux voyages officiels, comme sa visite en Croatie. En effet, la maladie, responsable d'une déficience, entraîne un handicap quelquefois compensable socialement, ceci quel que soit l'âge, et générant une incapacité. (Concept de Wood: voir en annexe)

II) L'évolution démographique :

2-1) Augmentation de l'espérance de vie à la naissance, phénomène médico-social.

L'espérance de vie à la naissance connaît des progrès considérables. Il n'y a pas grand chose de commun entre l'espérance de vie actuelle par sexe (**près de 75 ans pour les hommes, plus de 82 ans pour les femmes**) et celle du début du siècle (environ 45 ans pour les hommes et 50 ans pour les femmes).
L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance a été provoquée tout d'abord par la **réduction de la mortalité infantile** ; elle a été ensuite due à **la baisse de la mortalité aux âges élevés**, surtout depuis les années cinquante.(10)

Tableau : Évolution de l'espérance de vie à la naissance, en France par sexe, de 1789 à 2020 (Source INSEE)

ANNEES	1789	1900	1955	1980	1990	1998	2020
Hommes	28	45	65	70,2	72,7	74,6	77,9
Femmes	28	49	72	78,4	80,9	82,2	86,4

C'est plutôt comme **phénomène social** que l'augmentation de la durée de la vie est un phénomène nouveau, propre à notre temps.
D'un point de vue statistique et non biologique, l'espérance de vie d'un individu est aujourd'hui le double de ce qu'elle était au milieu du XVIII° siècle, du moins dans les pays les plus industrialisés. La réalité, c'est qu'on mourait avant de devenir vieux, par maladie ou par accident.
Parmi les facteurs ayant le plus contribué à l'augmentation de la durée moyenne de la vie, il n'est pas étonnant de citer **la prévention, le contrôle des épidémies et la possibilité de guérir un très grand nombre de maladies** qui auparavant étaient mortelles grâce aux progrès des sciences médicales.
Il faut aussi prendre en considération **l'influence de facteurs sociaux.**
L'élévation générale du niveau de vie, les programmes de sécurité sociale et surtout les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation ont permis l'accessibilité pour tous à des soins médicaux de qualité (31).
Devant les difficultés économiques la société ne remettra-t-elle pas en cause la prise en charge des soins pour le très grand âge…

L'espérance de vie varie selon les catégories professionnelles et les régions. A 60 ans, l'écart entre les espérances de vie masculine selon les catégories socioprofessionnelles en positions extrêmes (professeurs d'une part et ouvriers non qualifiés d'autre part) est d'environ **5 ans** et n'a pas tendance à diminuer. **Les différences entre région** sont également sensibles, de l'ordre **de 3 ans pour le sexe masculin** : Poitou-Charente et Midi-Pyrénées d'une part et Nord-Pas-de -Calais d'autre part. (10)

2-2) Le vieillissement de la population française:

Le vieillissement de la population résulte de l'effet conjugué de **la baisse de la natalité** (Indice de fécondité passant de 2.67 en 1958 à 1.75 en 1998) et **la baisse de la mortalité chez les sujets âgés de 60 ans** ou plus.

Au début du XX° siècle, *les sujets âgés de 60 ans ou plus* représentaient un peu plus de 12 % de la population totale. Au milieu des années cinquante, ils représentaient 16% et en 2000, 20%. Ainsi la proportion des 60 ans ou plus a-t-elle presque doublé au cours de ce siècle.

La population des 85 ans ou plus pose plus particulièrement des problèmes d'accueil. De 200 000 personnes en 1950, l'effectif devrait approcher 1 250 000 en 2000 et dépasser les 2 millions en 2020.

Le nombre de centenaires de l'ordre de quelques centaines dans les années 60, et d'un peu plus de 5000 au milieu des années 90, devrait dépasser les 8000 en l'an 2000 et les 21 000 en 2020. (10)

2-3) L'espérance de vie aux âges élevés, particulièrement les plus de 75 ans:

♦Au niveau de la France Métropolitaine :

L'espérance de vie aux âges élevés a fortement progressé. A 60 ans, elle n'était, au début du siècle que de 13 ans pour les hommes et d'un peu moins de 15 ans pour les femmes. **Elle est aujourd'hui de plus de 20 ans pour les hommes et de près de 26 ans pour les femmes.** (voir tableau suivant)

Tableau : Evolution de l'espérance de vie à 60, 75 et 85 ans par sexe entre 1950 et 2020. (10)

	ANNEES AGE	1950	1980	1990	2000	2010	2020
Hommes	60	15,4	17,3	19	20,3	21,6	22,8
	75	7	8,3	9,4	10,1	10,8	11,6
	85	3,7	4,5	4,9	5,2	5,6	5,9
Femmes	60	18,4	22,4	24,2	25,7	27,1	28,4
	75	8,4	10,7	12	13	14	14,9
	85	4,4	5,4	6	6,5	7,1	7,6

A 85 ans, alors même que la situation des françaises peut-être qualifiée d'exceptionnelle (avec celle des japonaises), les progrès attendus continuent d'être importants : environ 6,5 ans d'espérance de vie actuellement, un an de plus en 2020 ; le progrès étant un peu moins net pour le sexe masculin (un peu plus de 5 ans et moins de 6 ans).

L'écart entre l'espérance de vie féminine et masculine aux âges élevés restera important et ne diminuera pas avant le deuxième quart du XXI° siècle. (10)

L'institut National d'Etudes Démographiques révèle une augmentation rapide de **la population de plus 75 ans : elle était de 3.08 millions en 1980 ; puis de 4.5 millions en 1999 pour aboutir à 7.08 millions en 2025** (Projection de la population totale pour la France Métropolitaine). (38)

♦ Espérance de vie sans incapacité ou avec incapacité :

Suite à l'interrogation sur la qualité des années de vie gagnées aux âges avancés, est apparue depuis une vingtaine d'année **la notion d'espérance de vie sans incapacité** (EVSI) ou espérance de vie active.
Actuellement, l'EVSI à 65 ans est d'environ 12 ans , pour une espérance de vie totale de 20 ans pour les femmes, et d'une dizaine d'années pour une espérance de vie totale de 16 ans pour les hommes, entraînant de ce fait une période de vie de plusieurs années de dépendance.

Chaque année, environ 10% de la population indépendante de plus de 75 ans vivant à domicile perd son autonomie pour une des activités de base de la vie quotidienne (tels que utiliser le téléphone, les moyens de transport : critères utilisés dans l'index IADL de LAWTON mesurant le degré de dépendance de la personne à domicile) (voir annexe).
La proportion de sujets avec incapacité augmente rapidement avec l'âge comme le confirment les chiffres figurant dans le tableau ci-dessous.

Tableau : Proportion des sujets avec incapacité selon l'âge.

	HOMME	FEMME
>ou =65ans	15%	22%
>ou =85ans	46%	62%

Un des enjeux prioritaires de la gérontologie est de réussir à allonger la portion pleinement fonctionnelle du parcours de vie. Or, une des menaces majeures pour l'espérance de vie sans incapacité est le développement de la fragilité chez le sujet âgé.

La fragilité et l'incapacité coexistent souvent chez les personnes âgées, mais ce sont 2 concepts distincts : l'incapacité indique la perte d'une fonction, alors que la fragilité indique l'instabilité, et le risque de perte , ou la perte future d'une fonction.
Il y a un lien entre vieillissement, fragilité et incapacité. A un certain âge, l'incapacité est un paramètre important de fragilité ; elle n'est par contre pas spécifique : car la fragilité est présente chez beaucoup de personnes âgées sans incapacité apparente. (2) Existe-t-elle du fait même de l'âge ?

♦ Au niveau de la Moselle :

La population totale en Moselle, au dernier recensement de 1999, est de 1 023 199 personnes.

Dans cette population mosellane, **les plus de 75 ans représentent 61 133 personnes, soit 5.97% de la population totale.**

En 1990, cette population de plus 75 ans représentait 51 211 personnes, soit **une augmentation de 19.37% entre 1990/1999** des personnes âgées de plus 75 ans. A signaler que cette population de plus de 75 ans est en constante progression puisque l'augmentation entre 1982/1990 était de 18.51%, pour aboutir à une valeur de 19.37% entre 1990/1999.**La population Mosellane subit comme l'ensemble de la population française un vieillissement démographique.**

III) Présentation du sujet de 75 ans et plus ?

3-1) Définition du malade gériatrique.

Le vieillissement connaît plusieurs définitions.
-L'OMS retient le critère d'âge de 65 ans et plus.
-Une définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle, ce qui revient à entrer dans la vieillesse à 55-60 ans !
-Pour le calcul des taux d'équipements et les services destinés aux personnes âgées, l'âge de 75 ans est pertinent. Enfin, l'âge moyen constaté dans les institutions gériatriques est d'environ 85 ans.

75 ans est l'âge que l'on se fixe aujourd'hui pour parler de malades gériatriques et de recherche gérontologique. Le malade gériatrique étant polypathologique, polydépendant ou du moins en risque de dépendance, c'est ce type de patient qui sera préférentiellement adressé du service des urgences aux services gériatriques.
Plus la personne a un âge avancé, plus le risque d'isolement est grand. On retrouve une inégalité de répartition des sujets âgés avec un vieillissement très marqué des zones rurales. (cf carte géographique page suivante)

La majorité des personnes âgées vivent à domicile quel que soit leur âge.
La personne âgée, poly-pathologique, vivant seule est souvent **maintenue à domicile** grâce à la présence de différents intervenants : le médecin généraliste, les paramédicaux, les travailleurs sociaux, la famille ou l'entourage direct. Dès qu'un facteur de déséquilibre intervient, le médecin traitant n'a plus comme seul recours que l'hospitalisation en urgence (en dehors de quelques expériences locales d'intervention en urgence au domicile : HAD) (17)
(cf carte géographique des personnes de 75 ans ou plus vivant à domicile ou seules à domicile, en 1990 en France)

Soit la personne âgée entre **en institution,** bien que l'entrée directe en institution soit difficile compte tenu des listes d'attentes. La moyenne d'âge des sujets en institution est autour de **79 ans**, mais leur entrée se fait surtout de plus en plus tardivement et avec un handicap. Aujourd'hui, moins de 5% des personnes de plus de 65 ans et 12% de celles de plus de 80 ans sont institutionnalisées. (28)
Cependant ces patients sont malades et âgés et non âgés donc malades, mais ils sont souvent dépendants.

3-2) Polypathologie et co-morbidité sont retrouvées dans les études.

Dans un rapport du CREDES, la **POLYPATHOLOGIE** concerne **93% des plus de 70 ans.**
Passé la barre des 70 ans, le français souffre en moyenne de 5.7 affections. Un nombre qui croît au fur et à mesure des ans : **5.3 entre 70 et 74 ans, 6.1 après 85 ans** (enquête menée auprès de sujets vivant chez eux, non institutionnalisés). (3)
Dans ce groupe de personnes âgées de plus 70 ans, seuls 3% des sujets interrogés se déclarent en pleine santé.

♦ Taux de prévalence des maladies chez les plus de 70 ans :

HTA	46,40%
Obésité	24,70%
Troubles du sommeil	24,10%
Insuffisance circulatoire cérébrale	18,10%
Cataracte	17,80%
Hyperlipidémie	17,40%
Constipation	15,40%
Angine de poitrine	14,60%
Varices	14,30%
Gastralgies	10,70%
Angoisse, anxiété	9,30%
Séquelles de cataracte	8,40%
Troubles du rythme	7,70%
DNID	7,60%
Etat dépressif	7,50%

L'hypertension artérielle est la pathologie la plus fréquemment rencontrée après 70 ans. L'obésité et les troubles du sommeil arrivent ensuite, suivis de l'insuffisance circulatoire cérébrale, de la cataracte, des hyperlipidémies.

Dans une étude de 100 patients de 80 ans et plus en Unité de Médecine Gériatrique de court séjour, il semble que les sujets âgés puissent être répartis en 3 groupes (47)
- sujets de 65 ans à 75 ans, dont les caractéristiques de morbidité ne semblent guère différentes de celles des adultes plus jeunes
- sujets de 80 à 90 ans, MONOPATHOLOGIQUES, dont les caractéristiques de morbidité ne diffèrent pas non plus des adultes jeunes
- et les sujets de 75 ou 80 ans et plus, POLY-PATHOLOGIQUES, qui constituent l'effectif des « fragiles vieillards » que le système de soins semble avoir des difficultés à gérer, notamment dans ses filières les plus spécialisées, et dont l'état de santé est fréquemment marqué par la dépendance .
Dans cette étude, on révélait **un nombre total de 4.12+/-1.83 maladies par patient.** Le nombre d'affections concernées par le séjour hospitalier étudié était en moyenne de 3.13+/-1.60.
Une analyse dynamique de la morbidité de ces patients âgés a permis une classification en 2 groupes :
- Sujets âgés présentant plusieurs maladies sans interactions possibles entre elles, réalisant **une co-morbidité** ;
- Sujets âgés présentant plusieurs affections susceptibles d'interagir entre elles, constituant **une poly-pathologie**.
Au sein de 100 patients, 76 sont inclus sous la rubrique poly-pathologie et 24 dans celle de co-morbidité. On observe, cependant, une dépendance moyenne plus élevée dans le groupe des poly-pathologiques que dans le groupe des sujets avec co-morbidité, ce qui reflète **la relation entre dépendance et le nombre de pathologies aiguës ou chroniques.** (47)

D'autres travaux publiés antérieurement, s'accordent à retrouver **un nombre élevé d'affections chez les patients hospitalisés ;** telle l'enquête du CREDES(50) réalisée sur les patients âgés hospitalisés, un jour donné, en France, en 1981, qui met en évidence, chez 400 patients de 80 ans et plus, **3.1 diagnostics par patient.**

Alors que l'enquête du CREDES menée **chez des patients âgés à domicile montrait 6.1 diagnostics après 85 ans** (3)

Une autre étude (48), menée au sein **d'une population plus spécifique de moyen et long séjour (3650 séjours), observe 6.45 affections** ou épisodes morbides par malade. Ce chiffre élevé s'explique par l'étude d'une forte proportion de patients institutionnalisés et de la longue durée d'observation incluant ainsi les épisodes infectieux intercurrents.

3-3) La polymédication concerne également le sujet âgé : (10)

La prescription pluri-médicamenteuse parfois abusive favorise l'apparition d'effet secondaire chez le patient âgé. Elle est fréquente chez le sujet âgé : **les patients de plus de 70 ans prennent en moyenne 4 à 5 médicaments par jour, qu'ils soient à domicile ou en institution (Etudes PAQUID et CREDES) (10).**

La polymédication est favorisée par :

- **La polypathologie et la polymorbidité qui caractérisent le sujet âgé**. Plus un patient a de maladies, plus il prend de médicaments.
- La « surconsommation » médicale de certains patients **avec possibilité de prescripteurs multiples** qui s'ignorent, puisque le patient néglige de préciser à son médecin traitant qu'il est allé voir un confrère (exemple : survenue d'une syncope chez un patient prenant un collyre B-bloquant prescrit par l'ophtalmologiste et un B-bloquant prescrit par le cardiologue).
- **La superposition de traitements symptomatiques sans raisonnement global.**
- **Une demande insistante de médicaments par la personne âgée** pour des **raisons physiques** (dépendance à certaines classes thérapeutiques : barbituriques ou benzodiazépines), **souvent psychiques** (l'angoisse face à la dépendance et la mort peut conduire à des plaintes somatiques multiples), et **sociales** (les médicaments et les maladies sont souvent au premier plan des conversations et jouent un rôle important sur le plan social).

Cette polymédication majore le risque d'effets secondaires des médicaments. Leur fréquence augmente linéairement avec le nombre de médicaments administrés : un effet secondaire survient chez 4% des patients prenant 5 médicaments par jour, chez 10% des patients prenant 6 à 10 médicaments par jour, chez 28% des patients prenant 11 à 15 médicaments par jour et chez 54% de ceux prenant plus de 16 médicaments par jour dans cette étude.

3-4) Le sujet âgé fragile :

Il existe schématiquement 3 niveaux de vieillissement :
- d'un côté, **le vieillissement « réussi »**, correspondant aux sujets âgés en pleine forme, qui représentent **65 à 70% des personnes âgées**.
- A l'opposé, **la grande dépendance**, objet de rejet social et grevée d'un coût économique élevé, qui concerne **5% des sujets âgés**, plus de la moitié d'entre eux souffre de démence.
- Entre les 2, vient s'intercaler **la fragilité (15 à 25% des sujets âgés)**, qui comprend tous les risques de décompensations conduisant à la perte d'autonomie.

Le concept de fragilité a été élaboré par les gériatres comme moyen de mieux comprendre les besoins de santé des personnes âgées.
Bien que la fragilité ne soit pas réservée aux personnes âgées, elle est plus fréquente chez les plus de 85 ans, ceci parce que les limitations et les maladies associées au vieillissement sont intimement liées à la fragilité.
La perte des réserves adaptatives due au vieillissement et aux maladies chroniques, crée un état de fragilité permanent qui se caractérise par **un état d'instabilité physiologique.**
LEBEL (2) considère la fragilité comme un risque plutôt que comme un état.
La fragilité est définie comme le risque qu'a une personne âgée, à un moment de sa vie, de développer ou d'aggraver des limitations fonctionnelles ou des incapacités, sous les effets combinés des déficiences et de facteurs modulateurs.
Les facteurs modulateurs qui peuvent accélérer ou retarder l'évolution de l'état fonctionnel de la personne âgée sont constitués des ressources dont dispose la personne âgée pour faire face à l'impact des déficiences : des facteurs propres à l'individu (estime de soi, éducation, statut socio-économique, sens de cohérence et capacité d'adaptation), des facteurs communautaires (milieu de vie, réseau de soutien social), et des facteurs liés au système de santé (accessibilité géographique, continuité des services, qualité de la prise en charge).
La fragilité s'exprime lors de facteurs stressants d'ordre médical, social ou psychologique qui destabilisent l'équilibre précaire de la personne âgée, et qui risquent de provoquer, de façon temporaire et permanente, des incapacités. (2)

IV) La politique concernant les personnes âgées.

Ce n'est pas avant le XVIII° et surtout le XIX° que l'on va s'intéresser aux personnes âgées, à la prise en charge de la fin de la vie.
Au XIX° siècle vont s'organiser des hospices. A la Salpetrière, le grand Charcot eut d'abord un « service de vieillards ». C'est là, en 1868, qu'il publia ses leçons sur les maladies des vieillards.
Avec la fin du XX° siècle tout change : On assiste à la création de véritables services de gériatrie. La vieillesse, bien que marginalisée, est devenue un phénomène de société. Le terme de « troisième âge » fait son apparition. (42)
C'est après la guerre de 39-45 que sont envisagées les grandes réformes sociales. La retraite, les revenus des personnes âgées, les logements aménagés, des actions en matière de santé, font l'objet de réflexions.

Certaines dates sont à retenir :

♦ **1962 : publication du « rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse » ou rapport LARROQUE**, relatif aux conditions de vie des personnes âgées en France, en prônant la nécessité d'une action coordonnée pour le maintien à domicile des personnes âgées (39).

♦ 1971 : publication du « programme finalisé » de maintien à domicile des personnes âgées (et circulaire ministérielle du 1er février 1972 relative à sa mise en place) dans le cadre du Ve plan (1971-1975). Le programme de maintien à domicile des personnes âgées, centré sur l'amélioration des logements,
les services domestiques et la lutte contre l'isolement.

♦ 1976-1980 VIIe plan : Le programme d'action prioritaire n°15 (PAP 15) est consacré aux mesures destinées à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

♦ Loi du 30 juin 1975 : création des « sections de cure médicale » dans les maisons de retraite.

♦ **La loi de décentralisation, dite loi Defferre en 1983** : la réorganisation de l'aide sociale, marquée par une politique plus proche et peut-être mieux adaptée aux besoins, mais éparpillée.
Les interventions économiques et sociales auprès des personnes âgées sont de la compétence du Conseil Général et, dans chaque département, le Plan Gérontologique précise l'importance d'une politique de proximité. (32)

On médicalise la fin de vie aussi bien à domicile (institution des services de soins infirmiers à domicile, avec la création récente des lits d'hospitalisation à domicile) mais également en institution (section de cure médicale dans les maisons de retraite ou en MAPAD)

MAPAD : maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes

♦ **Les soins de longue durée** sont issus de la transformation dans un premier temps en **1970** des hospices en maisons de retraite d'une part et d'autre part en longs séjours, rebaptisés ensuite **soins de longue durée par la loi de juillet 1991.**

♦ **La médicalisation des établissements débutée en 1975**, ayant fait l'objet d'un **décret le 22 novembre 1997 concernant « la section cure médicale »** est amenée à se poursuivre par l'application de **la réforme de tarification qui prévoit « un plan de médicalisation » sur 5 ans (2001-2006).**

♦ **La loi du 20 juillet 2001:** définissant « **l'aide personnalisée à l'autonomie** » (APA) relaie la **loi de 1997 sur la prestation spécifique dépendance** (PSD)(35).Clairement l'attribution de l'APA en établissement est indissociable de **la réforme de Tarification des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).** Les tarifications binaires (hébergements et soins) deviennent ternaires avec un tarif hébergement, un tarif soins et un tarif de dépendance.

Sous l'appellation d'EHPAD vont se regrouper les actuelles maisons de retraite, les moyens et long séjours. En effet, il s'agit de reconnaître clairement la réalité, les maisons de retraite hébergent des résidents atteints de dépendances et de pathologies aussi lourdes que celles qu'on traite dans les unités de soins de longue durée. Seul leur nombre ou leur proportion diffère, parfois beaucoup, parfois peu. Il suffit de quelques visites pour s'en convaincre. Tout au plus, la répartition des personnes âgées dans ces établissements sera influencée par leur état de santé au moment où elles abandonnent leur domicile, mais pas par les évolutions qui interviennent au cours de leur séjour en établissement: quelle que soit l'évolution de l'état de la personne, son lieu d'accueil devrait être en mesure de faire face et de satisfaire à ses besoins. La règle générale pour l'avenir devrait être clairement que quoi qu'il arrive, un second déracinement ne sera pas imposé à la personne. Le cas échéant, une crise aiguë remédiable fera l'objet d'une hospitalisation, suivie d'un retour à l'établissement ; on s'interdirait, sauf exception très particulière, le transfert dans un autre EHPAD.(7)

♦ **La circulaire du 18 mars 2002** relative à l'amélioration de la filière de soin gériatrique est tout à fait intéressante. **La circulaire entend développer les filières gériatriques constituées de courts séjours gériatriques, de soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée à tarification ternaire.**

Ainsi le ministre actuel, le Docteur J-F MATTEI, entend-il susciter la création d'unités de courts séjours gériatriques dans tous les centres hospitaliers disposant d'un SAU.
Afin d'éviter le classique « parcours du combattant » des patients âgés au sein d'un hôpital, les admissions directes en courts séjours gériatriques seront largement encouragées après accord préalable entre le médecin traitant et le médecin responsable du service de gériatrie. En aval de ce court séjour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des patients gériatriques ou à orientation gérontologique sont également pris en compte. (35)

Le vœu de la plupart d'entre nous est de vieillir et de mourir chez soi. La politique nouvelle déployée à la suite du rapport intitulé **« vieillir en France » en septembre 1999, de Mme Paulette Guinchard-Kunstler, la secrétaire d'état aux personnes âgées, préconise le développement de CLIC (Centres locaux d'information et de coordination gérontologique**), en consacrant 80 millions de crédit dans le budget 2002 à la création de 160 centres locaux d'information et de coordination gérontologique. Le gouvernement entend affirmer que **la politique de prise en charge de « proximité » des personnes âgées** est la clé d'une vieillesse tranquille adaptée à chaque cas particulier.
Dispositif de proximité, le CLIC est « dédié aux personnes âgées et à leurs familles ». Il offre gratuitement ses services, afin de favoriser le maintien à domicile des sujets âgés, voire de rechercher une place en institution, que la demande émane de la personne âgée elle-même, de sa famille, de services sociaux, du médecin traitant ou d'un établissement médico-social ou hospitalier. Fréquemment mis en place par un centre communal d'action sociale, le CLIC est rattaché souvent à une association, un hôpital, un gériatre ou un généraliste.
Les 800 000 sujets dépendants, dont les 2/3 vivent à domicile, qui attendent beaucoup de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), sont les premiers concernés par les CLIC gérontologiques. A Metz, l'AMAPA a été retenue par le ministère de l'emploi et de la solidarité comme site pour l'implantation d'un centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC-AMAPA). Elle a à cœur de mettre son savoir-faire au service d'une démarche visant à mieux répondre à la perte d'autonomie des personnes ; par contre en dehors des cités, les CLIC ne répondent encore pas au problème du monde rural. (46)

V) Structures permettant l'accueil des personnes âgées : (19)

(Les chiffres cités sont ceux du recensement de 1990)

♦ Les services de soins à domicile pour personnes âgées (en Moselle) :

Ils couvrent pratiquement tout le département de la Moselle.
Ils interviennent sur prescription médicale. Ils ont pour but d'apporter aux personnes âgées dépendantes, aux handicapés, des soins infirmiers et des soins d'hygiène corporelle . Les services de soins peuvent également se mettre en rapport avec des services d'aides spécifiques comme le portage des repas, l'aide ménagère, le lavage du linge, etc...
Ainsi, grâce à une infirmière coordinatrice responsable, les interventions sont assurées par des aides soignantes salariées, par des infirmières libérales conventionnées avec le service.
De ce fait, la personne âgée peut rester à son domicile le plus longtemps possible dans son cadre de vie habituel, entourée de sa famille, ses proches et ses amis...
Les services de soins ne peuvent remplir parfaitement leur rôle de maintien à domicile qu'avec une étroite et permanente collaboration entre médecins, aide-soignantes, infirmières, famille et entourage de la personne âgée.
En conclusion, les services de soins réalisent une action de base indispensable auprès des personnes âgées dépendantes et de leur famille ; malheureusement ils sont tous saturés. Beaucoup ont demandé une extension et attendent des moyens pour pouvoir prendre en charge le nombre de demandes.
Actuellement en Moselle, il y a seulement 1.56 places de service de soins à domicile pour 100 personnes âgées de plus 75 ans en 1990.

♦ Les foyers logements pour personnes âgées en Moselle :

Ils constituent un type d'habitat collectif à caractère social où chaque personne âgée possède son propre logement. Ce type d'accueil s'adresse à des personnes âgées valides et présente une solution intéressante pour la personne âgée face aux différents problèmes rencontrés chez elle : maison souvent trop grande, problème d'entretien, charges trop élevées, maisons à étages, etc...
Dans cette structure, la personne âgée est chez elle, elle peut bénéficier des différents services de maintien à domicile et chaque logement est équipé d'alarmes. La personne âgée rencontre ainsi des personnes avec qui parler, échanger et rompre la solitude grâce à la mise en place d'animations.
Le Département de la Moselle compte 57 foyers-logements, soit 2909 logements, soit un taux d'équipements en 1990 de 1.68% pour 100 personnes âgées de plus 60 ans.
Actuellement on ne crée plus de foyer-logement, car certains responsables de foyer- logement sont confrontés aujourd'hui au problème de perte d'autonomie de leurs résidents.

♦ Les unités de vie pour personnes âgées en Moselle :

Elles s'inscrivent dans le prolongement du maintien à domicile. Elles sont conçues pour accueillir 8 à 12 personnes âgées dans un cadre de vie familiale dans lequel tout le personnel s'investit entièrement pour tenter de recréer une vie de famille.
De plus, les personnes âgées bénéficient de tous les services et de toutes les prestations accordées aux personnes vivant à domicile comme les soins à domicile, l'aide ménagère, l'allocation logement ...
L'unité de vie convient parfaitement à des personnes âgées très isolées ou ayant perdu une partie de leur autonomie et qui ont besoin d'une aide partielle. Elle ne remplace en aucun cas la maison de retraite médicalisée puisqu'elle ne possède pas de section de cure médicale.
En Moselle les unités de vie tiennent une grande place dans l'hébergement des personnes âgées, puisqu'il y a 314 places recensées en 1992.

♦ L'accueil temporaire :

L'hébergement temporaire constitue une des réponses aux besoins ponctuels des personnes âgées et de leurs familles, se trouvant dans une situation de précarité et d'urgence :
- Il peut prévenir des situations de crise permettant à la famille de la personne âgée d'être momentanément soulagée.
- Il peut aussi permettre aux personnes âgées isolées en milieu rural d'être accueillies pendant l'hiver.
- Il permet d'effectuer une convalescence à l'issue d'une hospitalisation, lorsque la personne ne peut reprendre tout de suite un mode de vie habituel même si son état ne nécessite pas de soins médicaux particuliers.
- Enfin, l'hébergement temporaire peut, lorsque le maintien à domicile a atteint ses limites, préparer un placement en hébergement permanent et habituer la personne âgée à vivre en institution.
En Moselle, on compte seulement 45 lits d'accueil temporaire. Ce mode d'hébergement fait cruellement défaut; c'est dans chaque maison de retraite qu'il faudrait par exemple 2 ou 3 lits temporaires, afin d'aider les familles dans le maintien à domicile de leurs parents âgés, afin que la situation de crise ne se termine pas au SAU.

♦Les maisons de retraite et les maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD):

Vues les progressions démographiques très importantes des plus de 60 ans et des plus de 75 ans ces dernières années, il a fallu trouver des solutions d'accueil pour ces personnes âgées parfois très dépendantes et désorientées.
Les personnes qui vont en maison de retraite ont en moyenne 80 ans et posent des problèmes de dépendance : troubles physiques et troubles psychiques. Il faut un réel suivi de ces personnes avec un personnel qualifié et compétent.
La Moselle possède un taux d'équipement en hébergements de 92.40 lits pour 1000 habitants de plus 75 ans.
Par contre, le taux d'équipement en section de cure médicale est de 36.80 lits pour 1000 habitants de plus 75 ans , c'est à dire que seulement 39.8% des lits existants sont médicalisés alors que 80% des demandes émanent de personnes ayant besoin de soins.

♦Les lits de long séjour :

Bien que les longs séjours soient du domaine sanitaire, il est important de les comptabiliser, car ils hébergent et soignent des personnes âgées dépendantes physiques et/ou psychiques.
Ce sont 805 lits de long séjour qui fonctionnent en Moselle, prenant en charge des personnes grabataires ou démentes.
Sur le secteur de Metz et ses environs, on trouve des lits de long séjour :

-Sur Metz, le centre de gériatrie Felix Marechal compte 240 lits.
-Sur Boulay, le centre hospitalier de Boulay compte 40 lits.
-Sur Moyeuvre-Grande, le long séjour sur l'hôpital Saint Maurice compte 16 lits.

VI) Les urgences gérontologiques.

6-1) Les urgences aiguës.(29)

L'urgence chez le vieillard est souvent sous estimée. La crainte de l'hospitalisation, le fatalisme ambiant, la difficulté du recueil des éléments de l'anamnèse contribuent certainement au retard diagnostique. Mais ce dernier résulte avant tout du caractère fréquemment atypique de la sémiologie.
On retrouve alors différentes catégories d'urgences :

LES URGENCES PSYCHIQUES :
-Les états dépressifs du sujet âgé :
La non reconnaissance des états dépressifs a pour conséquence l'augmentation du taux de suicide surtout après 80 ans. Le risque de passage à l'acte suicidaire est plus important que chez l'adulte jeune. (44) Par exemple, la chute est grave par son retentissement psychologique. Le choc émotionnel qui en résulte entraîne une perte de confiance en soi, un sentiment d'insécurité et de dévalorisation, avec repli sur soi, démotivation et restriction des activités. **Ce tableau d'inhibition psychomotrice (syndrome post-chute) doit évoquer un syndrome dépressif.** Toute personne âgée qui est restée au sol, sans pouvoir se relever plus de 3 heures doit bénéficier d'une psychothérapie de soutien dès le premier jour d'hospitalisation. L'enjeu d'une chute n'est pas tant le risque de fracture osseuse que celui **de fracture sociale**. C'est pourquoi toute chute doit être considérée comme une urgence.
-le syndrome confusionnel est fréquent.
-les états délirants, en particulier chez le patient atteint de maladie d'Alzheimer sont habituels.
-les troubles du comportement : agressivité, ivresse, anxiété.

