



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2008

N° 161

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Audrey ANCEL

Le 15 décembre 2008

**ÉVALUATION GERONTOLOGIQUE PAR L'ÉQUIPE MOBILE DE
LIAISON GERIATRIQUE AU SERVICE DES URGENCES DU CHU DE
NANCY:
INTÉRÊTS, CRITERES DE SELECTION, IMPACT SUR LE SUIVI**

Examineurs de la thèse :

Monsieur A. BENETOS	Professeur		Président
Monsieur P.E. BOLLAERT	Professeur	}	
Monsieur J.D. DE KORWIN	Professeur	}	Juges
Monsieur L. NACE	Docteur en médecine	}	
Madame B. HANESSE	Docteur en médecine		Directeur de Thèse

2008

N°

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Audrey ANCEL

Le 15 décembre 2008

**ÉVALUATION GERONTOLOGIQUE PAR L'ÉQUIPE MOBILE DE
LIAISON GERIATRIQUE AU SERVICE DES URGENCES DU CHU DE
NANCY:
INTÉRÊTS, CRITERES DE SELECTION, IMPACT SUR LE SUIVI**

Examineurs de la thèse :

Monsieur A. BENETOS	Professeur		Président
Monsieur P.E. BOLLAERT	Professeur	}	
Monsieur J.D. DE KORWIN	Professeur	}	Juges
Monsieur L. NACE	Docteur en médecine	}	
Madame B. HANESSE	Docteur en médecine		Directeur de Thèse

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle : **M. le Professeur François ALLA**

du 2^{ème} Cycle : **M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**

du 3^{ème} Cycle : **M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**

Filières professionnalisées : **M. le Professeur Christophe CHOSEROT**

Prospective : **M. le Professeur Laurent BRESLER**

FMC/EPP : **M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET - Guy RAUBER – Paul SADOUL

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE - Augusta TREHEUX
Michel MANCIAUX – Pierre PAYSANT- Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX

Jean DUHEILLE - Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ - Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH

Michel PIERSON - Jacques ROBERT - Gérard DEBRY – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET - Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE

Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES - Alain LARCAN – Gérard VAILLANT

Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER - Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS - Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT - Michel WEBER

Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD - Jean-Pierre NICOLAS

Francis PENIN – Michel STRICKER - Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET – Jean-Pierre DELAGOUTTE

Jean-Pierre MALLIÉ - Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire (type mixte : biologique))

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BEZDETNYA épouse BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHULLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS

Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE

Professeur Paul VERT - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT

Mme le Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Alain BERTRAND - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Danièle SOMMELET

Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET – Professeur Pierre BEY – Professeur Jean FLOQUET

Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel STRICKER -

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des

Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président de Thèse,

**Monsieur le Professeur Athanase BENETOS,
Professeur de Médecin Interne ; Gériatrie et Biologie du Vieillissement,**

Nous vous remercions d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et de nous avoir orienté dans notre étude.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de notre profond respect et notre sincère gratitude.

À notre Maître et Juge,

**Monsieur le Professeur Pierre- Edouard BOLLAERT,
Professeur de Réanimation Médicale,**

Merci d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'être membre de ce jury.
Pour votre participation à notre formation médicale de qualité.
Veuillez trouver ici, l'expression de nos sincères remerciements.

À notre Maître et Juge,

**Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN,
Professeur de Médecine Interne,**

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de votre participation à
notre enseignement médicale.
Veuillez trouver ici, notre profonde reconnaissance.

À notre Juge,

**Monsieur le Docteur Lionel NACE,
Médecin Anesthésiste- Réanimateur,**

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et vous en suis particulièrement reconnaissante.

À notre Juge et Directeur de Thèse,

**Madame le Docteur Bernadette HANESSE,
Médecin Gériatre,**

Je vous remercie de m'avoir proposé ce très intéressant travail et d'avoir été disponible tout au long de cette année. Votre aide me fut précieuse.

**À Madame le Docteur Clotilde LATARCHE,
Médecin d'Epidémiologie et d'Evaluation Cliniques,**

Merci pour votre disponibilité et vos conseils.

**À Monsieur le Docteur Mahmut GUNDESLI,
Médecin Urgentiste,**

Merci pour vos recherches dans ResUrgences.

À l'équipe mobile de liaison gériatrique,

Un grand merci pour votre sympathie et pour m'avoir aiguillé lors de mes recherches.

À **Stéphane**, avec tout mon amour.

Mon « Frédéric » à moi...

À **Romane et Léo-Paul**, mes enfants si précieux et ma joie.

À **mes parents, Annie et Jean-Paul**, cette réussite, je vous la dois. Je vous aime.

Maman, une pensée particulière à mes séances de récitation de première(s) année(s).

À ta demande, papa, comme convenu, je cite le Général De Gaulle : « la vieillesse est un naufrage ».

À **Tristan, Emilie, Eva et Théotime**, je tiens beaucoup à vous.

À **mes grands-parents, Louissette et André, Monette et Armand**, c'est avec tendresse que je vous remercie pour tout. J'ai toujours pu compter sur vous à chaque moment de ma vie personnelle et professionnelle.

À **mes tantes, mon oncle et mes cousins, cousines, à Richard**, vous avez suivis mon parcours et avez toujours été présents. Je vous en remercie.

À **mes beaux-parents, Maryse et Roger**, merci pour votre gentillesse.

À **mes amis**, « douces choses ».

À **Valérie** et ses talents en informatique.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

1. INTRODUCTION	21
2. LA PERSONNE AGEE	23
2.1. DEFINITION	23
2.2. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES	23
2.2.1. EN FRANCE.....	23
2.2.1.1. La composition de la population	23
2.2.1.2. L'espérance de vie.....	24
2.2.1.2.1. L'espérance de vie à la naissance	24
2.2.1.2.2. L'espérance de vie à 65 ans	25
2.2.1.2.3. L'espérance de vie sans incapacité.....	25
2.2.2. EN LORRAINE	26
2.3. LE VIEILLISSEMENT	26
2.3.1. DEFINITION.....	26
2.3.2. LES EFFETS DU VIEILLISSEMENT SUR L'ORGANISME	28
2.3.3. LES THEORIES DU VIEILLISSEMENT	30
2.3.3.1. Les théories déterministes, programmées	31
2.3.3.2. Les théories stochastiques, aléatoires.....	32
2.4. LA PERSONNE AGEE MALADE	33
2.5. LE CONCEPT DE FRAGILITE	34
2.5.1. DEFINITION.....	34
2.5.2. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA FRAGILITE	36
2.5.3. L'EVALUATION GERONTOLOGIQUE : DEFINITION.....	37
2.5.4. INTERETS	38
2.5.5. LES ECHELLES D'EVALUATION STANDARDISEE.....	39
2.5.6. PREVENTION DE LA FRAGILITE	41
2.6. LA DEPENDANCE	42
2.6.1. DEFINITION.....	42
2.6.2. ÉVALUATION.....	44
2.6.3. ÉPIDEMIOLOGIE.....	45
3. LA FILIERE GERIATRIQUE A NANCY.....	48
3.1. LA FILIERE HOSPITALIERE.....	48
3.1.1. LE CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE NANCY	48
3.1.1.1. Le Pôle de Gériatologie-Médecine Interne-Soins Palliatifs	48

3.1.1.2.	Le service des Urgences.....	49
3.1.1.2.1.	Composition du service.....	49
3.1.1.2.2.	Statistique.....	50
3.1.1.3.	L'équipe mobile de liaison gériatrique.....	51
3.1.1.3.1.	Présentation.....	51
3.1.1.3.2.	La population cible.....	51
3.1.1.3.3.	Ses missions.....	51
3.1.1.3.4.	Le personnel de l'EMLG.....	52
3.1.1.3.5.	L'organisation.....	52
3.1.2.	LA MAISON HOSPITALIERE SAINT-CHARLES.....	54
3.2.	LA FILIERE EXTRAHOSPITALIERE.....	54
3.2.1.	LES SERVICES D'AIDES ET DE SOINS A DOMICILE.....	54
3.2.2.	LES HEBERGEMENTS MEDICO-SOCIAUX.....	57
3.2.2.1.	Les foyers-logements ou logements-foyers.....	57
3.2.2.2.	Les résidences services.....	58
3.2.2.3.	EHPAD.....	58
3.2.2.4.	Les structures d'accueil spécifique.....	58
3.2.2.5.	L'accueil famille.....	59
3.2.2.6.	L'accueil temporaire de jour.....	59
3.2.3.	LES CLIC.....	59
3.2.4.	LE RESEAU GERARD CUNY.....	60
4.	ETUDE.....	63
4.1.	OBJECTIF PRINCIPAL ET SECONDAIRE.....	63
4.2.	MATERIEL ET METHODE.....	63
4.3.	CRITERES D'INCLUSION.....	64
4.4.	RECUEIL DES DONNEES.....	64
4.5.	ANALYSE STATISTIQUE.....	68
5.	RESULTATS.....	69
5.1.	ÉTUDE DE LA POPULATION EVALUEE PAR L'EMLG (LES CAS).....	69
5.1.1.	CARACTERISTIQUES SOCIALES, ENVIRONNEMENTALES.....	69
5.1.1.1.	Caractéristique.....	69
5.1.1.2.	Aides à domicile.....	71
5.1.2.	CARACTERISTIQUES MEDICALES.....	71
5.1.2.1.	Mode d'admission.....	71
5.1.2.2.	Motif de consultation.....	72
5.1.2.3.	Diagnosics principaux et diagnosics complémentaires du service d'accueil.....	73
5.1.2.4.	Séjours en UHCD et diagnosics.....	74

