



## Le patient âgé et les urgences

**Claude Jeandel**

Professeur de médecine interne-gériatrie, chef du Service de gériatrie-Centre de prévention et de traitement des maladies du vieillissement, CHU de Montpellier

**P**rès de 30 % des patients accueillis au sein des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) sont âgés de 75 ans et plus. Ce chiffre peut paraître modéré, mais plus de 80 % d'entre eux nécessiteront une hospitalisation. La majorité des patients âgés de plus de 75 ans sont hospitalisés de manière non programmée via le service d'accueil et de traitement des urgences.

Si ce mode d'admission demeure adapté pour les patients âgés ou très âgés relevant d'une médecine de spécialité, elle est par contre reconnue inadaptée pour les patients gériatriques qui relèvent d'une prise en charge globale. La méconnaissance et non-prise en compte des spécificités du patient gériatrique (modes de présentation volontiers atypiques ou paucisymptomatiques, polyopathologies, décompensations en cascade, syndromes gériatriques) et la non-reconnaissance des situations de vulnérabilité exposent aux risques d'une décision erronée de non-hospitalisation, d'une mauvaise orientation du patient au sein de la structure hospitalière et finalement à un risque accru de ré-hospitalisation précoce. En outre, l'admission d'un patient âgé fragile au SAU expose à certaines conséquences pouvant résulter de la longueur du temps d'attente et de l'absence de compétence gériatrique. Les retentissements d'une immobilisation prolongée peuvent ainsi apparaître en quelques heures : déshydratation, rétention aiguë d'urine, fécalome, plaies de pression, syndrome confusionnel...

L'organisation optimale doit permettre d'assurer l'orientation la plus adaptée du patient gériatrique admis au service d'accueil et de traitement des urgences, et de faciliter les admissions directes en court séjour gériatrique. Un tel dispositif, préconisé dans la circulaire DHOS/02/DGS/SD 5 DN 2002-157 du 18 mars 2002, relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques, implique l'intervention d'unités mobiles de gériatrie au sein des SAU et le développement des services de court séjour gériatrique. Il doit également pouvoir s'appuyer sur des consultations et hospitalisations de jour gériatriques pluridisciplinaires pour les patients ne nécessitant pas une hospitalisation à temps complet.

### L'unité mobile de gériatrie (UMG)

Les unités mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés hospitalisés en étroite collaboration avec les équipes hospitalières et les réseaux de soins. Elles aident les différents services ou structures de soins non gériatriques à prendre en charge et à orienter les malades âgés qu'ils accueillent. Ces équipes ont notamment pour mission de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la

personne âgée fragilisée dans l'ensemble des services de l'établissement et tout particulièrement dans les services d'accueil et de traitement des urgences. Elles contribuent à l'établissement du projet gériatrique du malade, à réduire les erreurs de filières et la durée globale d'hospitalisation. L'UMG met à la disposition des services une compétence spécifique auprès des personnes âgées hospitalisées. Elle joue un rôle de liaison entre les différentes structures gériatriques et les autres services hospitaliers. Elle devrait également à court terme assurer ce rôle de liaison avec les établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes (Ehpad), les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les intervenants au domicile.

L'intervention de l'unité mobile se fonde sur la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée. L'évaluation gériatrique standardisée est une approche globale de la personne âgée qui a fait la preuve de son efficacité en termes de diminution de la mortalité, d'institutionnalisation et de ré-hospitalisation précoce. Elle permet de poser les problèmes dans toutes leurs dimensions, médicales, fonctionnelles, psychologiques et sociales. Cette méthode utilise des outils validés en matière d'évaluation de l'autonomie, de la locomotion, des fonctions cognitives, des troubles de l'humeur, des risques de dénutrition, de chute ou de iatrogénie médicamenteuse.

L'activité d'unité mobile est assurée à l'aide de moyens spécifiquement alloués. L'unité mobile se compose au minimum d'une équipe pluridisciplinaire expérimentée, comportant un(e) gériatre, un(e) infirmier(e) et un secrétaire. La collaboration d'un(e) ergothérapeute et d'un(e) psychologue est nécessaire pour effectuer les évaluations fonctionnelles et psychométriques. Un contact doit souvent être pris avec l'assistante sociale du service en vue d'échanger les informations utiles pour proposer un projet de prise en charge post-hospitalisation. L'ensemble de l'équipe doit être formé aux techniques d'évaluation gériatrique.

### Favoriser les filières courtes en s'appuyant sur le court séjour gériatrique

Le grand âge ne saurait constituer en soi un critère d'exclusion pour une admission en service de spécialité. Cependant les personnes âgées sont trop souvent admises dans ces services par défaut. Il importe donc de développer des unités de court séjour gériatrique destinées aux patients gériatriques et mieux adaptées à leurs besoins, c'est-à-dire à même d'apporter une approche globale, appropriée à leur polyopathologie et/ou à leur risque de dépendance. L'objectif est de favoriser les admissions directes en service de gériatrie,

chaque fois qu'une hospitalisation dans ce service est nécessaire, sans passage préalable par le service des urgences. Cette procédure représente un bénéfice tel pour le patient qu'il est impératif qu'elle soit offerte dans tous les services de court séjour gériatrique.

