

Année 2023/2024

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Julie HARDY

Né(e) le 14/07/1995 à ETAMPES (91)

Description de la population des patients âgés consultant aux urgences : importance de la part de patients fragiles.

Présentée et soutenue publiquement le **17 Avril 2024** date devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Saïd LARIBI, Médecine d'Urgence, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Thomas MOUMNEH, MCU-PH Médecine d'Urgence, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Lucas REBOUL, PH Médecine d'Urgence, CH Blois

Directeur de thèse : Docteur Pierre DENEAU, PH Médecine d'urgence - Tours

Description de la population des patients âgés consultant aux urgences : importance de la part de patients fragiles

Résumé :

L'objectif de ce travail était de mettre en avant la part de patients âgés (d'au moins 65 ans) fragiles consultant aux urgences de CHRU de Tours grâce à l'utilisation du score diagnostique TRST (*Triage Risk Screening Tool*).

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle, monocentrique au sein des Urgences adultes du CHRU de Tours. Tous les patients âgés d'au moins 65 ans s'étant présentés aux urgences adultes du CHRU de Tours sur la période du 05/10/2020 9h00 au 12/10/2020 9h00, ont été inclus. Le score TRST a été calculé pour chaque patient. Il comprend 5 items valant chacun un point si positif : présence de troubles cognitifs ; troubles de la marche ou antécédent de chute ou difficultés de transfert, polymédication ; antécédent d'hospitalisation dans les 90 jours ou de passage dans un service d'urgence dans les 30 jours ; perte d'autonomie, problème social ou maltraitance suspectés. Le 5^e item n'a pas pu être calculé dans notre étude. Le score est considéré comme positif si au moins égal à 2 points et révèle un risque majoré de réadmissions aux urgences, de réhospitalisation et d'entrées en institution à 30 et 120 jours.

252 patients ont été inclus. Ils avaient 80 ans en moyenne. 92% prenaient un traitement chronique quotidiennement. Ils présentaient tous de multiples comorbidités. Suite au passage aux urgences, 57% nécessitaient une hospitalisation conventionnelle ou en UHCD.

77 des 252 patients inclus dans notre travail (31%) présentaient un score TRST ≥ 2 et semblaient associés à un risque plus élevé de décéder au cours de l'hospitalisation.

Les patients fragiles représentaient une part importante de la population âgée consultant aux urgences. Ils nécessitent une prise en charge spécifique.

Mots clés : Service d'urgences, patients âgés fragiles, score TRST, fragilité gériatrique

Description of the population of elderly patients consulting emergency departments: importance of the proportion of fragile patients

Abstract :

The objective of this work was to highlight the proportion of frail elderly patients (at least 65 years old) consulting the emergency room of the Tours University Hospital thanks to the use of the TRST (Triage Risk Screening Tool) diagnostic score.

This is a retrospective, observational, single-center study within the Adult Emergency Department of the Tours University Hospital. All patients aged at least 65 years old who presented to the adult emergency department of the Tours CHRU during the period from 05/10/2020 9:00 a.m. to 12/10/2020 9:00 a.m. were included. The TRST score was calculated for each patient. It includes 5 items each worth one point if positive: presence of cognitive disorders; walking problems or history of falls or transfer difficulties, polypharmacy; history of hospitalization within 90 days or visit to an emergency department within 30 days; loss of autonomy, social problem or suspected abuse. The 5th item could not be calculated in our study. The score is considered positive if at least equal to 2 points and reveals an increased risk of readmissions to the emergency room, rehospitalization and admission to an institution at 30 and 120 days.

252 patients were included. They were 80 years old on average. 92% took chronic treatment daily. They all had multiple comorbidities. Following the visit to the emergency room, 57% required conventional hospitalization or UHCD. 77 of the 252 patients included in our work (31%) presented a TRST score ≥ 2 and seemed associated with a higher risk of dying during hospitalization.

Frail patients represented a significant proportion of the elderly population consulting emergency departments. They require specific support.

Keywords: Emergency department, frail elderly patients, TRST score, geriatric frailty

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BISSON Arnaud.....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
EL AKIKI Carole

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) 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(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A mon jury de thèse, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de juger mon travail.

A mon directeur de thèse, Dr Pierre DENEAU, merci pour ta patience, ta compréhension et tes conseils pour la réalisation de ce travail. Merci pour ta gentillesse.

A toutes les équipes médicales et paramédicales que j'ai pu rencontrer durant les semestres de mon internat. Merci pour ce que vous m'avez déjà appris et merci d'avance pour ce que j'apprendrais à vos côtés. Merci de m'avoir accompagnée et d'avoir fait ce que je suis devenue aujourd'hui.

Mercis particuliers, aux équipes des Urgences du CHU de Tours, de réanimation du CH de Blois et d'USCC du CHU de Tours.

A ma famille, merci de votre soutien depuis toutes ces années. Papa, maman de m'avoir permis de faire ses études. Lolo de ton soutien et de ta présence.

A Marie, merci de ton soutien, d'avoir été présente dans les moments de stress. Et surtout merci de ton implication dans ce travail avec ta (tes) relecture(s) et correction(s).

A Pierre, merci de m'avoir supporté toutes ces années, ces périodes de stress, de révisions. Merci pour ton soutien.

A ma belle-famille.

Aux amies rencontrées durant ces études, Léa, Estelle, Salomé, Daphné, Lison, Camille, Emmeline et les autres.

Merci à tous les internes que j'ai pu croiser et qui ont rendu ces années plus faciles.

Liste des abréviations

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

COVID : Corona Virus Disease

EMG : Équipe mobile de gériatrie

IDE : Infirmière diplômée d'état

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

ISAR : Identification of seniors at risk

LDH : Lactate déshydrogénase

MADD : Maintien à domicile difficile

SAMU : Service d'aide médicale urgente

TRST : Triage risk screening tool

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

Table des matières

Introduction	13
Méthode	15
Résultats	17
Caractéristiques de la population	17
Répartition des passages aux urgences	19
Devenir du patient après son passage aux urgences	21
Calcul du score TRST	22
Comparaison population TRST positif / TRST négatif	23
Discussion	24
Patients gériatriques	26
Prise en charge médicale gériatrique	27
Problème d'amont	27
Problème disponibilité de lit d'aval	28
Nécessité articulation des différents acteurs gériatriques	29
Conclusion	29
Bibliographie	30
Annexes	32

Description de la population des patients âgés consultant aux urgences : importance de la part de patients fragiles.

INTRODUCTION :

En 2019, en France, il a été recensé 22,04 millions de passages aux urgences, ce qui correspond à une augmentation de +1,9% par rapport à 2017. La flambée du nombre de passages aux urgences est d'autant plus frappante si on la compare au nombre de passages en 2010 qui était de 17,45 millions (1). Cet accroissement du nombre de consultations est malgré tout accompagné d'une diminution du nombre de structures d'urgences sur le territoire français : en 2019, il y avait 698 structures d'urgences contre 811 en 2010 ce qui représente une diminution de près de -14% (1).

