

## Dispose-t-on de critères permettant un retour à domicile chez la personne âgée au décours d'un passage aux urgences ?

S. BONIN-GUILLAUME<sup>1</sup>, O. LACROIX<sup>1</sup>, R. CLOSON<sup>2</sup>

### Résumé

Le nombre de sujets âgés fréquentant les services d'accueil des urgences (SAU) augmente régulièrement. L'admission au SAU reste le mode d'entrée le plus fréquent dans la filière de soins après 75 ans. Or, ce phénomène est encore peu étudié dans la littérature et les urgentistes sont confrontés à des situations médico-psycho-sociales pour lesquelles la prise en charge aux urgences est difficile et parfois inadaptée. La 10<sup>e</sup> conférence de consensus concernant la prise en charge des sujets âgés aux urgences reste difficile à appliquer au sein d'un SAU. Aussi le devenir immédiat du patient âgé reste une tâche complexe même pour les urgentistes les plus aguerris, en particulier la décision appropriée d'un retour à domicile.

### 1. Introduction

La part des personnes de plus de 80 ans est celle qui dans les prochaines années va avoir la croissance la plus importante, surtout dans pays occidentaux. Or si le vieillissement réussi, c'est-à-dire sans handicap, est le souhait de tous, le vieillissement

1. Service de Médecine Interne Gériatrie, Hôpital Sainte-Marguerite, 127, boulevard Sainte-Marguerite, 13274 Marseille cedex 09.

2. Service d'Accueil des Urgences, Hôpital de la Conception, Marseille.

Correspondance : Hôpital Sainte-Marguerite, 127, boulevard Sainte-Marguerite, 13274 Marseille cedex 09. Tél. : 04 91 74 46 12. Fax : 04 91 74 40 33. E-mail : sylvie.bonin@ap-hm.fr

sement s'accompagne aussi d'une augmentation du nombre de sujets atteints de pathologies chroniques, certaines invalidantes, et d'une polymédication avec les risques accrus de iatrogénie qu'elle entraîne (1). Ces dernières années, les plans gouvernementaux, régionaux et les institutions ont eu à cœur d'améliorer les filières de prise en charge des sujets âgés et notamment de fluidifier les filières de soins (2) aussi bien en amont qu'en aval, par la création de réseaux gériatologiques dont l'objectif est de suivre des patients âgés de plus de 75 ans et fragiles, vivant à leur domicile, avant ou après un passage dans une structure de soins hospitalière ; et des équipes mobiles de gériatrie dont une des missions est d'apporter une expertise gériatrique au sein des services de spécialité d'organe et, dans certain cas, dans les SAU. Actuellement, 225 équipes mobiles sont actives sur le territoire français (3).

L'admission par le SAU reste l'un des principaux modes d'entrée dans la filière de soins du sujet âgé de plus de 75 ans : la clientèle âgée des urgences représente entre 12 % et 21 % des consultants (4, 5). Elle est sur-représentée dans les SAU par rapport à la proportion de ces personnes dans la population générale (4, 5).

## 2. Spécificités de la population âgée adressée aux SAU

Les personnes âgées consultant aux urgences présentent un certain nombre de spécificités. Contrairement aux plus jeunes, la grande majorité des personnes âgées arrive sur avis de leur médecin traitant, par ambulance, plutôt le matin et/ou en début d'après-midi (4, 5).

Leurs motifs de recours sont le plus souvent d'origine somatique non traumatologique (54 %), à l'inverse des consultants adultes. Les personnes âgées présentent, en général, un tableau clinique complexe avec des pathologies et des traitements multiples, des formes atypiques de certaines maladies, ce qui demande plus de temps pour l'examen et plus de moyens d'investigation (70 % bénéficient d'une radio) (4).

## 3. Devenir du patient après passage dans un SAU

Le taux de personnes âgées hospitalisées après une admission dans un SAU s'élève à 25 à 30 % : il est de 50 % au-delà de 80 ans (5) avec, dans 1/3 des cas, une hospitalisation dans un service inadapté (6).