5.1.2.5.	Antécédents.....	75
5.1.2.6.	Médications.....	75
5.1.2.7.	États cutanés.....	76
5.1.2.8.	Comorbidités et signes cliniques aux services des urgences constatées par l'urgentiste ou par l'EMLG	77
5.1.2.9.	Temps de transit aux urgences.....	78
5.1.2.10.	Devenir après le service des urgences.....	78
5.1.2.11.	Devenir à 1, 3 et 6 mois	80
5.2.	ÉTUDE DE LA POPULATION NON EVALUEE PAR L'EMLG (LES TEMOINS).....	81
5.2.1.	DIAGNOSTICS DU MEDECIN URGENTISTE	82
5.2.2.	DEVENIR APRES LA CONSULTATION DES URGENCES	83
5.3.	ÉTUDE COMPARATIVE DES DEUX POPULATIONS	84
5.3.1.	ANALYSE DES VARIABLES QUANTITATIVES.....	84
5.3.2.	ANALYSE DES VARIABLES QUALITATIVES	84
6.	DISCUSSION	89
6.1.	LES EQUIPES MOBILES DE LIAISON GERIATRIQUE OU UNITES MOBILES GERIATRIQUES DANS LES SERVICES DES URGENCES : BIBLIOGRAPHIE	89
6.2.	POPULATION EVALUEE PAR L'EMLG	92
6.2.1.	FACTEURS PERSONNELS, ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX	92
6.2.2.	FACTEURS MEDICAUX	94
6.2.3.	DEVENIR A 1, 3 ET 6 MOIS	98
6.3.	COMPARAISON DES CAS ET DES TEMOINS	98
6.3.1.	FACTEURS PERSONNELS, ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX	99
6.3.2.	FACTEURS MEDICAUX	99
6.3.3.	DEVENIR A 1, 3 ET 6 MOIS	101
7.	CONCLUSION.....	102
8.	ANNEXES	103
9.	BIBLIOGRAPHIE.....	122

ABREVIATIONS

ADL : activity of daily living ou activités de base de la vie quotidienne

DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

CHU : centre hospitalier et universitaire

EMLG : équipe mobile de liaison gériatrique

OMS : organisation mondiale de la santé

Insee : institut national de la statistique et des études économiques

DOM : département d'outre-mer

AVBS : année de vie en bonne santé

AVP : arginine vasopressine

ADN : acide désoxyribonucléique

IADL : activités instrumentales de la vie quotidienne

EGS : évaluation gérontologique standardisée

CGA : comprehensive geriatric assessment

GEMU : geriatric evaluation and management

AGGIR : autonomie gérontologique groupes iso ressources

MMS : mini mental scale

GDS : geriatric depression scale

MNA : mini nutritional assessment

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

GIR : groupe iso-ressource

APA : allocation personnalisée d'autonomie

HID : handicap-incapacité-dépendance

GIR : groupes iso ressources

HDJ : hôpital de jour

SSR : soins de suite et réadaptation

USLD : unité de soins de longue durée

SAU : service d'accueil des urgences

UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

RAD : retour à domicile

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

HAD : hospitalisation à domicile

HADAN : hospitalisation à domicile de l'agglomération nancéenne

CCAS : centre communal d'action sanitaire et sociale

PACT : protection, amélioration, conservation et transformation de l'habitat

ANAH : agence nationale pour l'amélioration de l'habitat

Aspa : allocation de solidarité aux personnes âgées

FSV : fond de solidarité vieillesse

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

CLIC : centre local d'information et de coordination

CUGN : communauté urbaine du Grand Nancy

IDE : infirmier(e) diplômé(e) d'état

NS : non significatif

ISAR : identification systématique des aînés à risque

1. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population fait partie des grands défis de santé publique du XXI^e siècle.

Nous assistons à une modification de la structure par âge de la population française. Elle est expliquée par l'allongement de la durée de vie et la baisse de la fécondité comparés aux très forts niveaux du baby boom. Le nombre des personnes âgées augmente et celui des jeunes diminue. Au 1^{er} janvier 2007, la France métropolitaine compte 16,2% de personnes âgées de 65 ans ou plus contre 15,8 % en 2000 ⁽¹⁾.

L'amélioration des conditions de vie et les progrès de la médecine ont permis cet allongement de la durée de vie. Mais en vivant plus longtemps, les personnes âgées ont un risque plus important de morbidité et de polypathologie. Chaque année, environ 10% de la population indépendante de plus de 75 ans vivant à domicile perd son autonomie pour une des activités de base de la vie quotidienne (ADL) ⁽²⁾.

Les personnes âgées recourent de plus en plus à la médecine gériatrique pluridisciplinaire.

Ces prises en charges ont un coût budgétaire et pèseront de plus en plus sur les dépenses de santé.

D'où l'intérêt d'une évaluation gériatrique réfléchie, faite au bon moment, et la mise en place de structures et d'organisations permettant d'évaluer les besoins de la personne âgée et d'y répondre afin d'améliorer son quotidien.

La circulaire N°DHOS/02/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002 ⁽³⁾ donne les axes à suivre pour améliorer la filière de soins gériatrique sur le plan national avec, notamment, la création de courts séjours gériatriques et d'équipes mobiles gériatriques. En 2007, elle est complétée par la circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 ⁽⁴⁾ qui redéfinit, entre autres, les missions, la place dans la filière gériatrique et les moyens de fonctionnement de l'équipe mobile gériatrique

En 2002, 12 à 14 % de la totalité des passages aux urgences en France sont représentés par une population de plus de 75 ans ⁽⁵⁾. Aux urgences du CHU Henri-Mondor à Créteil le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans a progressé de 10 % entre 2001 et 2003 ⁽⁶⁾.

L'intervention d'une équipe mobile gériatrique au service des urgences permet une évaluation gériatologique des personnes âgées lors de leur prise en charge au service des urgences et facilite leur orientation dans la filière gériatrique.

Au CHU de Nancy, l'équipe mobile de liaison gériatrique (EMLG) intervient au service des urgences depuis le début du mois de juin 2007. A la demande des médecins urgentistes, l'équipe mobile de liaison gériatrique réalise l'évaluation gériatologique des personnes âgées lors de leur prise en charge et participe à leur orientation.

Nous proposons d'étudier l'impact de la prise en charge des personnes âgées par l'équipe mobile pendant la période du 29 octobre au 11 novembre 2007.

Le principal objectif vise à déterminer, sur l'échantillon des personnes âgées évaluées par l'équipe mobile de liaison gériatrique, les profils des patients, leur situation médicale, sociale et environnementale, leur orientation dans la filière gériatrique et le taux de réhospitalisation dans l'établissement à 1, 3, et 6 mois.

L'objectif secondaire est de comparer la typologie et le devenir des patients âgés évalués par l'équipe mobile de liaison gériatrique à celle des patients pris en charge uniquement par les médecins urgentistes.

Les résultats de cette étude et les données de la littérature pourront nous aider à identifier les limites d'action de l'EMLG au service des urgences. Nous pourrons ainsi émettre des hypothèses pour optimiser l'intervention de l'EMLG au service des urgences.

2. LA PERSONNE AGEE

2.1. Définition

Les définitions sont multiples.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le sujet âgé se définit par un âge civil supérieur ou égal à 65 ans.

La définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle, soit entre 55 et 60 ans.

Pour calculer les taux d'équipements et les services destinés aux personnes âgées, on utilise l'âge de 75 ans (7).

Mais la perception de sa vieillesse ou de celle des autres est très variable et personnelle.

2.2. Caractéristiques démographiques

2.2.1. En France

2.2.1.1. La composition de la population

La baisse de la fécondité comparée aux très forts niveaux du baby boom ainsi que l'allongement de la durée de vie ont, depuis une trentaine d'années, sensiblement modifié la structure par âge de la population française. Le nombre des personnes âgées augmente et celui des jeunes diminue

En 2005, la population française en milieu d'année s'élève à 62,8 millions. Les personnes de plus de 60 ans représentent 20,6% de la population totale et les moins de 20 ans 25,2%.

Dix ans plus tôt, en 1995, la population française est de 59,4 millions. Le pourcentage des plus de 60 ans est de 19,8 % et des moins de 20 ans de 26,4%.

En 2007, l'Institut National de la statistique et des Etudes Economiques (Insee) estime la population à 63,5 millions dont 21,1% de plus de 60 ans et 25% de moins de 20 ans.

