

Académie d'Orléans –Tours  
Université François-Rabelais

## FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2016

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

*Leclerc Rémi*  
*Né le 01/09/1987 à Nice*

Présentée et soutenue publiquement le 28/04/2016

PROFIL GERIATRIQUE DES PATIENTS DE 75 ANS ET PLUS, PRESENTS A LA  
RELEVÉ DE 8H30 (AYANT PASSE AU MOINS UNE NUIT AUX URGENCES) DANS  
LE SERVICE DES URGENCES D'ORLEANS

Jury

Président de Jury : Madame le Professeur Universitaire Anne-Marie Lehr-Drylewicz

Membres du jury : Madame le Professeur Universitaire Caroline Hommet  
Monsieur le Professeur Universitaire Jean-Pierre Lebeau  
Madame le Docteur Anne Malet  
Madame le Docteur Magali Fleury

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**  
**Professeur Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**  
Professeur Henri MARRET

**ASSESSEURS**

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*  
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

Madame Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Professeur Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET  
Professeur Catherine BARTHELEMY  
Professeur Jean-Claude BESNARD  
Professeur Philippe BOUGNOUX  
Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Etienne LEMARIE  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Michel ROBERT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

## PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – P. RAYNAUD – A. ROBIER – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – J. THOUVENOT – B. TOUMIEUX – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	AUSON Daniel .....	Radiologie et imagerie médicale
	ANDRES Christian .....	Biochimie et biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe .....	Biophysique et médecine nucléaire
	AUPART Michel .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique .....	Cardiologie
	BALLON Nicolas .....	Psychiatrie ; addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
MM.	BARON Christophe .....	Immunologie
	BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
	BODY Gilles .....	Gynécologie et obstétrique
	BONNARD Christian .....	Chirurgie infantile
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
	BRUYERE Franck .....	Urologie
	BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
	CALAIS Gilles .....	Cancérologie, radiothérapie
	CAMUS Vincent .....	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques .....	Parasitologie, mycologie
	CHANTEPIE Alain .....	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe .....	Hématologie, transfusion
	CONSTANS Thierry .....	Médecine interne, gériatrie
	CORCIA Philippe .....	Neurologie
	COSNAY Pierre .....	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
	COUET Charles .....	Nutrition
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc .....	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand .....	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François .....	Thérapeutique
	DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
	DIOT Patrice .....	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
	DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Médecine interne, nutrition
	DUMONT Pascal .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
	EHRMANN Stephan .....	Réanimation d'urgence
	FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
	FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de réadaptation
	FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence

	GAILLARD Philippe.....	Psychiatrie d'adultes
	GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	GOUDEAU Alain.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
	GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
	GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la
reproduction		
	GUILMOT Jean-Louis.....	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
	GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
	GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
	HAILLLOT Olivier.....	Urologie
	HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
	HANKARD Régis.....	Pédiatrie
	HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
	HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline.....	Médecine interne, gériatrie
MM.	HUTEN Noël.....	Chirurgie générale
	LABARTHE François.....	Pédiatrie
	LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine
d'urgence		
	LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
	LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon.....	Immunologie
	LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
	LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
	LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
	LORETTE Gérard.....	Dermato-vénéréologie
	MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
	MAILLOT François.....	Médecine interne, gériatrie
	MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
	MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
Mme	MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MM.	MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
Mme	MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MM.	MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
	ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
	PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique.....	Réanimation médical, médecine d'urgence
	PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
	ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique.....	Biologie et médecine du développement et de la
		reproduction
	RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
	SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie.....	Biologie et médecine du développement et de la
reproduction		
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick.....	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
	VELUT Stéphane.....	Anatomie
	VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire

WATIER Hervé ..... Immunologie

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M. LEBEAU Jean-Pierre  
Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

## PROFESSEURS ASSOCIES

MM. .... MALLET Donatien Soins palliatifs  
POTIER Alain ..... Médecine Générale  
ROBERT Jean ..... Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ANGOULVANT Théodora ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique  
M. BAKHOS David ..... Physiologie  
Mme BERNARD-BRUNET Anne ..... Cardiologie  
M. BERTRAND Philippe ..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication  
Mme BLANCHARD Emmanuelle ..... Biologie cellulaire  
BLASCO Hélène ..... Biochimie et biologie moléculaire  
M. BOISSINOT Éric ..... Physiologie  
Mme CAILLE Agnès ..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication  
M. DESOUBEUX Guillaume ..... Parasitologie et mycologie  
Mmes DOMELIER Anne-Sophie ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
DUFOUR Diane ..... Biophysique et médecine nucléaire  
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie ..... Anatomie et cytologie pathologiques  
M. GATAULT Philippe ..... Néphrologie  
Mmes GAUDY-GRAFFIN Catherine ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
GOUILLEUX Valérie ..... Immunologie  
GUILLON-GRAMMATICO Leslie ..... Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication  
MM. HOARAU Cyrille ..... Immunologie  
HOURIOUX Christophe ..... Biologie cellulaire  
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
LE GUELLEC Chantal ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique  
MACHET Marie-Christine ..... Anatomie et cytologie pathologiques  
MM. PIVER Eric ..... Biochimie et biologie moléculaire  
ROUMY Jérôme ..... Biophysique et médecine nucléaire  
PLANTIER Laurent ..... Physiologie  
Mme SAINT-MARTIN Pauline ..... Médecine légale et droit de la santé  
MM. SAMIMI Mahtab ..... Dermatologie-vénéréologie  
TERNANT David ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

## MAITRES DE CONFERENCES

Mmes AGUILLON-HERNANDEZ Nadia ..... Neurosciences  
ESNARD Annick ..... Biologie cellulaire  
M. LEMOINE Maël ..... Philosophie  
Mme MONJAUZE Cécile ..... Sciences du langage - orthophonie  
M. PATIENT Romuald ..... Biologie cellulaire  
Mme RENOUX-JACQUET Cécile ..... Médecine Générale

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M. IVANES Fabrice ..... Cardiologie

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M. BOUAKAZ Ayache ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

Mmes BRUNEAU Nicole ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930  
CHALON Sylvie ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

MM. CHARBONNEAU Michel ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292  
COURTY Yves ..... Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100  
GAUDRAY Patrick ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292  
GILLOT Philippe ..... Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282  
GUILLEUX Fabrice ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292

Mmes GOMOT Marie ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930  
GRANDIN Nathalie ..... Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292  
HEUZE-VOURCH Nathalie ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

MM. KORKMAZ Brice ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
LAUMONNIER Frédéric ..... Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930  
LE PAPE Alain ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100

Mme MARTINEAU Joëlle ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

MM. MAZURIER Frédéric ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292  
MEUNIER Jean-Christophe ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966  
RAOUL William ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292

Mme RIO Pascale ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069

M. SI TAHAR Mustapha ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

Mme DELORE Claire ..... Orthophoniste

MM. GOUIN Jean-Marie ..... Praticien Hospitalier  
MONDON Karl ..... Praticien Hospitalier

Mme PERRIER Danièle ..... Orthophoniste

### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

Mme LALA Emmanuelle ..... Praticien Hospitalier

M. MAJZOUB Samuel ..... Praticien Hospitalier

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

# REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Lehr-drylewicz Anne-Marie

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider cette thèse. En cela je vous prie de recevoir l'expression de ma profonde gratitude.

A Madame le Professeur Hommet Caroline

Vous avez accepté de juger cette thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Lebeau Jean-Pierre

Vous avez consenti à participer au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect.

A Madame le Docteur Fleury

Votre investissement durant toutes ces années, au sein du service de gériatrie d'Orléans, m'a donné envie de m'intéresser aux personnes âgées. C'est un plaisir de constater la passion qui vous anime pour cette spécialité.

Je vous remercie de bien vouloir apprécier mon travail de thèse au sein de ce jury.

A Madame le Docteur Malet Anne

Je vous remercie pour la débordante énergie que vous avez consacrée à m'encadrer malgré vos impératifs. Cet engagement que vous consacrez à votre métier m'a donné l'envie, de me destiner à cette profession.

Merci Anne, infiniment, j'ai hâte de débiter ma carrière à vos côtés.

**Je remercie la République française** pour le financement d'un enseignement médical de qualité et son système de soins universel.

**Aux Facultés de Médecine du Kremlin-Bicêtre et de Tours**, pour la qualité de leur enseignement depuis le début de mes études supérieures.

**Aux patients anonymes**, sans qui cette thèse n'existerait pas.

**Merci à toute l'équipe du Service de pneumologie d'Orléans.**

Dr Lemaire, Dr Amiot, Dr Dixmier, Dr Druelle, Dr El Khalil, Dr Yaici, l'équipe paramédicale et le secrétariat, vous m'avez toujours accompagné et conseillé dans une ambiance professionnelle et familiale. Ce fût mon premier semestre d'interne, et grâce à vous je ne me suis jamais senti en difficulté. J'ai hâte de collaborer avec vous à l'avenir.

**Merci à toute l'équipe du Service de Gériatrie d'Orléans.**

Dr Gauvain, Dr Surville, Dr Marcelin, Dr Galy, Dr Ba, Dr Fleury, l'équipe paramédicale, les secrétaires, vous m'avez transmis la passion et le respect pour les patients gériatriques. Vous m'avez également transmis la rigueur nécessaire à la pratique de la médecine. Je suis impatient de poursuivre mon travail de recherche en collaboration avec vous.

**Merci à toute l'équipe du Service d'Accueil des urgences d'Orléans.**

Dr Maître, Dr Archambault, Dr Bellec, Dr Carré, Dr Cherki, Dr Cordeau, Dr Ducroquet, Dr Ebrahim, Dr Malet, Dr Pauron, Dr Passerieu, Dr Giovanetti, Dr Guérin, l'équipe paramédicale, les secrétaires, vous avez révélé en moi la vocation d'urgentiste. Vous m'avez appris les bases de ce difficile mais beau métier. Je suis fier et honoré de travailler à vos côtés prochainement.

**Merci à l'équipe du SAMU/SMUR d'Orléans.**

Dr Auchères, Dr Archambault, Dr Alexis, Dr Bathelier, Dr Carré, Dr Cendrie, Dr Chourar, Dr Linassier, Dr Maître, Dr Narcisse, Dr Pauron, Dr Passerieu, Dr Giovanetti, Dr Guérin, Dr Belec, l'équipe paramédicale, les assistants de régulation médicale. Vous m'avez fait découvrir le monde si particulier de la médecine d'urgence pré-hospitalière, une chance qui est offerte à peu d'internes. J'ai hâte de me lancer sur la route (ou dans les airs) avec vous.

**Merci aux Dr Anchier, Dr Galand, Dr Caillard, mes Maîtres de stage en Médecine Générale.**

Certes je ne me suis pas destiné à la médecine ambulatoire, mais vous m'avez grandement appris quant à cette belle discipline. Je ne suis pas prêt d'oublier ces palpitantes visites à domicile en campagne.

**Merci à toute l'équipe du Service d'Accueil des Urgences Pédiatriques de Tours.**

Dr Marot, Dr Agostini, Dr Braïk, Dr Bouillo, Dr Cloarec, Dr Come, Dr Magontier, Dr Urvois-Grange, l'équipe paramédicale, et les secrétaires, grâce à vous, j'ai redécouvert le monde de la pédiatrie avec ses spécificités. Vous m'avez enseigné l'exigence et les devoirs de la médecine. Vos conseils m'aideront toute ma vie pour la prise en charge des enfants.

**Merci à l'équipe de SOS médecin de Tours.**

Vous m'avez fait confiance pour vous remplacer. Cette expérience fût très riche en enseignement.

**Merci à toute l'équipe de Réanimation Polyvalente du CH de Chartres.**

Dr Kalfon, Dr Lherm, Dr Gontier, Dr Ben Salah, Dr Ouchenir, Dr Audibert, Dr Conia, Dr Hamrouni, l'équipe paramédicale, les secrétaires. J'ai appris à gérer la détresse vitale parmi vous. Ce dernier stage fût idéal avant de débiter l'assistanat. Merci pour votre soutien sans faille. Ce fût un honneur d'être interne dans votre service. Je remercie tout particulièrement Adel, ta gentillesse n'a d'égal que ta motivation à marquer des buts au foot.

**Au Professeur Perasso,**

Merci de m'avoir enseigné les statistiques aussi bien à Orsay. Ce fût un bonheur de participer à vos cours.

**A mes co-externes et mes co-internes,**

Asmaa, merci, tu étais toujours la première dans l'amphithéâtre à Orsay. Tu nous gardais une place pour qu'on puisse assister aux cours le plus proche possible des professeurs.

Nicolas, merci, ton accompagnement en vélo en première année de médecine. Lozère n'a plus aucun passage secret pour nous désormais.

Mister P2, merci pour ton accompagnement dans les révisions et en dehors pendant tout l'externat. Nos séances de révision à la BU d'Orsay ont été le ciment de notre amitié.

NLB, Zaki, Elodie, Marie, Lauren et toute la bande, parce qu'à vos côtés, l'hôpital n'est pas seulement la maladie, c'est aussi des liens d'amitié, des moments de bonheur et de rigolade. L'externat est passé trop vite à vos côtés.

Thomas, tu as été comme un mentor pour moi, tu m'as aidé et guidé dans mes premiers pas d'interne.

Julia, merci pour ton soutien et ton aide dans notre formation de DESC de médecine d'urgences. En espérant reprendre prochainement la route de Poitiers sur du fatal picard à fond dans la voiture.

Emmanuelle, Fabien, Alexandre, Aristide, vous avez été de formidables co-internes. Que de moments de rigolades... J'ai beaucoup appris à vos côtés. Je vous souhaite bon vent dans votre futur exercice.

Je remercie également Maud, Sakina, Morgane, Ludivine, Clément, Caroline, Julie, Ravi, Maxime, et Mélanie.

### **A ma belle-famille,**

Merci pour vos bons petits plats pendant toutes ces études. Merci Mina ne nous avoir prêté ton appartement pendant les révisions de l'ECN.

### **A mes amis d'enfance.**

Vincent, Boris, et Eric, mes témoins de mariage. Depuis mon enfance, vous êtes présents à mes côtés. Vous avez toujours été présents même quand moi j'étais cloué en peignoir à ma chaise de bureau à réviser. Vous êtes les frères que je n'ai jamais eu. Vincent, mairisi pour la korexion D phote d'ortograf 2 ma taïse.

### **A mes parents et mes sœurs.**

Merci de m'avoir accompagné, soutenu, motivé, et cru en moi durant l'ensemble de mes études. Si je suis médecin aujourd'hui, c'est grâce à vous.

Enfin, je dédicace ma thèse à celle qui est mon amie, ma confidente, ma co-externe, ma co-interne, ma relectrice de thèse, ma femme. Bref, celle qui est mon tout. Marianne.

## **RESUME**

**INTRODUCTION.** Le nombre d'admissions des personnes âgées (PA) au service d'accueil des urgences (SAU) est en constante augmentation. Les conséquences sont une stagnation des PA aux urgences. L'objectif de l'étude était de décrire le profil gériatrique des PA passant au moins une nuit dans le SAU d'Orléans, pour améliorer leur prise en charge. **MATERIEL ET METHODE.** Cette étude descriptive prospective sur 50 jours incluait 84 patients de 75ans et plus. Deux questionnaires étaient remplis: un par l'infirmière d'accueil, l'autre par l'urgentiste. Les critères d'inclusion étaient la PA ayant un questionnaire complet en attente d'un lit d'aval ou d'une réévaluation. **RESULTATS.** Les PA représentaient 28% des admissions totales. Ils venaient du domicile dans 77%. 55% avaient une pathologie aiguë sur terrain débilisé ou comorbidité importante pouvant entraîner une pathologie en cascade. La consultation avait lieu sous l'impulsion d'un tiers dans 36% des cas alors qu'il n'était présent que dans 29% des cas. Le premier motif de consultation était la chute (26%). Le gériatre était contacté dans 8% des cas. Le principal motif d'inadéquation concernant l'orientation souhaitée et obtenue était le manque de lit d'aval. La moitié des PA sont retournés à leur lieu de vie sans que l'urgentiste n'ait recherché les éléments de fragilité. **DISCUSSION.** La majorité des PA viennent de leur domicile, sous l'impulsion d'un tiers alors qu'il est absent de la consultation au SAU. L'avis gériatrique est peu pris. La fragilité de la PA doit être dépistée dès son passage au SAU. Des outils de dépistage et de prise en charge des PA sont proposés dans cette étude et lancent de nouvelles perspectives de travail.

