

# PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE ÂGÉE AUX URGENCES : solution adéquate ou pis-aller ?

F. WARZÉE (1), P. WOTQUENNE (2), V. D'ORIO (3), A. GHUYSEN (4)

**RÉSUMÉ :** Au vu de l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de patients âgés ne peut qu'augmenter dans le futur. Les services d'urgences représentant la principale voie d'entrée vers nos hôpitaux, ils sont, de plus en plus souvent, le lieu de passage de personnes âgées ayant des caractéristiques très distinctives. Ces patients présentent, en effet, un profil gériatrique plus ou moins marqué qu'il sera important d'évaluer afin de déterminer leur degré de fragilité ; celui-ci est un facteur pronostique déterminant pour leur survie et leur niveau d'autonomie futur. Des échelles d'évaluation ont été développées pour faciliter la prise en charge de ces patients, à des moments cruciaux, lors de leur passage aux Urgences.

**MOTS-CLÉS :** Département des Urgences - Patient gériatrique - Évaluation gériatrique complète - Echelle d'évaluation

**MANAGEMENT OF THE ELDERLY IN THE EMERGENCY DEPARTMENT :  
A SUITABLE SOLUTION OR A SECOND BEST CHOICE ?**

**SUMMARY :** The prolongation of life expectancy can only increase the proportion of elderly people in the future. The Emergency Departments being the main gateway to our hospitals, they will often have to admit such patients with their distinct characteristics. These individuals present with a more or less marked geriatric profile; it will be essential to determine their degree of frailty, a factor allowing to predict their survival and future level of autonomy. Evaluation tools have been developed to improve the management of these patients at important moments of their stay in the Emergency Department.

**KEYWORDS :** Emergency Department - Geriatric patient - Comprehensive Geriatric Assessment - Evaluation Tool

## INTRODUCTION

En Belgique, l'espérance de vie à la naissance s'est allongée, au cours de la dernière décennie, de 2,3 années, passant ainsi de 77,8 ans à 80,1 ans (1). D'après ces données démographiques et les statistiques médicales, le recours aux services d'urgences, principale voie d'entrée à l'hôpital de la population âgée, est en augmentation constante tant en Europe (2) qu'aux Etats-Unis (3).

Dans notre recherche permanente de l'efficacité, la question se pose de savoir si nos services d'urgences sont adaptés pour recevoir des patients âgés, le plus souvent avec un profil gériatrique et à haut risque de fragilité.

Sommes-nous vraiment capables de prendre en charge ce type de patient sans aggraver le processus morbide et aboutir ainsi plus rapidement à une plus grande dépendance de l'intéressé?

Après une analyse sommaire de la spécificité de la personne âgée et afin de vérifier si l'organisation des services d'urgences est adaptée à la patientèle gériatrique médicale comme chirurgicale, nous avons cherché à préciser comment est organisée l'entrée des patients âgés au service d'urgences, quels sont les moyens de dépistage du profil gériatrique utilisé à ce

niveau et comment est organisée la sortie des urgences du patient.

## SPÉCIFICITÉS DE LA PERSONNE ÂGÉE

L'âge ne constitue pas le critère de définition d'un patient gériatrique; il n'en est qu'un des éléments. Il serait plus adéquat de parler de profil gériatrique caractérisé par la coexistence de certaines particularités observées au-delà d'un certain âge, même si, en vieillissant, de plus en plus de personnes correspondent à ce profil.

Dans la population âgée admise aux urgences, il faut distinguer les patients qui présentent une monopathologie principale et dont la prise en charge est souvent semblable à celle des adultes jeunes souffrant de la même affection, de ceux qui présentent plusieurs pathologies intriquées rendant leur prise en charge plus complexe et plus spécifique (4). La proportion de ces sujets plus vulnérables, voire fragiles, qui correspondent au profil gériatrique, ne fera qu'augmenter avec le temps.

