

Les passages itératifs des personnes âgées (PA) aux urgences

G. MALERBA

Répérer les populations concernées par ces passages itératifs. Définir les outils intra et extra-muros visant à une meilleure continuité de prise en charge de ces personnes âgées (partenariat).

1. Introduction

14 à 15 % des consultants des services d'urgences ont plus de 75 ans (2) ; les plus de 80 ans représentent la deuxième classe d'âge qui consulte le plus fréquemment les urgences dans l'année, soit 40 % d'entre eux (après les nourrissons, 48 %) et dans la grande majorité des cas (95 %) dans le secteur public (4).

Plus de 78 % des PA (+ de 75 ans) consultent le jour et 50 % sont accompagnées par une tierce personne (3). On compte 1 homme pour 2 à 3 femmes et leur âge moyen est de 84 ans. Elles sont adressées dans presque 50 % des cas par leur médecin traitant et par les structures de soins non programmés pour le reste.

L'expérience de l'accueil des urgences du CHU de Nancy, montre une augmentation d'activité (nombre d'entrées) de 9 % entre 2002 et 2008 et ceci avec une augmentation de la fréquentation des PA qui représentent 12,6 % en 2002 et 16 % en 2008 : soit environ une augmentation de 21 %. Plus de 65 % d'entre elles sont hospitalisées (12 % de plus qu'en 2002). Le motif d'admission est non traumatologique dans plus de 70 % des cas.

Correspondance : D^r Gabriel Malerba, Service d'accueil des urgences, Hôpital Central, 29, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, CHU Nancy, 54000 Nancy.

Le temps de consultation est en général plus long et ce d'autant plus la nuit (3 h de plus que le jour). En effet, l'intrication de plusieurs pathologies et l'existence de barrières de communication en rapport avec les pathologies neurologiques ou démentielles, l'état nutritionnel, les risques de déshydratation, d'insuffisance rénale et de iatrogénie, nécessitent une expérience certaine en gériatrie (1).

On sait maintenant que le passage de la PA aux urgences est très souvent estimé comme nécessaire (82 %) du fait de la survenue d'une pathologie aiguë nécessitant des soins rapides et venant décompenser un état de fragilité antérieur (présent dans 66 % des cas). À l'accueil des urgences de Nancy, en 2006-2007, seuls 18 % d'entre elles viennent de façon déclarée pour un problème social isolé ou une consultation spécialisée qu'elles n'ont pas pu avoir rapidement. Petitot et al. (6) vont même plus loin dans leur interprétation et évaluent ce chiffre à 32 %, soit presque un tiers des PA venant à l'accueil des urgences. Cependant ils ne recensent aucun patient envoyé uniquement pour « placement » sans vrai motif médical.

Le travail sur la PA aux urgences et l'amélioration de la prise en charge médico-psycho-sociale deviennent primordiaux compte tenu de l'évolution vers le vieillissement de la population, de l'involution paradoxale des moyens hospitaliers (aux urgences mais aussi des services d'aval et notamment en SSR), de la nécessité du renforcement et du développement des réseaux gérontologiques et de la facilitation aux soins chez la personne âgée ne nécessitant pas forcément d'hospitalisation. Le service d'urgence représente lui-même une des filières gériatriques et doit s'interroger lors de passages itératifs d'une PA, déjà connue comme fragile ou évaluée pour la première fois comme telle. Il doit également tout mettre en œuvre afin d'activer les autres filières gériatriques.

Par ce travail nous exposerons quelles sont, selon nous, les raisons pour lesquelles les PA reviennent de façons répétées à l'accueil des urgences et quelles sont les possibilités existantes à leur prise en charge en dehors d'une hospitalisation.

2. Les outils

2.1. L'aide informatique

Le service des urgences du CHU de Nancy s'est doté d'un nouvel outil informatique avec le logiciel *Resurgence*[®]. Il permet de repérer immédiatement les passages précédents aux urgences pour chaque consultant. Fonctionnel depuis le 3 juillet 2006, ce dossier médical informatisé nous a aidés à mieux évaluer la filière gériatrique grâce à ses possibilités évolutives et nous a permis d'intégrer des questionnaires spécifiques nous paraissant indispensables à la prise en charge de la PA.

Ainsi, ont pu être mis en place un onglet de saisie orientant vers l'enquête de proximité et d'environnement, les problèmes sociaux ou financiers, les critères servant au repérage de la fragilité tels que mis en évidence dans la littérature (5).

