

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2006

N° 21

**THESE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Qualification en médecine générale

par

*Sabine MAZOWIECKI*  
née le 19 Février 1977 à Paris XII

---

Présentée et soutenue publiquement le 1 juin 2006

---

**INTERET DU SCORE ISAR DANS L'EVALUATION ET L'ORIENTATON DES  
PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS AU SAU**

---

Président : Monsieur le Professeur G. POTEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur C. BERRANGER

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
GENERALITES.....	8
1. PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-NAZAIRE.....	8
1.1. Historique.....	8
1.2. Territoire de recours de Saint-Nazaire.....	9
1.3. Avenir.....	10
2. PRESENTATION DU SERVICE DES URGENCES.....	11
2.1 SAU.....	11
2.2 Le personnel des urgences.....	12
2.3 L'informatisation et les urgences.....	12
3. PROBLEMATIQUE DE L'HOSPITALISATION DE LA PERSONNE AGEE.....	13
4. PROBLEMATIQUE DE LA DEFINITION DE LA PERSONNE AGEE.....	14
4.1. Le profil gériatrique.....	14
4.2. le concept de fragilité.....	14
5. LE SCORE ISAR.....	15
5.1. Les objectifs visés.....	15
5.2. La population cible.....	16
5.3. Description de l'outil.....	16
5.4. Consignes d'utilisation.....	16
MATERIEL ET METHODE.....	18
1. OBJECTIFS.....	18

<i>2. SELECTION DES PATIENTS</i> .....	18
<i>3. RECUEIL DES DONNEES</i> .....	19
<i>4. ANALYSE DES DONNEES</i> .....	19
<i>4.1. Données générales</i> .....	19
<i>4.1. Données du score ISAR</i> .....	20
<i>4.1. Données de la CGO</i> .....	20
<i>5. STATISTIQUES</i> .....	20
<b>RESULTATS</b> .....	21
<i>1. LES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS</i> .....	21
<i>1.1. Prévalence</i> .....	21
<i>1.2. Caractéristiques</i> .....	21
<i>1.3. Modalités d'admission</i> .....	21
<i>1.4. Répartition dans le temps</i> .....	24
<i>1.5. Motifs d'admission</i> .....	25
<i>1.6. Evolution hospitalière</i> .....	28
<i>1.7. L'avis CGO</i> .....	31
<i>2. LES PERSONNES AGEES DU QUESTIONNAIRE</i> .....	33
<i>2.1. Prévalence</i> .....	33
<i>2.2. Caractéristiques</i> .....	33
<i>2.3. Modalités d'admission</i> .....	33
<i>2.4. Répartition dans le temps</i> .....	34
<i>2.5. Motifs d'admission et priorités</i> .....	34
<i>2.6. Répartition des hospitalisations</i> .....	38
<i>2.6. Avis CGO</i> .....	38
<i>2.7. Score ISAR</i> .....	38
<i>3. COMPARAISON DES SOUS-GROUPES DANS LE SCORE ISAR</i> .....	41
<i>3.1. Prévalence</i> .....	41
<i>3.2. Priorités</i> .....	41

3.3.Avis CGO.....	42
3.4.Devenir.....	43
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>44</b>
<b>1.RESULTATS D'ENSEMBLE.....</b>	<b>44</b>
<b>2.LIMITATIONS DE L'ETUDE.....</b>	<b>44</b>
<b>3.LES PERSONNES DE PLUS DE 75 ANS ADMISES AU SAU DE SAINT-NAZAIRE.....</b>	<b>45</b>
3.1.Données épidémiologiques.....	45
3.2.Données médicales.....	45
3.3.Données organisationnelles.....	46
<b>4.DES PERSONNES DEPENDANTES OU A RISQUE DE DEPENDANCE.....</b>	<b>47</b>
4.1.Données épidémiologiques.....	47
4.2.Données médicales.....	48
4.3.Devenir.....	49
<b>5.PROPOSITIONS D'ORGANISATION.....</b>	<b>49</b>
5.1.En amont des Urgences.....	50
5.2.Accueil Gériatrique Non Programmé ;.....	50
5.3.En aval des Urgences.....	51
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>52</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>58</b>

# INTRODUCTION

Le nombre de personnes âgées hospitalisées augmente dans les différents services des Hôpitaux publics. Les Services d'Accueil et d'Urgences (SAU) sont confrontés à l'admission croissante de personnes âgées, l'hospitalisation demeurant l'ultime solution face à l'aggravation de la dépendance, la polyopathie, la rupture d'équilibre sociosanitaire [1, 2].

Actuellement, le médecin urgentiste est en première ligne pour l'accueil des malades de gériatrie comme pour les autres malades. La qualité de l'accueil des personnes âgées aux Urgences nécessite un bilan et une évaluation gériatrique sachant que la prise en charge dans les premières 24 heures conditionne le pronostic vital ou fonctionnel de la personne âgée [2, 8, 9]. Il faut alors qu'Urgences et Gériatrie cohabitent.

L'accueil du malade gériatrique en salle d'urgence prend beaucoup de temps du fait de la multiplicité des problèmes cliniques et sociaux. La longueur de cette évaluation approfondie est difficile au niveau d'une salle d'examen d'urgence et se fait, par contre, dans de bonnes conditions dans des Unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Toutes les personnes âgées ne nécessitent pas une structure gériatrique. Mais un patient âgé, qu'il soit dépendant ou non, doit pouvoir accéder à la fois au plateau technique et à l'évaluation gériatrique si nécessaire.

Il faudrait trouver un modèle d'Urgences où ce n'est pas le malade qui s'adapte à la structure mais la structure qui s'adapte au malade.

Le score ISAR (IDENTIFICATION SENIOR AT RISK), présenté dans la conférence de consensus de la prise en charge de la personne âgée aux Urgences (*SFMU* Septembre 2003), est un outil de dépistage des « aînés en perte ou à risque de dépendance accueillis à la salle d'urgence » [20]. Il constituerait la première étape d'un processus d'amélioration des services offerts aux personnes âgées à l'intérieur d'un réseau de services.

L'objet de cette étude est d'évaluer la validité du score ISAR par l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil (IAO) des Urgences comme instrument permettant de reconnaître et d'orienter les personnes âgées, à risque ou en perte d'autonomie au milieu des personnes utilisant les services d'urgence. En effet cette problématique spécifique, dans le contexte de l'urgence vitale, pourrait être facilement ignorée.

# GENERALITES

## *1. PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-NAZAIRE*

### *1.1. Historique*

Le premier hôpital de Saint-Nazaire est ouvert en 1730 dans une maison particulière.

En 1841, l'hôpital occupe le lazaret de Penhoët.

En 1862, un hôpital neuf est construit à la Briandais.

En 1940, il est réquisitionné par les Allemands.

En 1943, il est détruit par les bombardements.

Pendant la guerre, les malades, les personnels et le matériel sont évacués sur Nantes, Savenay et Saint-Gildas-des-Bois.

En 1945, le centre chirurgical est installé à Gavy et le centre médical à Heinlex, avec la maternité.

En 1960, après 5 années de travaux, le nouvel hôpital du Moulin du Pé est ouvert.

Quelques années plus tard, Gavy devient le site des écoles d'infirmières et d'aides-soignantes. Heinlex accueille le secteur de gériatrie, puis ceux de psychiatrie.

De 1980 à 1993, l'hôpital du Moulin du Pé connaît d'importants travaux qui, en quatre phases successives, feront l'hôpital rénové que nous connaissons aujourd'hui.

En 1986 est mise en place aux Urgences la Consultation Gériatrique et d'Orientation (CGO). Elle est composée d'un gériatre et d'une assistante sociale présents 5 jours sur 7. Ses objectifs sont la personnalisation de l'accueil, l'évaluation et l'orientation des personnes âgées polypathologiques aux Urgences. Elle diminue également le nombre de passages en développant les entrées directes.

En 1993 a commencé à Heinlex un ambitieux programme de restructuration du secteur d'hébergement des personnes âgées. L'ancien bâtiment de 240 lits, inadapté aux conditions d'accueil des personnes dépendantes, est en partie démoli et aménagé en cinq appartements de 15 places. En complément, 8 maisons de 12 à 15 places ont été construites en ville et dans le parc d'Heinlex.



1943.Hôpital de Saint-Nazaire

### *1.2. Territoire de recours de Saint-nazaire*

Sa démographie, selon les études statistiques du SROS III (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) de 2005, est de 256 000 habitants ce qui représente près de 8% de la population régionale. Les personnes de plus de 75 ans représentent 9% de la population. A l'horizon 2010, les projections démographiques annoncent un pourcentage d'évolution de 1.8% pour l'ensemble du territoire (+ 17.8 % pour les plus de 75 ans).

L'offre de soins se répartie en trois secteurs.

- L'accueil en court séjour MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) est constitué du Centre Hospitalier (CH) de Saint-Nazaire, du pôle hospitalier mutualiste et de la polyclinique de l'Europe. Le territoire de Saint-Nazaire comporte également deux hôpitaux locaux inter-communaux (HLIC), l'HLIC de la presqu'île (sites de Guérande et du Croisic) et l'HLIC du pays de Retz (sites de Pornic, Paimboeuf et Bourgneuf en Retz), et deux hôpitaux locaux (Donges et Montoir),
- L'accueil de soins en MPR (Médecine Physique et Réadaptation) est constitué des centres de Pen Bron à la Turballe, du centre hospitalier de Saint-Nazaire et des Océanides à Pornichet,
- L'accueil des soins de suites, outre les hôpitaux locaux, est complété par le centre hospitalier de Saint-Nazaire, le pôle hospitalier mutualiste (sites de Saint-Nazaire et de la Baule) et la Maison du Bodio à Pontchâteau.

### 1.3. Avenir

La carte sanitaire et le Schéma d'Organisation Sanitaire sont les deux principaux outils de la planification hospitalière dont les objectifs sont de prévoir et de contrôler l'implantation des investissements et des activités de soins des établissements de santé.

La *carte sanitaire* détermine la nature et l'importance des installations et activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population [15].

Le *Schéma d'Organisation Sanitaire* fixe des objectifs dont l'idée conductrice est d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire. Il détermine la répartition géographique des installations et activités de soins qui permettrait d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population [15,16]. La base de la répartition géographique est le secteur sanitaire (Industriel, Rural, Touristique et Maritime) et le secteur psychiatrique. Chaque région sanitaire est composée de plusieurs secteurs sanitaires.

Le SROS sert de référence pour toutes les opérations sanitaires de la région : les autorisations de création, de transformation ou de reconversion ne peuvent être agréées par l'autorité représentant l'Etat que si elles ont été actées dans le SROS ou son annexe ou bien si elles correspondent à des objectifs prioritaires.

Avant d'être soumis à différents avis, le SROS doit être élaboré par les soins de l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) [15, 17, 18]. L'outil d'évaluation du SROS consiste en l'exploitation du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

L'analyse des données du PMSI permet de mesurer l'activité des services hospitaliers et autorise ainsi la mesure des coûts et de la production de soins dans les différents secteurs sanitaires. Ces analyses ont permis la création d'un indicateur, le point ISA (Indice Synthétique d'Activité). Le PMSI permet également de comprendre les carences de l'offre locale et le degré de satisfaction de la population locale.

Confronté à des contraintes techniques de mise en conformité réglementaire et pour répondre à l'augmentation de son activité, le CH de Saint-Nazaire s'est rapproché des autres établissements de santé du secteur en vue de créer la future CITE SANITAIRE DE SAINT-NAZAIRE. Ce projet s'appuie essentiellement sur l'accord passé entre le CH et les Mutuelles de Loire Atlantique (MLA) visant à proposer une offre de soins claire pour la population et efficiente pour la cité sanitaire, basée sur le principe d'un responsable institutionnel par activité médicale [19].

## ***2.PRESENTATION DU SERVICE DES URGENCES DE SAINT-NAZAIRE***

### ***2.1.Service d'Accueil et d'Urgences***

En dehors du SMUR (1376 sorties en 2005) et des urgences spécialisées (pédiatrie, obstétrique, psychiatrie...), le modèle actuel du SAU est réparti en trois secteurs :

- L'accueil et le traitement des *urgences traumatologiques* (comprenant quatre salles d'examen clinique, une salle de plâtre, une salle de petite chirurgie) et des *urgences médico-chirurgicales* (comprenant six salles d'examen clinique dont l'une est double et une zone d'attente pour les examens complémentaires ou le départ des patients).
- L'UHCD ou secteur lits porte comprenant 10 lits et 2 chambres de sécurité.
- La salle d'accueil des urgences vitales.

Le SAU dispose de deux types de filières spécifiques :

- L'accueil et la prise en charge de la personne âgée est assurée par la CGO qui consiste en l'intervention d'un gériatre et d'une assistante sociale agissant à notre demande comme consultant au niveau des urgences traumatologiques et médico-chirurgicales en journée et à l'UHCD le matin au cours de la semaine.

- L'accueil et la prise en charge du malade psychiatrique sont assurés par l'intervention d'un tandem comprenant un infirmier psychiatrique et un psychiatre. L'équipe de psychiatrie gère également une unité intersectorielle de crise (UNIC) de 3 lits.

## *2.2. Le personnel des Urgences*

La permanence des soins est assurée par de nombreux intervenants :

- 19 médecins dont 13 équivalents temps plein, au moment de l'étude, et de 4 internes de médecine générale (2/j) répartis en 2 lignes d'activité continue et 4 lignes d'activité discontinuée,
- 2 cadres de santé, 34 IDE (6/j), 25 AS et 1 ambulancier (5/j), 3 ASH (1/J),
- 5 secrétaires, 3 hôtesse d'accueil,
- 1 assistante sociale à mi-temps.

## *2.3.L'informatisation et les Urgences*

Le système d'information des Urgences de Saint-Nazaire utilise *UrQual*® depuis 1997. Il gère au quotidien le dossier du patient avec, entre autre, sa priorité aux soins, les prescriptions d'examen et depuis peu, l'observation et les actes médicaux.

Les motifs de contacts des Urgences ont été réactualisés en 2002 sur les bases d'un score de priorité aux soins élaboré par le Collège de Médecine d'Urgences des Pays de la Loire (inspiré d'un score canadien). Ainsi, chaque motif d'admission correspond à une priorité aux soins et le système informatique permet d'asservir ce motif à un délai maximal de prise en charge (ANNEXE 3) :

- Priorité 1 ou prise en charge immédiate
- Priorité 2 ou prise en charge dans les 20 minutes
- Priorité 3 ou prise en charge dans l'heure
- Priorité 4 ou prise en charge dans les deux heures
- Priorité 5 ou il n'y a pas de délai établi et il faut avertir le senior

Le chronomètre informatique arrête le temps de prise en charge dès que le médecin met son nom dans l'observation.

### **3.PROBLEMATIQUE DE L'HOSPITALISATION DE LA PERSONNE AGEE**

Le nombre de personnes âgées augmente sans cesse et par conséquent leur nombre d'hospitalisations également. C'est un sujet qui nous concerne tous. Il n'y a pas que les professionnels de santé qui ont le devoir de s'occuper d'elles. La presse tente de sensibiliser le public à cette problématique. Ainsi, en 2000, le magazine *Sciences et Avenir* a réalisé une enquête qui montrait que « 75% des malades de plus de 75 ans arrivent à l'hôpital par les urgences » [47].

En 2001, on dénombrait 9.7 millions de personnes âgées de plus de 65 ans, soit 16.3% de la population française [3]. Les personnes âgées de plus de 75 ans étaient au nombre de 4.6 millions.

L'ensemble des données statistiques concorde pour affirmer une augmentation prévisible du nombre de personnes âgées dans les années qui viennent [4, 5, 6].