**Mots clefs :** fragilité, personne âgée, gériatrie, filière gériatrique, urgences, lit d'aval

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION.** The number of elderly people (PA) admitted at the Emergency (SAU) keeps growing. Consequently, PA are stagnating in the emergencies. The objective of the study was to describe the geriatric profile of PA staying at least one night in the SAU of Orleans, to improve their management. **MATERIAL AND METHOD.** This 50-day prospective study took into account 84 patients over 75 years old. Two evaluation form were completed: one by the reception nurse, the other one by the emergency doctor. The criteria of inclusion for PA was to have a completed evaluation while waiting for downstream bed or reassessment. **RESULTS.** PA were representing 28% of total admissions. 77.4% came from home. 55% of them had either a serious pathology on weakness ground or an important convenience that could cause a pathological chain reaction. 36% of consultations were under the influence of a third party even if the third party was present in only 29% of cases. The first reason for consultation was the fall (26%). The geriatric doctor was contacted in 8% of cases. The main reason for the discrepancy between what they wanted and what they got was the lack of downstream beds. Half of PA went back home without further fragility research from the emergency doctor. **DISCUSSION.** Most PA come from home encouraged by a third party even if they are missing at the SAU consultation. The Geriatric advice was not often taken into account. PA weakness has to be detected at their first arrival at SAU. Detection and management tools for PA are presented in this study; they offer new work perspectives.

**Key words:** fragility, elderly people, geriatric firm, emergency, downstream bed

## Table des matières

1	Introduction .....	14
2	Matériel et méthodes .....	15
2-1-	Matériel.....	15
2.1.1	Fiche IAO .....	15
2.1.2	Questionnaire médical .....	15
2.1.3	Type d'étude, population étudiée, critères d'inclusion et d'exclusion.....	16
2.2	Méthode .....	16
3	Résultats .....	17
3.1	Description des caractéristiques de l'échantillon .....	17
3.1.1	Nombre de patients inclus .....	17
3.1.2	Répartition des inclusions .....	18
3.2	Analyse statistique .....	19
3.2.1	Répartition des admissions en fonction des jours .....	19
3.2.2	Créneaux horaires des admissions.....	20
3.2.3	Sexe ratio et âge .....	21
3.2.4	Répartition en fonction du lieu de provenance.....	22
3.2.5	Répartition en fonction des adresseurs .....	23
3.2.6	Présence d'un accompagnant .....	23
3.2.7	Motif d'admission .....	23
3.2.8	Profil pathologique .....	25
3.2.9	Ancienneté des symptômes .....	27
3.2.10	Type de pathologie rencontrée .....	27
3.2.11	Avis d'un spécialiste .....	28
3.2.12	Fragilité et suivi social .....	28
3.2.13	Orientation souhaitée et obtenue .....	28
4	Discussion .....	30
4.1	De la méthode .....	30
4.2	L'admission aux urgences .....	31
4.3	Les adresseurs.....	31
4.3.1	Médecin généraliste.....	32
4.3.2	SAMU/SMUR/Centre 15 .....	32
4.3.3	Sapeurs-pompiers .....	33
4.3.4	SOS Médecins .....	33
4.3.5	Patients provenant d'EPHAD et maison de retraite non médicalisée, et du domicile33	
4.4	Prise en charge médicale aux urgences .....	34
4.4.1	Une réorientation par l'UMG dès l'admission aux urgences .....	34
4.4.2	L'avis des spécialistes .....	34
4.4.3	Dépistage des fragilités .....	36
4.4.4	La chute .....	37
4.4.5	L'AEG .....	38
4.4.6	Syndrome dépressif .....	38
4.4.7	Troubles cognitifs.....	39
4.4.8	Le rôle de l'assistante sociale.....	39
5	Conclusion.....	40
6	Annexes.....	41
7	Bibliographie .....	51

## 1 Introduction

L'évolution démographique en France entraîne une inflation du nombre d'admissions des personnes âgées (PA) de plus de 75 ans dans les services d'accueil des urgences (SAU). À Orléans en 2013, le nombre d'admissions de PA représentait 32,5 % des passages aux urgences adultes. Cette forte croissance des demandes de consultations dont les causes sont multiples et intriquées (conjoncturelles et organisationnelles) peut excéder la capacité du service à prodiguer des soins de qualité dans un délai raisonnable. Les causes concernent le SAU mais aussi le défaut de permanence de soins en amont et le manque de lits d'hospitalisation en aval des urgences. Les conséquences sont une stagnation des PA aux urgences, le non-respect de principes éthiques, une augmentation de la morbi-mortalité. Le SAU d'Orléans n'échappe pas à ce phénomène national.

Au moment de l'étude, le SAU d'Orléans comportait 32 places au total réparties sur 3 secteurs (secteur 1, 2, 3), 2 places au déchocage, et 18 lits en hospitalisation de courte durée (HTCD). Faute de place dans les services en aval, un secteur dit « de transit » (secteur 4) avait été créé et comportait 12 places. Son rôle était de ne pas bloquer les lits d'HTCD tant que le devenir de ces patients n'était pas assuré. Or, cette population de PA passant au moins une nuit aux urgences génère des contraintes spécifiques. Il s'agit d'une population à risque. La durée d'alitement de ces patients est prolongée et à la limite de l'acceptable (sur un brancard, parfois peu de possibilité d'aide pour la toilette ou la mobilisation). Elle nécessite une réévaluation systématique le matin, en plus du flux d'admission au SAU, ce qui est chronophage pour l'urgentiste. Elle nécessite une réorientation secondaire, et on observe une perte d'information en multipliant les intermédiaires.

Bien que la littérature scientifique soit riche sur le sujet, aucune étude spécifique à Orléans n'avait encore été réalisée pour cette population. Il paraît donc licite de s'intéresser à cette population pour en dégager ses problématiques.

L'objectif de l'étude était de décrire le profil gériatrique des PA au SAU d'Orléans encore présents à la relève médicale de 8h30 (passant au moins une nuit aux urgences) dans le secteur 4, en attente de la disponibilité d'un lit d'aval, d'une réévaluation, ou d'un avis spécialisé, afin de proposer des solutions pour améliorer leur prise en charge.

## 2 Matériel et méthodes

### 2-1- Matériel

Élaboration d'une fiche IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) et d'un questionnaire médical, inspirés de la conférence de consensus sur la prise en charge du sujet âgé aux urgences [1]. Puisque l'étude finale ne mentionne pas l'identité des patients, il n'a pas été jugé nécessaire d'obtenir le consentement des patients. Deux affiches informatives distinctes à destination des professionnels de santé étaient placardées dans le service (poste central IAO à l'accueil et les 2 bureaux médicaux).

#### 2.1.1 Fiche IAO

Pendant la période de l'étude, une fiche IAO spécifique destinée au recueil d'informations sur le patient, à modalité de réponses fermées, était remplie systématiquement par l'IAO à l'admission de tout patient de 75 ans et plus et se substituait à la fiche IAO habituelle. Celle-ci concernait le lieu de résidence (domicile privé, maison de retraite non médicalisée, ou EHPAD/maison de retraite médicalisée), l'adresseur (à sa propre initiative, sous l'impulsion d'un tiers (entourage), le médecin traitant, le SAMU/SMUR/Centre 15, les sapeurs-pompiers, ou SOS Médecins), la présence d'un accompagnant ou non avec le patient aux urgences, la présence ou non d'un courrier médical et si oui son contenu (motif d'admission, les antécédents, la présence d'aide au domicile, traitements, et projet social). Sur la fiche IAO figuraient également les informations habituellement recueillies telles que l'identité du patient, le motif d'admission, les antécédents ou les traitements de fond.

#### 2.1.2 Questionnaire médical

Ce questionnaire à modalité de réponses ouvertes ou fermées comportait 12 items :

- **l'item n°1** concernait le profil pathologique du patient (pathologie aiguë prédominante sans comorbidité majeure et relevant d'une spécialité, pathologie aiguë sur terrain débilite ou comorbidité importante pouvant entraîner une pathologie en cascade, ou polyopathie sans maladie prédominante) ;

- **le n°2** l'ancienneté des symptômes (moins de 24 heures, entre 1 à 7 jours, ou plus d'une semaine) ;

- **le n°3** le type de pathologie rencontrée (malaise/syncope, altération de l'état général (AEG), chutes, pathologie cardiaque, hépato-gastro-entérologique, endocrinologique, infectieuse, pulmonaire, neurologique, hématologique, ou autre (choix ouvert pour ce dernier item) ;

- **le n°4** la prise ou non d'un avis d'un spécialiste et si oui le(s)quel(s) (réponse ouverte) ;

- **le n°5** concernait l'autonomie du patient avant le début des symptômes (autonomie complète, besoins d'aides ponctuelles, aides pluriquotidiennes, surveillance permanente, ou ne sait pas) et sa fragilité (hospitalisation ces 6 derniers mois, troubles de la mémoire, troubles de l'humeur, polymédication/plus de 3 médicaments) ;

- **les items 6 à 8** concernaient l'existence d'un problème social, la démarche sociale entreprise dès les urgences, et l'appel de l'assistante sociale ou non ;

- **les items 9 et 10** concernaient l'orientation souhaitée et obtenue par le médecin

urgentiste (HTCD, service de spécialité, un service de gériatrie, un service de psychiatrie ou géronto-psychiatrie, un service de soins de suite et réadaptation (SSR), un service de convalescence, un retour au domicile, ou autres (réponse ouverte pour ce dernier). S'il existait une inadéquation entre les items 9 et 10,

- **l'item 11** était une réponse ouverte expliquant le motif d'inadéquation entre l'orientation obtenue et souhaitée ;

- enfin, **l'item 12** était divisé en 3 parties : si le patient était hospitalisé, le service dans lequel avait été hospitalisé le patient était-il adapté ; si le patient retournait au domicile, quel était le réel motif de consultation aux urgences (bénéficier d'un accès à un plateau technique, consulter un médecin alors que le médecin de ville était indisponible, hospitalisation sur demande du médecin traitant, soulager la douleur, réaliser une évaluation rapide face à un sentiment de gravité, rassurer l'entourage) ; si le patient était décédé, la présence ou non de directives anticipées et la consultation d'un médecin avant les urgences.

### ***2.1.3 Type d'étude, population étudiée, critères d'inclusion et d'exclusion***

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive, prospective, monocentrique, réalisée du 27/11/2014 au 15/01/2015.

La population étudiée était les patients âgés de 75 ans et plus admis aux urgences du Centre Hospitalier Régional d'Orléans (CHRO) présents aux urgences à la relève de 08h30.

Les critères d'inclusion étaient la fiche IAO renseignée, l'attente de la disponibilité d'un lit d'aval (dossier médical conclu, orientation retenue par le médecin urgentiste) ou une réévaluation nécessaire et le questionnaire médical renseigné.

Les critères d'exclusion étaient une fiche IAO incomplète lors de l'admission, un dossier non conclu ou pas d'orientation retenue, ou un questionnaire médical incomplet.

Une seule fiche était renseignée et finalisée au moment du départ du patient (pas plus d'une fiche par patient) quel que soit le nombre de médecins ayant pris en charge vu le patient ou le temps passé aux urgences.

## **2.2 Méthode**

Les résultats globaux ont été exprimés en pourcentage du total des dossiers complets.

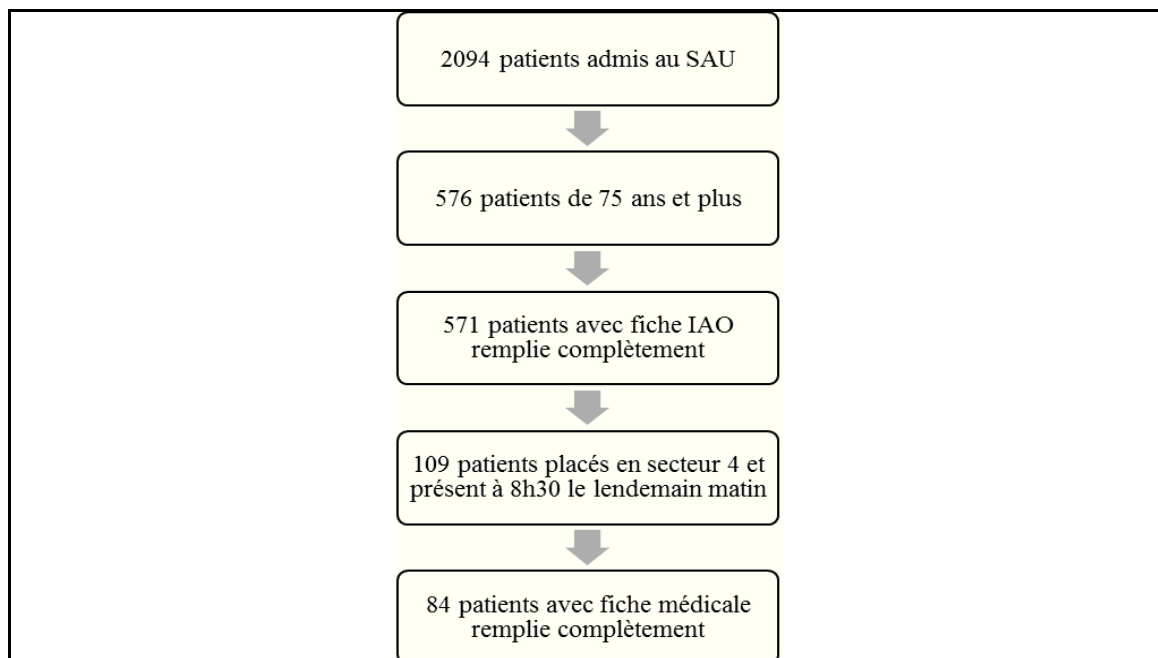
### 3 Résultats

#### 3.1 Description des caractéristiques de l'échantillon

##### 3.1.1 Nombre de patients inclus

Durant ces 50 jours, 2 094 patients ont été admis au SAU, 576 avaient 75 ans ou plus, soit 27,5 % des admissions totales. 571 de ces patients avaient une fiche IAO remplie, soit 99,1 % de remplissage, et 109 fiches de ces patients étaient récupérées au secteur 4 le matin à la relève médicale de 8h30 soit 19,1 %. Les médecins urgentistes ont rempli complètement 84 questionnaires chez ces patients, soit 77,0 % de la population ciblée.

