
URGENCES
□□□□□ 2011



Chapitre 28

Vulnérabilité de la personne âgée

F. DUQUESNE

Points essentiels

La population âgée, à risque d'être malade, augmente chaque année. Le patient âgé entre à l'hôpital le plus souvent par le service des urgences. Le patient âgé fragile risque de perdre son autonomie lors d'une déstabilisation aiguë. Il faut repérer les syndromes gériatriques témoins de la fragilité dès les urgences. Le patient âgé fragile, complexe, nécessite une évaluation et une prise en charge globale adaptée. Un bilan systématique minimal aux urgences est nécessaire chez ce patient âgé complexe. La polymédication est iatrogène, nécessitant une analyse systématique de l'ordonnance. Le repérage des syndromes gériatriques nécessite une implication du personnel des urgences.

1. Introduction

En 2005, la population âgée de plus de 75 ans représentait en France 8 % de la population générale et cette proportion ne fera que croître dans les années à venir. Parallèlement, l'espérance de vie augmente, mais plus on vieillit, plus le risque d'être malade, et de devenir dépendant physique ou psychique augmente. Ces patients âgés ont une présentation clinique différente, et nécessitent une démarche rationnelle adaptée pour comprendre pourquoi il y a eu décompensation, et adapter la prise en charge afin de préserver au mieux leur qualité de vie et leur autonomie. Pour cela, il est impératif de repérer ces patients dits « fragiles » qui risquent de basculer dans la dépendance à la moindre chute

Correspondance : Dr F Duquesne, Service des Urgences, CHRU la Cavale Blanche, boulevard Tanguy Prigent, 29200 Brest. Fax : 02 98 34 74 68. E-mail : drduquesnef@gmail.com

ou bronchite. La spécificité de la pratique gériatrique réside dans le caractère global de la prise en charge de la personne en tenant compte de son environnement.

2. Vieillesse normale

2.1. Définition du vieillissement

Il correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est donc la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auquel est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies.

2.2. La vieillesse

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

2.3. Évolution démographique

En 2050, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine compterait 70 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. Un tiers des habitants serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans ! C'est entre 2006 et 2035 que cet accroissement serait le plus fort (de 12,8 à 20,9 millions), avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses issues du baby-boom, nées entre 1946 et 1975 (1).

2.4. L'espérance de vie

C'est le nombre moyen d'années que peut espérer vivre une classe d'âge donnée (à la naissance, à 60 ans, voir plus !). L'espérance de vie à la naissance n'a cessé d'augmenter depuis un siècle. Depuis dix ans, les gains d'espérance de vie ont été de trois années pour les hommes et de deux années pour les femmes. Elle est aujourd'hui de 84,5 ans pour les femmes et 77,8 ans pour les hommes, principalement en raison de la baisse considérable de la mortalité infantile et des progrès spectaculaires de l'hygiène et de la médecine. Mais chez le sujet vieillissant, l'espérance de vie à la naissance n'est pas le meilleur indicateur, nous

utilisons plutôt les notions d'espérance de vie aux âges extrêmes et d'espérance de vie sans incapacité.

2.5. Espérance de vie aux âges extrêmes

Il est important de savoir à un âge donné, l'espérance de vie du sujet puisque cela va impliquer une prise en charge médicale différente ! À 85 ans, un homme n'est pas en survie, il lui reste en moyenne 5 ans à vivre (6 ans pour une femme) ! Ainsi, vous traiterez différemment une fibrillation auriculaire ou un cancer, et chercherez encore à stabiliser sa situation médicale et à prévenir sa dépendance !

2.6. L'espérance de vie sans incapacité

Un autre indicateur intéressant est l'espérance de vie en bonne santé : Selon l'Insee une bonne santé est « l'absence de limitation d'activités dans les gestes quotidiens et absence d'incapacité ». À 65 ans, elle serait de 13,5 ans pour les hommes et 16 ans pour les femmes. Ces années gagnées sont plutôt vécues en bonne santé. Les handicaps dus au grand âge surviennent en général 1 à 2 ans avant la fin de la vie, quel que soit l'âge du décès (2).

