

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2008

THESE

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Médecine générale

Par

**Maud Gelez**

Née le 11/08/1980 à Chambray-les-Tours

Présentée et soutenue publiquement le 01/10/2008

**LE SCORE SEGA APPLIQUE AUX URGENCES DE SAINT NAZAIRE**

Président : Monsieur le professeur Leconte

Directrice de thèse : Dr Leberre

## **I. INTRODUCTION**

## **II. LA PERSONNE AGEE**

- 1- Données démographiques : la population française**
- 2- Spécificités de la personne âgée : Le patient gériatrique**
  - 2-1- Le vieillissement physiologique
  - 2-2- Le concept de fragilité

## **III. MATERIEL ET METHODE**

- 1- L'hôpital de Saint-Nazaire**
- 2- Le score SEGA**
  - 2-1- Elaboration de la grille SEGA
  - 2-2- Description de la grille SEGA
- 3- Le logiciel Urqual**
- 4- Méthodologie de l'enquête**
- 5- Statistiques**

## **IV. RESULTATS**

- 1- Présentation générale des personnes âgées de l'étude**
  - 1-1- Données générales
  - 1-2- Les motifs d'admission
  - 1-3- Priorité aux soins
  - 1-4- Devenir post urgences
- 2- Résultats du score SEGA**
  - 2-1- Répartition générale
  - 2-2- Score SEGA comparé au score de l'urgentiste.

## **V. DISCUSSION**

- 1- Résultats de l'étude**
  - 1-1- Les limites de l'étude
  - 1-2- Avantages de l'étude
- 2- Le score SEGA à Saint-Nazaire**

## **VI. CONCLUSION**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **ANNEXES**

## I- Introduction

La population française vieillit.

En 2000, la France comptait 60,538 millions d'habitants dont 9, 563 millions de plus de 65 ans (15,8%). Au premier janvier 2008, la France comptait 63,753 millions d'habitants, dont 10,383 millions de plus de 65 ans (16,3%) [1].

Les enjeux de cette évolution (confirmée d'année en année) sont multiples, et évidemment, le système de santé doit et devra de plus en plus s'adapter à la prise en charge de nos aînés.

Parallèlement, les services d'urgences s'engorgent de plus en plus. En effet, le nombre d'admissions aux urgences augmente en moyenne de 3% par an, et a doublé de 1990 à 2004 (de 7 millions à 14 millions par an)[2,3. Malgré le plan urgences 2003 mis en place par le gouvernement, la lassitude des usagers et du personnel soignant devant des temps d'attente parfois très longs se fait sentir [2, 3, 4,5].

Les motifs d'admissions sont variés, relèvent de plus en plus de la consultation avec ou sans mesures complémentaires et se soldent par un retour à domicile fréquent (75% en moyenne)[2, 3, 4]. Il est cependant difficile de faire la part des choses entre l'urgence ressentie et l'urgence médicale.

L'augmentation de la fréquentation du service des urgences n'épargne pas la personne âgée et sa prise en charge demande du temps. Plus que pour tout autre patient, son évaluation doit être globale, aussi bien médicale que sociale [6, 7].

Actuellement au centre hospitalier de Saint-Nazaire, l'admission en gériatrie de tout patient passant par les urgences doit être validée par un gériatre. Ceci augmente considérablement la durée de séjour sur les urgences d'un patient que l'on sait fragile et mobilise des ressources humaines considérables.

Faut-il vraiment un gériatre pour hospitaliser un patient en gériatrie ?

Ne peut-on pas optimiser le travail du gériatre en l'orientant uniquement sur le patient à risque c'est-à-dire sur le patient dont le maintien à domicile ou le retour à domicile après hospitalisation posera problème ?

Un certain nombre de score gériatrique (ISAR, SEGA) nous permettent déjà d'identifier ces patients [7]. Ils nécessitent malheureusement du temps et une certaine habitude pour les utiliser. Le ressenti de l'urgentiste face au patient peut-il, dans une situation d'urgence remplacer ces scores ?

Après quelques définitions, on essaiera après avoir dégagé le profil des patients de plus de 75 ans admis au SAU de Saint-Nazaire d'évaluer la concordance entre le ressenti de l'urgentiste et l'application du score SEGA afin de déterminer l'intérêt de l'appliquer dès l'accueil des patients.

## II- LA PERSONNE AGEE

### 1- Données démographiques : la population française

En 2000, la France comptait 60,538 millions d'habitants dont 15,8% de plus de 65 ans (9 563 000). [1]

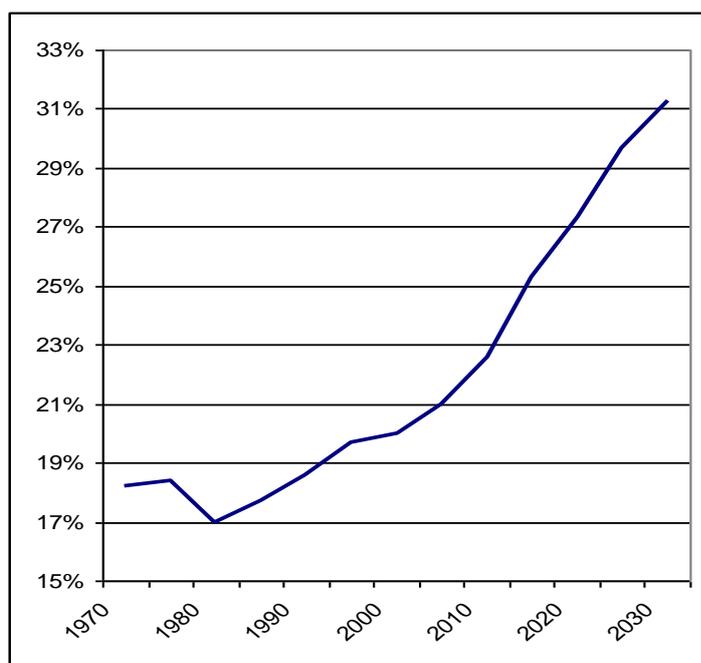
En 2008, la France compterait (estimation) 63,753 millions d'habitants dont 16,3% de plus de 65 ans (10 383 800). [1]

On parle de vieillissement de population quand a lieu un accroissement de la proportion des personnes âgées dans la population. [8, 9]

Trois facteurs entrent en jeu dans le vieillissement :

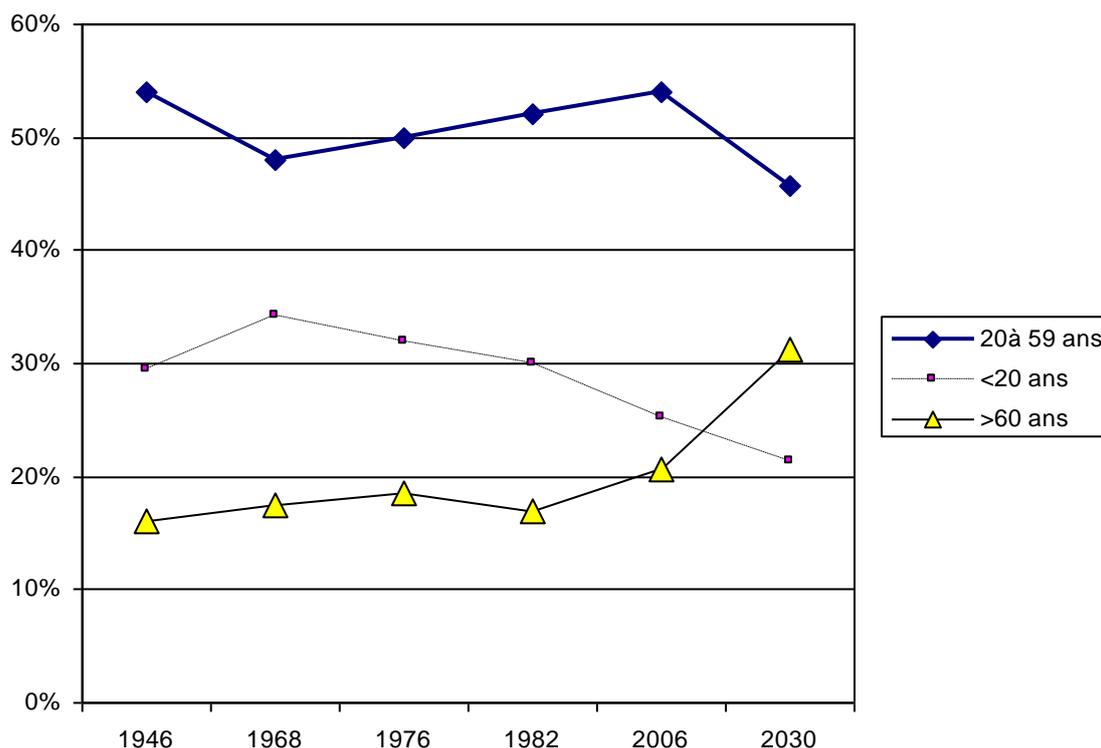
- L'abaissement de la fécondité et le franchissement à la baisse du seuil de simple renouvellement de population. (vieillessement par le bas)
- La baisse de la mortalité des personnes âgées, l'augmentation continue de l'espérance de vie (à 60 ans l'espérance de vie pour un homme en 2007 est de 22ans contre 20,4 en 2000 ; pour les femmes de 60 ans l'espérance de vie est en 2007 de 26,9 ans contre 25,6 ans en 2000) vieillissement par le haut.
- L'impact du système migratoire qui limite en partie le vieillissement.