Dans leur cas, le recours aux services d'urgences correspond le plus souvent à l'aboutissement de situations complexes, comme la survenue d'une pathologie aiguë, aggravée par la présence de comorbidités, et rendue de diagnostic difficile par une forte prévalence de symptômes atypiques. Des exemples fréquents sont la survenue d'un événement « sentinelle », d'apparence anodine (chute,...), l'aggravation progressive d'une pathologie chronique connue

(1) Assistant, (2) Chef de Clinique, (3) Professeur, Université de Liège. Chef de Service, (4) Professeur, Université de Liège. Chef de Service Associé, Service des Urgences, CHU de Liège.

et traitée, ou encore l'épuisement de l'environnement, qu'il soit familial ou professionnel.

Les patients fragilisés arrivent aux urgences pour des motifs qui sont d'ordre médical ou médico-social. Certains auteurs ont montré un lien entre la fragilité et l'augmentation de la durée de séjour à l'hôpital, de la mortalité hospitalière et du taux d'hospitalisation (5).

Dès la prise en charge, le médecin urgentiste doit rapidement évaluer la fragilité patente, mais aussi détecter au mieux celle qui pourrait être latente afin d'anticiper une perte d'autonomie importante du patient; ce sont ces sujets qui requerront le plus de soins gériatriques spécifiques (6).

Actuellement, le système de tri et de prise en charge des patients est essentiellement basé sur la pathologie motivant l'admission, rendant ainsi les soins aux patients âgés assez précaires et approximatifs.

Il est pourtant primordial d'adapter les outils de travail pour mieux aborder cette catégorie spécifique de patients tout en restant performant dans les autres classes d'âge.

## LES OUTILS D'ÉVALUATION

Divers outils, plus ou moins standardisés, ont été récemment développés afin d'identifier les patients âgés à haut risque de fragilité et, par voie de conséquence, d'établir la stratification du risque (7).

La perception qu'ont les patients de leur propre état de santé pourrait apparaître comme la solution la plus simple. Toutefois, cette approche reste critiquable en raison de sa subjectivité et de la fiabilité relative des réponses. Elle permet néanmoins une première évaluation. Une étude (8) a mis en relation la perception que le patient a de son état de santé à l'admission aux urgences et le risque de déclin fonctionnel mesuré 18 mois après l'admission. Elle a montré que les sujets qui se considèrent comme appartenant aux deux catégories dont la santé est le plus altérée ont un risque de déclin fonctionnel pour les activités de la vie quotidienne 3,4 fois plus marqué que ceux qui s'estiment en bonne santé. Leur risque de mortalité à 18 mois est aussi 2,8 fois plus élevé.

Le «Short Emergency Geriatric Assessment» (SEGA) est une grille d'évaluation hiérarchisée associant des paramètres de fragilité, de déclin fonctionnel et de dépendance permettant d'établir un profil de risque chez des patients de plus de 70 ans admis aux urgences (9).

La grille «Triage Risk Screening Tool» (TRST) comporte 6 questions simples à réponse binaire (10). Le patient est considéré à haut risque lorsque deux réponses sont positives. Malheureusement, le TRST a une faible valeur prédictive sur le taux de retour aux urgences

Le «Score Hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie» (SHERPA) (développé en Belgique) a une valeur prédictive sur le plan fonctionnel, mais il est d'utilisation malaisée. Il permet pourtant de prédire le possible déclin fonctionnel à 3 mois (11).

L'échelle «Identification of Seniors At Risk» (ISAR) est un questionnaire pouvant être appliqué dès le tri infirmier. Si une réponse positive est donnée à plus de deux questions, le patient présente un risque de fragilité au sens gériatrique (12).

Les outils ISAR et TRST sont relativement comparables pour sélectionner des patients âgés à risque qui pourraient bénéficier d'une intervention gériatrique spécifique. La seule différence est qu'ISAR a une sensibilité un peu plus élevée et une spécificité un peu plus basse que le TRST (13).

Le «Silver Code» est un questionnaire à 6 items qui permet de prédire la mortalité à 1 an. Il est basé sur des données administratives qui peuvent être assez facilement et rapidement colligées et ce, dès le tri infirmier à l'entrée du service (14).

Les performances pronostiques du «Silver Code» et d'«ISAR» sont assez satisfaisantes et similaires. La seule différence est que le «Silver Code» est un peu plus péjoratif. Le temps de passage par la salle d'urgence est significativement plus long si le patient est classé «ISAR» positif et dans les classes plus à risque du «Silver Code» (15).