En 2010, les personnes de plus de 60 ans représenteront 42.1% de la population, alors que les personnes de plus de 75 ans et celles de plus de 85 ans représenteront respectivement 9.0 % et 2.5%.

En revanche, en 2050, les personnes de plus de 60 ans représenteront 53,2% de la population ; celles de plus de 75 ans, 18.1% et celles de plus de 85 ans, 6.9%.

Ceci est la conséquence de l'augmentation de l'espérance de vie [7] : 1 trimestre/an depuis 10 ans.

Quatre-vingt cinq pour cent des personnes de plus de 75 ans sont atteints d'au moins une affection chronique ce qui explique l'augmentation constante de demandes de soins et notamment des consultations aux services des urgences [10]. Parmi tous les usagers des urgences, les personnes âgées représentent, selon les études, une proportion de plus en plus importante allant de 10 à 30% [1, 2, 10-14].

#### *4.PROBLEMATIQUE DE LA DEFINITION DE LA PERSONNE AGEE*

A l'admission des personnes âgées de plus de 75 ans au SAU se dégagent deux catégories de patients : les autonomes d'une part et les dépendants et les « fragiles » d'autre part [21]. Il est à noter que la plupart des articles, notamment les publications anglo-saxonnes, concernent les personnes âgées de plus de 65 ans.

Il n'existe pas de définitions précises mais des descriptions de profils ou de concepts concernant le patient gériatrique et le patient fragile.

##### *4.1. Le profil gériatrique*

Les personnes âgées peuvent être regroupées en groupes d'âge. Mais l'âge n'est pas le critère de définition d'un patient gériatrique.

Le profil gériatrique est plutôt déterminé par la coexistence de certaines caractéristiques [22].

- La diminution de l'homéostasie,
- Les affections chroniques multiples,
- Les risques d'incapacités,
- Les risques de polymédication,
- Les modifications du tableau clinique et de l'évolution de la pathologie,
- Les imbrications des aspects somatiques, psychologiques et sociaux.

A mesure qu'elles avancent en âge, de plus en plus de personnes correspondent à ce profil, mais toute personne âgée n'est pas nécessairement un patient gériatrique.

##### *4.2. Le concept de fragilité*

Les termes « fragilité » et « patient fragile » interpellent les professionnels de santé depuis des années et sont facilement utilisés dans la littérature. Tout le monde comprend intuitivement ce que ce terme signifie. Cependant il n'y a pas de définition claire ni de validation de ce terme [23, 24, 25, 26].

SYNDROMES GERIATRIQUES	INSTABILITE ET CHUTES CONFUSION AIGUE INCONTINENCE DENUTRITION INFECTIONS IMMOBILISATION EFFETS IATROGENES	<sup>0</sup> <i>Equilibre, Force musculaire, Squelette et articulations, Capacité physique, Marche</i> <sup>1</sup> <i>Vision, Audition</i> <sup>2</sup> <i>Polypathologie, Polymédication, Hospitalisation</i> <sup>3</sup> <i>Insuffisance respiratoire chronique, Insuffisance cardiaque, Accident vasculaire cérébral, Fracture du col fémoral et maladies cancéreuses actives</i>
COMPOSANTS DE LA FRAGILITE  <i>Dimensions physiques</i>	AGE (>85 ans), SEXE (♀) MOBILITE <sup>0</sup> SENSORIEL <sup>1</sup> NUTRITION <sup>2</sup> MALADIES <sup>3</sup>	La fragilité peut être envisagée comme un ensemble de caractéristiques d'un patient gériatrique qui le prédispose à une évolution vers le déclin fonctionnel (perte de capacité) ou qui augmente chez lui le risque d'apparition de syndromes

gériatriques. Les caractéristiques des syndromes gériatriques et des composants de la fragilité sont regroupées dans le tableau ci-dessus.

## 5.LE SCORE ISAR

L'Identification Systématique des Aînés à Risque ou ISAR (ANNEXE 1) a été validé dans une étude multicentrique au Canada conduite sur 1673 patients de plus de 65 ans [27, 28].

### 5.1.Les objectifs visés

L'outil ISAR vise la détection des personnes âgées :

- En perte d'autonomie grave au moment de leur visite aux Urgences.
- A risque de perte d'autonomie, d'hébergement ou d'hospitalisations prolongées ou de décès *dans les 6 mois* suivant la visite aux Urgences.

Il donne aussi la possibilité d'intervenir de façon précoce auprès des personnes âgées à haut risque et de les orienter vers les services adaptés à leurs besoins.

*Il est important de spécifier qu'il ne s'agit pas d'un outil diagnostique mais bien d'un OUTIL DE DEPISTAGE qui doit être jumelé à une évaluation globale.*

## **5.2. La population cible**

Le score ISAR a été conçu pour dépister les patients de l'urgence, ayant 65 ans et plus, quel que soit leur mode d'arrivée.

*L'outil ISAR n'a pas été développé pour dépister les patients adressés aux Urgences par un Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée ( CHSLD). Ces personnes sont déjà en perte d'autonomie et des services adaptés à leurs besoins sont en place dans le CHSLD.*

## **5.3. Description de l'outil**

Il est composé de 6 questions. Elles concernent des problèmes fréquents, observés chez les personnes âgées, tels que des incapacités fonctionnelles, des problèmes cognitifs, de la polymédication, des troubles visuels et des hospitalisations fréquentes (ANNEXE 1).

A droite de chaque question se trouve un espace pour cocher « OUI » ou « NON » et une indication sur le résultat de chaque réponse « 00 » ou « 01 ». Ces dernières informations serviront au calcul du résultat global du dépistage.

A noter que les gros caractères utilisés ont pour but de faciliter la lecture des questions pour les usagers qui le compléteront eux-mêmes.

*Il ne faut pas modifier l'énoncé de chacune des questions pour ne pas altérer les résultats du dépistage en termes de sensibilité et de spécificité.*

En utilisant une valeur seuil de 2, le centre hospitalier de St-Mary de Montréal a obtenu une sensibilité de 75% et une spécificité de 52% pour ce score [47]. Une étude prospective conduite à l'hôpital du Mans a établi un score de risque pour le dépistage des personnes âgées fragiles qui montrait une sensibilité de 64,7% et une spécificité de 59,9% [48].

## **5.4. Consignes d'utilisation**

Les intervenants des urgences doivent respecter certaines consignes.

Il faut déterminer la *source d'information*. Si l'utilisateur est désorienté dans le temps et l'espace et n'a pas d'accompagnant, le dépistage est d'emblée positif. Si l'utilisateur est médicalement instable, le dépistage est impossible et reporté.

L'*administration du questionnaire* comporte trois situations :

- ISAR est complété par l'utilisateur ou un accompagnant et il faut s'assurer qu'il y a une seule réponse à chaque question
- ISAR est administré avec l'aide d'un membre du personnel alors les questions doivent être lues clairement sans interprétation
- ISAR est reporté à cause de l'instabilité médicale du patient et il pourra être fait ultérieurement

# MATERIEL ET METHODE

## *1. OBJECTIFS*

Cette étude prospective descriptive porte sur les patients de plus de 75 ans admis à l'accueil des urgences de Saint-Nazaire. Cette limite d'âge a été choisie car c'est l'âge à partir duquel les personnes âgées deviennent fréquemment des malades gériatriques, polyopathologiques et/ou dépendants ou à risque de dépendance. Ils représentent, par ailleurs, une des classes prépondérantes admises avec les 15-35 ans. Elle a pour buts :

- De connaître la prévalence et les caractéristiques des personnes âgées dans la population adressée aux Urgences,
- D'étudier les motifs d'admission, leur priorité aux soins et les orientations à partir du service des Urgences,
- D'essayer de définir les critères d'orientation de ces patients et d'en tirer des conclusions pour l'efficacité d'un score d'évaluation et d'orientation des personnes de plus de 75 ans.

## *2. SELECTION DES PATIENTS*

Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 557 patients de l'effectif total des adultes admis à l'accueil des Urgences.

Dans un premier temps, l'analyse descriptive est réalisée sur l'ensemble des admissions afin, dans un second temps, de dégager les sous-groupes pertinents dans l'efficacité d'un score d'évaluation et d'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans.

### 3. RECUEIL DES DONNEES

Cette étude est menée au sein du CH de Saint-Nazaire du 1<sup>er</sup> juin 2005 au 30 juin 2005. Les données ont été identifiées par l'outil informatique *UrQual*® qui a permis le recueil systématique d'un questionnaire établi pour ce travail pour toutes les admissions consécutives des patients de plus de 75 ans admis au SAU (ANNEXE 2) :

- Une première série d'informations est recueillie 24H/24 dans la zone d'accueil par l'IAO avec le questionnaire ISAR proprement dit ;
- Une deuxième série d'information est recueillie 24H/24 dans la zone de soins par les médecins ( praticiens, assistants et internes). Cette série d'informations comporte trois questions concernant la prise en charge du patient et son devenir.

Une troisième série d'informations est obtenue en deux étapes : d'une part, par le questionnaire de l'entretien d'accueil auprès de la personne âgée, qui est similaire pour tout patient se présentant à l'accueil des Urgences [29, 30] ; d'autre part par les données du dossier médical informatique du SAU.

Tous les avis gériatriques demandés aux Urgences (incluant les lits-portes) ont été consultés rétrospectivement auprès des archives médicales de la CGO. Ce travail a permis un dénombrement exact des avis CGO et le calcul d'un score ISAR gériatrique utile à la discussion.

### 4. ANALYSE DES DONNEES

#### 4.1. Données générales

Parmi les *données démographiques*, l'âge et le sexe ont été relevés.

Les *données socio-sanitaires* s'intéressent à l'origine géographique et au lieu de vie des patients.

Parmi les *données de l'entretien d'accueil* par l'IAO, les modalités de recours au Service des Urgences (et selon les cas, la présence ou non d'un courrier médical) et les motifs d'admission ont été relevés. Les motifs d'hospitalisation ont été répartis en fonction de la priorité aux soins définis dans l'annexe 3.

Les *données hospitalières* prennent en compte l'heure d'arrivée des patients ainsi que le temps de présence des personnes âgées au SAU.

#### *4.2. Données du score ISAR*

Le questionnaire a été appliqué comme indiqué dans le guide canadien d'implantation et d'utilisation de l'ISAR [28]. Le *critère de jugement principal* est le seuil critique supérieur ou égal à 2. L'ISAR est  $\geq 2$  à partir du moment où au moins deux questions sont positives, que ce soit la personne elle-même ou l'accompagnant qui répondent.

#### *4.3. Données de la CGO*

Les données de la CGO sont rapportées dans un feuillet à trois volets. Le premier volet concerne l'identité et la situation socio-familiale de la personne âgée. Le deuxième feuillet porte sur le dossier médical. Le troisième feuillet fait état du suivi social en cours et de l'autonomie (toilette, alimentation, marche, continence, orientation, troubles du comportement).

### *5. STATISTIQUES*

Le logiciel EXCEL a été utilisé pour l'analyse statistique et le logiciel EPI Info 6 du CDC Atlanta pour les tests statistiques.

Une première analyse descriptive concerne les caractéristiques épidémiologiques de la population âgée globale ; une seconde analyse descriptive porte sur les caractéristiques épidémiologiques de l'échantillon (effectif obtenu après questionnaire).

Dans le cadre de l'analyse portant sur le critère de jugement principal, les caractéristiques épidémiologiques des patients ayant un score ISAR  $\geq 2$  ont été comparées à celles des patients ayant un score ISAR  $< 2$ . La comparaison entre les deux groupes porte sur les données épidémiologiques, les priorités aux soins, l'avis CGO et le devenir.

Le test de  $\chi^2$  de Bartlett a été utilisé pour les variables qualitatives ainsi que le test de Kruskal-Wallis lorsque l'analyse des variances le permettait.

# RESULTATS

## 1.LES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS

### 1.1.Prévalence

Les personnes âgées de plus de 75 ans, durant la période de l'enquête, représentent 557 personnes soit 18,5% de l'effectif total des adultes admis à l'accueil des Urgences.

### 1.2.Caractéristiques de la population étudiée

Il y a 339 femmes, soit 61,6% de l'effectif et 218 hommes soit 39,4% de l'effectif.

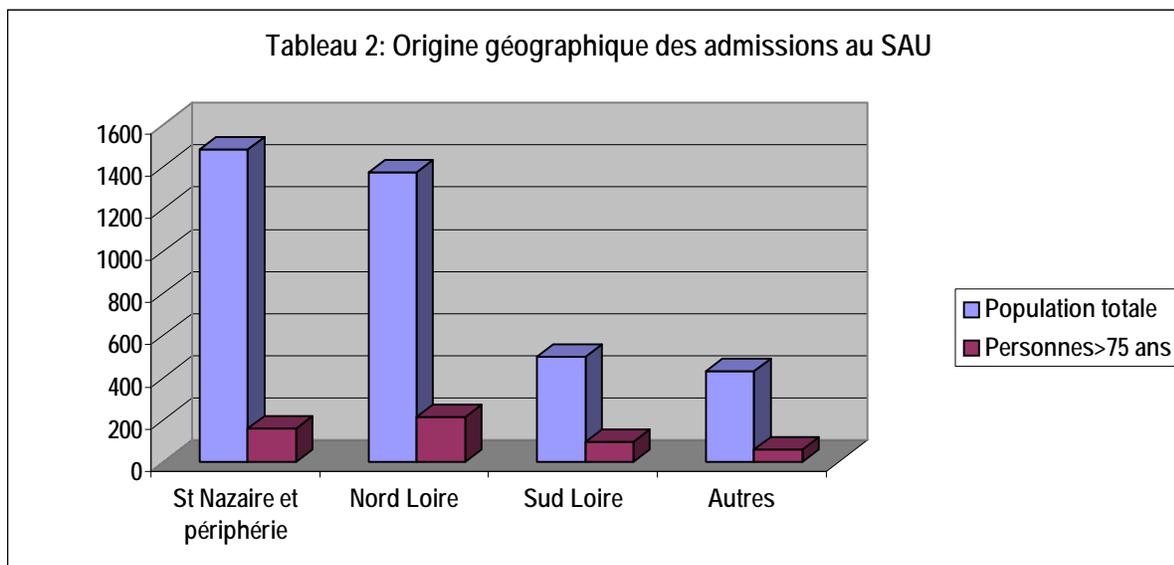
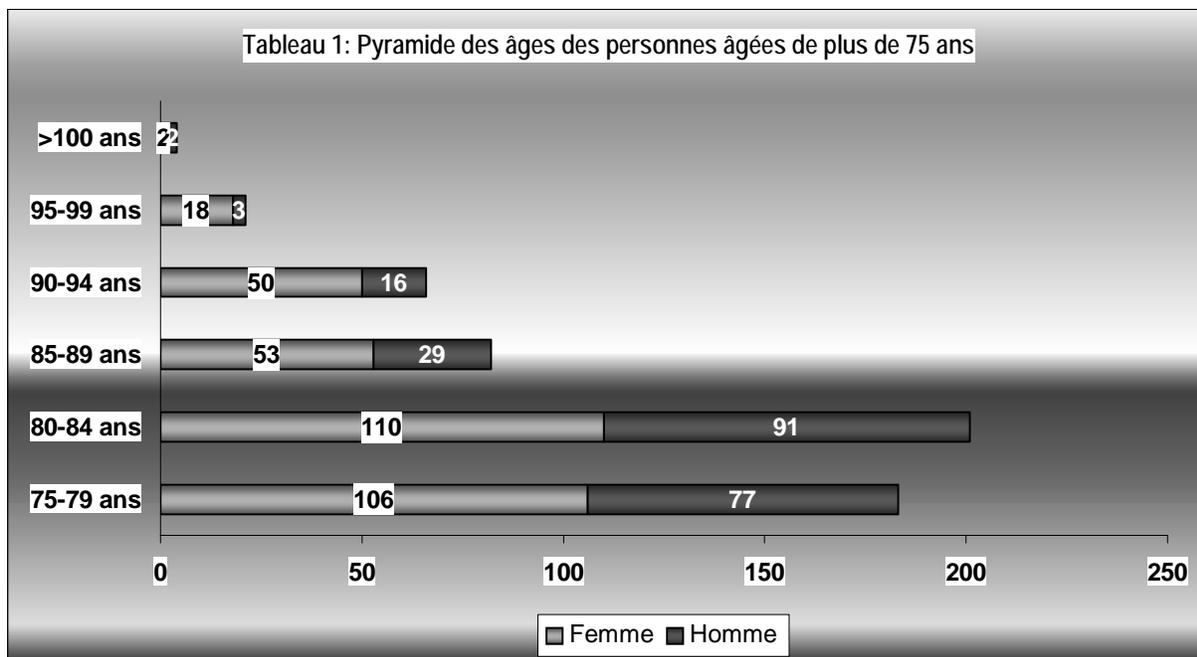
L'*âge moyen* de l'ensemble des patients est de 82,80 ans. Celui des femmes est de 87,37 ans et celui des hommes est de 82,17ans.