Parmi les patients accueillis dans les services d'urgences, les patients âgés sont un groupe spécifique mobilisant des prises en charge particulières du fait de leurs conditions de vie et de leurs affections liées à l'âge qui entraînent une fragilité supplémentaire (2). Ces spécificités de prise en charge peuvent parfois mettre les professionnels de santé en difficulté (3). Les passages aux urgences des personnes âgées mobilisent un nombre d'actes plus élevé, des hospitalisations plus fréquentes en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et une durée plus longue de séjour que les patients plus jeunes (5). Or, depuis plusieurs années, la disponibilité de lits d'aval dans les structures hospitalières est restreinte, imposant à ces personnes fragiles un séjour plus long aux urgences. Mais nous savons qu'une durée de séjour plus longue aux urgences (sur des brancards notamment) les expose à un risque plus important d'effets indésirables comme les chutes, les infections, les saignements, la survenue d'escarres, etc. Les conséquences de ces effets peuvent donc amener à une durée de séjour prolongée mais aussi à une mortalité accrue (4).

Selon l'INSEE, au 1^{er} janvier 2020, la population française continue de vieillir. Les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20,5% de la population. Le vieillissement de la population s'accélère depuis 2011, avec l'arrivée à 65 ans des générations nées après-guerre. Les habitants âgés de 75 ans ou plus représentent près d'un habitant sur dix au 1^{er}

janvier 2020 (6). Selon le scénario central des projections de population publiées par l'INSEE en 2016, si les tendances démographiques se maintenaient, la France compterait 76,5 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2070. La quasi-totalité de la hausse concernerait les personnes âgées de 65 ans ou plus, avec une augmentation plus marquée pour les personnes de 75 ans ou plus. Cette augmentation résulte entre-autre de l'amélioration de l'espérance de vie (7).

Si on recentre notre intérêt au plan local, la population âgée de 60 ans ou plus en Indre-et-Loire, représente 27,4% soit plus d'une personne sur quatre en 2018 selon l'INSEE (8). Proportion que l'on retrouve si on s'intéresse au nombre de patients de plus de 60 ans accueillis au CHU de Tours en 2019 qui était de 38,6% (9).

Afin de mieux prendre en charge les patients âgés et donc d'optimiser les stratégies de soins mais aussi d'envisager au mieux le devenir de ces patients, il est donc primordial que les professionnels de santé soient sensibilisés davantage à leur fragilité et aux conséquences qu'impose un « simple » passage dans un service d'urgence.

Il existe plusieurs outils permettant d'appréhender au mieux la fragilité des patients, notamment le calcul de divers scores diagnostics.

Le score ISAR (*Identification of Seniors At Risk*) est un questionnaire développé initialement pour être utilisé par le patient lui-même puis étendu à l'usage de l'ensemble des soignants qui permet de repérer les personnes âgées de plus de 75 ans susceptibles d'avoir besoin d'une évaluation gériatrique. Il a été développé spécifiquement pour les patients des services d'urgences (annexe 1).

Quant au score TRST (*Triage Risk Screening Tool*), il a été développé afin de prédire le risque de réhospitalisations des patients âgés consultant aux urgences le mois suivant leur admission (annexe 2).

Ces deux scores ont montré un effet modérément prédictif sur le déclin fonctionnel des actes de la vie quotidienne après un passage aux urgences. Le score TRST a montré quelques avantages vis à vis de l'ISAR : plus facile car ne nécessitant pas d'accès au dossier médical des patients et plus rapide, il peut être calculé directement par les IDE lors du triage à l'arrivée dans un service d'urgence (10).

L'objectif de ce travail était donc d'analyser au mieux les caractéristiques des patients âgés de 65 ans ou plus consultants aux urgences adultes du CHU de Tours et d'en distinguer parmi eux, la part de patients fragiles.

METHODE :

Nous avons réalisé une étude observationnelle, monocentrique au sein des Urgences adultes du CHU de Tours. La population de notre étude a été isolée d'une partie des patients ayant été inclus lors de l'étude EGERS, puisque nous avons étudié les patients inclus sur le seul centre des urgences adultes du CHU de Tours.

L'étude EGERS (European Geriatric Emergency Departments Registry Study) était une étude observationnelle prospective multicentrique (11). L'étude EGERS avait pour principal objectif la description des critères épidémiologiques et caractéristiques des patients gériatriques se présentant dans les services d'urgences. Elle comprenait tous les patients âgés d'au moins 65 ans se présentant dans un service d'urgence quel que soit le motif de consultation et/ou le diagnostic.

L'inclusion des patients s'est faite sur une période s'étendant du 19 octobre 2020 au 16 novembre 2020 durant 7 jours consécutifs. Pour notre étude, nous avons recueilli tous les patients âgés d'au moins 65 ans s'étant présentés aux urgences adultes du CHU de Tours sur la période du 05/10/2020 9h00 au 12/10/2020 9h00.

Afin de pouvoir réaliser notre travail nous avons dû procéder à un recueil rétrospectif de données manquantes via le dossier médical partagé du CHU de Tours. Après avoir analysé les caractéristiques de la population, nous avons calculé pour chaque patient le score TRST (Triage Risk Screening Tool).

SCORE TRST

	Oui	Non
Présence de troubles cognitifs		
Troubles de la marche, chutes ou difficultés de transfert		
Polymédication (utilisation de ≥ 5 médicaments)		
Antécédent d'hospitalisation dans les 90 jours ou de passage aux urgences dans les 30 jours		
Perte d'autonomie, problème social, maltraitance suspectés par des travailleurs sociaux		

Oui = 1 point ; Non = 0 point

Le score TRST a été développé pour prédire le risque de réhospitalisations des patients âgés passant aux urgences le mois suivant leur admission. Un score TRST supérieur ou égal à 2, avait montré un risque majoré de réadmissions aux urgences, de réhospitalisation et d'entrées en institution à 30 et 120 jours (annexe 2).

Le recueil des données ne nous a pas permis de calculer le 5e items du TRST : la présence ou non de problème social/maltraitance/perde d'autonomie suspecté par un travailleur social ou personnel médical.

Afin de comparer les 2 groupes ($TRST \geq 2$ et $TRST < 2$), un test de Student a été utilisé pour comparer des valeurs quantitatives, un χ^2 ou un test de Fisher pour comparer des valeurs qualitatives. Ces tests ont été réalisés sur le site internet biostaTGV (12).

Cette étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique du CHU de Tours (N° du projet : 2019 102) et a été enregistrée auprès de la CNIL.

Aucune donnée nominative permettant d'identifier le patient n'a été enregistrée.