Le graphique 1 souligne le vieillissement progressif de la population française.



Graphique 1 : Part des 60 ans et plus dans la population totale française

Le graphique 2 complète le premier en tenant compte des autres tranches d'âge de la population, on voit bien que la population des moins de 20 ans est en baisse contrairement aux plus de 60 ans. A noter que la courbe se projette jusqu'en 2030, date à laquelle, si la tendance actuelle se confirme, la population des 20-59 serait aussi en baisse [8].

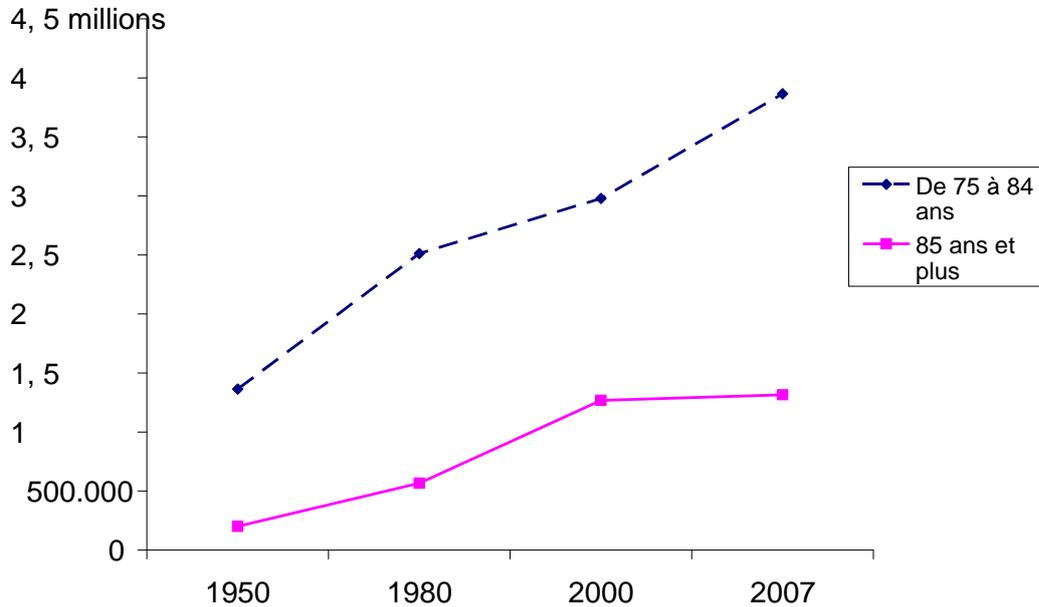


Graphique 2 – Répartition de la population par âge en France, en %  
(© Gérard-François Dumont, 2005)

Il est aussi nécessaire de distinguer le vieillissement de la « gérontocroissance » qui est l'augmentation du nombre absolu de personnes âgées dans la population. Elle dépend de l'espérance de vie et des flux migratoires. La fécondité n'a pas d'incidence sur elle.

« Gérontocroissance »:

Représentée dans le schéma ci-dessous, en nombre absolu. On voit bien l'évolution croissante et continue du nombre de personnes âgées dans la population française.



Graphique 3 : Evolution du nombre de personnes âgées.

On se trouve donc dans un pays vieillissant, et ces changements démographiques ont forcément des répercussions sur l'activité des urgences.

## 2- Spécificités de la personne âgée : Le patient gériatrique

L'OMS détermine l'âge d'une personne âgée à partir de 60 ans, ce qu'on appelle le troisième âge (de 60-65 ans à 70-80ans). Le quatrième âge est constitué des personnes 75-80 ans et plus. Cette définition légale ne tient cependant pas compte de l'autonomie, de l'état de santé des personnes en question.

## 2-1- Le vieillissement physiologique

Le vieillissement se définit dans le dictionnaire comme l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure de l'organisme à partir de l'âge mûr.

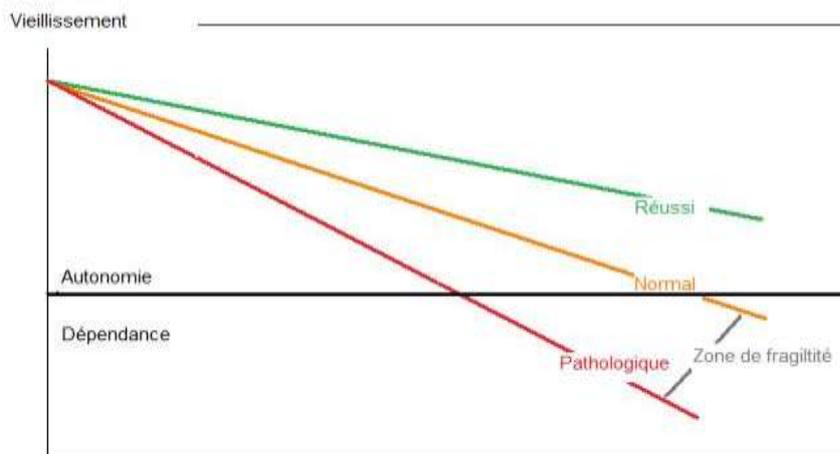
L'état de santé dépend à la fois des effets du vieillissement mais aussi des effets des maladies passées (séquelles) et actuelles (aiguës ou chroniques) [9].

Les processus de vieillissement comportent une modification de la composition corporelle, diminution de la masse maigre, augmentation de la masse grasse, diminution de l'eau totale [9, 10, 11, 12].

Il y a trois sortes de vieillissement :

- le vieillissement réussi, 5 à 10% des vieillards, les vieillards « d'élite »
- le vieillissement pathologique 5 à 10%, grande dépendance, rejet social.
- Le vieillissement usuel, 60 à 70% peu de pathologie.

Entre le vieillissement usuel et le vieillissement pathologique, on parle de zone de fragilité, avec un risque permanent de décompensation fonctionnelle.



Graphique 4 : vieillissement réussi, normal et pathologique. Illustration de la zone de fragilité. Source : Jean-Pierre Bouchon

## 2-2- Le concept de fragilité

La fragilité est décrite comme un syndrome clinique, le risque de déséquilibre entre phénomènes somatiques, psychiques et sociaux provoqué par une agression même minimale [9]. En pratique elle se manifeste et s'évalue par l'apparition de troubles cognitifs, comportementaux, sensoriels, par la poly pathologie, la poly médication, et l'accroissement des besoins d'aide dans la vie quotidienne [9,13].