LES URGENCES CHIRURGICALES ET TRAUMATIQUES : dans lesquelles on inclut essentiellement la prise en charge des fractures ; avec une grosse incidence des fractures du col du fémur.
Aux yeux de l'opinion publique, la fracture du col du fémur ne représente plus la fatalité qu'elle était autrefois. Et pourtant ! Malgré la qualité des chirurgiens et les excellents services de rééducation, 40% des personnes qui en sont victimes autour de 80 ans doivent être finalement placées en institution pour une perte d'autonomie qu'elles n'ont pu surmonter à la suite de l'accident. Et la mortalité de ces patients demeure élevée : 3% meurent des suites opératoires immédiates ou à court terme, mais 30% décèdent dans l'année suivant la fracture du col du fémur. (21)

-Les conséquences traumatiques d'une chute : la plupart des chutes n'entraînent pas de traumatisme physique sérieux. En effet, **6 à 8% seulement des chutes seraient responsables de fractures, dont 1 sur 3 de l'extrémité supérieure du fémur.**
Ainsi la morbidité des chutes ne peut pas se résumer à leurs seules conséquences traumatiques.

LES URGENCES CARDIO-VASCULAIRES :
- l'insuffisance ventriculaire gauche, l'ischémie myocardique aiguë est d'autant plus grave chez le sujet âgé et difficile à prendre en charge dans l'urgence, qu'elle survient souvent sur un cœur affaibli (fraction éjection faible) du fait de l'âge, mais aussi d'une pathologie cardiaque sous jacente.
- les troubles du rythme cardiaque provoquent rapidement une détresse cardio-respiratoire chez le patient âgé.
- la thrombose veineuse profonde conduisant parfois à l'embolie pulmonaire. Leur fréquence chez le sujet âgé est due à la sédentarité de ces patients
- l'accident vasculaire cérébral est le plus souvent d'origine ischémique chez le patient âgé. Ces accidents répétés peuvent être à l'origine d'une démence d'origine vasculaire, ou conduire à une dépendance physique du fait des séquelles motrices qui peuvent en résulter.

LES URGENCES INFECTIEUSES :
Les **infections respiratoires** puis **urinaires** sont les 2 causes les plus fréquentes. Suivent les infections cutanées, dominées par la cellulite de jambe et les **infections abdominales** (la cholécystite, l'angiocholite et la sigmoïdite) qui sont les plus fréquentes.

On évoque systématiquement l'hypothèse d'une infection bactérienne aiguë dans 3 circonstances (29) :
- chute inopinée, avec ou sans malaise (que le patient soit déjà connu ou non pour chute), car la chute précède volontiers de quelques heures l'apparition d'une fièvre;
- trouble du comportement récent, que ce soit une adynamie, une anorexie, une désorientation, une agitation…
- un tableau de décompensation, telle une poussée d'insuffisance cardiaque, une décompensation respiratoire, une confusion mentale, un passage en arythmie …

LES URGENCES ALGIQUES :
S'inscrit dans ce registre le problème de l'expression de la douleur chez la personne âgée .
Ainsi convient-il d'évoquer systématiquement l'hypothèse d'une algie aiguë devant un état d'agitation, avec parfois agressivité ou confusion ou, à l'inverse, un état d'adynamie avec repli sur soi et anorexie.
Une rétention complète d'urine, un fécalome, une fracture sous-jacente peuvent se cacher sous un tableau d'agitation.

LES URGENCES METABOLIQUES : sont tous d'abord celles liées à la **glycémie. La déshydratation** est à évoquer ensuite. Après quoi, il faut penser à l'**hyponatrémie, l'hypokaliémie, l'insuffisance rénale.** Même si elle est peu fréquente l'**hypercalcémie** reste une urgence au grand âge.

6-2) Les urgences sociales :

D'après la littérature, l'urgence sociale ne représente que 1% de la prise en charge des patients âgés au SAU. (43)
Ce chiffre paraît dérisoire, mais souvent biaisé par un problème médical vrai sous-jacent, alors le problème social est occulté et ne semble pas être pris en compte par le personnel médical et paramédical non gériatrique et non sensibilisé.

Pourquoi le caractère social n'apparaît-il pas plus clairement dans les lettres de médecins traitants ?

Une des raisons est qu'il devient alors difficile d'admettre ces patients dans un service de médecine spécialisé. Leur hospitalisation est souvent plus longue, alors il n'est pas rare d'entendre des remarques du type :
« les personnes âgées embolisent les lits »
« elles nous encombrent »
« nous aurons du mal à la caser ».
Les assistantes sociales subissent une pression quotidienne et sont régulièrement rendues responsables, d'une part par le corps médical, des attentes, d'autre part par la famille des mauvaises orientations. (8)

L'***instauration d'un accueil gérontologique médico-social aux urgences***, avec la présence d'un médecin gériatre et d'une assistante sociale tout au long de la journée (22) permettrait d'envisager l'avenir post hospitalisation du patient âgé dès son passage au SAU, ceci d'autant plus qu'il existe de réelles difficultés dans l'orientation du patient âgé du fait du manque de structures gériatriques. Plusieurs centres hospitaliers en France, ont mis en œuvre, dès l'admission au SAU de bonnes pratiques de gériatrie avec un avis gériatrique précoce.

A titre d'exemple, **les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ont mis en place une équipe mobile en gériatrie (UMG)** pouvant intervenir sous demande du médecin urgentiste dès l'accueil au SAU du patient âgé. (5)
Les missions de l'équipe mobile de gériatrie sont :

- l'aide à l'évaluation globale (Voir dossier de UMG de Strasbourg en annexe).
- L'aide à l'établissement d'un projet de soins.
- L'aide à la prise en charge de situations complexes
- Ainsi que la formation des urgentistes à la gériatrie.

Depuis janvier 1993, un accueil gérontologique assuré par un médecin gériatre et une assistante sociale fonctionne **aux urgences du CHU de BREST** du lundi au vendredi de 10h à 18 heures.
L'équipe médico-sociale accueille les patients de 75 ans et plus, à l'exception de ceux qui nécessitent une prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique rapide (IDM, problèmes infectieux aigus, hémorragie digestive...)
Les patients sont dans un premier temps examinés par le médecin en poste aux urgences et secondairement, souvent très vite, orientés vers l'accueil gérontologique, lorsqu'il ne s'agit pas d'un problème médical aigu.
Le gériatre effectue un examen médical complet et une évaluation gérontologique dont le but est de repérer :

- les déficits sensoriels
- les troubles de la marche et de l'équilibre
- les anomalies des fonctions supérieures à l'aide du Mini-mental state de Folstein
- les troubles thymiques à partir de l'échelle gériatrique de dépression
- le niveau de dépendance évalué sur la capacité de réaliser les actes de la vie quotidienne (GRILLE AGGIR).

Tandis que **l'assistante sociale** effectuera une évaluation :

- du mode de vie (type de logement, seul ou famille, milieu rural ou citadin)
- des ressources économiques de la personne âgée (retraite, PSD...)
- des activités sociales pouvant entourer les personnes âgées.

Sous une autre forme, nous pouvons citer l'exemple **de l'Antenne Gérontologique d'Evaluation (AGE) mis en place au sein du centre hospitalier d'ANGOULEME.**
L'AGE intervient sur un mode consultatif, à l'initiative : des praticiens hospitaliers
- du SAU
- des services de spécialités
- des intervenants à domicile.

Cette démarche s'appuie sur un travail en réseau intra-hospitalier et extra-hospitalier. Dès son arrivée au Service d'Accueil et d'Urgences, la personne âgée peut être vue par l'Antenne Gérontologique d'Evaluation afin d'assurer une prise en charge précoce et pluridisciplinaire.
L'Evaluation Gérontologique propose une prise en charge globale de la personne âgée polypathologique.

Elle permet une approche :
- *médicale gérontologique spécifique* :
. mesure de l'autonomie (comme support, la grille AGGIR)
. évaluation de l'état nutritionnel (grâce au MNA)
. recherche de pathologies iatrogènes
. évaluation des fonctions cognitives (grâce au MMS et test de l'horloge)
- *psychologique*
- *socio-environnementale, économique, familiale, culturelle, des conditions de vie.*

Les objectifs de l'Antenne Gérontologique d'Evaluation:
- définir un projet de soin et de vie en respectant le souhait de la personne âgée et de son entourage familial.
- favoriser le maintien à domicile en coordonnant l'intervention des aidants (familiaux ou professionnels).
- avoir recours, si nécessaire, aux structures d'hospitalisation ou d'hébergement adaptées, appropriées à la personne âgée, à sa pathologie et à son handicap.

VII) L'orientation des personnes âgées après leur passage au SAU.

Ces critères de transfert ont été exprimés par le chef de service responsable du SAU de Genève, dans une étude menée en 1993, concernant « l'orientation des personnes âgées à partir du service d'accueil et d'urgence d'un hôpital général ou d'un hôpital gériatrique ».
Etude sur **30 jours** au service médical public **d'urgence médico-chirurgical** du canton de Genève. (51)
Etude effectuée sur des patients en âge de la retraite, **soit 62 ans et plus pour les femmes et 65 ans pour les hommes** :
-soit 686 patients, représentant 28.2% des admissions au SAU
dont 90.4% venaient de leur domicile
8.2% venaient d'un établissement de long séjour
1.4% étaient étrangers ou de passage à Genève
- **23.2%** des patients âgés de plus 65ans vus pendant la période d'étude sont **retournés à domicile** dans les 24 heures suivant l'admission.
- **7.4%** des patients âgés seulement ont été transférés **vers un milieu gériatrique**
- **65.3%** ont été **hospitalisés en hôpital général**, soit un taux élevé d'hospitalisation.

Critères de transfert en unité de médecine :

- 25.9% des patients âgés avaient déjà été hospitalisés dans la même unité au cours de l'année, donc sont retournées dans le service où ils sont connus par convention hospitalière.
- 20% des patients âgés présentaient une pathologie aiguë nécessitant des investigations ou des traitements en urgence.
- 18.1% des patients âgés étaient adressés par le médecin traitant à un médecin spécifique de l'hôpital.
- 14.4% des patients âgés nécessitaient des investigations sophistiquées tel qu'un scanner, une angiographie, une scintigraphie, un cathétérisme cardiaque… non disponible en hôpital gériatrique.
- 11.1% semblaient « jeunes » en apparence physique pour envisager un transfert en milieu gériatrique.
- 11.1% n'ont pu être admis en hôpital gériatrique par manque de place.
- 7.4% ont refusé le transfert en milieu gériatrique.

Critères d'un transfert en milieu gériatrique :

- Très vieux, voire « trop vieux » : ce critère se retrouve confirmé par l'observance d'une différence significative entre l'âge moyen des patients âgés transférés dans un service de médecine (78.1+/-7.7 ans) et les patients âgés transférés en milieu gériatrique (84.8+/-4.6ans).
- 31.9% présentaient un problème exclusivement gériatrique : problème médico-psycho-social, maladie chronique, soins de fin de vie.
- 25.5% des patients âgés ont été transférés en milieu gériatrique compte tenu du lieu de domicile (facilité pour recevoir des visites du conjoint et des autres membres de la famille).
- 21.5% des patients âgés avaient préalablement fait un séjour dans ce même hôpital gériatrique.
- 12.8% ont été adressés directement à l'hôpital gériatrique par le médecin traitant, via le SAU.

Raisons de refus du patient d'un transfert milieu gériatrique :

- Eloignement, difficulté pour l'épouse, la famille de s'y rendre.
- Patients âgés refusant par crainte d'être hospitalisés avec des patients « trop » vieux.
- Certains ne veulent pas être exposés à une atmosphère déprimante de l'hôpital gériatrique.
- D'autres évoquent l'image d'un hôpital mouroir.
- Confrontation avec l'image positive qu'offre un service de médecine.
- La mort d'un proche, l'absence de confort et d'intimité lors d'une hospitalisation antérieure à hôpital gériatrique motivent le refus.

B) ETUDE :

METHODE ET MOYENS

Nous avons mené nos enquêtes au sein du service d'accueil et d'urgence de l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest et du Centre Hospitalier Régional de Bon Secours de la ville de Metz. Ces deux structures représentent les 2 pôles exclusifs où se dirigent les patients en cas d'urgence, sur le secteur de Metz et ses alentours.

I) Le sujet.

1-1) Le titre :

Prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus arrivant au service d'accueil et d'urgence, de deux centres hospitaliers de la ville de Metz.

1-2) La problématique :

Nous l'avons vu, la population de 75 ans et plus est une population croissante, polypathologique, nécessitant une prise en charge médicale complexe. Le médecin généraliste est généralement l'intervenant de première ligne lorsqu'un problème de santé se pose chez la personne âgée à domicile ou en institution. Celui-ci est le mieux placé, de par la connaissance qu'il a de son patient (biomédicale, psycho relationnelle et socio environnementale), pour assurer son suivi, la coordination des soins et quand cela est nécessaire, avoir recours au service de soins d'urgence et d'hospitalisation.
La politique de réduction des lits permet de moins en moins de prise en charge directe et le médecin traitant passe par les urgences pour une hospitalisation qui hier encore aurait été gérée directement avec le service.
Alors que précisément l'activité des SAU continue de croître et de poser des problèmes à la fois logistiques et organisationnels, la prise en charge des personnes âgées demande du temps et de la patience, car à la polypathologie s'associent des problèmes de dépendance, de troubles sensoriels, d'attention et de compréhension avec des problèmes d'admission spécifiques devant l'engorgement des structures d'amont.
La prise en charge de ces personnes âgées est lourde et difficile. Le médecin urgentiste peut-il se permettre de prendre le temps nécessaire à une bonne prise en charge aux urgences ; est-il formé pour prendre en charge les patients âgés ?

Les objectifs de notre étude seront les suivants :

- Définir les caractéristiques médico-sociales des personnes âgées consultant au SAU.
- Définir les modalités d'accueil aux urgences (mode d'acheminement vers le SAU, temps passé au SAU).
- Déterminer s'il existe un événement social déclenchant l'entrée au SAU (isolement par veuvage, éloignement des enfants, deuil récent, dépendance de la personne âgée).
- Définir le profil des urgences gériatriques; la polypathologie de ces patient conduit-elle à l'urgence ?
- Déterminer si la personne âgée est prise en charge dans sa globalité ou simplement pour son motif d'envoi.
- Déterminer si le diagnostic motivant l'envoi au SAU est compatible avec le diagnostic final du SAU. L'hospitalisation demandée est-elle justifiée ou utilise-t-on les urgences médicales comme pourvoyeuse d'institutionalisation ?
- Déterminer si un essai de maintien à domicile aurait pu être une alternative à l'hospitalisation ou sera-t-il à envisager ultérieurement.
- Démontrer que l'évaluation de l'autonomie de la personne âgée est nécessaire pour une bonne prise en charge. En effet, hormis la nécessité de prendre en charge la pathologie aiguë, le médecin urgentiste devrait s'interroger dès son passage au SAU sur l'avenir du patient en post-hospitalisation. Cet épisode aigu va-t-il faire basculer le patient vers la dépendance ?
- Définir si l'orientation à l'issu du passage au SAU est adaptée. L'orientation première de ces patients est-elle décidée en fonction du diagnostic final, d'une pathologie associée servant d'alternative pour l'hospitalisation dans un autre service, de l'âge ou du niveau de dépendance du patient ?

II) Les moyens.

2-1) Le recueil des données.

L'étude a comporté deux étapes :

- **Une étude rétrospective** réalisée au sein des services d'accueil et d'urgence de l'hôpital Legouest et de l'hôpital Bon Secours pendant une période s'étendant du 1er au 15 Novembre 2001. Ces deux services d'urgences sont les deux lieux où peut se rendre la population de Metz et ses alentours en cas d'urgence. Cette première enquête a été réalisée à partir de l'exploitation des dossiers de patients de 75 ans et plus ayant consulté pendant cette période sur ces deux SAU. Mais l'étude des dossiers de façon rétrospective n'a pas répondu à toutes nos attentes fautes d'informations dans les dossiers des services d'accueil et d'urgence.
- Ainsi **une deuxième enquête prospective** a été menée au sein de ces deux SAU, pendant une période de 15 jours (du 17 au 30 mars 2003 inclus). Cette enquête a été réalisée à l'aide d'un nouveau questionnaire rempli par le médecin urgentiste ou résident prenant en charge un patient de 75 ans ou plus.
Cette deuxième enquête nous a permis de répondre à certaines questions laissées sans réponse au cours de l'étude rétrospective, également d'obliger le médecin urgentiste à évaluer l'autonomie du patient dans ses déplacements et les fonctions supérieures du patient, ceci pour une meilleure prise en charge du patient âgé.

2-2) Déroulement de l'enquête.

a) Les aléas des enquêtes.

L'enquête rétrospective nous a permis de constater le manque d'information médico-sociale dans certain dossier du SAU, bien souvent par négligence dans la rédaction du dossier médical. Ce manque d'information, nous a donc conduit à mener une étude prospective. Il a été difficile de faire admettre aux médecins urgentistes de bien vouloir compléter notre questionnaire en plus du dossier médical. Ainsi, notre étude prospective n'a pu être menée sur la totalité des patients de 75 ans et plus consultant au SAU au cours de cette deuxième période.

b) Pourquoi une étude prospective ?

L'enquête rétrospective ne nous a pas permis de répondre clairement à toutes les questions posées. Ainsi, nous avons décidé de mener une enquête prospective afin de :

- confirmer les caractéristiques médico-sociales de la personne âgée.
- mieux cerner la population de personnes âgées étudiée, en particulier celle arrivant seule ou accompagnée au SAU.
- confirmer les modes d'admission au SAU du patient âgé.
- retrouver les lettres d'accompagnement et mieux cerner ses insuffisances.
- mieux cerner les pathologies aiguës du patient âgé
  les pathologies en cascade
  la comorbidité
  la polypathologie.
- faire apparaître dans l'étude prospective la iatrogénie et l'état confusionnel en demandant aux médecins urgentistes de la rechercher.
- évaluer la dépendance du sujet âgé par l'intermédiaire de ses déplacements ; également en demandant aux médecins de s'y intéresser.
- répondre à la concordance entre le diagnostic initial et le diagnostic final ; et pouvoir affirmer si la demande d'hospitalisation était justifiée.
- confirmer le choix du lieu d'hospitalisation final par rapport à la demande.

c) Présentation de l'hôpital Legouest :

L'Hôpital d'Instruction des Armées LEGOUEST est un établissement de santé pluridisciplinaire dont les activités médico-chirurgicales et techniques sont destinées prioritairement au soutien des forces armées stationnées dans la région Nord-Est ou projetées en missions extérieures.
Comme tous les hôpitaux militaires, il participe au service public hospitalier et reçoit une clientèle civile au service d'accueil des urgences, en consultation ou en hospitalisation.
En novembre 2001, mois au cours duquel nous avons mené notre première enquête, le pourcentage d'entrées au service d'accueil des urgences de la clientèle civile représentait 91.1%.

Le SAU médico-chirurgical de Hôpital d'Instruction des Armées Legouest dispose d'un service de réanimation médicale et chirurgicale dont le chef de service est le responsable du SAU.

Ce centre hospitalier regroupe 6 services de médecine à orientation cardiaque, pneumologique, digestive (gastro-entérologie), maladies infectieuses et tropicales, psychiatrique et dermatologique ; et 5 services de chirurgie dont la chirurgie viscérale, l'ophtalmologie, la chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, la chirurgie traumato-orthopédique et oto-rhino-laryngologique.
Le service d'accueil des urgences de l'hôpital Legouest fonctionne 24H/24. Ce service fonctionne la journée grâce à la présence de trois médecins titulaires de la capacité d'Aide Médicale d'Urgence dont un médecin affecté à l'UHCD. Tandis que la nuit, l'équipe médicale se compose de deux médecins.
Ces locaux sont constitués de trois boxes de médecine, un box de suture ; un box de déchocage (avec deux lits) et une UHCD (Unité d'hospitalisation de courte durée) composée de six lits.

d) Présentation du Centre Hospitalier Régional de Bon Secours :

Le centre hospitalier Régional de Metz regroupe l'hôpital Bon Secours avec 744 lits, le centre Félix Maréchal avec 357 lits (incluant un service de gériatrie, un moyen et long séjour, un service de rééducation fonctionnelle et rééducation cardiaque), la maison de retraite Saint Jean avec 90 lits (dont des lits de cure médicale) et la maison de retraite Le Parc avec 100 lits (dont des lits de cure médicale). (45)

Au sein de l'hôpital Bon Secours, on retrouve :
-Des services de médecine : 1 service de médecine interne à orientation cardiologique, 2 services de cardiologie avec une USIC, 2 services de gérontologie, un service de neurologie, de gastro-entérologie, de pneumologie, de dermatologie, de néphrologie-dialyse, d'hématologie, d'oncologie, de pédiatrie .
-Des services de chirurgie : viscérale, cardio-vasculaire, plastique, traumato-orthopédique, gynéco-obstérique et ORL.
-Deux services de réanimation médicale et chirurgicale.

Le SAU fonctionne 24h/24 avec la présence de 7 médecins (4 docteurs en médecine et 3 résidents). Ces 7 médecins présents la journée assurent l'accueil des urgences et le SMUR. L'organisation des médecins se compose de
4 médecins titulaires dont deux gèrent les sorties SAMU/SMUR de la journée, un médecin gère les lits portes et un médecin est référent au SAU; sont présents également 3 internes en médecine générale dont un sortant avec l'équipe de médecin SMUR. Au cours de la nuit (19h à 9h), il ne reste plus que 3 médecins référents et 2 internes pour prendre en charge l'ensemble des urgences de la nuit.
La régulation du centre 15 est assurée par 2 médecins (un hospitalier et un libéral) également 24h/24.

Les locaux du SAU de l'hôpital Bon Secours :
- 4 à 7 boxes de médecine sont ouverts en fonction de l'effectif paramédical.
- 6 boxes de chirurgie dont 3 boxes de sutures et 1 salle de plâtre.
- Une salle de déchoquage avec 3 lits.
- Une salle de radiologie dans l'enceinte du SAU.
- UHT(unité d'hospitalisation temporaire): 11 lits avec monitorage et surveillance vidéo.
- UMA (unité de médecine administrative) : 2 lits
- SAMU-centre 15 : 1 salle de régulation avec 6 postes de régulation informatisés.
- SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation) :4 véhicules d'intervention médicalisés et 1 véhicule de commandement.

e) Présentation des habitants de la ville de Metz et ses environs: (19)

La population consultant aux urgences des différents hôpitaux de Metz couvre l'ensemble de la population des arrondissements de Metz-Ville, Metz-campagne et l'arrondissement de Boulay-Moselle.

En 1999, ces trois arrondissements regroupés représentent une population de 410 164 habitants, soit **environ 25% de la population mosellane.**
Les plus de 75 ans représentent dans cette population 23 114 habitants, soit **environ 17.75 % de l'ensemble de la population de ces 3 arrondissements.**
D'où une représentation importante des sujets de 75 ans et plus dans notre secteur, par rapport à l'ensemble de la population mosellane, ceci intégrant une part non négligeable d'une population rurale vieillissante. On constate d'après le tableau III que la population de plus 75 ans ne cesse d'augmenter depuis des années sur ces 3 arrondissements. A signaler que cette population âgée est très importante sur l'arrondissement de Metz-campagne. L'accroissement de cette population âgée de plus 75 ans est beaucoup plus important sur les arrondissements de Metz-campagne (22.97%) et Boulay-Moselle (22.28%) par rapport à Metz-Ville (17.60%), entre 1990 et 1999.

2-3) Le questionnaire de l'enquête rétrospective.

Ie PARTIE : l'accueil

Identification du patient : *Sexe* : ☐féminin / ☐masculin
Age :
Situation familiale: ☐ vit seule
☐ vit avec son conjoint
☐ vit avec un membre de la famille
☐ autre , lequel ? .....
Lieu de vie : ☐ domicile
☐ maison de retraite
☐ foyer logement
☐ MAPAD
☐ autre, lequel ? .....

Modalités d'admission :
Qui a déclenché l'appel à l'urgence ? ☐ le sujet lui-même
☐ un tiers
☐ le médecin traitant
☐ le médecin de garde
☐ les pompiers

Comment la personne est-elle arrivée aux urgences : ☐ SAMU ou SMUR
☐ ambulance
☐ pompiers
☐ voiture particulière

La personne est-elle accompagnée ? ☐ oui / ☐ non
Si oui, par qui ? ☐ son conjoint
☐ sa famille
☐ son voisin

Si la personne est seule, a-t-on les coordonnés d'une personne à contacter ?
Si oui, ☐ car préciser dans la lettre du médecin
☐ préciser sur la feuille du SMUR
☐ préciser par le patient lui-même

Qu'elle est la durée passée au SAU ? Heure d'arrivée :.....
Heure de départ :.....

IIe PARTIE : les informations médicales

Le médecin « adresseur » est-il le médecin traitant ? □ oui / □ non

Existe-t-il ***une lettre d'accompagnement*** ? □ oui / □ non

Si oui, comporte-t-elle : □ un diagnostic ou HDLM.
□ les ATCD.
□ conditions vie du patient.
□ son TTT.

Quel est ***le motif*** *d'envoi aux urgences* : □ cardio-vasculaire.
Préciser lequel ? □ pneumologique.
□ traumatologique (chute, fracture..).
□ viscérale.
□ psychiatrique (état confusionnel).
□ infectieux.
□ métabolique.
□ algique.
□ AEG.
□ Placement.

Existe-t-il ***des éléments de morbidité*** *ayant une répercussion sur le motif d'urgence.*
□ Rien.
□ cardio-vasculaire.
□ algie.
□ infectieux.
□ néoplasie.
□ psy.

S'agit-il d'une pathologie : □ ***unique*** . Laquelle ?
□ **multiples** . Lesquelles ?

S'agit-il de ***la décompensation d'une pathologie chronique*** ? □ oui / □ Non :

Nombres de médicaments pris par le patient ? □ <3.
□ >3.
□ >6.
□ >9.

S'il s'agit d'une hospitalisation pour ***placement*** ; celui-ci est-il :
□ **officiel** (spécifié sur le courrier) ?
□ **obligé ou secondaire** (impossibilité de maintien à domicile)?
Qu'elle en est la cause ?.....

Un essai de maintien à domicile a-t-il été entrepris par le médecin traitant ?
□ Oui, de quel type d'aide bénéficie le patient : (aide ménagère, portage des repas, télé alarme, auxiliaire de vie, infirmières ...)
□ Non.

Evaluation des déplacements du sujet âgé au SAU : 3 échelons
□ valide (inclut les déplacements sans hésitation avec canne).
□ semi-valide (déplacement limité avec une canne ou un déambulateur, passage lit fauteuil possible seul)
□ invalide (ne peut se déplacer seul sans l'aide d'une autre personne)

Evaluation des fonctions supérieures ? □ oui / □ non

IIIe PARTIE : ORIENTATION

Après le SAU, proposition du médecin : □ retour au domicile.
□ hospitalisation.
□ reste en UHT, combien de temps ? ....
Quand il y a retour à domicile, s'agit-il d'**une hospitalisation à domicile** ?

Si hospitalisation, □ vers un service de **médecine spécialisé.**
□ vers un service **de gériatrie**, y-a-t-il eu concertation avec la famille ?
□ vers un service **de chirurgie.**
□ vers un service **de réanimation.**

L'orientation est-elle celle souhaitée en première intention ?
□ oui
□ non, pourquoi ? □ par manque de place
□ par refus d'admettre une personne âgée

Le service obtenu pour l'hospitalisation, a-t-il été obtenu après :
□ un appel s'accompagnant de refus.
□ deux appels s'accompagnant de refus.
□ trois appels s'accompagnant de refus.

2-4) Le questionnaire de l'étude prospective :

Situation familiale :
Vit seule :□ Oui
□ Non : Vit avec qui ?.....
Vit en institution, laquelle ?.....

Le patient âgé arrive-t-il au SAU □ seul (ou) □ accompagné ?

Existe-t-il une lettre du médecin adressant le patient ? □ Oui / □ Non
S'agit-il du médecin traitant : □ Oui/ □ Non

Estimez-vous que la lettre du médecin traitant est incomplète en informations, car il manque :
□ un diagnostic ou l'histoire de la maladie
□ les antécédents du patient.
□ son traitement.
□ ses conditions de vie, un événement récent destabilisant le patient (deuil, séparation…).
□ Autres informations manquantes, lesquelles ?.....

Diagnostic initial motivant l'envoi au SAU :.....

Le patient âgé présente-t-il une ou plusieurs pathologies ; la ou lesquelles :
1).....
2).....
3).....
4).....
5).....

Y a-t-il suspicion de Iatrogénie :□ Oui/ □ Non

Y a-t-il demande de placement ? □ Oui/ □ Non
Qu'elle en est la raison :.....

S'il s'agit d'une demande de placement ; y a-t-il eu auparavant l'intervention à domicile :
□ d'une infirmière à domicile ou aide soignante.
□ d'une aide ménagère.
□ de portage des repas.
□ d'une télé-alarme.
□ d'une hospitalisation à domicile.

Le patient âgé au cours de votre examen clinique ; est-il ?
□ Valide (inclut les déplacements sans hésitation avec une canne ou un déambulateur)
□ Semi-valide (déplacements limités avec une canne ou un déambulateur, passage lit-fauteuil possible seul)
□ Invalide (ne peut se déplacer seul sans l'aide d'une autre personne).

Les fonctions supérieures du patient âgé:

□ le discours est cohérent ; l'interrogatoire est-il fiable ? □ Oui/ □ Non

□ le discours est confus ; s'agit-il d'un état confusionnel ? □ Oui/ □ Non

Diagnostic de sortie du SAU :.....

La demande d'hospitalisation du médecin « adresseur », était-elle justifiée ?

□ Oui / □ Non

Orientation post urgence : □ Retour à domicile

□ Hospitalisation, dans quel service :.....

□ Passage en lit porte ou UHT, pourquoi :.....

Le service d'hospitalisation du patient âgé est-il celui souhaité en premier lieu par le médecin urgentiste ? □ Oui

□ Non, est-ce : □ Par manque de place dans le service souhaité.

□ Par refus d'admission d'un patient âgé dans ce service.

Nombres de services contactés avant de trouver un lit d'hospitalisation :.....

C) L'ENQUETE RETROSPECTIVE ET PROSPECTIVE.

L'enquête rétrospective, menée du 1er au 15 Novembre 2001 inclus, a été réalisé sur **198 dossiers médicaux de patients âgés de 75 ans et plus** ayant consulté aux urgences de l'hôpital Bon Secours ou de l'hôpital Legouest au cours de cette quinzaine.

L'enquête prospective menée du 17 au 30 Mars 2003 inclus, retrouvait un nombre de **195 patients de 75 ans et plus** ayant consulté aux urgences au cours de cette quinzaine. Mais **seulement 106 dossiers médicaux** comportaient notre questionnaire rempli. Donc notre deuxième enquête a été menée sur **54% des dossiers d'admission de patients de 75 ans et plus** ayant consulté au cours de cette période.

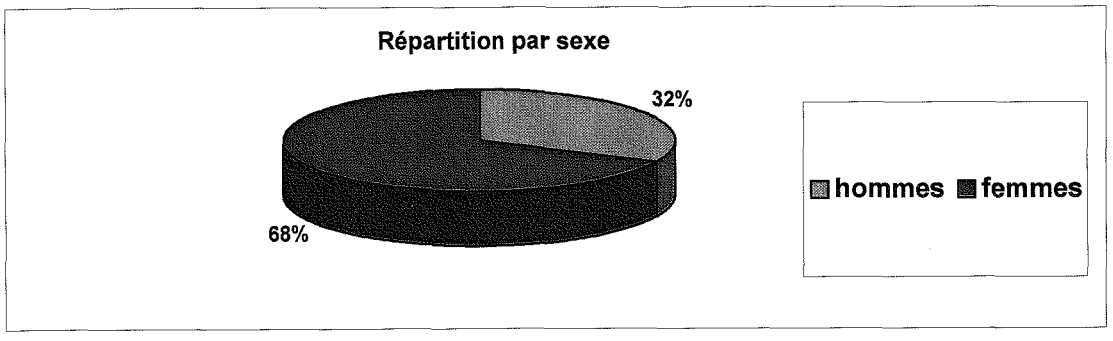
I) Résultats de l'étude rétrospective et prospective:

Caractéristiques socio-démographiques de cette population de patients de 75 ans et plus consultant au SAU.