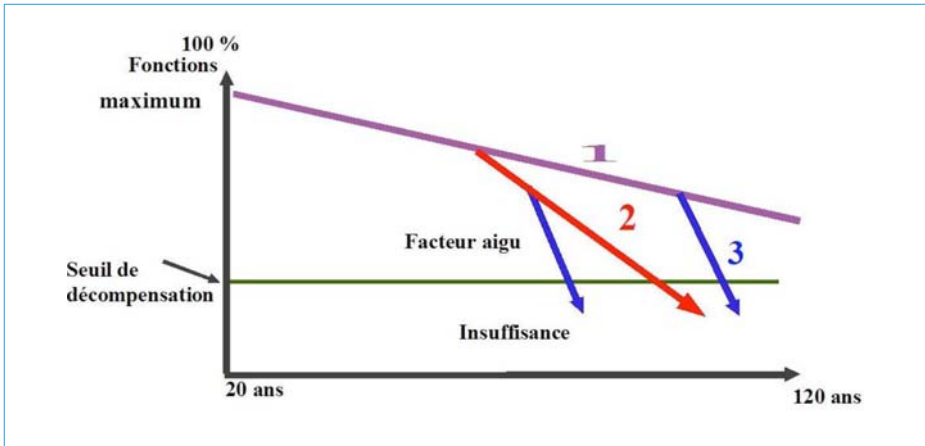
3. Particularités gériatriques

3.1. Particularités physiologiques et physiopathologiques

3.1.1. La décompensation fonctionnelle

L'état de crise du sujet âgé se présente habituellement comme une décompensation fonctionnelle : confusion ou « décompensation cérébrale aiguë », dépression ou « décompensation thymique », chute ou « décompensation posturale aiguë », « décompensation nutritionnelle », etc. Face à la décompensation fonctionnelle, la démarche classique visant à regrouper un faisceau de symptômes sous le chapeau d'une maladie unique n'est plus adaptée. La décompensation fonctionnelle est provoquée par la survenue de maladies chroniques et/ou aiguës sur un terrain plus ou moins fragilisé par le vieillissement. Les concepts de décompensation et de fragilité du sujet âgé peuvent être expliqués par un schéma prenant en considération 3 éléments qui se cumulent pour aboutir à la décompensation d'une fonction (1 + 2 + 3 de J.P. Bouchon) :

- 1) Les effets du vieillissement qui réduisent progressivement les réserves fonctionnelles, sans jamais à eux seuls entraîner la décompensation.
- 2) Les affections chroniques surajoutées qui altèrent les fonctions.
- 3) Les facteurs de décompensation qui sont souvent multiples et associés chez un même patient : affections médicales aiguës, pathologie iatrogène et stress psychologique.



Malgré la décompensation d'un organe, l'équilibre de l'individu est souvent sauvegardé grâce aux capacités de compensation d'autres organes. Ce n'est qu'à l'occasion d'une déficience de ces compensations que survient la perte d'équilibre (3).

3.1.2. Affection aiguë et Cascade

Les affections aiguës peuvent entraîner la décompensation d'une ou de plusieurs fonctions. L'un des risques est celui de la survenue du phénomène dit « de la cascade » dans lequel une affection aiguë entraîne des décompensations organiques en série. C'est, par exemple, le cas d'une infection broncho-pulmonaire favorisant une décompensation cardiaque, qui elle-même entraîne une insuffisance rénale, elle-même favorisant un syndrome confusionnel...

Le pronostic de la cascade est grave. Certaines fonctions décompensent avec prédilection et sont particulièrement impliquées dans la « cascade » : la fonction cérébrale corticale (confusion, dépression) et sous-corticale (régression psychomotrice), la fonction cardiaque, la fonction rénale et la fonction d'alimentation (déshydratation, dénutrition).

3.2. Particularités cliniques

À tous les niveaux, l'évaluation clinique va être différente.

3.2.1. Le recueil de l'anamnèse

Il est parfois difficile, le patient ne sait pas faire le tri entre le « normal » et le « pathologique », la communication est parfois compliquée par le vieillissement pathologique sensoriel ou biaisée par le vieillissement psychologique ! Enfin, 40 % des sujets de 90 ans et plus ont des troubles cognitifs ! L'entourage familial et professionnel est donc indispensable chez les patients fragiles pour comprendre une situation gériatrique dans sa globalité.

3.2.2. La polypathologie

Elle complique l'interprétation des symptômes. Chez ces patients présentant 5 ou 6 pathologies différentes, comment interpréter la survenue d'une douleur aiguë chez un patient douloureux chronique, la confusion mentale ou la majoration des troubles cognitifs chez un patient dément, ou des douleurs abdominales chez un sujet âgé souffrant de constipation chronique ?

3.2.3. La polymédication

C'est aussi un facteur important à considérer en gériatrie puisqu'en moyenne en France, le nombre moyen de médicaments pris par les patients est de 7, surtout des antihypertenseurs et des psychotropes, or prendre plus de 3 médicaments, expose à la iatrogénie, à l'origine de 20 % des hospitalisations (4) après 80 ans.