	0 à 20 ans	20 à 59 ans	60 ans et plus	dont 75 ans et plus
1994	26,7	53,7	19,6	6,1
1995	26,4	53,8	19,8	6,0
1998	26,0	53,8	20,2	6,8
2000	25,8	53,8	20,4	7,1
2005	25,2	54,2	20,6	7,9
2007	25,0	53,9	21,1	8,3
2008(p)	24,9	53,6	21,6	8,5

(p) données provisoires

Tableau n°1 : Population par groupe d'âge en France métropolitaine et DOM en pourcentage et au 1^{er} janvier (8).

En supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, au 1^{er} janvier 2050, la France métropolitaine compterait 70,0 millions d'habitants soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. Un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus contre un sur cinq en 2005. Il y aurait deux fois plus d'habitants de 60 ans ou plus que d'habitants de 20 à 59 ans (9)

2.2.1.2. L'espérance de vie

2.2.1.2.1. L'espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance (ou à l'âge 0) représente la durée de vie moyenne - autrement dit l'âge moyen au décès - d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge.

L'espérance de vie à la naissance est en progrès constant depuis le début du XXe siècle et participe à l'augmentation du nombre de personnes âgées. La forte augmentation s'explique par la diminution de la mortalité infantile et de la mortalité dans la population jeune, ainsi que par le traitement et la prévention de maladies liées à l'âge. En 1990, en France, l'espérance de vie à la naissance est de 72,7 ans pour les hommes et de 81,0 ans pour les femmes pour être

en 2004 respectivement de 76,7 et de 83,8 ans. En 10 ans, les gains d'espérance de vie sont de 3 années pour les hommes et de 2 années pour les femmes.

2.2.1.2.2. L'espérance de vie à 65 ans

L'espérance de vie à 65 ans représente la moyenne des durées restant à vivre pour les survivants à cet âge, dans les conditions actuelles de mortalité.

L'espérance de vie à 65 ans a commencé à augmenter rapidement à la fin des années cinquante pour les femmes, après 1970 pour les hommes, du fait notamment de la baisse de la mortalité cardio-vasculaire. Les gains d'espérance de vie à 65 ans sont alors devenus nettement plus rapides que ceux de l'espérance de vie à la naissance.

L'avance prise par les femmes tend à se réduire ⁽¹⁰⁾.

		1950	1970	1990	2000	2002 (p)	2004 (p)
HOMME	à la naissance	63,4	68,4	72,7	75,3	75,8	76,7
	à 65 ans	12,2	13	15,6	16,7	17,1	...
FEMME	à la naissance	69,2	75,9	81	82,8	83	83,8
	à 65 ans	14,6	16,8	19,9	21,2	21,4	...

(p) données provisoires

Source : Insee, Etat Civil

Tableau 2 : L'évolution par sexe de l'espérance de vie à divers âges en France.

2.2.1.2.3. L'espérance de vie sans incapacité

L'espérance de vie sans incapacité ou années de vie en bonne santé (AVBS) introduit la notion de qualité de vie. L'AVBS mesure le nombre d'années qu'il reste normalement à vivre à une personne d'un âge donné en l'absence de toute incapacité.

En France, en 2005, l'espérance de vie sans incapacité à la naissance est estimée à 64,3 ans

pour les femmes et à 62 ans pour les hommes. Pour les femmes et les hommes âgés de 65 ans, elle est respectivement de 9,4 et 8,2 années. Entre 1995 et 2003, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance a augmenté d'un an et demi pour les femmes et d'une demi-année pour les hommes, soit une amélioration plus rapide que celle de la seule espérance de vie ⁽¹¹⁾.

2.2.2. En Lorraine

À l'image nationale, la population lorraine vieillit.

Au 1^{er} janvier 2005, le département compte environ 2,33 millions de personnes : 476 milles ont plus de 60 ans (20,4%), 1,28 sont millions âgés entre 20 et 59 ans (54,9 %) et 576 milles ont moins de 20 ans (24,7 %).

L'espérance de vie à la naissance en 2004 est de 75,5 ans pour les hommes et de 83,1 pour les femmes (en 1990, elle était de 71,9 pour les hommes et de 80,2 pour les femmes) ⁽¹²⁾.

Au cours des dix prochaines années, le nombre de personnes âgées dépendantes pourrait augmenter de 17,8% en Meurthe-et-Moselle ⁽⁷⁾.

2.3. Le vieillissement

2.3.1. Définition

Le vieillissement correspond à « l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux (facteurs extrinsèques) auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës » ⁽¹³⁾.

Dans les années 80, les travaux de Rowe et Kahn (¹⁴) ont défini trois type de vieillissement :

- Le vieillissement « pathologique », avec morbidité : dépression, démence, troubles sensoriels, affections cardiovasculaires sont fréquemment associées à une dénutrition favorisant, dans ce contexte poly pathologique, l'émergence de pathologies aiguës.

- Le vieillissement usuel ou habituel, avec des atteintes définies comme physiologiques, liées à l'âge, de certaines fonctions. Il s'agit d'une réduction des réserves adaptatives, conduisant à un risque de déséquilibre en cas de survenue d'un phénomène aigu. C'est ce qu'on définit actuellement par le syndrome de fragilité, qui se caractérise par un risque de décompensation fonctionnelle conduisant à une aggravation de l'état de santé ou à la dépendance.

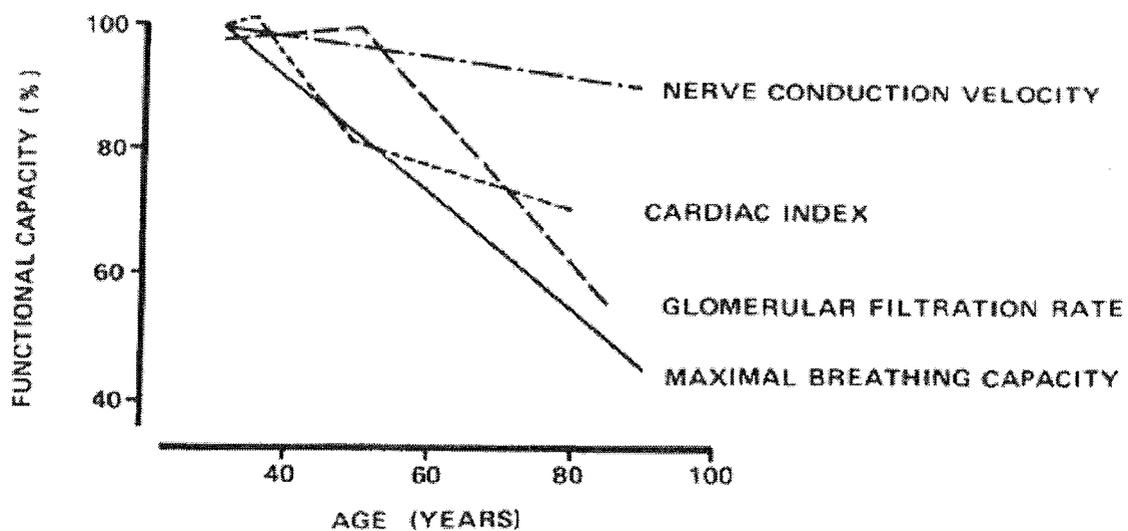


Figure n°1 : Altération des fonctions avec l'âge : Vieillesse usuel (¹⁵).

- Le vieillissement réussi : à haut niveau de fonction, avec maintien des capacités fonctionnelles ou atteinte très modérée de celles-ci, et absence de pathologies ; il concernerait 12 à 58 % de la population âgée.

Actuellement, « le concept de vieillissement réussi s'intègre dans un contexte plus vaste de qualité de vie, impliquant la perception de l'individu sur sa santé et sur son rôle social (^{16, 17}). »

2.3.2. Les effets du vieillissement sur l'organisme

Avec le vieillissement, on retrouve une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme. Cette diminution provoque une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression. Les conséquences sur les organes sont très variables (vieillessement différentiel inter-organe). De plus, l'altération d'une fonction donnée varie fortement d'un individu à l'autre (vieillessement inter-individuel).

Les effets principaux du vieillissement (^{13, 18}) sur les grandes fonctions de l'organisme sont :

-Les effets sur les métabolismes :

La composition corporelle de l'organisme se modifie. A poids constant, on retrouve une réduction de la masse maigre et une majoration proportionnelle de la masse grasse.

« La tolérance à une charge en glucose est réduite chez les personnes âgées indemnes de diabète de type II ou d'obésité, témoignant d'un certain degré de résistance à l'insuline. »

-Les effets sur le système nerveux :

Le vieillissement du **système nerveux central** se définit par une diminution du nombre de neurones corticaux, une raréfaction de la substance blanche, une diminution de certains neurotransmetteurs intracérébraux (en particulier l'acétylcholine).

Les fonctions motrices et sensitives centrales sont peu modifiées par le vieillissement. En revanche, le vieillissement du système nerveux central se traduit par une augmentation du temps de réaction et par une réduction modérée des performances mnésiques concernant notamment l'acquisition d'informations nouvelles.

Le temps de sommeil est déstructuré et réduit. Les rythmes circadiens sont désorganisés, en outre par la diminution de la sécrétion de mélatonine par l'épiphyse.