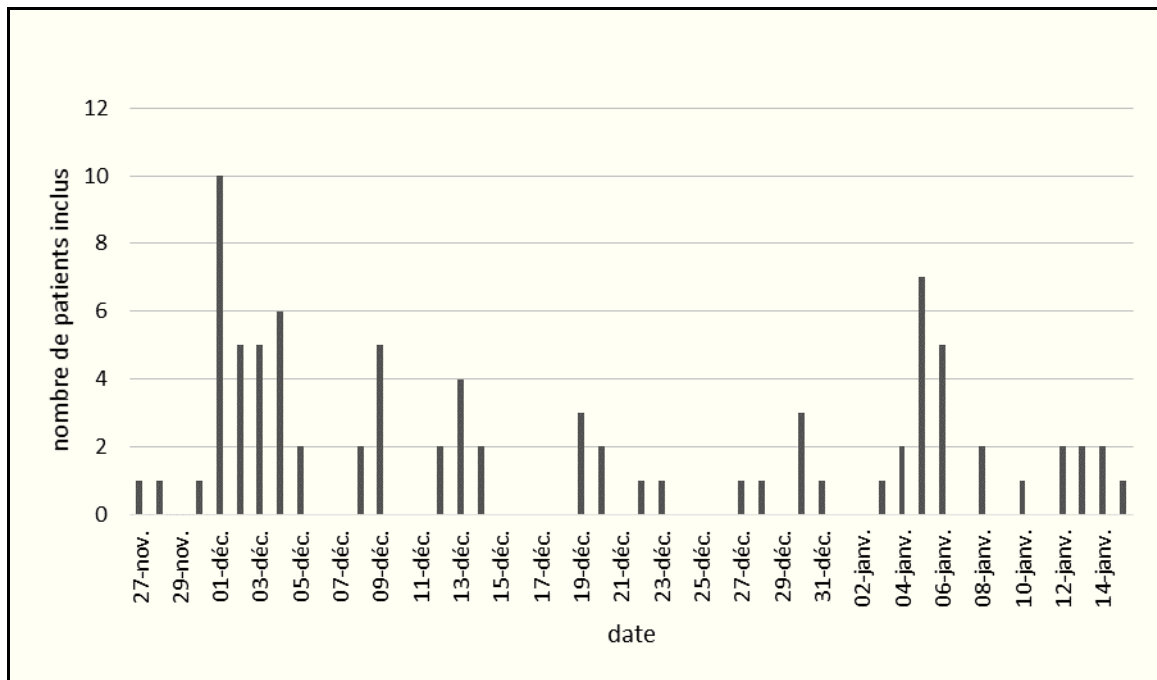
*Figure 1.*



*Figure 1 : Processus d'inclusion des patients dans l'étude.*

### 3.1.2 Répartition des inclusions

Sur les 50 jours de l'étude, 11 jours ont inclus 1 patient dans la journée, 10 jours ont inclus 2 patients, 4 jours ont inclus 5 patients par jour, 2 jours ont inclus 3 patients par jour, une journée a inclus 4, 6, 7 ou 10 patients. *Figure 2.*

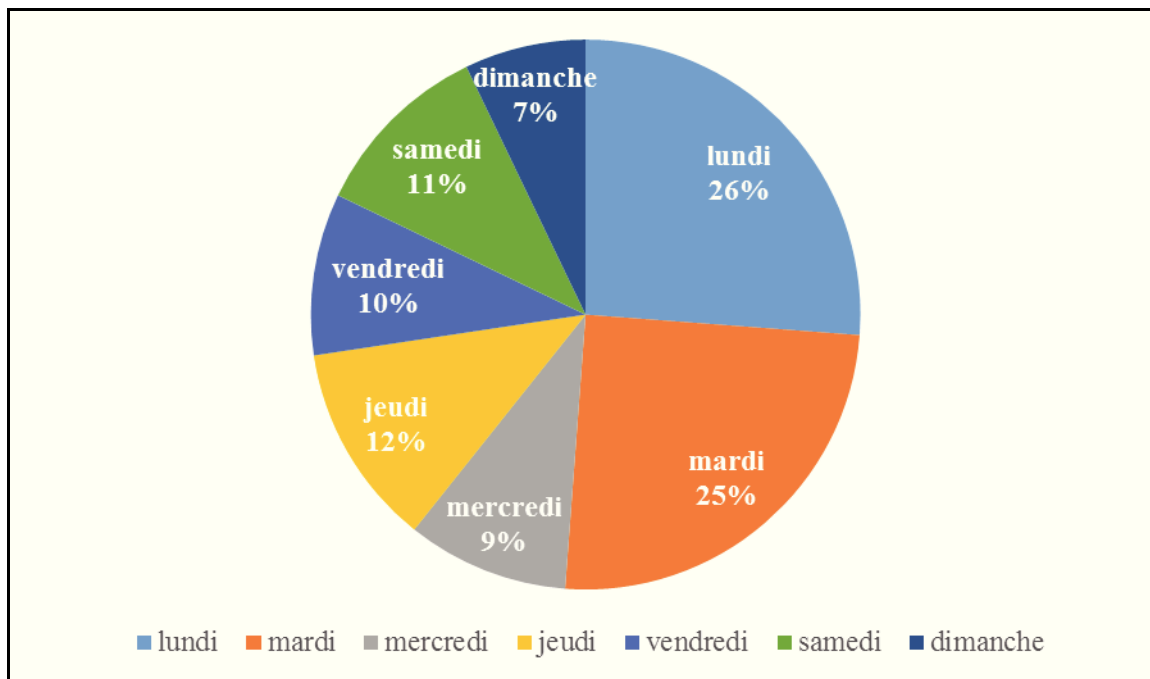


*Figure 2 : inclusion des patients sur les 50 jours*

### 3.2 Analyse statistique

#### 3.2.1 Répartition des admissions en fonction des jours

Concernant la répartition des admissions en fonction des jours, 26,2 % des patients ont consulté le lundi, 25 % le mardi, 9,5 % le mercredi, 11,9 % le jeudi, 9,5 % le vendredi, 10,7 % le samedi, et 7,1 % le dimanche. *Figure 3.*



*Figure 3 : Répartition des patients en fonction des jours de la semaine*

### 3.2.2 Créneaux horaires des admissions

Concernant les horaires de consultations, 65,5 % des patients ont consultés aux urgences entre 8h30 et 18h29, 19 % entre 18h30 et 0h29 (demi-garde des médecins), et 15,5 % entre 0h30 et 8h29 (garde des médecins).

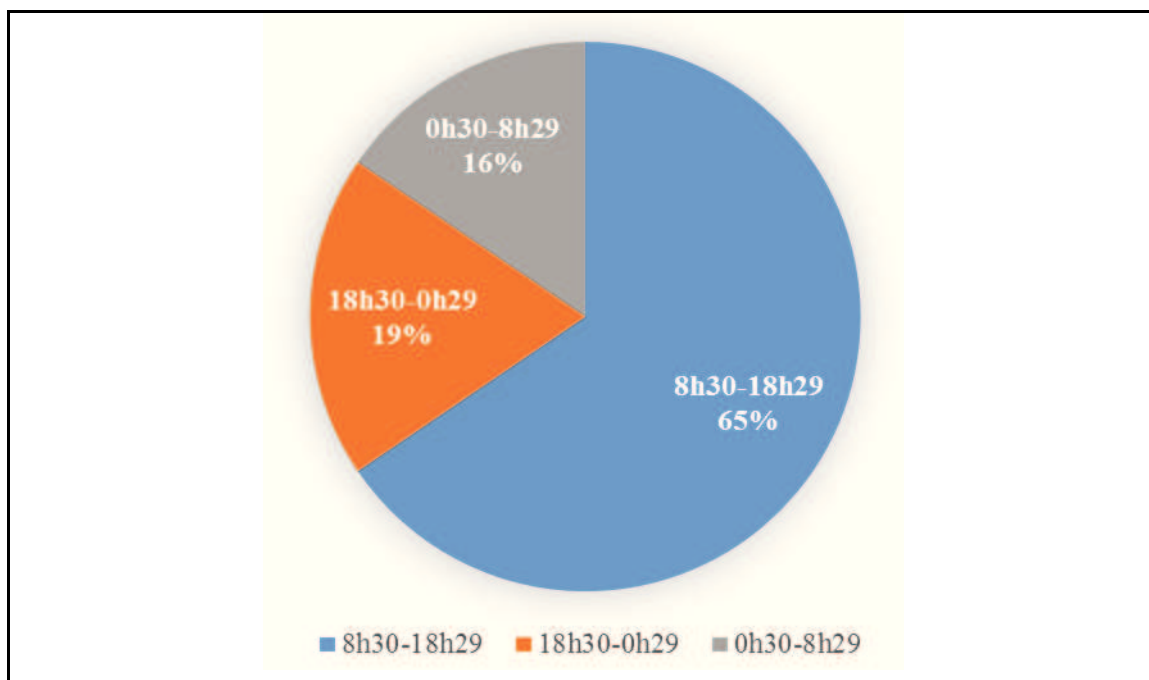
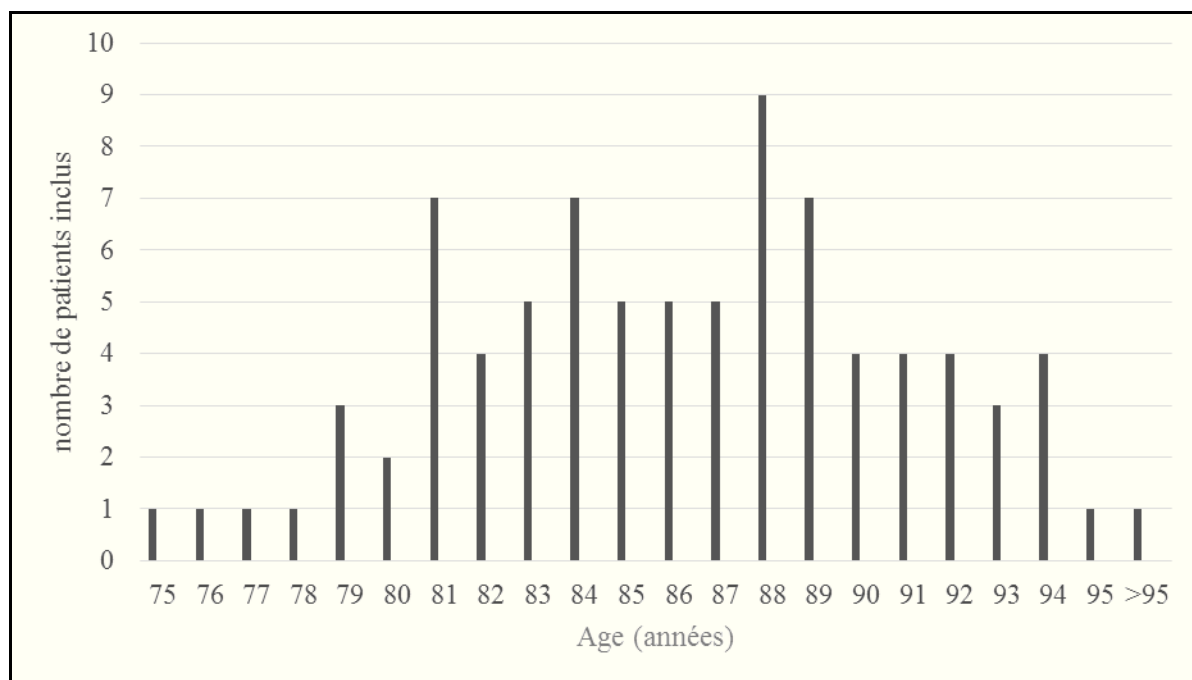


Figure 4 : répartition des patients en fonction de l'heure d'admission au SAU

### 3.2.3 Sexe ratio et âge

Le sexe ratio homme/femme était de 0,59 (31 / 53). L'âge moyen était de 86,3 ans. L'âge médian était de 87 ans. *Figure 5.*



*Figure 5 : Nombre de patient inclus en fonction de l'âge*

### 3.2.4 Répartition en fonction du lieu de provenance

Concernant le lieu de vie des patients, 77,4 % des patients venaient du domicile, 8,3 % d'une maison de retraite non médicalisée, 14,3 % d'une EHPAD ou maison de retraite médicalisée. *Figure 6.*

Parmi les patients venant de leur **domicile privé**, 21,5 % avaient une pathologie aiguë prédominante comorbidité majeure et relevant d'une spécialité, 53,9 % une pathologie aiguë sur terrain débilite ou comorbidité importante pouvant entrainer une pathologie en cascade, et 24,6 % une polypathologie sans maladie prédominante.

Parmi les patients vivant en **maison de retraite non médicalisée**, 14,3 % avaient une pathologie aiguë prédominante comorbidité majeure et relevant d'une spécialité, 28,6 % une pathologie aiguë sur terrain débilite ou comorbidité importante pouvant entrainer une pathologie en cascade, et 57,1 % une polypathologie sans maladie prédominante.

Parmi les patients vivant en **EHPAD ou équivalent de maison de retraite médicalisée**, 16,7 % présentaient une pathologie aiguë prédominante comorbidité majeure et relevant d'une spécialité, 75 % une pathologie aiguë sur terrain débilite ou comorbidité importante pouvant entrainer une pathologie en cascade, et 8,3 % une polypathologie sans maladie prédominante.

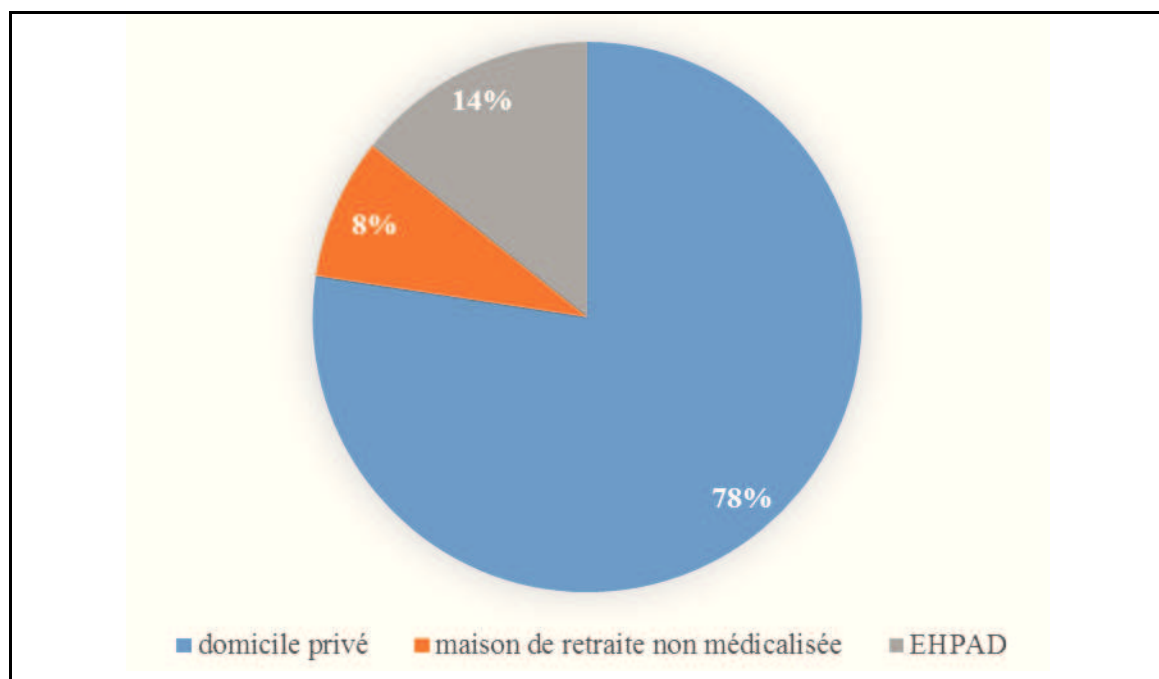


Figure 6 : répartition de la population en fonction du lieu de résidence

### 3.2.5 Répartition en fonction des adresseurs

La consultation était à la propre initiative du patient dans 11,9 % des cas, sous l'impulsion d'un tiers dans 35,7 % des cas, par le médecin traitant dans 28,6 % des cas, par le SAMU/SMUR/Centre 15 dans 13,1 % des cas, par les pompiers dans 8,3 % des cas, et par SOS Médecins dans 2,4 % des cas. *Figure 7.*

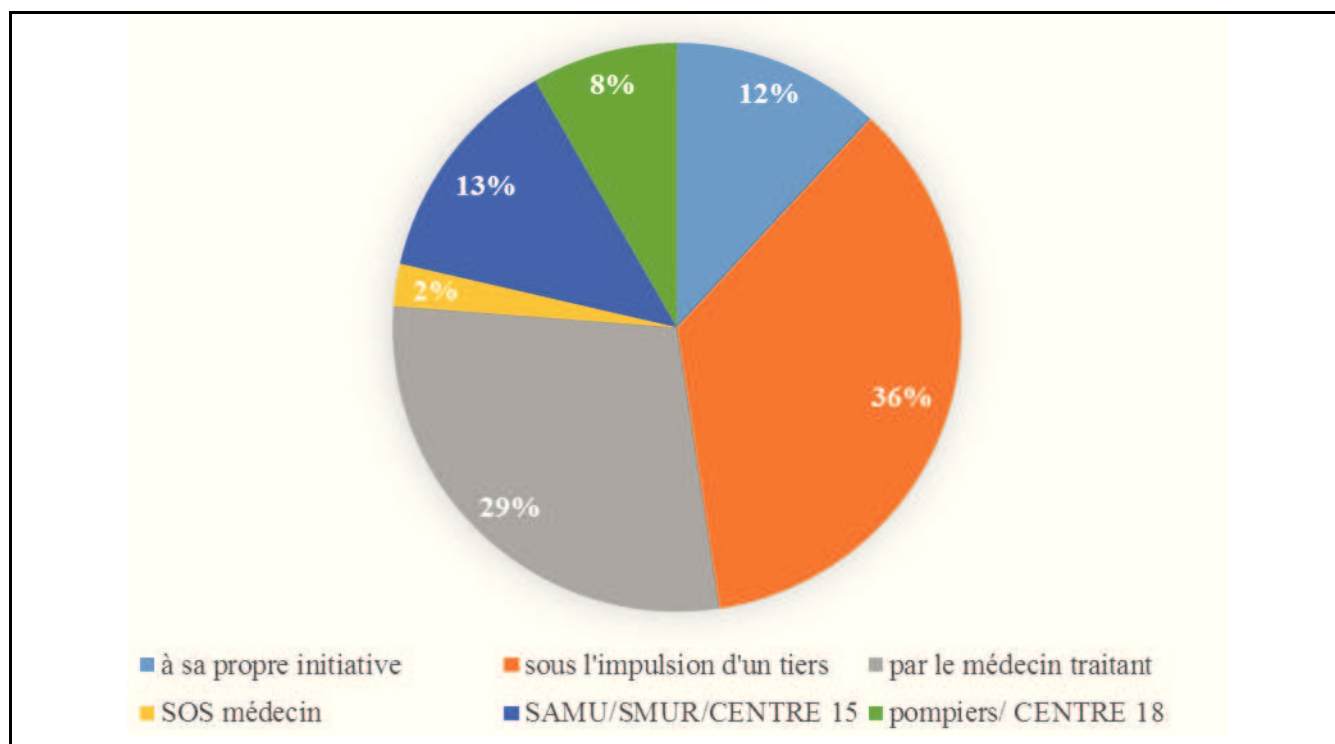


Figure 7 : répartition de la population en fonction des adresseurs

### 3.2.6 Présence d'un accompagnant

L'accompagnant était présent au moment de l'admission aux urgences dans 28,5 % des cas et absent dans 67,9 % des cas (NSP dans 3,6 % des cas).