Elle peut être patente ou latente.

Au cours du vieillissement physiologique, lors de l'apparition de pathologies, on assiste à une modification des déterminants socioéconomiques de la personne. Les réserves physiologiques s'épuisant, les capacités d'adaptation au stress diminuent elles aussi.

On distingue trois catégories de personnes âgées :

- Les personnes âgées vigoureuses, autonomes, représentant 45 à 50% des plus de 75 ans.
- Les personnes dépendantes, en mauvais état de santé, institutionnalisés, déments, représentant 10 à 15 % des plus de 75 ans.
- La population fragile, présentant des facteurs de risque de dépendance, 2 à 35 % des plus de 75 ans.

Du point de vue physiopathologique, il existe deux sortes de facteurs déterminant la notion de fragilité : les facteurs intrinsèques à la personne liés une suite de défaillances internes et les facteurs environnementaux ou extrinsèques [9 à 24]. En effet, le fait de disposer de revenus modestes, d'un faible niveau d'instruction, d'un défaut de couverture médicale, d'un isolement familial sont divers facteurs de risque [12 ; 23, 24].

Aux facteurs conditionnant le mode de vieillissement se rajoutent les maladies chroniques ou aiguës qui accélèrent le processus vers la perte de l'autonomie.

Nous venons de voir à quel point la prise en charge de la personne âgée est difficile, puisque même la définition d'un patient gériatrique dépend du critère de tri choisi.

### **III MATERIEL ET METHODE**

#### **1- L'hôpital de Saint-Nazaire**

L'hôpital de Saint-Nazaire est un hôpital général doté d'un service d'urgences médicales et chirurgicales ayant accueilli, en 2007, 38885 patients toutes urgences adultes confondues. La part des patients de plus de 65 ans représente 28% du volume des urgences hospitalières. Actuellement l'accueil non programmé des personnes âgées à Saint-Nazaire passe par les urgences générales. Lorsque le patient relève de la gériatrie et pendant les heures ouvrables, l'urgentiste fait appel à l'équipe mobile de gériatrie.

Cette équipe mobile de gériatrie, composée d'un médecin gériatre et d'une assistante sociale, valide ou non l'orientation gériatrique posée par l'urgentiste. Si une hospitalisation s'avère nécessaire, le patient est transféré dans le service de gériatrie éloigné de 5km.

L'équipe est présente sur les urgences du lundi au vendredi de 9h à 18h. L'hospitalisation en gériatrie demeure possible en dehors de ces horaires sur simple appel téléphonique.

#### **2- Le score SEGA**

Publié dans la revue gériatrique en mars 2004, le score SEGA (Sommaire Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission) a pour objectif de donner un reflet du profil gériatrique des patients de plus de 70 ans admis dans un service d'urgences [25].

##### **2-1- Elaboration de la grille SEGA**

Les données sont issues de plusieurs sources :

- les facteurs de risque de déclin fonctionnel décrits dans la littérature, l'avis d'experts, l'expérience locale, et les données de la cohorte DeCLIC.

La cohorte DeCLIC est une cohorte de 600 patients de plus de 70ans évalués lors de leur admission aux urgences et suivis trois mois après leur sortie. Les critères d'évaluations étaient alors le taux de ré-hospitalisation, la perte d'autonomie, l'institutionnalisation et la mortalité.

De cette cohorte sont ressortis huit facteurs associés au risque d'une perte d'autonomie après l'hospitalisation.

- L'âge
- Le nombre de médicaments
- L'indice de masse corporelle ou BMI
- La notion de chute précédente
- L'état cognitif
- La perte d'autonomie sur les activités de la vie journalière
- La perte d'autonomie sur les activités instrumentales
- La perception de sa santé.

Ces facteurs sont liés de façon uni-variée à la perte d'autonomie.

## 2-2- Description de la grille SEGA

La grille comprend deux volets :

Le volet A, signalement du profil gériatrique et des facteurs de risque comprenant 13 items, notés de 0 à 2. Le total du volet A constitue alors le score SEGA, sur 26.

Le volet B, les données complémentaires qui précisent les facteurs influençant le séjour, la sortie et les réadmissions. Il regroupe 7 catégories d'informations.

L'outil SEGA a un temps de réalisation de 10 minutes en moyenne, il est utilisé par le médecin ou l'infirmière expérimentée.

On interroge le patient ou de préférence son entourage, sur la situation des quinze jours ayant précédé l'admission. On ne peut en effet pas se baser sur la situation lors de l'admission, l'évaluation en serait erronée [24].

**SEGA (SOMMAIRE DE L'ÉVALUATION DU PROFIL GÉRIATRIQUE À L'ADMISSION)  
(SEGA SHORT EMERGENCY GERIATRIC ASSESSMENT)**

**Profil de risque et problèmes des patients > 70 ans admis au service des urgences. Identification (vignette)**

Médecin traitant :

Personne de référence (tel) :

Motif d'admission :

Destination du patient :

Volet A	Signalement du profil gériatrique et des facteurs de risque		
	0	1	2
Age	74 ans ou moins	entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus
Provenance	Domicile	Domicile avec aide	MR ou MRS
Médicaments	3 ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus
Fonctions cognitives	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)
Humeur	Nor male	Parfois anxieux	Souvent triste et déprimé
Perception de santé (en général)	Meilleure	Bonne	Moins bonne
Chute les 6 derniers mois	Aucune	Une et sans gravité	Chute(s) compliquée(s) ou comme motif d'hospitalisation
Nutrition	Normal, poids stable, apparence normale	Perte d'appétit, de poids (3kg/3mois)	Franchement dénutri (BMI < 21)
Maladies associées, (comorbidité)	Pas en dehors de l'AA	De 1 à 3	Plus de 3, ou AVC, ou cancer ou BPCO, ou ICC.
AVJ se lever, marcher; (mobilité)	Autonome	Soutien	Incapacité
AVJ continence (urinaire et/ou fécale)	Autonome	incontinence accidentelle	Incontinence
AVJ manger (prendre les repas)	Autonome	Préparation	Assistance
AVJ instrumentales (repas, tel, médicaments)	Autonome	Aide	Incapacité
/26			
Volet B	Données complémentaires		
Accompagnant	P de référence, ou pas utilisé	P de référence absente	P de référence épuisée
Hospitalisation récente (délai)	Pas ces 6 derniers mois	Oui il y a moins de 6 mois	Dans le mois qui précède
Vision et/ou audition	Nor male	Diminué et appareillée	Très diminuée
Habitat	Couple (famille)	Seul avec aide	Seul sans aide
Aide existante à domicile	Aucune	Proches	Professionnelle (nom, tél.)
Projet pour la sortie (proches)	Retour à domicile	Institutionnalisation	Incertitude ou alternative
Projet pour la sortie (patient)	Retour à domicile	Institutionnalisation	Incertitude ou alternative
Perception de la charge (proches)	Nor male	Importante	Trop importante
Fait le :	avec l'aide de (proches) :		par :

MR : Maison de retraite ; MRS : Maison de repos et de soins ; AVC : Accident vasculaire cérébral ; BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive ; ICC : Insuffisance cardiaque congestive ; AVJ : Activités de la vie journalière.

Figure 1 : grille SEGA

L'utilisation de la grille SEGA permet d'avoir une vue d'ensemble sur le profil gériatrique du malade et ainsi aide à la prise de décisions, à l'orientation du malade, aux demandes d'avis. C'est une estimation quantifiée du risque de dépendance (même si l'outil SEGA n'est pas un facteur pronostique) [25].

Le score calculé à partir de la grille est en corrélation avec les indicateurs de dépendance que sont la durée moyenne de séjour, l'admission en service de gériatrie, le taux de ré-hospitalisations à six mois et la mortalité [25].

Un score bas est obtenu chez les patients orientés dans les services non gériatriques tandis qu'un score élevé est obtenu chez des patients orientés dans les services gériatriques.