Après un passage dans un SAU, les patients de plus de 65 ans ont un risque élevé de réhospitalisation précoce (10 à 45 %) (7) et de décès (10 %) (8).

Dans les 6 mois suivant une admission dans un SAU, le taux d'hospitalisation des plus de 65 ans n'augmente pas alors qu'ils ont recours aux urgences de plus en plus fréquemment (9).

De plus, des facteurs prédictifs de déclin fonctionnel et de morbidité ont été identifiés après le passage d'un sujet âgé dans un SAU : l'âge avancé, une hospitalisation récente, une visite antérieure dans un SAU, le manque de soutien social, un mauvais état général, un état dépressif (9, 10).

Récemment, une étude française (11), multicentrique, a mis en évidence 4 facteurs prédictifs de réhospitalisation précoce des patients : une perte d'autonomie récente (depuis 15 jours) pour l'alimentation (OR [odd ratio] = 1,9, IC : 95 % : 1,2–2,9), une hospitalisation dans les 3 mois précédents (OR = 1,6, IC 95 % : 1,1–2,5), la présence d'escarres (OR = 2,05, IC95 % : 1,0–3,9) et enfin une altération de l'état général (OR = 2,01, IC 95 % : 1,3–3,0).

#### 4. Peut-on améliorer la prise en charge des sujets âgés accueillis aux urgences ?

Bien souvent le passage d'une personne âgée dans un SAU révèle ou aggrave une fragilité préexistante. Cette fragilité peut être définie comme un syndrome clinique et biologique révélateur de la vulnérabilité du sujet âgé face à des agressions extérieures d'origines multiples (infection aiguë, décompensation d'une ou plusieurs pathologies chroniques, troubles psychologiques, difficultés socio-environnementales) et l'incapacité de ce sujet à s'adapter à cet état de stress (12, 13) (tableau 1). Néanmoins il n'existe pas de consensus sur cette notion encore mal définie, même si cet état de « fragilité » est une composante complémentaire aux comorbidités et à la polymédication du sujet âgé. Elle nécessite une évaluation et une expertise qu'apportent les équipes gériatriques. Cette évaluation est souvent longue en raison des nombreuses dimensions médico-psychosociales qu'elle doit prendre en compte (14).

Dans le souci d'améliorer la prise en charge des sujets âgés de plus de 75 ans adressés aux urgences, une conférence de consensus a été validée par la SFU en 2003 (15). Cette conférence s'appuie sur un repérage de la fragilité chez toutes personnes âgées de plus de 75 ans se présentant au SAU. Lorsque le patient présente une fragilité patente, l'ensemble de l'équipe du SAU participe au recueil

**Tableau 1** – Les critères de fragilité de Fried (12)

1. Perte de poids non intentionnelle (> 5 kg dans l'année)
2. Épuisement rapporté (2 items de la CES-D)
3. Faiblesse musculaire (force de préhension < 20 % pour la main dominante)
4. Ralentissement à la marche (<20 % du temps pour marcher 5 mètres)
5. Activité physique faible (< 20 % des dépenses énergétiques)
Si ≥ 3 critères : état de fragilité ; si 1 à 2 critères : état de préfragilité.

**Tableau 2 – Échelle ISAR (Identification of Senior at Risk) (10)**

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

des données d'ordre médical, psychologique, environnemental et social permettant d'évaluer cette fragilité. Lorsque celle-ci n'est pas évidente (forme latente ou état de préfragilité), une échelle de dépistage « Identification Senior at Risk » (ISAR) est proposée, qui comprend 6 items permettant de dépister les patients à risques de morbi-mortalité accrue et de déclin fonctionnel (**tableau 2**) (10).