La *tranche d'âge* la plus représentée est celle des 80-84 ans correspondant à 201 sujets et représentant 36% de l'effectif. Les femmes sont majoritaires pour les personnes âgées comprises entre 75 et 99 ans. Au-delà de 100 ans, femmes et hommes sont en nombre égal. L'ensemble de ces données est rapporté dans le tableau 1.

L'*origine géographique* des patients et les *lieux de vie* sont rapportés respectivement dans les tableaux 2 et 3. Trente pour cent des patients sont originaires de Saint-Nazaire et de sa périphérie ( Trignac, Montoir de Bretagne et Saint-Malo de Guersac) et 11% sont originaires d'autres départements. Soixante treize pour cent des patients vivent à domicile parmi lesquels 10% viennent de leur domicile de vacances. Ils ne sont envoyés du cabinet médical que dans 1% des cas et des maisons de retraite dans 14% des cas sans avis médical dans 0,9% des cas.

### 1.3.Modalités d'admission

Les personnes âgées sont adressées majoritairement par le *médecin traitant*, par le *centre 15* et par *SOS médecin*. Treize personnes âgées se présentent d'elles-mêmes, soit 2,3% de l'effectif. En comparaison, 774 personnes adultes arrivent d'elles-mêmes à l'accueil des Urgences, soit 25,7% de l'effectif total. Les modes d'admission sont rapportés dans le tableau 4.



Il y a une *lettre d'accompagnement* dans 60,3% des cas, datée du jour même dans un peu plus de 80% des cas. Le destinataire est dans la majorité des cas le service des Urgences.

Le SMUR intervient dans 3,4% des cas. Parmi ces cas, *7 personnes ont été admises directement* dans le Service de Réanimation (1 fois), aux Soins Intensifs de Cardiologie (5 fois) et dans le service de Chirurgie digestive (1 fois).

Tableau 3: Lieux de vie des personnes de plus de 75 ans

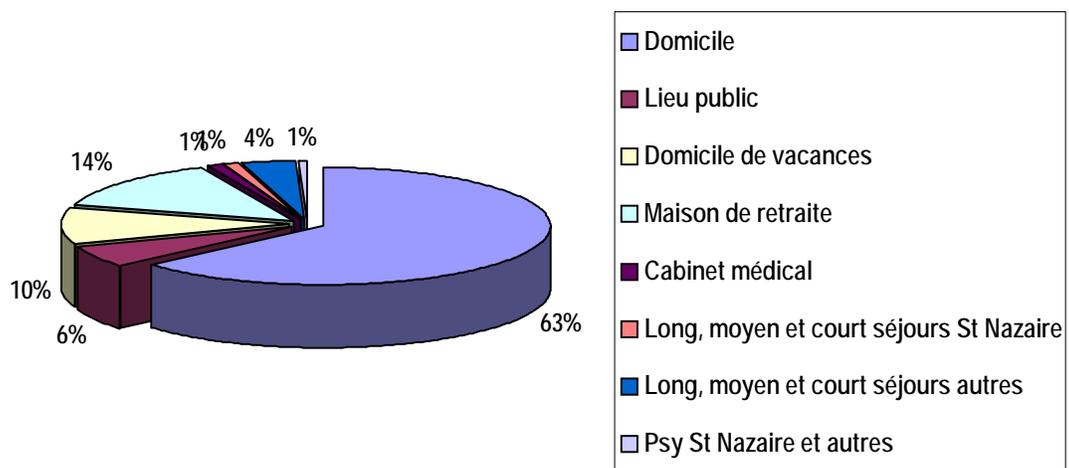


Tableau 4. Modes d'admissions

Patient lui-même	13 ( 2,3%)
Conseil téléphonique centre 15	125 ( 22,4%)
Famille, entourage	29 ( 5,2%)
Médecin traitant	149 ( 26,7%)
SOS médecin	78 ( 14%)
Sapeurs pompiers	13 ( 2,3%)
Garde libérale	41 ( 7,3%)
Médecin effecteur 15	23 ( 4,1%)
Médecin remplaçant	21 ( 3,7%)
Médecin hospitalier	29 ( 5,2%)
Services de police	1 ( 0,2%)
SAMU/SMUR	19 ( 3,4%)
Médecin spécialiste	10 ( 1,8%)
Maison de retraite ( sans médecin)	5 ( 0,9%)
Autre établissement hospitalier	1 ( 0,2%)

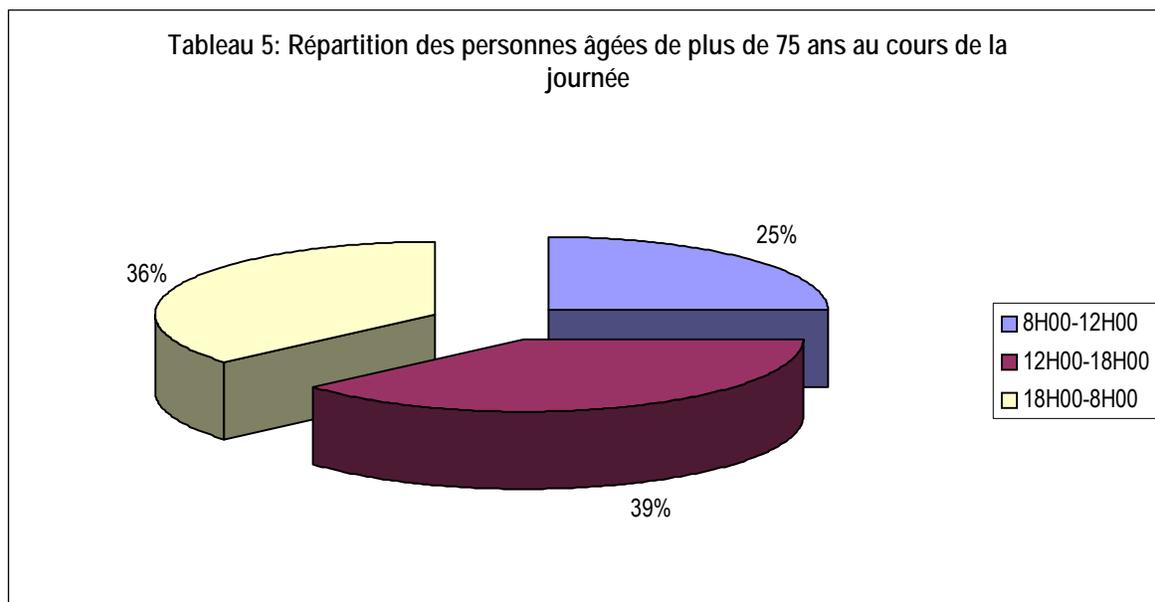
#### 1.4. Répartition des admissions dans le temps

*Nombre moyen d'admissions  
selon le jour de la semaine*

Jour	Nombre moyen
Lundi	20,75
Mardi	18,75
Mercredi	17,60
Jeudi	22,2
Vendredi	17
Samedi	17,75
dimanche	15,25

Le *nombre moyen d'admissions de la semaine* est de 18,47. Les admissions sont plus importantes les jeudi et lundi et représentent respectivement 22 et 21 personnes âgées. L'ensemble des résultats est rapporté dans le tableau ci-contre.

Les *admissions journalières* sont réparties en trois tranches horaires : de 8H00 à 12H00, de 12H00 à 18H00 et de 18H00 à 8H00. Les admissions sont réparties presque également au cours de la journée. 202 admissions sont faites sur la garde, soit 36,3% de l'effectif. Les résultats sont rapportés dans le tableau 5.



## *1.5.Motifs d'admissions et priorités aux soins*

### *1.5.1.Motifs d'admissions*

Cent quatre-vingt cinq patients sont orientés dans le secteur traumatologique, soit 33,2% de l'effectif et 372 patients sont adressés dans le secteur médico-chirurgical, soit 76,8% de l'effectif. Les femmes représentent 18,1% des admissions traumatologiques et 41,6% des admissions médico-chirurgicales.

Dans le secteur médico-chirurgical, l'« AEG ou déséquilibre de maladie chronique », qui est l'un des motifs les plus fréquents, représente 23 personnes, soit 4,1% de l'effectif. Le motif « Malaise ou syncope » compte 28 personnes, soit 5,0% de l'effectif. De manière habituelle, tous les traumatismes faisant suite à un malaise sont orientés dans le secteur médico-chirurgical et non dans le secteur traumatologique.

Les motifs d'admissions médico-chirurgicaux sont rapportés dans le tableau 6. Le tableau 7 compare l'effectif des admissions par rapport aux motifs d'admissions les plus fréquents de la population totale.

Dans le secteur traumatologique, les motifs d'admissions les plus fréquents sont superposables à ceux de la population totale. Le « traumatisme d'une articulation ou d'un membre sans douleur majeure », le plus fréquent et de loin, représente 74 personnes, soit 13,3% de l'effectif.

Les motifs d'admissions traumatologiques sont rapportés dans le tableau 8. Le tableau 9 compare l'effectif des admissions par rapport aux motifs d'admissions les plus fréquents de la population totale (PT).

En psychiatrie, seules deux personnes sont admises pour « problème psychiatrique chronique » et une pour « état anxieux »

Tableau 6: Motifs d'admissions médico-chirurgicales des personnes de plus de 75 ans

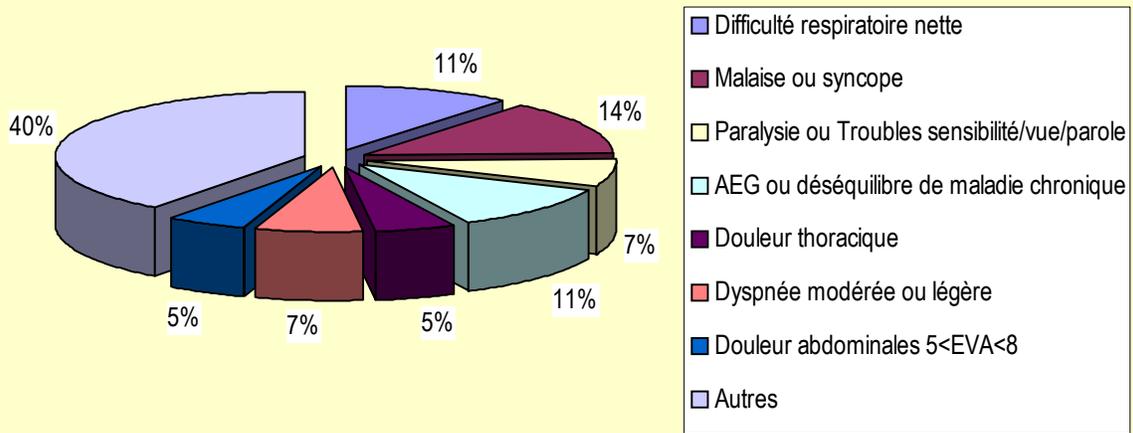


Tableau 7: Motifs d'admissions médico-chirurgicales les plus fréquents de la population totale

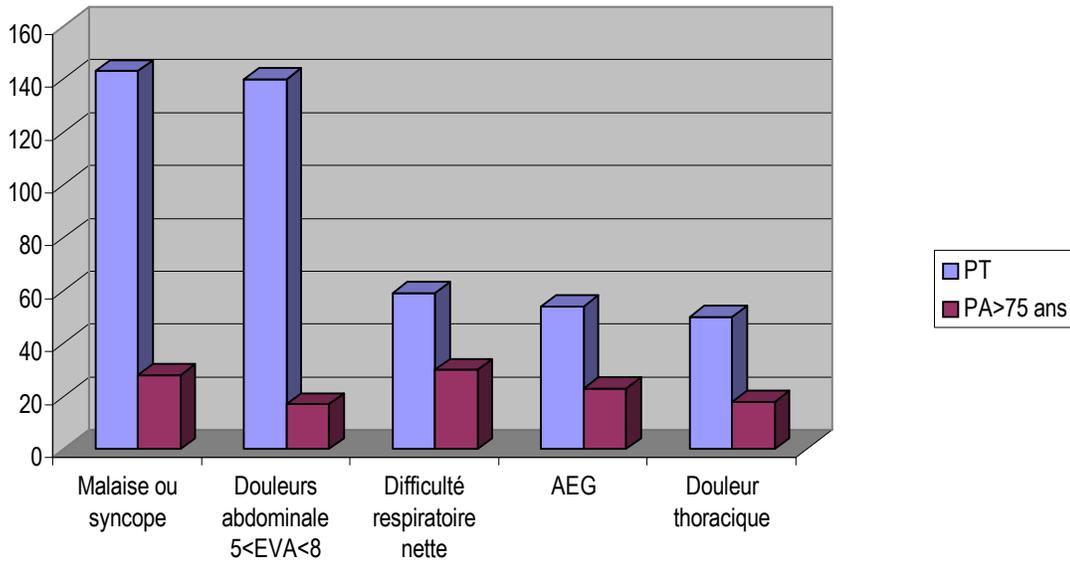


Tableau 8: Motifs d'admissions traumatologiques des personnes de plus de 75 ans

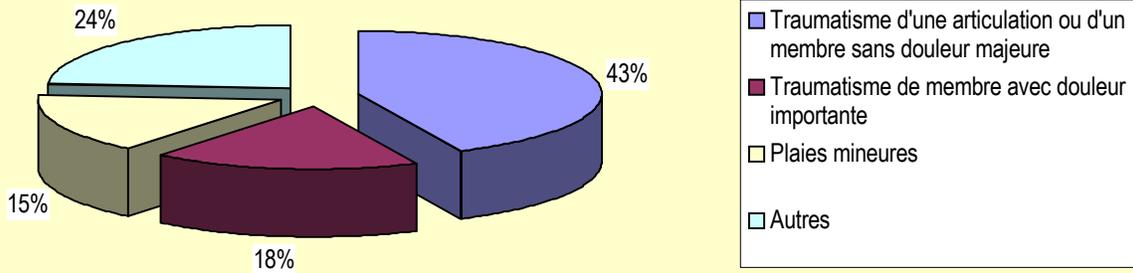
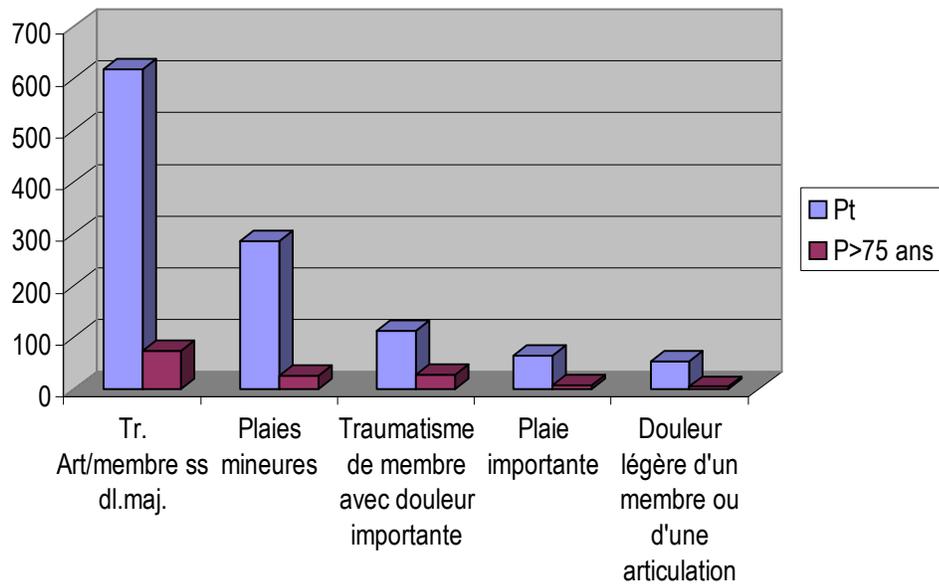


Tableau 9: Motifs d'admissions traumatologiques les plus fréquents de la population totale



### 1.5.2. Priorités aux soins

La répartition des priorités aux soins de l'effectif des personnes âgées de plus de 75 ans est rapportée dans le tableau ci-dessous.