L'étude initiale regroupe les scores en 4 groupes, de 0 à 7, de 7 à 10, de 10 à 13 et au-delà de 13. Afin de simplifier le recueil des données nous avons rassemblé les deux groupes moyens (de 8 à 13) dans notre enquête. Le mode de décision était donc le suivant : pour un score inférieur à 8 le patient est considéré comme non gériatrique, pour un score de 8 à 13, le patient est considéré comme fragile et un avis gériatrique doit être demandé, pour un score supérieur à 13, le patient relève de la gériatrie.

### **3- Le logiciel Urqual**

Urqual est l'outil informatique utilisé aux urgences de saint Nazaire. Il permet l'élaboration d'un dossier médical pour chaque patient, et permet de relever les données de l'hospitalisation en cours.

Ces données sont consultables d'une hospitalisation sur l'autre.

### **4- Méthodologie de l'enquête**

Il s'agit d'une étude prospective descriptive réalisée sur 2 mois, du 1<sup>er</sup> avril au 31 mai 2007. L'objectif principal était de déterminer la différence d'attitude de l'urgentiste selon qu'il utilise la grille SEGA ou évalue l'état gériatrique de façon empirique. Elle permet également de tenter de dégager un profil des patients de plus de 75 ans admis aux urgences de Saint Nazaire inclus dans l'étude.

Nous avons choisi les mois d'avril et de mai car c'est une période de l'année pendant laquelle les facteurs saisonniers n'interviennent pas (vacances d'été principalement, mais aussi épidémies hivernales...).

Nous avons demandé au personnel médical de remplir une version simplifiée de la grille SEGA (sans le volet B) pour tout patient de plus de 75 ans admis aux urgences médicales. Cette version de la grille était incluse dans le dossier médical informatisé du patient. Le résultat du score était enregistré mais restait inconnu de l'urgentiste.

Ensuite on a demandé au personnel médical leur avis intuitif sur l'état du patient : relève-t-il de la gériatrie, peut-il être orienté vers un service conventionnel, ou présente-t-il un état fragile pour lequel un avis gériatrique doit être demandé ?

Les données socio-démographiques et médicales des patients ont été obtenues à partir des dossiers du service d'accueil des urgences. Pour chacun des patients, nous avons noté l'âge, le sexe, la priorité de prise en charge, et le motif d'admission. Ont également été recueillis la date et l'heure d'arrivée, les délais de prise en charge et le temps d'attente des patients dans le service des urgences.

Statistiques :

Le logiciel EXCEL a été utilisé pour l'analyse statistique et le logiciel EPI INFO pour les tests statistiques.

Une première analyse descriptive s'intéresse aux données épidémiologiques des patients inclus dans l'étude.

Dans le cadre de l'analyse portant sur le critère principal, les résultats du score donnés par l'urgentiste ont été comparés aux résultats effectifs dans chacune des trois catégories : patient gériatrique, patient nécessitant l'avis d'un gériatre, patient non gériatrique. Le calcul du p et de l'intervalle de confiance ont ensuite été calculés dans chaque catégorie.

Le test de Chi 2 a été utilisé pour l'analyse de ces variables qualitatives.

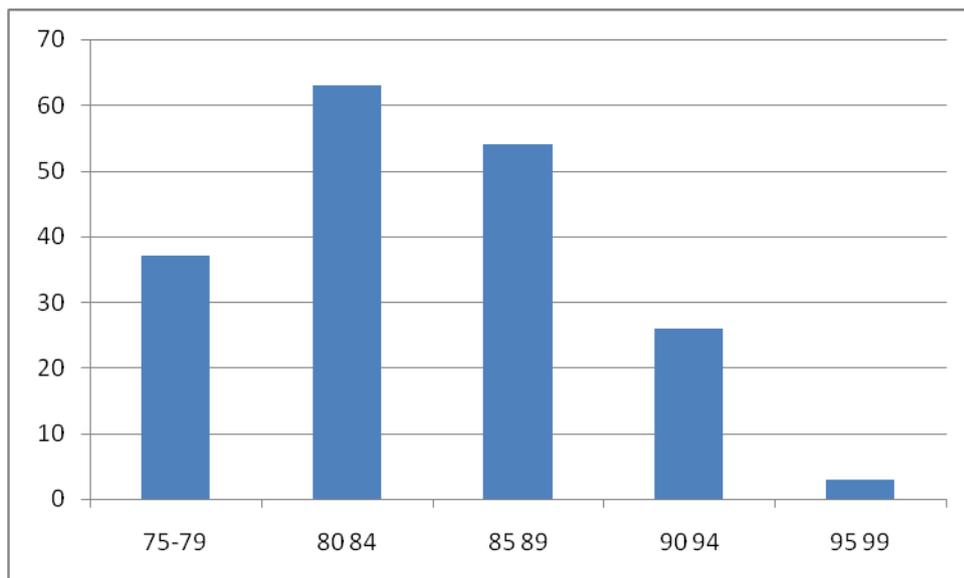
## **IV. RESULTATS**

### **1. Présentation générale des personnes âgées de l'étude**

#### 1.1 Données générales.

184 patients ont été évalués par la grille SEGA au cours des deux mois de l'étude. Il s'agit en majorité de femmes (57.6%) pour un âge moyen de 83,8 ans, avec des extrêmes entre 56 ans et 97 ans.

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 80-84 ans.



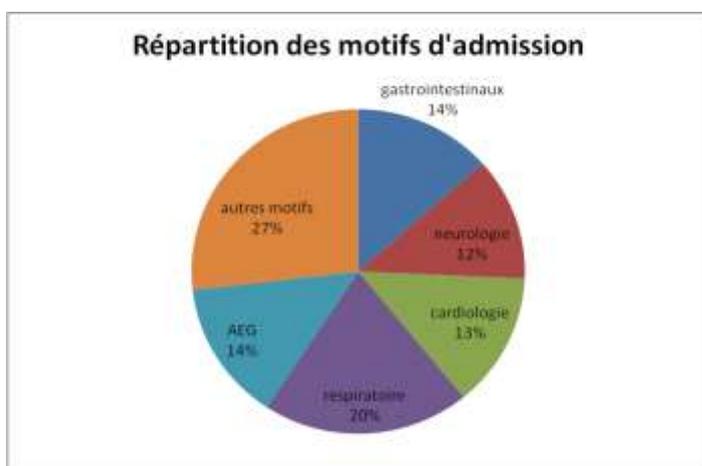
Graphique 5 : Nombre de patients selon la tranche d'âge.

## 1.2. Les motifs d'admission

Lors du passage auprès de l'infirmière d'accueil sont recueillis les motifs de consultation aux urgences. Parmi les patients de l'étude, le motif majoritairement retrouvé était une difficulté respiratoire, quel que soit son degré (modérée à détresse respiratoire aiguë) (44 patients soit 24%). Ensuite arrivent l'altération de l'état général (25 patients soit 14%) et les troubles gastro-intestinaux (24 patients soit 13% du total). A noter aussi l'importance des troubles neurologiques, principalement les troubles de mobilité, de la parole ou de la vue (19 patients soit 10% de l'effectif total).