Répartition de cet échantillon de la population par sexe :

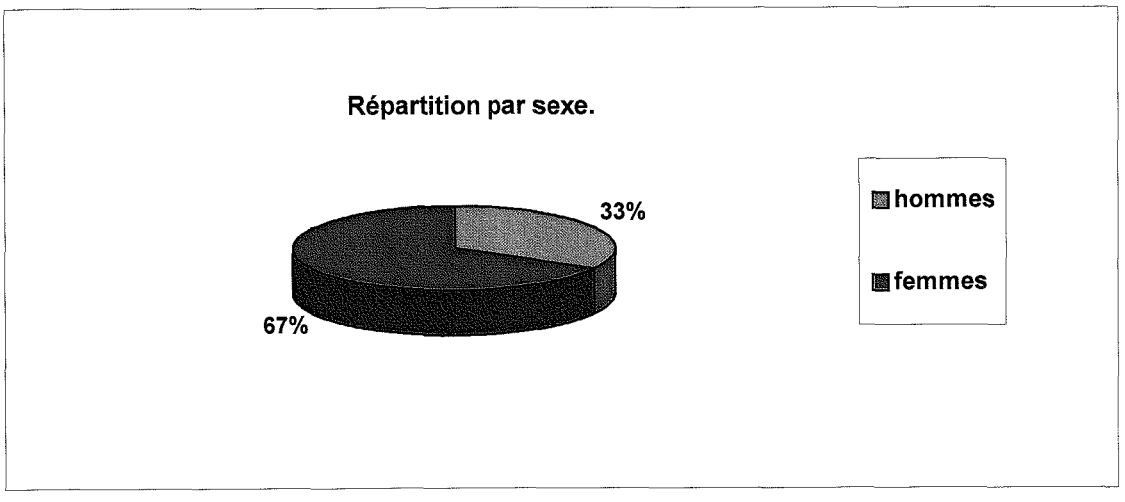
♦Figure n°1 ; enquête rétrospective.

La cohorte est composée de 135 femmes (**68%**) et de 63 hommes (**32%**), âgés de 75 ans à 98 ans.



♦ Figure 1 bis ; enquête prospective :

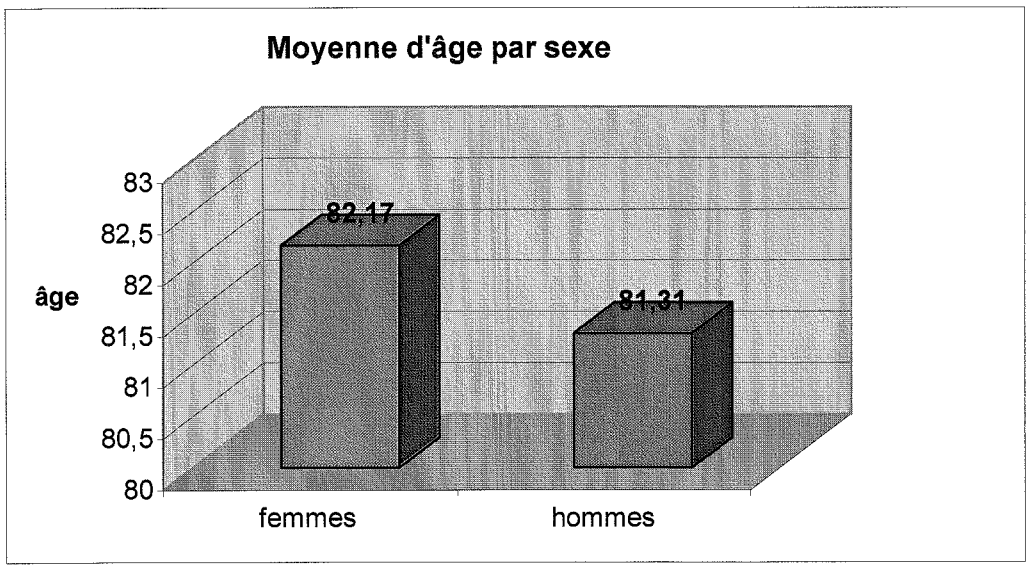
L'enquête a été menée sur une cohorte de 106 patients dont **67% de femmes** contre **33% d'hommes**.



Moyenne d'âge de cet échantillon de la population:

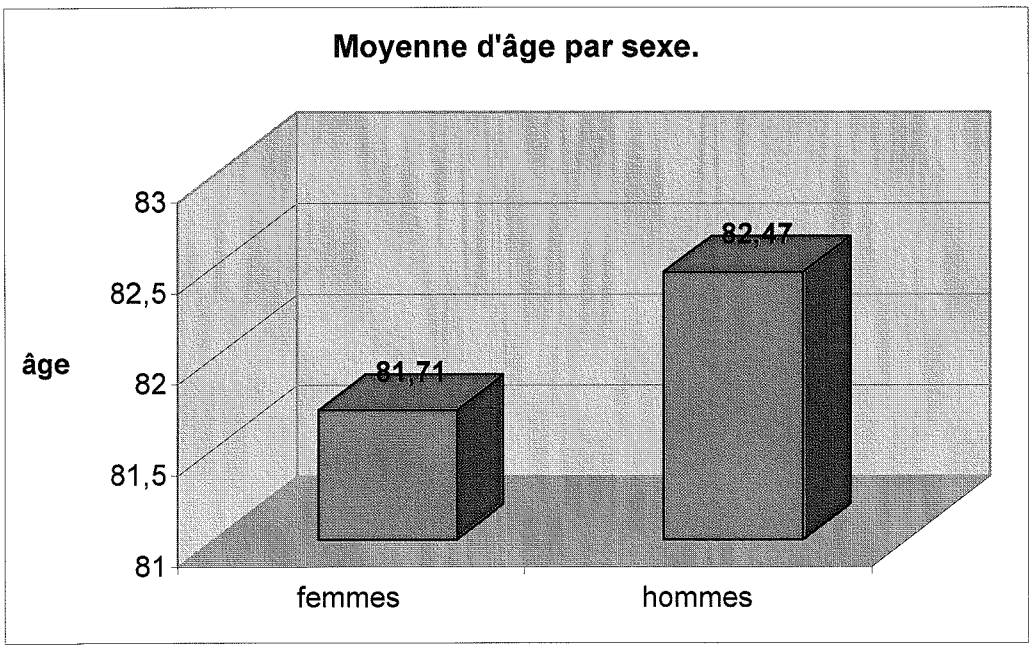
♦Figure n°2 ; enquête rétrospective.

L'âge moyen des **femmes** est de **82.17 ans**, contre **81.31 ans** pour les **hommes**.



♦ Figure n°2 bis : enquête prospective.

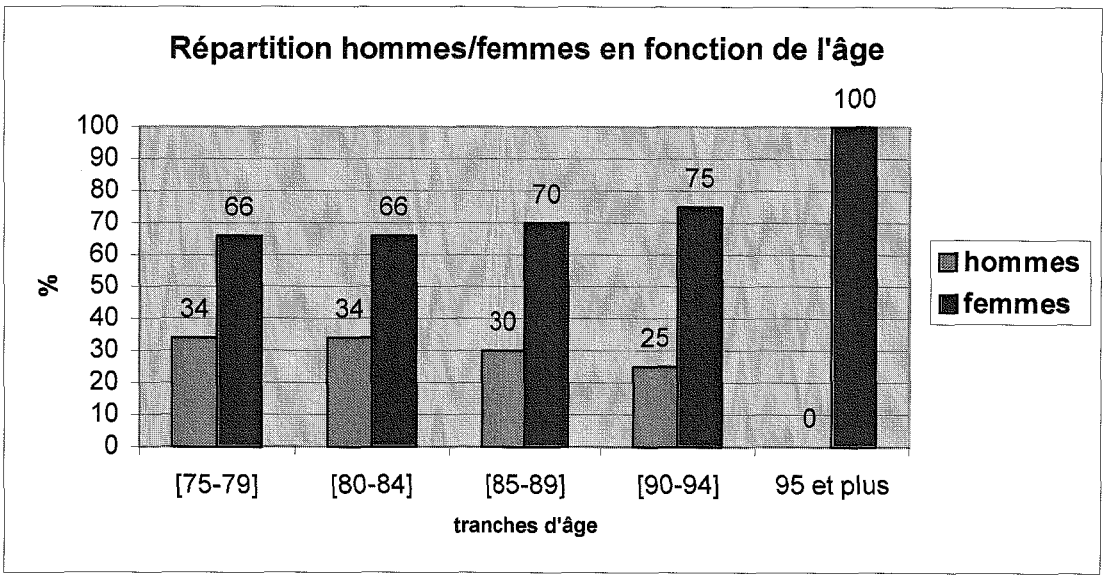
La moyenne d'âge des femmes est de 81,71 ans contre 82,47 ans pour les hommes.



Répartition des classes d'âge en fonction du sexe :

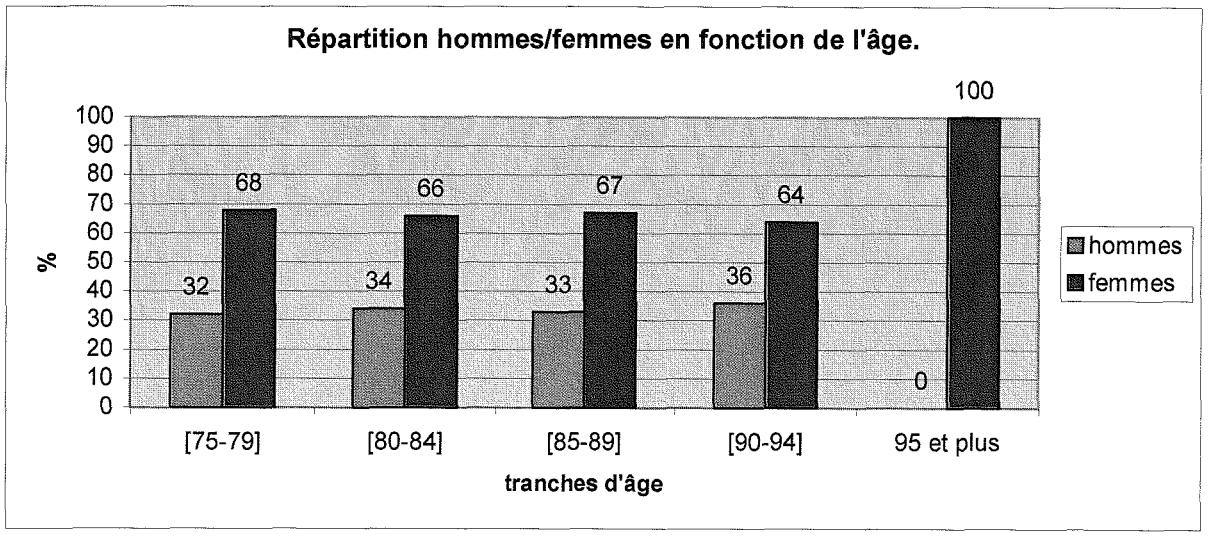
♦Figure n°3 ; enquête rétrospective.

Dans cette échantillon de population étudiée,
on retrouve pour la tranche d'âge de [75 à 79 ans] : 49 femmes/25 hommes
[80 à 84 ans] : 31 femmes/16 hommes
[85 à 89 ans] : 33 femmes/16 hommes
[90 à 94 ans] : 15 femmes/5 hommes
[95ans et plus : 3 femmes/0 homme.



♦ Figure n°3 bis : enquête prospective.

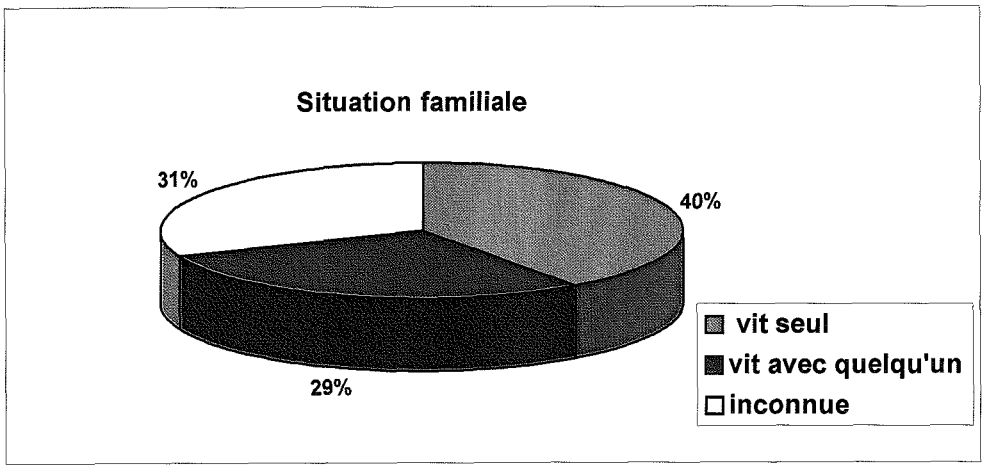
Dans cette échantillon de population étudiée, on retrouve pour la tranche d'âge de :
[75 à 79 ans] : 25 femmes /12 hommes; cette tranche âge est la plus représentée dans notre étude, soit **38% de l'ensemble de la population étudiée**.
[80 à 84 ans] : 19 femmes /10 hommes; représente **29%** de l'ensemble de la population étudiée.
[85 à 89 ans] : 12 femmes /6 hommes; **18%** de l'ensemble de la population étudiée.
[90 à 94 ans] : 9 femmes /5 hommes**; 14%** de l'ensemble de la population étudiée.
[95 ans et plus : 1 femme/ 0 homme; **1%** de l'ensemble de la population étudiée.



La situation familiale des personnes âgées de 75 ans et plus consultant au SAU est difficile à retrouver avec exactitude dans cette étude rétrospective :

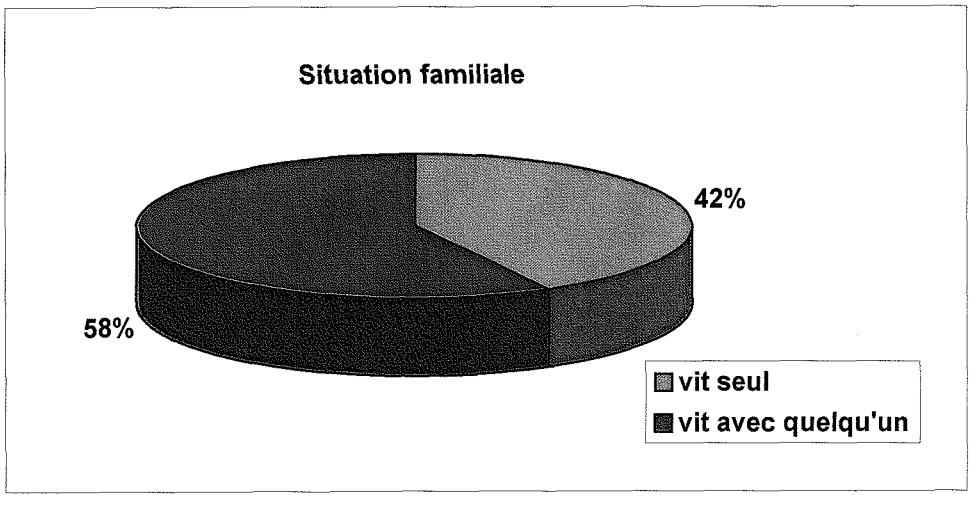
♦ Figure n°4 : enquête rétrospective.

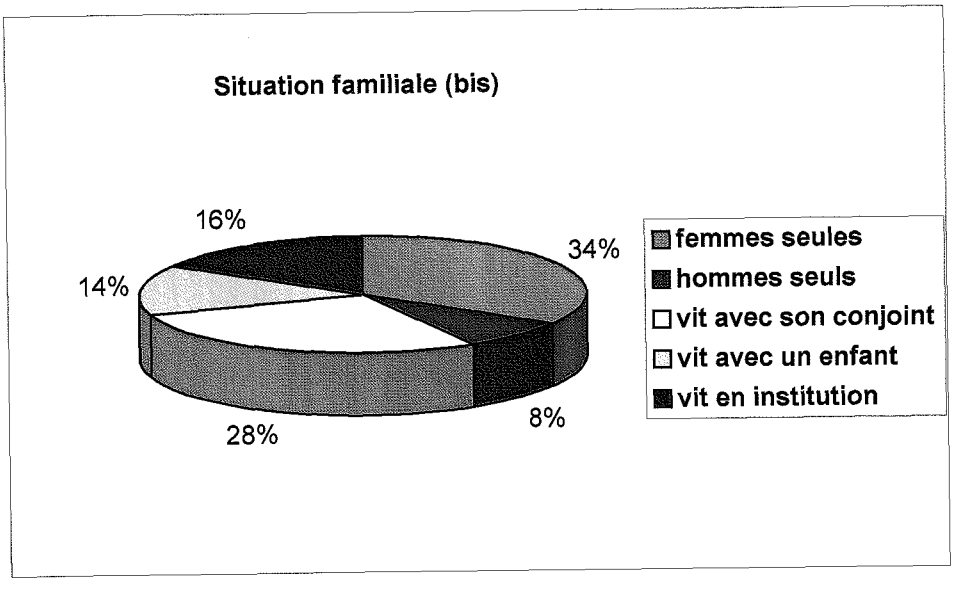
- **40%** de ces patients âgés **vivent seul** (essentiellement veuvage, quelques cas de divorce ou de célibat).
- **29%** vivent **avec quelqu'un** (essentiellement le conjoint, un membre de la famille, dans une famille d'accueil).
- **31%** des cas : la situation familiale est **inconnue** (non précisée dans le dossier des urgences).



♦ Figure n° 4 bis : enquête prospective.

42% de ces patients **vivent seul**; dont 34% de femmes et 8% d'hommes.
58% ne vivent pas seules ;
Soit 28% des personnes de 75 ans et plus vivent avec leur conjoint.
14% des personnes de 75 ans et plus vivent avec un enfant.
16% des personnes de 75ans et plus vivent en institution.

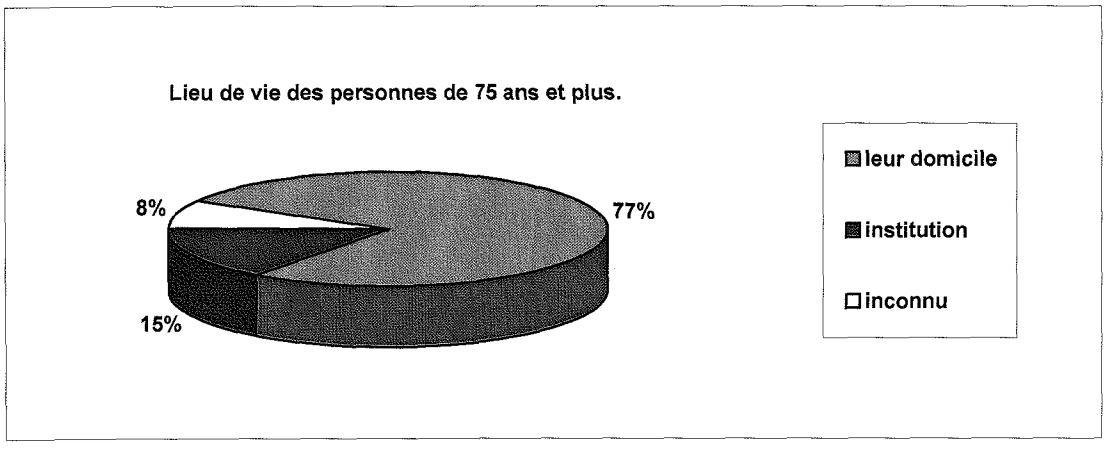



Situation familiale (bis)
16%
34%
14%
28%
8%
femmes seules
hommes seuls
vit avec son conjoint
vit avec un enfant
vit en institution

Lieu de vie des personnes âgées de 75 ans et plus consultant au SAU :

♦ Figure n°5 ; enquête rétrospective.

Dans **77%** des cas, ces personnes âgées arrivent de **leur domicile**.
Dans **15%** des cas, on retrouve une provenance **de maison retraite, d'un foyer logement, d'un long séjour, d'une unité de vie...**
Dans **8 %** des cas, leur lieu de résidence reste **inconnu.**

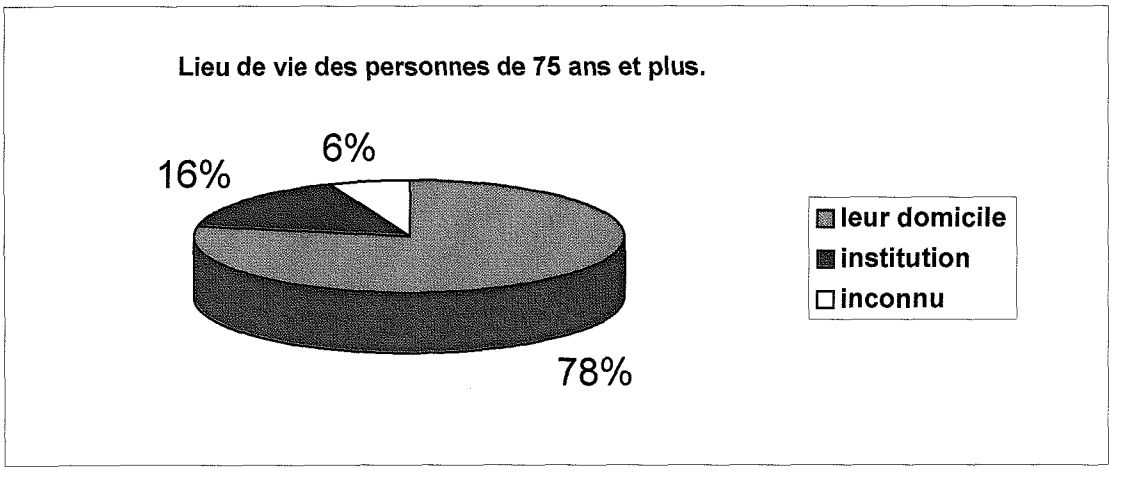


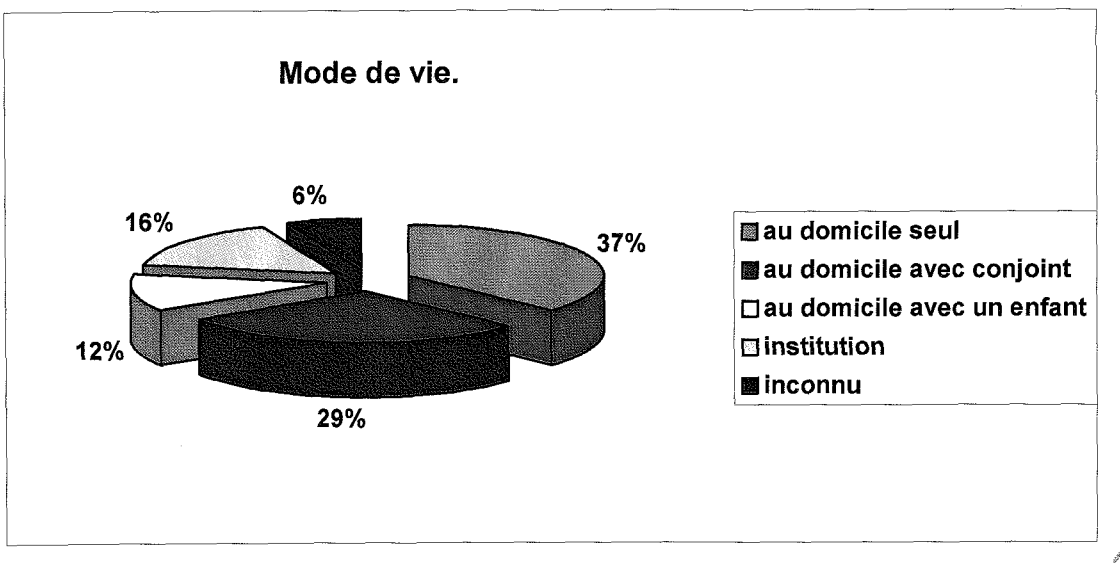
♦ Figure n°5 bis ; enquête prospective.

Ces personnes vivent **au domicile** dans **78% des cas**.

37% de cette population âgée vit au domicile seule.
29% « « vit au domicile avec leur conjoint.
12% « « vit au domicile avec un enfant.

Ces sujets âgés vivent **en institution** (maison de retraite, foyer logement, unité de vie...) dans **16% des cas**.
Le lieu de résidence reste inconnu dans **6%** des cas (question laissée sans réponse).





SCD-UHP - NANCY 1 BIBLIOTHÈQUE MÉDECINE

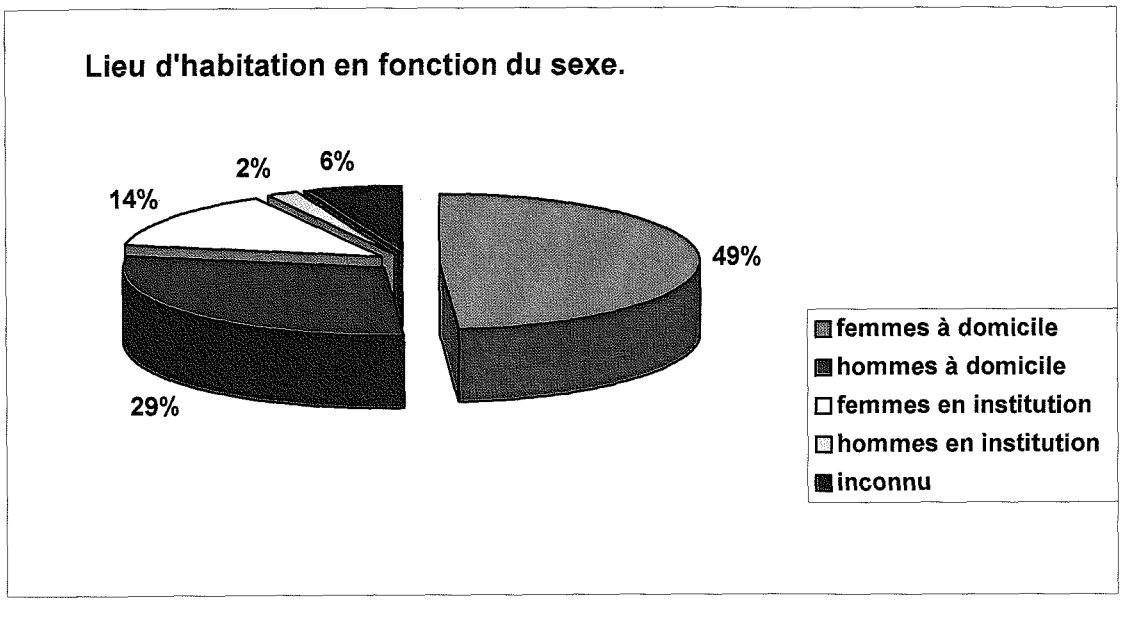
Répartition homme/femme en fonction du lieu d'habitation :

♦ Figure n° 6; enquête prospective.

Les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à **domicile** sont ;- **49% des femmes**
- 29% d'hommes.

Les personnes âgées de 75 ans et plus vivant **en institution** sont ;**-14% de femmes**
-2% d'hommes.

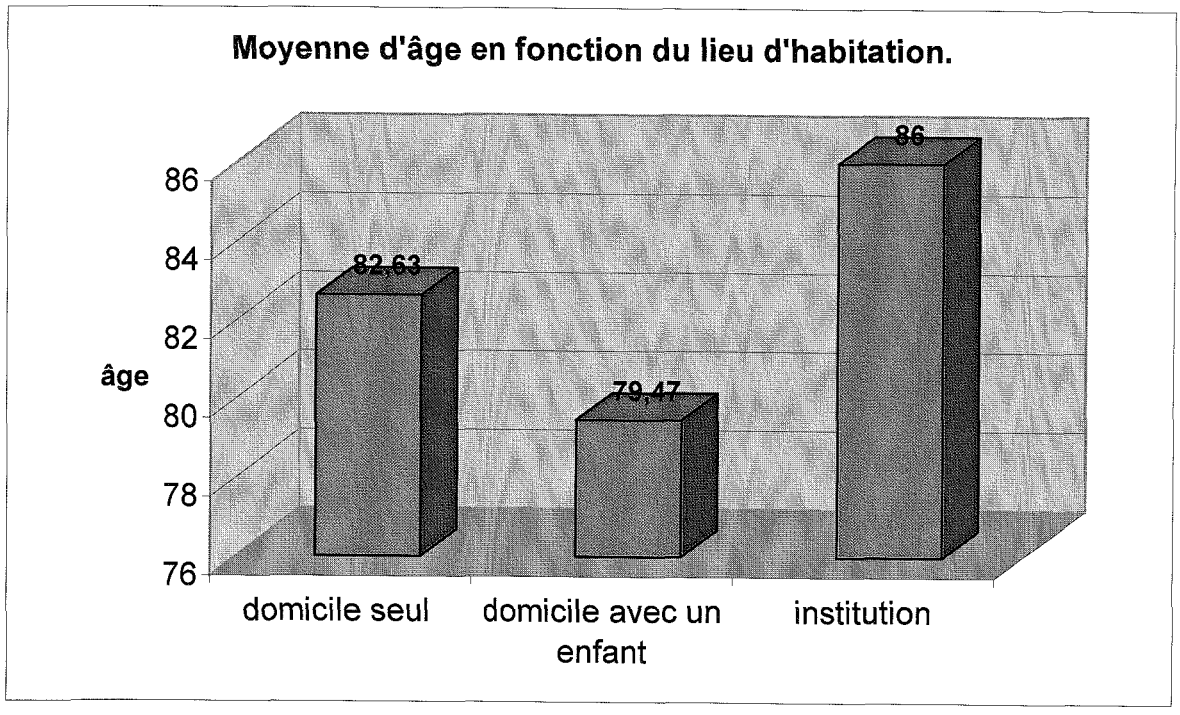
Dans **6%** des cas, le lieu d'habitation reste **inconnu.**



Moyenne d'âge en fonction du lieu d'habitation :

♦ Figure 7 ; enquête prospective.

Les sujets de 75 ans et plus vivant à **domicile seul** ont en moyenne **82.63 ans.**
Les personnes de 75 ans et plus vivant à **domicile avec un enfant** ont moyenne **79.47 ans.**
Les personnes de 75 ans et plus vivant **en institution** ont en moyenne **86 ans.**

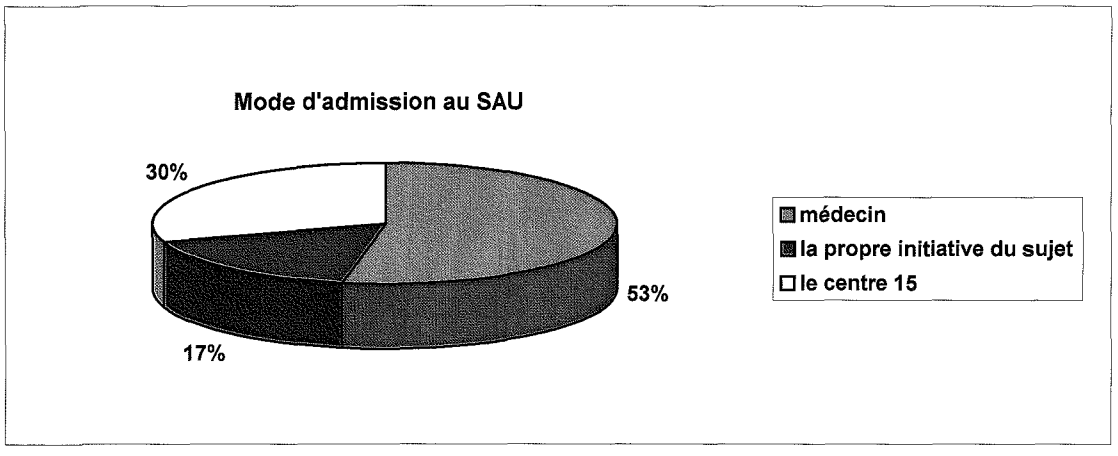


Modalités d'admission de ces patients de 75 ans et plus au secteur médico-chirurgical du SAU de l'hôpital Legouest et de l'hôpital Bon Secours.

Qui adresse ces patients de 75 ans et plus vers le SAU ?

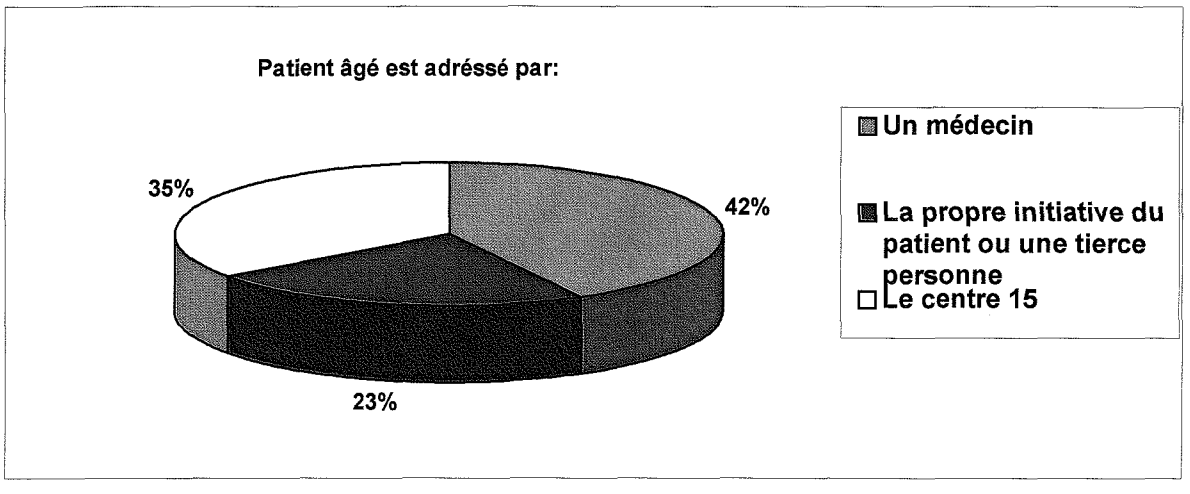
♦Figure n°8 ; enquête rétrospective.