La capacité en lits du service de court séjour gériatrique et son organisation interne doivent permettre de concilier la gestion des flux d'admission en provenance des urgences et celui des admissions par la filière courte. Le service se fixera des objectifs chiffrés pour chacun de deux modes d'admission et tendra, progressivement, à privilégier la filière courte.

Toutefois, il reste des situations où le passage par le service des urgences ne peut être évité. C'est pourquoi il est indispensable d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dans ces services. L'objectif de doter à terme tous les établissements hospitaliers sièges d'un SAU d'un service de court séjour gériatrique devrait permettre aux médecins urgentistes de faire appel à l'intervention précoce d'un gériatre ou d'un membre de l'équipe mobile gériatrique. Celui-ci pourra ainsi procéder à une évaluation globale de l'état de santé du patient, souvent plus facile à réaliser au sein de l'unité d'hospitalisation de très courte durée (lits portes) qu'aux urgences même. Cette évaluation permettra de mieux orienter le patient. Des hospitalisations ou ré-hospitalisations pourront ainsi être évitées en organisant le retour à domicile du patient avec les aménagements et les aides nécessaires, éventuellement en faisant appel à un service d'hospitalisation à domicile, tout en proposant, si nécessaire, un rendez-vous à l'hôpital de jour pour une évaluation gériatrique plus complète. L'admission du patient dans un service de gériatrie de court séjour ou son admission précoce en soins


de suite et de réadaptation sera facilitée, lorsqu'elle s'avère nécessaire.

### La consultation et l'hôpital de jour gériatriques

La consultation gériatrique est une consultation polyvalente assurant une expertise médicale et sociale s'appuyant en particulier sur une évaluation gériatologique afin de garantir une prise en charge et une orientation des plus adaptées.

L'hôpital de jour gériatrique est une structure indispensable qui permet de dispenser un diagnostic, des soins médicaux, un suivi psychogériatrique ou une rééducation-réadaptation adaptés, en minimisant la désinsertion socio-familiale du malade.

L'amélioration des conditions de l'accueil du patient gériatrique au service des urgences est conditionnée par :

- la présence de compétences gériatriques aux urgences, par le biais d'une équipe mobile de gériatrie dont l'objectif est, outre l'évaluation des patients gériatriques, d'impulser une sensibilisation et une formation gériatologique ;
- un secteur spécifiquement destiné aux patients gériatriques au sein des unités d'hospitalisation de courte durée dans les établissements à fort recrutement ;
- un nombre de lits de médecine aiguë gériatrique adapté aux besoins du bassin de population ;
- une filière gériatrique efficiente afin de réduire la durée moyenne de séjour et d'assurer un *turn-over* suffisant des patients gériatriques pris en charge dans les unités de court séjour gériatrique ;
- un réseau gériatrique ville-hôpital-Ehpad efficient, assurant entre autres des liens formalisés entre la filière gériatrique hospitalière et les Ehpad. 

## Les urgences et après ?

### Le problème de l'aval des services d'urgences

**L'**engorgement répété des services d'urgences ne peut être analysé qu'à travers une réflexion qui doit savoir distinguer les causes conjoncturelles (la canicule, les catastrophes naturelles en général, les épidémies hivernales...), des causes structurelles (l'organisation des hôpitaux et du système de soins, la permanence des soins et la régulation téléphonique du Centre 15, etc.). Très souvent, les deux phénomènes s'intriquent, venant encore compliquer la recherche de solutions alors nécessairement complexes. La maîtrise de l'amont (dans la limite de ses possibilités) est traitée dans d'autres articles de ce numéro et vise à organiser de la façon la plus rationnelle possible la fréquentation des services d'urgences. Au travers d'exemples simples et d'expériences récentes vécues plus ou moins par

tous les urgentistes de notre pays, ces quelques lignes n'ont d'autre ambition que de résumer la situation et de formuler quelques propositions concrètes.

Dans l'inconscient collectif (faites l'expérience autour de vous!), les urgences hospitalières reçoivent avant tout « les accidents de la route » et, d'une façon générale, la traumatologie, ce qui est loin de correspondre à la réalité. De ce point de vue, la série télévisée *Urgences* a probablement contribué de façon décisive à modifier cette image caricaturale et monolithique du monde des urgences.

### Les flux de patients dans les services des urgences

Dans la réalité quotidienne, il faut distinguer trois grands flux qui font le quotidien de nos services, à l'origine de

**Gilles Potel**  
Chef du service  
des urgences,  
SAU Nantes