RESULTATS :

○ CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Caractéristiques cliniques des patients n(%)	
Sexe	
Hommes	117 (46,4)
Femmes	135 (53,6)
Age	
65-74ans	78 (31)
75-84 ans	78 (31)
85-94 ans	79 (31,3)
≥95 ans	17 (6,7)
Comorbidités	
Patients ayant des comorbidités	252 (100)
Angor	33 (13,1)
Insuffisance cardiaque gauche	20 (7,9)
Insuffisance cardiaque droite	6 (2,4)
Infarctus du myocarde	8 (3,2)
Asthme	12 (4,8)
Insuffisance rénale chronique sans dialyse	20 (7,9)
Insuffisance rénale chronique avec dialyse	0
Maladie embolique	36 (14,3)
Diabète	55 (21,8)
Hypertension	178 (70,6)
Dyslipidémie	102 (40,5)
Hépatopathie	12 (4,8)
Maladies inflammatoires chronique	10 (4,0)
Cancer actif	38 (15,1)
Anémie	2 (0,8)
Alzheimer	42 (16,7)
VIH	2 (0,8)
Éthylisme chronique	13 (5,2)
Tabac	20 (7,9)
Autres	120 (47,6)
Traitement chronique	
Oui	233 (92,5)
Non	19 (7,5)
Nombre de médicament quotidien	
0	19 (7,5)
1-4	157 (62,3)
≥5	76 (30,2)
Aides au domicile	
Oui	99 (39,3)
Non	152 (60,3)
Non connu	1 (0,4)
Antécédent de chute	
Oui	70 (27,8)
Non	177 (70,3)
Non connu	5 (2,0)

Tableau 1 : Principales caractéristiques de la population étudiées

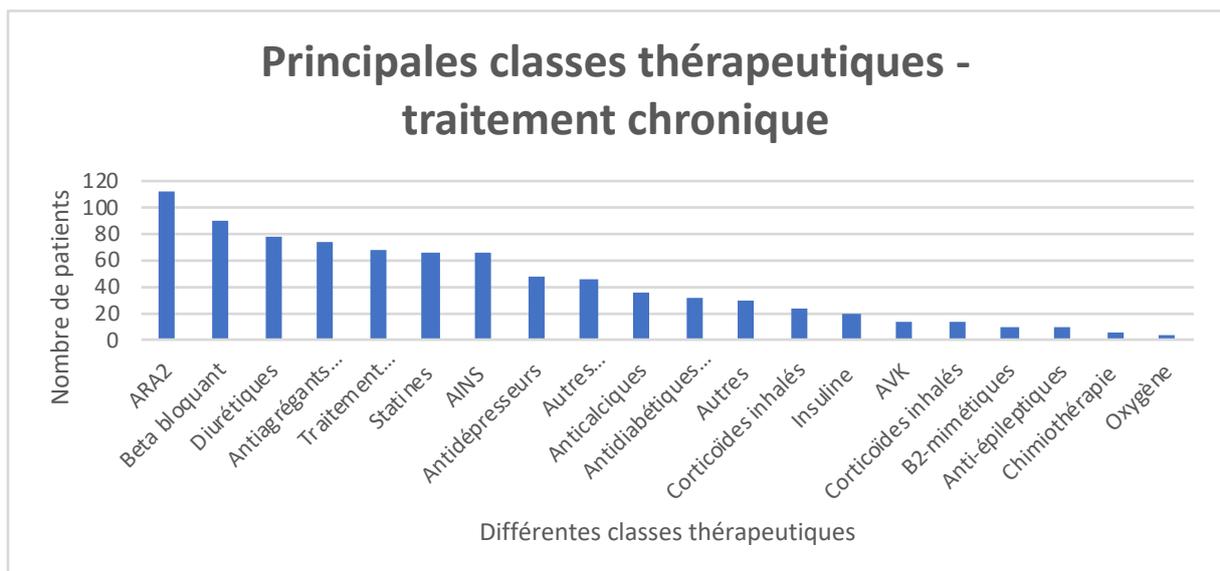
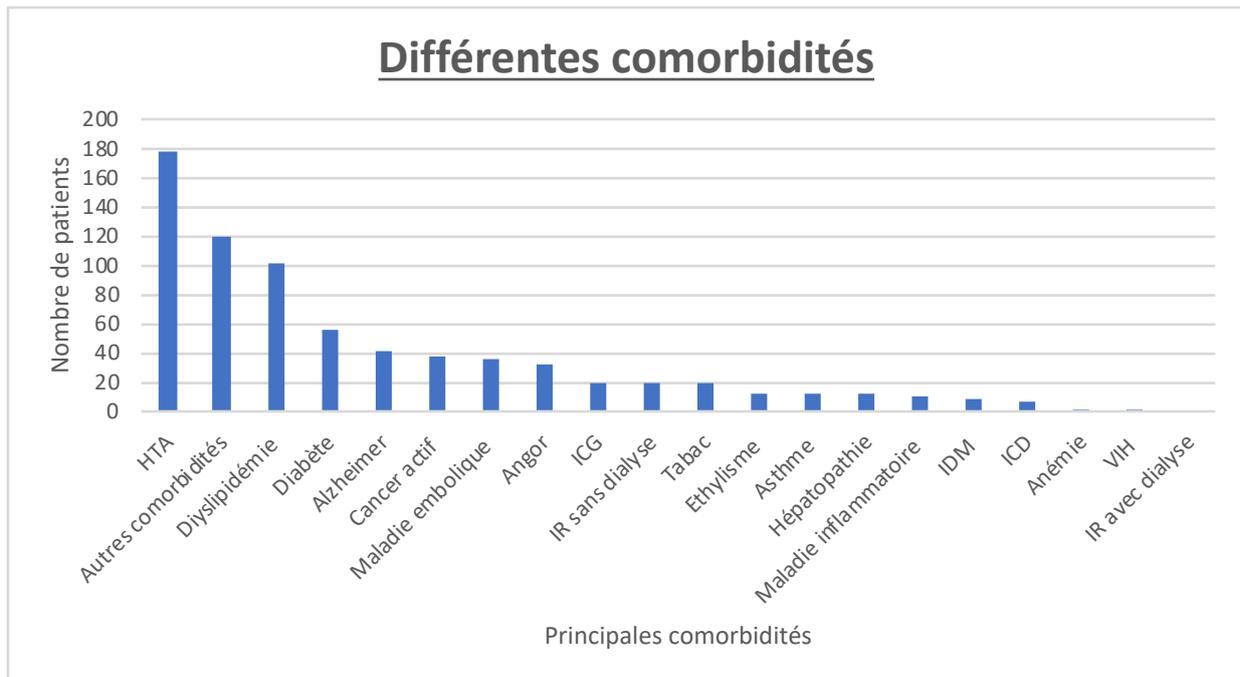


Figure 1 : principales comorbidités et classes thérapeutiques

Du 5 octobre 2020 9h00 au 12 octobre 2020 9h00, il a été recensé 252 patients âgés d'au moins 65 ans ayant consulté aux urgences du CHU de Tours.

Le tableau 1 montre que les patients inclus comptaient 117 hommes et 135 femmes, avec un âge moyen de 81 ans (âge s'étalant de 65 ans à 101 ans). Plus de la moitié de ces patients (60%) n'avaient pas d'aide au domicile mise en place avant le passage aux urgences. Un quart d'entre eux (28%) avait un antécédent de chute. La totalité présentait plusieurs comorbidités majoritairement cardiovasculaires (hypertension artérielle (71%), dyslipidémie (40%)

notamment), un diabète (22%) (figure 1). La présence de ces comorbidités implique la nécessité de prises de traitements chroniques quotidiennement pour plus de 92% d'entre eux (233 patients), dont 30% (76 patients) en prenant au moins 5 par jour. Les principales classes thérapeutiques utilisées (figure 1) sont des traitements cardiovasculaires (ARA2 (112 patients, 48%) et bêta-bloquants (89 patients, 38%), diurétiques (78 patients, 33%), les antiagrégants plaquettaires (73 patients, 31%), les statines (66 patients, 28%). Les traitements psychotropes (73 patients, 31%) et antidépresseurs (48 patients, 20%) sont aussi très largement retrouvés.

○ REPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES

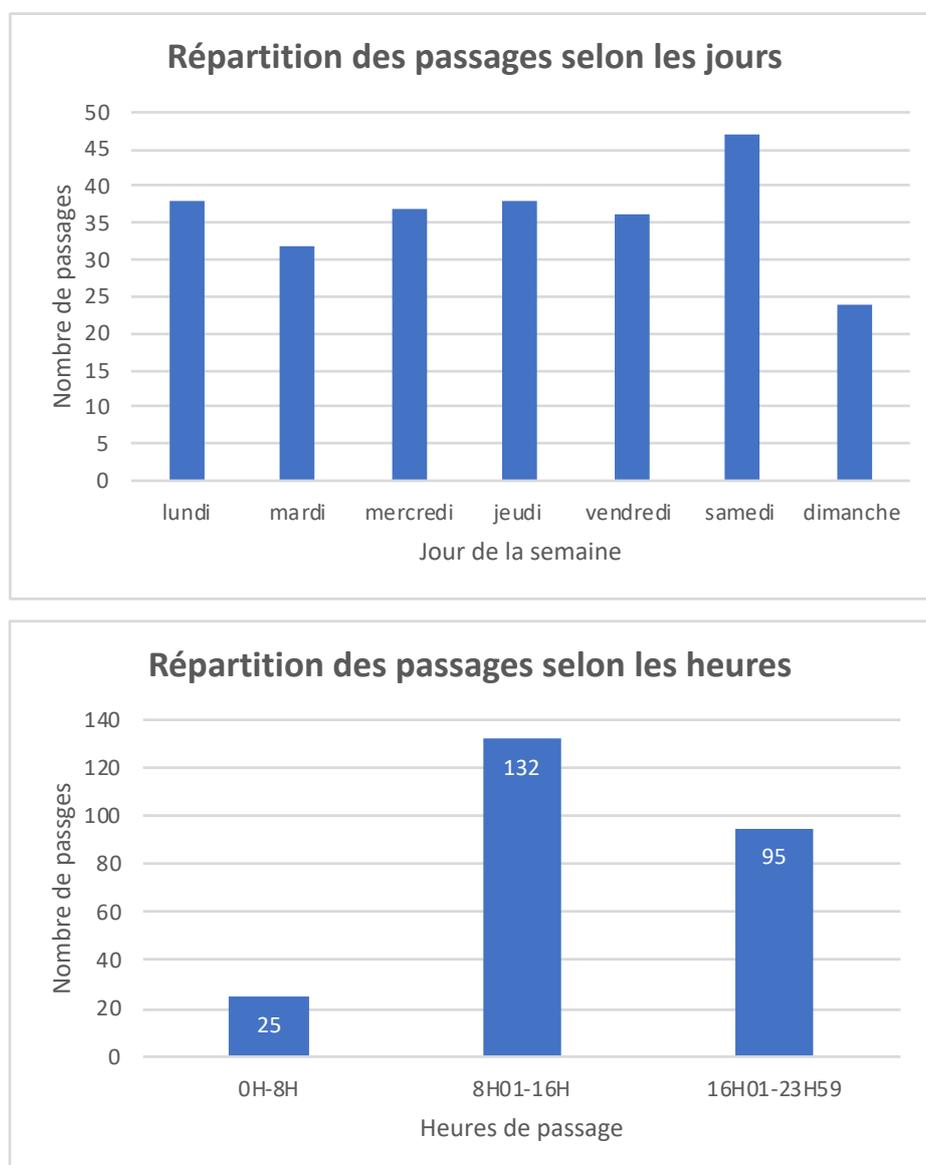


Figure 2 : répartition des passages selon les jours et heures

D'après la figure 2, on remarque que les consultations sont assez uniformément réparties sur les jours ouvrés avec en moyenne 36 passages journaliers de personnes âgées d'au moins 65 ans. Une légère augmentation est observée le samedi avec 47 passages (18%) contre 24 (9%) le dimanche, jour comptant le moins de consultations pour les personnes âgées.

Pour ce qui est des horaires de consultations, plus de la moitié des consultations recensées (132 soit 52%) se sont faites en journée (8h-16h). Un petit nombre de consultation (25 soit 10%) se sont passées en nuit profonde (00h-8h).