#### *Priorités aux soins*

P1	19,3%
P2	39,3%
P3	52,6%
P4	4,4%
P5	1,6%

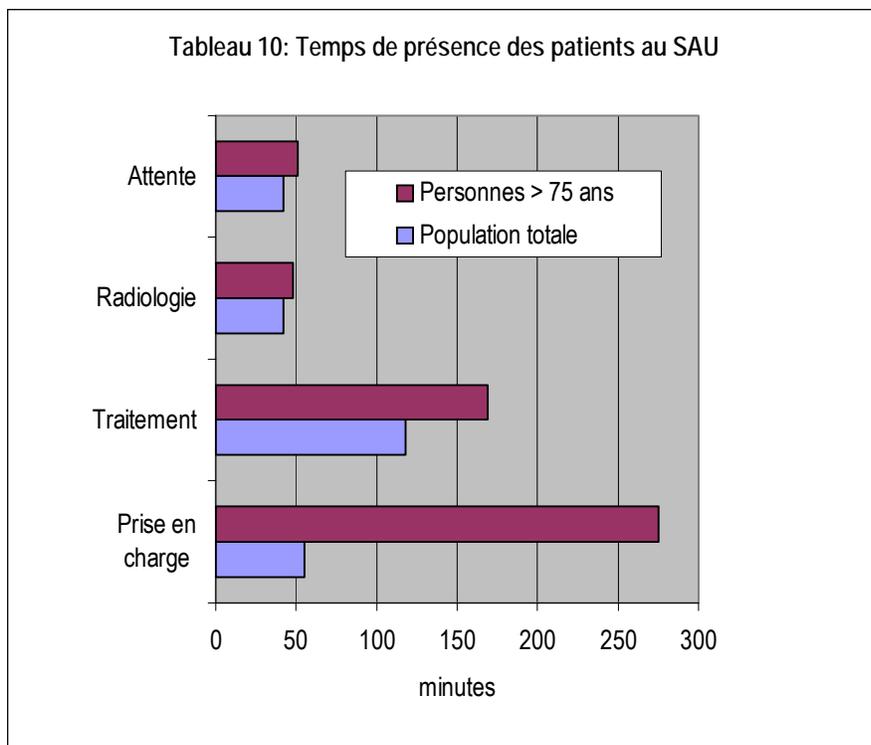
### 1.6. Evolution hospitalière

#### 1.6.1. Temps de présence des patients

Le temps de présence moyen au service d'accueil et d'urgences, hors service lits-porte et hospitalisation directe, est de 260 minutes avec un minimum de 22 minutes et un maximum de 1089 minutes. Le temps de présence moyen de l'ensemble des admissions est inférieur : 204 minutes avec des variations importantes allant de 8 minutes à 6211 minutes. Pour cette dernière, les étiquettes des patients fugueurs ne sont pas gérables du point de vue informatique et peuvent rester affichées de nombreuses heures.

Le temps de présence moyen, rapporté dans le tableau 10, se décompose suivant :

- Le *temps de prise en charge moyen* (temps entre l'admission du patient à l'accueil et le moment où le médecin inscrit son nom dans le dossier) est de 275 minutes. Il n'est que de 55 minutes pour l'effectif total.
- Le *temps de traitement moyen* (temps de présence du patient dans une salle d'examen et d'attente lors du retour de la radiologie) est de 169 minutes. Il est de 118 minutes pour l'effectif total.
- Les *temps de radiologie moyen* et *temps d'attente moyen* (attente de départ) sont sensiblement identiques dans la population des personnes de plus de 75 ans et la population totale.



### 1.6.2. Devenir des patients

Après l'hospitalisation aux Urgences, 276 personnes âgées, soit 63,6% de l'effectif, hors service lits-porte et hospitalisation directe, sont hospitalisées au sein du centre hospitalier de Saint-Nazaire.

Cent trente quatre personnes âgées, soit 30,9% de l'effectif, retournent à domicile ou en institution. Cent seize personnes sont hospitalisées aux lits-porte, soit 20,8% de l'effectif. Parmi ces dernières, 78 vont être hospitalisées tandis que 19 sont externes.

Au total, 2703 personnes accueillies aux Urgences sont externes et parmi elles, 153 personnes âgées de plus de 75 ans, soit respectivement 86,9% et 4,9% de l'effectif total des admissions au SAU.

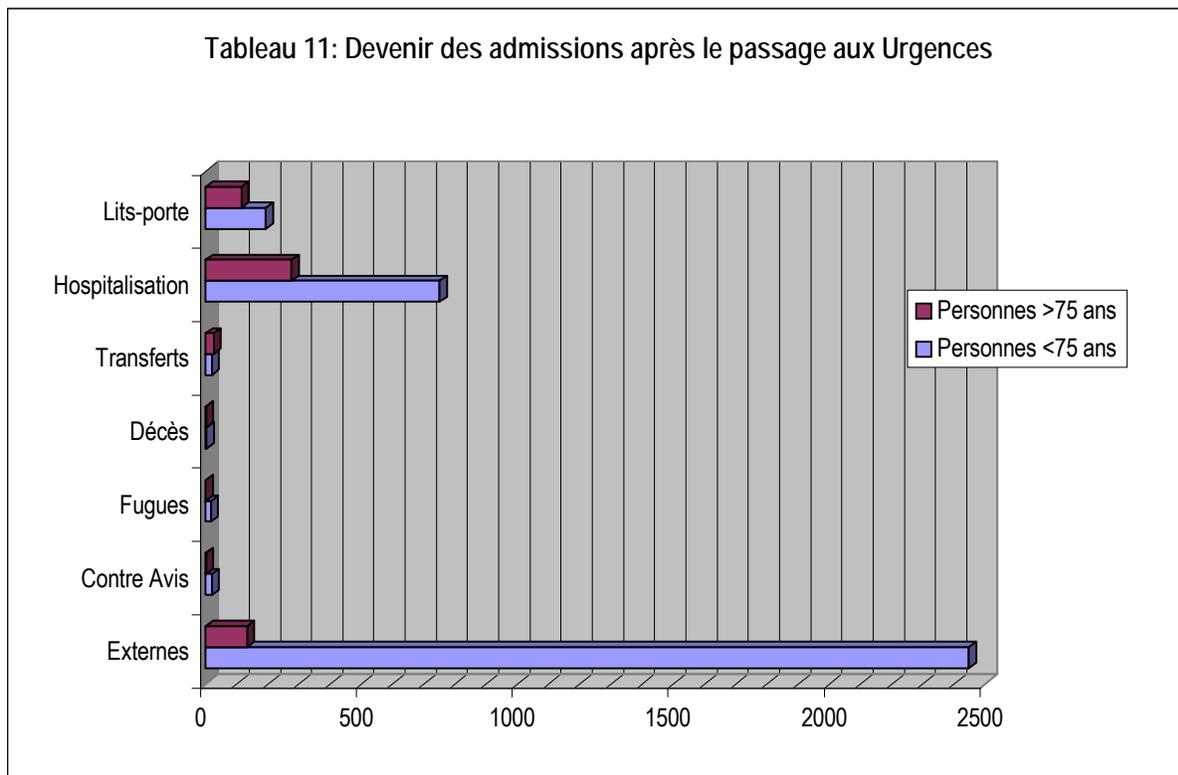
Les différentes orientations après le passage aux Urgences sont rapportées dans le tableau 11. Les orientations à partir des lits-porte sont rapportées dans le tableau 12.

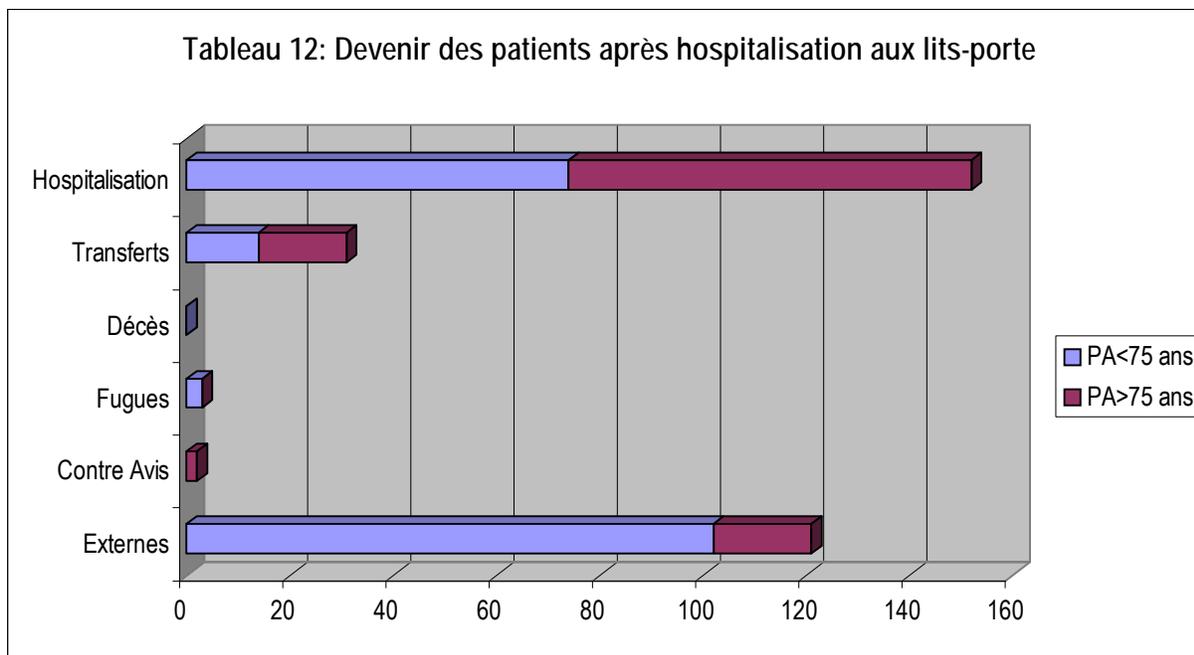
Il se dégage globalement trois orientations pour les personnes de plus de 75 ans : les patients externes, les patients hospitalisés dans un service gériatrique et les patients

hospitalisés dans un service spécialisé autre. L'ensemble de ces résultats se trouve dans le tableau 13.

**Tableau 13. Devenir des patients**

Sortie	153(27,5%)
Gériatrie	137(24,6%)
Services autres dont les portes	261 (46,8%)
Autres ( décès, fugues, contre avis)	6 (1%)





### 1.7.L'avis CGO

#### Orientation CGO (% de l'effectif)

Cardiologie	2 ( 0,3%)
Gastro-entérologie	1 ( 0,2%)
Médecine interne	2 ( 0,3%)
Pneumologie	2 ( 0,3%)
Réanimation	1 ( 0,2%)
Gériatrie	89 ( 16%)
Orthopédie	1 ( 0,2%)
Viscérale	2 ( 0,3%)
Portes	32 ( 5,7%)
Transferts	13 ( 2,3%)
Sortie	9 ( 1,6%)

Cent cinquante six personnes âgées ont bénéficié d'un avis CGO, soit 28,0% de l'effectif total des personnes âgées de plus de 75 ans. Parmi elles, 89 vont dans le service de gériatrie du centre hospitalier de Saint-Nazaire, soit 16,0% de l'effectif total et 32 personnes âgées vont aux lits porte faute de place en Gériatrie ou pour une incompatibilité de sectorisation, soit 5,7% de l'effectif.

Les orientations avec CGO sont décrites dans le tableau ci-contre.

Il n'y a pas eu d'avis CGO pour 401 personnes âgées, soit 72% de l'effectif. Parmi elles, 138 sont externes et 30 sont hospitalisées en gériatrie après avis gériatrique par téléphone et 8 sont transférées dans des hôpitaux de proximité à orientation gériatrique.

Parmi ces hospitalisations en Gériatrie, 29 sont arrivées entre 18H00 et 8H00.

L'ensemble des données d'hospitalisation en fonction de l'avis CGO sont rapportées dans le tableau 14. Cette répartition inclut les orientations après les lits-porte.

Tableau 14. *Répartition des hospitalisations*

	Pas avis CGO	Avis CGO	Total
Gériatrie	48	117	165
Autres services	215	23	238
Externes	138	16	154
Total	401	156	557

Il y a 117 personnes âgées de plus de 75 ans qui vont en Gériatrie après avis CGO ce qui représente 75% de l'ensemble des avis CGO.

En revanche, il y a 48 personnes qui vont en Gériatrie sans avis CGO ce qui représente 12% de l'ensemble de l'effectif des patients sans avis CGO. Il faut cependant préciser que l'entrée dans un service gérontologique ne peut se faire qu'après avis CGO par téléphone.

L'hospitalisation en Gériatrie est plus importante après avis CGO. L'analyse statistique est également hautement significative ( $p < 0,001$ ).

La comparaison des hospitalisations avec les retours à domicile montre qu'il y a davantage de sortie sans avis CGO qu'avec ( $p < 0,001$ ).

## 2. LES PERSONNES AGEES DU QUESTIONNAIRE

### 2.1. Prévalence

Deux cent quinze questionnaires, parmi les 550 personnes de plus de 75 ans se présentant aux Urgences, sont exploitables (les entrées directes n'étant pas retenues).