Exactement 79,8 % des patients avaient leur ordonnance ou un courrier mentionnant leur traitement habituel, 17,9 % ne l'avaient pas (NSP=2,3 %) ; 45,3 % des patients avaient un courrier médical du médecin traitant et 52,4 % n'en avaient pas (NSP=2,3 %). Le contenu du courrier médical mentionnait dans 97,4 % le motif d'hospitalisation, dans 73,7 % les principaux antécédents du patient, dans 39,5 % la notion d'aide au domicile et dans 23,7 % le projet social. Parmi les retours au domicile, 50 % des dossiers n'avaient pas les 5 items d'autonomie/fragilité renseignés. Parmi les patients orientés vers une hospitalisation, 51,9 % des dossiers n'avaient pas les items d'autonomie/fragilité renseignés.

### 3.2.7 Motif d'admission

Le motif d'admission au SAU écrit par l'IAO était dans 26,2 % chute ou chutes à répétition, 20,2 % dyspnée, 10,7 % AEG, 9,5 % douleur abdominale, 6,0 % malaise(s), 4,8 % maintien à domicile difficile, 3,6 % fièvre, 2,4 % nausée/vomissement, 2,4 % syndrome confusionnel, 2,4 % palpitations, 2,4 % douleur thoracique, 1,2 % rectorragie, 1,2 % crise convulsive, 1,2 % hématurie, 1,2 % sonde urinaire arrachée, 1,2 % trouble de la

marche, 1,2 % gonalgie et 2,4 % NSP. *Figure 8.*

- Parmi les **chuteurs** (26,2 %), 13 % ont été hospitalisés en HTCD, 13 % en service de spécialité, 21,7 % sont retournés au domicile, 43,5 % ont été hospitalisés en gériatrie, 4,3 % ont été hospitalisés en SSR et 4,3 % ont été hospitalisés à la clinique Oréliance.
- Parmi les patients consultant pour **douleur thoracique ou dyspnée ou palpitations** (25 %), 38,1 % sont retournés au domicile, 42,9 % ont été hospitalisés en gériatrie, 14,3 % ont été hospitalisés en HTCD et 4,7 % dans un service de spécialité.
- Parmi les patients consultants pour **douleur abdominale, nausée ou vomissement** (11,9 %), 60 % sont retournés au domicile, 10 % en HTCD, 10 % en cardiologie, 10 % en hépato-gastro-entérologie et 10 % NSP.
- Parmi les patients consultant pour **AEG** (10,7 %), 28,5 % ont été hospitalisés en HTCD, 42,9 % en gériatrie, un seul patient a eu un avis gériatrique au préalable et 57,1 % sont retournés au domicile.
- Parmi les patients consultant pour **malaise** (6,0 %), 25 % ont été hospitalisés en orthopédie, 75 % sont retournés au domicile.
- Parmi les patients consultant pour **coma, convulsion ou syndrome confusionnel** (3,6 %), 66,7 % ont été hospitalisés en gériatrie, 33,3 % sont retournés au domicile.
- Parmi les patients consultants pour **maintien à domicile difficile** (4,8 %), 25 % a été hospitalisé en gériatrie, 50 % en HTCD, et 25 % en service de spécialité.
- Parmi les patients consultant pour **fièvre** (3,6 %), 66,7 % ont été hospitalisés en gériatrie et 33,3 % sont retournés au domicile.
- Les patients consultant pour **gonalgie ou rectorragies** ont été hospitalisés en gériatrie.
- Le patient consultant pour **hématurie** est retourné au domicile, tout comme celui consultant pour **sonde urinaire arrachée**.
- Le patient consultant pour **trouble de la marche** a été hospitalisé en HTCD.

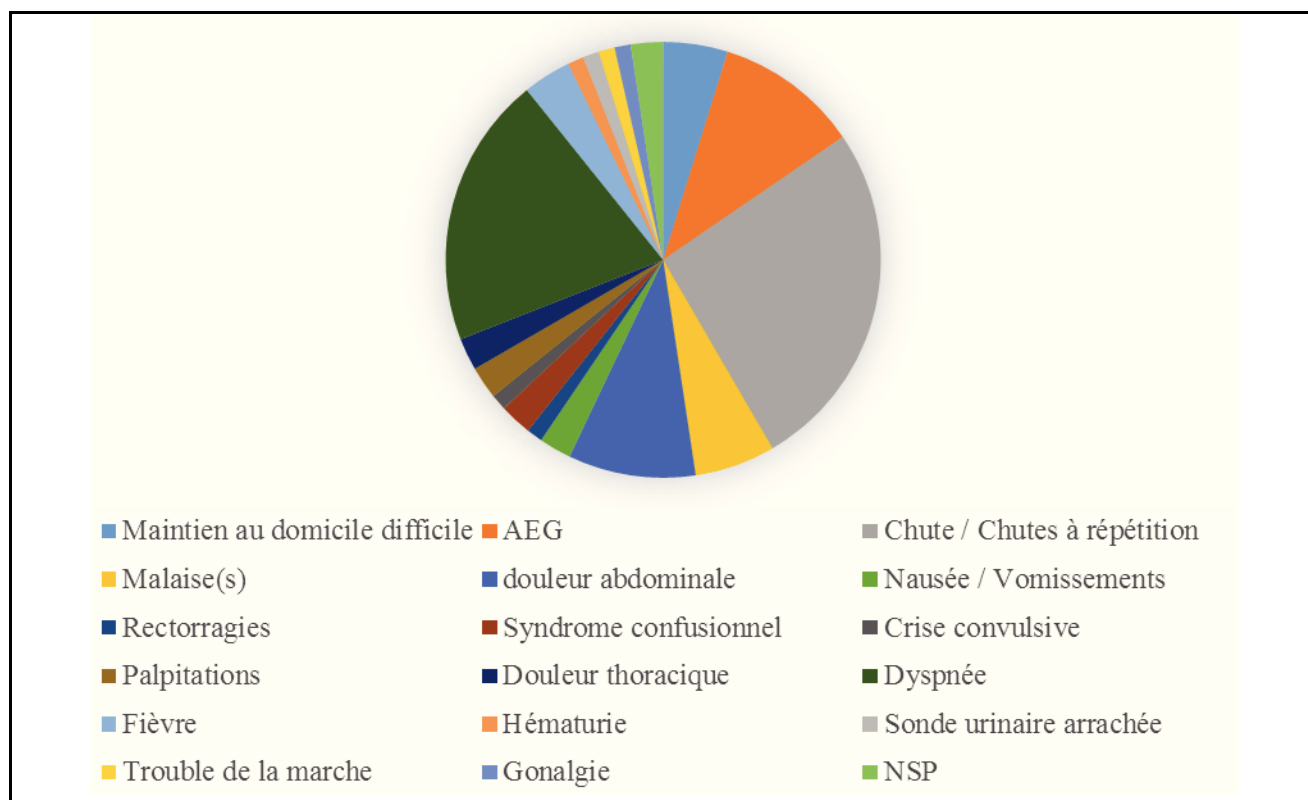


Figure 8 : répartition de la population en fonction du motif d'admission

### 3.2.8 Profil pathologique

Concernant le profil pathologique, 54,8 % une pathologie aiguë sur terrain débilite ou comorbidite importante pouvant entrainer une pathologie en cascade, 25 % une polypathologie sans maladie predominante. 20,2 % des patients pre sentaient une pathologie aiguë predominante sans comorbidite majeure et relevant d'une specialite.

- Parmi les patients consultant pour **chute** (26,2 %), 81,8 % venaient du domicile prive, 4,5 % de maison de retraite non medicalisee et 13,7 % de maison de retraite medicalisee. 45,4 % pre sentaient une pathologie aiguë sur terrain de bilite ou comorbidite importante pouvant entrainer une pathologie en cascade, 27,3 % une polypathologie sans maladie predominante. 27,3 % des patients pre sentaient une pathologie aiguë predominante sans comorbidite majeure et relevant d'une specialite. 68,2 % consultaient pour une symptomatologie de moins de 24 heures, 13,6 % de plus d'une semaine, 18,2 % entre les deux. 72,7 % des dossiers n'avaient pas les 5 items d'autonomie/fragilite renseignes.
- Parmi les patients consultant pour **douleur thoracique, dyspnée, ou palpitation** (25 %), 61,9 % venaient du domicile, 14,3 % de maison de retraite non medicalisee, et 23,8 % de maison de retraite medicalisee. 57,1 % avaient une pathologie aiguë sur terrain de bilite ou comorbidite importante pouvant entrainer une pathologie en cascade, 23,9 % une polypathologie sans maladie predominante. 19 % des patients pre sentaient une pathologie aiguë predominante sans comorbidite majeure et relevant d'une specialite, 42,9 % consultaient pour une symptomatologie de plus d'une semaine, 33,3 % consultaient pour une symptomatologie de moins de 24 heures, et 23,8 % entre les deux. 47,6 % des dossiers n'avaient pas les 5 items d'autonomie/fragilite renseignes.
- Parmi les patients consultant pour **douleur abdominale, nausée ou vomissement** (11,9 %), 80,0 % venaient du domicile, 20 % (10 % + 10 %) des PA de maison de

retraite médicalisée ou non. 10 % des patients avaient une pathologie aiguë prédominante sans comorbidité majeure et relevant d'une spécialité, 50 % avaient une pathologie aiguë sur terrain débilite ou comorbidite importante pouvant entrainer une pathologie en cascade, 40 % une polypathologie sans maladie prédominante. 60 % consultaient pour une symptomatologie de moins de 24 heures, 40 % de plus d'une semaine. 60 % des dossiers n'avaient pas les 5 items d'autonomie/fragilité renseignés.

- Parmi les patients consultant pour **AEG** (10,7 %), 77,8 % venaient du domicile, 22,2 % de maison de retraite non médicalisée. 44,4 % présentaient une pathologie aiguë sur terrain débilite ou comorbidite importante pouvant entrainer une pathologie en cascade, 66,6 % une polypathologie sans maladie prédominante. 11,1 % consultaient pour une symptomatologie de moins de 24 heures, 66,6 % de plus d'une semaine et 33,3 % entre les deux. 66,6 % des dossiers n'avaient pas les 5 items d'autonomie/fragilité renseignés.
- Parmi les patients consultant pour **malaise** (6,0 %), 75 % venaient du domicile, 25 % de maison de retraite médicalisée. 33,3 % des patients présentaient une pathologie aiguë prédominante sans comorbidités majeure et relevant d'une spécialité, 33,3 % présentaient une pathologie aiguë sur terrain débilite ou comorbidite importante pouvant entrainer une pathologie en cascade, 33,3 % une polypathologie sans maladie prédominante. 66,7 % consultaient pour des symptômes de moins de 24 heures, 33,3 % entre 1 à 7 jours. 25 % des dossiers n'avaient pas les 5 items d'autonomie/fragilité renseignés. Concernant l'ancienneté des symptômes, 52,4 % des patients présentaient une symptomatologie de moins de 24 heures, 23,8 % entre 1 à 7 jours, et 23,8 % de plus d'une semaine.
- Les patients consultant pour **maintien à domicile difficile** (4.8 %) venaient toutes du domicile privé, 50 % avaient une pathologie aiguë prédominante sans comorbidité majeure et relevant d'une spécialité, 50 % présentaient une pathologie aiguë sur terrain débilite ou comorbidite importante pouvant entrainer une pathologie en cascade. 75 % consultaient pour une symptomatologie de moins de 24 heures, 25 % de plus d'une semaine. 50 % des dossiers n'avaient pas les 5 items d'autonomie/fragilité renseignés.
- Parmi les patients consultant pour **fièvre** (3,6 %), 75 % venaient du domicile, 25 % de maison de retraite médicalisée. 33,3 % des patients avaient une pathologie aiguë prédominante sans comorbidités majeure et relevant d'une spécialité, 66.7 % présentaient une pathologie aiguë sur terrain débilite ou comorbidite importante pouvant entrainer une pathologie en cascade. 100 % consultaient pour une symptomatologie de moins de 24 heures. 100 % des dossiers n'avaient pas les 5 items d'autonomie/fragilité.
- Parmi les patients consultant pour **syndrome confusionnel, coma ou convulsion** (3,6 %), 75 % venaient du domicile, 25 % de maison de retraite médicalisée. 25 % des patients avaient une pathologie aiguë prédominante sans comorbidité majeure et relevant d'une spécialité, 75 % avaient une pathologie aiguë sur terrain débilite ou comorbidite importante pouvant entrainer une pathologie en cascade. 50 % consultaient pour une symptomatologie de moins de 24 heures, 25 % de plus d'une semaine et 25 % entre les deux. 50 % des dossiers n'avaient pas les 5 items d'autonomie/fragilité renseignés.
- Le patient consultant pour **gonalgie** venait du domicile, avait une pathologie aiguë sur terrain débilite ou comorbidite importante pouvant entrainer une pathologie en cascade, datant de 1 à 7 jours, et avait l'ensemble des critères d'autonomie/fragilité rempli.
- Le patient consultant pour **rectorragie** provenant de l'EHPAD avait une pathologie

aiguë sur terrain débilite ou comorbidite importante pouvant entrainer une pathologie en cascade, des symptomes datant de plus d'une semaine et n'avait pas les 5 criteres d'autonomie fragilite remplis.

- Le patient consultant pour **sonde urinaire arrachee**, provenant d'EHPAD, avait une pathologie aiguë predominante sans comorbidites majeure et relevant d'une specialite de moins de 24 heures, et n'avait pas les 5 criteres remplis.
- Le patient consultant pour **trouble de la marche** venant du domicile avait une pathologie aiguë predominante sans comorbidite majeure et relevant d'une specialite datant de 1 à 7 jours, et avait les 5 criteres remplis.

### **3.2.9 Anciennete des symptomes**

Concernant l'anciennete des symptomes, 52,4 % des patients presentaient une symptomatologie de moins de 24 heures, 23,8 % entre 1 à 7 jours, et 23,8 % de plus d'une semaine.

### **3.2.10 Type de pathologie rencontree**

Selon le medecin urgentiste, le type de pathologie concernant le patient etait dans 29,8 % une chute, 20,2 % une pathologie pulmonaire, 10,7 % une pathologie cardiaque, 7,1 % une AEG, 7,1 % une pathologie relevant de l'hepato-gastro-enterologique, 6,0 % une pathologie neurologique, 4,8 % des cas un malaise avec ou sans perte de connaissance, 3,6 % une pathologie infectieuse, 1,2 % une pathologie hematologique et 9,5 % une pathologie autre (2,4 % urologique, 1,2 % pour les pathologies dermatologique, orthopedique, de chirurgie viscerale, rhumatologique, 2,4 % NSP).

### 3.2.11 Avis d'un spécialiste

L'avis d'un spécialiste a été pris dans 29,8 % des cas (40 % l'avis d'un cardiologue, 12 % d'un hépato-gastro-entérologue, 8 % d'un gériatre, et 4 % d'un chirurgien viscéral, d'un radiologue, d'un dermatologue, d'un hématologue, d'un neuro-chirurgien, d'un neurologue, d'un oncologue, d'un pneumologue, d'un rhumatologue, d'un urologue ou d'un orthopédiste), et n'a pas été pris dans 63,1 % des cas (7,1 % NSP).

### 3.2.12 Fragilité et suivi social

Concernant la **dépendance**, 32,1 % était complètement autonome, 28,6 % avaient besoin d'aides ponctuelles, 29,8 % avaient besoin d'aides pluriquotidiennes, 3,6 % avaient besoin d'aide permanente (6,0 % NSP).