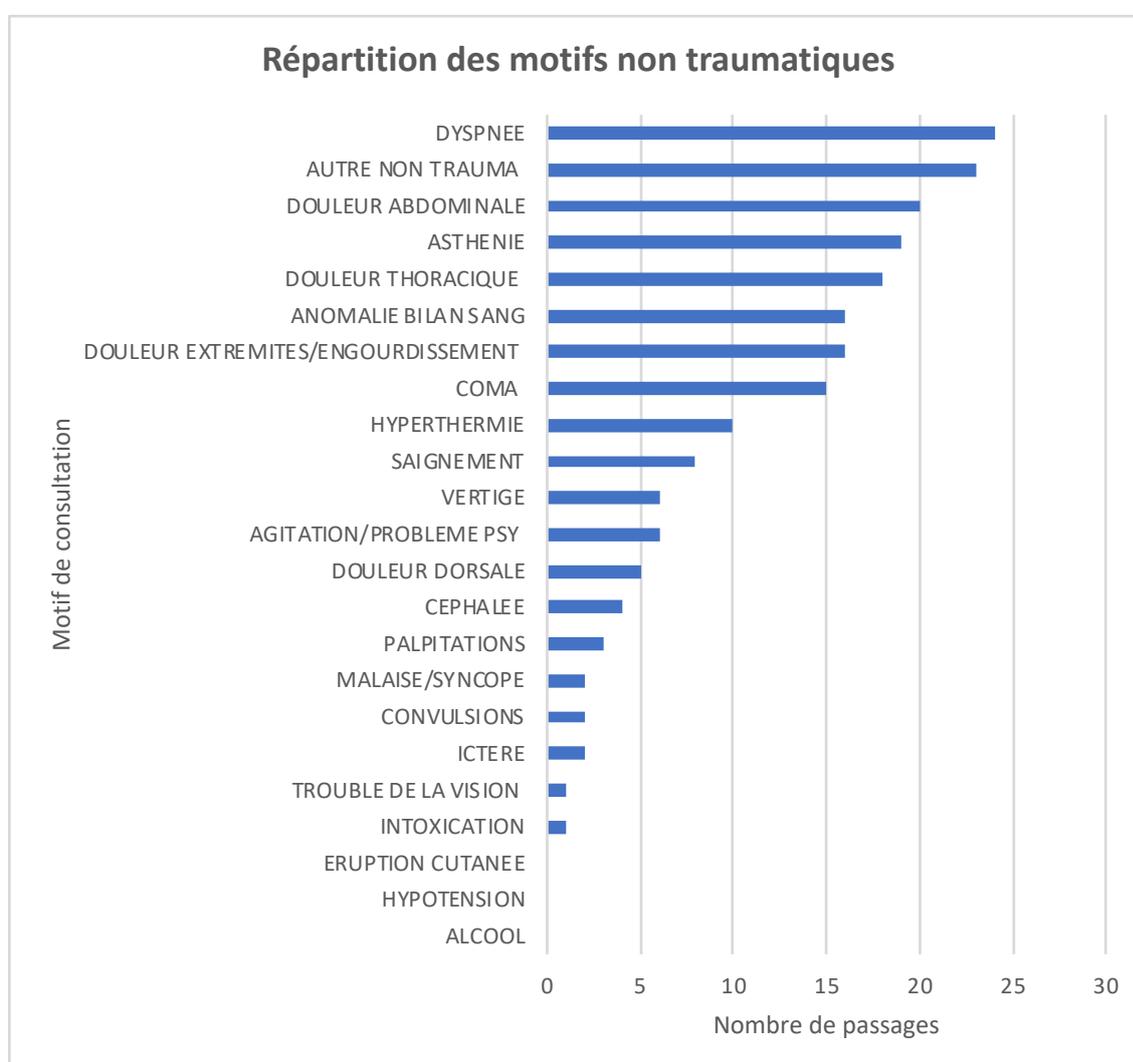


Figure 3 : Répartition des motifs de recours non traumatiques

La figure 3 montre que la majorité des motifs ayant conduits les patients à consulter aux urgences sont non traumatiques (192 des 252 passages soit 76%) avec des motifs divers. Les plus fréquents étaient : dyspnée (24), douleur abdominale (20), douleur thoracique (18), asthénie (19), anomalie de bilan biologique (16), ...

60 passages soit 24% étaient pour des causes traumatiques dont 55 (92%) étaient secondaires à une chute.

○ DEVENIR DU PATIENT APRES PASSAGE AUX URGENCES

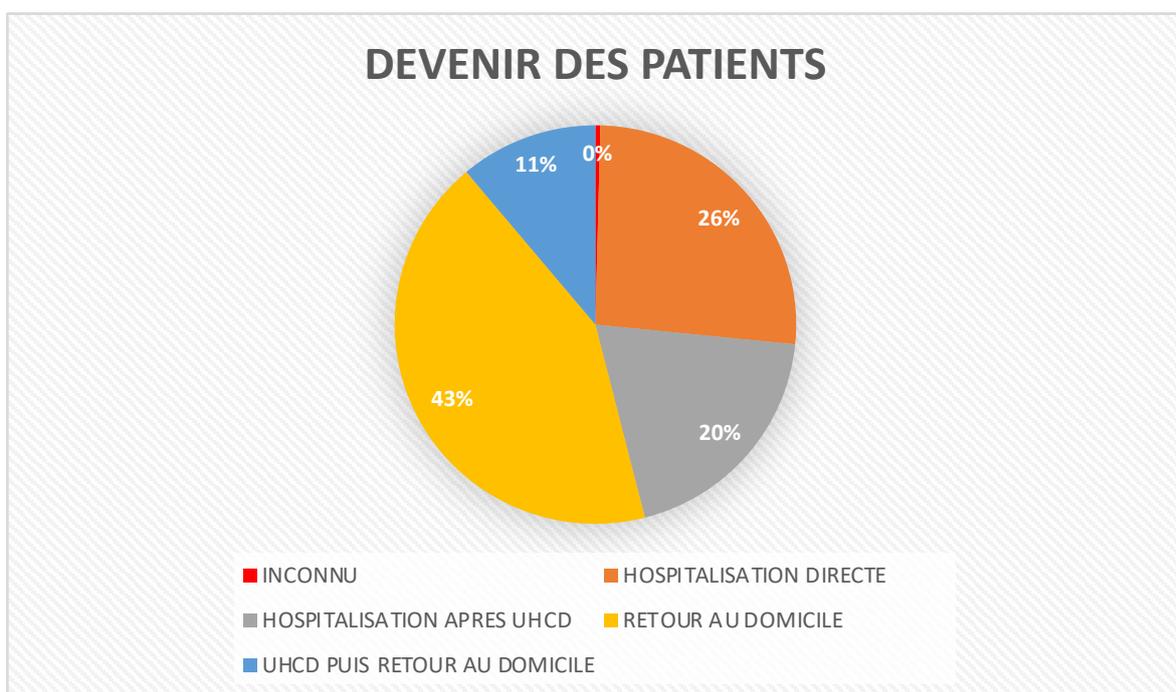


Figure 4 : Devenir des patients après leur passage aux urgences

La figure 4 montre que ces 252 passages aux urgences ont abouti pour plus de la moitié (54%) au retour au domicile que ce soit directement (43%) ou après une courte période d'observation dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (11%). 70 des consultations (26%) ont abouti directement à une hospitalisation dans un service de médecine ou de chirurgie.

49 prises en charge (20%) ont nécessité une période d'observation en UHCD pour aboutir à une hospitalisation dans un service hospitalier que ce soit par nécessité de poursuite de l'observation ou par manque de lit disponible dans le service souhaité.

A noter que le devenir d'un patient n'a pas été répertorié.

La durée moyenne de séjour en unité d'hospitalisation de courte durée était de 19,7 heures avec un séjour minimal de 5h et maximal de 68h soit près de 3 jours.

La durée moyenne de séjour dans un service de médecine ou chirurgical était de 9,2 jours avec un minimum d'une journée et maximum de 32 jours.

○ CALCUL SCORE TRST

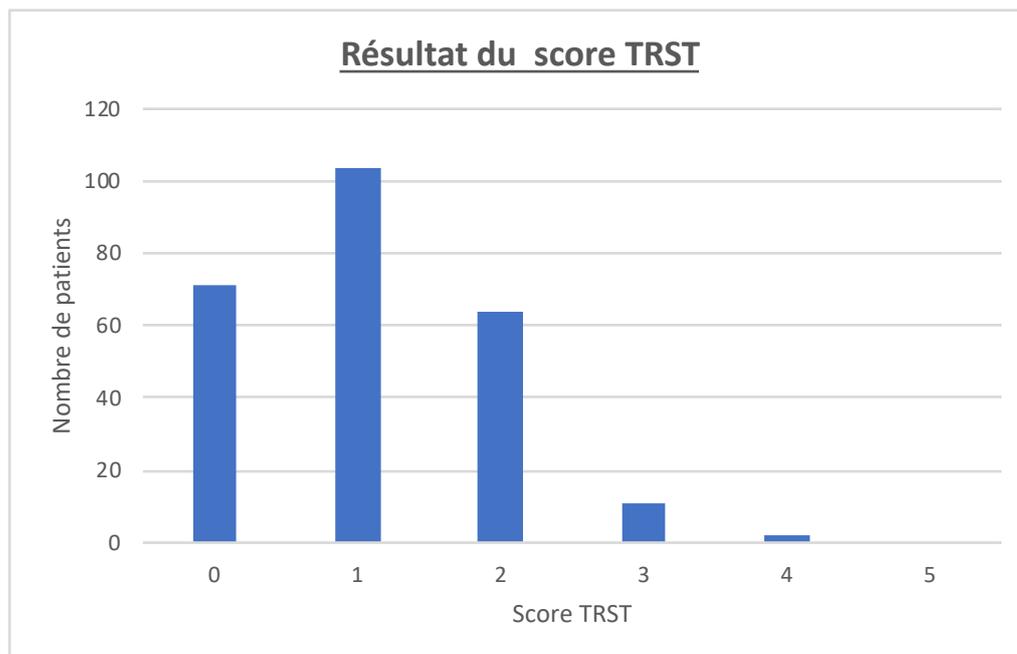


Figure 5 : Résultats du score TRST

Pour rappel, nous n'avons pas pu calculer les 5 items de ce score puisque nous ne disposons pas des informations pour l'item « perte d'autonomie, problème social ou maltraitance suspectés par des travailleurs sociaux ». Le score du TRST était donc au maximum de 4 points. Pour mémoire, le score TRST est positif si ≥ 2 .