3.2.4. Les symptômes et les signes cliniques

Caractéristiques chez le sujet jeune, ils sont souvent atypiques voire absents chez le sujet âgé : La douleur est absente dans 30 % des cas d'infarctus du myocarde, la fièvre est inconstante dans les infections, la confusion est souvent la seule manifestation clinique d'une rétention urinaire ou d'un fécalome.

3.2.5. Les motifs d'entrée sont cardio-pulmonaires puis atypiques

Asthénie, anorexie, malaise général..., alors que les signes fonctionnels à valeur d'orientation sont mal exprimés ou banalisés, attribués au vieillissement ou à une affection chronique commune. L'examen du malade âgé est rendu difficile du fait des déficiences habituelles : hypoacousie, diminution de l'acuité visuelle, troubles mnésiques, détérioration des fonctions cognitives, enraidissements articulaires, etc. Le médecin doit tenir compte de ces difficultés et adapter sa technique d'examen aux possibilités du malade.

3.2.6. Les examens paracliniques peuvent être différents

Si des examens complémentaires sont réalisés, ils doivent être les moins contraignants possible, mais peuvent être d'interprétation plus difficile que chez l'adulte jeune. Parmi les plus courants, citons l'ECG, où un fréquent bloc de branche gauche ne facilite pas le diagnostic d'infarctus du myocarde. À la RP, il est parfois malaisé d'identifier les opacités pathologiques. La biologie a aussi ses particularités, avec absence d'hyperleucocytose en cas d'infection patente chez des sujets aux défenses immunitaires réduites, ou une créatininémie « normale » chez des sujets très âgés et de faible poids « masquant » une insuffisance rénale significative.

3.3. Particularités psychologiques

La mort, l'angoisse et la dépression constituent la toile de fond du psychisme de la personne âgée malade. La mort n'est plus pour elle un destin général et abstrait, mais un événement propre et personnel source d'angoisse parfois majeure. Par ailleurs, la maladie est souvent l'occasion d'une prise de conscience du

vieillesse plus ou moins dénié jusque-là. Le vieillard peut alors brusquement démissionner avec la recherche de maternage et de dépendance. La dimension relationnelle est donc indispensable, il est essentiel de renvoyer au sujet âgé une image positive de sa condition d'individu à part entière et de son état de santé, afin d'améliorer la perception de sa propre image.

3.4. Spécificité de la prise en charge gériatrique

La prise en charge gériatrique est globale prenant en compte non seulement le diagnostic et le traitement des pathologies aiguës et chroniques mais aussi la prévention des complications, la conservation de l'autonomie et le devenir social du patient. S'y ajoute la notion d'imprévisibilité, le perpétuel déséquilibre nécessitant une perpétuelle rééquilibration de la situation globale des patients âgés.

3.4.1. Démarche diagnostique et thérapeutique

Devant la multiplicité des diagnostics qui peuvent être posés chez un même patient, une hiérarchisation est nécessaire. Les diagnostics « rentables » débouchant sur une amélioration réelle de l'état de santé et de la qualité de vie du patient doivent être privilégiés. L'intervention sur une arthrose de hanche, sur une cataracte permettent de limiter le risque de chute. L'appareillage d'une hypoacousie permet de lutter contre l'isolement social. Certaines investigations sont à l'inverse, discutables : Tomodensitométrie à la recherche de métastases chez un patient cachectique ayant une néoplasie incurable... Dans le cadre de cette démarche diagnostique et thérapeutique, le consentement du patient au projet de soins est absolument indispensable.

3.4.2. Démarche préventive

Il est indispensable d'identifier les patients fragiles à risque élevé de décompensation... Lors de toute situation aiguë, il faut s'assurer dès les premiers jours d'une bonne hydratation et d'apports nutritionnels suffisants, mobiliser le patient, réduire la prescription de médicaments, prévenir la survenue d'escarres... La prévention de la perte d'autonomie est fondamentale, ceci dès le premier jour d'une affection aiguë. Le développement et l'utilisation maximale des capacités restantes doivent être assurés par l'ensemble de l'équipe soignante.

3.4.3. Prise en charge sociale

L'évaluation médico-psycho-sociale est réalisée si possible par un binôme médecin-assistante sociale pour une évaluation globale (mode de vie du patient et son environnement) de la personne âgée afin de mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire.

4. Fragilité

En médecine gériatrique, il est courant de constater que 2 patients de même âge, ayant des comorbidités comparables évoluent de façon différente lorsqu'ils sont confrontés à une pathologie aiguë. Ce constat difficile à quantifier traduit le plus souvent chez l'un des patients la présence d'une fragilité.