La diminution de sensation de soif chez la personne âgée provient de la réduction de la sensibilité des récepteurs de la soif (osmorécepteurs) et des modifications du métabolisme de l'arginine vasopressine (AVP).

L'ensemble de ces modifications concourt à majorer le risque de syndrome confusionnel.

Le vieillissement du **système nerveux périphérique** se traduit par une diminution de la sensibilité proprioceptive (hypoalgesthésie) suite à l'augmentation des temps de conduction des nerfs périphériques. Ce phénomène favorise l'instabilité posturale.

Le vieillissement du **système nerveux autonome** se caractérise par une hyperactivité sympathique (augmentation du taux plasmatique des catécholamines) et par une réduction des réponses sympathiques suite à la diminution de sensibilité des récepteurs des catécholamines. Ainsi, la tachycardie induite par l'effort est moins marquée chez le sujet âgé que chez l'adulte d'âge moyen.

-Les effets sur les organes des sens :

Le vieillissement s'accompagne d'une réduction de l'accommodation (presbytie), d'une opacification progressive du cristallin (cataracte) et d'une perte progressive de l'audition (presbycusis).

- Les effets sur le système cardiovasculaire :

Le débit cardiaque au repos est stable et peu diminué à l'effort. Mais par diminution de la compliance artérielle, la pression artérielle systolique augmente avec l'âge.

-Les effets sur l'appareil respiratoire :

Par diminution de la compliance pulmonaire, de la compliance thoracique et la réduction de volume des muscles respiratoires, la capacité ventilatoire se réduit au cours du vieillissement. On constate aussi une diminution progressive de la capacité de diffusion de l'oxygène et de la pression partielle en oxygène du sang artériel.

-Les effets sur l'appareil digestif :

Le vieillissement s'accompagne de modifications de l'appareil bucco-dentaire, d'une diminution du flux salivaire, d'une diminution de la sécrétion acide des cellules pariétales gastriques, d'une hypochlorhydrie gastrique, d'un ralentissement du transit intestinal, d'une diminution de la clairance métabolique par diminution de la masse et du débit sanguin hépatique.

-Les effets sur l'appareil locomoteur :

Le vieillissement se traduit par une diminution de la force musculaire, une diminution de la densité minérale osseuse (ostéopénie), une diminution de la résistance mécanique de l'os, un amincissement du cartilage articulaire et une altération de ses propriétés mécaniques à l'origine d'une fragilité.

-Les effets sur l'appareil urinaire :

Il se produit une réduction de la filtration glomérulaire et des capacités d'élimination du rein induisant une baisse de la clairance de la créatinine. « La clairance de la créatinine des personnes âgées de 80 ans est d'environ la moitié de celle de sujets de 20 ans ayant le même poids ». Selon certaines études, la modification de la fonction rénale épargnerait certains individus âgés.

-Les effets sur le système immunitaire :

« La réponse immunitaire humorale est globalement préservée chez la personne âgée ». La réponse immunitaire à médiation cellulaire, notamment celle impliquant les lymphocytes T, est diminuée. « L'immunisation par la vaccination n'est pas altérée chez la personne âgée en bonne santé, même si les taux d'anticorps produits sont inférieurs à ceux observés chez des sujets plus jeunes. »

2.3.3. Les théories du vieillissement

Le vieillissement est un phénomène complexe et multifactoriel.

Les principales théories du vieillissement (¹⁷) appartiennent à deux catégories distinctes :

-Les théories déterministes, expliquant que la longévité et le vieillissement sont sous contrôle génétique direct,

-Les théories stochastiques, pour lesquelles le vieillissement est la conséquence secondaire d'événements non programmés, dangereux pour la cellule.

2.3.3.1. Les théories déterministes, programmées

- **Théorie neuroendocrinienne** : Elles font jouer un rôle essentiel à la région hypothalamo-hypophysaire. Des études réalisées chez l'animal ont pu montrer une augmentation de la longévité, un vieillissement plus lent du collagène, et une plus faible incidence des maladies cardiovasculaires chez des rats hypophysectomisés maintenus en vie par une supplémentation hormonale. Les travaux de Sapolsky (¹⁹) au laboratoire de neuroendocrinologie de l'université de Rockefeller à New York ont montré que l'on accélérerait le vieillissement en administrant de fortes doses de corticostérone. Des concentrations élevées de stéroïdes surrénaliens potentialisent les effets de l'ischémie, interagissent avec les acides aminés excitateurs, libérés comme neuromédiateurs.

- **Théorie immunologique** : La théorie immunologique repose sur le rôle du thymus, glande qui régresse dès l'adolescence et jouerait un rôle essentiel dans l'immunité. La progression de l'atrophie thymique expliquerait la diminution des réactions immunitaires avec l'âge, l'apparition d'auto-anticorps et la fréquence des affections auto-immunes (²⁰).

- **Théorie génétique** : On retrouve plusieurs théories :

- « La théorie du stroma jetable » de Kirkwood (²¹) suppose que la durée de vie reproductive d'une espèce génétiquement programmée est sélectionnée au cours de l'évolution pour établir un équilibre entre fécondité et force de mortalité dans l'environnement. Dans un environnement délétère, la reproduction sera massive, la gestation de brève durée avec sénescence rapide. Des conditions de vie favorables détermineront une période prolongée de fécondation, surtout qualitative, et un vieillissement retardé.
- « L'horloge biologique » de Hayflick (1968) s'appuie sur le fait que le nombre total de duplications des cellules mises en culture reste fixe pour une espèce donnée. « Au cours des divisions cellulaires, il y aurait une perte successive des télomères de l'acide désoxyribonucléique (ADN). Lorsque le raccourcissement est devenu très important, les divisions seraient impossibles. La longueur initiale des télomères serait alors la longueur qui conditionne l'apoptose » (²²).

Le vieillissement proviendrait « d'une défaillance des systèmes de réparation de l'ADN »⁽²³⁾ à l'image du Syndrome de Werner. « Le Syndrome de Werner est une maladie autosomale récessive due à l'inactivation d'une Hélicase (« Werner protein »), à fonctions multiples dans la synthèse et le « damage repair » de l'ADN. » Après réplication, la réparation est défaillante. L'usure des télomères provoquerait une sénescence cellulaire. Des études ont montré que les sujets avec des télomères courts avaient un risque majoré d'artériosclérose et athérome⁽²⁴⁾, de dysfonction endothéliale, de démence vasculaire, d'ostéoarthrite et de lésions du cartilage, de mortalité cardio-vasculaire.

2.3.3.2. Les théories stochastiques, aléatoires

- **Théorie des erreurs catastrophiques** : L'accumulation d'erreurs au hasard de la synthèse des protéines aboutirait à la mort cellulaire.

- **Théorie des radiations naturelles** : Les radiations provoqueraient des accumulations de dommages dans l'acide désoxyribonucléique des cellules somatiques.

- **Théorie de la dysdifférentiation soutenue par Cutler⁽²⁵⁾** : C'est l'expression dérégulée des hormones et des facteurs de croissance au cours du temps et l'apparition d'agents ou de promoteurs de mutations.

- **Théorie des radicaux libres et du stress oxydatif⁽²⁶⁾** : Les radicaux libres, dérivés actifs de l'oxygène, sont produits au cours du fonctionnement normal des cellules, lors de la respiration cellulaire et de la lutte contre les agents exogènes. Ce sont des composés chimiques instables susceptibles de réagir avec de nombreuses molécules, en particulier les acides gras, l'acide désoxyribonucléique et les protéines, et d'altérer les membranes cellulaires, en particulier au niveau des neurones cérébraux. Il y aura création de protéines biologiques anormales. Le vieillissement pourrait résulter d'une accumulation progressive de produits de dégradation causés par ces radicaux. Les radicaux libres, par le biais du stress oxydatif, contribueraient ainsi au vieillissement, à l'athérosclérose, à la cancérogenèse. Des systèmes enzymatiques protecteurs permettent d'éliminer les radicaux libres et d'empêcher leur formation. Ces divers

mécanismes font intervenir des minéraux ou des vitamines, des antioxydants (zinc, sélénium, vitamines E et C, caroténoïdes et polyphénols). Ainsi, la théorie oxydative de l'avancée en âge, impliquant la production de radicaux libres toxiques issue du métabolisme de l'oxygène, laisse espérer un ralentissement possible du processus de vieillissement par la réduction de facteurs oxydatifs (soleil, radiations, certains aliments, ...) et un apport de facteurs antioxydants protecteurs (vitamines A, C, E, ...).

2.4. La personne âgée malade

La prise en charge de la personne âgée relève d'une évaluation globale : médicale, psychologique et sociale. Le diagnostic repose sur la notion d'une décompensation fonctionnelle. Un schéma modélisant la décompensation fonctionnelle de la personne âgée a été proposé par JP Bouchon en 1984. Ce raisonnement gériatrique, ou « 1+2+3 de Bouchon » est efficace pour la plupart des situations cliniques en gériatrie.