Dans **53%** des cas par un **médecin** (médecin traitant, médecin garde, médecin d'un autre service hospitalier).
Par l'appel **au centre 15 dans 30%** des cas; dont 8% proviennent du médecin qui se trouve au chevet de la personne âgée.
Un petit nombre, **17 %,** arrivent de **leur propre initiative ou celle d'un proche** directement aux urgences. Dans ce groupe de patient, 50% présentent un problème traumatologique conduisant à consulter au SAU.



♦ Figure n°8 bis ; enquête prospective.

- **Un médecin** dans **42%** des cas.
- **Le centre 15** dans **35%** des cas;
- Donc dans **23%**, les patients de 75 ans et plus arrivent de **leur propre initiative ou celle d'une tierce personne au SAU.**

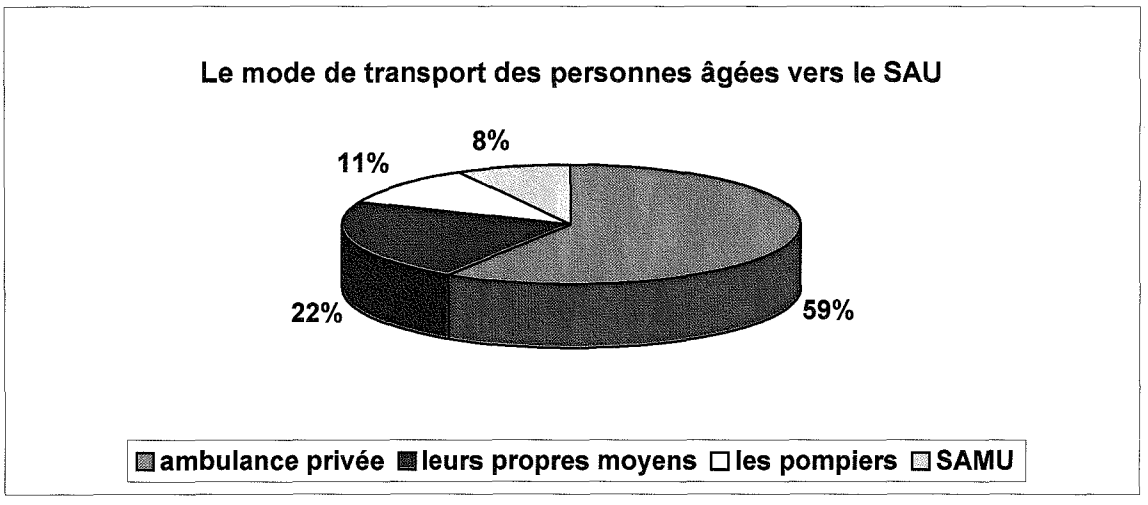


Quel est le mode de transport utilisé pour véhiculer les personnes âgées au SAU ? La régulation gériatrique est-elle bien faite ?

♦Figure n° 9 ; enquête rétrospective.

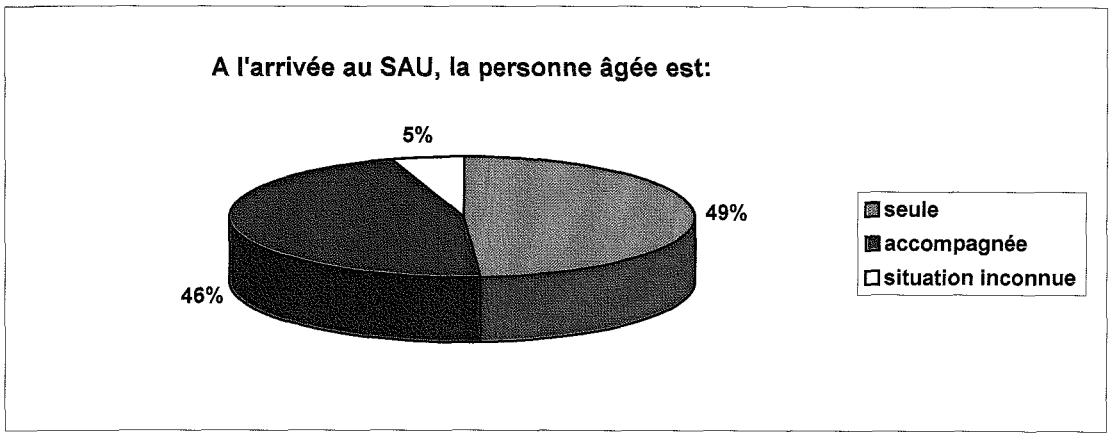
- **Une Ambulance privée** véhicule les patients de 75 ans et plus vers le SAU dans **59 %** des cas.
- Dans **22 %** des cas, les patients se rendent au SAU par **leur propre moyen** (voiture particulière, taxi..).
- **Les pompiers** sont sollicités dans **11 %** des interventions d'urgence chez la personne âgée.
- Tandis que **le SAMU/SMUR** intervient dans **8%** des admissions.

Au total 19% des transports chez les sujets âgés sont médicalisés donc considérés comme des urgences vitales par le médecin régulateur.



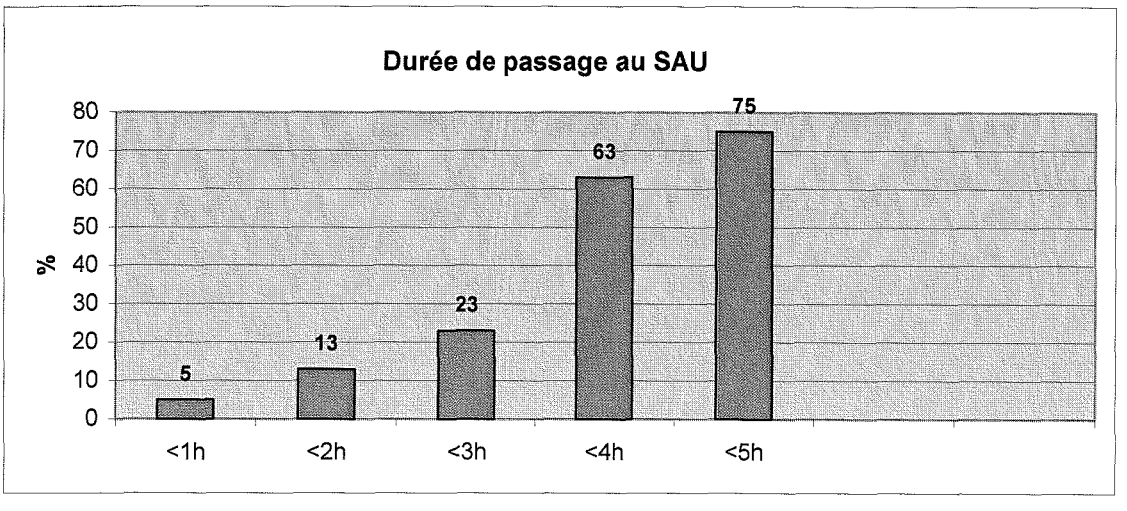
La personne âgée arrive-t-elle seule ou accompagnée au SAU ?
Cette évaluation est impossible à préciser dans notre enquête rétrospective.
♦ Tableau 10 ; enquête prospective.

Dans **49%** des cas, la personne âgée **arrive seule au SAU**.
Dans **46%** des cas, la personne âgée est **accompagnée** au cours de son passage au SAU.
Dans 5% des questionnaires, nous n'avons pas retrouvé de réponse.



Durée de passage au SAU des patients de 75 ans et plus :
♦ Figure n°11 ; enquête rétrospective.

< 1 Heure : 10 cas/198= 5%
< 2 Heures : 26 cas /198=13%
< 3 Heures : 46 cas/198=23%
< 4 Heures : 125 cas/198= 63%
< 5 Heures : 149 cas/198= 75%
>5 Heures : 25%



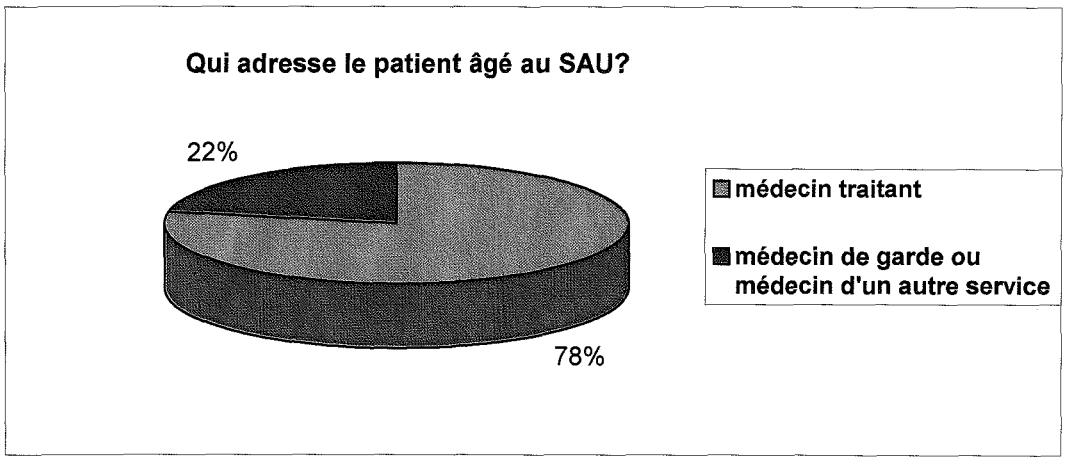
Le médecin adressant la personne âgée au SAU est-il le médecin traitant ?

♦Figure n°12 ; enquête rétrospective.

Comme nous l'avons retrouvé précédemment, **53% des personnes âgées ont été adressées au SAU par l'intermédiaire direct d'un médecin**.

Dans **78% des cas**, il s'agissait **du médecin traitant.**
Les **22 %** restant sont soit adressés par **un médecin garde, un médecin d'un autre service** de l'hôpital après une consultation ou un médecin d'un autre centre hospitalier.

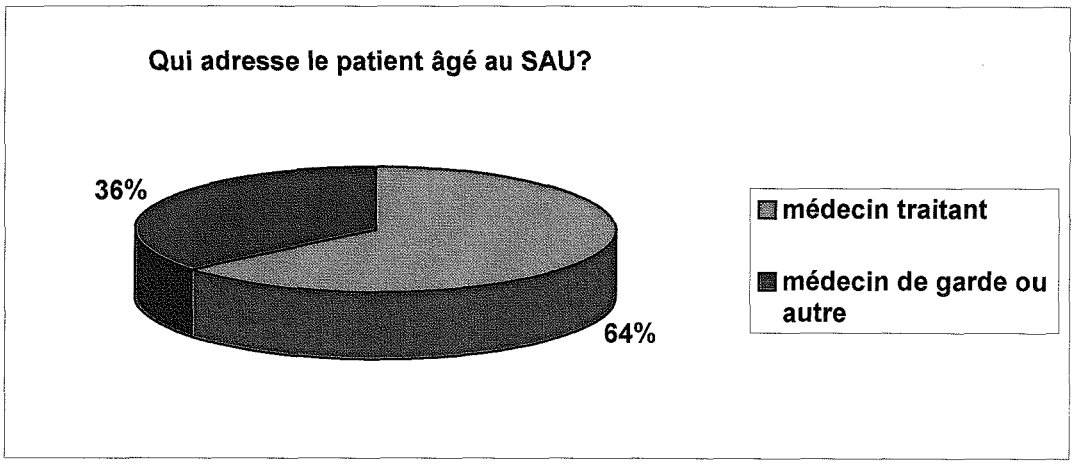
Ces chiffres sont à confronter à ceux de l'enquête prospective.



♦ Figure n°12 bis ; enquête prospective :

Pendant notre 2° période d'étude, **42% des patients âgés sont adressés par un médecin.**

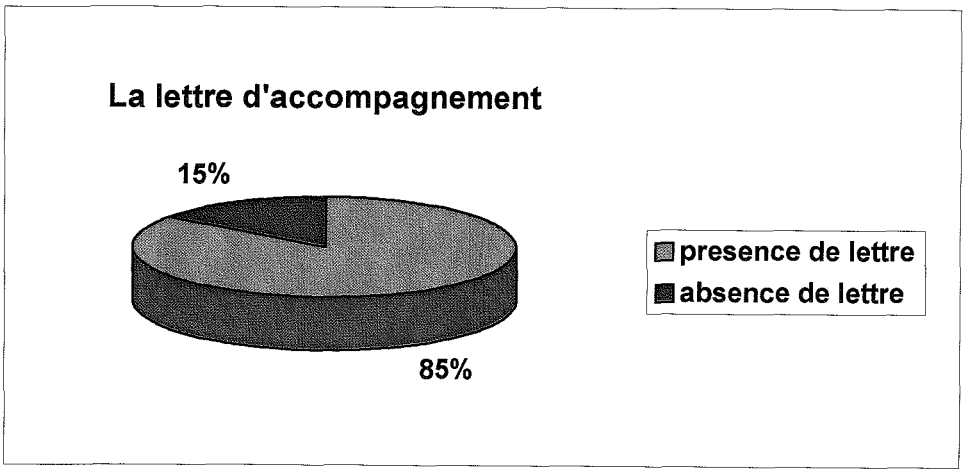
Dans **64% des cas**, il s'agit du médecin traitant.
Dans **36% des cas**, ils sont adressés par un médecin de garde, médecin remplaçant ou un médecin d'un autre service hospitalier.



La lettre d'accompagnement :

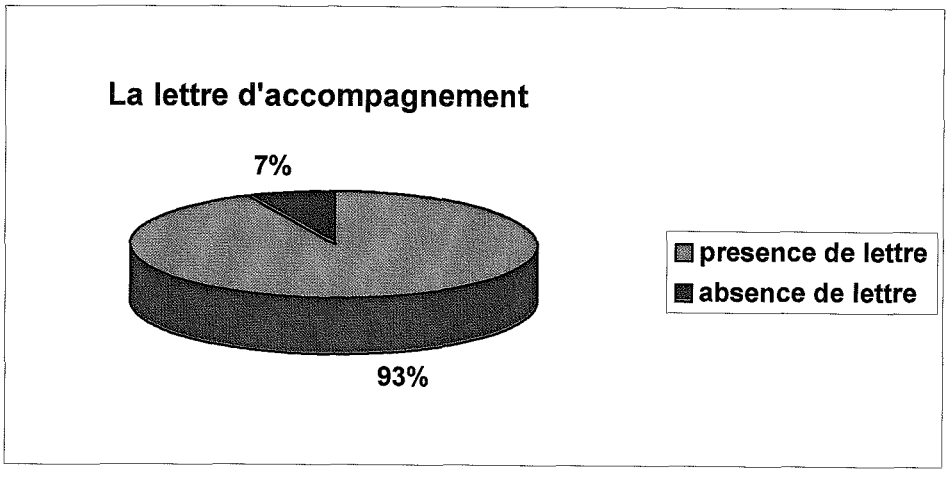
♦Figure n°13 ; enquête rétrospective.

La plupart des admissions, **85%** se font avec **une lettre d'accompagnement.**
Dans **15%** des cas, on ne retrouvait **pas de lettre du médecin « adresseur »** dans le dossier des urgences.



♦ Figure n° 13Bis ; enquête prospective.

Sur les 42% de patients adressés au SAU par un médecin, **on retrouve une lettre dans 93% des cas.**



Combien de patients de 75 ans et plus arrivent seuls et sans lettre d'accompagnement.

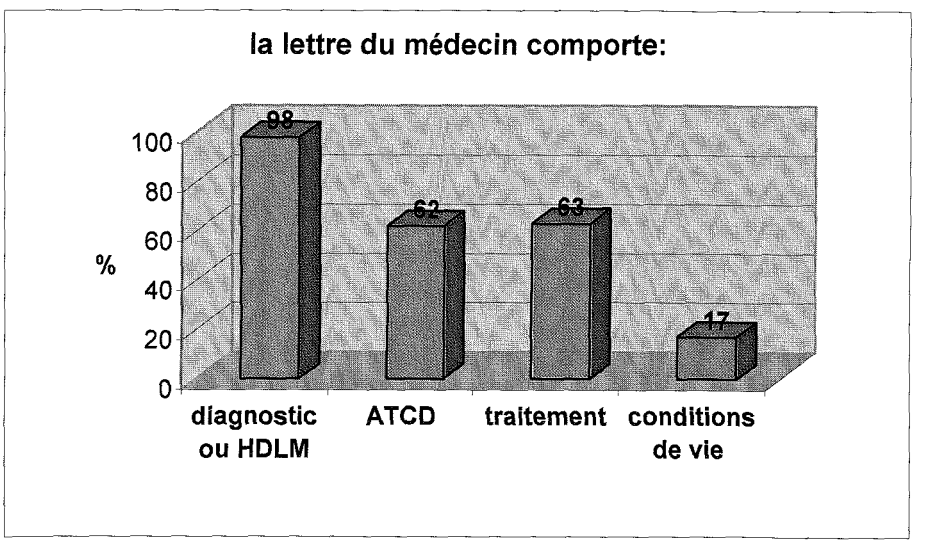
♦enquête prospective.

30% de cette population âgée de 75 ans et plus consultant au service d'accueil des urgences arrive seul et sans lettre d'un médecin. Ils proviennent essentiellement d'une maison de retraite.

Mais qu'en est-il de la qualité de ce courrier ?

♦Figure n°14 ; enquête rétrospective.

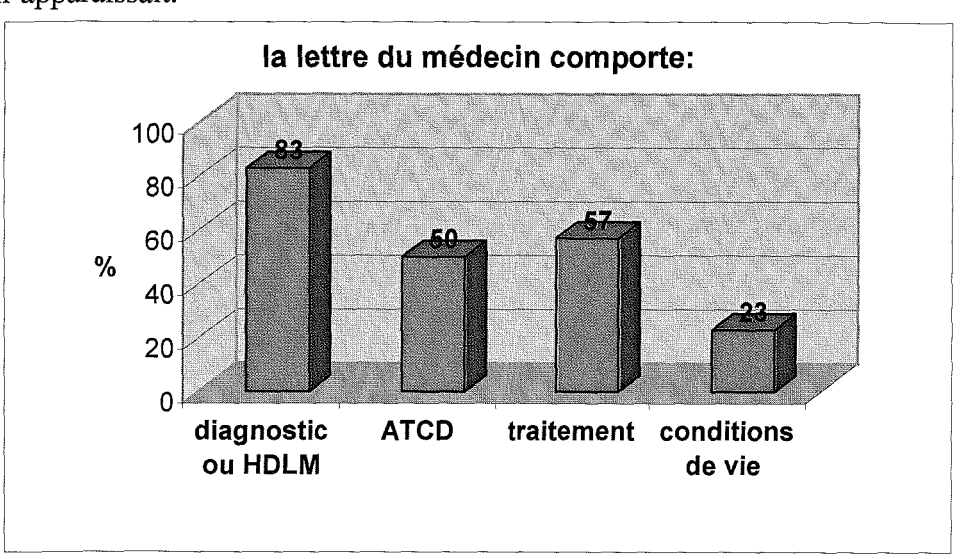
Dans **2%** des lettres étudiées, il **manquait un diagnostic ou l'histoire de la maladie.**
Dans **38%** des courriers, **les antécédents (ATCD)** du patient ne figuraient pas.
Dans **37%** des courriers, **le traitement** ne figurait pas.
Dans **83%** des lettres, aucune information **sur les conditions de vie** du patient n'apparaissait.
(NB : ces informations ont été recherchées au niveau des courriers des médecins)



♦ Figure n°14bis ; étude prospective.

A la question « estimez-vous que la lettre du médecin est incomplète en information car il manque.... ». Seulement 31 dossiers sur 42 **(74%) apporte une réponse à cette question.**

Dans **17%** des lettres étudiées, **il manquait un diagnostic ou l'histoire de la maladie.**
Dans **50%** des courriers, **les ATCD** du patient ne figuraient pas
Dans **43%** des courriers, **le traitement** du patient ne figurait pas.
Dans **77%** des courriers, **aucune information sur les conditions de vie** du patient n'apparaissait.



A signaler que seulement 13% des lettres étudiées comportaient la totalité des informations

L'envoi par un médecin d'un patient au SAU est-il justifié ?

♦ Enquête prospective.

Le diagnostic final est-il concordant au diagnostic initial du médecin « adresseur » :

Dans **86%** des cas, le diagnostic initial du médecin est concordant au diagnostic final fait au SAU.

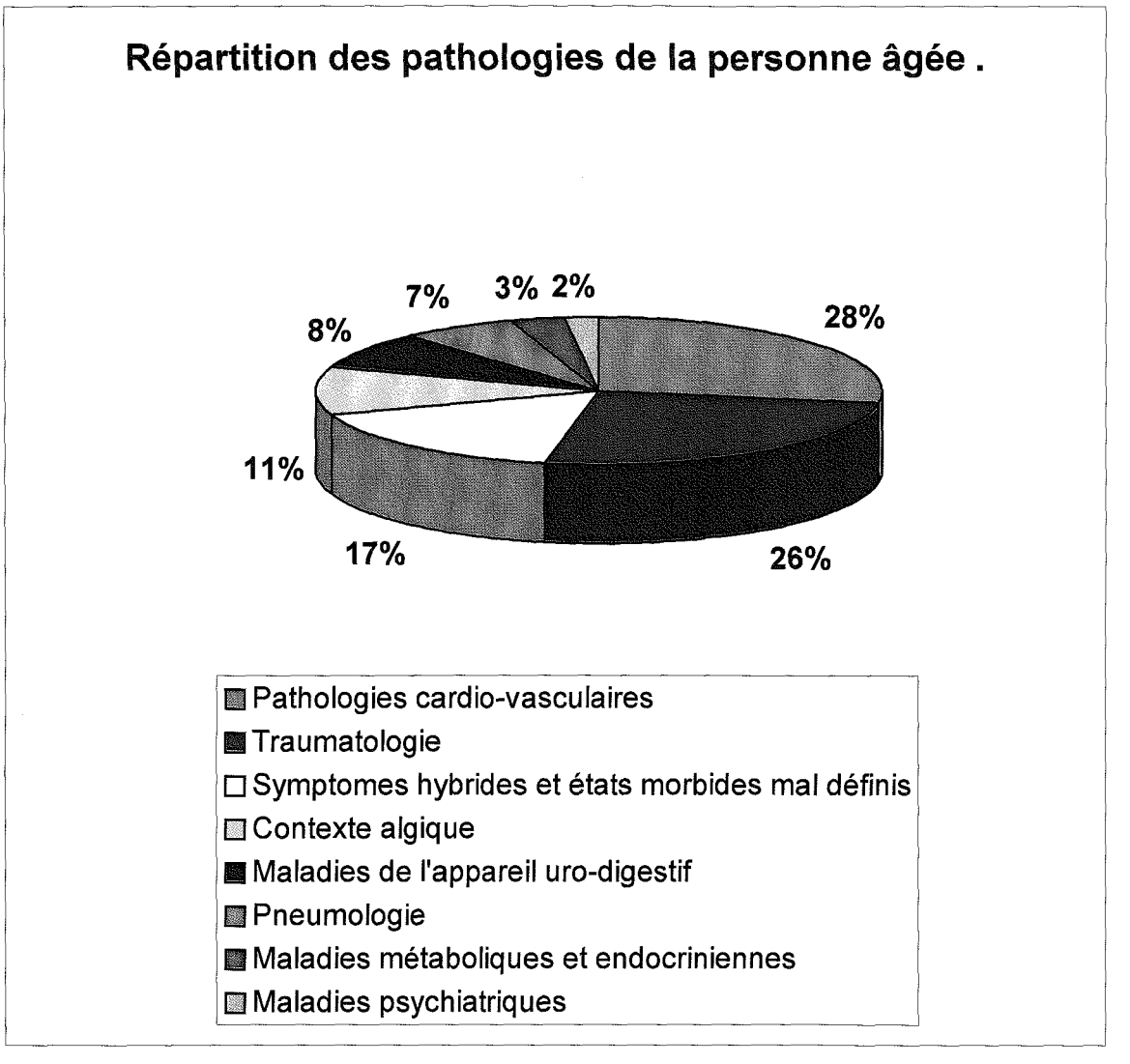
Le motif d'envoi est-il justifié quand il s'agit d'une demande émanant d'un médecin.

Il est justifié dans **88%** des cas. Il conduit à une hospitalisation dans 86% des cas.
Les 12% de motifs d'envoi au SAU non justifié incluent les demandes d'institutionnalisation sans caractère d'urgence, les douleurs abdominales dans le cadre d'une colopathie, les douleurs thoraciques d'origine pariétales…

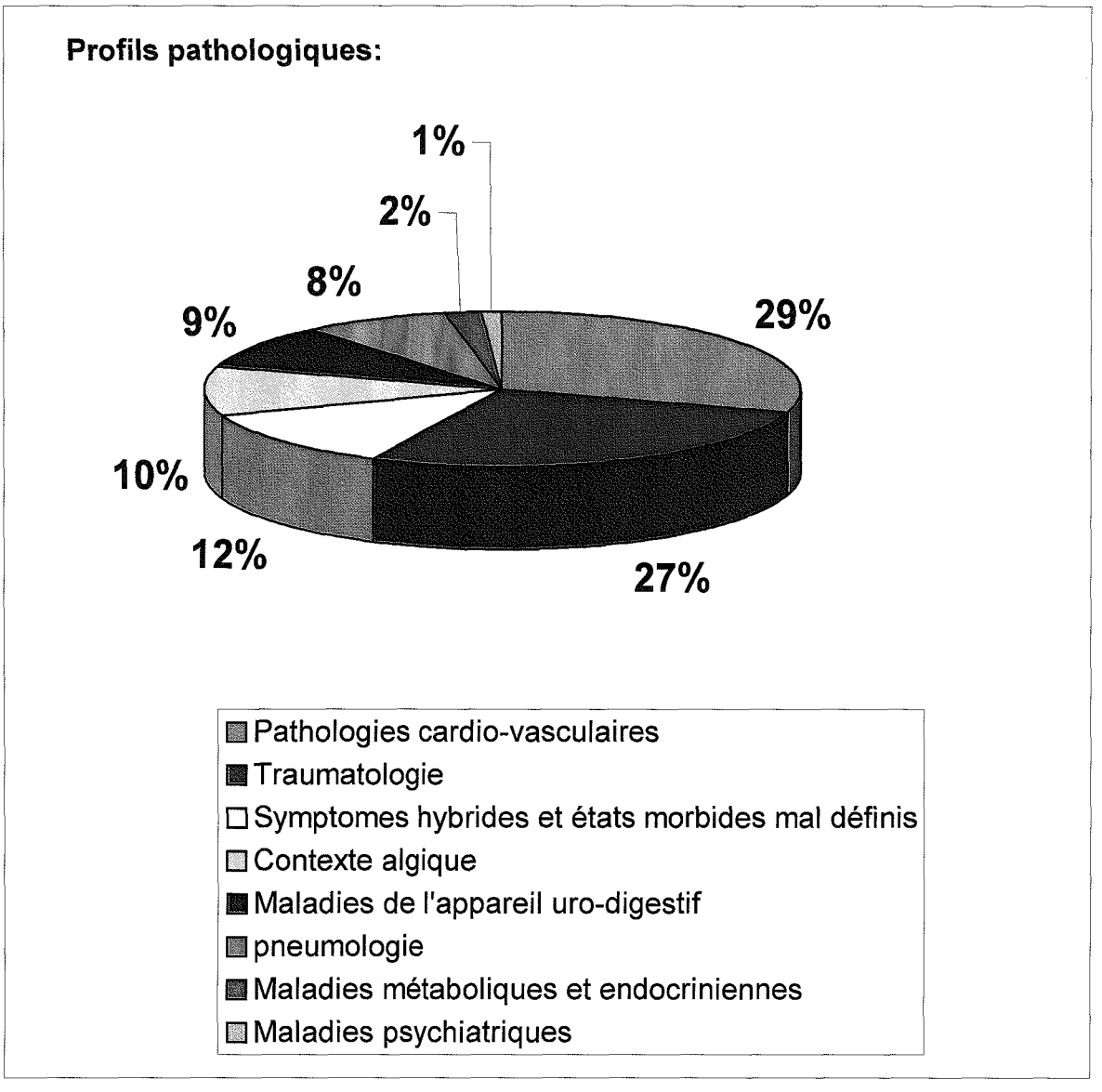
Profils pathologiques des patients âgés:

	ENQUETE	
	Rétrospective	**Prospective**
Pathologies Cardio-vasculaires:	**28%**	**29%**
Insuffisance coronaire aiguë (IDM, angor)	15 cas	8 cas
AVC(ischémique ou hémorragique)	14 cas	8 cas
Décompensation cardiaque	11 cas	9 cas
Trouble du rythme ou de la conduction (TACFA, bradycardie...	6 cas	3 cas
Epistaxis (trouble de la coagulation essentiellement)	3 cas	
Choc cardiogénique (+/- ACR)	3 cas	
Embolie pulmonaire+/- trombose veineuse	3 cas	2 cas
Ischémie aiguë des membres inférieurs		1cas
Traumatologie: fractures du col fémoral , plaies à suturer...	**26%**	**27%**
Symptômes hybrides et états morbides mal définis:	**17%**	**12%**
Malaises/lipothymies	19 cas	7 cas
Altération de l'état général	11 cas	3 cas
Bilan d'anémie		1 cas
Bilan d'un syndrome inflammatoire		1 cas
Déficit social (placement-syndrome de glissement)	3 cas	1 cas
Contexte algique:	**11%**	**10%**
Problèmes digestifs (douleurs abdominales à bilanter)	8 cas	3 cas
Problèmes dermatologiques (brûlures, urticaires, érysipèle...)	6 cas	3 cas
Problèmes urinaires(globe vésical, problème de sondage urinaire)	2 cas	
Compréssion médullaire	1 cas	
Morsure de chien	1 cas	
Problèmes ophtalmologiques (glaucome)	1 cas	2 cas
Douleurs osseuses ou articulaires (dont un cas d'osteïte)	2 cas	3 cas
Maladies de l'appareil uro-digestif:	**8%**	**9%**
Occlusion ou sub-occlusion	3 cas	1 cas
Sigmoidite diverticulaire	2 cas	
Bilan rectorragies	2 cas	1 cas
Gastrite ou dyspepsie	2 cas	1 cas
Bilan de méléna	1 cas	
Cholélithiase	1 cas	
Bilan hématémèse	1 cas	2 cas
Décompensation oedémato-ascitique sur cirrhose		1 cas
Pancréatite aiguë	1 cas	
Colite inflammatoire ou colopathie	1 cas	1 cas
Bilan hématurie		1 cas
Anurie		1 cas
Infection urinaire ou coliques néphrétiques	2cas	1 cas
Pneumologie	**7%**	**8%**
Insuffisance respiratoire aigue		2 cas
Pleurésie		1 cas %
Bilan de dyspnée		2 cas
Broncho-pneumopathies	13 cas	4 cas
Maladies métaboliques et endocriniennes	**3%**	**2%**
Déshydratation	2 cas	2 cas
Hypoglycémie sur DID ou DNID (inclut malaise ou coma)	2 cas	
Intoxication éthylique aiguë	1 cas	
Insuffisance rénale sévère	1 cas	
Maladies psychiatriques:	**2%**	**1%**
Intoxication médicamenteuse volontaire sur dépression	1 cas	1 cas
Etat d'agréssivité	1 cas	
Crise d'angoisse	1 cas	
Psychose maniaco-dépressive	1cas	

♦Figure n°15 ; enquête rétrospective.



♦ Figure n°15Bis; enquête prospective.



Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont :
♦ enquête prospective.

- **Une HTA** : 46% des cas.
- **Une angine de poitrine +/- séquelles IDM** : 22% des cas.
- **Un trouble du rythme** (essentiellement une ACFA) ou **un trouble de la conduction** ayant nécessité la mise en place d'un Pace Maker :18% des cas.
- **Un diabète** (DID ou DNID) :17% des cas.
- **Une insuffisance respiratoire** : 15% des cas.
- **Une insuffisance cardiaque** : 13% des cas.
- **Une insuffisance veineuse** : 11% des cas
- **Une démence** (vasculaire ou non) : 10% des cas.
- **Une insuffisance circulatoire cérébrale** : 9% des cas.
- **Un processus néoplasique** (sein, prostate, colon) : 9% des cas
- **Dysthyroidie** : 8% des cas.
- **Dyslipidemie** : 7% des cas.
- **Gastrite/oesophagite/ulcère d'estomac/RGO** : 6% des cas
- **Dépression** : 5% des cas
- Etc……

Existe-t-il un état morbide prédisposant (comorbidité) ou une polypathologie ?
♦ enquête rétrospective.