4.1. Vieillesse variable

Les conséquences du vieillissement sont très variables, population hétérogène, d'où la notion de vieillissement réussi, usuel, ou avec des maladies : Le plus grand groupe est celui du vieillissement réussi, en bonne santé avec des réserves fonctionnelles proches de celles de l'adulte (65 à 70 %), le plus petit groupe est celui de la grande dépendance (5 %) où le vieillissement pathologique est déjà bien installé, enfin le groupe fragile est celui qui a un vieillissement physiologique avec une importante vulnérabilité sans pathologies définies (15 % à 65 ans et 30 % à 90 ans), mais c'est celui qui risque le plus de basculer dans la dépendance au moindre problème intercurrent !

4.2. Définition actuelle

C'est un état instable, de forte vulnérabilité, lié à une réduction des réserves adaptatives, qui entraîne un risque élevé de dépendance, d'hospitalisations, d'entrée en institution, de mortalité. Il existe un risque de déséquilibre entre des éléments somatiques, psychiques et sociaux provoqués par une agression même minime. Les principaux facteurs de fragilité sont un âge supérieur à 85 ans, une perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne, un support social inadéquat (solitude, veuvage, pauvreté), l'altération des fonctions cognitives, une baisse des réserves nutritionnelles, la sédentarité et l'instabilité posturale, des symptômes dépressifs, les troubles sensoriels mal compensés, une déficience rénale et hépatique, une prise de plus de 3 médicaments. Le concept de fragilité représente une probabilité élevée d'évolution péjorative, il représente un état de pré-dépendance. Son identification permet d'optimiser la prise en charge du patient (5-8).

4.3. Complications de la fragilité

Ce sont les syndromes gériatriques, qui ne résultent pas d'une pathologie spécifique mais induisent le déclin de différentes fonctions. Ils sont la résultante de l'accumulation d'incapacités dans plusieurs systèmes et se développent quand les possibilités de compensation sont dépassées ; les principaux syndromes gériatriques sont les suivants : dépression, confusion, démence, immobilisation, chutes, malnutrition, incontinence, ostéoporose, iatrogénie (9).

4.4. Prévention de la fragilité

Elle peut être primaire pour retarder l'apparition de la fragilité, secondaire avec le repérage de la fragilité et de ses complications ou elle peut être tertiaire pour éviter une décompensation d'organe lors d'une situation aiguë.

5. L'Évaluation Gériatrique Standardisée

L'évaluation de la fragilité est multidimensionnelle et s'inscrit dans une approche médico-psycho-sociale. L'évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) permet, dans une population âgée hétérogène, cette approche globale et l'appréciation des différents facteurs de la fragilité. Une métaanalyse de 1995 par Stuck (10) a montré l'efficacité de l'EGS, elle permet de réduire la mortalité et d'améliorer les capacités fonctionnelles des personnes âgées. L'EGS réalise une évaluation des facteurs physiques, psychologiques, sociaux qui influencent l'état de santé et les capacités fonctionnelles des personnes âgées. Elle a pour objectif principal l'optimisation des capacités fonctionnelles des personnes âgées. Elle est réalisée par différents professionnels qui constituent une équipe interdisciplinaire. L'EGS est ciblée vers les personnes à risque élevé de perte d'autonomie. C'est un processus actif qui implique une intervention, plus que de simples recommandations, il faut délivrer une aide, entamer des activités de corrections ou de prévention des problèmes lorsque ceux-ci ont été identifiés. L'évaluation fonctionnelle, qui mesure la capacité à réaliser une fonction, est le centre de l'EGS. Elle est réalisée avec une série d'échelles, qui ont été largement étudiées et validées en gériatrie, apportant précision et rigueur. Elles offrent aux « soignants » un langage commun, pour une évaluation de domaines qui seraient sinon négligés mais sont primordiaux pour évaluer l'autonomie fonctionnelle à domicile ou non, notamment la nutrition, la mémoire, l'humeur, l'instabilité posturale et la continence et elles permettent aussi un suivi des interventions réalisées.

Voici quelques échelles souvent utilisées : L'évaluation fonctionnelle est réalisée par des échelles d'évaluation des Activités de la Vie Journalière (AVJ) comme l'échelle de Katz (11) ou de Barthel pour les activités de base et l'échelle de Lawton (12) pour les activités instrumentales. La fonction cognitive peut être appréciée par le MMS (Mini Mental State) (13). Le risque de chute, l'évaluation de la marche et de l'équilibre sont souvent appréciés par l'utilisation de l'échelle de Tinetti (14), par le timed « up and go » (15). Le risque de malnutrition est apprécié par le MNA (Mini Nutritional Assessment) (16).

Cette évaluation doit se faire avant l'événement aigu risquant de déstabiliser les réserves. Lorsque celui-ci survient néanmoins, il importe de réagir vite avant l'apparition du seuil d'incapacité. À l'hôpital, lutter contre le déconditionnement, optimiser les apports nutritionnels, diminuer les risques de confusion aiguë doivent être des priorités.