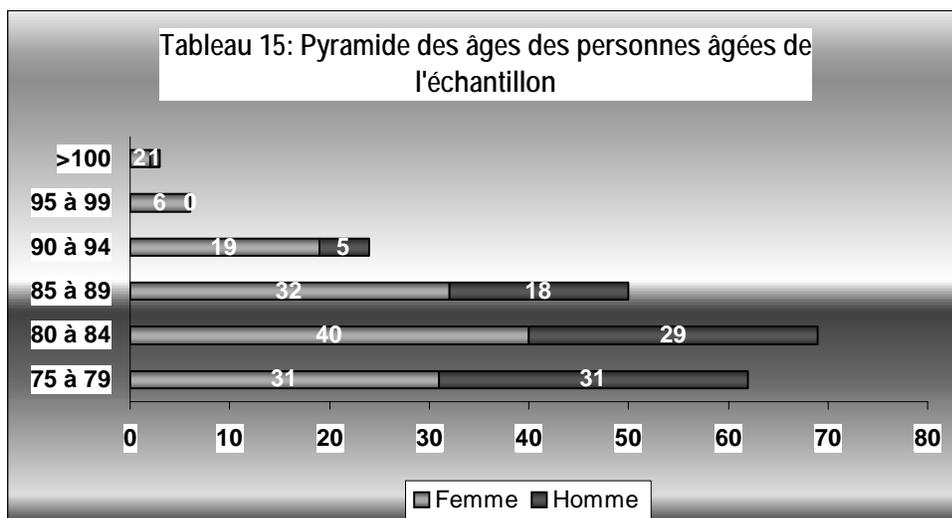
L'effectif de l'échantillon compte 215 personnes âgées, soit 39% de l'effectif total des personnes âgées.

### 2.2. Caractéristiques de l'échantillon

Il y a 130 femmes, soit 60,5% de l'échantillon et 85 hommes, soit 39,5% de l'échantillon.

L'âge moyen est de 83,38 ans avec une moyenne d'âge de 84,97 ans pour les femmes et de 80,96 ans pour les hommes.

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 80-84 ans et correspond à 69 personnes, soit 32,2% de l'échantillon. Parmi elles, 40 sont des femmes. Au-delà de 95 ans, on retrouve 8 femmes pour 1 homme.

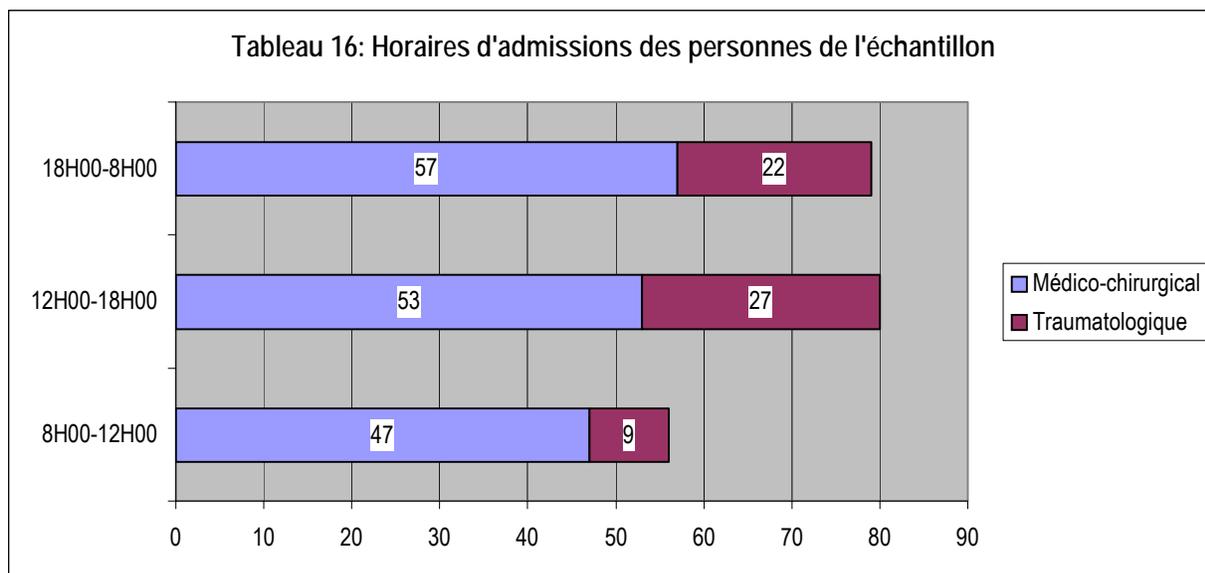


### 2.3. Modalités d'admissions

Il n'y a pas de différence significative avec les personnes âgées de l'effectif total.

## 2.4. Répartition des admissions dans le temps

Il n'y a pas de différence significative avec les personnes de l'effectif total. Les horaires d'admissions en fonction du secteur d'Urgence sont représentés dans le tableau 16.



## 2.5. Motifs d'admissions et priorités aux soins

### 2.5.1. Motifs d'admissions

Cent cinquante sept personnes viennent pour un motif d'admission médico-chirurgical et 58 pour un motif d'admission traumatologique, soit respectivement 73% et 27% de l'effectif de l'échantillon.

Dans le secteur médico-chirurgical, le principal motif est l'« altération de l'état général ou déséquilibre de maladie chronique ». Il représente 16 personnes, soit 7,4% de l'effectif. Les *motifs d'admissions médico-chirurgicaux* sont représentés dans le tableau 17.

Dans le secteur traumatologique, les admissions les plus nombreuses sont, à part égale, entre le « traumatisme d'une articulation ou d'un membre sans douleur majeure » et le « traumatisme de membre avec douleur majeure ». Elles représentent 42 admissions, soit 19,5% de l'effectif de l'échantillon. Les *motifs d'admissions traumatologiques* sont représentés dans le tableau 18.

Dans le secteur psychiatrique, aucune admission n'est dénombrée.

Tableau 17: Motifs d'admissions médico-chirurgicaux des patients de l'échantillon

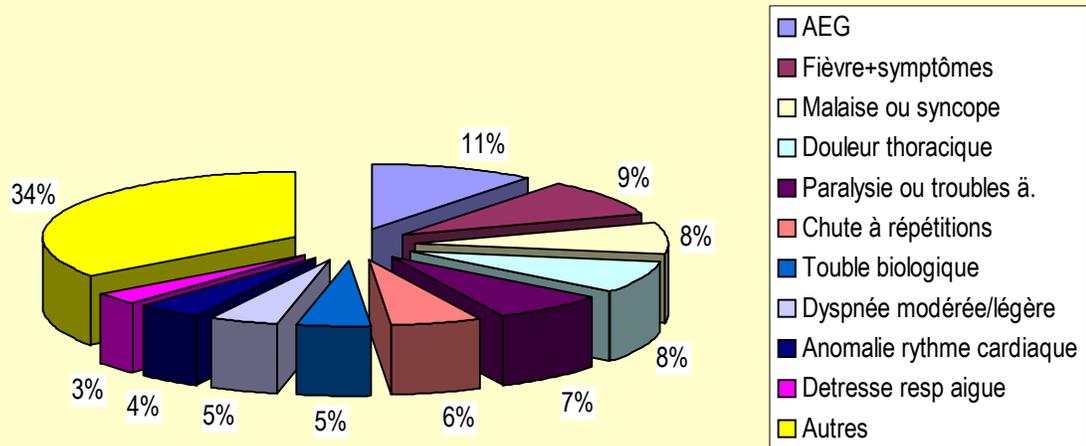
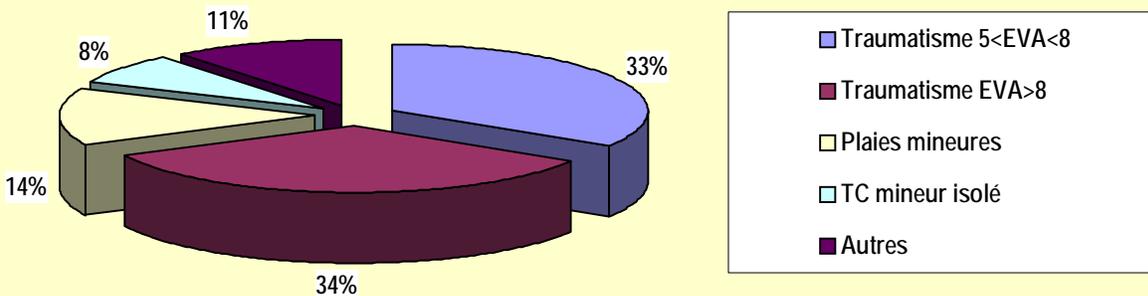


Tableau 18: Motifs d'admissions traumatologiques des patients de l'échantillon



### 2.5.2. Priorités aux soins

Les motifs d'admissions ont une valeur analytique pour les études ; leurs équivalents en terme de temps sont utiles pour évaluer le degré d'urgence de prise en charge des patients.

Sur une vue d'ensemble, les priorités 2 et 3 sont majoritaires et représentent respectivement 45,6% et 40,5% des patients de l'échantillon. Il n'y a aucune priorité 5.

Les priorités sont représentés dans le tableau 18 et les priorités par tranches d'âge dans le tableau 19.

Si l'on s'intéresse à la répartition des âges pour chaque priorité, l'analyse statistique donne les résultats regroupés dans le tableau ci-dessous.

PRIORITE	Nombre ( %)	Moyenne âge
1	10 ( 4,6%)	83,00
2	98 ( 45,6%)	83,86
3	87 ( 40,5%)	83,23
4	20 ( 9,3%)	81,95
5	0	-

La moyenne d'âge par priorité est sensiblement la même et les pyramides des âges par priorité sont superposables. L'analyse statistique ne retrouve pas de différence significative des priorités en fonction des âges ( $p = 0,7$ ).

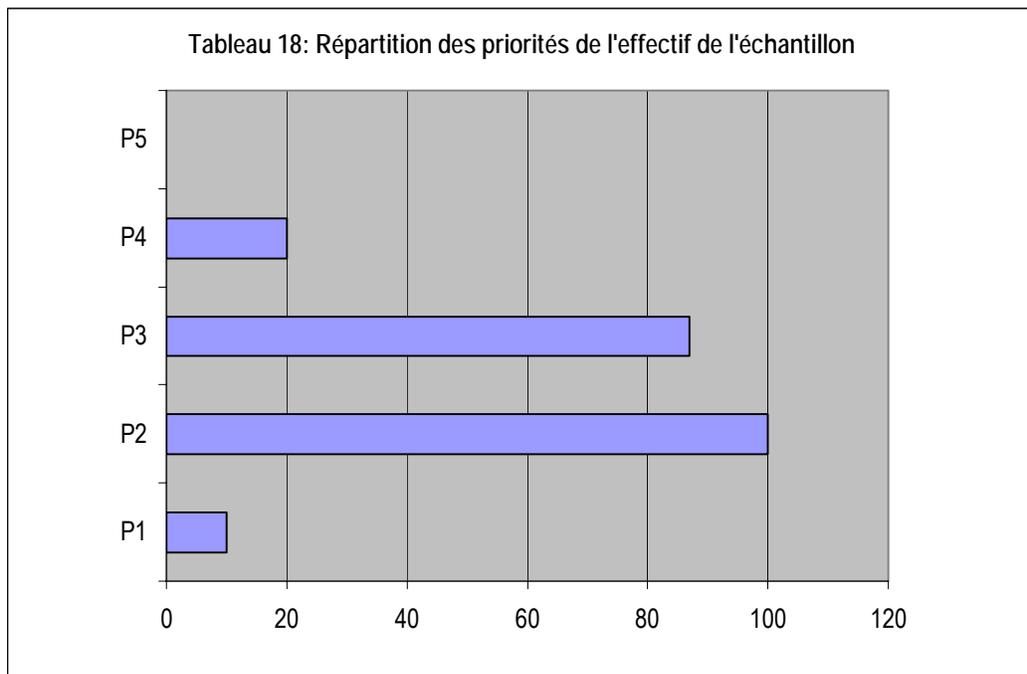


Tableau 19: Priorités en fonction de l'âge

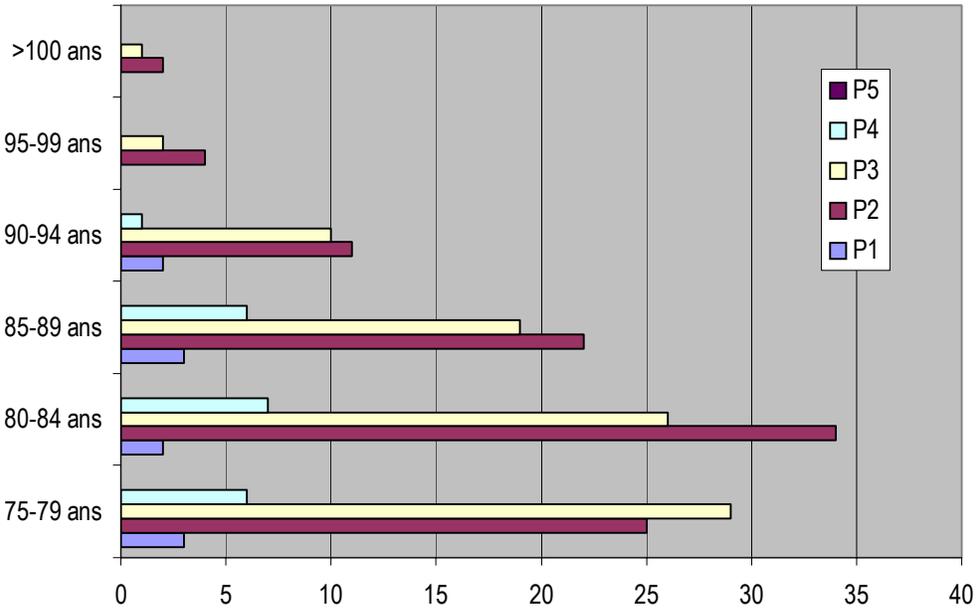
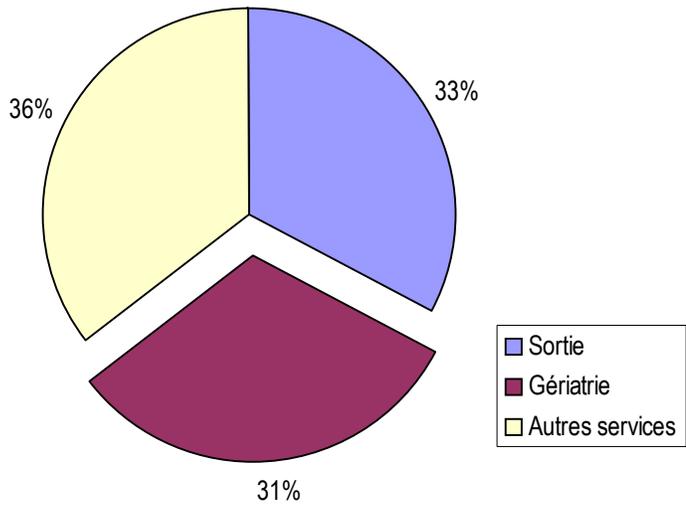


Tableau 20: Devenir des patients de l'échantillon



## 2.6. Répartition des hospitalisations

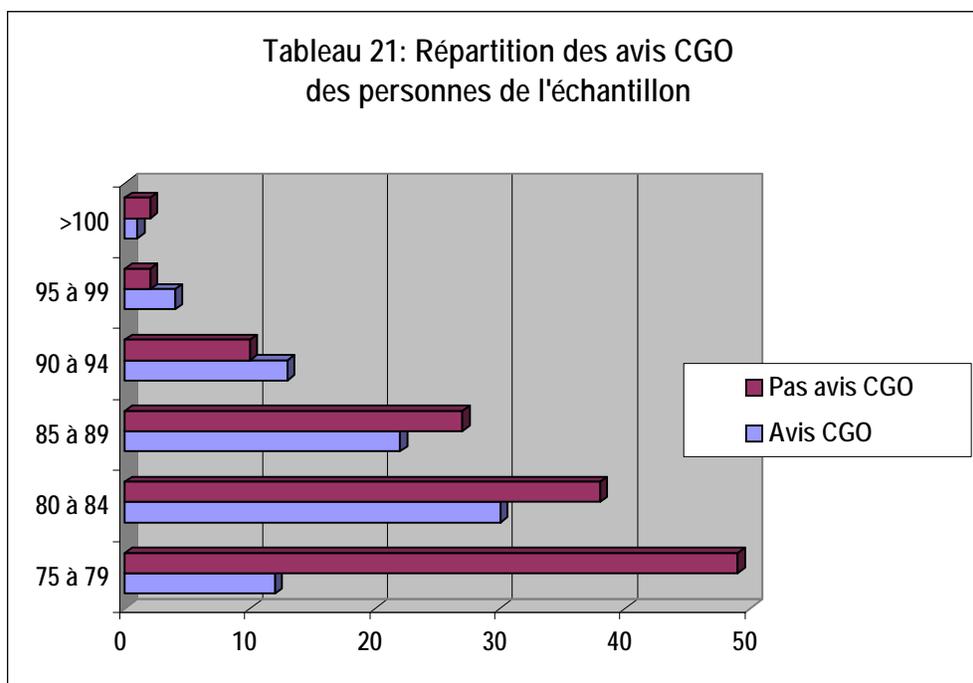
Les données de la répartition des hospitalisations viennent de la seconde partie du questionnaire. Elles sont représentées dans le tableau 20.