COMORBIDITE :

Le patient âgé est souvent fragilisé par un terrain de débilité ou de comorbidité. Ainsi, une pathologie aiguë peut d'un moment à l'autre décompenser une pathologie chronique.
Dans les pathologies cardio-vasculaires, on retrouve dans **78 % des cas** un état morbide prédisposant tel qu'un terrain polyvasculaire, une insuffisance cardiaque connue…
Chez les patients consultant aux urgences pour **symptômes mal définis**, on retrouve dans **64% des cas** un état morbide prédisposant. Il s'agit essentiellement de maladies cancéreuses ou hématologiques dont l'évolution est souvent aléatoire, un diabète plus ou moins compliqué…

A noter que l'envoi au SAU d'une personne de 75 ans et plus est motivé dans 20% des cas par la décompensation d'une pathologie chronique.

POLYPATHOLOGIE :

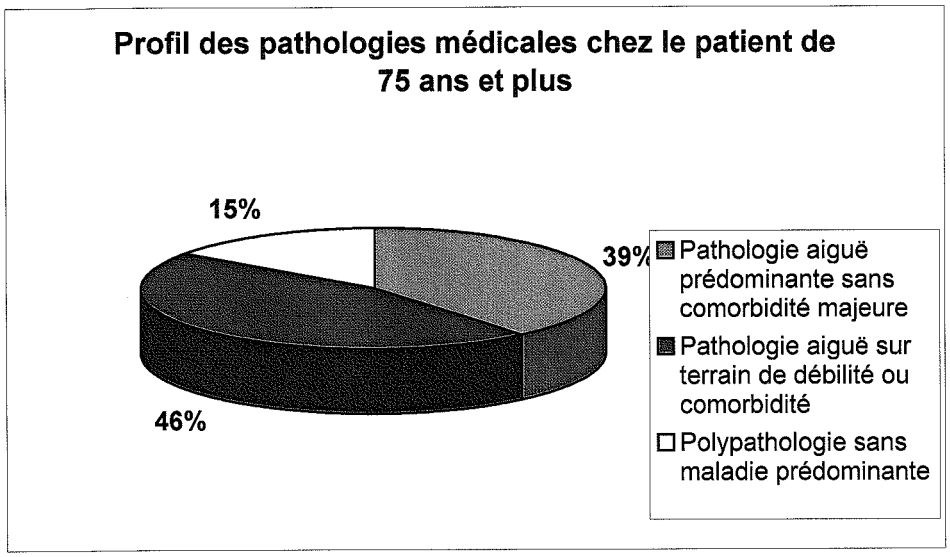
43% des patients de cette population (soit 85 patients/198) consultent aux urgences pour plusieurs pathologies. Cette polypathologie montre la difficulté de prise en charge du patient âgé en urgence.

Il nous est difficile dans cette enquête rétrospective de quantifier correctement le nombre de pathologies à l'entrée chez le sujet âgé de 75 ans et plus. Cette évaluation sera à faire au cours de l'enquête prospective.

Le profil des pathologies médicales peut également être représenté sous 3 formes :

♦ Figure n°16 ; enquête prospective.

-Pathologie Aiguë prédominante sans comorbidité majeure et relevant d'une spécialité : 39% des cas
-Pathologie Aiguë sur terrain de débilité ou de comorbidité importante pouvant entraîner une pathologie en cascade : 46% des cas
-Polypathologie sans maladie prédominante : 15% des cas



Nombre de pathologies que présente en moyenne le sujet âgé de 75 ans et plus arrivant au SAU.
♦enquête prospective.

A la question « le patient âgé présente-t-il une ou plusieurs pathologies ? La ou lesquelles ? » On retrouve 90% des dossiers comportant une réponse. On retrouve ainsi une moyenne de **2.66 pathologies**, dont il va falloir tenir compte dans la prise en charge globale du patient âgé ; en plus de la pathologie aiguë motivant le passage au SAU.

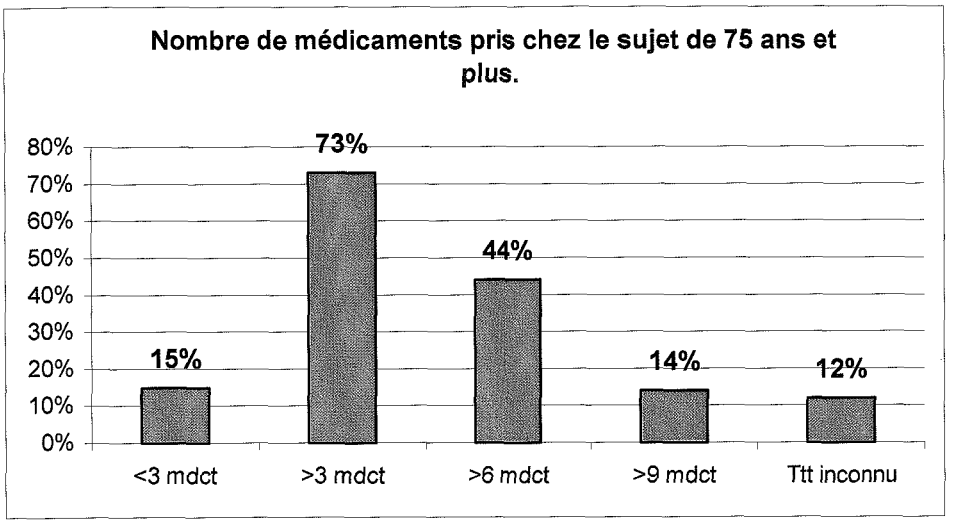
Le patient âgé est-il polymédiqué ?

♦Figure n°17 ; enquête rétrospective.

La prise médicamenteuse est :
- **supérieure à 3 médicaments dans 73% des cas.**
- **supérieure à 6 médicaments dans 44% des cas.**
- **supérieure à 9 médicaments dans 14% des cas.**

Elle est inférieure à 3 médicaments dans 15% des cas; à noter que seulement 3 patients sur 198 personnes ne prenaient aucun traitement à l'admission aux urgences.

Dans 12 % des cas, on ne connaît pas le traitement pris par le patient.



Y-a-t-il suspicion de iatrogenie ?

♦ Enquête prospective.

Il semblerait que cette question puisse se poser dans 6 dossiers :

- un contexte d'hématémèse avec automédication par **AINS ou aspirine**.
- quatre malaises ; dont deux liés à **un traitement antihypertenseur** mal adapté et deux autres liés à un **traitement antidiabétique oral**.
- un cas de toxidermie apparue après la mise en place d'une **antibiothérapie.**

Evaluation de l'autonomie sur le plan moteur et cognitif:

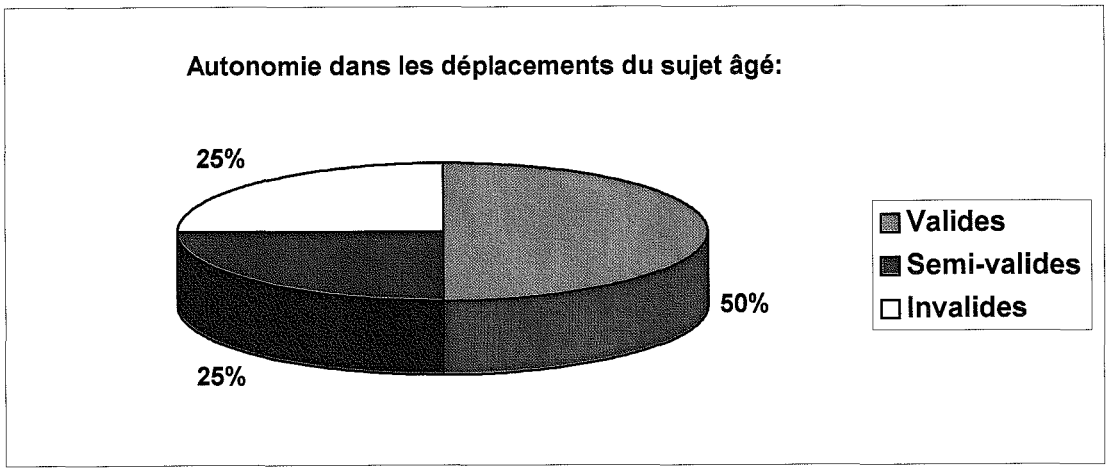
La prise en charge de la personne âgée au SAU est-elle GLOBALE ?

♦ Enquête rétrospective.

On constate que **dans 62% des cas** ne figure pas **l'évaluation de l'autonomie du sujet âgé** à travers l'étude de ses déplacements.

♦ Figure n°18; enquête prospective.

- **50% sont valides**, c'est à dire totalement autonomes dans leur déplacement.
- **25% sont semi-valides** ; se déplacent de façon limitée avec une canne ou un déambulateur.
- **25% sont invalides**, c'est à dire nécessitent l'aide d'une tierce personne dans leurs déplacements. A signaler que dans **8%** des cas, cette **invalidité** est probablement **temporaire**, car consécutive à une chute.



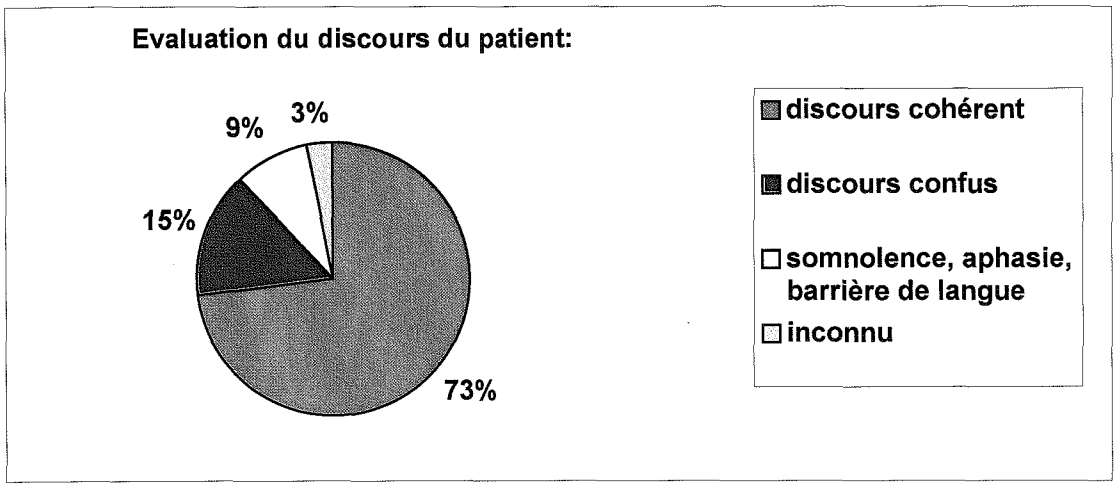
L'évaluation des fonctions supérieures des patients de 75 ans et plus arrivant au SAU :

♦ Enquête rétrospective.

Le but de cette enquête n'était pas d'évaluer de quel trouble cognitif souffrait le patient âgé. Nous avons simplement recherché si l'examen clinique du patient âgé comportait une évaluation des fonctions supérieures. On constatait alors **l'absence d'information dans 65% des dossiers médicaux** du SAU.

♦ Figure 19; dans l'enquête prospective, l'évaluation des fonctions supérieures a été demandée aux médecins urgentistes au travers de notre questionnaire.

- **Le discours est cohérent dans 73% des cas**. Mais **l'interrogatoire** est **fiable** seulement dans **65% des cas**.
- **Le discours est confus dans 15% des cas**. Il s'agit d'un **état confusionnel dans 6% des cas** (état confusionnel dans le cadre d'une démence, d'une maladie de Korsakoff, état confusionnel post critique...).
- Dans **9 % des cas**, cette évaluation ne peut être faite compte tenu d'une **aphasie, dysarthrie, barrière de langue ou somnolence** à l'examen d'entrée au SAU.
- Dans 3% des cas, l'évaluation de la fonction supérieure n'a pas été faite.

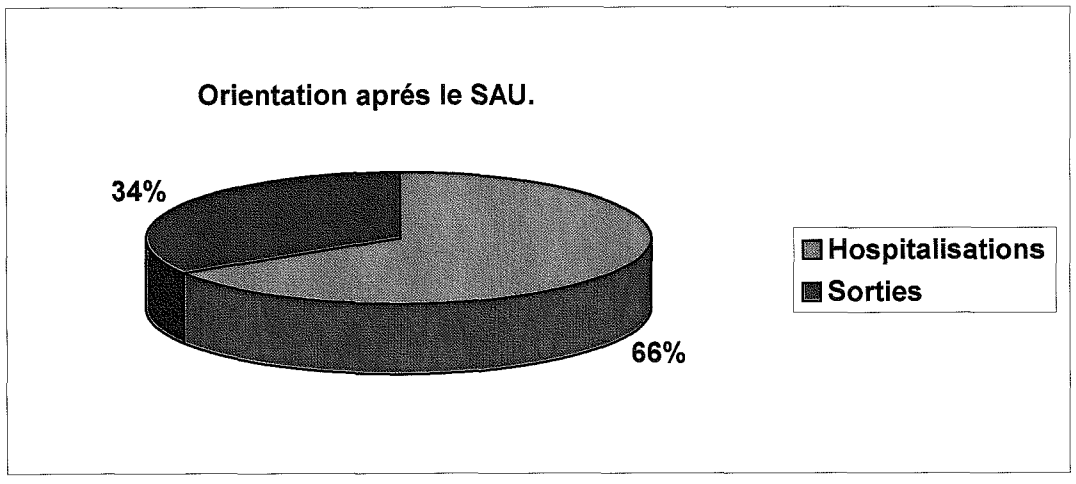


L'orientation après les urgences :

Taux des hospitalisations et des sorties :

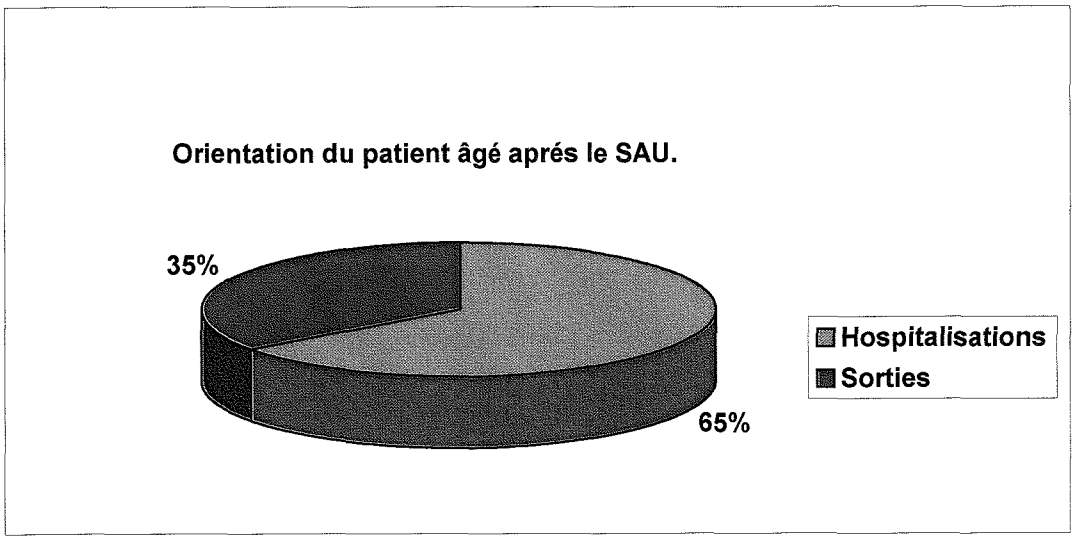
♦ Figure n°20 ; enquête rétrospective.

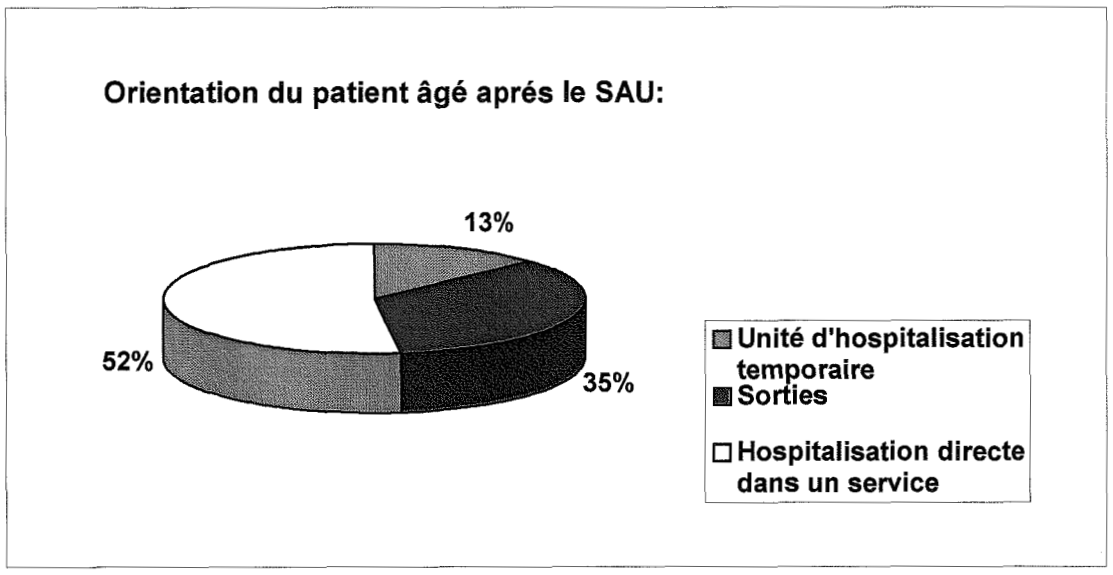
On retrouve **66 % d'hospitalisation contre 34% de sorties** chez les patients de 75 ans et plus consultant aux urgences.
A signaler ; 14% des sujets âgés hospitalisés ont été transférés dans un autre hôpital.



♦Figure n°20 Bis ; étude prospective.

- **35%** des patients de 75 ans et plus consultant au SAU **retournent à domicile.**
- **65%** sont **hospitalisés** après leur passage au SAU. Dont 13% vont transiter par le service d'unité d'hospitalisation temporaire.



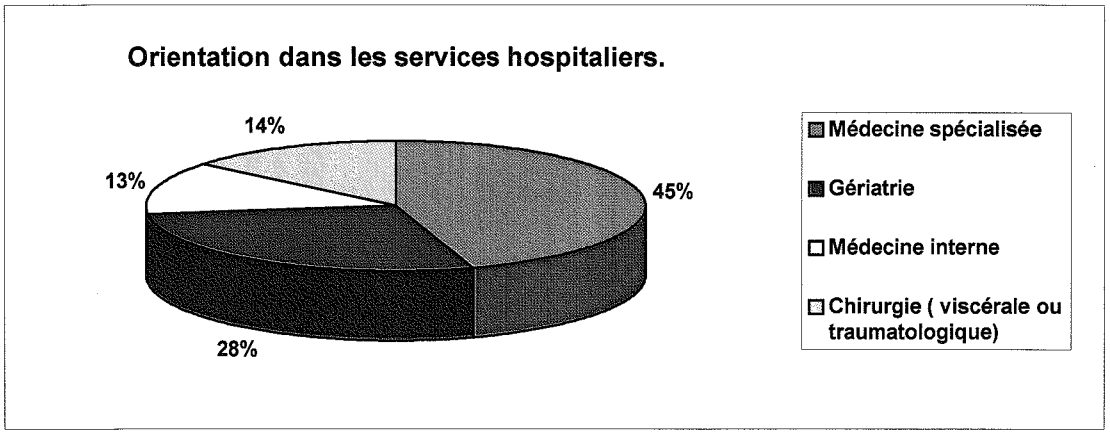

Orientation du patient âgé aprés le SAU:
13%
52%
35%
Unité d'hospitalisation temporaire
Sorties
Hospitalisation directe dans un service

LES HOSPITALISATIONS

♦ Figure n°21 ; enquête rétrospective.

Sur 66 % d'hospitalisation :

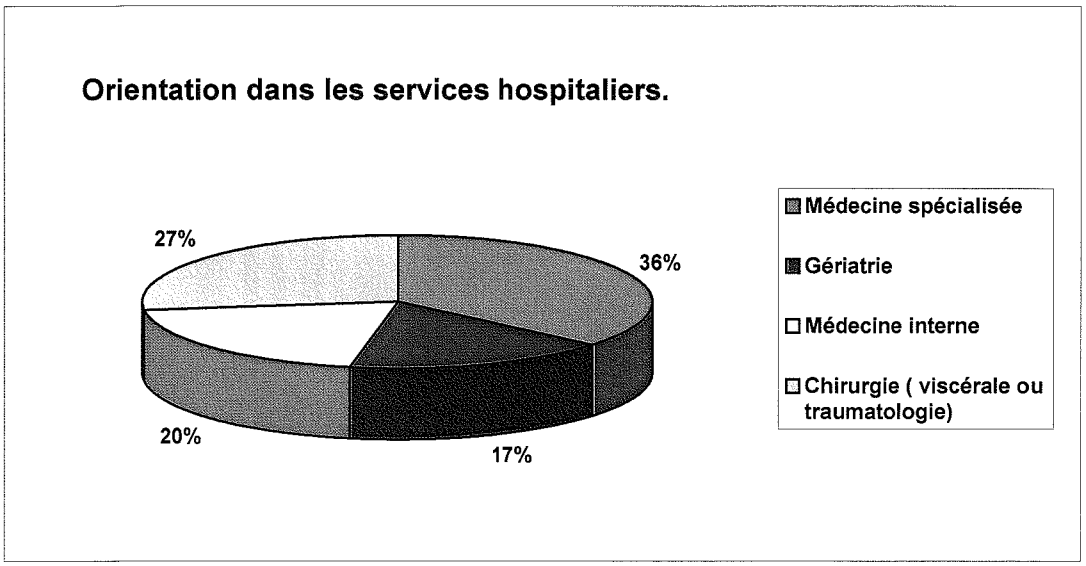
- **45%** des cas sont hospitalisés dans un service de **médecine spécialisée**.
- **28%** vont dans un service de **gériatrie**.
- **14%** vont en **chirurgie (viscérale ou traumatologique).**
- **13%** sont hospitalisés **en médecine interne.**



♦Figure n°21 bis; enquête prospective.

Sur 65% d'hospitalisation,

-**36%** des patients âgés sont hospitalisés dans **un service de médecine spécialisée.**
-**27%** nécessitent une prise en charge dans **un service de chirurgie (traumatologique ou viscérale).**
-**20%** sont orientés vers un service **de médecine interne.**
-**17%** sont orientés **en gériatrie.**



Eléments médico-sociaux qui influencent la destination à partir des urgences en service de gériatrie ou de spécialité (non incluses : les hospitalisations en chirurgie et en UHT dont l'orientation secondaire n'a pas été recherchée) (10)

♦ Enquête prospective :

	SPECIALITE	GERIATRIE
NOMBRE de personnes	35 personnes	12 personnes
SEXE: Femmes/Hommes	16/19	8/4
AGE:>85/<85	11/24	6/6
Mode de vie:seul/accompagné	11/24	6/6
Fonctions supérieures:DTS/Orientation N°	5/27	5/6
(interrogatoire impossible)	3	1
Invalide/Valide	8/27	6/6

Le service d'hospitalisation est-il celui souhaité en premier lieu par le médecin urgentiste ?

♦ Enquête prospective

- Oui, **55%** des hospitalisations se font directement dans **le service souhaité** par le médecin urgentiste.
- Dans **45%** des cas, l'orientation du patient de 75 ans et plus se fait **vers un autre service** que celui désiré en première ligne.

Nombre de services contactés avant de trouver un lit d'hospitalisation pour le patient de 75 ans et plus :

♦ Enquête prospective

Lorsque le manque de place se fait sentir dans nos hôpitaux, les médecins urgentistes perdent un temps considérable avant de trouver un lit d'hospitalisation, ceci au dépend du patient. Nous avons relevé dans notre enquête qu'il leur **fallait en moyenne contacter 4 services différents avant de trouver une place à leur patient.**

L'UNITE D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE (UHCD).

♦ Enquête rétrospective.

Ce secteur rattaché au SAU a été utilisé pour 16 patients de 75 ans et plus pendant cette première quinzaine de novembre. Ce lot représentant 8 % des consultations du SAU de patients de 75 ans et plus et 12% des sujets hospitalisés.

-**50% des patients sont admis en UHCD pour pallier au manque de place dans le service souhaité** et permettre l'attente, sans bloquer un box d'urgence avant l'hospitalisation définitive.

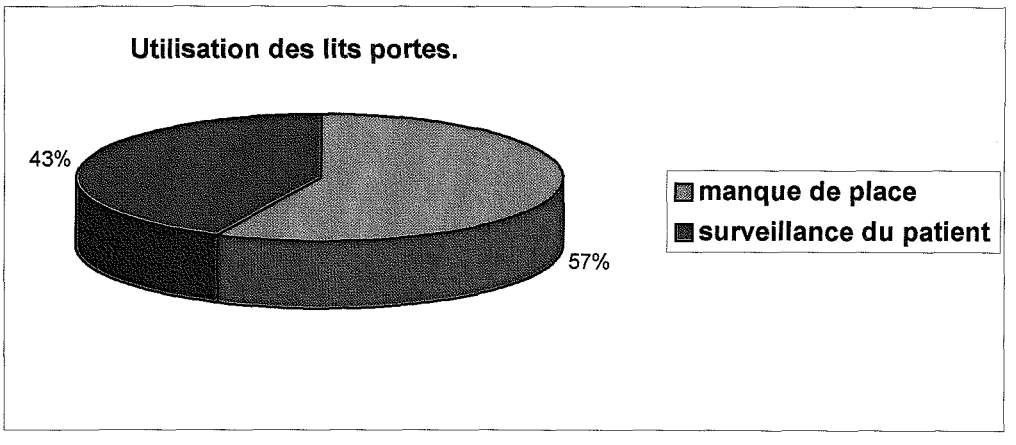
- **Pour les 50% restant, l'hospitalisation en UHCD a permis de poursuivre la surveillance clinique du patient**, de réaliser des examens complémentaires en urgences afin de confirmer le diagnostic et permettre ainsi une meilleure orientation.

Par exemple :

Un cas a permis la sortie à domicile après une surveillance de 24 heures en lit porte, ceci a donc évité une hospitalisation inutile en service traditionnel.

♦Figure n ° 22 ; enquête prospective.

Ces lits sont utilisés chez 13% des patients hospitalisés. Ils sont une alternative **au manque de place** dans le service souhaité dans **57%** des cas ou ils permettent **une surveillance du patient dans 43% des cas.**



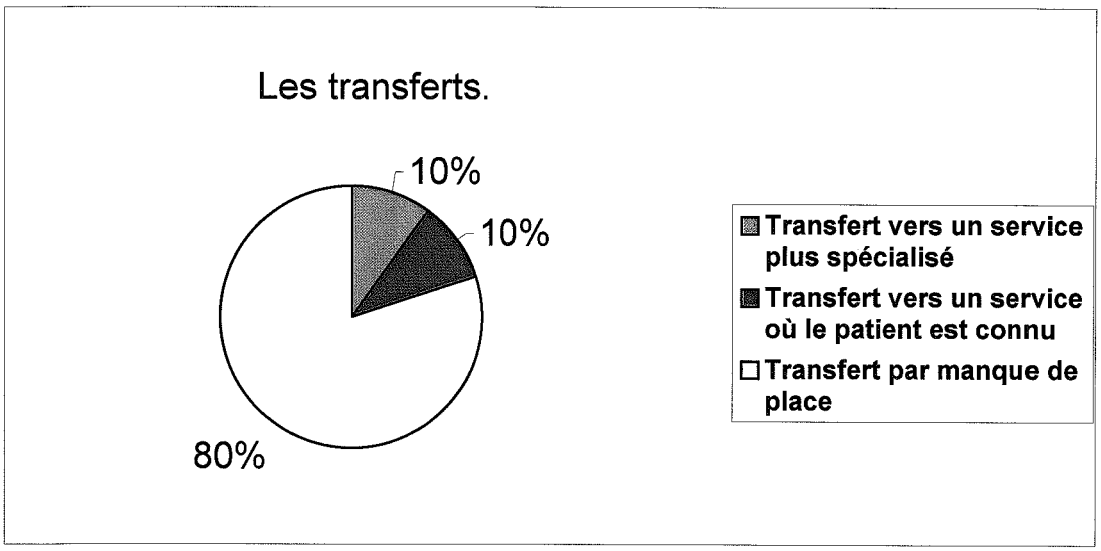
LES TRANSFERTS.

♦ Figure n°23 ; enquête rétrospective.
Concernent 16 % des patients de 75 ans et plus nécessitant une hospitalisation.

Dans seulement **10% des cas, le transfert est justifié** vers un autre service hospitalier, plus spécialisé, compte tenu de la sévérité de la pathologie.

Dans **10% des cas, le transfert est justifié** car le patient était connu et suivi dans un autre centre hospitalier.

Puis dans **80% des cas, le transfert est nécessaire par manque de place au sein des services hospitaliers. Dans 47% des cas, ce transfert** par manque de place s'effectue **hors des structures hospitalières de la ville de Metz**, tels que les hôpitaux de Hayange, Dieuze, Marange-Silvange, Saint Avold, Boulay, Thionville ; et cela malgré l'éloignement du patient par rapport à sa famille.



♦ Enquête prospective :

Concerne 14% des patients de 75 ans et plus nécessitant une hospitalisation. Ces transferts sont nécessaires par manque de place sur l'hôpital Bon Secours ou sur l'hôpital Legouest.

LES DEMANDES DE PLACEMENT: (officiel, obligé ou secondaire ?)

♦ Enquête rétrospective :

Nous avons rencontré **4 cas nécessitant un placement** avec des patients d'âge variable, soit 76, 82 et 86 ans.

Dans 3 dossiers, **la demande de placement n'est pas spécifiée clairement sur la lettre du médecin adressant le patient au SAU.** Ces 3 placements sont classés dans la catégorie « **placement obligé ou secondaire », car le maintien à domicile devient difficile.**
- Dans un cas, le maintien à domicile est difficile devant une démence sénile avancée.
- Dans un cas, la famille demande le placement devant les difficultés du patient à rester seul à domicile.
- Dans un cas, le placement est nécessaire devant la constatation de la perte d'autonomie et de l'altération de l'état général.

Dans un cas, **le problème social est clairement mentionné sur la lettre du médecin (placement officiel)**, c'est à dire le maintien à domicile devenant difficile chez une personne vivant seule et faisant des malaises à répétition.

Ces 4 patients, en attente de placement donc sans notion d'urgence vitale, ont cependant été hospitalisés en gériatrie; trois d'entre eux été hospitalisés en fin de journée 16H05 et 18H15 et un autre en pleine nuit (4H47).

♦ Enquête prospective :

On rencontre **4 cas** nécessitant à cours ou moyen terme une institutionnalisation. Dans **un seul cas** (une femme de 77 ans) , le passage au SAU aboutira à **une hospitalisation** en gérontologie, après son passage au SAU, suite à une altération de l'état général avec notion de chutes à répétition, ne permettant pas le maintien à domicile du patient.

Les 3 autres cas sont sortis après leur passage au SAU, il n'y avait pas de notion d'urgence à une hospitalisation.
-Dans deux cas, il s'agit d'un maintien à domicile devenant difficile chez des personnes âgées vivant seules.

Ces deux personnes sont deux femmes âgées respectivement de 81 ans et 82 ans. Elles bénéficient toutes les deux du portage des repas à domicile. Seule une personne bénéficie d'une aide-ménagère. Aucune ne bénéficie d'auxiliaire médicale pour l'aide à la toilette, à l'habillage ou la prise de médicaments.

Cette aide serait bien nécessaire devant la polypathologie d'une des patientes (notamment DNID, dépression) et la maladie d'Alzheimer de l'autre patiente. A noter également qu'aucune de ces patientes vivant seule, ne bénéficie de la télé-alarme.

- L'autre cas, concerne un homme de 83 ans vivant au domicile avec sa fille. Ce patient dément devient difficile à assumer pour sa fille qui travaille toute la journée. Sa fille demande alors l'institution. A signaler toutefois que ce patient ne bénéficie d'aucune aide au maintien à domicile. Est-ce parce que ces aides ne lui ont pas été proposées ?