Exactement 44 % des patients avaient été **hospitalisés dans les 6 mois précédant** l'admission aux urgences, 33,3 % n'avaient pas été hospitalisés dans les 6 mois précédents. Dans 22,6 % des cas, cette notion n'était pas renseignée.

34,1 % des patients avaient des **troubles de la mémoire**, 53,7 % n'en avaient pas, dans 14,3 % cette donnée n'était pas renseignée.

26,2 % des patients avaient des **troubles de l'humeur**, 52,4 % n'en avaient pas, et dans 21,4 % des cas, cette donnée n'était pas renseignée.

79,8 % des patients prenaient **plus de 3 traitements en traitement de fond**, 16,7 % 3 ou moins de 3 médicaments, dans 3,6 % des cas cette donnée n'était pas renseignée.

16,7 % des patients avaient un **problème social**, 79,8 % n'en avaient pas (3,6 % NSP).

Selon l'urgentiste, dans 3,6 % des cas, un **suivi social** avait déjà été entrepris avant l'admission aux urgences, dans 89,3 % aucun suivi social n'avait été entrepris. Dans 7,1 % des cas cette donnée n'était pas renseignée. Dans 7,1 % des cas, l'**assistante sociale** a été contactée aux urgences, dans 88 % elle n'avait pas été contactée (4,8 % NSP).

### 3.2.13 Orientation souhaitée et obtenue

59,5 % des patients ont été hospitalisés, 35,7 % sont directement retournés au domicile après leur passage aux urgences, 4,7 % des patients ont été transférés vers une structure autre que le CHRO.

L'**orientation souhaitée** par le médecin était dans 44 % des cas un service de gériatrie, 26,2 % un service de spécialité, 1,2 % l'HTCD, 1,2 % un service de psychiatrie ou gériatrie-psychiatrie, 2,4 % un SSR, 2,4 % autres, 0 % un service de convalescence et 22,6 % un retour au domicile après réévaluation du dossier aux urgences.

L'**orientation obtenue** était dans 35,7 % un service de gériatrie, 9,5 % un service de spécialité, 14,3 % en HTCD, 0 % un service de gériatrie-psychiatrie ou psychiatrie, 1,2 % un SSR, 3,6 % autre (dont 1,2 % NSP), 0 % un service de convalescence, 35,7 % un retour au domicile après réévaluation du dossier aux urgences.

**Parmi les patients hospitalisés**, dans 72 % des cas, le service était jugé comme adapté par le médecin urgentiste, et dans 18 % inadapté (10 % NSP). Le **motif d'inadéquation entre l'orientation souhaitée par le médecin urgentiste et celle obtenue** était renseigné chez 31 patients. Chez 61,3 %, le motif d'inadéquation principale était de l'absence de lit en aval, 29 % le maintien à domicile difficile. Chez 3,2 % de ces patients, il s'agissait de l'assistante sociale non disponible, *idem* concernant le suivi organisé en externe par le spécialiste, ou la repose d'une sonde urinaire dans la nuit impossible car agitation.

**Parmi les patients retournant au domicile**, selon l'urgentiste le motif principal de consultation aux urgences était dans 33,3 % d'accéder à un plateau technique, 23,3 % des

cas réaliser une évaluation rapide face un sentiment de gravité, 6,7 % une hospitalisation sur demande du médecin traitant, 6,7 % des cas soulager la douleur, 3,3 % le médecin traitant indisponible/consulter un médecin, 3,3 % des cas rassurer l'entourage (23,3 % NSP).

Un seul patient est **décédé** durant l'étude. Le médecin urgentiste ne savait pas s'il y avait la notion de **directive anticipée** ou l'évaluation d'un médecin en amont de la consultation aux urgences.

## 4 Discussion

### 4.1 De la méthode

Nous ne nous sommes intéressés qu'aux patients de 75 ans et plus présents à la relève le matin à 8h30, car les autres n'ont pas posé de problème d'orientation car retournés au domicile ou hospitalisés rapidement, et ne participent pas à la saturation des lits des urgences. Afin d'avoir des données précises, était exclu de l'étude tout patient pour lequel la fiche IAO ou le questionnaire médical n'était pas rempli complètement, ce qui explique en partie le faible nombre de dossiers. Mais parmi ces données, il n'y a pas de données manquantes.

Depuis le 01/10/2015, le NHO (nouvel hôpital d'Orléans) ne comporte plus de secteur 4 mais une HTCD de 20 lits dont 5 lits dédiés à la filière gériatrique). Les critères d'admission pour ces lits sont le patient dément déambulant, les chutes à répétition et le patient polyopathologique sans maladie prédominante.

Le choix d'une étude descriptive permet d'étudier la fréquence des problèmes de santé dans cette population et de mesurer la variation de leur répartition en fonction des phénomènes susceptibles de les influencer.

Ainsi, bien que de faible puissance, cette étude est un reflet réel de la population de 75 ans et plus tout au long de l'année au SAU d'Orléans. Afin de vérifier la représentativité de nos données, nous avons comparé certaines données avec celle de la direction de l'information médicale (DIM) et elles sont très similaires. Mais la DIM ne pouvant extraire uniquement des données du dossier informatique, elle n'avait pas la possibilité d'analyser tous nos items. Il était utile de réaliser cette étude sur un échantillon précis.

Le questionnaire médical s'inspire de la dernière conférence de consensus sur la prise en charge de la PA aux urgences [1]. Même si elle est difficilement applicable, elle reste néanmoins le gold standard dans la prise en charge de cette population.

Seuls 84 questionnaires ont été remplis correctement. Pour les besoins de l'étude, certains dossiers ont été remplis et inclus dans l'étude alors que les patients n'étaient pas présents au secteur 4 mais dans les autres secteurs. Le nombre de 109 dossiers récupérés (complets et incomplets) est probablement très inférieur au nombre réel de patients de 75 ans et plus présents dans le secteur 4 ayant passé au moins une nuit aux urgences. Le taux de remplissage des dossiers par les médecins urgentistes (77 %) est largement surestimé. Du 27/11/2014 au 15/01/2015, il y a eu au total 2 094 patients admis aux urgences d'Orléans. C'est 123 passages de plus qu'à la même période un an plus tôt selon la DIM, ce qui souligne l'augmentation permanente du nombre de passages aux urgences et probablement le manque de temps pour les urgentistes pour renseigner de manière exhaustive les questionnaires de l'étude ; cette saisie représentait une charge de travail supplémentaire. De plus, une grande partie des questionnaires a été remplie par le Docteur Malet, par extraction des informations tracées dans les dossiers médicaux, par défaut de remplissage par les praticiens du service, ce qui implique un biais majeur lié à la qualité des données disponibles, puisqu'elle est l'investigatrice de l'étude (directeur de thèse). Le faible nombre de réponses de questionnaires de la part des urgentistes diminue la puissance de l'étude et explique également les disparités observées concernant le nombre de patients inclus dans l'étude en fonction des jours.

Or, la fiche IAO remplie par l'IAO était remplie dans plus de 99 % des cas, en temps réel.

## 4.2 L'admission aux urgences

Les fiches IAO ont été remplies correctement par les infirmiers (taux de remplissage à 99,1 %). Selon leur ressenti pendant l'étude, renseigner certaines informations à modalité de réponse fermée sur la fiche d'accueil (case à cocher) tel que le lieu de résidence, l'adresseur, la présence d'un accompagnant, la présence d'un courrier médical et son contenu permettait de gagner du temps et de limiter la perte d'information à l'accueil. De plus, dans notre fiche IAO modifiée pour l'étude, nous avons mentionné en italique le fait de ne pas recopier les traitements si le patient avait l'ordonnance pour ne pas perdre de temps à recopier des informations redondantes, d'autant plus que 79,8 % des PA avaient leur ordonnance de traitement de fond ou un courrier mentionnant leur traitement habituel. Nous proposons donc de maintenir ces informations sur la fiche IAO dorénavant pour l'ensemble des patients de 75 ans et plus. *Annexe 1.*

Plus d'un tiers des admissions aux urgences ont été influencées par l'entourage du patient. Or, il n'est présent que dans moins d'un tiers des cas au moment de la consultation du médecin. Bien que les moyens de communication moderne permettent en partie de pallier cette absence, il semble nécessaire de mettre l'accent sur le fait de rester joignable ou mieux présent pendant la durée de consultation et d'en expliquer le but : limiter au maximum les pertes d'informations et les décisions médicales inappropriées (hospitalisation en gériatrie d'un patient polypathologique en EHPAD, limiter les examens complémentaires). Les PA bénéficient davantage d'examens, or certains pourraient être largement évités sous réserve d'une meilleure compréhension du dossier et prise en charge globale. Une campagne d'affichage au niveau de l'aire d'attente des familles aux urgences pourrait être une piste envisagée. *Annexe 2.* C'est une perte de temps non négligeable par l'urgentiste. D'autre part, le temps d'attente des aidants ou patients est un temps perdu et non mis à contribution dans la prise en charge du patient. Ils ne sont pas encore pris en charge médicalement, pourtant ils sont déjà enregistrés lors de l'admission aux urgences. Les nouvelles urgences d'Orléans ont été conçues pour compartimenter en zones ouvertes les aires d'attente, donnant un peu plus d'intimité aux patients et aidants pendant cette période. Finie la salle d'attente unique commune à l'ensemble des patients. On pourrait imaginer une fiche remise par l'IAO lors de l'admission à faire remplir au patient s'il est en état d'attendre assis dans l'aire d'attente et s'il est en mesure physique et intellectuelle de remplir cette fiche, ou à l'aidant accompagnant. Le conseil départemental d'Indre-et-Loire a mis en place à Loches un programme d'action de soutien pour les aidants familiaux qui accompagnent une personne âgée dépendante ou une personne adulte handicapée [2]. Notre proposition de fiche à remettre au patient ou à l'aidant présent aux urgences et qui attend en salle d'attente s'en inspire. *Annexe 3.*

## 4.3 Les adresseurs

Les PA font plus de démarches avant de se rendre aux urgences. Dans l'étude de Lea Mauro, près de 60 % des PA ont entrepris au moins une démarche avant de se rendre aux urgences, 46 % ont demandé conseil à un médecin ou un pharmacien (consultation ou téléphone). Dans 40 % des cas, les PA ont été orientés aux urgences [3]. Dans notre étude, les PA adressés par le médecin traitant, le Centre 15, ou SOS Médecins représentent 44,1 % des patients. Contrairement à l'étude citée dans ce paragraphe, notre étude ne parle pas du temps des PA adressés par le SMUR ou les pompiers venant de la voie publique. Or ils représenteraient 19 % de l'ensemble des passages au SAU.

#### **4.3.1 Médecin généraliste**

Seuls 17,8 % des patients ont consulté aux urgences le week-end (samedi/dimanche). Ce faible pourcentage va dans le sens de l'étude prospective aux urgences de Montdidier [4], où 74,2 % des PA venaient entre 8h et 18h30 et 67,1 % avaient consulté un médecin généraliste avant de consulter, ce qui est similaire à notre étude (65,5 % des patients viennent en journée). Mais notre étude va contre l'étude multicentrique « Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques » [5]. Il était dit dans cette étude:

1. Certains des recours aux urgences pourraient être pris en charge en ville mais c'est l'aspect pratique que propose le service d'urgences, en raison de sa disponibilité 24h/24h et de son plateau technique, qui est mis en avant.
2. La difficulté d'obtenir une consultation auprès d'un médecin de ville est un facteur explicatif.
3. Les médecins traitants, par leur diminution en nombre, ont de plus en plus de difficultés à assurer une permanence des soins et utilisent les services d'urgences comme intermédiaire pour faire hospitaliser leur patient.

Dans cette étude, le recours au service d'urgences d'un médecin généraliste représentait 14 % des passages contre 28,6 % dans notre étude. C'est également ce qui a été dit lors des réunions avec la MAIA (Méthode d'Action et d'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie) préparatoires Atelier « Limiter le recours aux urgences » à Orléans [6]. Dans notre étude, 45,3 % des patients avaient un courrier médical de leur médecin traitant. Le contenu de leur courrier contenait au moins les antécédents, le motif d'hospitalisation et le traitement dans 73,7 % des cas. L'adressage aux urgences par le médecin traitant autour d'Orléans semble justifié dans la majorité des cas et ne pas être une piste de travail envisageable. Le patient loirétain de plus de 75 ans a souvent consulté son médecin traitant avant de venir aux urgences. Au NHO, un réseau ville-gériatrie avec un régulateur gériatre dédié à l'hospitalisation programmée permet de court-circuiter et de limiter un peu le nombre de passage aux urgences même si la liste de patients à hospitaliser est souvent très supérieure aux nombre de lits disponibles.

Concernant le patient adressé par le médecin traitant, nous proposons d'envoyer par mail, avec l'aide du conseil de l'ordre départemental, à l'ensemble des généralistes du Loiret une fiche de transmission remise au médecin du SAMU ou du SAU qui prend le patient en charge. Cette fiche permet de faciliter la transmission des informations entre le médecin traitant et le médecin du SAMU ou du service d'accueil des urgences. Elle devrait aussi faire gagner du temps au médecin généraliste dans la rédaction de son courrier car déjà pré-remplie. *Annexe 4.*

#### **4.3.2 SAMU/SMUR/Centre 15**

Les patients adressés par le SAMU/SMUR/Centre 15 représentent 13,1 % des admissions. Le patient de plus de 75 ans arrivant avec le SMUR ne pose généralement pas de problème majeur d'orientation puisqu'il s'agit d'une équipe mobile d'urgence et réanimation. De plus, il y a toujours un dossier médical très précis renseignant les antécédents, les soins en amont, ou le transport (médicalisé ou non).

L'autre donnée importante est la perte d'information constatée entre la régulation Centre 15 et le service des urgences d'Orléans. Pourtant il s'agit d'un même pôle santé. On pourrait envisager une fiche de transmission informatique envoyée instantanément aux urgences lorsque le patient est adressé.

### **4.3.3 Sapeurs-pompiers**

Il n'y a, en général, pas de perte d'information car les pompiers remplissent systématiquement un dossier.

### **4.3.4 SOS Médecins**

Dans notre étude, les patients adressés par SOS Médecins ne représentent que 2,4 % des patients. L'action d'un SOS Médecins est justement d'agir à un instant ponctuel dans le cursus médical du patient. Les patients adressés par SOS Médecins sont admis soit pour être hospitalisé d'emblée, soit pour bénéficier d'un plateau technique complémentaire. Ils ne participent que faiblement au blocage des lits aux urgences. SOS Médecins a néanmoins un rôle à jouer dans la limitation des patients résidant en EHPAD aux urgences.

### **4.3.5 Patients provenant d'EPHAD et maison de retraite non médicalisée, et du domicile**

Dans notre étude, 77,4 % des patients venaient du domicile, 8,3 % d'une maison de retraite non médicalisée, 14,3 % d'une EHPAD ou maison de retraite médicalisée. Ces chiffres sont comparables aux résultats du questionnaire patients « le parcours des personnes âgées aux Urgences » de Léa Mauro (77,3 % du domicile/voie publique, 11,5 % d'une structure médico-sociale) [3]. Dans notre étude, la majorité des patients de 75 ans et plus ont une pathologie aiguë sur terrain débilite ou comorbidité importante pouvant entraîner une pathologie en cascade (modèle de 1+2+3 de Bouchon), aussi bien dans les structures médicalisées qu'à leur propre domicile. Ceci explique l'une des difficultés à admettre ces patients en service de spécialité. 24,6 % de ces patients vivant au domicile sont polypathologiques. Ces données sont à mettre en parallèle au contact de l'assistante sociale qui n'a pas été contactée pour ce type de patients, alors que quelques admissions pourraient être évitées. Cela pourrait ainsi être le rôle d'un gériatre à temps plein aux urgences accompagné d'une assistante sociale. C'est en tout cas ce type de patient qui doit être ciblé en priorité par l'unité mobile gériatrique (UMG). La télétransmission/ vidéoconférence a été évoquée comme piste envisagée pour diminuer les admissions aux urgences des patients en EHPAD, lors de la réunion du MIA en mars 2015 [6]. Cela pourrait en effet être le rôle du régulateur SAMU ou du régulateur de médecine générale (présent pour le moment de 20h à minuit tous les jours). Elle pourrait permettre de diminuer le nombre d'admission de patients polypathologiques venant de structure médicalisée. Depuis peu, le service de gériatrie a mis en place une réunion par vidéoconférence avec les maisons de retraite permettant de régler certains problèmes médico-sociaux à distance.

La MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de plus de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins. L'intégration fait l'objet d'une préoccupation internationale depuis les années 1990 et fait partie des politiques publiques en France depuis 2008. L'intégration conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et *in fine* à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite. Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse. En 2015, les pilotes de la MAIA ont été missionnés par l'Agence Régionale de Santé de la région Centre pour mettre en place des ateliers de travail dans l'objectif de « limiter le recours aux services des urgences » dans une logique d'amélioration du parcours de la PA [6].

En juillet 2015, l'HAS a publié une série de mesures visant à réduire les hospitalisations

non programmées des résidents des EHPAD [7]. Comme nous l'avons vu dans notre étude, dans la grande majorité des cas, le dossier médical de la maison de retraite contient les informations nécessaires à la prise en charge aux urgences. Toutefois, nous ne pouvons qu'encourager les EPHAD à inciter les patients entrant en institution à rédiger des directives anticipées et nommer une personne de confiance dès l'admission en institution. L'HAS propose de rédiger des protocoles de soins pour la gestion des urgences (par exemple protocole chute, formation paramédicale à la suture, privilégier les examens complémentaires à l'intérieur de la structure, solliciter SOS Médecins si besoin), former les soignants à l'identification et à la conduite à tenir face à ces urgences par exemple en organisant à Orléans une réunion atelier formation aux urgences plusieurs fois par an, encadrée par les médecins urgentistes du NHO, d'assurer une permanence des soins 24h/24h, et au besoin, d'avoir recours à la télé médecine, de s'assurer d'une régulation médicale des situations d'urgence par le SAMU-Centre 15, notamment, avant tout transfert d'un résident vers un service des urgences et de s'appuyer sur des possibilités de prescription téléphonique par le médecin régulateur du SAMU-Centre 15. Après avis de G. Auchères, chef de service du SAMU/SMUR du NHO, dans les situations d'urgence, les EHPAD appellent effectivement et l'appel est régulé. Ces établissements suivent la directive convenablement. Dans les situations où le transfert du patient sur un service d'urgences n'est pas indiqué ou non souhaitable (âge très avancé, soins palliatifs, etc.), le régulateur donne souvent des conseils thérapeutiques qui, dans la grande majorité des cas, restent limités (traitement symptomatique, oxygène, position du patient). La prescription sur ordonnance faxée est utilisée très exceptionnellement. Pour le moment, le Centre 15 ne dispose pas de vidéoconférence avec les EHPAD.

#### **4.4 Prise en charge médicale aux urgences**

##### **4.4.1 Une réorientation par l'UMG dès l'admission aux urgences**

Comme cela est démontré dans l'étude de Lea Mauro [3], la PA attend plus que les patients de moins de 75 ans, avant de consulter, et consulte davantage son médecin traitant avant de venir aux urgences. Un certain nombre de patients présentent des symptômes semi-aiguë (47,6 % de plus de 24 heures, 23,8 % de plus d'une semaine), rendant l'admission compliquée dans les services de spécialités et ayant pour conséquences un blocage des lits en aval. Peut-être que la mise en place d'une équipe gériatrique pour ces patients dont le délai de symptomatologie est de plus d'une semaine orienterait directement ces patients vers des structures plus adaptées et limiteraient leur temps d'attente aux urgences. Pour le moment, selon la SFMU, il n'est pas opportun de disposer d'une équipe gériatrique à l'accueil des SAU 24h/24h, 365 jours par an [8]. Néanmoins, certains hôpitaux ont réussi à organiser la présence d'un gériatre aux heures ouvrables. Par l'approche spécifique des problèmes, elle évite quelques admissions inopportunes. Pour le moment au NHO, l'UMG se déplace au niveau des patients recrutés en HTCD, mais un gériatre à l'admission aux urgences pourrait être une piste envisagée ou la création d'une filière d'urgence gériatrique uniquement pour les patients dont les symptômes datent de plus d'une semaine.

##### **4.4.2 L'avis des spécialistes**

Dans seulement 8 % des cas un avis gériatrique a été pris. Même si l'UMG passe une fois par jour dans le service des urgences, une évaluation gériatrique prend une heure par patient, ce qui est irréalisable pour toutes les PA des urgences. L'urgentiste n'a besoin que rarement d'un avis gériatrique sur la prise en charge médicale. Concernant l'orientation des patients, l'urgentiste n'est pris en défaut que lorsque le système ne fonctionne pas (refus d'hospitalisation) mais ce n'est pas au gériatre de résoudre cette problématique. Les cas où

l'avis du gériatre est nécessaire pour définir l'orientation sont (ou devraient) être relativement rare. Le gériatre n'est pas l'unique solution à la fluidification des urgences. Le rôle du gériatre, tout comme celui de l'urgentiste, n'est pas d'assurer (ou assumer) l'orientation ou la non orientation dans un système qui dysfonctionne, il est d'assurer la qualité de la prise en charge médicale.

Cependant, une meilleure coordination avec la gériatrie, s'inscrivant dans une prise en charge globale du patient pourrait faciliter le devenir du patient. Mais cette coordination n'est pas encore ancrée dans la pratique quotidienne des urgentistes. Selon l'étude de Nancy, la présence d'un gériatre à l'accueil des urgences est estimée nécessaire par seulement 24 % des urgentistes [9]. Cette étude montre les difficultés dans la prise en charge des PA. Les difficultés les plus fréquentes sont rencontrées pour le recueil des renseignements médicaux et sociaux (71,8 % et 84,2 % des services). Par contre, les difficultés sont rares pour obtenir en urgence des examens complémentaires (85,7 %) ou des consultations spécialisées (77,3 %). Les difficultés sont fréquentes pour les hospitalisations dans les services de spécialités médicales adaptées à la pathologie du malade (64 %). Les difficultés d'admission de ces malades dans les services de chirurgie adaptée sont considérées comme rares dans plus de 75 % des services. Concernant les hospitalisations dans les services de gériatrie de court séjour gériatrique/médecine interne/médecine polyvalente, les difficultés atteignent 60 %. Le retour des PA dans leur maison de retraite ou à leur domicile se heurte également à des difficultés dans plus de 72 % des cas. Les difficultés pour assurer des soins palliatifs aux PA de plus de 75 ans sont considérées comme fréquentes dans 50 % des cas.

Nous proposons donc l'arbre décisionnel suivant :

*Tableau 1 : Conduite à tenir au SAU en fonction du profil pathologique de la PA*

<b>PROFIL PATHOLOGIQUE</b>	<b>CONDUITE À TENIR</b>
PA <b>avec</b> pathologie chronique <b>et/ou</b> critères de fragilité (troubles de la marche, chutes sans éléments de gravité, épuisement de l'aidant principal, AEG, escarre, perte d'autonomie récente pour l'alimentation (<15jours), pour l'hygiène corporelle, trouble de la mémoire et/ou du comportement, polymédication, environnement adapté, solitude) sortante.	Consultation externe gériatrique (prendre le rdv aux urgences).
PA monopathologique ou à pathologie d'organe prédominante <b>sans</b> critère de fragilité.	Prise en charge classique comme un patient de moins de 75ans.
PA monopathologique ou avec une pathologie d'organe prédominante <b>avec</b> critères de fragilité à hospitaliser.	<b>Avis UMG dans le service de spécialité.</b> Pas d'hospitalisation en gériatrie.
PA <b>avec</b> polypathologie décompensée <b>ou</b> cascade <b>ou</b> syndrome gériatrique (chutes à répétition, événement intercurrent décompensant un syndrome démentiel...).	<b>Hospitalisation en Gériatrie</b> (pas d'avis gériatrique au SAU). À défaut : hospitalisation en service de spécialité + UMG étage.

#### 4.4.3 Dépistage des fragilités

La Société francophone de médecine d'urgence (SFMU) [1] a proposé une démarche de prise en charge du patient âgé aux urgences, comprenant un dépistage de la fragilité et si besoin des tests d'évaluation de l'humeur, des fonctions cognitives et de l'autonomie. Cela est peu fait en pratique. Dans notre étude, un patient sur deux est retourné au domicile sans que l'urgentiste ait recherché les éléments nécessaires pour juger d'un retour au domicile. L'intégration dans une filière de soins ambulatoire gériatrique est fortement recommandée car elle permet par une évaluation plus complète, une prise en charge des facteurs de vulnérabilité afin de prévenir certaines réhospitalisations. Tout d'abord, l'urgentiste doit, si possible, s'appuyer sur l'évaluation par l'UMG de l'hôpital, ce qui en pratique est difficilement réalisable, puisque nous l'avons vu, une évaluation gériatrique prend une heure par patient. Si celle-ci ne peut intervenir et que le retour à domicile est programmé, il est alors utile de signaler la situation au réseau gérontologique rattaché à la structure pour une évaluation à domicile et/ou proposer une consultation gériatrique spécialisée. Une organisation de ce type dès les urgences a déjà montré son efficacité en termes de prévention de la mortalité et de la perte d'autonomie chez les PA. Dans l'étude, « Dispose-t-on de critères permettant un retour à domicile chez la personne âgée au décours d'un passage aux urgences » [10], des facteurs d'hospitalisation ou de réhospitalisation précoce chez le sujet âgé ont été identifiés (chute, AEG, escarre, perte d'autonomie récente pour l'alimentation (<15 jours), pour l'hygiène corporelle, trouble de la mémoire et/ou du comportement, polymédication, environnement adapté, solitude, ou besoin d'aide au domicile). Mais, en pratique ces critères ne sont pas recherchés par l'urgentiste. Un dossier médicalisé informatisé avec des onglets à cocher ferait gagner du temps à l'urgentiste et permettrait de limiter les oublis ou la perte d'information.

Les qualités cliniques des outils de repérage d'une fragilité des PA ne sont pas suffisantes pour une utilisation aveugle. Ainsi, certains motifs de recours aux urgences comme les chutes, une demande de placement ou une altération de l'état général doivent engager une évaluation gériatrique, par l'urgentiste, de dépistage.

Inspiré du réseau RE.NAU [11], nous proposons une campagne d'affichage et une formation du personnel médical et paramédical pour diminuer les complications et la dépendance dès l'accueil de la PA par l'IOA. *Annexe 5*. Voici les mesures proposées :

1. Installer la PA au fauteuil ou en salle d'attente si elle est en mesure de marcher.
2. Installer la PA sur un brancard en position basse si la personne ne tient pas la station debout.
3. Si la personne est agitée, rechercher systématiquement un globe vésical à l'aide du bladder-scan, évaluer la douleur (EVA, échelle des visages), discuter la contention sur prescription médicale dans le cas échéant.
4. Penser au confort du patient : rassurer et informer le patient et la famille, indiquer les toilettes au patient et à son entourage en salle d'attente, veiller à positionner un bassin sous le brancard et prévenir les escarres.
5. Sauf nécessité de jeûne, penser à la déshydratation de la PA : proposez régulièrement une boisson si l'attente risque de se prolonger au-delà d'une heure.
6. Proposer une installation et une prise en charge rapide pour les patients très fragiles en les mettant en triage 3 ou moins.

Nous proposons une campagne d'affichage (*Annexe 6*) et une formation du personnel

médical et paramédical pour améliorer la prise en charge et diminuer la durée du séjour hospitalier en HTCD :

1. Limiter les contentions.
2. Privilégier la mobilisation: installation dans un fauteuil adapté avec repose-pieds et à dossier droit, faire lever le patient pour aller aux toilettes, servir les repas à table et pas au lit, prescription de kinésithérapie pour évaluation et mobilisation.
3. Prévenir la dénutrition et la déshydratation : proposer régulièrement des boissons.
4. Surveillance cutanée : vérifier les points d'appui tous les jours.
5. Prévenir les complications thrombo-emboliques : bas de contention sauf chez artériopathies sévères.
6. Pour les patients transférés dans les services de spécialités avec une pathologie aiguë prédominante et critères de fragilité: prévenir l'UMG ou s'assurer que l'équipe est prévenue. L'intervention de l'UMG et l'évaluation de la kinésithérapie permettent de poser l'indication précoce de SSR.

#### **4.4.4 La chute**

La chute est le premier motif de consultation aux urgences dans notre étude alors que l'étude a été réalisée pendant la période de pandémie virale où la part de consultation infectieuse est plus importante que le reste de l'année. Dans l'étude « Chute chez les personnes âgées : le retard de l'alerte tue plus que le traumatisme », 64 % des chuteurs seraient décédés à 6 mois [12]. Ces résultats soulignent l'importance d'une alerte précoce chez les PA les plus fragiles. Or, les marqueurs de fragilité tels que l'autonomie, la notion d'hospitalisation ces 6 derniers mois, les troubles de la mémoire ou de l'humeur et la polymédication n'étaient complètement renseignés chez seulement 48,8 % des PA dans notre étude. 21,7 % des chuteurs sont retournés au domicile. Le service de gériatrie d'Orléans a mis en place une consultation chute. Le réseau circuit court-classique/consultation chute n'est pas transmis par les urgentistes. Protocoler par type de pathologie, comme cela est réalisé par exemple dans le service des urgences pédiatriques de Tours, et diffuser l'information auprès des médecins et internes pourrait être une piste envisagée. Elle permettrait d'homogénéiser les pratiques et d'aider dans leur formation les internes. L'interne de garde au circuit court est seul à partir de minuit en semaine. Faciliter la prise de rendez-vous de la consultation chute en délivrant soit le rendez-vous soit en remettant un carton avec les coordonnées du secrétariat semble nécessaire (fait à Tours par IDE ou AS pendant que le médecin suture ou conclut le dossier). Selon la SFMU, l'identification précoce des patients reprogrammables vers une consultation après leur sortie doit faire l'objet de protocoles pré-établis et actualisés, disponibles dans les services d'urgences [8].

Inspiré de RE.NAU [11], nous proposons le protocole suivant (*Annexe 7*) pour la prise en charge de la PA admise au SAU pour chute :

1. Diagnostiquer les complications immédiates : pathologies osseuses et ligamentaires traumatiques, les traumatismes graves (traumatisme crânien modéré à sévère, hémorragies), et les complications liées à la durée de séjour au sol (rhabdomyolyse, hypothermie, escarres, déshydratation). Une attention particulière doit être prise en cas de prise d'anticoagulant.  
Si présence de complications immédiates et critères de fragilité → hospitalisation en chirurgie ou médecine et signalement à l'UMG ou en SSR.
2. Rechercher un contexte déclencheur : cardio-vasculaire (syncope vasovagale, hypotension orthostatique, trouble du rythme et/ou de la conduction, embolie

pulmonaire, syndrome coronarien aigu), neurologique (accident vasculaire cérébral, syndrome confusionnel, syndrome parkinsonien, vestibulaire, épilepsie), métabolique (hypoglycémie, déshydratation, hyponatrémie, alcool), infectieuse et autre pathologie aiguë.

Si contexte déclencheur retrouvé → hospitalisation en chirurgie, médecine (et signalement à l'UMG ou en SSR si critères de fragilité associés), ou gériatrie en fonction de l'étiologie retrouvée.

3. Rechercher les facteurs de risque : antécédents de chute dans l'année, isolement socio-familial, perte fonctionnelle récente, polymédication ou prescription récente (notamment de cardiotropes ou psychotropes), trouble cognitif, déficit sensoriel visuel et auditif, et incapacité à se verticaliser sans aide et marcher quelques mètres.

Si aucun, facteur de risque n'a été retrouvé et 1<sup>er</sup> épisode de chute → retour au domicile avec lettre au médecin traitant, remise de la fiche recommandations prévention du risque de chute et prescription systématique de kinésithérapie pendant 15 jours.

Si au moins un facteur de risque, entourage présent, et capable de se verticaliser sans aide → retour au domicile + rendez-vous consultation chute

Si au moins un facteur de risque, mais sans entourage présent, ou incapable de se verticaliser sans aide → avis UMG puis discussion d'hospitalisation en chirurgie, médecine, SSR, ou retour au domicile.

4. Réaliser un bilan paraclinique : bilan lésionnel radiologique, ECG, NFS, ionogramme sanguin, créatinémie, alcoolémie, glycémie capillaire, CRP, CPK en cas de station au sol > 1 heure, médicament à marge thérapeutique étroite (AVK, digoxinémie...).
5. Remise après chaque retour au lieu de vie de la fiche chute élaborée par l'équipe de Gériatrie.