Sur les 252 inclus dans cette étude, 77 (31%) ont un TRST positif. La figure 5 montre que 64 patients ont 2 points (25%), 11 ont 3 points (4%) et 2 ont 4 points (1%).

Si on s'intéresse au détail par item : la présence de troubles cognitifs est retrouvée chez 42 patients (17%), des chutes pour 85 patients (34%), une polymédication (≥ 5 traitements par jour) chez 76 patients (30%) et une hospitalisation dans les 90 jours ou une admission aux urgences dans les 30 jours chez 80 patients (32%) sur les 252 inclus.

○ COMPARAISON POPULATION TRST POSITIF / TRST NEGATIF

	TRST ≥2 77 (31)	TRST <2 175 (69)	p-value
Sexe ratio (h/f)	1,02	0,80	0,68
Age moyen	83 ans (65-96ans)	79 ans (65-101ans)	0,02
Nombre moyen de comorbidités par patient	3,6	2,6	<0,001
Nombre moyen de médicaments quotidiens par patient	4	3	
Antécédent de chute	48 (62)	37 (33)	
Hospitalisation dans les 90j ou passage aux urgences 30j	41 (53)	29 (17)	
Troubles cognitifs	35 (45)	7 (4)	
Présence d'aide au domicile	48 (62)	51 (29)	0,002
Nombre d'hospitalisations	47 (61)	87 (50)	0,43
Nombre de retour au domicile	30 (39)	87 (50)	0,40
Nombre de décès survenue au cours de l'hospitalisation	8 (10)	3 (2)	0,006
Durée d'hospitalisation moyenne en jours	8,7	7,5	0,33

Tableau 2 : Caractéristiques population TRST ≥2 ≠ TRST <2

Si on s'intéresse à la comparaison des populations ayant un score TRST positif de celle avec un TRST négatif (tableau 2), on remarque qu'effectivement la population avec TRST \geq 2 semble être plus fragile, plus dépendante.

Les personnes sont significativement plus âgées dans le groupe TRST \geq 2 avec une moyenne d'âge de 83 ans contre 79 ans dans l'autre groupe ($p < 0,02$). Ils ont aussi significativement plus de comorbidités (3,6 en moyenne contre 2,6 pour le groupe TRST $<$ 2 ; $p < 0,001$), prennent plus de médicaments quotidiennement (4 en moyenne contre 3 pour ceux avec TRST-).

Les patients avec un TRST + semblent aussi plus dépendants puisque 62% d'entre eux disposent d'aide au domicile contre 29% dans le groupe TRST ($p < 0,002$). 45% des patients du groupe TRST + présentent des troubles cognitifs contre 4% dans le groupe TRST -, 62% ont un antécédent de chute contre 33% dans l'autre groupe.

Enfin, 41 des 77 patients (53%) ont une hospitalisation dans les 90 jours ou un passage aux urgences dans les 30 jours précédents l'inclusion dans notre étude) contre 17% dans le groupe TRST -.

Sur les 77 patients ayant un TRST +, plus de la moitié soit 47 patients (61%) ont été hospitalisés suite à leur passage aux urgences, contre 87 patients (50%) dans le groupe TRST - . L'autre moitié des patients du groupe TRST-, soit 87 patients, a donc pu rentrer au domicile. 30 patients (39%) du groupe TRST+ n'ont pas été hospitalisés. Au cours de ces hospitalisations, 8 patients sont décédés dans le groupe TRST \geq 2 soit 10% contre 3 patients soit 2% dans le groupe TRST $<$ 2, autre différence significative entre les deux groupes ($p < 0,006$). Ont été comptées comme hospitalisations les hospitalisations dans un service médico-chirurgical directes ou après un séjour en UHCD et également les passages en UHCD. A noter que le devenir d'un patient du groupe TRST- n'a pas été renseigné.

DISCUSSION :

Ce travail avait pour objectif d'analyser les passages aux urgences du CHU de Tours qui concernaient des patients âgés d'au moins 65 ans, sur une période de 7 jours, et d'en déterminer les caractéristiques notamment la proportion de patients fragiles grâce au calcul du score TRST.

Le recueil systématique mis en place sur 24h durant 7 jours consécutifs a permis d'inclure un nombre conséquent de patients sur une période restreinte et donc une analyse intéressante sur un échantillon important. L'inclusion de patients sur une seule période définie (05/10/2020 au 12/10/2020) peut faire craindre à un biais de sélection avec des patients exposés à des germes épidémiques automnaux et donc des décompensations de pathologies chroniques particulièrement sensibles à cette période de l'année. Il aurait pu être intéressant de faire un recueil sur une autre période, au cours d'une autre saison, pour éviter un biais de saisonnalité. De plus, rappelons que l'inclusion des patients a été faite durant de la 2^{ème} vague de l'épidémie de COVID 19, période durant laquelle les consultations médicales notamment hospitalières étaient en diminution par peur des patients des fréquentations des lieux publics, pouvant faire craindre également un biais de saisonnalité.

Le choix de l'utilisation du score TRST plutôt qu'un autre score s'est fait sur le critère de la facilité et rapidité de réalisation puisqu'il ne nécessite pas d'accès à de nombreuses ressources et réalisable directement par les IDE dès l'arrivée au moment du triage par exemple (10). Mais le score TRST s'est montré légèrement moins prédictif sur d'autres critères de jugement notamment sur la mortalité où le score ISAR par exemple était plus performant (11). Récemment, le score RISE UP a été développé dans le but de prédire la mortalité à 30 jours chez des patients âgés d'au moins 65 ans consultant aux urgences. Contrairement aux scores ISAR ou TRST, il prend également en compte des critères clinico-biologiques (≥ 2 signes vitaux anormaux, taux d'albumine, d'urée, de LDH, de bilirubine sériques) (12).

Dans notre travail, 77 des 252 patients ont un score TRST positif, résultat probablement sous-estimé puisque le score a été calculé à partir de 4 des 5 items habituels par manque d'accès aux données. Nous avons considéré que l'abandon de cet item était acceptable car c'est l'item le moins objectif de ce score : il fait intervenir le ressenti d'une personne extérieure. En dehors de cet item, nous avons eu très peu de données manquantes :

- 1 patient pour l'item « hospitalisation dans 90 jours ou admission aux urgences dans les 30 jours » ;
- 5 patients pour l'item « antécédent de chute » ;
- 2 patients pour l'item « trouble cognitif » ;

Dans chacun de ces cas l'item a été compté comme nul c'est-à-dire n'apportant pas de point au score pour éviter de surestimer le score final.