L'ensemble de ces échelles d'évaluation montrent leurs limites : elles sont d'application malaisée en raison de la charge supplémentaire de travail qu'elles entraînent. De plus, elles requièrent une formation spécifique des intervenants.

## LES FACTEURS PRÉDICTIFS DE MORTALITÉ

L'étude française SAFES s'est attelée à dégager les facteurs prédictifs de mortalité des patients à 6 semaines (16) et à 2 ans (17) après leur prise en charge aux urgences.

L'équipe a mis en évidence 3 facteurs significatifs, prédictifs de mortalité à 6 mois :

- la dépendance pour les activités de la vie quotidienne,
- le delirium,
- l'existence d'un risque de malnutrition.

Pour le pronostic de la mortalité à 2 ans, en plus des 3 facteurs de risque identifiés à 6 semaines, 2 nouveaux facteurs prédictifs furent mis en évidence :

- un âge au-delà de 85 ans,
- le degré de comorbidités associées.

### PATIENT ÂGÉ ET CHIRURGIE

Les pathologies chirurgicales (non traumatiques et traumatiques) font la part belle aux comorbidités, car chez le patient âgé, le risque de mortalité pour une intervention réalisée en urgence est multiplié par 2 par rapport à la même intervention programmée.

Une étude (18) reprend les cas de patients nonagénaires qui ont dû être opérés en urgence de pathologie non traumatique. Ce sont des patients fragiles sur le plan médical vu les comorbidités associées. La médiane est de 4 comorbidités par patients, avec des extrêmes s'étendant de 1 à 12. Les comorbidités les plus fréquentes sont l'HTA (57,8%), la fibrillation auriculaire (36,3%) et l'insuffisance cardiaque congestive (28,4%). En raison de la présence de ces comorbidités, ces patients âgés sont classés au moins ASA III dans 69,6% des cas; les 31,4% restants sont ASA II.

Les trois principales causes d'opérations en urgence non traumatiques sont : la thrombose artérielle aiguë de membre, la hernie étranglée et l'occlusion digestive. Le taux de mortalité péri-opératoire, élevé, est de 35,3%. Les complications qui risquent le plus d'influencer le taux de mortalité sont : l'œdème pulmonaire aigu cardiogénique, l'insuffisance rénale aiguë, l'accident vasculaire cérébral et les complications abdominales (18).

Sur le plan traumatique, les chutes, pour lesquelles les services d'urgences sont en première ligne, ont des conséquences qui peuvent être désastreuses chez nos patients avec, entre autres, le fracture du col du fémur qui est la principale lésion osseuse dans cette population de patients. Son importante morbi-mortalité a été mise en évidence par de nombreuses études (19).

### FLUX DES PATIENTS GÉRIATRIQUES AUX URGENCES

Plusieurs études (20) ont analysé les moments charnières après l'arrivée des sujets âgés aux urgences. Il apparaît que les 2 périodes les plus à risque d'induire des conséquences iatrogènes sont :

- le processus de tri à l'admission aux urgences,
- l'orientation du patient âgé à la sortie du service.

D'abord, le tri à l'entrée des urgences est assuré par une infirmière urgentiste non formée aux spécificités gériatriques. Ce tri est basé sur les symptômes relatifs à un contexte de monopathologie et la présence d'éléments anamnestiques ou cliniques correspondants. Ce triage est aussi basé sur l'efficacité et la rapidité, approche qui peut être délétère pour nos patients seniors, souvent atteints de tableaux cliniques complexes.

Une étude suisse a démontré la pertinence et les limites de ces modèles de tri (21). Cette étude compare le niveau de classification du degré d'urgence au tri, de 253 patients fragiles référés pour des plaintes aspécifiques, avec impossibilité de prise en charge au domicile par le médecin traitant. Après la mise au point médicale, il s'est avéré que 51% des patients souffraient d'une pathologie médicale aiguë. Ces patients étaient classés dans des degrés d'urgences plus faibles. Les principales pathologies étaient : les infections, les pathologies cardio-vasculaires, les pathologies neurologiques, delirium et fractures. Vingt-six% des patients étaient clairement sous-évalués en raison de symptômes atypiques, de la difficulté à reconnaître des symptômes neurologiques et de l'absence de perturbations des paramètres physiologiques de base.