Six personnes bénéficieront d'une évaluation gériatrique à distance en hôpital de jour ou lors de l'hospitalisation dans les services spécialisés (hors gériatrie).

Les données du ou des diagnostics de sortie ne sont pas exploitables pour l'étude.

## 2.7. L'avis CGO

Quatre-vingt deux personnes ont bénéficié d'un avis CGO, soit 38,1% de l'échantillon. La répartition des avis CGO est représentée dans le tableau 21.



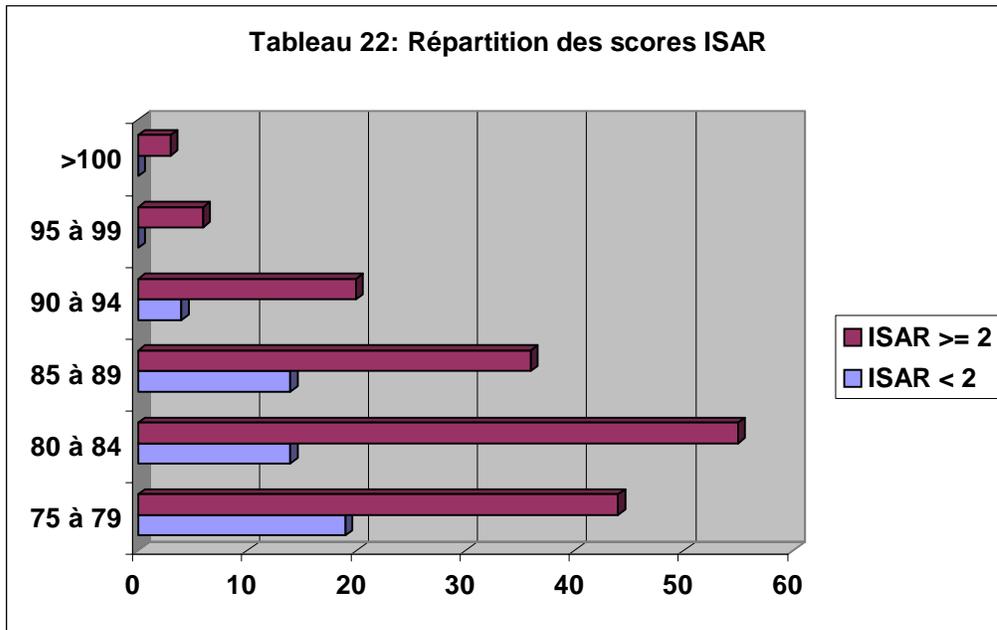
## 2.8. Score ISAR

Sur une vue d'ensemble, il y a 51 scores ISAR < 2, soit 23,7% de l'échantillon et 164 scores ISAR ≥ 2, soit 76,3% de l'échantillon.

Quand le score ISAR est  $< 2$ , on remarque que :

- Il n'y a pas de score ISAR  $< 2$  pour les personnes de plus de 95 ans.
- Dans la tranche d'âge des 75-79 ans ( 63 personnes), 19 personnes ont un score ISAR  $< 2$ , soit 30 % de cet effectif.
- Dans la tranche d'âge des 80-84 ans ( 69 personnes), 14 personnes ont un score ISAR  $< 2$ , soit 20% de cet effectif.
- Dans la tranche d'âge des 85-89 ans ( 50 personnes), 14 personnes ont un score ISAR  $< 2$ , soit 28% de cet effectif.

L'ensemble de ces résultats est représenté dans le tableau 22.



Parmi les personnes âgées ayant bénéficié d'un avis CGO et sur le calcul rétrospectif d'un score ISAR sur les données de la CGO, il s'ensuit que *trois personnes sont sous-évaluées* et *1 personne est sur-évaluée* par l'IAO.

Les résultats de chaque question du score ISAR sont rapportées dans le tableau ci-dessous.

*Questionnaire ISAR*

Réponse	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
?*	6	31	13	14	15	8
NON	111	161	131	82	136	55
OUI	98	23	71	119	64	152

*\*Abstention à la réponse*

Les deux plus importants nombres d'abstentions ou de réponses négatives concernent la question 2 et la question 5 (ANNEXE 1).

### 3.COMPARAISON DES SOUS-GROUPES EN FONCTION DU SCORE ISAR

#### 3.1.Prévalence

Cinquante et un patients ont un score ISAR < 2, soit 23,7% des patients de l'échantillon et 164 ont un score ISAR ≥ 2, soit 76,3% des patients de l'échantillon.

Pour les scores ISAR ≥ 2, il y a 107 femmes et 57 hommes, soit respectivement 49,8% et 26,5% des patients de l'échantillon.

Pour les scores ISAR < 2, il y a 24 femmes et 27 hommes, soit respectivement 11,1% et 12,6% des patients de l'échantillon.

L'ensemble de ces résultats est rapporté dans le tableau 23.

La moyenne d'âge est de 82 ans pour les patients avec un score ISAR < 2 et de 84 ans pour les patients avec un score ISAR ≥ 2.

Tableau 23. Score ISAR, priorités et sexe.

Score ISAR f	P1	P2	P3	P4	P5	Total
< 2	1	11	11	1	-	24
≥ 2	8	47	42	10	-	107
Total	9	58	53	11	-	131
Score ISAR m						
< 2	1	10	14	2	-	27
≥ 2	-	30	20	7	-	57
Total	1	40	34	9	-	84
Total	10	98	87	20	0	215

Il y a plus de femmes dépendantes ou à risque de dépendance que d'hommes ( $p = 0,02$ ).

#### 3.2.Priorités

Les priorités 2 et 3 représentent respectivement 45,6% et 40,5% de l'effectif de l'échantillon.

Dans le cadre de la priorité 2, il y a 59% de femmes et 41% d'hommes.

Quand le score ISAR < 2, il y a 11 femmes et 10 hommes, soit respectivement 11,2% et 10,2% de ce même effectif. Quand le score ISAR ≥ 2, il y a 47 femmes et 30 hommes, soit respectivement 48% et 30,6% de ce même effectif.

Sur l'effectif de la priorité 2, 77 personnes ont un score ISAR  $\geq 2$  soit 78,6% et pour la priorité 3, 62 personnes ont un score ISAR  $\geq 2$  soit 71,3%.

Dans le cadre de la priorité 3, il y a 61% de femmes et 39% d'hommes.

Quand le score ISAR  $< 2$ , il y a 11 femmes et 14 hommes, soit respectivement 12,6% et 16,1% de ce même effectif.

Quand le score ISAR  $\geq 2$ , il y a 42 femmes et 20 hommes, soit respectivement 48,4% et 22,9% de ce même effectif.

L'ensemble de ces résultats est rapporté dans le tableau 23.

Les répartitions des priorités en fonction du sexe sont superposables. L'analyse statistique de la répartition des priorités en fonction du sexe ne retrouve pas de différence significative ( $p = 0,7$  pour les femmes et  $p = 0,5$  pour les hommes).

### 3.3.Avis CGO

Les avis CGO en fonction du score ISAR sont représentés dans le tableau 24.

Tableau 24. Avis CGO et score ISAR

	Score ISAR $< 2$	Score ISAR $\geq 2$	Total
Avis CGO	13	69	82
Pas avis CGO	38	95	133
Total	51	164	215

Parmi les patients qui ont eu un avis gériatrique, 13 personnes ont un score ISAR  $< 2$  et 69 personnes ont un score ISAR  $\geq 2$ , soit respectivement 15,8% et 84,2% de ce même effectif.

Parmi les patients qui n'ont pas eu d'avis gériatrique, 38 personnes ont un score ISAR  $< 2$  et 95 personnes ont un score ISAR  $\geq 2$ , soit respectivement 28,6% et 71,4% de ce même effectif.

L'avis CGO est plus fréquent quand le score ISAR  $\geq 2$  ce qui est confirmé par l'analyse statistique ( $p = 0,03$ ).

### 3.4. Devenir

Comme dans les précédents paragraphes, les trois orientations en fonction du score ISAR sont représentées dans le tableau 25. Les orientations lits-porte sont inclus.

Tableau 25. *Devenir des patients*

	Score ISAR < 2	Score ISAR ≥ 2	Total
Gériatrie	8	60	68
Autres services	19	57	77
Sortie	24	47*	71
Total	51	164	215

*\* dont 1 fugue et 2 sorties contre avis médical*

Parmi les patients qui vont en Gériatrie, 8 personnes de plus de 75 ans ont un score ISAR < 2 et 60 personnes ont un score ISAR ≥ 2, soit respectivement 11,8% et 88,2% de ce même effectif.

Parmi les patients qui vont dans des services spécialisés ( hors gériatrie), 19 personnes ont un score ISAR < 2 et 57 personnes ont un score ISAR ≥ 2, soit respectivement 24,7% et 75,3% de ce même effectif.

Les résultats ci-dessus montrent que les personnes dépendantes ou à risque de dépendance sont bien hospitalisées dans le service de Gériatrie comme on pouvait intuitivement le penser. Une proportion importante de ces mêmes personnes âgées vont dans d'autres services qui n'ont pas de vocation première à la gérontologie. L'analyse statistique confirme la concordance entre l'hospitalisation en Gériatrie et l'évaluation des personnes âgées ayant un score ISAR ≥ 2 ( p = 0,04).

## DISCUSSION

Cette étude menée à partir de 557 admissions de personnes âgées de plus de 75 ans aux SAU du centre hospitalier de Saint-Nazaire permet de déterminer leurs caractéristiques épidémiologiques, médicales et leur devenir.

Dans un premier temps, la population des personnes âgées de plus de 75 ans va être comparée à celle d'autres études. Ce travail permet d'identifier entre autres le groupe des personnes dépendantes ou à risque de dépendance. Dans un deuxième temps, l'évaluation de ce groupe va être comparée à l'effectif total des personnes âgées de plus de 75 ans. Le troisième temps permet de faire des propositions d'organisation de la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans au SAU de Saint-Nazaire.

### *1.RESULTATS D'ENSEMBLE*

Le seuil de 75 ans a été retenu sur des arguments épidémiologiques et cliniques. Les personnes de plus de 75 ans représentent environ la moitié de la population des personnes de plus de 65 ans [31]. C'est le seuil de définition du vieillard selon l'OMS et l'âge à partir duquel, la personne est à risque d'être polypathologique ou à risque de dépendance.

Cette étude montre que l'âge n'est pas un critère satisfaisant dans l'évaluation de la dépendance ou du risque de dépendance (Tableaux 21 et 22) en conformité avec d'autres littératures [22-26].

### *2.LIMITATIONS DE L'ETUDE*

Cette étude est prospective, ce qui pose le problème de la faisabilité du score ISAR à l'accueil des Urgences par l'IAO (39% de questionnaires remplis). Le score ISAR n'est pas rempli pour deux raisons : la première étant la disponibilité et la motivation de l'IAO à le remplir et la deuxième étant l'accord de la personne âgée à y répondre. Il est à noter que plusieurs personnes âgées étaient mal à l'aise avec certaines questions. En effet, le taux d'abstention ou de réponses négatives sont plus importants pour les questions 2 et 5. Elles correspondent respectivement à la perte d'autonomie depuis le début des symptômes et aux problèmes de mémoire.

### **3.LES PERSONNES AGEES ADMISES AUX SAU**

#### **3.1. Données épidémiologiques**

Les personnes de plus de 75 ans représentent 18,5% des personnes admises aux Urgences de Saint-Nazaire. Elles sont plus nombreuses (entre + 6,5% à + 8,5%) par rapport à l'enquête DREES de 2002 [32, 33]. La prévalence est plus importante également par rapport aux hôpitaux parisiens ou dans le Nord de la France [34]. Saint-Nazaire représente un bassin de population de 260000 habitants incluant des stations balnéaires avec un afflux saisonnier et un vieillissement de la population par de nombreux retraités (Tableau 2 et 3).

La moyenne d'âge est d'environ 82 ans. Un tiers de cette population appartient à la tranche d'âges des 75-79 ans et la moitié à celle des 80-89 ans. Il existe une prédominance féminine qui s'accroît avec l'âge et nettement à partir de 85 ans. Toutes ces données sont superposables à l'enquête DREES de 2002. Par contre, la fréquentation est plus importante les jours de semaine quel que soit l'âge des patients et la fréquentation des Urgences est également plus importante à partir de 12H00 et ce jusqu'au lendemain 8H00.

Depuis 10 ans, moins de patients viennent du domicile (73%) mais également moins de lettre de médecin les accompagnent (60%) [35]. Le médecin traitant reste l'acteur principal dans les modes d'admission mais n'est pas majoritaire(26,7%) ; une part non négligeable d'admissions revient au conseil téléphonique du centre 15 (22,4%) et à SOS médecin (14%). Ces derniers pourcentages sont significativement différents des autres études [32, 36-38]. Régulièrement, les cabinets libéraux sont surchargés et ne laissent pas de place aux demandes urgentes. Par ailleurs, il n'y a pas de garde libérale à Saint-Nazaire. Le recours se porte alors naturellement sur les services disponibles.

#### **3.2. Données médicales**

##### **3.2.1. Les motifs d'admission**

Les motifs d'admissions dans le secteur psychiatriques sont moins importants que dans les autres études (3 cas). Deux tiers des admissions traumatologiques sont des femmes ; cette prédominance féminine est retrouvée dans les autres études. En revanche, les femmes restent largement majoritaires au niveau des admissions médico-chirurgicales [32].

L'outil informatique *UrQual* ® sélectionne *un motif d'admission et un seul* pour chaque patient. Contrairement à d'autres études, les affections cardio-vasculaires n'arrivent pas en tête des motifs d'admission, ceci étant lié, peut-être, au fait que des admissions sont programmées dans le service de Cardiologie [37-39]. L'altération de l'état général (11%) et

les malaises (14%), pathologies très gériatriques contre lesquelles les services de médecine non gériatrique sont peu armés, représentent deux des trois motifs d'admissions médico-chirurgicaux les plus fréquents. Ce sont rarement des motifs mis en avant dans les courriers des médecins traitants : ils sont « difficiles » à faire admettre aux Urgences.

L'étude ne révèle, avec surprise, que quatre cas de chutes à répétition et 1 seul cas d'urgence sociale. Pourtant le nombre de chute augmente avec l'âge et les pathologies cardio-vasculaires et iatrogènes ainsi que « l'évolution de la société qui provoque solitude et détresse morale » [43].

Le fait d'adresser des patients pour des symptômes généraux aux urgences, faute de solution alternative, ne constitue pas une hospitalisation abusive mais sans doute une urgence abusive.