Après comparaison des populations composant les groupes TRST ≥ 2 et TRST < 2 , les durées d'hospitalisation ainsi que les taux d'hospitalisation ou de retour au domicile n'ont pas montré de différence significative peut être simplement par manque de puissance dans notre étude. Un travail spécifique sur ces indices avec des effectifs plus importants permettrait peut-être de mettre en avant une différence significative.

Le concept de fragilité peut être défini comme un état potentiel de vulnérabilité. La vulnérabilité peut être distincte de la pluri-pathologie et des incapacités à réaliser les actes de la vie quotidienne. La vulnérabilité et donc la fragilité peuvent être sociales ou encore financières par exemple et conduire à un isolement et donc une fragilité chez une population gériatrique déjà affaiblie par des déficiences fonctionnelles. Or, bien souvent les scores diagnostics tels que l'ISAR ou encore le TRST ne prennent en compte qu'une partie de ce qui concourt à une fragilité réelle, ils sous-estiment donc très probablement un grand nombre de patients qui devraient être considérés comme fragiles.

- PATIENTS GERIATRIQUES

Les patients gériatriques ont été définis pour ce travail sur un critère d'âge physiologique d'au moins 65 ans, alors que la société de gériatrie considère plutôt des patients âgés d'au moins 75 ans mais surtout par la présence de morbidités spécifiques rendant nécessaire une prise en charge globale (13). Il est donc difficile de définir précisément un âge seuil puisque plusieurs facteurs influent notamment les antécédents, l'autonomie plus ou moins préservée, les capacités cognitives, l'environnement social, etc.

La population étudiée dans ce travail est donc très hétérogène puisque les âges vont de 65 à 101 ans. Le seul critère de l'âge semble insuffisant pour considérer une personne comme appartenant à la population gériatrique. En effet, avec les progrès médicaux, l'espérance de vie en France est de 79,2 ans pour les hommes et 85,3 ans pour les femmes (14), assez loin du critère seuil d'âge de notre travail. Peut-on vraiment considérer des patients de 65 ans comme gériatrique avec pour seul critère de l'âge ? Il aurait peut-être été intéressant d'avoir d'autres

critères d'inclusion afin de se rapprocher au plus près de la réalité des populations gériatriques comme on l'entend de nos jours.

- PRISE EN CHARGE MEDICALE GERIATRIQUE

La prise en charge de patients gériatriques est particulière autant dans la forme que dans le fond. En effet, les présentations cliniques des affections peuvent être différentes de ce que l'on nous apprend durant nos études médicales rendant le diagnostic souvent plus difficile à établir. Ces spécificités peuvent mettre les équipes médicales en difficultés.

Une étude réalisée aux USA a montré que 45% des médecins participants à l'étude se sentaient moins à l'aise dans les prises en charge de patients gériatriques se présentant pour des motifs dits classiques tels que les douleurs abdominales, fièvre, ... que pour des patients plus jeunes. Il en est ressorti que c'est le manque de formation spécifique à la prise en charge de ces patients qui était responsable de ce sentiment (3).

De plus, la prise en charge de ces patients impose davantage de contraintes : la réponse au traitement peut être retardée, leurs poly-pathologies peuvent restreindre voire même contre-indiquer l'utilisation de certaines thérapeutiques ou en imposer d'autres. Le risque de complications nosocomiales et iatrogènes est accru chez cette population. Sans oublier que la part médico-sociale de ces prises en charge est essentielle voire parfois même au premier plan.

Une prise en charge optimale de ces patients nécessite donc une action pluridisciplinaire (médicale, paramédicale, sociale notamment) afin d'optimiser l'état fonctionnel ou en tout cas de ne pas y nuire.

- PROBLEME D'AMONT

Depuis plusieurs années, un motif de consultation de plus en plus courant est apparu aux urgences : « maintien à domicile difficile ». Il représente les difficultés voire l'échec rencontrés par la médecine de ville dans la prise en charge de cette population.

Il n'existe pas de définition officielle de MADD, restant une appréciation plutôt subjective d'une situation. Il peut être secondaire à plusieurs facteurs : une perte d'autonomie plus ou

moins progressive, dans un contexte plus ou moins aigu ; des logements pas ou peu adaptés, un isolement social grandissant, difficultés financières etc.

Il représente un enjeu davantage social que médical, découlant ou non de problème médical initialement. En effet, les urgences sont devenues la porte d'entrée à une prise en charge globale de ces personnes ne pouvant plus rester à leur domicile seules dans les conditions actuelles du fait d'une perte d'autonomie fonctionnelle secondaire à une dépendance physique et ou psychique évoluant de manière aiguë ou chronique. Le manque de solution à disposition de ces patients ou de leur entourage conduit à un passage dans les structures d'urgences.

Seulement ces situations ne peuvent pas dans tous les cas être résolues en quelques heures, cela peut donc aboutir à une hospitalisation plus ou moins courte avant de permettre un retour au domicile dans des conditions acceptables ou dans l'atteinte de mise en place d'aides voire même d'entrée en institution.

- PROBLEME DISPONIBILITE LIT D'AVANT

L'un des enjeux de cette prise en charge est la diminution du temps de séjour dans les secteurs d'urgences pour ces patients afin de limiter la survenue d'effet indésirable. Malheureusement, le manque de disponibilité de lits d'avant est un frein.

En effet, plusieurs études ont montré une corrélation entre le temps d'attente aux urgences et le sur-risque de mortalité et/ou l'allongement de la durée du séjour chez les patients attendant aux urgences par faute de place disponible dans les services (15).

Au-delà du manque de place en hospitalisation, le manque de solution de prise en charge rapide en ville peut aussi impacter les prises en charge. En effet, les places en structures telles que les résidences seniors, EHPAD, unités de soins de longue durée, par exemple, ou bien même la mise en place ou l'intensification des aides au domicile, ne sont pas disponibles immédiatement et demandent souvent une participation financière pouvant être une contrainte pour les patients et leurs proches.

- NECESSITE ARTICULATION DES DIFFERENTS ACTEURS GERIATRIQUES

Enfin, en vue de la fluidification de la prise en charge de nos aînés, il semble essentiel de voir des filières entre plusieurs services se créer. C'est le cas au CHU de Tours avec l'appui de l'équipe mobile de gériatrie au sein du service des urgences ou encore l'envoi d'un fax à l'équipe mobile de gériatrie dès l'appel au SAMU pour une chute au domicile d'un patient âgé. Cette collaboration permet d'essayer de limiter les admissions aux urgences et/ou en hospitalisation mais aussi la survenue de nouvelle chute avec une prise en charge directement au domicile par l'EMG. Depuis juin 2022, la création de la plateforme d'appel « PAD'AGE 37 » à disposition des soignants, apporte une expertise gériatrique afin de favoriser l'admission directe en hospitalisation des patients âgés de plus de 75 ans depuis leur lieu de vie (domicile, foyer logement, EHPAD) vers un service de Court Séjour Gériatrique ou de médecine aiguë polyvalente à orientation gériatrique, sans passage par un Service d'Accueil des Urgences (16).