Un dossier spécifique aux assistants sociaux est également prévu, facilitant l'accès pour le personnel médical à certaines informations et facilitant ainsi les transmissions entre les différents protagonistes de soins.

2.2. La formation médicale

L'outil informatique seul ne suffit pas à sensibiliser et à former l'équipe soignante à l'amélioration de la prise en charge des PA aux urgences. Ainsi plusieurs actions ont été menées au sein du SAU.

Le premier objectif a été de sensibiliser chacun à l'intérêt de différencier la prise en charge des PA par rapport à une prise en charge de personnes adultes non fragiles.

Pour cela, durant les « réunions qualités » organisées au sein du service et où étaient présents des représentants de chaque groupe de soignants, plusieurs items concernant la détection de la fragilité de la PA ont été développés. Les plus importants étant :

- l'interface avec la famille et les aidants au SAU,
- les recherches d'informations quant aux motifs de transferts,
- le temps d'attente avant, pendant et après la prise en charge des PA,
- les soins de confort au SAU,
- l'interface avec les services spécifiques de la PA,
- le retour à domicile de nuit de la PA,
- la spécificité du retour à domicile pour les PA vivant en foyer,
- la spécificité du retour pour les PA vivant en EPHAD,
- la gestion de la PA en UHCD,
- les critères d'intervention de l'assistance sociale au SAU et en UHCD,
- la mise en place de l'équipe mobile de liaison gériatrique.

Des réunions présentant les services spécifiques de la PA aux médecins urgentistes ont été organisées :

- avec le service de gériatrie du CHU et plus spécifiquement du service d'hospitalisation de jour,
- avec les services de suite de soins et réadaptation,
- avec les réseaux gériatriques de ville.

Les étudiants en médecine ont effectué des présentations de dossiers avec corrections et orientation au cas par cas.

Des communications spécifiques concernant les outils d'aide à la prise en charge des PA, ont été mises en place dans le service.

Enfin, chaque jour est diffusé par mail à tous les médecins du service le compte rendu des passages au SAU. On y précise : le nombre de PA de plus de 75 ans,

leurs motifs d'admission (traumatologique et non traumatologique), leurs orientations (pourcentage d'hospitalisations). Ces statistiques sont regroupées dans un tableau récapitulatif annuel rempli au fur et à mesure et chaque médecin peut le consulter à tout moment.

Enfin, des cours pour les étudiants en capacité de médecine d'urgence et une journée de formation spécifique à la gestion de la PA pour les étudiant en DESC de médecine d'urgence sont organisés depuis 2005.

2.3. L'Évaluation Gériatrique (EG)

La réalisation d'une Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) n'est pas une fin « en soi » à l'accueil des urgences et reste trop longue et laborieuse à faire. Toutefois, nous avons souhaité protocoliser une « Évaluation Gériatrique aux urgences » (EG) en essayant de réaliser au minimum : une enquête de proximité, une évaluation des ADL, un Get-up-and-go test, un repérage des critères de fragilité, un test de dépistage des troubles confusionnels, un mini GDS. Le but avoué est d'obtenir une vision globale de la PA, de repérer la nécessité d'évaluation par un médecin ayant une compétence et formation spécifique (gériatre) et une orientation vers une filière gériatrique adaptée.

3. Les partenariats

3.1. Le réseau gérontologique de ville

Pendant l'année 2006, un travail de collaboration étroite s'est mis en place entre le SAU et le réseau gérontologique de la ville de Nancy ayant vu le jour en juillet 2005. Des rencontres ont eu lieu, et l'intervention tous les 6 mois du médecin coordonnateur de ce réseau permet de créer une dynamique et un langage gériatrique commun mais aussi de faciliter l'articulation entre toutes les filières gériatriques par un rapprochement ville-hôpital.

3.2. L'assistant de service social

Partenaire privilégié de l'équipe médicale, il est souvent sollicité lorsque le projet de vie du patient devient problématique. Il n'est pas rare, en effet, que les possibilités du retour à domicile de la PA soient très vite évaluées une fois que le projet de soins est plus ou moins établi. Cette question est d'ailleurs posée par la majeure partie des services d'aval recevant la PA en hospitalisation.

Son rôle est de parfaire l'enquête sociale du patient en entrant en relation avec tous les professionnels entourant la PA mais aussi les proches et la famille. Il détermine le degré d'urgence d'intervention nécessaire pour toute question sociale. Parfois, son intervention permet un retour à domicile, en suivant le dossier à distance et assurant la mise en place de certaines aides techniques ou humaines à courte ou moyenne échéance.