Sur la figure n°2, l'abscisse donne l'âge du patient. L'ordonnée représente la fonction d'un organe : au maximum 100% avec un seuil clinique d'insuffisance marquant la décompensation fonctionnelle (confusion, insuffisance cardiaque aiguë, chute, perte de connaissance...). La courbe 1 représente les effets du vieillissement sur la fonction de l'organe (vieillesse cardiaque, vasculaire, rénale, cérébral...). Le vieillissement isolé n'aboutit jamais en lui-même à la décompensation fonctionnelle. La courbe 2, représente l'effet d'une maladie chronique qui vient se greffer sur les effets du vieillissement et altère la fonction de l'organe (coronaropathie, syndrome démentiel, hypertension artérielle, ostéoporose...). La maladie chronique si elle évolue peut conduire au stade d'insuffisance (cardiopathie ischémique au stade d'insuffisance cardiaque globale). Cependant, l'effet couplé du traitement et des adaptations fonctionnelles de l'organisme peut maintenir une capacité fonctionnelle suffisante quoique diminuée.

La courbe 3 représente le facteur aigu de décompensation : stress aigu, pathologie iatrogène, affection médicale aiguë (broncho-pneumonie à l'origine d'un œdème pulmonaire aigu, prise d'un alpha-bloquant pour un adénome prostatique à l'origine d'une chute traumatique au lever secondaire à l'aggravation subite, iatrogène, d'une hypotension orthostatique, jusqu'alors « compensée » chez un patient atteint de diabète compliqué de neuropathie avec dysautonomie...).

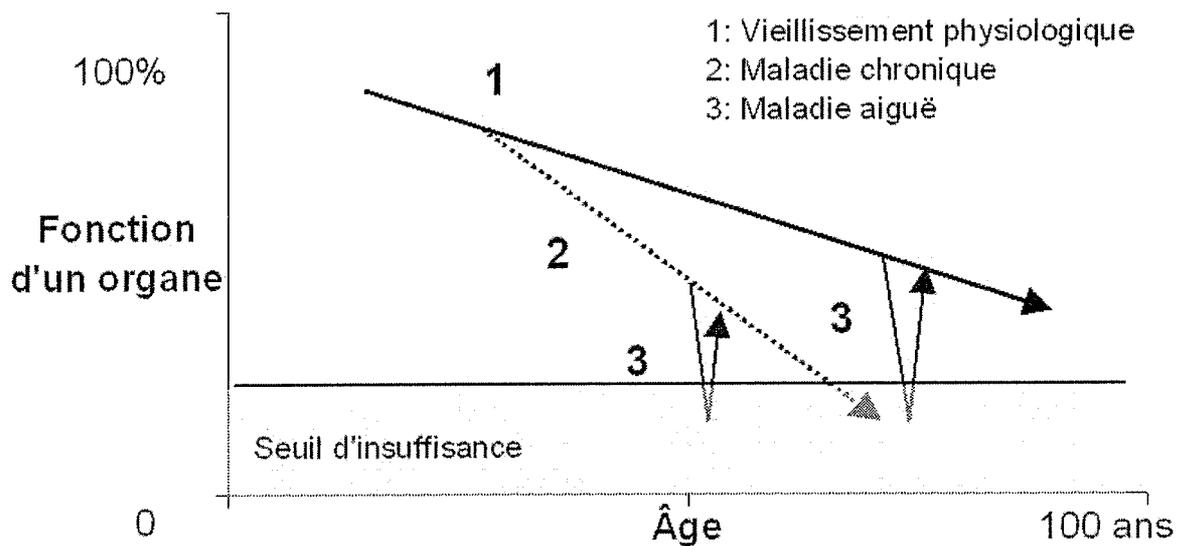


Figure n° 2 : « 1+2+3 » en gériatrie (d'après J.P. Bouchon)⁽²⁷⁾.

2.5. Le concept de fragilité

2.5.1. Définition

Le terme de fragilité (« frailty » en anglais) est de plus en plus utilisé dans le langage gériatrique du fait du vieillissement de la population.

Le concept de fragilité peut être défini selon cinq points capitaux ⁽²⁸⁾ :

- État clinique secondaire à une réduction multisystémique des aptitudes et des réserves physiologiques.
- Multifactorialité, avec interaction de la sénescence, de la non-utilisation, de maladies chroniques, et de facteurs biologiques, psycho-sociaux et environnementaux,
- Altération de l'interaction de l'homme avec l'environnement avec perte des capacités homéostatiques à résister aux stress de toute nature,
- Susceptibilité accrue à l'incapacité, aux décompensations fonctionnelles en cascade et à la dépendance
- Caractère évolutif, instable, avec des composantes éventuellement réversibles.

Selon Bortz, la fragilité survient quand un organisme s'isole lui-même du monde. Les capacités fonctionnelles se modifient par la « sous-utilisation » : les muscles, les tendons, les os et l'équilibre sont les plus concernés. Bortz en conclut que la non-utilisation d'une fonction physiologique a des conséquences plus néfastes que le vieillissement même de cette fonction ⁽²⁹⁾.

Pour Fried, la fragilité est « une vulnérabilité physiologique liée au vieillissement, conséquence d'une altération des réserves homéostatiques et d'une baisse des capacités de l'organisme à répondre à un stress »⁽³⁰⁾.

La prévalence de la population fragile dépend de la prise en compte de la sévérité de l'incapacité : selon de nombreux auteurs, la population des sujets de plus de 75 ans ayant un état de santé précaire et dont l'autonomie risque de rapidement se dégrader, représente 25 à 35% des individus. Cette proportion tombe à 6-8% en analysant les sujets vivant en milieu communautaire et âgés entre 65- 75 ans. Au-delà de 85 ans, 2 fois plus de femmes que d'hommes sont considérées comme fragiles. Chaque année, 12% de la population indépendante de plus de 75 ans vivant à domicile, perd de son autonomie pour une activité de la vie quotidienne et bascule dans la fragilité ⁽³¹⁾.

Les conditions contribuant à la fragilité ⁽²⁾ sont :

- l'âge avancé
- la survenue d'une maladie grave ou d'événements aigus répétitifs
- l'inactivité
- tout processus pathologique induisant une immobilisation prolongée
- les fractures, chutes et traumatismes
- les maladies chroniques
- la maladie d'Alzheimer
- la maladie cérébro-vasculaire par multi-infarctus
- la dépression
- l'ostéoporose et l'ostéoarthrose
- l'incapacité physique, déclin fonctionnel, nécessité d'aide aux ADLs et aux activités instrumentales de la vie quotidienne (IADLs)
- le déficit sensoriel
- le mauvais état nutritionnel

- la polymédication et effets iatrogènes
- l'hospitalisation ou institutionnalisation
- les facteurs psychologiques, culturels, spirituels
- les facteurs environnementaux, précarité sociale.

2.5.2. Physiopathologie de la fragilité

Les déterminants de la fragilité sont multiples et intriqués. Ils ont deux conséquences fondamentales : une baisse des performances physiologiques générant une réponse limitée et insuffisante pouvant aller jusqu'au seuil de décompensation, et une inaptitude à faire face aux situations de stress.

On distingue des facteurs intrinsèques et des facteurs environnementaux de la fragilité ⁽³²⁾.

Les facteurs intrinsèques sont:

-le déconditionnement physique lié à la baisse des performances mécaniques du système musculosquelettique et à la baisse des capacités aérobiques (mesure du pouvoir aérobique maximal par le calcul de la consommation maximale d'oxygène),

-la baisse des réserves nutritionnelles liée à la baisse de poids, à la baisse de la synthèse hépatique (albumine, cholestérol, vitamine D) et à la baisse de la synthèse des hormones anabolisantes (baisse de l'insuline-like growth factor, baisse de la testostérone et du sulfate de déhydroépiandrostérone),

-la désafférentation secondaire à une réduction des stimulations intellectuelles provoquée par les déficiences sensorielles, l'isolement social et par les processus neuro-dégénératifs qui entraînent une baisse des neurotransmetteurs (baisse de l'acétylcholine...), une atteinte de la substance blanche (leucoaraïose) et une apoptose neuronale accélérée,

-la dysrégulation du système immunitaire favorisant l'inflammation chronique avec élévation de l'interleukine 6, du tumor necrosis factor, une réaction amplifiée du stress qui active l'axe hypothalamo-hypophysaire (en stimulant la synthèse de leptine) contribuant indirectement à la satiété précoce et à la cachexie ⁽³³⁾.

Les facteurs environnementaux ou extrinsèques sont le fait:

- de disposer d' un bas revenu,
- de disposer d'un faible niveau d'instruction,
- d'un défaut de couverture médicale,
- d'un isolement sociofamilial favorisant le décès et l'entrée en institution après une consultation aux urgences ou une hospitalisation ⁽³⁴⁾.

2.5.3. L'évaluation gériatrique : définition

Les sujets âgés fragiles sont souvent des personnes de plus de 85 ans, dont les déficits peuvent passer inaperçus à l'examen clinique classique. D'où l'intérêt d'une évaluation gériatrique.

« Les données actuelles suggèrent qu'en médecine de ville, les sujets n'ayant aucune difficulté pour la réalisation des activités de base de la vie quotidienne (ADL normal), mais présentant déjà des limitations dans la réalisation des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL anormal), sont les plus à même de bénéficier d'une évaluation » ⁽³⁵⁾.