### *3.2.2. Les priorités*

Le score de priorités aux soins est une particularité des Pays de la Loire. Les données de la littérature trouvent référence à la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU). Celui-ci est un score de gravité établi après l'examen clinique initial tandis que le nôtre est un score d'évaluation de priorité aux soins en fonction du motif d'admission par l'IAO à l'accueil des Urgences.

### *3.3. Données organisationnelles*

#### *3.3.1. Le temps de présence des patients aux urgences*

Le délai de transfert entre les Urgences et les services d'hospitalisation est d'environ 4 heures et 20 minutes ce qui est peu différent d'autres études [32]. C'est un élément important dans la mesure où l'entrée à l'hôpital représente pour ces personnes âgées un changement brusque de cadre de vie et dont le risque est de perdre leurs repères et de se laisser « glisser » [40]. La prise en charge de la personne de plus de 75 ans est plus longue et plus compliquée que pour les personnes moins âgées ce qui explique un allongement du temps de présence par rapport à l'ensemble des admissions (204 minutes).

Le temps de prise en charge des personnes âgées est nettement plus élevé que pour le reste des patients. La proportion des priorités 3, 4 voire 5 (quand il y en a) dans cette population est importante. Il y a probablement une évaluation médicale de la priorité aux soins différente de celle de l'IAO dans les Urgences qui traduit des priorités 3 et 4 « maquillées ».

### *3.3.2. Le devenir des patients*

Les patients sont soit externes soit hospitalisés.

Les personnes âgées hospitalisées vont en Gériatrie (24,6% des cas), aux lits-porte et les autres services d'hospitalisation (46,8% des cas). Au total, 71,4% des personnes de plus de 75 ans accueillies aux Urgences sont hospitalisées ce qui est peu différent (- 4,6%) de l'ensemble des services d'Urgences [34, 41].

La proportion de personnes externes est de 27,5% et l'intervention de la CGO en représente 1,6% de l'ensemble des cas.

Il est important de souligner que les personnes âgées se présentant aux Urgences sont en grande majorité réellement malades !

Il ressort de ces valeurs que la difficulté d'hospitaliser en Gériatrie est moins importante que dans d'autres hôpitaux [32, 42]. La sortie des patients sans avis CGO est importante. Il serait souhaitable d'évaluer la qualité de la sortie de ces patients sans avis CGO en dénombrant combien d'entre eux sont hospitalisés de nouveau dans les 8 jours. Ce délai représente vraisemblablement une mauvaise évaluation des conditions de retour à domicile. Rappelons que pendant l'étude, seule une personne sur 557 a été admise aux Urgences deux fois en un mois pour « dyspnée importante ».

## ***4.LES PERSONNES DEPENDANTES OU A RISQUE DE DEPENDANCE***

### *4.1.Données épidémiologiques*

La prédominance féminine (60,5%) est superposable à l'ensemble des femmes admises pendant la durée de l'étude (61,6%). Les femmes dépendantes ou à risque de dépendance sont plus nombreuses que les hommes de manière significative.

La moyenne d'âge (83,38 ans) est sensiblement identique à celle de l'effectif total et les disparités d'âge en fonction du sexe s'amointrissent (80,96 ans pour les hommes et 84,97 ans pour les femmes). La moyenne d'âge pour les personnes dépendantes ou à risque de dépendance est de 83,81 ans ce qui est sensiblement identique à la population totale. Les femmes sont majoritairement dépendantes et cette prédominance féminine s'accroît aussi avec l'âge. Les personnes âgées avec un score ISAR < 2 ont une moyenne d'âge peu différente ( 82,02 ans).

La limite d'âge  $\geq 75$  ans n'est pas un critère suffisant dans l'évaluation des personnes dépendantes ou à risque de dépendance. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, cette limite d'âge semble s'être déplacée de 10 ans.

#### *4.2. Données médicales*

Certains motifs d'admissions se révèlent avec l'identification des personnes âgées dépendantes ou à risque de dépendance parmi l'ensemble des personnes âgées. L'« altération de l'état général ou déséquilibre de maladie chronique » et le « malaise ou syncope » sont majoritaires ; les « chutes sans traumatisme identifié ni malaise » apparaissent comme un motif d'admission important.

L'analyse statistique montre que l'évaluation de la gravité à l'accueil des personnes âgées est indépendante de l'âge et du sexe.

Les priorités 2 et 3 sont majoritaires et équivalentes en terme de proportion (respectivement 78,6% et 71,3%) pour les personnes dépendantes ou à risque de dépendance.

Les priorités 3 correspondent à la classe de patients dont l'urgence de soins est à donner dans l'heure. Cependant en fonction des motifs d'admissions qui s'y rapportent, la prise en charge dans l'heure est discutable. L'altération de l'état général en fait partie. C'est souvent le symptôme annoncé pour cacher les problèmes de maintien à domicile. La constatation est similaire, mais nuancée, pour le motif « malaise ou syncope » même s'il s'agit d'une priorité 2. Parmi ces malaises, certains sont d'origines cardiaques ou neurologiques mais d'autres sont liés à l'alcool.

Certains motifs d'admissions médico-chirurgicaux ne semblent pas adaptés aux personnes de plus de 75 ans et cela se traduit au niveau du tri des priorités aux soins. Ces évaluations à l'accueil ne tiennent pas compte de la polypathologie (un seul motif d'admission) des personnes âgées d'une part et l'intrication de celle-ci avec la dimension sociale d'autre part. En somme, plus l'on veut que ce tri soit efficace, plus l'on est obligé que ce tri soit complexe. L'évaluation de la dépendance assortie de la réévaluation des priorités aux soins à l'accueil des Urgences semblent intéressantes pour appréhender la personne âgée dans sa globalité.

De manière évidente, l'avis CGO est plus fréquent quand le score ISAR  $\geq 2$  (tableau 24). Cela confirme que l'avis CGO est demandé à bon escient.

De manière générale et pour toutes les personnes adultes se présentant aux Urgences, la proposition d'un système de tri est récurrente. Une étude sur le tri des personnes adultes avant le service des Urgences, par un médecin généraliste ou un infirmier spécialisé, chargé

de valider le recours au service spécialisé, montrait un manque de fiabilité et un manque d'efficacité [44]. Cela ne s'appliquait pas exclusivement aux personnes de plus de 75 ans mais ce système peut être comparé à celui des entrées directes en Gériatrie. Elles représentent environ 10% des entrées non programmées en Gériatrie. Elles ne sont pas suffisamment nombreuses par manque de place dans le service de Gériatrie (ce qui augmente directement le nombre d'entrées aux Urgences) d'une part et par méconnaissance des médecins généralistes, traitants ou non, de l'existence de la CGO.

### *4.3. Devenir*

Un tiers des personnes dépendantes sont externes (Tableau 25). Pour rappel, seules 6 personnes externes vont bénéficier d'une évaluation gériatrique à distance. Il y a donc, en dehors des cas où la personne retourne dans une institution, un manque de sensibilisation des urgentistes à l'évaluation gériatrique programmée en hôpital de jour.

Par ailleurs, il serait intéressant de voir le nombre de réadmission dans les 8 jours pour évaluer le devenir des personnes sorties sans avis CGO (aucune sur l'échantillon) et si l'augmentation des visites aux urgences est le fait d'un nombre stable de patients âgés qui reviennent régulièrement [44].

Les 2/3 des personnes de l'échantillon sont hospitalisées à part égale entre le service de Gériatrie et les autres services (Tableau 25). L'hospitalisation en Gériatrie est concordante avec l'évaluation du score ISAR.

Le score ISAR semble être un outil intéressant dans l'orientation des personnes âgées dès l'accueil des Urgences vers une structure gériatrique ou équivalente. Naturellement, il ne s'agit pas d'un outil diagnostique (paragraphe 4.1. chapitre 2) qui shunterait les Urgences adultes. Au contraire il pourrait dépister les personnes dépendantes ou à risque de dépendance dès l'accueil des Urgences (paragraphe 4.2. chapitre 5) pour les orienter vers une unité d'accueil gériatrique non programmée.

## *5. PROPOSITIONS D'ORGANISATION*

Quels que soient les modes d'organisation qui peuvent être mis en place pour prendre en charge les personnes âgées hors de l'hôpital, il semble peu réaliste d'espérer une baisse massive de la fréquentation des services d'urgences. On peut espérer toutefois une évolution freinée par une organisation plus structurée en amont de l'hôpital.

## *5.1.En amont des Urgences*

### *5.1.1.Les CLICS et les CEGAP*

Des expériences ont été tentées pour diminuer en amont, par une prise en charge précoce notamment libérale, le flux des malades aux Urgences avec des succès mitigés. C'est le cas des CLICs (Centre Local d'Information et de Coordination) et des CEGAP (Conseil Evaluation Gérontologique Actions de Prévention) mis au point par les gériatres et en collaboration avec les services sociaux peut permettre des évaluations gériatriques précoces. Il existe plusieurs CLICs dans les pays de Loire. Celui de Saint-Nazaire ne prévoit malheureusement pas d'évaluation des personnes âgées au domicile. C'est le Service Evolution Autonomie, structure constituée des assistantes sociales de Gériatrie qui joue ce rôle.

Cependant, leurs existences doivent être rappelées aux médecins libéraux au travers d'EPU (Enseignement Post Universitaire), d'informations, d'articles divers. Le médecin traitant est bien placé pour ressentir les difficultés à venir de maintien à domicile. L'intervention de ces structures d'évaluation et de conseil pourrait peut-être éviter des hospitalisations abusives aux Urgences par manque de moyens sociaux mis en place.

Au Québec, un équivalent de ces types de structure, appelé CLSC (Centre Local des Services Communautaires) occuperait une place importante en amont de l'hôpital dans la coordination et le suivi des malades gériatriques [45].

### *5.1.2.Le rôle de la CGO*

La CGO joue un rôle en amont des Urgences qui reste, au demeurant, mal connu des praticiens libéraux. Outre son rôle hospitalier actuel, elle peut, par téléphone, donner des conseils et organiser l'hospitalisation directe en Gériatrie. La sensibilisation des médecins généralistes à ce type d'intervention peut à moyen terme éviter des hospitalisations aux Urgences non adaptées.

## *5.2.Accueil Gériatrique Non Programmé*

Au niveau des Urgences, le rôle des Unités d'Hospitalisation de Courte Durée est bien défini. C'est une zone d'accueil ouverte 24H/24 et 7J/7 qui permet une observation du malade avant diagnostic définitif et orientation ou d'initier une prise en charge thérapeutique (transfusions...) pour un délai maximal de 24 heures. Très souvent, c'est le lieu d'attente des personnes âgées en vue d'une évaluation gériatrique (Tableau 12) ou d'une hospitalisation en Gériatrie.

Pour faire face à cette dernière situation, il serait souhaitable de mettre en place, parallèlement aux Urgences, un Accueil gériatrique Non Programmé distinct de la CGO ou de l'hôpital de jour gériatrique (fonctionnant uniquement sur un mode programmé).

L'objectif premier de cette structure serait l'accueil et la prise en charge des personnes âgées pour favoriser le retour à domicile dans de bonnes conditions (paragraphe 4.3. chapitre 4). Le second objectif serait le lieu d'attente des personnes gériatriques stables en vue d'une hospitalisation dans une structure gériatrique ou équivalente.

Dans l'état actuel des capacités hospitalières, ce projet semble difficile à réaliser. Toutefois, ce type d'intervention à long terme semble réalisable dans la future CITE SANITAIRE.

### *5.3.En aval de l'hôpital*

Les difficultés rencontrées en aval des Urgences sont liées à un manque de places chroniques dans les lits d'hospitalisation de médecine, si bien que le CH de Saint-Nazaire a mis en place une procédure de sur-occupation qui permet aux urgentistes d'hospitaliser le patient qui le nécessite dans n'importe quel service , dès lors que l'ensemble des services médicaux est saturé [46].

*Le service de médecine polyvalente* destinées à accueillir les patients atteints de polyopathie, âgés ou non, pourraient répondre aux demandes d'hospitalisation en provenance du service des Urgences mais ses capacités d'accueil ne le permettent pas.

*Les soins de suites* permettrait de réduire les séjours en médecine très spécialisée quand cela n'est pas justifié. Mais actuellement, elles sont sous-médicalisées et leurs capacités d'accueil réduites.

Quant au retour à domicile des personnes âgées, la sensibilisation des Urgentistes à la *consultation gériatrique à distance* pourrait également éviter des hospitalisations ultérieures.

## CONCLUSION

Le service d'urgence est un véritable baromètre : il enregistre les effets des modifications tant de l'offre que de la demande de soins.

Le score ISAR identifie deux types de personnes âgées hospitalisées : les personnes autonomes et les personnes dépendantes ou à risque de dépendance. Le choix du seuil critique bas  $\geq 2$  est important car il identifie un nombre plus important de personnes dépendantes ou à risque de dépendance que s'il avait été plus élevé.

Le temps de séjour aux Urgences des personnes âgées est plus important que pour l'ensemble des patients accueillis aux Urgences. Plus la prise en charge gériatrique sera retardée, plus le temps de séjour aux Urgences sera long et plus le pronostic vital ou fonctionnel sera mauvais.

La création d'un Accueil Gériatrique Non Programmé permettrait de désengorger les Urgences des personnes âgées dépendantes ou à risque de dépendance qui n'encourent pas un risque vital immédiat. Le score ISAR permettrait de les y orienter dès l'accueil.

Pour améliorer son efficacité, il serait souhaitable d'élaborer des motifs d'admissions adaptés aux personnes âgées.