#### **4.4.5 L'AEG**

Dans l'étude « Altération de l'état général : un motif de passage fréquent aux urgences pour des personnes âgées » [13], incluant 53 patients admis en structure pour AEG, le taux d'hospitalisation est de 90,5 %, 28,3 % n'ont aucun des trois symptômes composant l'AEG et le taux de mortalité hospitalière s'élève à 17 %. Dans notre étude, 57,1 % des patients sont retournés au domicile, un seul patient a bénéficié d'un avis gériatrique aux urgences. 57,1 % avait le symptôme AEG pour lequel ils consultaient de moins d'une semaine. Les critères d'autonomie et de fragilité n'étaient remplis que dans 57,1 % de ces patients. Il semble que le terme AEG ne corresponde plus, dans la pratique, à sa définition classique, mais traduise plutôt une rupture avec l'état antérieur, liée une fois sur deux à une pathologie aiguë.

#### **4.4.6 Syndrome dépressif**

Selon l'étude de Mulhouse [14], le syndrome dépressif a une prévalence estimée entre 27 à 48 % chez les PA dans les SAU. Il influence directement le taux de réhospitalisations. La dépression n'est pas une façon naturelle d'être du vieillard. C'est un événement psychopathologique guérissable dans la plus grande majorité des cas. Ceci va à l'encontre de la pensée commune selon laquelle, à la faveur des malheurs qui accablent une majorité des PA, celles-ci devraient automatiquement être dépressive. Elle impose d'être systématiquement dépistée parce qu'elle est une composante importante de la fragilité du

vieillard. Des tests de dépistage ont ainsi été élaborés parce qu'il n'existe pas de corrélation entre la présentation clinique du patient et la présence d'un syndrome dépressif. Selon l'étude de Leveau [15], plus l'âge augmente, plus la dépression est fréquente, et plus il y a de suicides. Le taux de suicide est de l'ordre de 0,091 % dans la tranche des 75-84 ans, et il est de 0,141 % chez les plus de 85 ans. Le rapport entre suicide et tentative de suicide est multiplié par deux chez les PA. Dans notre étude, 21,4 % des urgentistes n'avaient pas renseigné l'item trouble de l'humeur.

#### **4.4.7 Troubles cognitifs**

Dans notre étude, 34,1 % des patients avaient des troubles de la mémoire. Dans 14,3 % des cas, cette donnée n'était pas renseignée. 30 % des troubles cognitifs seraient méconnus au SAU. Leur prévalence varie de 16 à 40 % selon les auteurs. Là également, l'altération des fonctions supérieures agit directement sur le risque de réhospitalisation et est incluse dans la notion de fragilité de la PA. La dépendance physique apparaît chaque année chez près de 12 % des personnes de plus de 75 ans et touche 25 % des personnes de plus de 80 ans [14]. Il s'agit cependant du facteur de risque principal prédictif de réhospitalisation, de décès à 6 mois et de déclin fonctionnel. L'évaluation de la dépendance s'évalue en toute logique sur plusieurs consultations. Cependant, il y a nécessité dès l'accueil du patient en SAU de disposer d'éléments permettant d'apprécier rapidement et sûrement cette dépendance. Certaines études sont allées plus loin dans l'analyse de ces facteurs de dépendance. Ainsi, dans le score IADL, l'incapacité à utiliser le téléphone, à prendre un moyen de transport, à gérer son budget ou son traitement seraient annonciateurs d'une démence à un an selon cette étude. Avant le transfert au NHO, une unité Alzheimer était dédiée aux patients déments. Or cette dernière n'existe plus dans le NHO. Pourtant, cette unité fermée permettait aux patients déments d'avoir une prise en charge spécifique indépendamment des autres patients gériatriques. L'un des critères d'admission de la nouvelle HTCD gériatrique est d'accueillir les patients déments déambulant. La spécialité géronto-psychiatrique a été fusionnée avec la gérontologie. Cela se ressent chez l'urgentiste qui ne souhaite plus faire hospitaliser le patient dément vers une structure de géronto-psychiatrie car elle n'en a tout simplement plus à disposition.

#### **4.4.8 Le rôle de l'assistante sociale**

La majorité des patients avait leur ordonnance dans notre étude. Lorsqu'ils avaient un courrier médical, ce dernier contenait souvent le motif d'hospitalisation, les principaux antécédents, les traitements. Mais ils ne contenaient que rarement la notion d'aide sociale ou le suivi social. L'assistante sociale a été contactée dans 7,2 % des cas alors que 16,7 % présentaient un problème social. Les données purement médicales sont très souvent accessibles dès l'admission du patient aux urgences. Les données sociales sont jugées comme secondaires à la fois par l'adresseur que par l'urgentiste. L'assistante sociale des urgences n'est pas suffisamment contactée. Mais elle ne doit pas faire doublon avec celle de gériatrie car c'est un motif de perte de temps inutile.

## **5 Conclusion**

Notre étude n'a pas la prétention de révolutionner les données médicales sur le sujet. Mais elle a le mérite de s'intéresser à une population à risque sur l'agglomération orléanaise : les PA ayant passé une nuit au SAU et présents le matin lors de la relève médicale, chose qui n'avait jamais été réalisée auparavant. Le passage aux urgences doit être l'occasion de remettre la PA dans sa trajectoire de soins voire de l'initier. Cette étude apporte des pistes pour améliorer la prise en charge de ces patients ainsi que les conditions de travail des professionnels de santé travaillant dans le SAU du NHO. Les temps d'attente aux urgences doivent diminuer et être mis à profit pour évaluer la fragilité de la personne âgée en sollicitant la famille ou l'entourage. Ces pistes lancent de nouvelles perspectives de travail qui pourraient faire l'objet d'un travail de mémoire.

# Annexes

<b>I.O.A. :</b>	<b>HEURE D' ARRIVÉE :</b>		
<b>INFORMATION : à remplir pour tous les patients de plus de 75ans admis aux urgences</b>	<b>MOTIF D'ADMISSION :</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Lieu de résidence :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Domicile privé <input type="checkbox"/></li> <li>Maison de retraite non médicalisée <input type="checkbox"/></li> <li>EHPAD / maison de retraite médicalisée <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li><b>Adresseur : PLUSIEURS REPONSES POSSIBLE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A sa propre initiative : <input type="checkbox"/></li> <li>Sous l'impulsion d'un tiers : <input type="checkbox"/></li> <li>Médecin traitant : <input type="checkbox"/></li> <li>SAMU CENTRE 15 : <input type="checkbox"/></li> <li>Sapeurs pompiers : <input type="checkbox"/></li> <li>SOS médecins : <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li><b>Présence d'un accompagnant aux urgences :</b> oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/></li> <li><b>Présence d'un courrier médical :</b> oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si oui : le courrier médical contenait : <ul style="list-style-type: none"> <li>Motif d'admission: oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/></li> <li>Atcd : oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/></li> <li>Aides au domicile: oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/></li> <li>Traitements : oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/></li> <li>Projet social : oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<b>ETIQUETTE PATIENT</b>		
	<b>COURT</b> <input type="checkbox"/>	<b>CLASSIQUE</b> <input type="checkbox"/>	
	<b>U</b> <input type="checkbox"/>		
<b>TRAITEMENT HABITUEL</b>			
<i>Ne pas remplir si précisé dans courrier ou photocopié</i>	<b>ZONE DE SOINS</b>		
	<b>BOX</b>		
<b>ALLERGIE</b>	<b>IDE</b>		
	<b>CONSTANTES</b>		
		ZAO	BOX
<b>ANTECEDENTS</b>	TA		
<i>Ne pas remplir si précisé dans courrier ou photocopié</i>	FC		
	SaO2		
	FR		
	T°		
<b>MEDECIN TRAITANT</b>	E.N		
	HGT		
<i>à compléter si différent du médecin adresseur</i>	<b>HEURE DE SORTIE :</b>		
<b>PRESCRIPTION M.A.O</b>			
	<b>DOMICILE</b>		

re 2014

Annexe 1 : fiche IAO

28/04/2016

## Mémo pour l'accompagnant du patient

**À**

l'intention de l'aidant  
principal accompagnant  
une personne âgée aux  
urgences, de sa famille,  
ou de la personne de  
confiance

**Dans le but d'améliorer la prise en charge des patients aux urgences, merci de signaler votre arrivée à l'accueil du service des urgences.**

**Dans le cadre du programme d'action de soutien pour les aidants familiaux qui accompagnent une personne âgée dépendante ou une personne adulte handicapée, une fiche pourrait vous être remise si le patient n'est pas en état d'attendre assis dans l'air d'attente, ou s'il n'est pas en mesure physique ou intellectuelle de remplir cette fiche.**

**Cette fiche a pour but d'évaluer l'autonomie et la dépendance du patient, le niveau d'aides nécessaires, le poids du patient pour l'aidant, et de renseigner son mode de vie. Elle doit permettre de limiter la perte d'information et d'optimiser la prise en charge du patient.**

**En cas de départ, merci de le signaler à l'accueil, de laisser vos coordonnées, et de rester joignable par téléphone en cas de besoin de la part du personnel médical et paramédical.**

### Service d'Accueil des urgences adultes

Tél : 02 38 51 43 51

LA SOURCE

Télécopie : 02 38 51 41 02

<http://www.chr-orleans.fr/chr-orleans/activites-medicales/pole-metiers-de-lurgence/medecines-durgence>



Annexe 2: Affichage à l'accueil des urgences à destination de l'accompagnant de la personne âgée

### Fiche d'information de l'autonomie et dépendance du patient

Nom, prénom de la personne remplissant la fiche :		<b>ETIQUETTE PATIENT</b>
Coordonnées téléphoniques :		

**1. La personne que vous accompagnez est votre:**

Conjoint: ☐      Frère ou sœur: ☐      Enfant: ☐      Autre: ☐ Précisez:

**2. Où habite la personne que vous accompagnez?**

A son domicile: ☐      En institution: ☐      Chez vous même ou avec vous: ☐      En famille d'accueil: ☐

**Quelle est la distance par rapport à votre domicile? :**

**3. Le patient bénéficie-t-il d'aides à domicile?**

Aucune: ☐      Famille, voisin, ami: ☐      Bénévole, association: ☐      Aide à domicile: ☐

Accueil de jour ou temporaire: ☐      Assistante sociale: ☐      Etablissement: ☐      Aide-soignante: ☐

Infirmière: ☐      Autre: ☐      Précisez:

**4. Depuis combien de temps soutenez-vous le patient?**

<1an: ☐      <3ans: ☐      <5ans: ☐      >5ans: ☐      > 10ans: ☐

**5. S'il existe une perte d'autonomie du patient, quelles sont les causes de celle-ci?**

Vieillessement: ☐      Handicap: ☐      Maladie: ☐      Précisez:

**6. Quels sont les actes que vous accomplissez vous-même auprès du patient ?**

- **De l'aide à la personne:** oui: ☐      non: ☐

- Si oui: - lever coucher: ☐      Aide à la marche: ☐      Aide à la prise de médicaments: ☐

habillage/déshabillage: ☐      Aide à la prise des repas: ☐      Toilette, change: ☐

- **Des tâches ménagères:** oui: ☐      non: ☐

*Annexe 3: Fiche d'information de l'autonomie et dépendance du patient*

- Si oui: - Ménage : ☐ - Repassage : ☐ Entretien du linge : ☐

Cuisine : ☐ Courses : ☐

- **De l'accompagnement** : oui : ☐ non : ☐

- Si oui: - Activités, lecture, jeux : ☐ Aide administrative, gestion financière : ☐

Rendez-vous extérieurs : ☐

- **A quel rythme soutenez-vous le patient ?**

Plusieurs fois par jour : ☐ Tous les jours : ☐ uniquement en semaine : ☐

uniquement le week-end : ☐ Plusieurs fois par semaine: ☐

**7. Ce soutien vous pèse-t-il?** Oui: ☐ Non: ☐

**8. Rentrez le chiffre correspondant à votre ressenti sur une échelle de 0 à 10 (0 étant le plus faible):**

**9. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en tant qu'aidant?**

Je manque d'information: ☐ Je me sens seul pour faire face au quotidien: ☐ Je suis coupé de mes relations avec l'extérieur: ☐ Je me sens fatigué et épuisé: ☐ Je ne suis pas reconnu par la personne que j'aide ou par les autres: ☐ Je dois faire des tâches qui me pèsent: ☐ J'ai une responsabilité lourde: ☐ Je manque de temps pour moi: ☐ Je ressens un sentiment de culpabilité: ☐ Je vis des conflits familiaux ou de voisinage: ☐ J'ai peur de l'avenir: ☐ Je ne suis pas satisfait des services apportés: ☐ Je m'inquiète des charges financières actuelle et à venir: ☐

Autres: Précisez: \_\_\_\_\_

**10. Y-a-t'il des propositions qui vous aideraient?** Oui: ☐ Non: ☐

Avoir plus d'informations: ☐ sur les aides financières : ☐ sur les services d'aide à domicile sur les établissements : ☐ sur le handicap, la maladie : ☐

- **Participer à:**

des ateliers de détente, de loisirs ou de relaxation : ☐

un groupe de paroles et d'échange entre aidants : ☐

un cycle de formation pour mieux comprendre et accompagner la maladie : ☐

des conférences débats : ☐

- Rencontrer:

d'autres aidants : ☐ des professionnels : ☐ un psychologue un bénévole : ☐ avoir plus de temps pour moi et ma famille : ☐ être plus ou mieux relayé : ☐

## Fiche liaison urgences / SMUR

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ h \_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_/\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Antécédents essentiels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ordonnance transmise ☐ ou traitement habituel : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Histoire de la maladie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TA : \_\_\_\_/\_\_\_\_ mm Hg (TA habituelle : \_\_\_\_/\_\_\_\_ mm Hg) Température : \_\_\_\_°C

Fréquence cardiaque : \_\_\_\_/min ECG : ☐ Interprétation : \_\_\_\_\_

Fréquence respiratoire : \_\_\_\_/min SpO2 : \_\_\_\_%

Gly capillaire : \_\_\_\_\_

Conscience : ☐ normale ☐ altérée (confusion somnolence) Glasgow : \_\_\_\_\_

Examen clinique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Appel du 15 : ☐ oui ☐ non Autre : \_\_\_\_\_

Demande d'hospitalisation : ☐ oui ☐ non ☐ NSP Transport : ☐ SMUR ☐ ambulance

Traitement administré : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Evolution : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TAMPON

Signature

## ACCUEIL DE LA PERSONNE AGÉE > 75 ANS AUX URGENCES PAR L'IOA

Six mesures pour diminuer les complications et la dépendance.

- 1. La personne âgée est en mesure de marcher**
  - L'installer sur un fauteuil ou en salle d'attente
- 2. La personne âgée ne tient pas la station debout**
  - L'installer sur un brancard et mettre le brancard en position basse
- 3. La personne âgée est agitée**
  - Penser à rechercher un globe vésical au bladder scanner et rechercher une cause
  - Penser à évaluer la douleur (EVA, échelle des visages)
  - Discuter la contention le cas échéant  
(Attention la contention est une prescription médicale)
- 4. Penser au confort du patient**
  - Rassurer et informer le patient et sa famille
  - En salle d'attente :
    - Indiquer les toilettes au patient et à son entourage
  - Sur un brancard :
    - Veiller à positionner un bassin sous le brancard
    - Penser à la prévention des escarres
- 5. Penser à la déshydratation de la personne âgée**
  - Proposez-lui régulièrement une boisson si l'attente risque de se prolonger au-delà de 1 heure  
(Attention au maintien à jeun si intervention chirurgicale)
- 6. Proposer une installation et une prise en charge rapide**
  - De 30 à 60 minutes pour les personnes très fragiles

### Service d'Accueil des urgences adultes

Tél : 02 38 51 43 51  
Télécopie : 02 38 51 41 02

LA SOURCE

<http://www.chr-orleans.fr/chr-orleans/activites-medicales/pole-metiers-de-lurgence/medecines-durgence>



## ACCUEIL DE LA PERSONNE AGÉE > 75 ANS ADMISE EN HTCD ET EN SERVICE DE SOINS

Six mesures pour améliorer la prise en charge et diminuer la durée du séjour hospitalier.