Deux problèmes se posent sur la mise en pratique de cette conférence. Le premier est qu'il est difficile dans un contexte d'urgence ou dans un service d'accueil des urgences de repérer, par une évaluation longue, les signes de fragilité évidente ou supposée, d'autant qu'aucune définition claire de ce syndrome n'existe (16). En effet, ce consensus recommande, en plus du motif de recours aux SAU, une évaluation comportant des échelles d'autonomie (ADL, IADL), un dépistage de la dépression par un bref autoquestionnaire (mini-GDS), et l'échelle ISAR (Identification of senior at risk) (10). La seconde limite de cette prise en charge est la difficulté de mobiliser l'ensemble de l'équipe des urgences pour ce type d'évaluation. Si bien qu'en pratique, ces recommandations sont très rarement appliquées.

#### 4.1. Applicabilité de la 10<sup>e</sup> conférence de consensus dans un SAU

Un travail récent (6) a étudié l'applicabilité de ces recommandations dans un important SAU (CHU Conception, Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille). Après une formation de l'ensemble de l'équipe du service sur la conférence de consensus et les outils à utiliser, tous les patients  $\geq 75$  ans adressés dans ce SAU sur une période de 2 mois ont été pris en charge comme recommandé. Seuls 11 des 25 médecins formés ont appliqué les recommandations. Ce travail montre que l'évaluation gériatrique n'a pas évité l'hospitalisation (60 % dans les deux groupes évalués, non évalués) mais a réduit la durée de séjour (durée moyenne 5,8 jours, séjours en unité de très court séjour compris, pour les sujets évalués, versus 8,7 jours pour les sujets non évalués,  $p = 0,001$ , Kruskal Willis). Mais cette évaluation est particulièrement chronophage (durée de séjour aux urgences en cas d'évaluation : 4 h 00 vs 2 h 42 quand le médecin formé n'a pas fait l'évaluation,  $p < 0,0001$ , Kruskal Willis). Par contre, un « effet formation » de l'équipe a été

mise en évidence, à savoir que le patient restait 1 h 20 de plus au SAU (1/3 plus longtemps,  $p < 0,0001$ , Kruskal Willis) lorsqu'il était vu par un médecin non formé, comparé à un médecin formé mais n'ayant pas appliqué les recommandations. L'application des recommandations n'a été possible que pour 17 % des patients reçus.

Les facteurs retrouvés pour expliquer ce faible taux d'application sont :

- dans 1/5 des cas, la présence d'une urgence vitale imposant une prise en charge médicale extrêmement rapide ;
- dans 1/3 des cas, une admission aux urgences inappropriée (simple consultation de médecine générale) ;
- dans 1/3 des cas, l'absence de lit d'aval dans un service adapté ;
- dans 1/5 des cas, l'absence de l'entourage et une impossibilité pour le sujet âgé à communiquer.

Les conclusions de ce travail rapportent qu'une évaluation faite très tôt après l'arrivée du patient est utile pour une amélioration de la prise en charge d'aval, mais le temps nécessaire la rend impraticable par l'équipe d'urgentistes. Il est alors indispensable de s'appuyer sur les compétences gériatriques de proximité.

## 4.2. Sur quels critères interpellent les équipes de gériatrie ?

Suite à ce constat, une deuxième étude au sein du SAU du CHU Nord (Marseille) a été élaborée dont l'objectif principal était de permettre aux urgentistes non pas d'évaluer les sujets âgés fragiles, mais de déterminer les cinq questions simples permettant d'interpeller rapidement l'équipe mobile de gériatrie de la structure (17). Cette étude prospective interventionnelle a consisté à observer dans un premier temps les pratiques, puis à former l'ensemble de l'équipe d'urgentistes à un protocole de dépistage de facteurs de vulnérabilité (10 items comprenant l'échelle d'ISAR et 3 items d'une autre échelle de dépistage aux urgences, l'échelle SEGA (18), un item comprenant les sujets vivant seuls), puis à évaluer l'impact de ce protocole sur le signalement des patients à l'équipe mobile de gériatrie. Une centaine de patients âgés de plus de 75 ans ont été recrutés successivement dans la phase d'observation et dans la phase d'application.