3.3. L'équipe Mobile de Liaison Gériatrique (EMLG)

Depuis 2007, le dialogue entre l'urgentiste, l'assistant social et le réseau de ville est favorisé par la présence d'une équipe de liaison gériatrique mobile. L'expertise de l'analyse gériatrique par cette équipe donne le temps au médecin urgentiste de laisser de côté l'EG.

Cette équipe est sollicitée lorsque le médecin urgentiste, selon le protocole d'appel, repère une fragilité (au moins trois critères de fragilité) ou s'il ressent le besoin d'une expertise.

Elle a l'avantage de pouvoir suivre l'évolution de la PA depuis son passage aux urgences et d'aider à la poursuite du projet de soins et du projet de vie par l'intermédiaire de ses nombreux contacts du Réseau Gérontologique.

3.4. Le Réseau Gérontologique

Un partenariat est également créé depuis plusieurs années entre les différentes consultations mémoire et les hôpitaux de jour de la région nancéienne, ainsi qu'avec les différents SSR. À ceci s'ajoutent les liens privilégiés avec les équipes mobiles de soins palliatifs et les services d'hospitalisation à domicile (HAD), également très sensibilisés aux conditions de vie et de soins des PA.

Des rencontres régulières s'organisent entre le service des urgences et le département vieillesse du CCAS (Centre Communal d'Actions Sociales) permettant la rédaction d'accords et de conventions entre les responsables des foyers pour PA et les EHPAD et des améliorations mutuelles.

4. Qu'elles sont les PA revenant aux urgences ?

Aux urgences du CHU de Nancy, on montre que 2/3 des PA inclus ne reviendront pas dans l'année. Pour les 32,6 % autres :

- 21,2 % reviendront une fois dans l'année,
- 6,1 % reviendront deux fois,
- 3,6 % plus de deux fois.

Ces chiffres sont plutôt encourageants mais pourraient-ils diminuer sachant que 85 % reviennent pour des motifs médicaux à caractères urgents nécessitant également un bilan médical rapide et une structure de soins non programmés. On retrouve ici les mêmes motifs d'admission que lors du premier passage, mais on y retrouve les décompensations de la plupart des critères de fragilités pour la quasi-totalité de ces patients (en tête : les chutes et les troubles du comportement).

Les moyens d'arrivée aux urgences sont identiques qu'il s'agisse de la première ou des fois suivantes : 40 à 50 % environ arrivent à la demande de leur médecin

traitant, et l'autre partie par des structures de soins non programmés (SAMU, Sapeurs-Pompiers, SOS médecins – Médecin de garde...).

Ainsi, le passage et le retour d'une PA aux urgences sont évalués comme nécessaires dans la plupart des cas. Il est cependant important de toujours réévaluer la fragilité de la PA en s'aidant des outils et des partenariats à notre disposition.

Lorsque le motif d'admission n'est pas une pathologie aiguë et que le passage peut être estimé « évitable », les demandes de consultation aux urgences sont très disparates. Contrairement à la légende, très peu se présentent avec la demande explicite d'un « placement ». Cette situation reflète de cas isolés et assez rares (11 cas en 2006-2007) et dont les explications sortent du cadre scientifique. Dans la majorité des cas, ces PA sont déjà connues d'une ou plusieurs filières gériatriques et nous ne pouvons que constater un échec d'orientation même si les urgences peuvent être considérées comme une filière gériatrique également. Cela démontre simplement la nécessité d'une structure de soins non programmés pour la PA âgée dont la fragilité a déjà été repérée et bénéficiant en général de tous les moyens possibles pour le maintien d'un équilibre précaire. On note également que la moitié de ces patients sont issus d'institutions telle que les EHPAD, pouvant eux-mêmes manquer de moyens, de médicalisation ne permettant plus la sécurité de la PA dans une telle structure. L'autre moitié concerne des PA qui viennent en situation de dernier recours pour des états grabataires ou des maladies chroniques et dégénératives en fin d'évolution. On peut supposer que les limites de gestion d'une fin de vie que se soit à domicile ou en EHPAD, malgré les HAD et les équipes de soins palliatifs, ne permettent plus de gérer certains soins et ce avec toute la controverse que constitue la fin de vie mêlée au droit de mourir chez soi et d'être aidé et accompagné. Nous touchons ici les limites du maintien à domicile, les limites d'action d'un réseau, de la filière gériatrique, et du système de santé médico-social et sanitaire sur notre territoire.