ANNEXE 1  
Questionnaire ISAR<sup>1</sup>  
Identification Systématique des Aînés à risque

1. Avant la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, aviez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider sur une base régulière ?	<input type="checkbox"/> OUI	01
	<input type="checkbox"/> NON	00
2. Depuis la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, avez-vous eu besoin de plus d'aide qu'à l'habitude pour soin de vous ?	<input type="checkbox"/> OUI	01
	<input type="checkbox"/> NON	00
3. Avez-vous été hospitalisé(e) 1 nuit ou plus au cours des derniers 6 mois (excluant un séjour à l'urgence) ?	<input type="checkbox"/> OUI	01
	<input type="checkbox"/> NON	00
4. En général, voyez-vous bien ?	<input type="checkbox"/> OUI	01
	<input type="checkbox"/> NON	00
5. En général, avez-vous des problèmes de mémoire ?	<input type="checkbox"/> OUI	01
	<input type="checkbox"/> NON	00
6. Prenez-vous plus de 3 médicaments Différents par jour ?	<input type="checkbox"/> OUI	01
	<input type="checkbox"/> NON	00

<sup>1</sup> " Questions in the Identification of Seniors At Risk Screening Tool "

## ANNEXE 2

### Questionnaire pour les patients de plus de 75 ans

<i>A l'arrivée du patient :</i>	
1- Avant cette admission aux Urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?	Oui/Non
2- Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux Urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?	Oui/Non
3- Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?	Oui/Non
4 - Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problème de vue ?	Oui/Non
5 - Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problème de mémoire ?	Oui/Non
6 - Prenez-vous plus de trois médicaments par jour ?	Oui/Non
<b>A la sortie du patient :</b>	
7 - Un avis spécialisé a-t-il été demandé ? Si oui, de quelle nature et dans quel ordre ? CGO( ), assistante sociale( ), autre( ).	Oui/Non
8 - Quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) retenu(s) ?	
9 - quelle est l'orientation <u>souhaitée</u> ? - Sortie - avec évaluation globale gériatrique ultérieure ? - Hospitalisation ? - en médecine spécialisée ? - en gériatrie ?	Oui/Non Oui/Non Oui/Non Oui/Non Oui/Non

## ANNEXE 3

### Nouveaux Motifs de contact des urgences

#### A >>Médecine-Chirurgie

##### AA >Cardio-circulatoire

AA100 Arrêt cardio-respiratoire

AA102 Insuffisance circulatoire

AA103 Hémorragie massive

AA203 Anomalie du rythme cardiaque

AA204 Crise hypertensive constatée

##### AB >Gastro-entérologie

AB222 Hématémèse, méléna, rectorragie

AB223 Nausées, vomissements répétés ou fécaloïdes

AB224 Corps étranger digestif

AB308 Symptômes gastro-intestinaux isolés

##### AC >Infectieux

AC229 Hypothermie < 35°, Hyperthermie > 41°

AC230 Fièvre + symptômes

AC309 Abces

AC310 Fièvre isolée sans autre symptôme

##### AD >Médecine interne

AD231 Trouble métabolique majeur documenté

AD311 AEG ou déséquilibre maladie chronique

AD316 Modification récente de l'aspect cutanéomuqueux

AD 317 Trouble métabolique documenté

AD403 Chute sans trauma identifié ni malaise

AD407 Maladie de peau ancienne

AD413 Demande isolée de cure de sevrage

##### AE >Neurologie

AE104 Trouble de la conscience

AE105 Convulsion constatée à l'accueil

AE205 Altération de la vigilance

AE206 Confusion aiguë < 3 jours

AE207 Paralyse ou Trbles sensibilité ou Trble Å de la vue ou de la parole

AE208 Céphalées aiguës

AE209 Malaise ou syncope

AE401 Confusion > 3 jours

##### AF >Ophtalmo, ORL, Stomato

AF233 Surdité brutale

AF234 Epistaxis importante

AF235 Corps étranger ORL

AF315 Rougeur ou g ne de l' il

AF411	Epistaxis légères
AG	<b>&gt;Pneumologie</b>
AG101	Détresse respiratoire aigue
AG200	Difficulté respiratoire nette
AG201	Hémoptysie
AG300	Dyspnée modérée ou légère
AH	<b>&gt;Toxicologie Allergologie</b>
AH111	Réaction allergique grave
AH112	Intoxication médicamenteuse grave
AI	<b>&gt;Urologie</b>
AI226	Rétention d'urine
AI318	Dysurie sans fièvre ou hématurie
B	<b>&gt;&gt;Traumatologie</b>
B106	Traumatisme avec risque vital ou fonctionnel majeur
B107	Perte d'un membre ou d'un segment de membre
B108	Blessures par balle ou arme blanche
B109	Brûlure visage ou étendues
B110	Brûlure chimique de l'oeil
B211	TC avec symptôme
B212	Traumatisme du rachis
B213	Traumatisme abdominal ou thoracique
B214	Plaie importante
B215	Fracture ouverte
B216	Traumatisme de membre avec 5<EVA< 8
B217	Traumatisme violent
B218	Traumatisme avec risque hémorragique élevé
B228	Agression sexuelle
B232	Traumatisme oculaire, corps étranger de l'oeil
B302	Traumatisme articulaire ou de membre < 5
B304	TC mineur isolé
B305	Plaies mineures
B306	Morsure, piqûre
B404	Erosion(s) superficielle(s) Contusion(s) mineure(s)
B405	Brûlure(s) légère(s)
B406	Hématome, tuméfaction, kyste
B412	Problème d'ongle
B414	Traitement spécial court
C	<b>&gt;&gt;Douleur</b>
C113	Douleur EVA >= 8
C202	Douleur thoracique avec ATCD, FDR, âge> 35 ans
C210	Douleur et modification d'aspect d'un membre
C219	Douleur sous plâtre
C220	Douleurs rachidiennes intenses ou compliquées
C221	DI abdominales intenses (5<EVA<8) et ou aiguës
C225	Douleur testiculaire brutale
C301	Douleur thoracique
C303	Douleur légère d'un membre ou d'une articulation

C307	Douleur abdominale légère ou ancienne
C400	Céphalée > 15 jours
C402	Douleurs rachidiennes
C408	Mal de gorge
C409	Mal d'oreille
C410	Mal de dents
D	<b>&gt;&gt;Socio-Psy</b>
D114	Comportement violent
D227	Trouble du comportement
D312	Etat anxieux
D313	Tendance suicidaire
D414	Traumatisme psychologique : témoins d'accident, d'agression
D415	Problème psychiatrique chronique
D500	Convocation par le SAU pour intervention ou consultation
D501	Rapatriement ou transfert pour raison personnelles, sanitaire ...
D502	Urgences sociales isolées, protection des personnes, maltraitance
D503	Consultation pour risque professionnel ou médico-légal
E	<b>&gt;&gt;Sans motif d'admission adéquat</b>
E199	Priorité 1 (Prise en charge immédiate) sans motif adéquat
E299	Priorité 2 (Prise en charge dans les 20 min) sans motif adéquat
E399	Priorité 3 (Prise en charge dans l'heure) sans motif adéquat
E499	Priorité 4 (Prise en charge dans les 2 heures) sans motif adéquat
E599	Priorité 5 (Pas de délai, voir avec sénior) sans motif adéquat
F504	<b>&gt;I.P.M.</b>
RET	<b>&gt;RETOUR</b>

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] JOSSE A. Raisons d'admission aux urgences de NANTES des personnes de plus de 75 ans ou plus. Thèse de médecine année 1999-2000. Faculté de médecine de Nantes.
- [2] POUPET JY, INGRAND P, PRADERE C. Les personnes âgées adressées aux urgences : caractéristiques médico-sociales, motifs d'admission et orientation initiale. *La revue de gériatrie* 1995 ; 21 : 465-70.
- [3] PRIOUX F. L'évolution démographique récente en France. *Population* 56 2001 : 571-610.
- [4] BRUTEL C. Projections de population à l'horizon 2050 : un vieillissement inéluctable. *Insee Première* 2001 ; 762 : 4.
- [5] BRUTEL C, OMALEK L. Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements ( horizon 2030/ 2050) 2003 ; 16 : 40. Insee résultats.
- [6] DELBES C, GAYMU J. (2001) Aspects démographiques du grand âge. *Gérontologie et société* Numéro spécial, 11-22.
- [7] ROBINE JM, MORMICHE P. « L'espérance de vie sans incapacité augmente », Insee première n°281, octobre 1983, INSEE.
- [8] LABET T, BOUGET J. Les urgences gériatriques médicales en hôpital général. *La revue de gériatrie* 1995 ; 20 : 471-80.
- [9] MANISH N, SHAH MD, PAUL J, RATHOUZ. Emergency department utilization by noninstitutionalized elders. *Acad Emerg Med* 2001; 8: 267-73.
- [10] LE CONTE PH, BARON D. La personne âgée dans le service d'accueil et d'urgence. *Actual Réanim Urg* 1996 ; 447-8.
- [11] FANELLO S, MOUTEL L, HOUSSIN L. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des admissions et urgences d'un grand hôpital. *Santé publique* 1999 ; 11 : 465-82.
- [12] MONNS P, ARNAUTS H, DELOOZ HH. Nursing issues in care for the elderly in the emergency department : an overview of the literature. *Accid Emerg Nurs* 2003; 11: 112-20.
- [13] BAUM SA. Old people in the emergency room: age-related differences in emergency department use and care. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35: 398-404.
- [14] HAYES KS. Geriatric assesment in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2000; 26: 430-5.

[15] TOMCZAK PH. Gestion du flux de personnes âgées aux urgences dans une filière gériatrique saturée. Thèse de médecine année 2000-2001. Faculté de médecine de Lille.

[16] CLEMENT JM. Ce qu'il faut savoir sur les Schémas d'Organisation Sanitaire. *La Revue de Gériatrie* 2000 ; 25 : 7-16.

[17] CONSO JF. Les points ISA et la fixation des budgets hospitaliers. *Le Concours Médical* 1997 ; 20 : 1468-1470.

[18] FORCIOLI P. Les Agences Régionales de L'Hospitalisation (ARH) et l'accréditation. *Presse médicale* 2001 ; 30 : 278-280.

[19] CNEH. CITE SANITAIRE DE SAINT-NAZAIRE. ELABORATION DU PROJET MEDICAL. Rapport Juin 2004 ; 5.

[20] MCCUSKER J, BELLAVANCE F, CARDIN S, TREPANIER S, VERDON J, ARDMA O. Detection of Older People at Increased Risk of Adverse Health Outcomes After an Emergency Visit: The ISAR Sreening Tool. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1118-24.

[21] FANELLO S, MOUTEL L, HOUSSIN L, DURAND-STOCCO C, ROY PM. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le Service des Admissions et Urgences d'un grand hôpital. *Santé Publique* 1999 ; 11 : 465-82.

[22] PELEMANS W. Le patient gériatrique. Le profil gériatrique. *Pfizer*, 50.

[23] CAPLAN GA, BROWN A, CROKER WD, DOOLAN W. Risk of admission within 4 weeks of discharge of elderly patients from the emergency department-the DEED study. *Age and ageing* 1998; 27: 697-702.

[24] PICHOT-DUCLOS B, ALIX E, THOMAS O, FOUBERT F, BOURRIER P, LANNEHOA Y et al. Facteurs de risque de réhospitalisation des personnes âgées de plus de 75 ans et plus dans un centre hospitalier général. *L'année gériatologique* 2002 : 42-588.

[25] RAINFRAY M, BOURDEL-MARCHASSON I, DEHAIL P, RICHARD-HARSTON S. L'évaluation gériatologique : un outil de prévention des situations à risque chez les personnes âgées. *Ann Med Interne* 2002 ; 6 : 397-402.

[26] SWINE CH, CORNETTE P. Fragilité. Le profil gériatrique. *Pfizer*, 54.

[27] ] MCCUSKER J, BELLAVANCE F, CARDIN S, TREPANIER S, VERDON J, ARDMA O. Detection of Older People at Increased Risk of Adverse Health Outcomes After an Emergency Visit: The ISAR Sreening Tool. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1229-24.

[28] ISAR: OUTIL DE DEPISTAGE DES AINES A RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE SE PRESENTANT A LA SALLE D'URGENCE. *GUIDE D'IMPLANTATION ET D'UTILISATION*. Juin 1998.

[29] PIQUET AF et al. Bien accueillir, c'est déjà soigner, SFUM Rennes- Bulletin d'information spécial, 1998.

[30] MENARD-PARISEAU L. Tri des patients à leur arrivée au service des urgences. *Réanimation – Urgences*, 1998.

[31] SERMET C. Description de la population de plus de 75 ans en France : état des lieux et perspectives. *Journal européen des Urgences* 2004 ; 203 : 9-11.

[32] Les usagers des Urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et Résultats DREES n° 212 janvier 2003.

[33] Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées 2001. Observatoire régional des Urgences en Midi-Pyrénées (ORUMIP) Toulouse Eds.

[34] GIRARDOT F, GROSSHANS C, PETER B, BOURDERONT D. L'admission des personnes âgées aux urgences médicales d'un hôpital général. *La revue de Gériatrie* 1996 ; 102.

[35] CONGY F, PIETTE F, SPECIEL P, DAVIDO A, ABALAIN C, GUILLET C, HUARD D, WANG A, WOLMARK Y, BERTHAUX P, CORONE P, EMERIT J, FORETTE B, MOULIAS R. Les personnes âgées admises par le service d'urgence du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière. *Revue de Gériatrie* 1990 ; 15, 2, 45-48.

[36] DRUNAT O, ROUCOU Y ; Filières de soins hospitaliers et personnes âgées : expérience du centre hospitalier de Lagny Marne la Vallée. *Revue de Gériatrie* 1994 ; 19, 277.

[37] RIETSCH M.P, LUN N, BROGARD J.M, MANTZ J.M, TEMPE D, BERTHEL M, KUNTZMANN F. L'admission des personnes âgées aux Urgences médicales. Résultats d'une enquête prospective réalisées aux Hospices Civils de Strasbourg *J.Méd. Strasbourg* 1991 ; 22, 9, 494-499.

[38] CZERNICHOW P, BARREL A.J, MOYNOT Y, FROMENT L. L'admission des personnes âgées à l'hôpital. Recherche de facteurs de risque en médecine libérale. *Revue de Gériatrie* 1988 ; 13, 2, 58-63.

[39] RIETSCH M.P, GIES J, MULHMANN-WEIL M, BERTHEL M, KUNTZMANN F. La personne âgée et l'urgence. A propos de 811 interventions primaires effectuées par le SMUR de Strasbourg auprès de personnes âgées de 65 ans et plus. *J. Méd. Strasbourg* 1990 ; 21, 3, 119-123.

[40] GIRARDOT F, GROSSHANS C, PETER B, BOURDERONT D. L'admission des personnes âgées aux urgences médicales d'un hôpital général. *La revue de Gériatrie* 1996 ; 101 : 28-32.

[41] LAZAROVICI C, CARRASCO V, BAUBEAU D, SOMME D, SAINT-JEAN O. Enquête sur les utilisateurs d'urgences, profil des usagers de plus de 75 ans. *Journal Européen des Urgences* 2004 ; 213 : 21-33.

[42] LAMBERT H, ALLA F, HMI DOUCH-FERRY R, PICHOT DU MEZERAIS A, MAIGNAN A, BELLOU A. Epidémiologie des personnes âgées de plus de 75 ans admises dans les services d'urgences français. *Journal Européen des Urgences* 2004 ; 216-218.

[43] VELLAS B, ALBAREDE J.L. La prévention des chutes chez la personne âgée. L'actualité en gérontologie 1984 ; 1283-1285.

[44] GILLET J.B. Les fausses urgences, un vrai problème ? Revue hospitals.BE 2004

[45] COUILLARD P. Congrès de l'association des CLSC et des CHSLD du Québec 2003.

[46] CNEH. CITE SANITAIRE DE SAINT-NAZAIRE. ELABORATION DU PROJET MEDICAL. Rapport Juin 2004 ; 27-28.

[47] GOLBERINE G. Des Urgences à la maison de retraite. *Sciences et Avenir* 2003.

[48] PRINCIPE A. Quels sont les informations et les éléments immédiats nécessaires à la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans à l'arrivée au service d'urgences ? *Journal Européen des Urgences* 2004 ; 308 : 1-5.

NOM : MAZOWIECKI

PRENOM : Sabine

**Titre de Thèse : INTERET DU SCORE ISAR DANS L'EVALUATION ET L'ORIENTATION DES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS AU SAU**

---

**RESUME**

L'objectif de cette étude prospective est d'identifier, grâce au score ISAR, les personnes âgées en perte ou à risque de dépendance parmi les personnes âgées de plus de 75 ans se présentant au SAU.

Cette étude s'est déroulée au CH de Saint-Nazaire du 1<sup>er</sup> juin 2005 au 30 juin 2005 et portait sur l'établissement du score ISAR par l'IAO pour toutes les personnes âgées de plus de 75 ans.

L'âge et le sexe sont des facteurs de risque de dépendance mais ne préjugent en rien de la priorité aux soins de la personne âgée de plus de 75 ans à l'accueil des Urgences.

L'orientation en Gériatrie est concordante avec l'évaluation initiale du score ISAR par l'IAO.

Les personnes âgées en perte ou à risque de dépendance devraient pouvoir bénéficier d'une prise en charge personnalisée et adaptée dans un accueil gériatrique non programmé pour diminuer leur temps de présence au SAU.

---

**MOTS-CLES**

Personnes âgées – Hospitalisation - Urgences – Score ISAR – Dépendance  
Accueil gériatrique – Organisation sanitaire – Priorités aux soins