Les motifs d'admissions sont reportés dans le diagramme ci-dessous

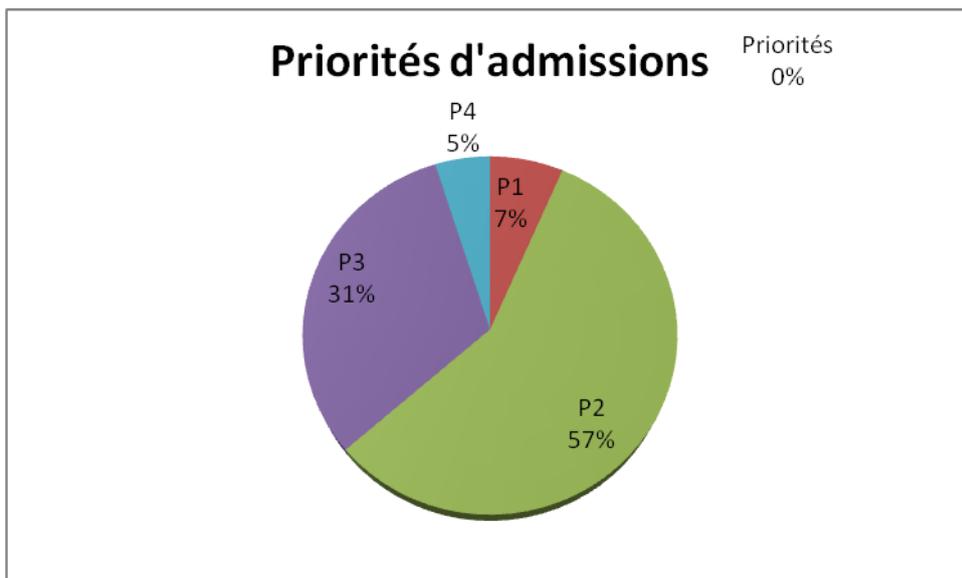
Graphique 6 :



### 1.3. Priorité aux soins

La répartition des priorités aux soins des personnes âgées de l'étude est résumée dans le schéma ci-dessous

Graphique 7 :



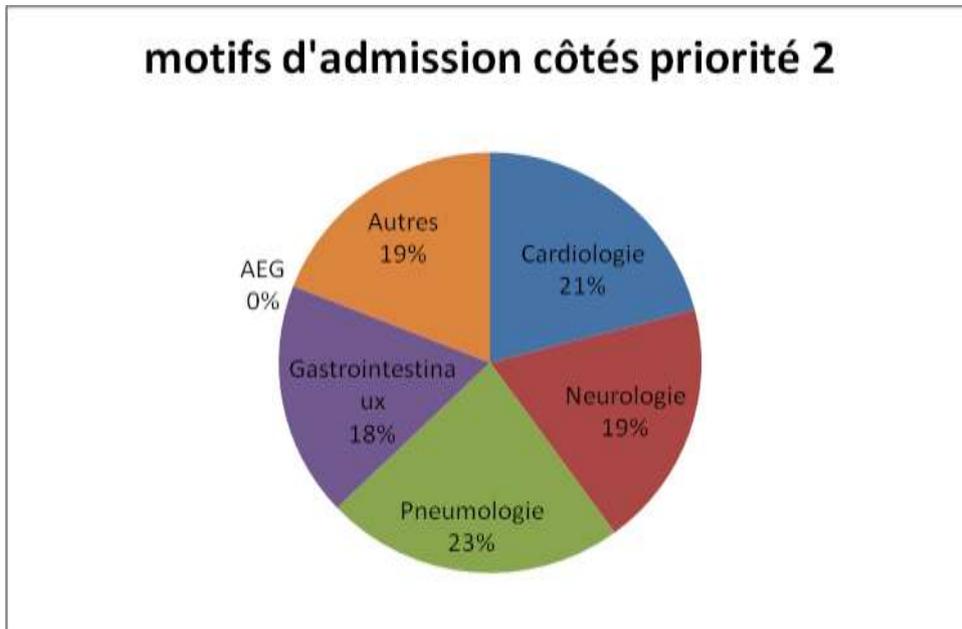
Selon le degré de priorité, on ne retrouve pas la même répartition des motifs.

En effet, on constate que les patients classés en priorité 1 présentaient tous une détresse respiratoire.

Les motifs sont plus variés chez les patients de l'étude classés priorité 2, mais la majorité des patients de cette catégorie présentaient des troubles respiratoires. (24 patients soit 23% des patients classés priorité 2), ensuite sont représentés les motifs d'ordre neurologique et abdominaux (19 patients soit 18% de l'effectif).

Ils sont figurés dans le graphique 8 ci-dessous.

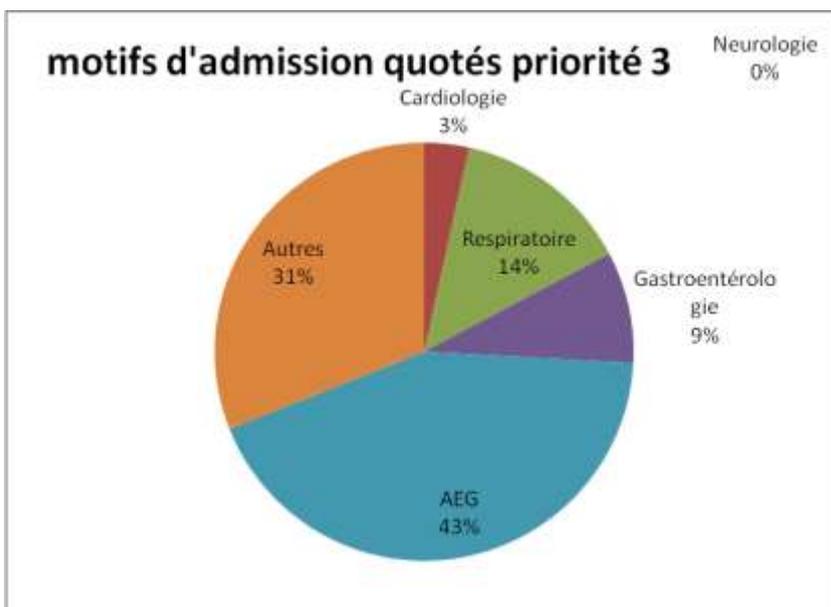
Graphique 8 :



Chez les patients classés en priorité 3, la majorité était adressée pour AEG (24 patients soit 43% de l'effectif des priorités 3).

Le deuxième motif d'admission le plus fréquent dans cette catégorie est la difficulté respiratoire.

Graphique 9 :

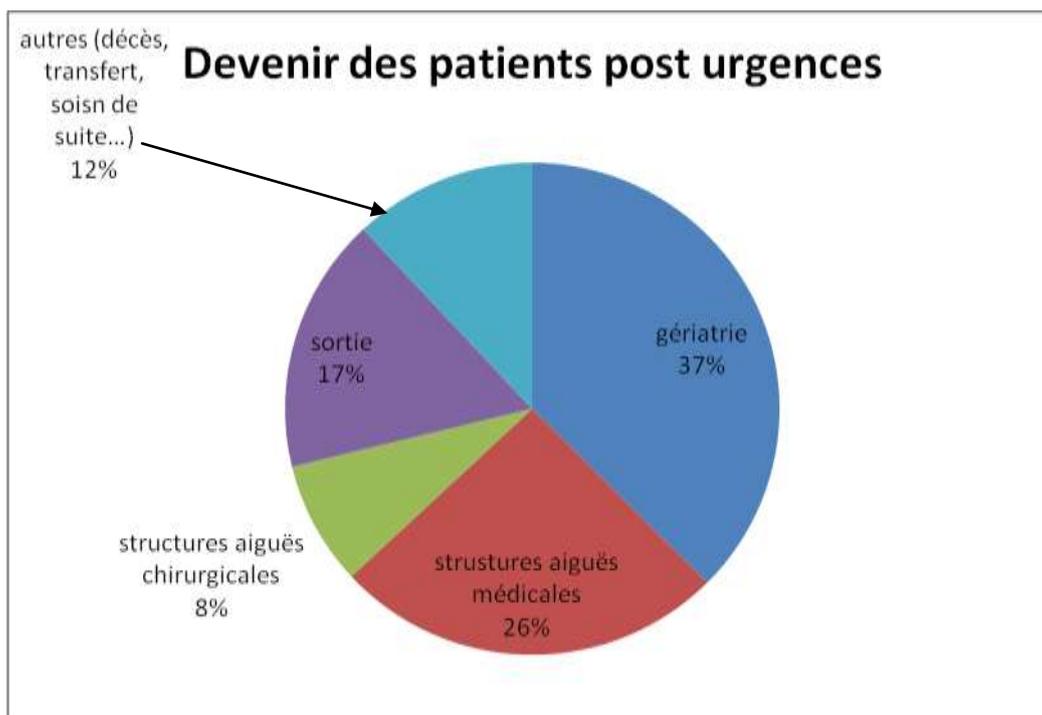


Chez les patients classés priorité 4, la majorité était adressée pour chute simple (6 patients soit 65% du sous effectif).