Nous ne pouvons pas évaluer le rôle de la raréfaction des cabinets médicaux et le gonflement de la clientèle des médecins généralistes qui pourraient être responsables d'un certain manque de temps pour organiser les soins d'une PA nécessitant un suivi par plusieurs partenaires du Réseau Gérontologique. Cependant, il est certain que le recours aux urgences représente une « porte d'entrée » bien compréhensible lors des périodes de garde médicale : la nuit et le week-end et les jours fériés. Il est également vrai que les médecins intervenant au domicile des PA en ces périodes ne sont souvent pas les médecins référents, et hésitent d'autant plus de laisser les PA sans l'assurance d'une garantie de suivi et de gestion des soins.

À cela, s'ajoute les difficultés d'admission directe dans les services hospitaliers et notamment de gériatrie. Le taux d'occupation des lits en SSR et en Cours Séjours est actuellement tel qu'il est bien difficile d'accepter une admission depuis le domicile sans que la PA ne passe par les urgences avec le tampon que représente l'UHCD (70 % de PA > 75 ans tous les jours).

5. Conclusion

La gestion médico-sociale de la PA s'inscrit véritablement dans une démarche d'évolution des pratiques professionnelles, nécessitant un travail concerté et commun. Il est le point de départ d'une volonté de collaboration inter-disciplinaire.

Aujourd'hui, on ne peut que constater l'évolution démographique vers le vieillissement de la population. L'augmentation en masse des plus de 60 ans tend à entraîner une implosion du système de soins autour de la PA. Ceci nous mène à essayer de comprendre qui sont ces séniors et comment réagir : il y a nécessité d'accompagner au quotidien cette population de la manière la plus adaptée possible, ce qui sous-entend un certain degré de professionnalisme et de concertation entre toutes les structures existantes ou en cours de création. L'amélioration de la qualité des soins et du service médico-psycho-social rendu doit devenir une priorité économique mais aussi humaine.

Le service des urgences doit s'inscrire dans cette réflexion globale de prise de conscience de la nécessité de « gestion » cohérente à la fois de ce flux de population, mais aussi des diverses offres de prévention et de soins. Le passage au SAU pourrait à lui seul parfois même représenter un critère de fragilité d'où la création d'une « filière gériatrique » aux seins des urgences ayant comme principal but de tisser des liens avec les autres filières gériatriques.

En grande majorité, les PA viennent et reviennent aux urgences dans le cadre d'une pathologie aiguë et au moins la moitié des cas fait intervenir les filières de soins non programmés. Souvent, se cache une situation instable que le retour à domicile mal organisé peut transformer en une cascade événementielle sans fin. C'est en cela que la formation spécifique du médecin urgentiste paraît indispensable. Il doit être capable de reconnaître les besoins médico-psycho-sociaux, repérer la nécessité d'hospitaliser et à l'inverse de ne pas hospitaliser, rassurer le patient âgé dans un contexte émotionnel particulièrement stressant, et savoir orienter vers les filières gériatriques. L'intervention au sein des urgences d'une équipe médico-sociale (AS, équipe de liaison gériatrique) est bien sûr nécessaire et indispensable.

Plus la PA vient aux urgences, plus elle a de risque d'être fragile mais plus la fragilité a des chances d'être repérée. Ainsi, on peut se poser la question de la circulation de l'information entre tous les partenaires afin que les filières ne soient pas elles-mêmes étouffées par trop de travail redondant.

Références bibliographiques

1. 10^e Conférence de consensus. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences, 05/12/2003. www.sfm.u.org.

2. Laplanche D, Devillard A, Monneret T, Malbranque A, Berthier G. Gériatrie et Urgences : Peut-on Optimiser la filière ? Urgence Pratique 2005 ; 75 : 33-6.
3. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Études et Résultats. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). N° 215, janvier 2003.
4. Baubeau D, Carrasco V. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. Études et Résultats. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). N° 212, janvier 2003.
5. Pérès K, Helmer C, Letenneur L, Jacqmin-Gadda H, Barberger-Gateau P. Ten-year change in disability prevalence and related factors in two generations of French elderly community dwellers: data from the PAQUID study. Aging Clin Exp Res 2005 Jun ; 17 (3) : 229-35.
6. Petitot C, Chapuis F, Touzet S, Fournier G, Bonnefoy M. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire : une enquête prospective. Revue de Gériatrie, Tome 33, N° 9, nov 2008.