- 1. Limiter les contentions**
- 2. Privilégier la mobilisation précoce**
  - Installation dans un fauteuil adapté avec repose pieds et à dossier droit
  - Faire lever le patient pour aller aux toilettes
  - Servir les repas à table et non au lit
  - Prescription de kinésithérapie pour évaluation et mobilisation
- 3. Prévenir la dénutrition et la déshydratation**
  - Proposer régulièrement des boissons
- 4. Surveillance cutanée**
  - Vérifier les points d'appui tous les jours
- 5. Prévenir les complications thrombo-emboliques**
  - Bas de contention systématique sauf artériopathies sévères
- 6. Prévenir précocement l'équipe mobile de gériatrie**
  - Ou s'assurer que l'équipe est prévenue

Penser à poser une indication précoce de SSR

### Service d'Accueil des urgences adultes

Tél : 02 38 51 43 51  
Télécopie : 02 38 51 41 02

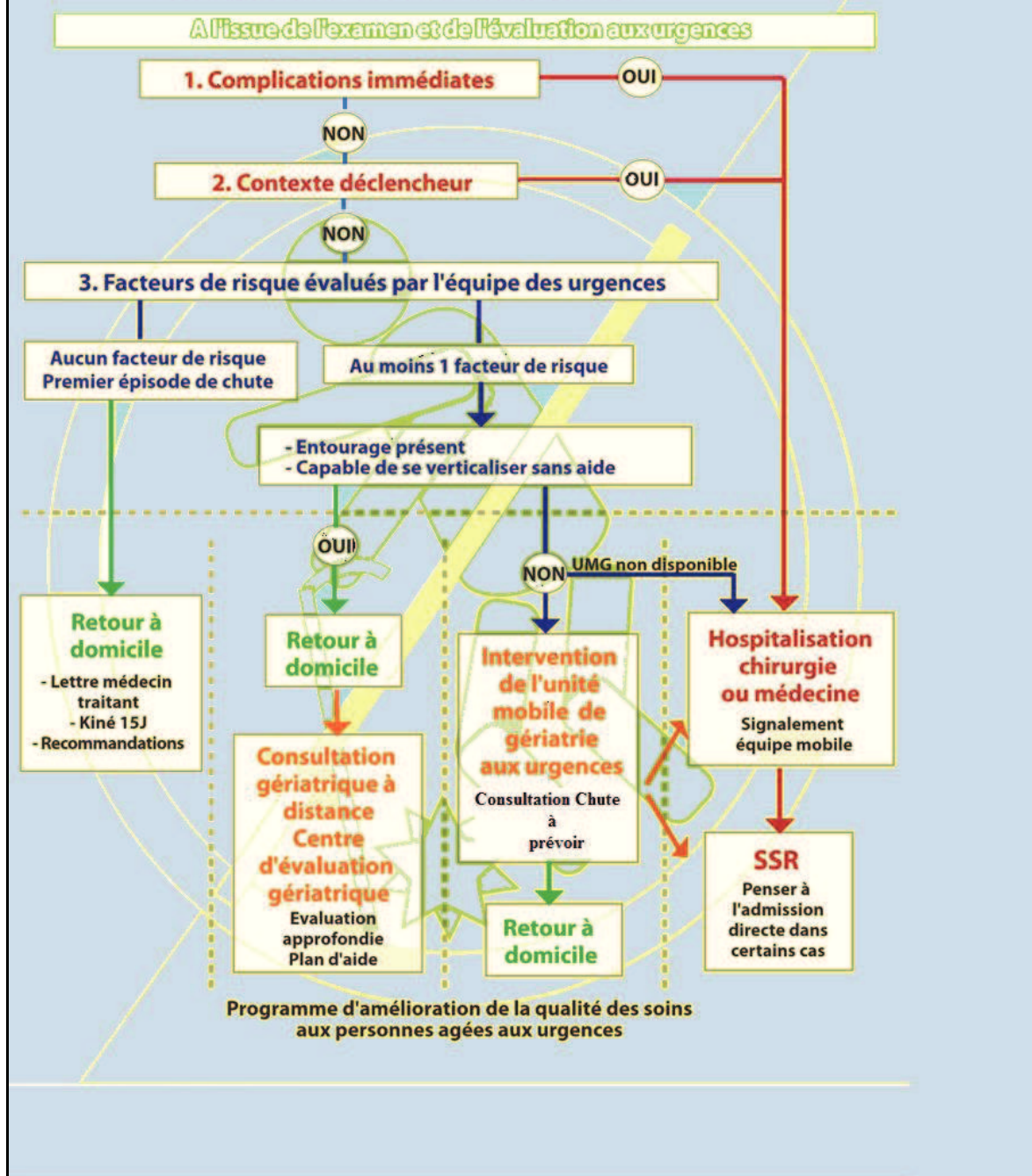
LA SOURCE

<http://www.chr-orleans.fr/chr-orleans/activites-medicales/pole-metiers-de-lurgence/medecines-durgence>



*Annexe 6 : Fiche d'accueil HTCD/programme d'amélioration de la qualité des soins aux personnes âgées aux urgences.*

## ORIENTATION DE LA PERSONNE AGÉE ADMISE POUR CHUTE AUX URGENCES



Annexe 7 : Protocole de prise en charge de la PA admise pour chute aux urgences

## **PROTOCOLE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGÉE >75ANS ADMISE AUX URGENCES POUR CHUTE**

4 points pour le diagnostic et l'évaluation rapide aux urgences

### **1. Diagnostiquer les complications immédiates**

- Pathologies osseuses et ligamentaires traumatiques
- Traumatismes graves (Traumatisme crânien, hémorragies, ...)
- Complications liées à la durée de séjour au sol (rhabdomyolyse, hypothermie, escarres, déshydratation)

**ATTENTION AUX AVK**

### **2. Rechercher un contexte déclencheur**

- Cardio-vasculaire : syncope (malaise vagal, hypotension orthostatique, trouble du rythme ou de la conduction), Embolie pulmonaire, SCA
- Neurologique : AVC, syndrome confusionnel, syndrome parkinsonien, épilepsie
- Vestibulaire (Romberg positif)
- Métabolique : hypoglycémie, déshydratation, hyponatrémie, dyskaliémie, alcool
- Infectieuses et autres pathologies aiguës

### **3. Rechercher les facteurs de risque**

- Antécédent de chute dans l'année
- Isolement socio familial
- Perte fonctionnelle récente
- Polymédication >4/jour, prescription récente (psychotropes, cardiotropes)
- Trouble cognitif
- Déficit visuel et auditif
- Incapacité à se verticaliser sans aide et marcher quelques mètres

### **4. Réaliser un bilan paraclinique**

- Réaliser un bilan lésionnel radiologique
- ECG
- NFS-plaquette, ionogramme sanguin, Créatinémie, Glycémie capillaire, CRP, CPK (si durée au sol >1h), +/- alcoolémie

## **Service d'Accueil des urgences adultes**

Tél 02 38 51 43 51  
Télécopie 02 38 51 41 02

LA SOURCE



Les 4 questions  
qui guident la  
démarche

- Existe-t-il  
un **risque de récurrence** de chute ?  
La chute  
expose-t-elle à des **signes de  
gravité** ?  
Quel bilan **paraclinique**  
« **sur mesure** » adapté au chuteur ?  
Quelles sont  
les **recommandations** à proposer ?

Une équipe  
pluridisciplinaire

Au service du sujet à risque de chutes :

- Diététicien
- Ergothérapeute
- Gériatre
- Kinésithérapeute
- Neuropsychologue
- Spécialistes selon besoins  
(rhumatologue, neurologue,  
podologue...)

## LES CHUTES

Epidémiologie

- 90 % des accidents de la vie courante
- Les ¾ d'entre elles : chez les > de 75 ans
- 20 à 60 % des chuteurs souffrent de traumatismes, dont 10 % de traumatismes sévères
- nécessitant une hospitalisation en court-séjour dans 37 % des cas après passage aux urgences

Ne pas  
« banaliser »

- chez les plus de 75 ans vivant au domicile et admis en hospitalisation après passage aux urgences pour chute :
  - \* 81,1 % des personnes avaient des troubles de la marche
  - \* 50,6 % avaient des troubles de l'équilibre
  - \* **un sur deux va récidiver**



**Contact :**

Consultation pluridisciplinaire :  
« chute - troubles de la marche »

CHR d'Orléans  
La Source

02-38-74-45-55



## CHUTES ET TROUBLES DE LA MARCHÉ

Consultation  
Préventive pluridisciplinaire

La gravité :  
n'est pas  
que fracturaire

- La chute n'est pas « une maladie », c'est un syndrome, c'est-à-dire un ensemble de signes concourant à cet événement.
- L'âge à lui seul n'explique pas ce syndrome qui expose à des conséquences fracturaires, neurologiques, de déshydratation, de passages itératifs aux urgences, d'hospitalisations répétées...
- Tout l'enjeu d'une démarche de prévention est donc de repérer ces signes.
- Le caractère multidisciplinaire de la démarche de prévention permet de :
  - \* limiter les éléments péjoratifs qui accompagnent la chute
  - \* lutter contre la sédentarité, la baisse de force musculaire, la perte de poids qui sont des facteurs favorisant la chute, l'ostéoporose et la fracture.

« Chute » = témoin  
de  
« FRAGILITE »

Après 65 ans, 20 % de la population vivant à domicile a un état de santé dit « fragile », mais n'en a pas toujours conscience, même si elle expose à un risque élevé de perte d'indépendance.

Cette fragilité est associée à un risque majoré d'événements péjoratifs de santé, dont un risque majoré de chutes.

La compréhension des mécanismes de la chute propres à chaque individu, son contexte environnemental, ses médications... permettent :

- o d'orienter le diagnostic
- o d'émettre des recommandations
- o d'en favoriser le suivi avec la famille ou des aidants professionnels et le médecin traitant.

Annexe 7: Protocole de prise en charge de la PA admise pour chute aux urgences: fiche chute à remettre au patient

## 6 Bibliographie

- [1] Société francophone de Médecine d'urgence. *10<sup>e</sup> Conférence de consensus*. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Texte long, 05/12/2003 Strasbourg. Jeur, 2004, 17, 183-201.
- [2] Conseil général d'Indre-et-Loire. Programme d'Action de Soutien pour les aidants familiaux qui accompagnent une personne âgée dépendante ou une personne adulte dépendante ou une personne adulte handicapée. Formulaire à remplir. Loches, 2016.
- [3] L. MAURO. Ministère de la Santé. Résultats du questionnaire patients – le parcours des personnes âgées aux urgences. DREES, 2014. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss63.pdf>
- [4] M. MAIRESSE. Évaluation de l'accueil des personnes âgées. Urgences, CHG Montdidier.
- [5] A. BELLOU. *Idées et Débats*. Place des services d'urgence dans la régulation des hospitalisations publiques. Commission d'évaluation de la Société francophone de médecine d'urgence. SAU, hôpital Central, CHU Nancy, Service de médecine H, hôpital Central, CHU Nancy, SAU, CHU de Grenoble, SAU, hôpital Pontchaillou, CHU de Rennes. SAU, département informatique médicale, hôpital la Conception, Marseille, Société francophone de médecine d'urgences, urgences médicales, CHU de Strasbourg. La revue de médecine interne 24, 2003, 602-612.
- [6] A. MALET. *Compte-rendu de reunion*. Atelier « limiter le recours aux urgences ». MAIA. Méthode d'Action et d'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Agence Regionale de Santé du Loiret, 2015.
- [7] Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD. HAS, juillet 2015. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/fpc\\_reduire\\_hospit\\_residents\\_ehpad.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/fpc_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf)
- [8] Société francophone de Médecine d'urgence. *État des lieux et proposition*. L'organisation de l'aval des urgences. Mai 2005.
- [9] A. BELLOU. Épidémiologie des personnes âgées de plus de 75 ans admises dans les services d'urgences français. SAU, Hôpital St Julien Nancy. JEUR, 2004. 17, 215-220.
- [10] S. BONIN-GUILLAUME. Dispose-t-on de critères permettant un retour à domicile chez la personne âgée au décours d'un passage aux urgences ? Urgences, 2009. Chapitre 54.
- [11] Accueil de la personne âgée de plus de 75 ans. Réseau Nord Alpin des Urgences (REN.AU).
- [12] F. BLOCH. Chute chez la personne âgée : le retard de l'alerte tue plus que le traumatisme. Hopital Cochin, Paris.
- [13] L. JAINSKI. Altération de l'état général : un motif de passage fréquent aux urgences pour des personnes âgées. Pôle urgence et laboratoire thérapeutique, CHU Clermont-Ferrand
- [14] J. ROTTNER. Critères de non-hospitalisation de la personne âgée de plus de 75 ans : aspect médical. Jeur, 2004. 17, 269-274.
- [15] P. LEVEAU. La personne âgée aux urgences. EMC. 25-060-A-10.

**Vu, le Directeur de Thèse**

**Vu, le Doyen  
de la Faculté de médecine de TOURS**

Thèse 2015. – 20016.

## DOCTORAT en MÉDECINE

Diplôme d'Etat

*D.E.S. de Médecine Générale*  
Présentée et Soutenue le 28/04/2016  
Dépôt de sujet de thèse, proposition de jury.

NOM : LECLERC

Prénoms : Rémi, Michel, Hervé

Date de naissance : 01/09/1987

Nationalité : française

Lieu de naissance : Nice, Alpes Maritimes

Domicile : 116 boulevard de Lozère, 91120, PALAISEAU, FRANCE

Téléphone : 06-66-02-28-06

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Anne Malet

Titre de la Thèse : Profil gériatrique des patients de 75 ans et plus, présents à la relève de 8h30 (ayant passé au moins une nuit aux urgences) dans le service des urgences d'Orléans.

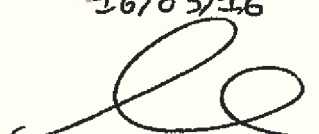
### JURY

Membres du jury : *Madame le Professeur Universitaire Caroline Hommet, Médecine interne, gériatrie*  
*Monsieur le Professeur Universitaire Jean-Pierre Lebeau, Médecine générale*  
*Madame le Docteur Anne Malet, praticien hospitalier, Médecine d'urgence*  
*Madame le Docteur Magali Fleury, Médecine gériatrique*

Président : *Madame le Professeur Universitaire Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Médecine générale*

Avis du Directeur de Thèse

Signature


16/03/16  


Avis du Directeur de l'U.F.B.  
à Tours, le

Signature



Le Doyen,

  
Patrice DIOT

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

## Faculté de Médecine de TOURS

**LECLERC Rémi**

54 pages – 1 tableau – 8 figures – 7 annexes

### **RESUME**

**INTRODUCTION.** *Le nombre d'admissions des personnes âgées (PA) au service d'accueil des urgences (SAU) est en constante augmentation. Les conséquences sont une stagnation des PA aux urgences. L'objectif de l'étude était de décrire le profil gériatrique des PA passant au moins une nuit dans le SAU d'Orléans, pour améliorer leur prise en charge.* **MATERIEL ET METHODE.** *Cette étude descriptive prospective sur 50 jours incluait 84 patients de 75ans et plus. Deux questionnaires étaient remplis: un par l'infirmière d'accueil, l'autre par l'urgentiste. Les critères d'inclusion étaient la PA ayant un questionnaire complet en attente d'un lit d'aval ou d'une réévaluation.* **RESULTATS.** *Les PA représentaient 28% des admissions totales. Ils venaient du domicile dans 77%. 55% avaient une pathologie aigue sur terrain débilite ou comorbidité importante pouvant entrainer une pathologie en cascade. La consultation avait lieu sous l'impulsion d'un tiers dans 36% des cas alors qu'il n'était présent que dans 29% des cas. Le premier motif de consultation était la chute (26%). Le gériatre était contacté dans 8% des cas. Le principal motif d'inadéquation concernant l'orientation souhaitée et obtenue était le manque de lit d'aval. La moitié des PA sont retournés à leur lieu de vie sans que l'urgentiste n'ait recherché les éléments de fragilité.* **DISCUSSION.** *La majorité des PA viennent de leur domicile, sous l'impulsion d'un tiers alors qu'il est absent de la consultation au SAU. L'avis gériatrique est peu pris. La fragilité de la PA doit être dépistée dès son passage au SAU. Des outils de dépistage et de prise en charge des PA sont proposés dans cette étude et lancent de nouvelles perspectives de travail.*

**Mots clefs :** *fragilité, personne âgée, gériatrie, filière gériatrique, urgences, lit d'aval*

**Président de Jury :** Madame le Professeur Universitaire Anne-Marie Lehr-Drylewicz

**Membres du jury :** Madame le Professeur Universitaire Caroline Hommet  
Monsieur le Professeur Universitaire Jean-Pierre Lebeau  
Madame le Docteur Anne Malet  
Madame le Docteur Magali Fleury

**Date de la soutenance** : le 28 Avril 2016