On parle ainsi d'évaluation gériatrique standardisée (EGS) ou, selon les anglo-saxons, de comprehensive geriatric assessment (CGA).

L'EGS constitue un outil méthodologique fiable qui s'appuie sur l'utilisation d'échelles valides. L'évaluation doit comporter 3 volets ⁽³⁶⁾:

- L'évaluation gériatrique proprement dite.

- L'examen clinique à la recherche de toute situation pathologique en particulier les risques d'incontinence, et les syndromes gériatriques comme les chutes à répétition, les épisodes confusionnels,

- L'évaluation précise du niveau de (poly) médication à la recherche d'un risque de iatrogénie.

L'EGS apporte donc pour le médecin une méthodologie structurée pour l'évaluation des patients âgés et l'aide à cerner leurs fragilités. C'est une approche multidimensionnelle et interdisciplinaire visant à dresser un bilan des modifications médicales et psychosociales des personnes âgées et de leurs incapacités fonctionnelles ⁽³⁷⁾.

L'EGS permet de planifier la prise en charge du patient à long terme. « En réalisant régulièrement une EGS lors du suivi de la personne âgée, le projet de soins sera adapté: recours aux examens complémentaires optimisés, bons choix d'orientations de lieu de vie, amélioration du suivi médical, des capacités fonctionnelles, de la qualité de vie ⁽³⁵⁾ ».

Cette prise en charge pourra replacer les sujets âgés fragiles dans une trajectoire de vieillissement réussi et diminuer le nombre de sujets dépendants, réduisant ainsi le coût de la vieillesse. Le rôle du médecin gériatre est donc de diagnostiquer la fragilité et de la prendre en compte en réalisant une prévention afin d'éviter la dépendance ⁽³⁸⁾.

2.5.4. Intérêts

Des études américaines et australiennes attestent de l'efficacité des programmes d'EGS :

- Les travaux de L. Rubenstein ⁽³⁹⁾ en 1984: la comparaison de 63 patients âgés fragiles hospitalisés bénéficiant d'une EGS et de 60 patients âgés fragiles recevant un suivi « classique » a permis de démontrer que l'EGS permettait de faire un certain nombre de diagnostics qui n'avaient pas été retenus auparavant et qui pour la plupart étaient curables. Les travaux rapportent également une réduction de la mortalité, une réduction des départs en institution, un moindre recours ultérieur aux services de soins et une amélioration des capacités fonctionnelles et du moral.

- La méta-analyse de STUCK publiée dans Lancet ⁽⁴⁰⁾ en 1993: à partir de 28 études, cette analyse atteste que la mise en pratique de l'EGS est efficace et que l'EGS permet de réduire la mortalité et d'améliorer les capacités fonctionnelles des personnes âgées. Il a été également démontré que les résultats sont meilleurs lorsque l'EGS est réalisée en unités hospitalières spécialisées dans l'évaluation et la planification d'interventions développées aux Etats Unis sous le nom de Geriatric Evaluation and Management Unit (GEMU). À 6

mois, on constate une réduction de la mortalité, une amélioration du maintien à domicile, une amélioration du statut fonctionnel, et des fonctions cognitives. L'efficacité de ces structures semble être rattachée à l'aspect multidisciplinaire des intervenants et à la logistique leur permettant de mettre en place les aides et d'initier les interventions.

Non seulement les EGS ont démontré leur efficacité dans les services de gériatrie mais aussi auprès de médecins traitants et d'équipes mobiles de gériatrie travaillant à domicile.

On retrouve une meilleure précision diagnostique et une diminution des consommations médicamenteuses.

D'autres travaux ⁽⁴¹⁾ ont élargi le champ d'efficacité des EGS à la médecine de ville. L'EGS est profitable lorsqu'elle s'applique à une fraction sélectionnée de la population, que les interventions utiles sont bien mises en pratique et que la prise en charge du patient s'inscrit dans la durée.

- L'étude DEEP II en 2004 ⁽⁴²⁾: Caplan et al étudient, sur 18 mois, 739 patients âgés en moyenne de 75 ans retournant à domicile après un séjour aux urgences. Dans le groupe suivi par une équipe pluridisciplinaire à domicile, on observe une diminution des réadmissions aux urgences et le maintien d'un meilleur état physique et mental. Par contre, il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne la mortalité et l'institutionnalisation.

2.5.5. Les échelles d'évaluation standardisée

L'EGS utilise des échelles validées ou outils d'évaluation permettant de quantifier aussi bien l'état nutritionnel, le risque de chute, l'état thymique ou les fonctions cognitives. En travaillant avec des outils listés, les différents intervenants ont un langage commun et ils peuvent proposer un plan d'intervention selon les problèmes repérés. Les différentes échelles permettent donc de structurer l'approche du patient âgé et déterminent ses capacités sur le plan médical, psychosocial et fonctionnel ⁽³⁵⁾.

Facteurs de risque	Outils d'évaluation
Évaluation situationnelle sociodémographique	Age, niveau culturel, niveau des aides, niveau de confinement (visites et horaire), qualité de l'habitat et des accès, etc.
Qualité de vie	Échelle Iris ou Iowa
Autonomie	ADL (annexe 1), IADL (annexe 2), Géronte , A.G.G.I.R (annexes 3 et 4)
Équilibre, marche	Tinetti, get up and go test; typage des chutes
Fonction cognitive	Mini-mental test de Folstein (version GRECO)(MMS) (annexe 5), dessin du cadran de l'horloge, test des 5 mots
Statut sensoriel	Échelle de Jaegger + voix chuchotée
Angoisse, dépression	Geriatric Depression Scale (GDS) (annexe 6)
Nutrition	Mini Nutritional Assessment (MNA) (annexe 7)
Dentition	Geriatric Oral Assessment Index
Douleur	Grille de recommandation de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES); échelle DOLOPLUS et ECPA

Tableau n°3 : Les évaluations principales pour la prise en compte des risques de fragilité⁽³⁶⁾.

Le tableau n° répertorie quelques outils d'évaluation. Il est important de tenir compte de l'environnement humain de la personne évaluée. Dans les unités hospitalières, il est classique d'ajouter à ce bilan, la mesure de l'albuminémie et l'estimation de la clairance de la créatinémie par la formule de Cockroft⁽³⁶⁾.

2.5.6. Prévention de la fragilité

Différents niveaux d'action sont possibles (⁴³) :

- Augmentation anticipée de la réserve physiologique avant un épisode de perte : comme avant une hospitalisation programmée, il est nécessaire de prévoir une réhabilitation afin d'éviter une réduction de leurs capacités physiologiques.

- Prévention de la perte chronique graduelle des capacités physiologiques : lutte contre la sédentarité, augmentation de la réserve cardio-pulmonaire et de la force musculaire par un programme adapté d'exercices.

- Monitoring périodique des indicateurs essentiels de fragilité : par exemple : tests minutés de performance manuelle, analyse de la démarche et de l'équilibre, utilisation de tests de marche pour mesurer la capacité aérobie et tests cliniques de force.

- Prise en charge rapide de toute pathologie aiguë avant épuisement des défenses.

- Prévention des obstacles au rétablissement de la personne âgée fragile

- Réadaptation par paliers progressifs

- Prévention des épisodes aigus et sub-aigus de perte physiologique : par exemple: détection et traitement des épisodes dépressifs, vaccination anti-grippale....

- Lutte contre le déconditionnement qui est la perte fonctionnelle attribuable à la non-utilisation suite à l'alitement et à l'immobilité.

2.6. La dépendance

2.6.1. Définition

La dépendance se définit comme l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement (7).

Pour distinguer les différents niveaux de retentissement de la maladie, l'OMS a repris l'analyse fonctionnelle des maladies de WOOD (7, 44). Dans les années 1980, WOOD distingue :

- La déficience : qui correspond à l'anomalie d'un organe, d'un appareil ou d'un système. Le plus souvent cette anomalie est symptomatique. Elle équivaut à la maladie. (Exemple : diminution de la force de préhension d'une main)

- L'incapacité : qui représente une des conséquences de la déficience et en est l'expression en terme de fonction ou de performance. (Exemple : impossibilité de couper les aliments au cours du repas)

- Le handicap : qui est le désavantage résultant de l'incapacité. Il traduit l'écart entre l'incapacité physique et intellectuelle d'une personne et les normes de la qualité de vie. Le handicap est proportionnel aux ressources matérielles et sociales disponibles pour pallier à l'incapacité. (Exemple : si le patient a des aides techniques, cette incapacité n'a pas de retentissement sur son environnement. Mais c'est un handicap si cette incapacité lui impose la présence d'une personne à chaque repas).

WOOD a défini 6 besoins fondamentaux ou rôles vitaux :

- La mobilité : concerne tous les déplacements ainsi que le maniement d'objet,
- L'orientation : concerne le temps, l'espace, la conscience de soi, d'autrui et de l'environnement matériel,
- La sécurité : concerne l'habitat, les fonctions sensorielles, les possibilités de communication et la suffisance pécuniaire,

- L'hygiène : concerne l'organisme et l'environnement du domicile,
- Les occupations : concernent un vaste ensemble qui couvre les facultés d'adaptation aux événements jusqu'à la vie de relation,
- La nutrition : concerne les aspects qualitatifs et quantitatifs, mais aussi la possibilité de préparer et prendre seul ses repas.