6. Le sujet âgé aux urgences

6.1. Contexte des urgences

6.1.1. Quelles sont les missions d'un service d'urgences ?

En 1975, c'est un service de l'hôpital où sont dirigés les malades et blessés nécessitant un traitement immédiat, puis la mission a évolué avec la perte du critère d'urgence : Actuellement, c'est accueillir tous les patients quel que soit leur état de santé (code de santé publique L 711-4) ainsi que tout patient qui se présente à l'hôpital pour une consultation ou une hospitalisation et dont la prise en charge n'est pas programmée.

6.1.2. Quelles sont les modalités de prise en charge aux urgences ?

Une grille de triage est utilisée à l'accueil pour orienter les patients, elle est basée sur le pronostic vital ou fonctionnel (mais 5 % prioritaires, 10 % urgents, 25 % semi-urgents et 70 % sans caractère d'urgence) et détermine le temps d'attente.

L'objectif est d'orienter dans les meilleurs délais les patients dans la bonne filière de soins, tout en optimisant le nombre et la qualité des hospitalisations. Ceci engendre une démarche décisionnelle basée sur l'amélioration de l'utilisation des lits d'hospitalisation, en essayant d'orienter les patients ne présentant plus de problème médical aigu dans une structure ayant un moindre coût financier !

6.2. Typologie des patients âgés aux urgences

L'enquête s'est déroulée au CHU de Brest entre le samedi 15 mai 2010 et le vendredi 21 mai 2010. Sur cette période, il y a eu 138 patients âgés admis aux urgences, soit 20 % des entrées globales, 75 % venant de leur domicile, 75 % ayant une lettre de leur médecin et plus de 50 % des entrées à Brest étant accompagnées (particularité locale). Le sujet âgé entre à 80 % pour une raison médicale et c'est son mode d'entrée le plus fréquent à l'hôpital.

Il y a en moyenne 20 admissions par jour de personnes âgées de 75 ans et plus. Les femmes représentent 59 % des admissions et la classe d'âge la plus représentée est celle des 80-85 ans (38 %). Le tri objective 56 % de patients cotés à 4 et 34 % cotés à 3. Il n'y a pas de cotation à 1, et peu de cotation à 2 (cotation de 1 à 5 du plus grave au moins urgent).

Les motifs d'entrée principaux sont la dyspnée (20 %), chute et traumatismes (19 %), AEG (10 %), malaise (7,5 %), contusion (5 %). À noter que 39 % des patients ont déjà été hospitalisés dans les 6 mois précédents ! Quand il y a eu hospitalisation récente, il y a eu repérage gériatrique pour 71 % des patients (15, 16). Sur le séjour en cours, le repérage gériatrique a été réalisé chez 75 % des entrées (non réalisé pour 25 % des patients, le plus souvent pour les causes médicales aiguës type dyspnée, le repérage étant alors considéré comme secondaire), dont 56 % présentant un syndrome gériatrique.

À la sortie des urgences, 78 % des patients sont orientés vers un service d'hospitalisation intra CHRU, et 22 % vers leur lieu de vie habituel. 20 % des patients hospitalisés entrent à l'UHCD, 8,6 % vont en cardiologie, 5,8 % vont en médecine interne, ainsi qu'en gériatrie, et 6,5 % entrent en traumatologie.

Nous avons également regardé les médicaments sur l'ordonnance d'entrée et les examens réalisés aux urgences : les patients ont en moyenne 7 médicaments, mais sur 16 dossiers (sur 138), aucun médicament n'a été noté, ce qui est fort dommage, vu l'intérêt de la surveillance de l'ordonnance en gériatrie ; 76 % ont un traitement antihypertenseur, 20 % ont un AVK, 59 % ont un traitement psychotrope, 53 % ont un antalgique, 17 % ont un traitement contre l'ostéoporose (Biphosphonate et calcium) et 18 % ont un traitement contre la maladie d'Alzheimer. Par ailleurs, 90 % ont eu un ionogramme et une NFS, 19 % ont eu un dosage d'albumine et de calcémie, 76 % ont eu un ECG, 73 % ont une radio et 17 % ont eu une échographie ou un TDM.

6.3. Mais le sujet âgé aux urgences ? (étude ci-dessus)

20 % des entrées aux urgences sont des sujets âgés, pourtant un service d'urgences n'est pas adapté actuellement à la prise en charge de patients âgés.

L'organisation de ce service n'est pas adaptée à un patient plus lent, moins mobile, présentant des troubles de communication. L'architecture du service, type labyrinthe, n'est pas souvent appropriée au sujet âgé, d'autant plus qu'il y change plusieurs fois de place, y rencontre un mélange de populations, dans des conditions d'inconfort évident, notamment pour aller aux toilettes allongé sur un brancard en chemisette de bloc !