#### 1.4 Devenir post urgences

Parmi les 184 patients de l'étude, 31 sont sortis à domicile à l'issue de leur passage aux urgences (soit 16,8% des patients du groupe), les autres patients ont été hospitalisés. Les résultats sont résumés dans le graphique ci-dessous.

Graphique 10



## 2. Résultats du SCORE SEGA

### 2.1 Répartition générale

La répartition des patients selon leur score est figurée ci-dessous.

scores < 7	scores de 8 à 13	scores > 13	Total général
69 soit 37.5%	71 soit 38.6 %	44 soit 23.9 %	184

### 2.2 Score SEGA comparé au score de l'urgentiste.

En prenant comme référence le score SEGA, on a comparé l'attitude de l'urgentiste à l'attitude préconisée par le score.

On obtient les tableaux suivants :

Score de 0 à 7, soit 69 patients

	Evaluation de l'urgentiste	Evaluation selon le score
Non gériatrique	53	69
Fragile- avis gériatrique	5	0
Gériatrique	11	0

Score de 8 à 13, soit 71 patients :

	Evaluation de l'urgentiste	Evaluation selon le score
Non gériatrique	23	0
Fragile-avis gériatrique	33	71
Gériatrique	15	0

Score supérieur à 13 soit 44 patients

	Evaluation de l'urgentiste	Evaluation selon le score
Non gériatrique	1	0
Fragile-avis gériatrique	9	0
Gériatrique	34	44

On peut extraire le tableau suivant afin de comparer l'évaluation de l'urgentiste à celle du score :

	Attitude de l'urgentiste	Attitude selon SEGA
Score de 0 à 7	53	69
Score de 8 à 13	33	71
Score au-delà de 13	34	44

Nous rappelons qu'un malade obtenant un score inférieur à 8 n'est pas considéré comme gériatrique, qu'un patient avec un score supérieur à 13 est considéré comme gériatrique, et qu'un patient avec un score compris entre 8 et 13 nécessite un avis gériatrique.

Les résultats des tests statistiques ne montrent pas de différence significative entre les deux méthodes avec un p à 0.1375.

## V. DISCUSSION

### 1. Résultats de l'étude

#### 1.1. Les limites de l'étude

##### Le problème de l'exhaustivité

Pendant la période de l'enquête, 922 patients de plus de 75 ans ont été admis aux urgences médicales de Saint-Nazaire, à toute heure du jour ou de la nuit. Seuls 184 patients ont été évalués, soit environ 20%. C'est insuffisant pour pouvoir déterminer un profil représentatif de la population des plus de 75 ans aux urgences.

On peut dégager plusieurs causes à ce manque de recrutement.

- Le manque de temps surtout quand l'affluence des patients est trop importante.
- Certaines gardes, assurées par des intervenants extérieurs (médecins pompier, sos-médecin), mal informés de l'étude en cours ou peu sensibilisés au problème de la gériatrie.
- La période du mois d'avril mai correspondant aux changements d'internes, ce qui demande un investissement supplémentaire aux séniors, moins enclins à remplir un questionnaire.
- Les nouveaux internes devant se familiariser avec le fonctionnement des urgences, mal informés de l'étude, et donc peu enclins à y participer.

On pourrait tenter de palier à ces problèmes en faisant apparaître la grille de façon bien visible dans le dossier du patient voire d'emblée chez les patients de plus de 75 ans lors l'interrogatoire par exemple. On pourrait également faire mentionner dans la conclusion du dossier le score de l'urgentiste seul.

L'équipe médicale peut être sensibilisée régulièrement au problème de l'accueil des personnes âgées lors de réunions d'accueil notamment celle que reçoivent les internes à leur arrivée dans le service. Lors de ces réunions, on mettrait en avant la création prochaine des urgences gériatriques et on présenterait l'étude comme une anticipation des futures pratiques du service.

Toutes ces mesures ne peuvent cependant pas améliorer le rendement si le temps nécessaire pour faire le test est trop long. Les dix minutes consacrées à faire le test, multipliées par le nombre de patients de plus de 75 ans ajoutent une charge de travail considérable et difficile à palier.

## Le biais opérateur dépendant

En ce qui concerne l'objectif principal de l'étude, les résultats ne montrent pas de différence significative entre l'orientation du patient avec ou sans le score.

Il faut cependant tenir compte de plusieurs biais qui entrent en jeu dans ces résultats :

En effet, un médecin urgentiste sensibilisé à la gériatrie remplit plus volontairement le questionnaire qu'un autre. On peut donc penser qu'il aura une meilleure estimation du risque de dépendance ultérieure.

On aurait pu mettre en évidence le caractère opérateur dépendant d'une étude similaire, la solution aurait été de faire remplir le questionnaire par deux médecins différents.

Un autre biais doit être pris en considération : le biais de maturation. En effet, le score du patient a été calculé par l'urgentiste qui a exprimé son ressenti. Même sans avoir le résultat, il est logique de penser que la façon de répondre aux questions de la grille puisse être orientée par l'opinion du médecin sur le patient.

On aurait pu éviter ce biais en faisant remplir la grille par un autre médecin, qui n'aurait pas à évaluer le patient selon son ressenti. Ce mode opératoire est très chronophage et ne peut pas être praticable dans des situations d'urgence, la mobilisation d'un seul médecin étant déjà difficile.

### 1.2 Avantages de l'étude

Le nombre d'urgentistes.

Le service des urgences de Saint-Nazaire compte 16 médecins, sans inclure les médecins attachés, représentant donc un bon échantillon de la population médicale.

Les résultats laissent à penser que le caractère hétérogène de cette population ne présente pas un obstacle à la bonne évaluation des personnes âgées aux urgences.

## Caractéristiques générales.

L'intérêt secondaire de cette enquête a été de tenter d'établir un profil d'une certaine population de plus de 75 ans admise aux urgences médicales de Saint-Nazaire : il s'agit d'une femme entre 80 et 84 ans, ce qui correspond au profil de la population générale retrouvée dans la littérature [4, 5,6].

Les motifs d'admissions sont variés, mais dominés par les difficultés respiratoires, ce qui est compatible avec les données épidémiologiques de la population générale en France et dans les autres pays européens [4, 5, 6]. Les problèmes neurologiques, notamment les accidents vasculaires, sont des motifs de consultation fréquents, en accord avec les données épidémiologiques connues. Enfin dans cette population, un des motifs retrouvé fréquemment est celui d'altération de l'état général et de difficultés de maintien à domicile.

Ce dernier problème est au centre de la prise en charge des personnes âgées aux urgences, et même au centre de la prise en charge des personnes âgées en général.

Le rôle du gériatre est indispensable dans ce cas de figure. La prise en charge gériatrique ne se fait pas uniquement dans les services d'hospitalisation. Un soutien social, la mise en place d'aides à domicile sont des éléments majeurs du travail du gériatre aux urgences. Pour ce faire il dispose de nombreux outils.

Les patients dépendants peuvent bénéficier de diverses aides financières :

- L'APA (Allocation personnalisée à l'autonomie) [26], créée en janvier 2002.
- Les allocations logements sont accessibles aux personnes âgées en fonction de leurs revenus.
- Les aides à la dépendance dépendent des caisses de retraites, avec des critères indépendants en fonction de ces dernières.

Pour ce qui est des aides à domicile, plusieurs types de services sont offerts dans la région de Saint-Nazaire afin d'assurer la prise en charge au domicile des personnes dépendantes. On peut ainsi citer le CCAS qui offre des aides ménagères, le portage des repas. On peut citer aussi l'ADAR (Association départementale d'aide en activité regroupée) qui propose les mêmes services.