LES SORTIES : 34% des consultations au SAU des patients de notre enquête rétrospective.

Elles s'accompagnent parfois d'une **ordonnance de sortie** faite par le médecin urgentiste, d'**une lettre de transmission adressée au médecin traitant ou d'une photocopie du dossier du SAU** (systématiquement faite sur l'hôpital Legouest). (Cette évaluation quantitative n'est pas possible dans l'étude rétrospective puisque ces courriers ou ordonnances sont parfois manuscrits sans que l'on ait une trace dans le dossier des urgences).
On note **4 cas d'hospitalisation refusée avec retour et maintien à domicile**.

II) Analyse des résultats obtenus: Tableau I

Type d'étude	RETROSPECTIVE	PROSPECTIVE
Période de l'étude	1 au 15 Novembre 2001	17 au 30 Mars 2003
Age retenu	75 ans et plus	75 ans et plus
Nombre d'admission	198 patients	195 patients
Nombre de dossiers étudiés	198 dossiers	106 dossiers exploitables
Répartition selon le sexe	**68%** de femmes **32%** d'hommes	**67%** de femmes **33%** d'hommes
moyenne d'âge des femmes	**82,17 ans**	**81,31 ans**
moyenne d'âge des hommes	**81,71 ans**	**82,47 ans**
Moyenne des personnes vivant seules	**40%**	**42%**
Personnes âgées vivant au domicile	**77%**	**78%**
Personnes âgées en institution	**15%**	**16%**
Moyenne d'âge en fonction du lieu d'habitation	?	*Seule au domicile*: **82,63 ans** *A domicile avec enfant*:**79,47ans** *En institution*: **86 ans**
Personnes âgées arrivant au SAU seule ou accompagnée?	?	*Seule*:**49%** *Accompagnée*:**46%**
Patient adressé par un médecin	**53%** des cas; **le médecin traitant dans** **78%** des cas.	**42%** des cas; **le médecin traitant dans** **64%** des cas
Patient adressé par le Centre 15	**30%**	**35%**
Patient arrivant au SAU par leur propre initiative	**17%**	**23%**
Lettre du médecin présente dans:	**85%**	**93%**
Dans la lettre du médecin traitant, il manque:	un diagnostic: **2%** les antécédents: **38%** le traitement: **37%** les conditions de vie: **83%**	un diagnostic: **17%** es antécédents: **50%** le traitement: **43%** les conditions de vie: **77%**
Lettre complète en informations	**8%**	**13%**

Type d'étude	RETROSPECTIVE	PROSPECTIVE
Les Pathologies:		
cardio-vasculaires	**28%**	**29%**
traumatologiques	**26%**	**27%**
symptômes hybrides et état morbide mal définis	**17%**	**12%**
algiques	**11%**	**10%**
pneumologiques	**7%**	**8%**
uro-digestives	**8%**	**9%**
métaboliques	**3%**	**2%**
psychiatriques	**2%**	**1%**
Evaluation des déplacements:		
Valide	**70%**	**50%**
Semi-valide	**22%**	**25%**
Invalide	**8%**	**25%**
Evaluation des fonctions supérieures:		
absence d'information	65% des dossiers	3% des dossiers
diagnostic d'état confusionnel	non retrouvé	6% de cas
Orientation après le SAU		
Retour à domicile	**34%**	**35%**
Hospitalisation dans un service	**66%** dont 12% passage en lit porte	**65%** dont 13% de passage en lit porte
Hospitalisation :		
médecine spécialisé	**45%**	**36%**
médecine interne	**13%**	**20%**
gériatrie	**28%**	**17%**
chirurgie	**14%**	**27%**
Les transferts:		
part des transferts chez les patients hospitalisés	**16%**	**14%**
transfert hors de la ville de Metz	**6%**	**5%**
Demande de Placement	**4 cas**	**4 cas**

♦ **Caractéristiques socio-démographiques des patients de 75 ans et plus consultant au SAU :**

L'étude prospective confirme les caractéristiques socio-démographiques des patients de 75 ans et plus ; avec une répartition par sexe, âge et lieu d'habitation identique.

On confirme ainsi que **cette population est composée essentiellement de femmes (67%), dont la moyenne d'âge se situe entre 81 et 82ans et vivant en majorité seule (34%) à leur domicile.**

Cette population de 75 ans et plus **vit en majorité seule (42%)** essentiellement par veuvage, une plus faible proportion de personne âgée vit **avec son conjoint (28%) , avec un enfant (14%) et ou un institution (16%).**
Mais la plupart vit encore à domicile (78%) et une minorité vit en institution(16%).

On constate que le lieu et le mode de vie (seul ou accompagné) sont dépendant de l'âge, de l'autonomie du sujet âgé et de la présence ou l'absence d'un environnement familial. Ainsi les enfants vivent encore avec un parent à domicile si ce dernier est suffisamment « jeune » et autonome (79.47ans); sinon les plus âgés vivent seuls à domicile (82.63ans) ou en institution (86 ans) si une perte d'autonomie les empêche de rester seul.

Les hommes vivent essentiellement à domicile, en couple (espérance de vie plus importante des femmes). Ils peuvent bénéficier de l'aide apportée par leur épouse et vivre ainsi plus longtemps chez eux.

♦ **Modalités d'admission au SAU de cette population âgée :**

Ces patients âgés arrivent au SAU soit après avoir consulté un médecin (42%), soit après avoir fait appel au centre 15 (35%) soit de leur propre initiative (23%).

Le médecin sollicité est essentiellement **le médecin traitant.** D'où la place importante du médecin de famille dans la prise en charge des personnes âgées. Ce dernier sait reconnaître les situations d'urgence et envoyer à juste titre son patient au SAU. **Ces deux enquêtes ont mis en évidence que le diagnostic du médecin et sa demande d'hospitalisation sont justifiés dans 86% des cas.**
Le médecin sert d'interlocuteur entre la prise en charge en ville et à l'hôpital. Ce dialogue entre médecins libéraux et urgentistes se fait soit par téléphone (impossible à rechercher dans nos enquêtes) soit par une lettre d'accompagnement (présente chez 93% des patients adressés par un médecin).

L'enquête prospective confirme également les manques d'informations de certaines lettres; avec toujours aussi peu de renseignements sur les conditions de vie du patient (23%). **Seules 13% des lettres comportent un diagnostic, les antécédents, le traitement et les conditions de vie du patient.** Ce manque d'information oblige le médecin urgentiste à rentrer en contact téléphonique avec le médecin de famille ou les structures d'accueil; ceci demande du temps; au dépend du temps passé au chevet du patient.
Au SAU de l'hôpital Legouest, des études sont faites afin **de mettre en place « une lettre type d'envoi du patient au SAU »** à faire remplir aux médecins libéraux.

On constate la part importante qu'occupe **le Centre 15** dans la prise en charge de la personne âgée en urgence (**35%**). Ces appels au Centre 15 sont en majorité donnés par la personne âgée ou un proche (92%) ; tandis que 8% des appels au 15 sont donnés un médecin présent au chevet du patient âgé.
En fonction du niveau d'urgence, des moyens plus ou moins lourds vont être mis en place; tels que l'envoi **des pompiers dans 11% des cas ou du SAMU/SMUR dans 8% des cas**. Ces moyens sont souvent déployés lors de malaises, de chutes, de problèmes cardiaques... chez la personne âgée.
Il apparaît donc qu'ils sont utilisés à bon escient sans que l'âge n'ait fait hésiter à les déplacer.

Un petit échantillon de cette population arrive par sa propre initiative (23%) au SAU. Pourtant 87% des patients de ce lot arrivent au SAU aux heures ouvrables de consultation des médecins en ville. Alors pourquoi ne consultent-t-ils pas leur médecin traitant avant d'arriver au SAU ? Bien souvent, ils ne veulent pas attendre l'arrivée du médecin ou la nécessité d'examens complémentaires telle qu'une radiographie va les conduire directement au SAU.

Le moyen de transport le plus utilisé pour véhiculer le patient âgé vers le SAU est une ambulance privée (59%). Elle est soit demandée par le médecin au chevet du patient, soit envoyée par le Centre 15 ou demandée par le patient lui-même.

Ces patients arrivent en majorité seuls au SAU (49%).
D'après la littérature (15), l'accompagnement de la personne âgée au SAU est dépendant de la présence d'enfants vivants (ceci n'a pas été démontré au cours de nos enquêtes). Cette prise en charge des patients âgés arrivant seuls sera d'autant plus difficile si elle s'accompagne de troubles des fonctions supérieures chez cette personne. L'absence de lettre d'accompagnement (30%) chez ces patients arrivant seul, ne va pas faciliter le travail de l'urgentiste.
De plus la solitude, la durée de passage de plus en plus importante (3H30 en moyenne) seront des facteurs destabilisant pour le patient âgé.

♦ **Profils pathologiques des patients de 75 ans et plus :**

Ces deux enquêtes retrouvent un profil pathologique « aigu » identique chez les patients de 75 ans et plus. **Cette population consulte en majorité pour une pathologie cardio-vasculaire (29%).** On retrouve comme dans la littérature (15), **l'hypertension artérielle en tête des pathologies cardio-vasculaires.** En seconde place, arrivent également **les pathologies traumatologiques (27%)** puis **les symptômes hybrides et états morbides mal définis (12%)** et **les pathologies algiques (10%).** Cette répartition est identique à celle retrouvée dans l'enquête rétrospective.

On retrouve également la notion de **polypathologie sans maladie prédominante (15%)** chez ces patients âgés, avec une moyenne **de 2.66 pathologies**. Hormis la polypathologie, on retrouve chez eux essentiellement **une pathologie aiguë survenant sur un terrain de débilité (46%)** pouvant entraîner une pathologie en cascade (figure 29). Le patient présentant une affection de longue durée, présente un état morbide prédisposant (exemple : une insuffisance respiratoire chronique, une insuffisance cardiaque, un diabète...).
Le profil pathologique de ces patients âgés peut se résumer à 3 catégories :

- Le sujet présentant plusieurs maladies sans interaction possible entre elles, définissant **une comorbidité**.
- Les sujets présentant plusieurs affections susceptibles d'interagir entre elles, définissant **une polypathologie**.
- **Les pathologies en cascade** définies comme des défaillances organiques successives où l'atteinte d'un organe joue le rôle déclenchant de la défaillance d'un ou plusieurs organes.

Cette polypathologie du sujet âgé entraîne la polymédication voire l'automédication. Ainsi, en demandant au médecin urgentiste au cours de l'enquête prospective de rechercher une iatrogénie responsable de l'hospitalisation du patient au SAU, on retrouve 6 cas. Ces cas de iatrogénie montre la difficulté d'adaptation posologique des médicaments (comme les anti-hypertenseurs, les anti-diabétiques oraux) chez un patient âgé dont la fonction rénale et hépatique est altérée par l'âge.
(A signaler qu'aucun cas de iatrogénie n'a été diagnostiqué au cours de l'enquête rétrospective).

♦ **Evaluation de l'autonomie sur le plan moteur et cognitif:**

L'évaluation des déplacements et des fonctions supérieures était souvent absente de l'examen clinique du patient âgé au cours de l'étude rétrospective.
Nous avons donc demandé aux médecins urgentistes de s'y intéresser en répondant à notre questionnaire dans l'enquête prospective.
Notre enquête prospective permet de montrer que **les sujets de 75 ans et plus sont en majorité valides (50%) voir semi-valides (25%).** On retrouve dans cette seconde enquête une proportion de sujets invalides (17%) plus importante. Un sujet invalide sera plus facilement orienté vers un service de gériatrie, plus adapté à ce type de patient.

L'évaluation des fonctions supérieures permet de constater que ces patients de 75 ans et plus ont en majorité « toute leur tête », **la fiabilité de leur interrogatoire est retrouvée dans 65% des cas**. Cette évaluation est nécessaire compte tenu du nombre de personnes âgées arrivant **seules et sans lettre d'accompagnement au SAU (30%).**
Cette évaluation des fonctions supérieures est également nécessaire pour poser le diagnostic **d'état confusionnel (6% dans l'enquête prospective**). Ce diagnostic n'a pas été retrouvé dans les dossiers médicaux en rétrospectif.
Pourtant ce diagnostic d'état confusionnel fait partie des urgences, car les causes peuvent être aussi bien métaboliques, neurologiques, psychiatriques…
L'altération des fonctions supérieures du patient âgé est également un élément favorisant son orientation vers un service de gériatrie où le personnel est plus habilité à prendre en charge ce type de patient.

Donc l'évaluation de l'autonomie du patient âgé et de ses fonctions supérieures doit figurer dans l'examen clinique de la personne âgée afin de ne pas omettre certains diagnostics et de permettre une meilleure orientation. Pourtant ces deux évaluations prennent du temps, aussi bien par l'utilisation d'une grille AGGIR qu' un Mini Mental Test de Folstein.
Ces évaluations sont intégrées dans l'examen clinique du gériatre. Alors ne pourrait-on pas demander un avis gériatrique au SAU comme on demande un avis psychiatrique ? Sinon, ne faudrait-il pas mieux former nos médecins urgentistes à la gériatrie ?

♦ **Orientation après les urgences :**

Ces deux enquêtes montrent la même proportion **d'hospitalisation (66%)** après le passage au SAU de ces patients de 75 ans et plus.
L'orientation du sujet âgé est, dans **55%, celle souhaitée en première intention** par le médecin urgentiste. Ces patients sont en majorité orientés **vers un service spécialisé (36%)** probablement du fait d'une pathologie aiguë nécessitant des investigations complémentaires (non disponibles en gériatrie).
En second plan, on retrouve également des patients hospitalisés **en chirurgie (27%)** ceci compte tenu de la prépondérance de la pathologie traumatologique du sujet âgé.
La proportion de patients hospitalisés en service de médecine interne ou de gériatrie reste la même, respectivement 20% et 17% d'hospitalisation, dans ces deux enquêtes. Mais les places sont « chères » dans ces deux services du fait du manque de structures. La quête d'un lit d'hospitalisation devient pour le médecin urgentiste un vrai parcours du combattant ; en moyenne celui-ci est obligé de **contacter 4 services avant de trouver un lit disponible** pour son patient. Ce temps passé au téléphone à rechercher un lit, le médecin aurait préféré le passer auprès de son patient.
L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée est utilisée pour 13% des patients âgés nécessitant une hospitalisation. Dans 50%, elle sert à pallier au manque de places dans les services hospitaliers ; les 50% restant sont des patients nécessitant une surveillance ou des investigations avant de décider de leur orientation.
Compte tenu du manque de place dans l'hôpital, **le transfert du patient vers un autre centre hospitalier est envisagé pour 14% des hospitalisations**.
Ce chiffre est important, d'autant qu'il ne s'agit des transferts que d'une partie de la population consultant aux urgences. De plus, une partie de ces transferts (5%) va se faire hors de la ville de Metz. Dans ce cas, on ne se soucie plus des répercussions psychologiques que provoque l'éloignement d'un patient âgé de sa famille.

Les demandes d'institutionnalisation concernent 4 cas aussi bien dans l'enquête rétrospective que prospective. En majorité, il n'existe aucun caractère d'urgence vitale justifiant leur envoi au SAU. Mais ces patients sont adressés au SAU car souvent la prise en charge d'une personne âgée polypathologique et dépendante devient compliquée pour la famille et le médecin traitant. Devant le manque de structures d'hébergements, il devient difficile de trouver en urgence une place en EHPAD. Alors la seule alternative devient l'envoi au SAU.

D) DISCUSSION

Comme nous l'avons déjà souligné, nos deux enquêtes rétrospective et prospective sont comparables (cf Tableau I). Nous avons décidé de ne comparer que l'enquête prospective à celles de la littérature (cf : tableau II).
Cette dernière comparaison nous permettra de souligner la pertinence et la fiabilité de notre enquête menée sur 15 jours.

I) Comparaison des résultats de notre enquête prospective avec la littérature.

1) Année d'étude :

Entre 1984 et 2003, les caractéristiques des populations étudiées semblent comparables comme nous allons le détailler. Par contre, d'emblée, on peut souligner que s'il existait déjà des équipes gériatriques intervenant dans certains services d'urgence, **la plupart des études s'étonnent de ne pas y trouver de gériatre à l'heure actuelle et concluent à la nécessité de leur présence.**
Mais entre 1984 et 2003 où nous retrouvons cette même nécessité, aucune décision politique, ni locale hospitalière, n'a mis en place d'équipe gériatrique dans les services d'accueil et d'urgence de METZ. On peut même dire que les services gériatriques sollicités directement lors d'hospitalisations demandent le passage au SAU avant d'accueillir le patient. Il semblerait qu'il existe une inquiétude face à la prise en charge de l'urgence vitale dans les services de gériatrie. A contrario, il ne semble pas y avoir d'inquiétude d'urgence sociale dans les services d'urgences…

2) Caractéristiques de la population étudiée :

Au cours **de nos deux périodes d'étude**, nous retrouvons une **répartition par sexe équivalente dans ces deux groupes** de patients âgés de 75 ans et plus consultant au SAU. Soit une population composée de **67% de femmes pour 33% d'hommes.**
Ces chiffres sont similaires à ceux retrouvés au cours *d'une enquête de 39 jours menée au SAU du groupe de la Pitié-Salpetrière(12)* ; soit 66% de femmes et 34% d'hommes, mais dans une population de personnes âgées de plus 70 ans.
On retrouve également une répartition de 64.6% de femmes et 35.4% d'hommes au cours *d'une enquête rétrospective menée sur 1836 patients de 75 ans et plus ayant un motif justifiant leur passage au SAU du centre hospitalier de Pau (28).*
Ces chiffres se rapprochent également de ceux retrouvés dans *l'étude réalisée au CHU d Angers ;* soit 60.9% de femmes et 39.1% d'hommes (20).
La prédominance féminine retrouvée dans la plupart des études est normale compte tenu des données démographiques.

Etude	CHR de Bon Secours et Hôpital Legouest de Metz	Groupe Hospitalier de la Pitié-Salpétrière(12)	Centre Hospitalier de Pau (28)	CHU de Poitiers (40)	Centre Hospitalier de Mulhouse(23)	CHU de Angers(20)	CHRU de Strasbourg(44)
Année de l'étude	**2003**	**1984**	**1999**	**1992**	**1993**	**1995**	**1990**
Durée étude	15j	39j	6 mois	6sem	6 sem	35j	30j
type étude	prospective	prospective	rétospective	prospective	prospective	prospective	prospective
Nbre de dossiers dans l'étude	106 en moyenne 14 personnes / jour	179	1836	492	193	402 en moyenne 11 personnes /jour	238
Age retenu	75 ans et plus	plus 70 ans	75 ans et plus	75 ans et plus	70 ans et plus	75 ans et plus	70 ans et plus
moyenne d'âge	82,09 ans	80,6 ans	84,1 ans	83 ans	80,03 ans	84 ans	81,3 ans
Répartition en fonction du sexe	67% femmes 33% hommes	66% femmes 34% hommes	64,6% femmmes 35,4% hommes	54,5% femmes 45,5 hommes	73,1% femmes 26,9% hommes	60,9% femmes 39,1%hommes	55,9% femmes 44,1% hommes
PA vivant seule	42%			26,30%	38,30%	46,80%	39,50%
PA en couple	28%			47,40%	32,10%	48,30%	33,20%
PA avec enfants	14%				18,70%		17,65% en famille
PA en institution	16%		19,10%	d'autres personnes ou en institution	10,90%	37%	9,65%
PA vivant à domicile	78%		73,80%	66,60%	81,40%	50,50%	
Présence d'un accompagnant	46%		42%		38%	73,90%	57%
Adréssé au SAU par un médecin	42%		75%				
Médecin traitant	64%		63%		70,30%	71,90%	62%
Adréssé au SAU par le Centre 15	35% dont 8% de SMUR/SAMU		8,4% de SAMU		17,6% de SAMU	17,4% de SAMU	21,80%
Consultent au SAU par leur propre initiative	23%						1%
Présence d'une lettre d'un médecin	93%	73%			81,30%	83,80%	84%
Lettre complète en information	13%					12,50%	

Etude	CHR de Bon Secours et Hôpital Legouest de Metz	Groupe Hospitalier de la Pitié Salpétrière	Centre Hospitalier de Pau	CHU de Poitiers	Centre Hospitalier de Mulhouse	CHU de Angers	CHRU de Strasbourg
LES PATHOLOGIES							
cardio-vasculaires	29%	22%		36%			23,10%
traumatologiques	27%			14%			
symptômes hybrides et état morbides mal définis	12%			19%			
psychiatriques	1%	17%			3,10%		
Pathologie aiguë prédominante sans comorbidité majeure	39%					38,60%	
Pathologie aiguë sur terrain de débilité ou comorbidité	46%					54,90%	
Polypathologie sans maladie prédominante	15%					6,50%	
AUTONOMIE							
Personnes âgées valides	50%	60% sort seule		54,60%	pour les actes de la vie quotidienne(KATZ)		
Personnes âgées semi-valides	25%			36,60%		41,3% ne sort pas spontanément seule	
Personnes âgées invalides	25% dont 8% invalidité temporaire			9,40%			

Etude	CHR de Bon Secours et Hôpital Legouest de Metz	Groupe Hospitalier de la Pitié Salpétrière	Centre Hospitalier de Pau	CHU de Poitiers	Centre Hospitalier de Mulhouse	CHU de Angers	CHRU de Strasbourg
ORIENTATION							
Hospitalisation	66%		72,70%	93,10%	90,20%	89,20%	79%
Service spécialisé (inclut médecine interne, spécialisée et chirurgie)	83%	56%		86,2% en court séjour spécialisé	81,90%	59,20%	94% des hospitalisations
Gériatrie	17%			4,90%	11,00%	24,60%	6%
Passage en Lit Porte	13%				pas lit porte	11,40%	
Motif médical justifiant hospitalisation	86%			94,90%			
Orientation obtenue correspondant à celle désirée	55%					68%	83,60%
Sortie	34%		27,30%	6,90%	9,80%	10,80%	21%
Durée moyenne de passage	3H30		2H55		1H42		

La moyenne d'âge des patients de l'enquête prospective est de 82.09 ans.
Cette moyenne d'âge est comparable à celle d'autres études , avec 83 ans pour *les personnes âgées de 75 ans et plus adressées au SAU du CHU de Poitiers (40),* autour de 84 ans pour *l'étude menée au Centre Hospitalier de Pau (28) ou au CHU d' Angers (20).*
Quel que soit le sexe, **les plus de 80 ans** forment l'essentiel de notre cohorte (**62%** de l'ensemble de la population étudiée).
La population féminine est deux fois plus présente que celle masculine pour toutes les tranches d'âges, à partir de 75 ans.
Comme pour Fanello et collaborateurs (20), on peut dire à l'évidence que toute la difficulté de prise en charge des gens adressés aux urgences « commence à 75 ans » mais avec une moyenne d'âge supérieure à 80 ans .
Cette prépondérance des plus de 80 ans est retrouvée dans absolument toutes les études [20, 12, 40, 23, 30].

Cette population âgée de 75 ans et plus **vit seule dans 42 % des cas**. Compte tenu de l'espérance de vie supérieure des femmes, celles-ci finissent leurs jours seules tandis que les hommes sont le plus souvent en couple.
Ces derniers sont privilégiés par l'aide apportée par leur compagne.
Il apparaît donc clairement que seul le soutien et la prise en charge familiale permettent aux grands dépendants de rester à domicile.
En effet, **58% de cette population ne vit pas seule** ; **en majorité en couple (28%)** ; secondairement dans **une institution (16%)** et plus rarement **avec un enfant (14%)**.
Il semblerait que ce groupe de personnes âgées habitant Metz et ses alentours soit confronté au problème de solitude de façon plus importante que dans d'autres régions (voir carte de INSEE jointe) .
En effet, on retrouve une proportion plus faible de personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules (26.3%) au cours de *l'enquête menée au SAU du CHU de Poitiers (40)* ; dans cette même étude 47.4% de personnes âgées vivent avec un conjoint et 26.3% vivent avec d'autres personnes ou en institution.
Les chiffres obtenus au cours de notre enquête se rapprochent plus de *l'enquête menée aux urgences médicales du Centre Hospitalier de Mulhouse (23)*; mais sur une population de personnes âgées de 70 ans et plus. On retrouve une population de personnes âgées vivant seules dans 38.3% ; tandis que 32.1% vivent en couple ; 18.7% vivent en famille et 10.9% vivent en institution.
Ce taux d'institutionnalisation inférieur s'explique déjà par la limite d'âge inférieure (70 ans) fixée dans cette enquête. **Mais le type de structure utilisée dépend également du degré d'autonomie du patient.**
L'isolement de ces personnes âgées explique parfois la nécessité d'hospitaliser. Pour une même pathologie, aurait-on systématiquement hospitalisé la personne âgée, si celle-ci était entourée ?

Cette population âgée consultant au SAU arrive en majorité du domicile (78%), tandis que 16% arrive d'une institution.
Ces valeurs sont assez proches de celles retrouvées dans la littérature, comme dans *l'enquête menée au Centre Hospitalier de Pau (28)*, où les personnes âgées de 75 ans et plus consultant au SAU pour un motif justifié, provenaient de leur domicile à 73.8% ; d'une institution dans 19.1% des cas. Le taux d'institutionnalisation supérieur de cette enquête peut s'expliquer par un échantillon de patients plus âgés (moyenne d'âge 84.1 ans) par rapport à notre enquête prospective. Dans *l'enquête menée au CHU de Poitiers (40)*, on retrouvait 66.6% de personnes âgées provenant du domicile et 20.8% d'une institution, ceci pour un échantillon de personnes âgées ayant en moyenne 83 ans.

Nous pouvons constater que **les femmes vivent essentiellement seules au domicile** (36 % de femmes sont seules au domicile et 13% de femmes vivent avec leur conjoint au domicile), tandis que les hommes vivent en majorité en couple au domicile (25% d'hommes vivent en couple au domicile, et 4% d'hommes vivent seuls au domicile).

Le lieu d'habitation dépend de l'âge. **La moyenne d'âge des personnes âgées vivant à domicile (82.63 ans) est inférieure à celle des sujets vivant en institution (86 ans).** Ceci confirme les chiffres retrouvés dans la littérature concernant une moyenne d'âge de 85 ans pour les personnes âgées entrant en institution. Il est important de noter que les patients vivant avec un enfant sont plus jeunes en moyenne que ceux vivant seuls (-3 ans) (79.47/82.63). Que l'on passe de 10% (Etude de Mulhouse) à 37% (Etude Angers) par une moyenne de 16% dans notre étude de patients venant d'un lieu d'hébergement institutionnalisé, montre de toute évidence qu'une hospitalisation est nécessaire dans un grand nombre de cas. Existe-t-il réellement un caractère d'urgence ou le passage par les urgences est-il le simple reflet d'une prise en charge dépassée dans ces institutions ? Notre enquête ne permet pas de conclure.
Mais le passage au SAU pour hospitalisation est quasi devenu la règle. Ces hospitalisations pour la grande majorité d'entre elles auraient du être gérées directement de médecin à service gériatrique. C'est certainement le simple manque de personnel infirmier, la difficulté d'obtention d'examens complémentaires (scanner...) qui justifient l'hospitalisation.
Ainsi la médicalisation des maisons de retraite semble insuffisante, même si à l'inverse, on sait que le retour vers ces maisons de retraite est peut être plus facile après l'hospitalisation.
La médicalisation des maisons de retraite n'empêche que partiellement l'hospitalisation faute de diagnostic précis mais permet sans doute une durée d'hospitalisation plus courte.

3) **Modalités d'admission :**

Les personnes âgées de 75 ans et plus arrivent en majorité seules au SAU (49% des cas). La présence d'un accompagnant lors du passage au SAU est retrouvée dans 46% des cas. On retrouve une valeur assez proche (42% d'accompagnant), lors de *l'enquête menée au Centre Hospitalier de Pau (28).* On retrouve un taux d'accompagnement de la personne de 70 ans et plus à l'arrivée au SAU, beaucoup plus important (62%) au cours de *l'enquête menée au Centre Hospitalier de Mulhouse (23).* Faut-il penser que plus la personne avance en âge, plus elle est laissée à l'abandon ? La première cause est probablement le veuvage. Le soutien moral et matériel de la part des enfants, s'il y en a, n'est pas systématique. Une étude précise que seul l'existence d'enfants vivants est corrélée à la présence d'un accompagnant (15). Mais parfois les enfants seront prévenus secondairement (23), les personnes âgées qui ne sont pas accompagnées proviennent essentiellement d'une institution.
De même qu'il n'est pas rare d'entendre un médecin généraliste dire à la famille : « Prenez votre temps pour rejoindre votre parent, vous le retrouverez dans un service...».
Bien que les chiffres soient variables d'une étude à l'autre, mais tout de même important, c'est un élément majeur dans la mesure où l'entrée à l'hôpital représente un changement brusque de cadre de vie, avec pour ces personnes âgées, le risque de perdre vite leurs repères et d'entrer dans la passivité et la démission. **D'où l'importance de l'accueil vis à vis de ces patients plus vulnérables, quand ils se retrouvent dans cet environnement étranger et ce contexte angoissant.**

- **42% des personnes âgées sont adressées par un médecin au SAU.**
- **35% des personnes âgées de 75 ans et plus ont fait appel au centre 15 avant d'arriver au SAU**, avec l'envoi soit d'une ambulance privée, des pompiers ou du SAMU en fonction de l'état d'urgence. Dans 7 % des cas, cet appel était donné par le médecin au chevet du patient.
- **23% des personnes âgées se présentent de leur propre initiative ou celle d'un proche au SAU.**

Dans la littérature la part des patients âgés adressés par un médecin est plus importante : *75 % des personnes âgées arrivant pour un motif justifié sont adressées par un médecin dans l'enquête menée au Centre Hospitalier de Pau (41.)*

Nous tenons à souligner que la proportion de 23% de patients de 75 ans et plus qui consultent au SAU de leur propre initiative, a été pour nous une véritable surprise. Nous n'avons retrouvé que 1% de personnes âgées arrivant de leur propre initiative au CHU de Strasbourg. Notons que notre enquête rétrospective montrait que ces patients arrivaient au SAU, aux heures ouvrables de consultation en médecine libérale. Est-ce donc à rapprocher de la mise en cause des services de garde des médecins généralistes, dans certains secteurs, comme en parle l'actualité récente ? Ou s'agit-il uniquement de personnes âgées qui court-circuitent le médecin libéral pour ne pas payer ou ne pas attendre son arrivée ? **Le service d'urgence est confondu avec un service de soin de proximité.** La création de maisons médicales de quartiers ouvertes 24H/24 permettrait d'assurer la permanence des soins et de désengorger le SAU.

Dans le lot de patients âgés adressés par un médecin, **64% ont bénéficié de l'intervention du médecin de famille** avant l'envoi du patient au SAU. Dans *l'enquête menée au Centre Hospitalier de Pau*, dans 63% des cas le médecin traitant était à l'origine de l'admission au SAU des patients de 75 ans et plus ayant un motif médical justifié.
Tandis que *l'enquête menée au Centre Hospitalier de Mulhouse* (23) chez des personnes âgées de 70 ans et plus, retrouvait l'intervention du médecin traitant dans 70.3% des patients âgés.
Donc le médecin traitant reste le référent dans la prise en charge du patient âgé en urgence. La personne âgée connaît son médecin généraliste qui lui assure un soutien médico-psychologique.

Le médecin s'avère être une aide précieuse dans la prise en charge du patient âgé en urgence grâce à la réalisation **d'une lettre d'accompagnement** lors de l'envoi du patient au SAU. Nos deux enquêtes montrent l'assiduité des médecins à transmettre un courrier lors de l'envoi d'un patient au SAU (93%). Ceci se retrouve dans l'enquête menée *au Centre Hospitalier de Mulhouse (23)* avec la présence d'une lettre d'accompagnement dans 83,03% des cas.
Même si les médecins sont assidus quant à la réalisation d'une lettre d'accompagnement, celle -ci s'avère être une aide peu précieuse, parfois du fait du peu d'informations qu'elle comporte. Malheureusement, comme le montre notre étude et celle *menée au CHU d'Angers*, **seule 13% des lettres contiennent tous les renseignements nécessaires.** Ces lettres comportent en majorité un diagnostic ou le déroulement de la maladie (83% des cas) et le traitement ou les antécédents du patient dans seulement 50% des cas.
Pourtant ces informations restent fondamentales dans la prise en charge médicale de tout patient.