En gérontologie, la dépendance est définie comme la nécessité d'une aide extérieure pour la satisfaction de tout ou d'une partie d'un de ses six besoins fondamentaux ⁽⁴⁵⁾. Un individu est considéré comme dépendant si, pour une activité donnée, il ne la réalise pas correctement, habituellement, totalement, seul et spontanément. Si un seul de ces cinq critères n'est pas satisfait, l'individu est considéré comme dépendant par rapport à l'activité étudiée.

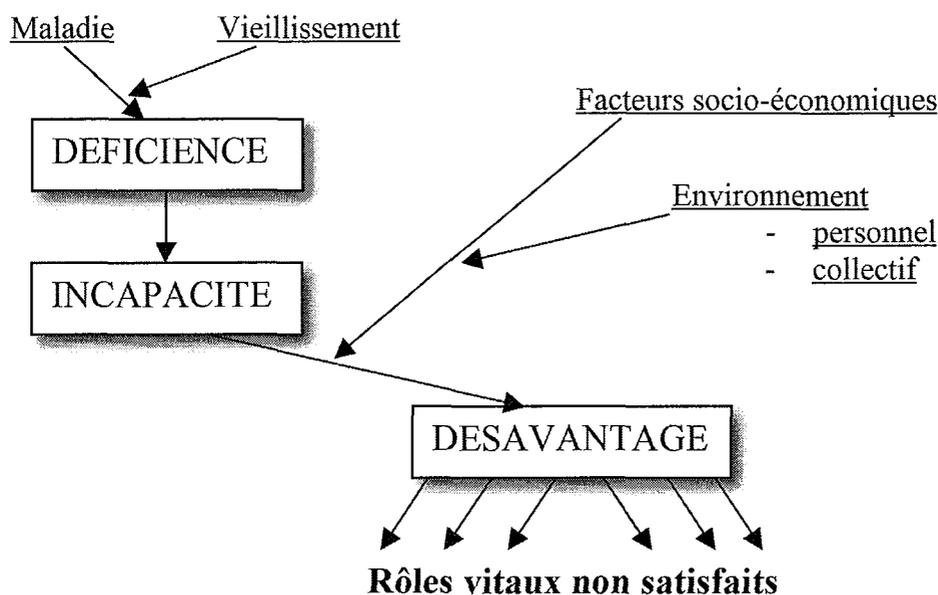


Figure n°3 : La séquence de Wood.

2.6.2. Évaluation

Les outils d'évaluation utilisés dépendent des objectifs de l'évaluation. Dans le cadre de la dépendance, on peut être amené à évaluer une personne donnée afin de connaître ses déficiences et ses incapacités, évaluer la charge en soins afin d'organiser les soins nécessaires à sa dépendance, évaluer le coût de la dépendance (coûts directs comme les aides techniques, coûts indirects comme le retentissement de la dépendance sur la famille), évaluer la dépendance dans une population à domicile permettant une organisation sanitaire.

Plusieurs instruments validés sont mis à notre disposition :

-L'échelle des activités de la vie quotidienne (Activities of Daily Living ou ADL) ⁽⁴⁶⁾
(annexe 1): évalue de manière objective les activités de la vie quotidienne (soins corporels, habillement, toilette, continence, alimentation). Cette grille simple et rapide à renseigner est une référence en littérature, mais elle ne tient pas compte des déplacements et 20% des patients restent non classés.

-L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (Instrumental ADL) ⁽⁴⁷⁾
(annexe 2): évalue le comportement et l'utilisation des outils usuels. Elle permet l'évaluation de la dépendance des sujets âgés vivants à domicile en évaluant les activités de la vie courante qui nécessitent une utilisation des fonctions cognitives dites instrumentales (calcul, élaboration de stratégies exécutives). Cette échelle fait référence. Le sujet faisant lui-même l'évaluation de ses capacités, une vérification auprès de ses proches est parfois nécessaire.

- La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources) ⁽⁴⁸⁾ (annexes 4 et 5): permet d'évaluer l'état fonctionnel d'un sujet et prend en compte à la fois la dépendance physique et la dépendance psychique.

Le décret n° 2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR détaille la grille et les conditions d'évaluation de chaque critère. La grille nationale d'évaluation classe la population en six groupes appelés GIR (Groupes Iso-Ressources).

La grille AGGIR guide l'évaluation de l'état de dépendance grâce à

- Dix variables d'activité corporelle et mentale (dites "discriminantes") : cohérence, orientation, toilette, habillement, alimentation, élimination, transfert, déplacement à

l'intérieur, déplacement à l'extérieur, communication à distance ;

- Sept variables d'activité domestique et sociale (dites "illustratives") : gestion, cuisine, ménage, transports, achats, suivi du traitement, activités temps libres.

Cette grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus est utilisée à des fins réglementaires: mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002 et tarification des institutions.

2.6.3. Épidémiologie

Pour la première fois en France, entre 1998 et 2001, l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) a établi une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicap (y compris ceux liés à l'âge). Elle a permis d'observer leur situation sociale, les aides dont elles bénéficient et celles qui leur seraient nécessaires.

Selon le degré de sévérité du besoin d'aides retenu, les estimations du nombre de personnes dépendantes de plus de 60 ans varient. « De l'ordre de 800 000 personnes âgées seraient dépendantes en 1998-1999 au sens des quatre premiers groupes de la grille AGGIR ⁽¹⁰⁾. »

Avec le vieillissement, le risque de contracter des maladies invalidantes augmente, ce qui est facteur de perte d'autonomie et de dépendance. De ce fait, le taux de dépendance varie et augmente fortement avec la progression en âge. Chaque année, environ 10% de la population indépendante de plus de 75 ans vivant à domicile perd de son autonomie pour une activité de base de la vie quotidienne (AVQ) ⁽⁴⁹⁾.

Les femmes semblent plus touchées à partir de 75 ans par la dépendance mais elles sont également plus nombreuses aux âges élevés.

Deux autres caractéristiques influent sur la dépendance des individus : le niveau d'études, et le nombre d'enfants pour la femme. Plus la durée des études est longue par rapport à la moyenne nationale de la génération de la personne, plus le risque de dépendance recule avec l'âge. Les femmes ayant deux ou trois enfants encore vivants sont jusqu'à 80 ans moins souvent dépendantes que les autres.

Le lieu de vie des personnes âgées est en partie fonction de leur degré de dépendance : plus du tiers des personnes dépendantes vit en institution, un quart d'entre elles en unité de soins de longue durée. En 1998-1999, 95,5% des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile

font partie des personnes les moins dépendantes (GIR 5, GIR 6) contre 2,5 % des personnes les plus dépendantes (GIR 1, GIR 2, GIR 3). Concernant les personnes de plus de 60 ans vivant en institution, 50,3 % sont des personnes très dépendantes (GIR 1, GIR 2, GIR 3) et 43% des personnes moins dépendantes (GIR 5, GIR 6) ⁽⁵⁰⁾.

Plusieurs travaux de projections ont été réalisés. L’Insee a mené des travaux basés sur les mesures de flux d’entrée et de sortie de dépendance par âge provenant des enquêtes HID et sur le modèle Destinie (modèle démographique, économique et social de trajectoires individuelles simulées). Trois scénarios d’évolution de la dépendance aux âges élevés ont été envisagés :

- Le premier scénario est pessimiste et suppose que la durée de vie en dépendance à 60 ans croît au même rythme que l’espérance de vie à 60 ans.
- Le deuxième suppose qu’elle reste stable pour les hommes et les femmes.
- Le troisième est optimiste et suppose que la durée de vie en dépendance après 60 ans diminue.