Ainsi, dans plusieurs pays, les sociétés scientifiques de médecine d'urgence et de médecine gériatrique se sont associées pour tenter d'établir des conférences de consensus sur la prise en charge de la personne âgée aux urgences. Un exemple en est la Société Française de Médecine d'urgence (SFMU) (22).

Ensuite, la destination du patient après sa prise en charge aux urgences a toute son importance. En effet, certains patients présentent une pathologie aiguë nécessitant des soins spécifiques et une hospitalisation. La limite numérique des lits gériatriques conduit à l'hospitalisation des patients gériatriques au sein d'unités inadaptées.

Un effort, modeste mais réel, a été consenti avec la mise en place des équipes de gériatrie de liaison, mais elles ne sont nullement impliquées dans la prise en charge du patient qui reste exclusivement aux mains des urgentistes sensibilisés, ou non, à la problématique.

## CONCLUSION

La spécificité de la personne âgée est malaisée à définir à l'admission, même si différents outils ont fait leur apparition ces dernières années. Ils sont très hétérogènes et ne permettent pas une conduite thérapeutique structurée. Il n'existe actuellement aucun moyen de cerner de façon fiable et sûre le profil de ce type de patient.

Un exemple illustre l'importance de l'évaluation gériatrique complète. Une expérience pilote menée en Italie sur 200 patients (23), qui se présentaient dans le cadre d'une pathologie aiguë, a comparé l'efficacité du type de prise en charge d'urgence sur deux groupes de patients : un groupe recevait une prise en charge conventionnelle et le second une prise en charge gériatrique complète réalisée par des médecins et infirmières spécifiquement formés. L'analyse centrée sur les dévénirs des patients en termes de retour aux urgences à 1 mois et 6 mois, déclin fonctionnel, fréquence d'hospitalisation et mortalité, a permis de démontrer un taux de mortalité moindre dans le groupe ayant bénéficié d'une approche gériatrique. Dès lors, les auteurs ont conclu à la supériorité de ce type de prise en charge spécifique aux urgences.

La prise en charge gériatrique est chronophage et rendue complexe au vu des présentations des différentes pathologies en relation avec les capacités d'adaptation qui s'ameublissent avec l'âge.

L'afflux croissant vers les services d'urgences, leur engorgement (afflux en amont suite, entre autres, à la pression démographique, à la désertification de l'offre en médecine générale, ...) et le manque de réponse en aval (nombre de lits gériatriques limité, absence de personnel qualifié, ...) rendent quasi impossible, malgré les meilleures volontés, une prise en charge gériatrique globale en dépit des preuves irréfutables affirmant la supériorité de cette démarche en termes de devenir fonctionnel de la personne âgée. Et pourtant, les services d'urgences sont devenus un lieu stratégique pour la prise en charge du patient âgé où vont se prendre des décisions importantes pour son avenir, car très

vite nous devons identifier les déterminants de la fragilité pour en réduire ses conséquences.

Le risque est grand dès lors, en cas de prise en charge inadéquate, de décompensations viscérales multiples en cascade (théorie des dominos) associées à une décompensation psychologique et qui, induites par des modifications de l'environnement habituel (à elles seules génératrices de décès), vont aggraver la situation initiale et conduire inéluctablement à la dépendance tant redoutée.