Les temps d'attente sont longs, les patients âgés étant souvent triés comme non urgents (la plupart sont dans les tris 3 et 4). La prise en charge médicale est plus longue, et plus complexe que ce soit le temps de l'examen clinique, ou le temps paraclinique (biologie, ECG, RP, urines...). Par ailleurs, nous remarquons que 42 % des patients âgés aux urgences sont gériatriques !!, nécessitant impérativement une évaluation et prise en charge dans la filière gériatrique. Nous notons aussi que 75 % viennent du domicile, 78 % sont hospitalisés après le passage aux urgences, mais seulement, 16 % des patients sont orientés en court séjour Gériatrique ou à l'UHCD (où présence d'une gériatre 4 jours sur 7), d'où la nécessité d'une filière gériatrique plus conséquente encore, d'autant plus que 39 % sont déjà venus dans les 6 mois !!

Dans un entretien à « La Croix », Pierre Pfitzenmeyer, professeur de gériatrie, dénonce l'accueil « indigne » des personnes âgées en milieu hospitalier : Il remarque que « les orientations du plan 2005 sont intéressantes mais les moyens sont largement insuffisants, notre système de santé est basé sur une médecine de pointe, centrée sur des services spécialisés sur un organe mais qui n'ont ni la compétence ni le temps pour s'occuper des troubles de locomotion, ni de prendre 45 mn pour donner à manger à un patient dépendant ! Le problème est que, dans le même temps, on ne s'est pas donné les moyens de développer des services de

gériatrie, de médecine, de soins de suite, de réhabilitation où l'on soigne, non pas une pathologie unique, mais une personne dans sa globalité. De plus, depuis la T2A, les patients âgés sont considérés comme des bloqueurs de lits ! Résultat, aujourd'hui, les personnes âgées arrivent aux urgences où elles restent des heures sur un brancard, dans un couloir, attendant de trouver des lits disponibles dans un autre service de l'hôpital ».

6.4. Prise en charge proposée au sujet âgé aux urgences

Malgré les difficultés d'orientation sus-décrites, la prise en charge initiale aux Urgences est primordiale, avec une démarche diagnostique rationnelle et globale. Nous avons déjà évoqué les particularités cliniques, abordons maintenant les autres étapes.

6.4.1. Examens complémentaires

Il est nécessaire de réaliser quelques examens paracliniques complémentaires systématiques chez le sujet âgé puisque symptômes et signes physiques sont parfois peu contributifs. Ceci contribue à l'allongement de la durée de passage, supérieure à celle du sujet jeune. Selon la 10^e conférence de consensus de la personne âgée aux urgences (17), il est préconisé de réaliser, Ionogramme, NFS, l'Albuminémie, la Calcémie, un ECG et une RP : La biologie est intéressante devant l'augmentation des troubles ioniques dans le grand âge, l'ECG et la RP sont nécessaires, même si leur interprétation est délicate (car modifiés par vieillissement normal et pathologique) du fait du nombre de pathologies cardio-respiratoires aux Urgences ! Comme vous l'avez vu dans notre étude au CHRU de Brest, Ionogramme et NFS sont quasi systématiques (l'ECG un peu moins malgré les admissions cardio-vasculaires), l'albuminémie et la calcémie le sont moins, mais les résultats montrent que l'information passe peu à peu.

6.4.2. L'évaluation médico-psycho-sociale

Elle est indispensable aux urgences, dans l'optique d'une prise en charge globale, par un binôme médecin-assistante sociale afin d'explorer le contexte de vie de la personne. Elle donne un temps de parole, véritable moment d'authenticité à ces aidants souvent en grande difficulté et très isolés, mal informés, afin de dédramatiser et de les déculpabiliser. Les familles peuvent alors se projeter à nouveau dans l'avenir et tisser autour du sujet âgé des aides coordonnées. Ce travail est fondamental aux urgences parce que c'est le moment où la situation de crise, la déstabilisation de tout l'ensemble familial permet d'aborder les problématiques douloureuses. Mais ces aides ne peuvent être mises en place que si l'ensemble familial y consent, ce qui peut prendre du temps !

6.4.3. Éviter la perte d'autonomie

Nous avons longuement abordé déjà la question de la fragilité qui doit être notre obsession chez le sujet âgé et surtout aux urgences. Repérer cette fragilité et prévenir dès l'entrée à l'hôpital la perte d'autonomie et le syndrome confusionnel

sont indispensables puisque la situation aiguë qui amène le patient aux urgences y prédispose (18) !