Cette lettre mériterait de contenir beaucoup plus d'informations sur les conditions de vie du patient âgé (<23% dans notre étude).
Ces conditions de vie sont également peu mentionnées (19.9%) dans les lettres de médecins adressant les personnes âgées de 75 ans et plus *au CHU d'Angers* (20). Bien que cette information soit fréquemment absente des courriers du médecin « adresseur », elle n'est certes pas systématiquement recherchée par les médecins urgentistes (voir enquête rétrospective).
Pourquoi les conditions de vie du patient sont-elles rarement mentionnées dans le courrier du médecin ? Est-ce une façon de dissimuler des informations telles que la personne vit seule et qu'elle est parfois dépendante d'aides extérieures ?
Alors ces informations seraient-elles préjudiciables pour une hospitalisation en service spécialisé (hors gériatrie)?
D'où **l'intérêt du bilan gériatrique aux urgences qui n'omettrait pas d'aller rechercher des informations sur les conditions de vie de la personne âgée ; afin d'assurer une prise en charge globale « médico-sociale » du patient âgé.**
Pour certains auteurs (26), l'ignorance des conditions de vie aboutit trop souvent à transformer un cours séjour en séjour définitif.
De plus, une orientation diagnostique claire amène souvent un avis spécialisé. Dans la plupart des études, ces avis spécialisés expriment souvent le doute diagnostique du médecin des urgences. **Par contre, il est clair que le gériatre ne fait pas partie de l'avis spécialisé dans notre étude**. Ce qui souligne, s'il en était besoin une certaine inadéquation de la structure hospitalière aiguë face aux problèmes complexes des personnes âgées admises en Urgence (conclusion du groupe de la Pitié Salpêtrière en 1984).

On retrouve encore au service d'accueil et d'urgence, **30% de personnes âgées de 75 ans et plus arrivant seules et sans lettre d'accompagnement.** En majorité, ces personnes proviennent d'une maison de retraite. Ce manque d'information oblige le médecin urgentiste à passer du temps au téléphone afin de rechercher des informations socio-médicales concernant son patient, ceci auprès des structures d'accueil ou du médecin traitant. Nous n'avons pas au cours de nos enquêtes recherché si un contact téléphonique avait été établi avec le médecin traitant ou la structure d'accueil. L*'étude menée au CHU d'Angers* montre 85% d'appels motivés par l'absence de lettre complète ou absente.
Le service d'accueil des urgences sert-il « d'échappatoire » aux maisons de retraite lorsque la prise en charge de la personne âgée devient trop lourde du fait de sa polypathologie? Une des solutions serait d'augmenter les effectifs en personnels qualifiés dans les maisons de retraite, et d'instaurer un médecin coordinateur des soins au sein de chaque institution !

4) Profils pathologiques des patients :

En terme de pathologie, nos deux enquêtes retrouvent un profil pathologique chez les personnes de 75 ans et plus quasi identique.

En terme de **diagnostic principal, la pathologie cardio-vasculaire domine (29%)**. On remarque également **la fréquence de la pathologie traumatique (27%)** dont la cause principale est la chute, pouvant être à l'origine de **fractures du col fémoral** en grande majorité. Dans *l'enquête menée au CHU de Poitiers (40) concernant les personnes âgées de 75 ans et plus,* on retrouve une part un peu plus importante des pathologies d'origine cardiaque (36%) et une part plus faible des pathologies traumatiques (14%); cette dernière différence est probablement due au fait que la chute devient **un diagnostic secondaire** dès que la cause n'est pas traumatologique ;

Ainsi **les symptômes hybrides et états morbides mal définis (contexte d'altération de l'état général, de malaises, et des problèmes sociaux) représentent 12 à 17%** des motifs d'envoi au SAU de la personne âgée. Ces pathologies sont également présentes dans 19% des cas dans *l'enquête menée au CHU de Poitiers (10)*. Ce groupe de patients va nécessiter la réalisation de bilans complets, nécessitant du temps, afin de préciser le diagnostic. D'où l'intérêt de décharger le travail du médecin urgentiste dans la prise en charge de la personne âgée, avec la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire au SAU.**Ainsi, l'avis d'un gériatre pourrait être sollicité par le médecin urgentiste.** Ce dernier prendrait en charge l'urgence vitale du patient âgé puis le gériatre interviendrait secondairement en complétant l'examen du patient âgé dans l'Unité d'Hospitalisation Temporaire afin de ne pas mobiliser un box d'urgence trop longtemps.

Les motifs d'admission **pour raison sociale (respectivement 1 et 3 cas** de **dans nos enquêtes), motivent l'intervention d'une assistante sociale au SAU.** Ces urgences sociales restent rares dans nos enquêtes, car souvent ces motifs d'admissions sont « non avoués ». D'après les études, ce pourcentage peut aller de 1.3% à 10% (23). Il semblerait qu'un nombre plus important de patients soit admis pour raison sociale, celle-ci étant mise à l'arrière-plan. En effet, le caractère social est souvent mis au second plan après un problème médical attirant plus l'attention du médecin urgentiste. **Toutefois une prise en charge médicale et sociale coexistent, ce qui constitue une des spécificités de la prise en charge gériatrique.**

Les consultations des personnes âgées au SAU **pour raison algique** sont également fortement représentées **(10%)**; avec une grande part des douleurs abdominales, des douleurs articulaires et des douleurs causées par un problème dermatologique. La prise en charge de ces douleurs demande d'en retrouver la cause mais également de trouver un traitement adapté pour soulager le patient. Cette prise en charge exige du temps également car toute douleur doit être réévaluée régulièrement (aide : Echelle EVA par exemple) afin d'obtenir la meilleure tolérance thérapeutique au traitement, sans y ajouter les effets secondaires dus à l'âge du patient. Il faut donc que les médecins urgentistes soient formés à la prise en charge de la douleur chez le patient âgé.

Les consultations au SAU pour **cause psychiatrique restent rares (1 à 2%)** chez la personne âgée (*3.1% d'urgences psychiatriques dans l'étude menée au Centre Hospitalier de Mulhouse*). On ne rencontre aucun cas de trouble du comportement dans le cadre d'une démence ou d'état confusionnel. Est- ce un oubli ou un défaut de diagnostic? Grâce à la réalisation de différents tests (MMS, Test de l'horloge...), le gériatre va s'attarder à rechercher ces troubles des fonctions supérieures afin de poser un diagnostic précis *(expérience vécue au sein de l'antenne d'évaluation gérontologique de l'hôpital d'Angoulême)*. Cette pathologie ne peut être que sous-évaluée comme le confirme l'étude prospective.

Nous avons fait figurer ci-dessous un tableau de comparaison des diagnostics contribuant à l'hospitalisation envisagée par l'interne de garde (I) et l'enquêteur gériatre (E), *au cours d'une enquête menée aux urgences du Groupe Hospitalier de la Salpêtrière.(12)*

	I	E
Pathologie cardio-vasculaire	33%	22%
Pathologie psychiatrique	7%	17%
Iatropathologie	1%	4%
Rupture de l'équilibre social	1%	4%
Autre pathologie	Répartition homogène	

On constate dans cette dernière enquête que la pathologie cardiovasculaire (il s'agissait notamment d'hypertension artérielle) est surestimée par l'interne de garde qui, en revanche, sous-estime la pathologie psychiatrique, la iatropathologie et la rupture du milieu social.

Nous avons également classé les pathologies selon 3 groupes distincts, comme cela a été proposé dans d'autres publications (20).

- **39%** présentent **une pathologie aiguë prédominante sans comorbidité majeure et relevant d'une spécialité**. *Contre 38.6% pour le même groupe dans l'étude menée sur les personnes de 75 ans et plus arrivant au CHU d'Angers.* (20)
- **46% présentent une pathologie aiguë sur terrain de débilité ou comorbidité importante pouvant entraîner une pathologie en cascade**. *Contre 54.9% dans l'étude menée au CHU d'Angers. (20)*

Cette pathologie en cascade est définie comme « des défaillances organiques successives où l'atteinte d'un organe joue le rôle de facteur déclenchant de la défaillance d'un ou plusieurs organes ».

- **15% présentent une polypathologie sans maladie prédominante**. *Contre 6.5% dans l'étude menée à Angers.*

Cette classification nous permet de souligner à nouveau l'incidence d'une pathologie aiguë sur un terrain de débilité. Rappelons qu'une comorbidité était retrouvée chez les patients présentant une pathologie cardio-vasculaire et des symptômes hybrides respectivement dans 78% et 64% des cas, lors de notre enquête rétrospective. Le risque de pathologie aiguë doit être apprécié dès l'arrivée aux urgences et impose pour l'équipe médicale du SAU **une prise en charge globale où le malade ne doit pas être considéré par son seul « organe » atteint.** Un avis gériatrique plus qu'un avis spécialisé semble utile.

Nous avons au cours de l'enquête prospective recherché combien de pathologies pouvait avoir le patient âgé de 75 ans et plus ; soit **une moyenne de 2.66 pathologies** en plus de la pathologie aiguë le conduisant au SAU.
Le rapport du CREDES retrouve 5.3 affections chez le sujet âgé entre 70 et 84 ans (50).
Les pathologies du sujet âgé les plus fréquemment retrouvées sont identiques à celles citées dans la littérature (15). En tête, on retrouve l'hypertension artérielle puis l'insuffisance coronaire aiguë, les troubles du rythme, l'insuffisance cardiaque...mais certaines pathologies (troubles du sommeil, de l'audition, constipation) ne sont sans doute pas recherchées ni notifiées, donc la comparaison est difficile entre pathologie et affection.
Le sujet polypathologique est « un malade et non une addition de maladies » et requiert la compétence d'un service de gériatrie sensible à la prise en charge médico-sociale.

La polypathologie fait place à la polymédication .Chaque affection nécessite un voire plusieurs traitements. La moyenne de consommation médicamenteuse se situe entre **3 à 6 médicaments/ jour chez le sujet âgé de 75 ans et plus**. Ce chiffre est comparable à *l'étude PAQUID et CREDES* qui retrouve une consommation de 4 à 5 médicaments par jour chez les patients de 70 ans, à domicile ou en institution. A noter que notre enquête retrouve 14% de patients de 75 ans et plus consommant plus de 9 médicaments/jour.
Le principal facteur de risque de la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé est la polymédication (33). Cette iatrogénie peut être la cause de passage au SAU du patient âgé ; soit dans 5% des cas (6 cas/106) au cours de l'enquête prospective, dont quatre cas étaient dus à une mauvaise adaptation de la posologie compte tenu de l'âge du patient.
D'après la littérature, plus de 10% des admissions hospitalières après 70 ans sont liées à un accident iatrogène médicamenteux. (33)
Toutefois ce diagnostic est peu évoqué dans les dossiers du SAU. Est-ce par défaut de diagnostic ou préfère-t-on ne pas laisser de traces d'un tel diagnostic dans le dossier? Le diagnostic est-il fait plus tard au cours de l'hospitalisation, grâce aux dosages biologiques ? D'après Congy et collaborateurs (13), une fois la personne âgée admise à l'hôpital , les moyens à employer pour lui redonner son autonomie maximale sont rarement chirurgicaux (7%) ou techniques (17%), mais sont beaucoup plus une rééquilibration médicamenteuse (56%).

5) Evaluation de l'autonomie :

L'évaluation de l'autonomie du patient âgé dans ses déplacements, dès son passage au SAU, montre 50% de patients âgés valides , 25% de semi-valides et 25% d'invalides dont 8% d'invalidité temporaire. Ceci est comparable à *l'étude menée au CHU de Poitiers avec 54.6% de sujets valides, un taux d'invalides plus faible (9.4%); et 36.6% de semi-valides. (40).*
Tout le monde s'accorde maintenant pour utiliser la grille AGGIR comme critère de dépendance. Malgré sa simplicité, sa longueur est rebutante pour les urgentistes. L'étude rétrospective montre qu'une simple évaluation des déplacements est rarement faite. Celle-ci n'a été réalisée dans l'étude prospective que par notre sollicitation. Il aurait été difficile d'imposer aux médecins de remplir le questionnaire et la grille AGGIR. Ainsi l'évaluation de la dépendance est délaissée par l'urgentiste en aval. **Pourtant l'évaluation de la dépendance du sujet âgé au SAU permet une meilleure orientation et permettrait de sensibiliser les différents services hospitalier afin d'éviter tout aggravation de la dépendance au cours de l'hospitalisation.**

6) Evaluation des fonctions supérieures.

L'évaluation des fonctions supérieures des personnes âgées de 75 ans et plus montre que **cette population âgée a en majorité (73%) « toute sa tête ».** Rechercher une cohérence dans le discours du patient âgé est nécessaire afin de juger de la fiabilité des données obtenues à l'interrogatoire. Toutefois, du fait de quelques « trous de mémoire » dus à l'âge, l'interrogatoire s'est révélé fiable chez 65% des patients âgés.
Dans l'étude prospective**, un état confusionnel est retrouvé dans 6% des cas** ; bien souvent il ne s'agit pas du motif d'envoi au SAU (NB : seulement 1% de causes psychiatriques).
Malgré la présence d'un psychiatre aux urgences, le diagnostic d'état confusionnel est clairement sous-évalué. Le psychiatre, comme le gériatre n'est peut être pas sollicité. L'état confusionnel reste certainement l'un des diagnostics difficiles qui demande le plus de temps dans la relation médecin-malade.
Dans l'étude de Bichat (8), une structure innovante de prise en charge gériatrique (Unité d'accueil et orientation des personnes âgées), permet de ramener le diagnostic de confusion et démence à 11%. Ce diagnostic est rétabli par le gériatre alors que le résident aux urgences a sous-évalué ce diagnostic. (cf tableau plus haut de l'étude de la Pitié-Salpétrière) (12)

Nous verrons plus loin dans l'interprétation des résultats, que **l'autonomie du patient et sa bonne cohérence psychique influencent son orientation.**

7) Diagnostic final et orientation post urgence :

Le diagnostic du médecin libéral, dans l'urgence, reste juste. Dans 86 % des cas, il est concordant avec le diagnostic final posé par le médecin urgentiste. Seulement 2% de désaccord sur le diagnostic, cela reste raisonnable !
L'enquête menée au CHU de Strasbourg (44) montre également une parfaite concordance entre le diagnostic invoqué et le diagnostic final dans 80% des cas.
Donc ces patients adressés par un médecin sont à prendre au sérieux.
Contrairement à une idée reçue, les patients âgés sont bien adressés par leur médecin avec un motif médical, dans 86% des cas ce motif justifiait une hospitalisation. Donc les médecins de ville ne semblent pas utiliser les urgences comme un « échappatoire » au peu de structures gérontologiques disponibles en ville. Ceci confirme deux enquêtes parisiennes (13,53) qui rapportent respectivement 89.1 et 88,0% de motifs médicaux au premier plan, chez les patients de plus de 75 ans.

Nos deux enquêtes révèlent un taux d'**hospitalisation** identique (**66%**) chez cette population âgée de 75 ans et plus, consultant au SAU.

13% des sujets hospitalisés vont transiter par l'Unité d'Hospitalisation Temporaire ou Lit Porte. On retrouve un taux d'hospitalisation en lit porte comparable, soit *11,4%, au cours de l'enquête menée au CHU d'Angers concernant la typologie des personnes de 75 ans et plus* (20). Ce passage en lit porte a été nécessaire dans **plus 50% des cas par manque de place dans le service souhaité**. Parfois les patients sont admis en lit porte sans que le médecin urgentiste ait pu obtenir une orientation secondaire dans un service adapté; ces patients vont alors mobiliser les lits portes pendant plus de 24 heures. D'où l'intérêt dans ces situations, de mettre en place **une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée**. Cette unité aurait l'ambition, sur une très courte durée d'hospitalisation (3 jours par exemple) d'approfondir le diagnostic et d'envisager une orientation dans un service plus adapté.

Nos deux enquêtes montrent que contrairement à une idée reçue, **les patients âgés nécessitant une hospitalisation sont encore en majorité orientés vers un service de spécialité** (inclus les services de médecine spécialisée, les services de médecine interne et de chirurgie); 83% des hospitalisations au cours de l'enquête prospective. Il n'y a donc pas d'ostracisme « anti-vieux » à priori aux urgences. On retrouve cette même constatation dans les données de la littérature (12 ; 40). Les services spécialisés absorbent plus des 2/3 des hospitalisations de patients âgés de 75 ans et plus. Ces patients ont donc accès aux soins techniques proposés par ces services; **l'obligation de moyen n'est donc pas limitée à l'âge,** contrairement à certain pays.
Pourtant cette «sur-hospitalisation» en service spécialisé n'est-elle pas également la conséquence d'un manque de place dans d'autres structures adaptées aux patients âgés ? N'y a-t-il pas là un «gisement» potentiel pour une reconversion de lits vers la gériatrie, à l'intérieur de l'hôpital, voire à l'échelon du département.
Les taux d'hospitalisation en gériatrie sont variables d'une enquête à l'autre. Soit 28% d'hospitalisation en gériatrie au cours de notre première enquête et 17% au cours de la deuxième. Cette répartition est dépendante des motifs de consultation ; avec une part plus importante de pathologie chirurgicale au cours de la deuxième enquête. *On retrouve un taux d'hospitalisation de 18.5% en moyens séjours au cours de l'enquête menée au CHU de Poitiers.* (40)

Mais la destination à partir des urgences en service de gériatrie ou de spécialité est également influencée par des facteurs médico-sociaux et les capacités d'absorption de ceux-ci. En effet, ces patients âgés de 75 ans et plus consultent au SAU pour une pathologie vraie, voire une polypathologie, **volontiers aggravée par certains éléments médico-sociaux significatifs comme le sexe féminin, le grand âge (>85 ans), le mode de vie seul et l'altération des fonctions supérieures.**
Ces éléments sont ici facteurs d'hospitalisation comme ils sont par ailleurs facteurs prédictifs d'entrée en institution. Ainsi, on constate que la population de patients hospitalisés en gériatrie est exclusivement féminine et plus âgée que la population hospitalisée en service spécialisé. L'isolement de la personne âgée, l'altération des fonctions supérieures et la perte d'autonomie (invalidité) sont d'autres facteurs influençant l'hospitalisation de la personne âgée vers un service de gériatrie. **Ces patients âgés présentent un déséquilibre médico-psycho-social qui crée une situation de crise, de rupture qui constitue l'urgence plus que le problème médical seul.**

Quand le médecin urgentiste juge la nécessité d'hospitaliser un patient âgé, un parcours du combattant commence.
En effet, **seulement 55% des hospitalisations de patients âgés se font dans le service souhaité en première intention par le médecin urgentiste**. Dans la littérature, l'adéquation entre l'orientation choisie et celle obtenue oscille entre 54 et 92% (20, 40, 23). **La principale cause de non adéquation résulte de l'absence de place dans la structure désirée** (20, 23).
Dans notre étude, dans 45% des cas, le médecin urgentiste se trouve confronté aux difficultés de trouver un lit d'hospitalisation adapté pour son patient âgé.
« Ce parcours du combattant » va demander du temps mais également d'être persuasif pour «vendre » son patient à un service. Du temps est bien sûr nécessaire pour contacter le ou les services ; **en moyenne 4 services sont contactés avant de trouver un lit pour son patient âgé**. Parfois le motif de consultation au SAU ne sera plus l'élément majeur pour décider de l'orientation du patient. D'une part le grand âge, l'invalidité du patient vont motiver son hospitalisation en gériatrie, d'autre part sa polypathologie va permettre l'orientation vers d'autres services. Par exemple, un patient diabétique arrivant pour pneumopathie sera parfois hospitalisé en endocrinologie faute de place en pneumologie ; le médecin urgentiste allant prétexter de la nécessité d'équilibrer à nouveau son diabète compte tenu de l'infection.

Cette recherche d'un lit d'hospitalisation adapté pour le patient âgé va parfois aboutir au transfert du patient vers un autre centre hospitalier. **Nos deux enquêtes retrouvent 14% de transferts dans le lot des patients âgés hospitalisés**. Dans **80%** des cas, il s'agissait **d'un transfert par manque de place** dans le centre hospitalier. En majorité (60%), ces transferts se font dans un autre hôpital de la ville de Metz. Mais 40% des patients âgés transférés vont être hospitalisés en dehors de l'agglomération messine. Dans ces cas, on ne se soucie plus de la distance tant qu'un lit d'hospitalisation est disponible.
Alors l'éloignement de la famille vient s'ajouter au traumatisme psychologique que provoque l'hospitalisation en urgence chez la personne âgée.
On comprend facilement que le temps passé au téléphone par l'urgentiste, pour trouver un lit à son patient se fait au détriment de sa présence auprès de celui-ci. Ceci pose la question du rôle exacte du SAU.
On a le sentiment d'une évaluation des urgences vitales dans un cadre de «surbooking » structurel, avec une recherche délicate et difficile d'un lieu d'hospitalisation le plus adapté possible, où sera affinée et déclenchée la prise en charge. **Ceci pose le réel problème des SAU qui, outre la prise en charge de l'urgence deviennent une véritable gare de triage des hospitalisations, déplaçant ainsi le rôle du médecin urgentiste**; nombre d'entre eux doivent estimer que ce n'est pas là leur rôle. Dans ce cadre, la reconnaissance de certaines pathologies pourtant propres à l'urgence devient difficile (ex : état confusionnel).

La solitude, la démence et la polypathologie sont les facteurs essentiels, retrouvés au cours de nos enquêtes, pouvant faire basculer la personne âgée vers l'institutionnalisation. Avant d'en arriver là, **le maintien à domicile de la personne âgée devrait être privilégié**. D'autant plus que le souhait principal de la personne âgée est de rester chez elle, le plus longtemps possible. Toutefois, on constate au cours de notre enquête prospective, que la mise en place des structures et des intervenants nécessaires au maintien à domicile est difficile. En général, une à deux aides ont été mises en place chez la personne âgée avant d'envisager l'institutionnalisation .En majorité, il s'agit du portage des repas et de l'aide ménagère. Aucun cas ne bénéficie de soins infirmiers et de télé-alarme. La difficulté de plus en plus croissante de trouver des infirmières acceptant de faire des toilettes à domicile, est un réel problème. De même qu'il est encore difficile pour les médecins de famille de mettre en place le maximum d'aide au maintien à domicile des personnes âgées.

Ainsi sur les 4 demandes d'institutionnalisation arrivant au SAU, au cours de notre deuxième enquête, seule une demande était justifiée en urgence (contexte AEG avec chutes à répétition).
Leur passage au SAU, est-il la conséquence d'un manque de structures prenant en charge le maintien à domicile des personnes âgées en urgence ou la méconnaissance de ces structures ? D'où l'intérêt d'étendre le développement des structures telles que **les CLIC (Centre local d'information et de coordination gérontologique)** où s'adresser afin d'instaurer un maintien à domicile d'une personne âgée dépendante.
Nous pourrions également nous inspirer de l'expérience menée en Val de Marne (3,49) avec la mise en place d'une permanence téléphonique répondant 24H/24 aux appels des personnes âgées ou de leur entourage médico-social et permettant, grâce à un renforcement des aides, de surmonter un cap (qu'il s'agisse d'une pathologie aiguë brève ou d'une période d'évaluation) afin de mieux cerner l'orientation ultérieure du patient et de préparer une éventuelle hospitalisation.

Comme dans l'enquête rétrospective, nous avons retrouvé au cours de l'enquête prospective 1cas/4 de placement « officiel » c'est à dire demandé sur la lettre du médecin adressant le patient au SAU. Donc d**ans 3 cas/4, un motif d'hospitalisation sert à masquer la nécessité d'un placement secondaire à cours ou moyen terme**. Dans d'autres études (20,40,17), on retrouve une moyenne de **1%** de la population de personne âgée consultant au SAU, arrivant avec **un motif d'admission social pur**.
Il semblerait en effet qu'une demande d'institutionnalisation puisse porter préjudice au patient. En effet, les services hospitaliers ne veulent plus des personnes âgées en attente d'institutionnalisation car elles « bloquent » les lits trop longtemps. Pourtant si le médecin traitant hospitalise de tels patients, c'est souvent faute de solution alternative. En effet, l'entrée directe d'un patient en gériatrie devient impossible faute de place. Les listes d'attente dans les établissements d'institution sont saturées. Donc souvent la famille fait pression sur le médecin traitant pour accélérer les choses. Sa seule alternative devient alors les Urgences.
Pour ne pas négliger cette dimension sociale certains auteurs (21) affirment que **43% des 75 ans et plus présenteraient un problème social si ce dernier était systématiquement recherché. Aux urgences, s'il existe un problème médical vrai, le problème social est occulté et sa prise en charge différée. A contrario, le fait d'adresser un problème social aux urgences ne constitue pas une hospitalisation abusive mais une urgence abusive**. En effet, il est tout à fait concevable pour un urgentiste que l'urgence sociale ne soit pas une urgence.

II) Que pouvons-nous proposer ?

L'amélioration de la prise en charge des patients âgés passe par un développement des réseaux gérontologiques avec une **bonne coordination entre les intervenants en ville et un nécessaire pôle gériatrique dans chaque hôpital.**
Des solutions sont donc à apporter aussi bien en amont qu'en aval.

2-1) **En amont, l'alternative à certaine hospitalisation est le soutien à domicile.** (18)
Les personnes âgées sont désireuses de rester chez elles pour leur immense majorité, tant que cela reste possible, mais les problèmes à résoudre sont multiples.
Quatre éléments sont le corollaire et le préalable à une politique de soutien à domicile.

a) La prise en charge des personnes âgées est **un métier qui relève d'un professionnel.**
Malheureusement, l'évaluation médicopsychosociale ne constitue à l'heure actuelle ni un temps fort dans l'enseignement des facultés de médecine, ni dans celui des enseignements post-universitaires, ni dans celui de la pratique quotidienne.
De plus, ces professionnels sont parfois sous-représentés dans certains départements. En effet, comme le déplore *Yves-Mary Houdayer, chef des services des urgences à Saint Lô, dans la Manche* (25), « nous commençons à vivre le drame de la carence médicale ». Pour pallier ce manque, il faudrait dans un premier temps **instaurer une carte sanitaire d'installation et de démographie médicale.** Hormis le problème de sous population médicale dans certaines régions, il existe un problème dans la gestion des gardes par les médecins de ville. Comme en témoigne *Yannick Paysant (25), responsable des urgences à l'Orient*, « il y a des quartiers où il est impossible de trouver un médecin après 19 heures ». En effet, de nombreux médecins généralistes ne veulent plus être astreints aux gardes de nuit ni de week-end. Mais cette carence se fait au dépend des services d'accueil et d'urgence qui gèrent parfois une population pouvant être prise en charge en ville. Il faudrait donc **rétablir les gardes pour les médecins de ville** afin d'assurer une permanence des soins et de permettre le « désengorgement » du service d'accueil et d'urgence.

b) Il faut que les intervenants à domicile (médecin traitant, infirmier…) puissent **avoir des contacts directs avec l'hôpital de proximité afin de coordonner les soins de la personne âgée.**

c) Il faut également de temps en temps décharger les familles en cas de vacances ou de pathologie aiguë pouvant affecter un membre de la famille.
La solution serait alors de prévoir **des lits d'hébergements temporaires aussi bien dans les maisons de retraite que dans les services hospitaliers.**
La prise en charge de ces personnes âgées **en hôpital de jour**, quelques jours, serait également une alternative pour décharger les familles.
Ce passage en hôpital de jour permettrait également de réaliser une évaluation médico-sociale « à froid » et ainsi éviter de recourir à une hospitalisation, en particulier quand le social domine sur le médical. Cette dernière structure peut parfois prendre en charge « à chaud » une personne âgée quand il est possible de la garder à son domicile. Ceci suppose, la possibilité, encore très rare (*exemple de l'hôpital de Bicêtre avec son service d'aide d'urgence à domicile)* (28) de mobiliser sans délai ce que l'on pourrait appeler **SADU ou Service d'Aide à Domicile en Urgence.**

d) Hormis la nécessité de prise en charge hospitalière, il faut également **faciliter l'accès aux consultations gériatriques** sans hospitalisation. Il faut donc que les gériatres hospitaliers se montrent plus disponibles et ouverts aux patients de médecine libérale. Il faut qu'un contact direct et un travail en collaboration puisse se faire entre le médecin libéral et le gériatre à l'hôpital.

2-2) Des restructurations sont également à faire en <u>Aval</u> ;

Les premières sont **non gérontologiques :**

Elles consistent à **redéployer les lits d'hôpitaux**. La fermeture des lits en surnombre a été, pendant des années, le leitmotiv des politiques de santé. Résultat aujourd'hui, on manque de lits dans certaines disciplines comme la chirurgie, la médecine interne et la gériatrie…
Pour pallier ces manques, il faudrait :
- **augmenter la capacité des services de médecine interne,** réhabilitant aussi leur rôle de « médecine générale hospitalière ».
- créer **un nouveau service de médecine dite polyvalente** ou **une Unité d'Hospitalisation de très Courte Durée**. La durée d'hospitalisation ne dépasserait pas les 72H. A l'issue de cette hospitalisation, le patient retourne soit à domicile soit vers un service hospitalier adapté afin de poursuivre sa prise en charge.

Les secondes sont **gérontologiques** :

Dès le début du séjour à l'hôpital, tout doit être mis en œuvre pour que la personne âgée puisse à sa sortie retrouver son lieu de vie antérieur au sein duquel des adaptations seront parfois nécessaires, ou à défaut, envisager un nouveau cadre de vie le mieux adapté possible à son état physique et psychique.
Il faut garder à l'esprit que la création d'un pôle gériatrique dans un hôpital, raccourcit la durée moyenne de séjour en court séjour. Elle permet de supprimer l'utilisation inappropriée des soins de suite et de réadaptation, du fait de la bonne prise en charge de la perte d'autonomie du patient dès son admission ou de la prévention de celle-ci, si elle n'existe pas encore.
Ceci est possible si dès l'arrivée à l'hôpital, on met à la disposition du patient et de sa famille une structure gérontologique

Soit par la mise en place d'une **Antenne Mobile d'Orientation Gériatrique (AMOG)** intervenant « à chaud » **aux urgences,** à la demande ou systématiquement. Cette antenne est composée d'un gériatre et d'une assistante sociale au minimum, dans le but d'identifier les patients à orienter rapidement en gérontologie ou de prévoir la prise en charge de ceux qui doivent aller temporairement en service spécialisé. A noter que cette antenne gériatrique peut être sollicitée dans tous les services au sein de l'hôpital, ceci à la demande du chef de service.

Soit envisager la mise en place **d'une Unité d'Accueil et d'Orientation des Personnes Agées (UAOPA)** (*exemple de l'UAOPA mis en place à l'hôpital Bichat depuis 1992*)(11). L'Unité d'accueil et d'Orientation des Personnes Agées est destinée à accueillir, à partir du service d'accueil et d'urgence, toute personne âgée de 60 ans et plus, admise pour un problème médical ou médico-social, ne nécessitant pas les compétences d'un service spécialisé. Cette unité fonctionne grâce à l'intervention quotidienne d'un médecin gériatre en poste fixe qui effectue des bilans médico-gériatriques complets et assure les soins des patients. Le but de cette évaluation médicogériatrique est d'apprécier le degré de dépendance physique et psychique et l'état médical réel des patients âgés. En parallèle au bilan médical, un bilan social est effectué par l'assistante sociale pour apprécier les possibilités ou impossibilités de retour à domicile.

Au terme d'une hospitalisation de courte durée, certains patients n'auront pas la possibilité d'un retour à domicile. Il faudra envisager un transfert direct **en moyen séjour.** Mais les places y sont chères. Comme le précise *le Professeur François Piette, de l'hôpital Charles Foix d'Ivry*, « rien qu'en Ile de France, il manque 5000 lits de moyen séjours » et cette situation est semblable dans de nombreuses régions. Il faut donc dans les réformes à venir **développer les hôpitaux de moyens séjours en gériatrie** (50). Les missions de cette véritable plaque tournante des services de gérontologie sont multiples et non limitées à la simple kinésithérapie. Ils permettent après une hospitalisation en unité de courte durée, d'envisager une surveillance rapprochée d'un traitement récemment instauré ou difficile à équilibrer (exemple d'un traitement par anti-vitamine K).

Il permet une prise en charge psychothérapique, le moyen séjour comprenant près de 50% de problèmes neuro-psychiatriques. Son but est la réinsertion de la personne âgée dans son cadre de vie. Cette réinsertion se fait grâce à la participation des personnes âgées à des activités multiples. Elle lutte contre la perte d'autonomie et la « décomposition » psychique grâce à de la rééducation fonctionnelle. Ce passage en moyen séjour va permettre une évaluation médico-psychosociale ; car il est souvent difficile au cours d'une brève hospitalisation en médecine de court séjour de saisir tous les paramètres indispensables à un retour à domicile réussi, c'est à dire stable pendant une durée à priori prolongée.