Parmi les 10 items, 5 étaient associés de façon significative au signalement à l'équipe gériatrique :

- le patient est adressé pour une chute (test  $\chi^2$ ,  $p = 0,048$ ) ;
- le patient vit seul (test  $\chi^2$ ,  $p = 0,021$ ) ;
- le patient a des aides à domicile (test  $\chi^2$ ,  $p = 0,001$ ) ;
- le patient a des problèmes de mémoire (test  $\chi^2$ ,  $p = 0,027$ ) ;
- le patient prend plus de 3 médicaments par jour (test  $\chi^2$ ,  $p = 0,05$ ).

Par ailleurs, l'application du protocole a permis d'améliorer les données de l'anamnèse. Le mode de vie des patients (seul ou non, présence d'aide à domicile), qui n'était précisé que dans 30 % des dossiers de la phase d'observation,

était présent dans 70 % des dossiers de la phase d'application du protocole. Même si le taux d'hospitalisation était identique dans les 2 groupes (avant et après application du protocole) (65 %), le taux de personnes âgées hospitalisées dans l'unité de très courte durée dans l'attente d'un transfert dans un autre service était plus faible dans la phase d'application au profit d'une orientation plus rapide dans l'unité de court séjour gériatrique ( $p = 0,053$ ).

### 4.3. Prendre la décision du retour à domicile ?

La décision du retour à domicile est parfois difficile dans une situation d'urgence et chez un patient âgé de plus de 75 ans. En effet, hormis les situations d'urgence vitale ou d'hospitalisation impérative pour motif médical, le retour à domicile est défini de façon empirique d'après les informations concernant le patient et son environnement, parfois incomplètes, et soumises à l'expérience acquise des soignants. Dans l'étude menée au SAU de l'hôpital Nord (17), 35 % des patients rentraient à domicile après leur passage aux urgences. Cette décision était prise par l'urgentiste indépendamment du protocole mis en place. Parmi les éléments influant sur la décision d'hospitalisation des patients, celle-ci était plus fréquente en cas :

- de troubles du comportement ( $p = 0,024$ ) ;
- de la présence d'une altération de l'état général ( $p = 0,001$ ) ;
- d'association de plusieurs comorbidités ( $p = 0,003$ ) ;
- d'altération de l'autonomie pour certains items de l'ADL, notamment la dépendance pour l'hygiène corporelle ( $p = 0,053$ ).

Ces éléments montrent que, dans la décision d'hospitaliser, les urgentistes se basent spontanément sur certains facteurs cliniques : altération de l'état général, troubles du comportement ou le caractère polyopathologique des patients, ainsi que sur des éléments de dépendance, même s'ils ne sont pas évalués spécifiquement.

Dans l'étude menée au SAU du CHU de la Conception (6), 95 % des patients étaient hospitalisés lorsque l'environnement était considéré comme inadéquat contre 5 % quand l'environnement était jugé adéquat par l'urgentiste (test  $\chi^2$ ,  $p < 0,0001$ ).

Ces études ne permettent pas d'évaluer si le retour à domicile s'est fait ou non dans de bonnes conditions car 1<sup>o</sup>) ces patients n'ont pas été suivis, 2<sup>o</sup>) les critères qu'elles retiennent sont ceux qui ont conduit à l'hospitalisation et non pas ceux qui délibérément ont été sélectionnés pour favoriser le retour à domicile.