Il est difficile de trouver une méthode repérage adaptée, puisqu'il n'y a pas de consensus. Pour les urgences, le score ISAR a été proposé par la 10^e conférence de consensus. Il tient compte de l'autonomie au quotidien, des problèmes de vue, des troubles cognitifs, des hospitalisations antérieures, et du nombre de médicaments. Au CHRU de Brest, nous avons créé un groupe institutionnel formé de médecins et paramédicaux de tous services, pour améliorer le repérage de la fragilité. Les critères de fragilité étant trop nombreux, le groupe a décidé qu'il valait mieux cibler notre repérage sur les complications engendrées par la fragilité, qui sont les syndromes gériatriques. Ils nécessitent impérativement une prise en charge dans la filière gériatrique pour diminuer le risque de perte d'autonomie. Les critères retenus pour repérage étaient les chutes et leurs conséquences, une désorientation et/ou des troubles du comportement, une perte d'autonomie, une dénutrition, un maintien à domicile difficile.

En mai 2006, nous avons mis en place, pour les sujets de 75 ans et plus, ce repérage, intégré dans une grille qui apparaît automatiquement dans l'observation médicale informatisée. Lorsque nous avons évalué son utilisation au bout de 3 mois, il y avait 45 % des dossiers incomplets, non interprétables et le recours au réseau gérontologique était insuffisant (19 %). Le groupe de travail a alors rendu « obligatoire » le repérage des syndromes gériatriques, le dossier ne pouvant être validé que si la grille est remplie (sauf si « urgence vitale »). Parallèlement, nous avons formé tous les paramédicaux du service (une fois par an) et tous les médecins en formation (externes, DCEM4, internes, assistants à l'entrée dans le service). Puis nous avons créé une affiche de sensibilisation au repérage des patients gériatriques et à la nécessité du programme HELP (Figure 1), que nous avons diffusée dans les hôpitaux et EHPAD de la région Bretonne. Ce repérage est également l'objet d'une EPP, validée en juin 2010, mais les progrès sont lents, encore aujourd'hui, car malgré un bon repérage de 71 % en 2010, il reste encore trop de patients mal ou non repérés. Nous avons amélioré notre pratique quotidienne, depuis mai 2010, en impliquant plus les médecins, qui doivent absolument s'approprier cette notion de repérage gériatrique : Chaque médecin note maintenant au début de chaque observation les séjours antérieurs des 6 derniers mois, critère de fragilité, ainsi que l'autonomie antérieure, simplifiée par les 4M (marche, manger, mémoire, moral), afin d'emblée de mieux cerner la situation globale, et de mieux repérer ainsi les patients gériatriques, qui doivent bénéficier d'une prise en charge gériatrique dès les urgences. Je réalise alors une EGS, socle de notre évaluation globale, systématique, rationnelle, où rien n'est laissé au hasard. Avec l'assistante sociale, nous proposons ensuite un plan d'aides adapté au patient afin qu'il reste autonome le plus longtemps possible, en l'axant sur la réadaptation à la marche, l'alimentation et la mémoire !

Ainsi, je peux proposer une orientation adaptée, avec prise en charge complémentaire, si possible, dans la filière gériatrique : À la sortie des Urgences (19, 20), le patient peut donc retourner à domicile où la communication avec les

Figure 1 – Programme HELP

2008



2012



2015



Fédération
de Gériatrie



Afin d'éviter
LA PERTE D'AUTONOMIE
du sujet AGE FRAGILE HOSPITALISE

dénutrition

iatrogénie



chutes

retour à domicile difficile

perte
d'autonomie

désorientation

Appliquons TOUS
le PROGRAMME HELP !!!



professionnels est primordiale, de même que la collaboration avec les médecins traitants, centres du réseau ! S'il ne sort pas de l'hôpital, le patient peut aussi intégrer l'UHCD (unité hospitalisation de courte durée) où le temps d'évaluation du patient est plus confortable. Il peut aussi entrer en court séjour gériatrique mais les places sont limitées (cf. étude locale récente). Admis dans un autre service, nous demandons alors le passage de l'Unité Mobile de Gériatrie mais l'équipe est insuffisante ! Enfin, je travaille souvent avec les SSR et avec les hôpitaux locaux, pour des admissions rapides, pour une réadaptation du patient afin de prévoir l'avenir. Tout est possible aux Urgences selon les places disponibles dans le réseau avec lequel j'entretiens des relations étroites depuis plus de 15 ans ! Enfin, sur chaque ordonnance d'hospitalisation de sujet âgé gériatrique, apparaît le repérage des Syndromes gériatriques, le programme HELP, ainsi que les propositions thérapeutiques.