## BIBLIOGRAPHIE

1. SPF Economie, PME, Classes Moyennes et Energie.— 2012. Chiffres clés, Aperçu statistique de la Belgique. Direction Générale des Statistiques et informations.
2. Consultation dans un service d'urgences en Suisse.— Observatoire Suisse de la santé (OBSAN), bulletin du 03/2013.
3. Roberts DC, McKay MP, Shaffer A.— Increasing rates of emergency department visits for elderly patients in the United States, 1993 to 2003. *Ann Emerg Med*, 2008, **51**, 769-774.
4. Sarasin FP, Chevalley T.— Difficultés de la prise en charge des patients âgés aux urgences. *Rev Méd Suisse*, 2003, **544**.
5. Lang PO, Heitz D, Meyer N, et al.— Early indicators of prolonged hospitalization of the elderly : pilot study at Strasbourg University Hospital. *Presse Med*, 2007, **36**, 389-398.
6. Salvi F, Morichi V, Giogi R, et al.— The elderly in the emergency departments: a clinical review of problems and solutions. *Intern Emerg Med*, 2007, **2**, 292-301.
7. Graf CE, Zekry D, Giannelli S, et al.— Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the emergency department : a systematic review. *Aging Clin Exp Res*, 2011, **23**, 244-254.
8. Wong DD, Wong RP, Caplan GA.— Self-rated health in the unwell elderly presenting to the emergency department. *Emerg Med Australas*, 2007, **19**, 196-202.
9. Schoevaerds D, Bieltlot S, Malhomme B, et al.— Identification précoce du profil gériatrique en salle d'urgences : présentation de la grille SEGA. *Rev Gériat*, 2004, **29**, 169-178.
10. Lee JS, Schwindt G, Langevin M, et al.— Validation of the triage risk stratification tool to identify older persons at risk for hospital admission and returning to the emergency department. *J Am Geriatr Soc*, 2008, **56**, 2112-2117.
11. Cornette P, Swine C, Malhomme B, et al.— Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients: development of a predictive tool. *Eur J Public Health*, 16, **2**, 203-208.
12. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, et al.— Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit : the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc*, 1999, **47**, 1229-1237.
13. Salvi F, Morichi V, Lorenzetti B, et al.— Risk stratification of older patients in emergency department : comparison between the identification of seniors at risk and triage screening tool. *Rejuvenation Res*, 2012, **15**, 288-294.

14. Di Bari M, Balzi D, Roberts AT, et al.— Prognosis stratification of older persons based on simple administrative data: development and validation of the “Silver Code”, to be used in emergency department triage. *J Gerontol Biol Sci Med Sci*, 2010, **65**, 159-164.
15. Di Bari M, Balzi D, Roberts AT, et al.— Prognostic stratification of elderly patients in Emergency Department : a comparison between the “identification of Senior at risk” and the “Silver Code”. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2012, **67**, 544-550.
16. Drame M, Jovenin N, Novella JL, et al.— Predicting early mortality among elderly patients hospitalized in medical wards via emergency department: the SAFES cohort study. *J Nut Health Aging*, 2008, **12**, 599-604.
17. Drame M, Novella JL, Lang PO, et al.— Derivation and validation of a mortality-risk index from a cohort of frail elderly patients hospitalized in medical wards via emergencies : the SAFES study. *Eur J Epidemiol*, 2008, **23**, 783-791.
18. Pelavski AD, Lacasta A, Rochera MI, et al.— Observational study of nonogerians undergoing emergency, non-trauma surgery. *Br J Anaesth*, 2011, **106**, 189-193.
19. Hannan EL, Magaziner J, Wang JJ, et al.— Mortality and locomotion 6 months after hospitalization for hip fracture. Risk factors and risk-adjusted hospital outcomes. *JAMA*, 2001, **285**, 2736-2742.
20. Martin-Kahn M, Burkett E, Schnitker L, et al.— Methodology for developing quality indicators for the care of older people in the Emergency Department. *BMC Emerg Med*, 2013, 13-23.
21. Rutschmann OT, Chevalley T, Zumwald C, et al.— Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. *Swiss Med wkly*, 2005, **135**, 145-150.
22. 10<sup>ème</sup> conférence de consensus: prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Emanant de la SFMU ([www.sfm.u.org](http://www.sfm.u.org))
23. Salvi F, Morichi V, Giorgi R, et al.— A geriatric emergency service for acutely ill elderly patients: pattern of use and comparison with a conventional emergency department in Italy. *J Am Geriatr Soc*, 2008, **56**, 2131-2138.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. A. Ghuysen, Service des Urgences, CHU de Liège, Belgique.  
Email : [a.ghuysen@chu.ulg.ac.be](mailto:a.ghuysen@chu.ulg.ac.be)