Mais parfois le retour à domicile n'est pas possible.
Un parcours du combattant commence pour trouver une place en institution adaptée et dans des délais raisonnables. Mais nous faisons face à un manque de place dans les longs séjours comme dans les maisons de retraites.
Les politiques devraient s'arrêter à réévaluer les carences dans certains départements. Mais ce n'est pas tout de construire des nouvelles structures, il faut soumettre ces établissements à des normes strictes afin que les personnes âgées s'y sentent en sécurité : ratio soignants-malades, compétence gériatrique des médecins, qualification des personnels...Dans la mise en place de nouvelles structures d'hébergement, il ne faudra pas oublier de **répondre à la recrudescence de la maladie d' Alzheimer.** En effet, peu de structures existantes à l'heure actuelle sont adaptées aux patients souffrant de pathologies neuro-dégénératives . Actuellement 600 000 personnes souffrent de cette pathologie et 135 000 nouveaux cas sont décelés par an. Le poids repose donc actuellement sur les familles. (24)

De nombreuses failles existent dans la prise en charge de la personne âgée. Mais cette prise en charge devient difficile quand la personne âgée devient dépendante. Pourquoi ne pas **instaurer la notion de « cinquième »** risque c'est-à-dire reconnaître la dépendance comme le cinquième risque après la maladie, l'invalidité, la maternité, l'accident professionnel et faire qu'elle ouvre droit à une prise en charge par la sécurité sociale...

E) CONCLUSION

La prise en charge des personnes âgées par le service d'accueil et d'urgence reste un problème difficile. A l'évidence les structures dont nous disposons sont mal utilisées et insuffisantes. Ce travail nous aura permis de mieux connaître la situation au niveau des deux pôles d'urgence de la ville de Metz.
Des propositions existent depuis très longtemps, elles ne sont pas nouvelles mais elles sont semble-t-il, difficiles à mettre en place. La mise en place de structures gériatriques au SAU est de l'ordre local; exemple de l'Unité Accueil et d'Orientation des Personnes Agées mise en place pour les hôpitaux de Strasbourg, pourtant cet exemple est loin d'être généralisé.
Notre travail montre qu'avec la modification des urgences comme structure quasi obligatoire d'hospitalisation, l'évolution s'est faite vers une aggravation des dysfonctionnements et renforce la difficulté de prise en charge des personnes âgées au SAU. Le malade gériatrique doit pouvoir aller directement en gériatrie comme le malade cardiologique va en cardiologie. Et l'on peut faire confiance au médecin généraliste capable de diagnostiquer l'infarctus; il connaît encore mieux les causes médico-sociales de la rupture du maintien à domicile de son patient âgé. L'entrée programmée en service de gériatrie ne peut être que préférable à l'entrée aux urgences. Car le malade gériatrique est souvent caractérisé par la rapidité d'installation ou d'aggravation de sa perte d'autonomie en milieu hospitalier « banal ».

Bien sûr un accueil suffisant en terme de lits hospitaliers est nécessaire, d'évidence pour tous les malades qui en ont besoin. Nous avons vu dans notre étude la difficulté de trouver un lit d'hospitalisation (moyenne de 4 appels).
La mise en place d'un réseau informatique commun aux centres hospitaliers de la région permettrait d'instaurer une cartographie des lits vacants réactualisés pour chaque sortie.

Suite à ce travail, on ne peut omettre ce qui s'est passé cet été. Les personnes âgées ont souffert de la canicule au cours de l'été 2003. Les services d'accueil et d'urgences ont du faire face à cette sur-population de personnes âgées. Cependant même si le système hospitalier a été incriminé dans la difficulté de prendre en charge ces personnes âgées compte tenu de la fermeture de lits d'hospitalisation l'été, il ne faut pas oublier que la majorité de ces personnes âgées sont décédées à leur domicile. Cette tragédie ne serait-elle pas plutôt la conséquence d'un manque de solidarité de la population française . Qui, au cours de cet été 2003, a pris la peine de se préoccuper du devenir de son voisin âgé ?

♣ BIBLIOGRAPHIE ♣

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1) ARROYO J.F, BEYELER Y
Médecine et Hygiène 1998 ; 56 : pp1812-8
Les urgences médico-sociales chez la personne âgée
Problèmes des groupes à risque : LE GRAND AGE

2) ARVEUX .I , FAIVRE.G, LENFANT.L et al.
La Revue de Gériatrie, Tome 27, N°7 SEPTEMBRE 2002
Le sujet âgé fragile

3) Docteur BENZADON.G
Panorama du médecin, Jeudi 20 Novembre 1997, N°4522
Polypathologies : 93% des plus de 70 ans concernés.

4) BERTRAND.F, PRAS.P
La Revue de Gériatrie, Tome 16, N°9, Novembre 1991, pp 409-414
Urgences et droit aux soins des sujets âgés : Corrélations entre
le diagnostic posé au service porte et l'orientation finale des patients.

5) BLANCHARD-VIGNON.O, LESUR.P, WEILL.G
La Revue de Gériatrie, Tome 25, N°9 NOVEMBRE 2000, pp 693-695
Les personnes âgées et le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
en Alsace

6) BRIVET.F, GUY.J, GALANAUD.P et al.
Réanimation Urgence, 1992, 1(2), pp 246-251
Personnes âgées et urgences médicales d'un centre hospitalier
universitaire

7) BRUNETIERE.J.R
La Revue de Gériatrie, Tome 26, Supplément C au N°10 DECEMBRE 2001
Que pouvons-nous faire ?
Prospective des Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées
Dépendantes.

8) CHANSIAUX.C, MOULIAS.R, TEILLET.L et al.
La Revue de Gériatrie, Tome 21, n° JANVIER 1996
Une nouvelle prise en charge en gériatrie : exemple de l'hôpital Bichat
depuis 1992.

9) CHOUAID.C, CHANSIAUX.C, DESPOISSE.J.M
Réanimation Urgences, 1995, 4 (1), pp 9-14
Les personnes âgées consultant aux urgences médecine d'un centre hospitalo-universitaire : conséquence de l'ouverture d'une unité d'accueil et d'orientation.

10) Le Collège National des enseignants de Gériatrie présente :
CORPUS DE GERIATRIE
Tome I ; Edition 2000

11) CONGY.F, DEVERNOIS.J.F, MOULIAS.R et al.
La Nouvelle Presse Médicale, 23 octobre 1982, 11, n°42
Pathologie iatrogène à l'admission des personnes âgées à l'hôpital

12) CONGY.F , PIETTE.F, FORETTE.B , MOULIAS.R
La Revue de Gériatrie, Tome 15, N°2, Février 1990, pp 45-56
Les personnes âgées admises par le service d'urgences du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière
Enquête transversale : description de l'échantillon lors de l'admission.

13) COUVAL.M.N
Thèse de médecine 1990
L'aide médicale urgente et les personnes âgées dans le département des Vosges.

14) COUVAL.M.N, TONNELIER.H, MOYSAN.J et al.
Urgences (1992) 6, pp 303-313
Congrès SAMU et gériatrie
Aide médicale urgente et personnes âgées dans le département des Vosges
L'accueil des sujets âgés au quotidien

15) CRESTES A, ANYS A, MARDON P
Conférence de consensus 13,14 et 15 Avril 1994.
Réanimation Urgence 1994 ; 3 :107
L'admission des personnes âgées aux urgences.

16) DAVID.J.P, AMSELLEM.J, LEJONC.J.L et al.
Le Concours Médical, 12/01/1991,113-1
Personnes âgées : de l'hôpital à la prise en charge

17) DAVID.J.P, LEBOUCHER.S, PLANQUES.B et al.
Urgences (1992) 11, pp 207-211
Congrès SAMU et gériatrie
Accueil hospitalier et réseaux. L'unité d'accueil et d'orientation des personnes âgées.

18) DAVIDO A, LEVY P, LEPLAT P
Urgences 1992; 11: pp 215-218
Le maintien et le retour rapide des personnes âgées à partir des urgences médicales de la Pitié-Salpétrière.

19) Documents du conseil Social et Culturel de la Moselle,
Démographie, prise en charge des personnes âgées en Moselle,
édition Juin 1992.
Chiffre du recensement de 1998.

20) FANELLO.S, MOUTEL.L, HOUSSIN.L, DURAND-STOCCO.C et al.
Santé Publique 1999, volume 11, n°4, pp 465-482
Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus
par le service des Admissions et Urgences d'un grand Hôpital.

21) Livre du Professeur Françoise FORETTE :
La révolution de la longévité.

22) GENTRIC.A, DUQUESNE.F, GRAZIANA.A et al.
La Revue de Médecine Interne 1998; 19:pp 85-90
L'accueil gérontologique médico-social aux urgences :
une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en médecine?

23) GIRARDOT.F, GROSSHANS.C, PETER.B et al.
La Revue de Gériatrie, Tome 21, N°2 Février 1996, pp97-106
L'admission des personnes âgées aux urgences médicales
d'un hôpital général.

24) GOLBERINE.G, RAPHAEL.A-M, BENDALI.L
Le Nouvel Observateur, septembre 2003, p 28

25) GONTHIER.R, CATHEBRAS.P
La Presse Médicale, 23 octobre 1999, 28, n°32 : pp1780 à 1793
Polypathologies du sujet âgé et réponses thérapeutiques :
les pièges à éviter
Les effets indésirables des médicaments chez le sujet âgé :
épidémiologie et prévention

26) GUILLET P.
Concours Médical 1989 ; 11 :2066-9
Avantages et méfaits de l'hospitalisation du sujet âgé.

27) IMBS.J.L, WELSCH.M
J.Méd.Strasbourg, 1989, 20(9), pp 563-564
La prescription du médicament chez la personne âgée.

28) JUGE-BOULOGNE.A, KERVINIO.C, DRODE.M
La Revue de Gériatrie, Tome 26, N°9 NOVEMBRE 2001, pp 713-718
Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences : enquête rétrospective au Centre Hospitalier de PAU

29) Docteur KAGAN.Y
IMPACT MEDECIN : 9 novembre 2001, N°555
Urgences en gérontologie

30) KARIGER.E, BLANCHARD.F, PIRE.J.C
Facteurs prédictifs du devenir à 6 mois des personnes de plus 75 ans admises aux urgences : enquête réalisée sur 199 personnes âgées de plus 75 ans hospitalisés en urgence sur les hôpitaux publics de la Marne.

31) LAFOREST.J
Editions Frison-Roche
Introduction à la gérontologie

32) Pr. LE COUTOUR, Dr CARDONA-LAMY.V
La Revue du Praticien 1997,47, pp 1837 à1840
Personnes âgées ; démographie, aides économiques et sociales, institutions sanitaires et sociales.

33) Professeur LEGRAIN.S, Dr GIRARD.L
Gériatries N°30-Mai/Juin 2002-Vol 5, pp 24-30
Accidents iatrogènes médicamenteux chez le patient âgé.
Peut-on diminuer leur fréquence ?

34) LORIAUX.M
3° colloque Européen de la prévention des risques
« vieillir est d'abord une chance »
La géritude : mode intellectuelle ou nouveau paradigme révolutionnaire; p106-111

35) LUTZER.P,BIZIEN.A, REINGEWIRTZ.S
La Revue de Gériatrie, Tome 27 N°10-DECEMBRE 2002, pp 799-801
Bref panorama des réformes dans le domaine gérontologique socio-sanitaire.

36) MANCHON.N.M, BERCOFF.E, SENANT.J et al.
Revue de Médecine Interne 1989; 10: pp 521-5
Fréquence et gravité des interactions médicamenteuses dans une population âgée : étude prospective concernant 639 malades.

37) MATAS.O, MORALI.M, DUCLUZEAU.R et al.
Sem. Hôp. Paris 1997 ; 73 :n°9-10, pp 261-267
Les personnes âgées de plus 60 ans hospitalisées en service d'urgence médicale : analyse prospective de 1212 dossiers.

38) MORITZ.F, BENEZ.F, LEMARCHAND.P
La Presse Médicale, 20 janvier 2001,30, n°2, pp 51-54
Quelles prises en charge des personnes très âgées aux urgences : évaluation de 150 patients de plus 90 ans au CHU de Rouen.

39) Professeur POUS.J
Revue du Praticien 1994, 44, 2
Démographie, aides économiques et sociales, institutions sanitaires et sociales.

40) POUTET.J.Y, INGRAND.P, PRADERE.C et al.
La Revue de Gériatrie, Tome 20 , N°7 Septembre 1995, pp 465-470
Les personnes âgées adressées aux urgences: caractéristiques médico-sociales, motifs d'admission et orientation initiale
Les urgences gériatriques médicales en hôpital général : pour une meilleure prise en charge.

41) RABUS.M.T, ZINETTI.J, COCHETON.J.J et al.
La Revue de Gériatrie, Tome18, N°1, Janvier 1993, pp 31-34
Le fonctionnement des urgences gériatriques : une expérience de collaboration entre un service de moyen séjour et un CHU.

42) Revue de gérontologie n°119
Ethique médicale et gérontologique.

43) RIETSCH.M.P, BERTHEL.M, KUNTZMANN.F et al.
J.Méd.Strasbourg, 1990, 21(3), pp 119-123
La personne âgée et l'urgence : à propos de 811 interventions primaires effectuées par le SMUR de Strasbourg auprès de personnes âgées de 65 ans et plus.

44) RIETSCH.M.P, LUN.N, BROGARD.J.M et al.
J .Méd. Strasbourg, 1991, 22(9), pp 494-499
L'admission des personnes âgées aux urgences médicales.
Résultats d'une enquête prospective
Réalisée aux Hospices Civils de Strasbourg.

45) ROGER.M
Le Concours Médical, 26/02/1994, 116-08
Prise en charge des personnes âgées du CHU Bichat.

46) ROY.P
Le Quotidien du Médecin, N°6973, Lundi 24 septembre 2001
Budget 2002, le CLIC, une clé pour l'avenir des personnes âgées.

47) SAINT-JEAN.O, BERIGAUD.S, BOUCHON.J.P
Ann. Med. Interne, 1991 :142,n°8 , pp 563-569.
Polypathologie et co-morbidité : un mode dynamique de description
de la morbidité chez les sujets âgés. Etude de 100 patients de 80ans et plus
en Unité de Médecine Gériatrique de court séjour.

48) SAINT-JEAN.O, BERIGAUD.S, BOUCHON.J.P et al.
Réanimation Soins Intensif Médecine Urgence, 1992, pp 555-561
Circuit hospitalier d'urgence des PA : description d'une population et
d'une expérience de transfert direct en Unité de Médecine Interne et Gériatrie.

49) SAINT JEAN.O, BOUCHON.J.P
La Revue de Médecine Interne 1991, 12 : pp 180-182
Urgences hospitalières chez les personnes âgées et Médecine Interne Gériatrique.

50) SERMET.C
Centre de Recherche et d'Etude et de Documentation en Economie
de la Santé (CREDES), 1987
Les personnes âgées à l'hôpital.

51) UNGER.P.F,STUCKELBERGER.A, MICHEL.J.P
Réanimation Urgences1993, 2(3), pp 273-278
Orientation des patients âgés à partir du service d'accueil et d'urgence:
Hôpital général ou Hôpital gériatrique ?

52) VETEL J.M
La Revue de Gériatrie, Tome 22 N°8-octobre 1997, p 9-21
Le Second Livre Blanc
Les personnes âgées dans les établissements sociaux et médico-sociaux.
Les établissements hospitaliers de proximité/ hôpital local.
Les établissements publics de santé.

53) VETEL.J.M
La Revue du Praticien, 1990, 40, 27
Les structures hospitalières gériatriques et les structures d'hébergements extra-hospitalières gériatriques.

54) WELSCH.M
Journal Méd. Strasbourg, 1989, 20(9), pp 563-564
La prescription du médicament chez la personne âgée .

55) Rapport des groupes de travail sur les Urgences ; Janvier 2002
Annexe 1 : Urgences et Gériatrie ; pp 17à 21
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ; octobre 2001.

♣ ANNEXES ♣

N°_____/ 2003

UNITE MOBILE DE GERIATRIE – UF 7113
Pavillon Schutzenberger - HÔPITAL DE LA ROBERTSAU
☎ - Répondeur- Fax : 03 88 11 57 15 (ligne directe) ou Poste 15 715

Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

EVALUATION GERIATRIQUE U.M.G.

NOM : **Date :**

PRENOM :

Date de Naissance : **Sexe :**

Adresse : **Chambre N° :**

UF : **Date d'entrée :**

Motifs d'hospitalisation :

Date de recours à l'UMG :

	A réaliser	Date	Par
Chutes, troubles de la marche			
Bilan fonctions supérieures			
Bilan d'autonomie			
Incontinence			
Dépression			
Dénutrition			
Problème social			
Escarre			
Trouble sensoriel			
Douleurs			
Autres			

⇨ **Médecin Traitant :**
☎ :

Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG
Hôpital de la Robertsau – *Unité Mobile de Gériatrie*
83 rue Himmerich - 67091 STRASBOURG CEDEX

UMG N°:

UNITE MOBILE DE GERIATRIE
☎15715

NOM : **Date :**

PRENOM : **Heure :**

Date de naissance : **Age :**

Service : **Date d'entrée :**
Heure d'entrée :

Motifs d'admission :

Pathologies chroniques :

Problèmes dépistés :

- Chutes, troubles de la marche ❑
- Bilan de fonctions supérieures ❑
- Perte d'autonomie ❑
- Incontinence ❑
- Dépression ❑
- Dénutrition ❑
- Problème psycho-social ❑
- Escarres ❑
- Soins de fin de vie ❑
- Troubles sensoriels ❑

Autres :

Date : **Signature:**

URGEN

N° UMG :

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : **UF :**

Entourage : ☐

1. vit seul(e)
2. Avec conjoint
3. Avec 1 ou plusieurs enfants
4. Avec une autre personne
5. En collectivité
0. Ne sait pas
9. Autre

Habitat : ☐

1. Maison de retraite non médicalisée
2. Maison de retraite médicalisée
3. Logement foyer
4. Long séjour
5. Autre hébergement
6. Domicile personnel
7. Milieu familial
0. Ne sait pas
9. Autre

Aides sanitaires : ☐☐

0. Ne sait pas
1. Aucune aide
2. IDE moins d'une fois par jour
3. IDE 1 fois par jour
4. IDE plus d'une fois par jour
5. Kiné
9. Autre

Aides sociales : ☐☐☐

0. Ne sait pas
1. Aucune aide
2. Aide-ménagère moins d'une fois par jour
3. Aide-ménagère 1 fois par jour
4. Portage de repas
5. Garde-malade
9. Autre

Aides techniques : ☐☐☐☐☐

0. Ne sait pas
1. Aucune aide
2. Lit médicalisé
3. Fauteuil roulant
4. Cadre de marche
5. Chaise percée
6. Soulève-malade
9. Autre

CODAGE

Date :

N° UMG :

Mini Nutritionnal Assessment
ECHELLE MNA.

NOM :

PRENOM :

I Indices anthropométriques

1 Indice de masse corporelle (BMI) P/T^2

0 = BMI < 19
1 = 19 < BMI < 21
2 = 21 < BMI <23
3 = BMI >23

2 Circonférence du bras (CB en cm)

0.0= CB < 21
0.5 = 21< CB <22
1.0 = CB>22

3 Circonférence du mollet (CM en cm)

0 = CM < 31
1 = CM > 31

4 Perte récente de poids (< 3 mois)

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

II Evaluation Globale

5 Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?

0 = non 1 = oui

6 Prend plus de trois médicaments ?

0 = oui 1 = non

7 Maladie aiguë ou stress psychologique lors des trois derniers mois ?

0 = oui 1 = non

8 Motricité

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

9 Problèmes neuropsychologiques

0 = Démence ou dépression sévère
1 = Démence ou dépression modérée
2 = Pas de problème psychologique

10 Escarre ou plaie cutanée ?

0 = oui 1 = non

III Indices Diététiques

11 Combien de véritable repas le patient prend-il par jour ?
(petit déjeuner, déjeuner, dîner > à deux plats)

0= 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas

Date : N° UMG :

ECHELLE DOLOPLUS.

NOM : PRENOM :

A. Retentissement somatique :

1. Position antalgique de repos :
   - a. pas de position antalgique au repos 0
   - b. position antalgique partiellement efficace 1
   - c. Position antalgique inefficace 2

2. Plaintes somatiques spontanément exprimées :
   - a. pas de plainte spontanée 0
   - b. plaintes spontanées minimes et/ou occasionnelles 1
   - c. plaintes spontanées continues et/ou exprimées avec force 2

3. Mimique au repos :
   - a. visage normalement détendu 0
   - b. pauvreté d'expression 1
   - c. traits tirés, visage grimaçant 2

4. Protection des zones douloureuses :
   - a. pas de protection des zones douloureuses 0
   - b. protection des zones douloureuses lors des sollicitations 1
   - c. protection des zones douloureuses au repos 2

5. Plaintes réveillées par l'examen clinique :
   - a. aucune plainte 0
   - b. douleur n'entravant pas l'examen clinique 1
   - c. douleur provoquant une opposition à l'examen 2

B. Retentissement psychomoteur :

1. Soins :
   - a. soins non entravés 0
   - b. soins limités 1
   - c. soins empêchés 2

2. Toilette et habilage :
   - a. toilette et habillage non entravés 0
   - b. toilette et habillage limités 1
   - c. toilette et habillage empêchés 2

3. Marche et transferts :
   - a. marche et transferts non entravés 0
   - b. marche et transferts limités 1
   - c. grabatisation 2

4. Repas et/ou appétit :
   - a. repas et/ou appétit normaux 0
   - b. repas et/ou peu entravés 1
   - c. repas et/ou très entravés 2

Date :

N° UMG :

BILAN DES FONCTIONS COGNITIVES

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Niveau de scolarité : Primaire Secondaire Supérieur

Date estimée de début des troubles :

Mode de début des troubles : Progressif Brutal

Trouble de la mémoire Trouble du comportement Syndrome confusionnel

Critères de diagnostic

Altération de la mémoire	oui	non
Altération de la pensée abstraite	oui	non
Altération du jugement	oui	non
Trouble praxique	oui	non
Trouble gnosique	oui	non
Trouble phasique	oui	non

Perturbation significative avec les activités sociales	oui	non
Absence de confusion	oui	non
Absence de facteur étiologique	oui	non
Absence de dépression	oui	non

MMS : /30

BEC 96 : /96

Hachinski : /18

Scanner cérébral :

Résultats :

Conclusion :

Date : N° UMG :

ECHELLE G.D.S.

NOM : PRENOM :

1.Etes-vous satisfait(e) de votre vie ?
OUI NON*

2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?
OUI* NON

3.Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?
OUI* NON

4. Vous ennuyez-vous souvent ?
OUI* NON

5. Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ?
OUI NON*

6. Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse ?
OUI* NON

7. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?
OUI NON*

8. Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir ?
OUI* NON

9. Etes-vous heureux(euse) la plupart du temps ?
OUI NON*

10. Avez-vous souvent besoin d'aide ?
OUI* NON

11. Vous sentez-vous nerveux(euse) au point de ne pouvoir tenir en place ?
OUI* NON

12. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir ?
OUI* NON

13. L'avenir vous inquiète-t-il ?
OUI* NON

14. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?
OUI* NON

15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?
OUI NON*

16. Avez-vous souvent le cafard ?
OUI* NON

17. Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile ?
OUI* NON

MINI-MENTAL TEST DE FOLSTEIN

Etiquette

TEST (score de 30 à 0)

ORIENTATION

1. Quel jour de la semaine sommes-nous ? .....
2. Quelle est la date aujourd'hui ? .....
3. En quel mois sommes-nous ? .....
4. En quelle saison sommes-nous ? .....
5. En quelle année sommes-nous ? ..... / 5

6. Où sommes-nous ici ? (Quel hôpital, quelle maison de retraite ?) .....
7. A quel étage sommes-nous ? .....
8. Dans quelle ville sommes-nous ? .....
9. Dans quel département (province) sommes-nous ? .....
10. Dans quel pays sommes-nous ? ..... / 5

ENREGISTREMENT DE DONNEES

11. Répétez les mots suivants et essayez de vous en souvenir : "citron, clé, ballon" ou "cigare, fleur, porte".....
12. (l'examinateur doit prononcer ces mots au rythme de un par seconde) .....
13. Chaque réponse correcte = 1. En cas de difficultés, recommencez jusqu'à 5 fois. *Cotez la 1ère réponse* ..... / 3

ATTENTION ET CALCUL MENTAL

14. .....
15. Soustraire 7 de 100 et ainsi de suite .....
16. (Chaque soustraction juste = 1 .....
17. Maximum 5 réponses correctes .....
18. Si impossible à effectuer ; épelez le mot "monde" à l'envers ..... / 5

MEMOIRE

19. .....
20. Vous souvenez-vous des trois mots que vous avez répétés tout à l'heure ? .....
21. ..... / 3

LANGAGE

22. Qu'est-ce que c'est que cela ? (Montrer un crayon) .....
23. Qu'est-ce que c'est que cela ? (Montrer la montre) .....
24. Répétez : "pas de si ni de mais" (Chaque réponse correcte =1) ..... / 3

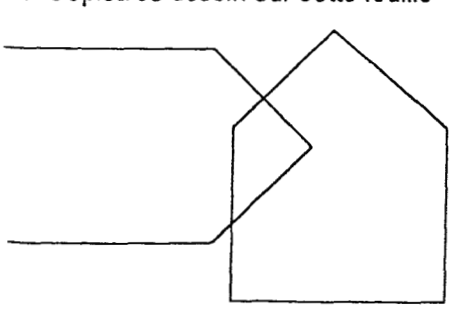
25. Faire exécuter au sujet les 3 ordres successifs suivants : .....
26. "Prenez cette feuille de papier dans la main droite, pliez-la par le milieu et posez la par terre" .....
27. Maximum 3 points ..... / 3

28. Lisez et faites ce qu'il y a sur cette feuille de papier ("Fermez les yeux") ..... / 1

29. Ecrivez une phrase de votre choix sur cette feuille ..... / 1

ACTIVITE MOTRICE

30. Copiez ce dessin sur cette feuille ..... / 1



Score total :...../ 30

Date :

Date

Echelle d'activités instrumentales de la vie courante (IADL - Lawton)

Cachet du médecin

Date : .....

Nom du patient : .....

Entourer la réponse qui correspond le mieux aux capacités du sujet (une seule réponse par item).

Capacité à utiliser le téléphone

0 Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros etc.

1 Je compose un petit nombre de numéros bien connus

1 Je réponds au téléphone, mais n'appelle pas

1 Je suis incapable d'utiliser le téléphone

Capacité à utiliser les moyens de transport

0 Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun, ou avec ma propre voiture)

1 Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus

1 Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné (e)

1 Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e)

1 Je ne me déplace pas du tout

Responsabilité pour la prise des médicaments

0 Je m'occupe moi-même de la prise: dosage et horaire

1 Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance

1 Je suis incapable de les prendre de moi-même

Capacité à gérer son budget

0 Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures ...)

1 Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (planifier les grosses dépenses)

1 Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour

Score aux 4 IADL = somme item téléphone + transport + médicaments + budget
Score total (0 à 4)

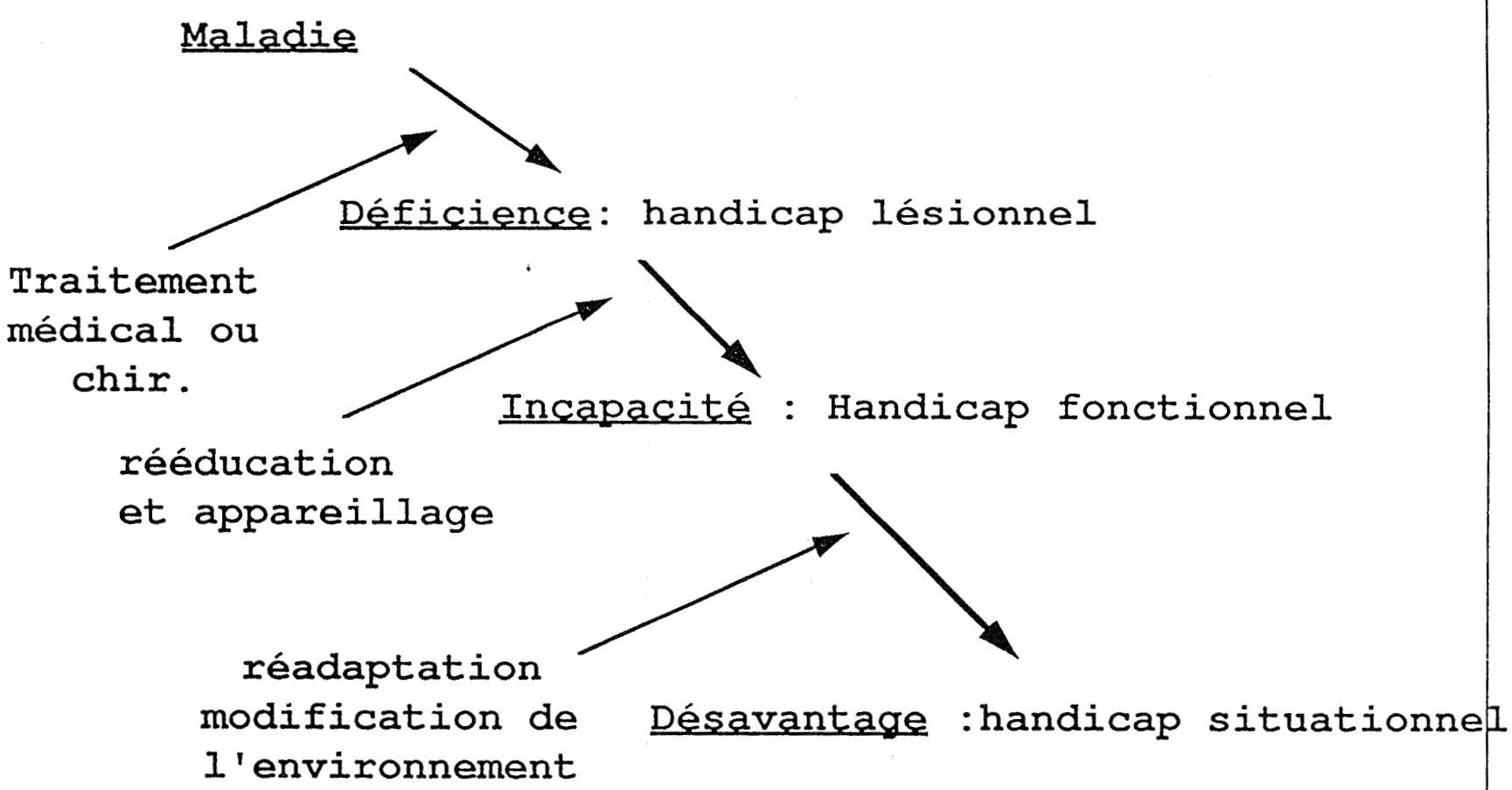
Définitions:

Déficience:" toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique"

Incapacité: "Correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain"

Désavantage: "Résulte pour un individu donné d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels)

schéma: CONCEPT DE WOOD



application:

<u>Maladie:*Artérite des MI*</u>

Traitement médical ou chir.

<u>Déficience</u>: handicap lésionnel
motricité limitée ou impossible

rééducation et appareillage

<u>Incapacité</u> : Handicap fonctionnel
limitation de la locomotion (escaliers, marche, course)

réadaptation modification de l'environnement

<u>Désavantage</u> :handicap situationnel
besoin d'une tierce personne
isolement social

VU

NANCY, le **4 FÉVRIER 2004**
Le Président de Thèse

Professeur **P.E. BOLLAERT**

NANCY, le **4 FÉVRIER 2004**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **P. NETTER**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **9 FÉVRIER 2004**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **J.P. FINANCE**

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

RESUME DE LA THESE.

L'hospitalisation des personnes âgées de 75 ans et plus se fait désormais par une admission au travers du service d'urgence.
La qualité et l'accueil de ces malades âgés nécessitent pour beaucoup d'auteurs un bilan et une évaluation gériatrique.
Au cours de cette thèse, après avoir décrit les caractéristiques médico- sociales de la population âgée. L'auteur a réalisé une étude rétrospective puis prospective de 15 jours consécutifs, sur la réalité de ces admissions sur le secteur de Metz.
Il détaille ainsi cette population particulière et son orientation après les urgences.
L'auteur réalise ensuite une comparaison de ces résultats avec la littérature.
Il essaie de mettre en évidence les insuffisances de cette prise en charge.
Il aborde enfin une série de propositions pour améliorer la prise en charge de ces patients âgés.

TITRE EN ANGLAIS.

The management of the 75-year-old people in the emergency department.

THESE : **MEDECINE GENERALE- ANNEE-2004**

MOTS CLEFS:

Hospitalisation - Personnes âgées de 75ans et plus - Service d'Accueil et d'Urgence - Gériatrie - Etude rétrospective et prospective- La ville de Metz.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cédex.