L'hospitalisation est souvent inévitable, mais à risque, chez ces patients gériatriques. Le syndrome confusionnel, notamment, est fréquent lors d'une hospitalisation : Le programme HELP permet de diminuer son incidence et d'éviter la perte d'autonomie. Il diminue le syndrome confusionnel de 45 à 89 % dans des conditions humaines optimales ! Nous l'avons mis en pratique au CHRU à moyens constants, en informant tous les soignants du CHRU par petit groupe, et avons réussi à diminuer le syndrome confusionnel de 32 % ! Ce programme HELP (21) surveille la marche, la nutrition, l'hydratation, l'orientation ainsi que les problèmes sensoriels et le sommeil. Chaque soignant prend part à la surveillance des différents paramètres !

7. Conclusion

Le patient âgé est complexe, souvent fragile et risque à tout moment de perdre son autonomie lors d'une situation aiguë. Dès les Urgences, le repérage des patients gériatriques, et la réalisation d'une prise en charge gériatrique, sont indispensables pour mettre en place les traitements et les réadaptations nécessaires, afin que le patient préserve son autonomie, grâce également, à la réalisation du programme HELP et au réseau multi-disciplinaire centré sur le médecin traitant. Nous avons vu que les moyens manquent à tous les niveaux de la filière, mais la gériatrie s'intègre peu à peu, à force de sensibiliser la population et de former les soignants. Prochain projet ? en 2012, le service des Urgences sera refait avec un espace spécialement dédié aux sujets âgés ! Le but, *in fine*, reste toujours de donner de la vie aux années !

Références bibliographiques

1. Robert-Bobée I. « Projections de population 2005-2050 : méthode et résultats pour la France métropolitaine », document de travail, juillet 2006, Insee.
2. Cambois E., Clavel A., Robine J.M. L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter Dossier Solidarité et Santé n° 2 – DREES, 2006.

3. Bouchon J.P. 1 + 2 +3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? Rev Prat 1984 ; 34 : 888-92.
4. Nourhashémi F., Andrieu S., Sastres N., Ducassé J.L., Lauque D. Descriptive Analysis of Emergency Hospital Admissions of Patients With Alzheimer Disease: Alzheimer Disease & Associated Disorders 2001 ; 15 : 21-5.
5. Arveux I., Faivre G., Lenfant L. et al. Le sujet âgé fragile. Rev Gériat 2002 ; 27 : 569-81.
6. Rockwood K., Fox R.A., Stolee P., Robertson D., Beattie B.L. Frailty in elderly people: an evolving concept. CMAJ 1994 ; 150 : 489-95.
7. Fried L.P., Storer D.J., King D.E., Lodder F. Diagnosis of illness presentation in the elderly. J Am Geriatr Soc 1991 ; 39 : 117-23.
8. Gonthier R. Le concept de fragilité : pourquoi est-il essentiel ? Rev Géria 2000 ; 25 ; 3 : 135-8.
9. Flacker J.M. What's a geriatric syndrom anyway? J Am Geriatr Soc. 2003 ; 51 : 574-6.
10. Stuck A.E., Siu A.L., Wieland G.D., Adams J., Rubinstein L.Z. Comprehensive Geriatric Assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993 ; 342 : 1032-6.
11. Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W., Jackson B.A., Jaffee M.W. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963 ; 185 : 914-9.
12. Lawton M.P., Brody E.M. Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969 ; 9 : 179-86.
13. Folstein M.F., Folstein S.E. Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinican. J Psychiat Res 1975 ; 12 : 189-98.
14. Tinetti M.E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1986 ; 34 : 119-26.
15. Podsiadlo D., Richardson S. The timed « up and go »: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J AmGeriatr Soc 1991 ; 39 : 142-8.
16. Guigoz Y., Vellas B. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology 1994 ; S2 : 15-59.
17. 10^e Conférence de consensus prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences 5 Décembre 2003 - Strasbourg texte court.
18. Cusker J., Verdon J., Tousignant P. et al. Rapid Emergency Department intervention for older people reducer risk of functional decline: results of a multicenter randomised trial. J Am Geriatr Soc 2001 ; 49 : 1272-81.
19. Caplan G.A., Williams A.J., Daly B., Abraham K. A Randomized, Controlled Trial of Comprehensive Geriatric Assessment and Multidisciplinary Intervention After Discharge of Elderly from the Emergency Department The DEED II Study. J Am Geriatr Soc 2004 ; 52 : 1417-23.
20. Lanièce I., Couturier P., Drame M. 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.
21. Inouye S.H., Bogardus S.T., Charpentier P.A. A Multicomponent Intervention to Prevent Delirium in Hospitalized Older Patients. N Engl J Med 1999 ; 340 : 669-76.