CONCLUSION :

Notre travail montre qu'environ un tiers (77 patients sur 252, soit 31%) des patients âgés consultant aux urgences du CHU de Tours ont un score TRST positif, sont des patients fragiles. Que le groupe avec un score TRST ≥ 2 est significativement plus âgé, plus dépendant (par la présence d'aides au domicile), a plus de comorbidités, mais surtout que la survenue de décès au cours de leur séjour à l'hôpital dans cette population est significativement plus importante.

Le calcul du score TRST à l'arrivée aux urgences pourrait permettre un repérage rapide de ces patients pour leur proposer une prise en charge spécifique.

Bibliographie

1. « LA HAUSSE DES PASSAGES AUX URGENCES A RALENTI EN 2019 », octobre 2020
Disponible sur https://www.sfmu.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/la-hausse-des-passages-aux-urgences-a-ralenti-en-2019-analyse-apmnews-new_id/66734
2. Bénédicte Boisguérin et Léa Mauro (DREES) « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier », mars 2017
Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1007.pdf>
3. McNamara RM, Rousseau E, Sanders AB. Geriatric emergency medicine: a survey of practicing emergency physicians. *Ann Emerg Med.* 1992 Jul; 21(7):796-801. doi: 10.1016/s0196-0644(05)81024-8. PMID: 1610035.
4. Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, et al. Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. *JAMA Intern Med.* 2023;183(12):1378–1385. doi:10.1001/jamainternmed.2023.5961
5. Bénédicte Boisguérin et Léa Mauro (DREES) « Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue », mars 2017
Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1008.pdf>
6. INSEE « Population par âge », février 2020
Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
7. Nathalie Blanpain et Guillemette Buisson - INSEE « Projections de population à l'horizon 2013 », novembre 2016
Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
8. INSEE « Evolution et structure de la population en 2020 », janvier 2023
Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-37>
9. « CHRU Hôpitaux de Tours chiffres clés », 2020
Disponible sur <https://www.chu-tours.fr/wp-content/uploads/2020/10/CHRUdeTours-ChiffresCles2019.pdf>
10. Hustey, F.M., Mion, L.C., Connor, J.T., Emerman, C.L., Campbell, J. and Palmer, R.M. (2007), A Brief Risk Stratification Tool to Predict Functional Decline in Older Adults Discharged from Emergency Departments. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55: 1269-1274
11. Karamercan MA, Dündar DZ, Slagman A, Ergin M, Janssens KAC, Fabbri A, Bjornsen LP, Somodi S, Adam VN, Polyzogopoulou E, Demir HA, Laribi S; EGERs study investigators. Epidemiology of geriatric patients presenting to emergency departments in Europe: EGERs study. *Eur J Emerg Med.* 2023 Apr 1;30(2):117-124.
12. Logiciel pour tests statistiques disponibles sur <https://biostatgv.sentiweb.fr>

13. Rizka A, Harimurti K, Pitoyo CW, Koesnoe S. Comparison between the Identification of Seniors at Risk and Triage Risk Screening Tool in predicting mortality of older adults visiting the emergency department: Results from Indonesia. *Geriatr. Gerontol. Int.* 2020; 20: 47–51.
14. Zelis N, Buijs J, W.de Leeuw P, et al. A new simplified model for predicting 30-day mortality in older patient medical emergency department patients : The rise up score, *European Journal of Internal Medicine*, 2020
15. « Le métier de gériatre », collège national professionnel de gériatrie
Disponible sur <https://www.cnpgeriatrie.fr/le-metier-de-geriatre/>
16. “L’espérance de vie en France » juillet 2020,
Disponible sur [https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/#:~:text=La%20hausse%20de%20l'espérance,3%20ans%20pour%20les%20femmes\).](https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/#:~:text=La%20hausse%20de%20l'espérance,3%20ans%20pour%20les%20femmes).)
17. Jones S, Moulton C, Swift S, *et al* ; Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. *Emergency Medicine Journal* 2022;**39**:168-173.
18. « PAD’AGE 37 UNE EXPERTISE GERIATRIQUE TELEPHONIQUE 7J/7 ET UNE AIDE A L’ADMISSION DIRECTE DES PERSONNES AGEES EN INDRE-ET-LOIRE »
Disponible sur https://www.chu-tours.fr/wp-content/uploads/2022/05/News_Actu-PADAGE_010622.pdf

Annexes

Annexe 1 SCORE ISAR

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

Oui = 1 point ; Non = 0 point

Annexe 2 SCORE TRST

	Oui	Non
Présence de troubles cognitifs		
Troubles de la marche, chutes ou difficultés de transfert		
Polymédication (utilisation de 5 médicaments ou plus)		
Antécédent d'hospitalisation dans les 90j ou de passage aux urgences dans les 30j		
Perte d'autonomie, problème social, maltraitance suspectés par des travailleurs sociaux		

Oui = 1 point ; Non = 0 point

Vu, le Directeur de Thèse

Signature

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

HARDY Julie

35 pages – 2 tableaux – 5 graphiques

Résumé :

L'objectif de ce travail était de mettre en avant la part de patients âgés (d'au moins 65 ans) fragiles consultant aux urgences de CHRU de Tours grâce à l'utilisation du score diagnostique TRST (*Triage Risk Screening Tool*).

Il s'agit une étude rétrospective observationnelle, monocentrique au sein des Urgences adultes du CHRU de Tours. Tous les patients âgés d'au moins 65 ans s'étant présentés aux urgences adultes du CHRU de Tours sur la période du 05/10/2020 9h00 au 12/10/2020 9h00, ont été inclus. Le score TRST a été calculé pour chaque patient. Il comprend 5 items valant chacun un point si positif : présence de troubles cognitifs ; troubles de la marche ou antécédent de chute ou difficultés de transfert, polymédication ; antécédent d'hospitalisation dans les 90 jours ou de passage dans un service d'urgence dans les 30 jours ; perte d'autonomie, problème social ou maltraitance suspectés. Le 5^e items n'a pas pu être calculé dans notre étude. Le score est considéré comme positif si au moins égal à 2 points et révèle un risque majoré de réadmissions aux urgences, de réhospitalisation et d'entrées en institution à 30 et 120 jours.

252 patients ont été inclus. Ils avaient 80 ans en moyenne. 92% prenaient un traitement chronique quotidiennement. Ils présentaient tous de multiples comorbidités. Suite au passage aux urgences, 57% nécessitaient une hospitalisation conventionnelle ou en UHCD. 77 des 252 patients inclus dans notre travail (31%) présentaient un score TRST ≥ 2 et semblaient associés à un risque plus élevé de décéder au cours de l'hospitalisation.

Les patients fragiles représentaient une part importante de la population âgée consultant aux urgences. Ils nécessitent une prise en charge spécifique.

Mots clés : Service d'urgences, patients âgés fragiles, score TRST, fragilité gériatrique

Jury :

Président du Jury : Professeur Saïd LARIBI, Médecine d'Urgence, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Thomas MOUMNEH, MCU-PH Médecine d'Urgence, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Pierre DENEAU, PH Médecine d'Urgence, CHU Tours

Docteur Lucas REBOUL, PH Médecine d'Urgence, CH Blois

Date de soutenance : 17 avril 2024