Enfin plusieurs sociétés de services privées proposent des heures de ménages, des portages de repas, avec un coût cependant plus élevé.

Des aides soignantes, des infirmières libérales sont à la disposition des patients pour assurer la toilette, les soins quotidiens, l'administration des traitements, la surveillance.

Le service d'hospitalisation à domicile est aussi disponible, avec des visites médicales régulières.

Les équipements, comme le lit médicalisé par exemple, sont fournis aux patients par les pharmacies ou les sociétés d'équipement.

Plusieurs associations (CLIC, Centre local d'information et de coordination gérontologique à Nantes) proposent des informations sur les services à domicile disponibles, les structures d'accueil, les aides financières, et peuvent aider à la constitution des dossiers tels que l'APA.

Plusieurs types d'hébergements sont proposés aux personnes dépendantes, du foyer logement non médicalisé, aux services de gériatrie long séjour. Les maisons de retraites privées ne sont pas accessibles à tous les budgets. Le problème réside dans le peu de disponibilité de ces hébergements, avec des demandes qui doivent être anticipées, des durées d'attentes variables.

## **2. Le score SEGA à Saint-Nazaire**

Les personnes âgées représentent plus du 1/4 (28%) du volume des urgences médicales de Saint-Nazaire.

Or, il est maintenant bien connu qu'une hospitalisation est un facteur de décompensation et de perte d'autonomie chez des personnes âgées fragiles. Les services de médecine gériatrique ou les services dotés d'une structure de revalidation ont prouvé leur efficacité en diminuant le taux de perte d'autonomie à la sortie de l'hôpital ou plusieurs mois après la sortie. La prise en charge spécialisée diminue le taux de ré hospitalisations et d'institutionnalisations à distance [12 à 25].

Les moyens mis en œuvre sont simples mais demandent une formation, du temps et une équipe motivée, ce qui n'est pas toujours possible dans les services de médecine conventionnelle. Le pronostic fonctionnel des personnes âgées fragiles hospitalisées dans des services inadaptés s'en trouve lésé.

La prise en charge spécialisée aux urgences est aussi importante pour les patients externes.

En effet, il a été démontré que le taux de ré hospitalisation est inférieur chez les patients ayant bénéficié de l'avis des gériatres, ces derniers ayant pu s'assurer du retour à domicile dans des conditions optimales [22]. La présence des gériatres permet d'inclure les patients fragiles dans des réseaux spécialisés dès la sortie des urgences.

C'est pourquoi devrait être créé un service d'accueil gériatrique non programmé au sein de la future cité sanitaire de Saint Nazaire en 2012. Il serait géré par un médecin gériatre et une assistante sociale. Les horaires d'ouverture restent à définir.

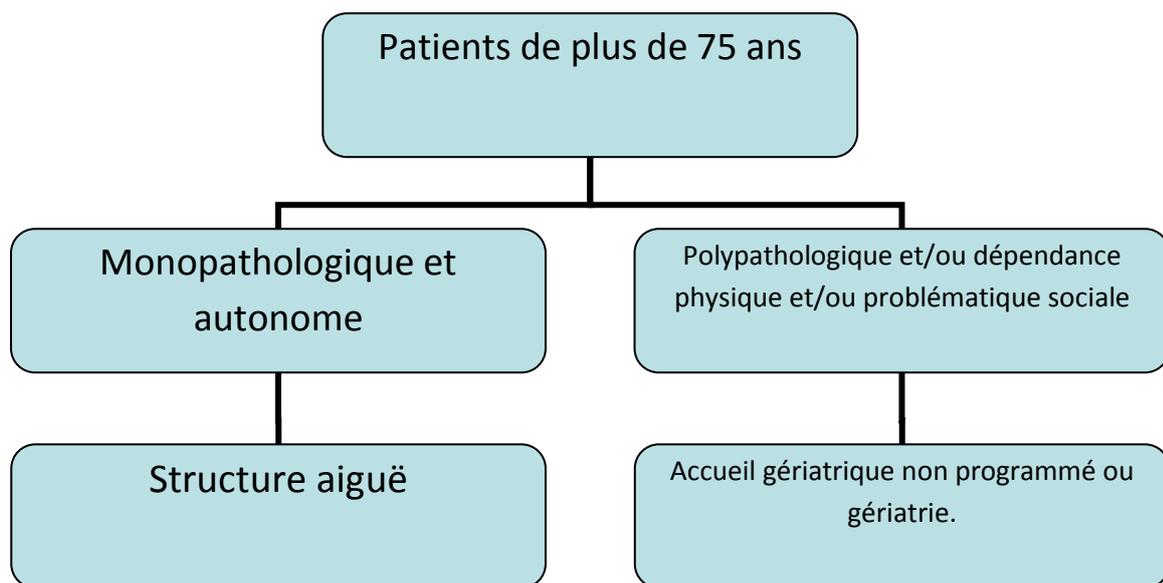
Toutes les admissions passeront par l'accueil général des urgences. Les personnes relevant de la gériatrie seront ensuite orientées vers cet accueil spécialisé par le médecin urgentiste d'accueil et d'orientation dont le ressenti, dans une situation d'urgence, n'est pas inférieur au score SEGA.

Le médecin d'accueil adresserait les patients dont le motif d'admission ne serait pas aigu, principalement les difficultés de maintien à domicile, les altérations de l'état général.

Les autres seraient orientés vers les urgences générales.

Une hospitalisation en gériatrie pourrait être décidée au décours du passage aux urgences générales si elle s'avère indiquée.

On pourrait proposer la grille décisionnelle suivante :



Une autre étude semblerait nécessaire pour évaluer l'application de ce schéma.

## V. CONCLUSION

On a pu donc voir dans cette étude que les personnes âgées constituent une part importante des patients des urgences. Cette tendance va en se majorant, du fait du vieillissement de la population, du fait du caractère particulier des personnes âgées, population hétérogène et fragile.

On a pu aussi constater que les urgences sont engorgées de patients, que le personnel soignant doit faire face à des demandes variées de prise en charge, avec des motifs d'admissions allant de la consultation à l'état de choc.

Faire attendre une personne âgée dans un brancard n'est pas anodin. On assiste rapidement à la formation d'escarre, trois heures suffisent sur un lit. [27].

De plus, on sait que le dépistage et la prise en charge des personnes âgées fragiles, à risque de dépendance est un point essentiel pour éviter de nouvelles hospitalisations, une institutionnalisation.

Le rôle de ce dépistage revient à tous les soignants, urgentistes et gériatres. Chacun a son rôle à jouer.

Actuellement à Saint Nazaire quand un urgentiste se trouve en face d'un patient qu'il pense gériatrique, il doit faire appel au gériatre pour valider sa décision. Ce mode de prise en charge majore la durée d'attente du patient aux urgences. Or, cette décision semble pouvoir être prise par l'urgentiste seul. La question n'est pas de savoir si on peut se passer des gériatres aux urgences. Valider une hospitalisation en gériatrie sans en référer systématiquement au gériatre permettrait peut-être de réduire le temps d'attente et de recibler son travail.