## 5. Conclusion

L'admission d'un sujet âgé aux urgences implique très rapidement de choisir à bon escient une solution appropriée quant à la prise en charge d'aval. Plus d'un tiers des sujets de plus de 75 ans réintègrent leur domicile directement après un passage aux urgences. Si aucune étude ne permet actuellement de définir avec

**Tableau 3** – Facteur d’hospitalisation ou de réhospitalisation précoce chez le sujet âgé, d’après les études (6, 11, 17)

Facteurs médicaux	Patient hospitalisé pour chute
	Patient hospitalisé pour une altération de l’état général
	Patient porteur d’escarres
Facteurs de vulnérabilité	Perte d’autonomie récente pour l’alimentation (< 15 j)
	Perte d’autonomie pour l’hygiène corporelle
	Troubles de mémoire et/ou du comportement
	Prise de plus de 3 médicaments par jour
Facteurs socio-environnementaux	Environnement inadapté
	Patient seul
	Patient ayant des aides à domicile

une bonne prédictibilité un retour à domicile réussi, l’urgentiste peut toutefois s’appuyer sur certains signes de vulnérabilité et facteurs de réhospitalisation précoce (**tableau 3**).

Pour les patients âgés, monopathologiques et sans facteur de fragilité, le retour à domicile s’effectuera dans les mêmes conditions que les adultes plus jeunes. Pour les autres, 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’équipe mobile de gériatrie (EMG) du site. 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 des patients âgés (19).

## Références bibliographiques

1. Afssaps. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Juin 2005.
2. Circulaire DHOS 02.2007.117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique. Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille.
3. Couturier P, Tranchant L, Lanièce I, et al. Fonctionnement des équipes mobiles de gérontologie, ou un modèle d’interdisciplinarité professionnelle : expérience du CHU de Grenoble (France). Ann Gérontol 2008 ; 1 : 17-26.

4. Strange GR, Chen EH. Use of emergency departments by elder patients: a five year follow up study. *Acad Emerg Med* 1998 ; 5 : 1157-62.
5. Baudeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Études et Résultats* 2003 ; 215 : 1-12.
6. Closon R. Tentative d'application au SAU de l'hôpital de la Conception de Marseille des recommandations de la 10<sup>e</sup> conférence de consensus. Thèse de médecine générale. Faculté de médecine Marseille Timone, 2007.
7. McCusker J, Healey E, Bellavance F, et al. Predictors of repeat emergency department visits by elderly. *Acad Emerg Med* 1997 ; 4 : 581-8.
8. Rowland K, Maitra AK, Richardson DA, et al. The discharge of elderly patients from an accident and emergency department: functional changes and risk of readmission. *Age Ageing* 1990 ; 19 : 415-8.
9. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, et al. Prediction of hospital utilization among elderly patients during the 6 months after an emergency department visit. *Ann Emerg Med* 2000 ; 36 : 438-45.
10. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, et al. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc* 1999 ; 47 : 1229-37.
11. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age and Ageing* 2008 ; 37 : 416-22.
12. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Phenotype in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001 ; 56 : M146-56.
13. Michel JP. Le Processus de fragilité : mise à jour du phénotype et stratégies préventives. *Ann Gérontol* 2008 ; 1 : 7-13.
14. Bonin-Guillaume S. Comment repérer les fragilités du sujet âgé. In : Gambro, Ed. *Le sujet âgé en Néphrologie*. Colombes ; 2008 : 19-34.
15. 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. Strasbourg ; 5 décembre 2003.
16. Fortin M-P, Krolac-Salmon P, Bonnefoy M. Analyse descriptive et comparative des différents modèles de fragilité. *L'année Gérontol* 2008 ; 22 : 12-27.
17. Lacroix O. Repérage aux urgences des patients âgés nécessitant une prise en charge gériatrique. Thèse de Médecine Générale. Faculté de Médecine de Marseille, 2008.
18. Cornette P, Swine C, Malhomme B, et al. Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients: development of a predictive tool. *European Journal of Public Health* 2006 ; 16 : 203-8.
19. McCusker J, Verson J, Tousignant P, et al. Rapid emergency department intervention for older people reduces risk of functional decline: results of a multicenter randomized trial. *J Am Geriatr Society* 2001 ; 49 : 1272-81.