Les rôles pourraient donc être mieux hiérarchisés, le parcours de soins du patient plus fluide.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

- [1] PLA A. Données démographiques 2007. *INSEE première n°1170*, janvier 2008, INSEE.
- [2] VALERIE CARRASCO, l'activité des services d'urgences en 2004 - une stabilisation du nombre de passages, *DREES Enquête et résultats N°524* Septembre 2006.
- [3] DRESS, les usagers des urgences *Enquête et résultats N° 212*, janvier 2003.
- [4] S. GENTILE, E. AMADEÏ, J. BOUVENOT, A.C. DURAND, I. BONGIOVANNI, J. HARO, C. GIRAUD, R. SAMBUC Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie *Santé publique* 2004, volume 16, no 1, pp. 63-74
- [5] DREES Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés *enquête et résultats N°72*, juillet 2000.
- [6] P.-N. CARRON O. W. HUGLI N. SCHREYER B. YERSIN Accès des patients âgés aux urgences : évolution démographique et perspectives médico-éthique *Revue Médicale Suisse N° 75* publiée le 09/08/2006.
- [7] 10<sup>e</sup> conférence de consensus du 5 décembre 2003 à Strasbourg. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences.
- [8] DURANCE P. Démographie et vieillissement des territoires. Séminaire prospective info, compte rendu de la séance du 20 janvier 2005.
- [9] GONTHIER R, BLANC P, FARCE S, STIERLAM F. Individualisation des personnes âgées fragiles et filières de soins. *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement* Sept 2003 Volume 1 ; 3 : 187-96.
- [10] IBRAHIM ELMADFA ALEXA L. MEYER Body Composition, Changing Physiological Functions and Nutrient Requirements of the Elderly *Ann Nutr Metab* 2008;52(suppl 1):2-5
- [11] M. SOWERS, M. L. JANNAUSCH, M. GROSS, C. A. KARVONEN-GUTIERREZ, R. M. PALMIERI, M. CRUTCHFIELD, AND K. RICHARDS-MCCULLOUGH (2006) Performance-based Physical Functioning in African-American and Caucasian Women at Midlife: Considering Body Composition, Quadriceps Strength, and Knee Osteoarthritis. *Am. J. Epidemiol* 163, 950-958
- [12] LEE SJ, GO AS, LINDQUIST K, BERTENTHAL D, COVINSKY KE. Chronic conditions and mortality among the oldest old. *American Journal of Public Health*. 2008 Jul; 98(7):1209-14. Epub 2008 May 29.
- [13] SAGER MA, RUDBERG MA, JALALUDDIN M, FRANKE T, INOUYE SK, LANDEFELD CS, SIEBENS H, WINOGRAD CH. Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *Journal of the American geriatrics society* 1996 Mar; 44(3):251-7.
- [14] COVINSKY KE, PALMER RM, FORTINSKY RH, COUNCELL SR, STEWART AL, KRESEVIC D, BURANT CJ, LANDEFELD CS. Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with

Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003;51(4):451-458.

[15] HOOGERDUIJN JG, SCHUURMANS MJ, DUIJNSTEE MS, DE ROOIJ SE, GRYPDONCK MF. A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *J Clin Nurs*. 2007 Jan;16(1):46-57.

[16] LANDI F, BERNABEI R, RUSSO A, ZUCCALA G, ONDER G, CAROSELLA L, COCCHI A. Predictors of rehabilitation outcomes in frail patients treated in a geriatric hospital. *Journal of American geriatrics society* 2002 50:679-684.

[17] SALIBA D, ELLIOTT M, RUBENSTEIN L, SOLOMON D, YOUNG R, KAMBERG C, ROTH C, MAC LEAN C, SHERELLE P, SLOSS E, WENGER N. The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. *Journal of the American geriatrics society* 2001 49:1691-1699.

[18] WINOGRAD CH, LINDERBERGER E, CHAVEZ C, MAURICIO M, SHI H, BLOCH D. Identifying hospitalized older patients at varying risk for physical performance decline: a new approach. *Journal of the American geriatrics society*. 1997 45:604-609.

[19] LINDERBERGER E, LANDEFELD S, SANDS L, COUNSELL S, FORTINSKY R, PALMER R, KRESEVIC D, COVINSKY K. Unsteadiness reported by older hospitalized patients predicts functional decline. *Journal of the American geriatrics society* 2003 51: 621-626.

[20] HUSTEY F, MION L, CONNOR J, EMERMAN C, CAMPBELL J, PALMER R. A brief risk stratification tool to predict functional decline in older adults discharged from emergency departments. *Journal of the American geriatrics society* 2007 55: 1269-1274.

[21] LANG PO, HEITZ D, HEDELIN G, DRAME M, JOVELIN, ANKRI J, SOMME D, NOVELLA JL, GAUVAIN JB, COUTURIER P, VOISIN T, DE WAZIERE B, GONTHIER R, JEANDEL C, JOLLY D, SAINT6JEAN O, BLANCHARD F. Early markers of prolonged hospital stays in older people: a prospective, multicenter study of 908 inpatients in French acute hospitals. *Journal of the American geriatrics society* 2006 54: 1031-1039.

[22] CAPLAN AG, WILLIAMS AJ, 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. *Journal of the American geriatrics society* 2004 52:1417-1423.

[23] A. SUMIC, Y. L. MICHAEL, N. E. CARLSON, D. B. HOWIESON, AND J. A. KAYE (2007) Physical Activity and the Risk of Dementia in Oldest Old. *J Aging Health* 19, 242-259.

[24] E. M. FRIEDMAN, M. S. HAYNEY, G. D. LOVE, H. L. URRY, M. A. ROSENKRANZ, R. J. DAVIDSON, B. H. SINGER, AND C. D. RYFF (2005) Social relationships, sleep quality, and interleukin-6 in aging women. *PNAS* 102, 18757-18762

[25] SCHOEVAERDTS D, BIETTLOT S, MALHOMME B, REZETTE C, GILLET J-B, VANPEE D, CORNETTE P, SWINE C. Identification précoce du profil gériatrique en salle d'urgences : présentation de la grille S.E.G.A. *La revue de gériatrie* 2004 ; 29 : 169-178.

[26] ESPAGNOL P. L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2007. DREES *Enquêtes et résultats* N°615, décembre 2007.

[27] Complications de décubitus. *COFER 2005*

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : Classification CCMU

Classe I : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique et thérapeutique aux urgences.

Classe II : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences.

Classe III : Etat fonctionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, n'engageant pas le pronostic vital et décision d'acte diagnostique et thérapeutique aux urgences.

Classe IV : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique de manoeuvre de réanimation aux urgences.

Classe V : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la réalisation de manoeuvre de réanimation aux urgences.

## ANNEXE 2 : motifs d'admission.

Troubles intestinaux	gastro- Douleurs abdominales intenses et/ou aiguës Hématémèse, méléna ou rectorragie Symptômes gastro-intestinaux isolés Douleurs abdominales légères ou anciennes Nausées, vomissements répétés ou fécaloïdes
Difficultés respiratoires	Détresse respiratoire aiguë Difficultés respiratoires nettes Dyspnée modérée ou légère
AEG	Altération de l'état général ou déséquilibre de maladie chronique
Troubles cardiaques	Douleur thoracique Anomalie du rythme cardiaque
Neurologique	Altération de la vigilance Paralysie ou trouble aigu de la sensibilité, de la vue ou de la parole Céphalées aiguës Fièvre avec symptômes
Autres	Syndrome confusionnel, troubles urinaires, malaises, psychiatrie, chute, plaies, traumatisme crânien, douleurs orthopédiques ...

Le score SEGA appliqué aux urgences de Saint Nazaire.

## RESUME

Les urgences hospitalières sont de plus en plus fréquentées. Les personnes âgées constituent une part importante du volume des urgences.

Cette population fragile doit être prise en charge spécifiquement, d'où l'intérêt de disposer d'une équipe gériatrique mobile. Le gériatre est actuellement consulté pour valider une décision d'hospitalisation en gériatrie. Cette démarche est chronophage pour les deux praticiens.

Or, cette décision peut être prise par les urgentistes et sans l'aide d'un score d'évaluation du profil gériatrique tel que le score SEGA.

On pourrait prendre en compte cette donnée pour orienter les futurs patients du service d'accueil gériatrique non programmé. Une grille décisionnelle simplifiée pourrait être proposée au médecin de tri et d'accueil, dont l'évaluation reste à faire.

## MOTS-CLES

Personnes âgées aux urgences ; Orientation ; Score SEGA ; Fragilité ; Equipe mobile gériatrique ; Saint-Nazaire ; Urgences gériatriques.