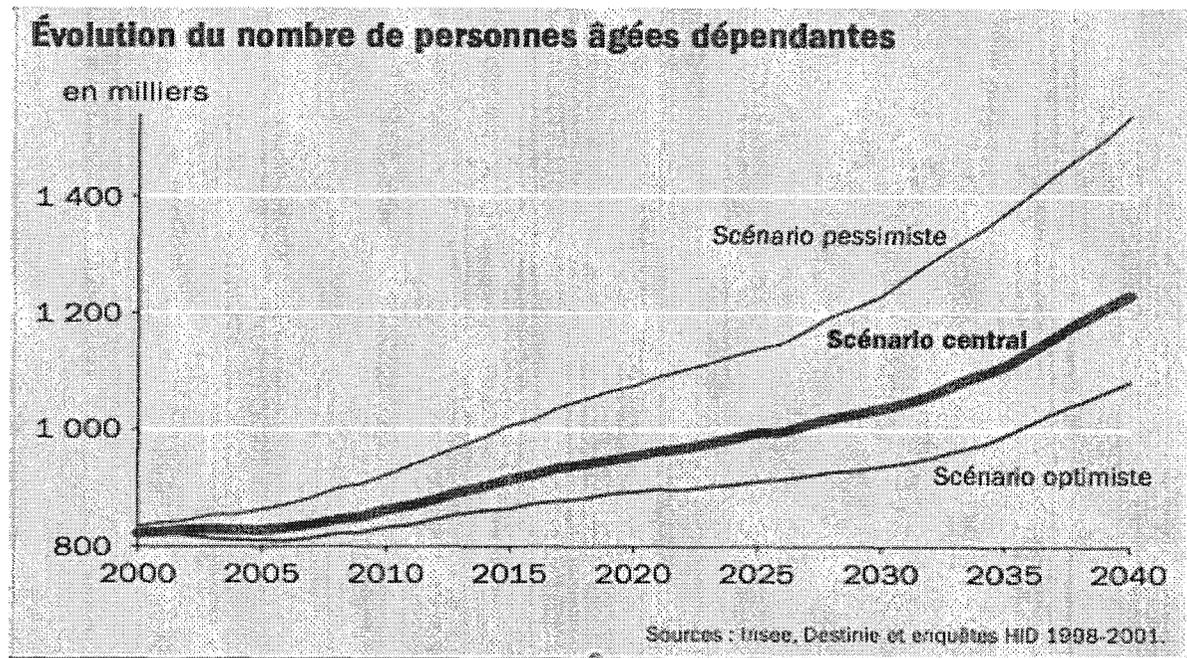
Dans les trois scénarios, le nombre de personnes dépendantes augmente, mais dans des proportions différentes, pour atteindre en 2040 1,0 1,2 ou 1,5 million de personnes.

	Scénario		
	Pessimiste	Central	Optimiste
Nombre de personnes âgées dépendantes en 2020 (en milliers)	1090	955	870
Évolution 2000-2020 (en %)	32	16	6
Nombre de personnes âgées dépendantes en 2040 (en milliers)	1515	1175	975
Évolution 2000-2040 (en %)	84	43	18

Source : Insee, modèle Destinie et enquêtes HID 1998-2001

Tableau n°4 : Projection du nombre de personnes dépendantes d’au moins 60 ans selon les scénarios.

Dans les trois cas, l'augmentation devient plus rapide à partir de 2030. C'est à cette date que la génération du baby boom attendra 80-85 ans, âges où la dépendance deviendra fréquente (°).



Sources : Insee, Destinie et enquêtes HID 1998-2001

Figure n°4 : Evolution du nombre de personnes âgées dépendantes en France.

La prise en charge de ces personnes âgées dépendantes va devenir un enjeu majeur de santé publique dans les années futures. La demande de services institutionnels (aides à domicile, places en établissements de santé) risque de s'accroître pour suppléer l'insuffisance prévisible des aidants familiaux non professionnels (°).

3. LA FILIERE GERIATRIQUE A NANCY

3.1. La filière hospitalière

La filière gériatrique nancéenne se partage entre le Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) et la Maison Hospitalière Saint-Charles qui se trouve hors CHU.

3.1.1. Le Centre hospitalier et universitaire de Nancy

Le CHU se répartit, actuellement, sur 7 sites :

- Hôpital de Brabois
- Hôpital Central
- Hôpital d'enfants
- Hôpital Saint Julien
- Hôpitaux Maringer -Villemin - Fournier
- Centre Saint Stanislas
- Hôpital Jeanne d'Arc.

3.1.1.1. Le Pôle de Gériatrie-Médecine Interne-Soins Palliatifs

Le Pôle comprend :

- Le service de Gériatrie-Médecine B situé au 8e étage de l'Hôpital de Brabois comprenant 5 lits d'hôpital de jour (HDJ), 40 lits hospitaliers conventionnels et 7 lits de soins continus,
(Chef de service : Monsieur le Professeur BENETOS)

- Le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et l'Unité Mobile de soins palliatif situés à l'Hôpital Saint Julien comprenant respectivement 44 et 15 lits. Ce site est communément appelé Centre Spillmann,
(Chef de service : Madame le Docteur JONVAUX)
- L'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) située au Centre Saint Stanislas et à l'Hôpital Saint Julien comprenant respectivement 84 et 80 lits,
(Chef de service : Madame le Docteur MANCIAUX)
- Le service de Médecine Interne et Médecine Générale H à l'Hôpital Central comprenant 33 lits,
(Chef de service : Monsieur le Professeur DE KORWIN).

3.1.1.2. Le service des Urgences

3.1.1.2.1. Composition du service

Le service des Urgences se situe à l'Hôpital Central. Le chef de service est Monsieur le Docteur NACE.

Il comprend :

- Le Service d'Accueil des Urgences (SAU), constitué de 9 box de médecine et de 7 box de chirurgie,
- L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), avec 8 lits.

3.1.1.2.2. Statistique

- Nombre de passages au SAU:

	Du 01 janvier au 31 décembre 2007 inclus	Du 29 octobre au 11 novembre 2007 inclus
Nombre de passages	39 833	1 500
Effectifs des plus de 75 ans (pourcentage)	5 964 (15%)	248 (16,5%)

Tableau n°5 : Tableau de bord de base au SAU.

- Mode de sortie des plus de 70 ans :

En 2007, les personnes de plus de 70 ans ont représenté 7 227 passages. 3 684, soit 51%, ont été hospitalisés.

Du 29 octobre au 11 novembre 2007, les personnes de plus de 70 ans ont représenté 300 passages. 162, soit 54 %, ont été hospitalisés.

	Du 01 décembre au 31 décembre 2007 inclus	Du 29 octobre au 11 novembre 2007 inclus
Transfert interne	3 684	162
Retour à domicile (RAD)	2 552	102
Transfert externe	460	18
Consultation	217	8
Médecin traitant	213	8
Parti sans attendre	43	0
Admis par erreur	28	2
Fugue	18	0
Contre avis	7	0
Police	3	0
Autre	2	0

Tableau n°6 : Mode de sortie des plus de 70 ans après le passage au SAU.

3.1.1.3. L'équipe mobile de liaison gériatrique

3.1.1.3.1. Présentation

L'EMLG est rattachée au service de Médecine B.

Depuis 2003, l'équipe intervient au lit des patients dans les différents services du CHU suite aux directives ministérielles (circulaire ministérielle du 18 mai 2002). En 2007, des moyens supplémentaires ont été attribués à l'équipe pour développer son intervention au service des Urgences. Des locaux sur le site de l'Hôpital Central, à proximité du service des Urgences, lui ont ainsi été mis à disposition.

Notre étude porte sur l'activité de l'EMLG au service des Urgences (SAU et UHCD).

3.1.1.3.2. La population cible

Sont intéressées : les personnes âgées en perte d'autonomie en raison d'un contexte de fragilité médico-social complexe (isolement, troubles cognitifs, épisode de décompensation fonctionnelle, confusion mentale, chutes, dénutrition, altération de l'état général...).

Pour définir la vieillesse, l'OMS retient l'âge de 65 ans et plus, groupe d'âge utilisé pour les comparaisons internationales.

La fragilité, quant à elle, traduit un équilibre médical et socio-économique précaire pouvant être rompu par tout événement extérieur même minime.

3.1.1.3.3. Ses missions

- Mission de soins :

Auprès des patients, l'EMLG évalue les syndromes gériatriques : chutes, troubles de la marche, troubles cognitifs, dénutrition, perte d'autonomie, douleur, incontinence...L'EMLG

ne se substitue pas aux services qui lui font appel mais elle contribue à l'élaboration d'un projet de soins adapté à la prise en charge de pathologies fréquentes de la personnes âgée.

- Mission d'information et de formation :

L'EMLG familiarise les équipes soignantes à l'évaluation gériatrique, la spécificité de la personne âgée et la prise en charge globale médico-psycho-sociale.

- Gestion des filières de soins :

L'EMLG participe à l'orientation du sujet âgé dans la filière de soins et permet une liaison entre les services à vocation non gériatriques et les services du Pôle Gériatrique-Médecine Interne-Soins Palliatifs.

L'équipe coordonne également le réseau ville-hôpital.

Son activité est favorable au développement des filières de soins gériatriques.

3.1.1.3.4. Le personnel de l'EMLG

L'équipe est composée de deux médecins gériatre, de deux infirmières, d'un équivalent temps plein de secrétariat partagé entre deux secrétaires sur les sites de Brabois et de Central, d'une assistante sociale et d'une psychologue clinicienne à mi-temps.

3.1.1.3.5. L'organisation

Au service des Urgences, l'EMLG assure une permanence de consultation les jours ouvrables (du lundi au vendredi) de 13h30 à 17h00.

L'intervention de l'EMLG est demandée par un médecin senior des urgences par appel téléphonique ou par téléfax.

Si la personne âgée est hospitalisée, l'équipe l'évaluera le plus souvent durant l'hospitalisation.

À l'inverse, si un retour à domicile est possible, l'équipe intervient dans le service des Urgences et prend en charge la personne âgée (évaluation gériatrique, orientation,

coordination). Le médecin gériatre rédige une observation qui fera partie du dossier médical du patient et un courrier, expliquant la prise en charge, sera adressé au médecin traitant.

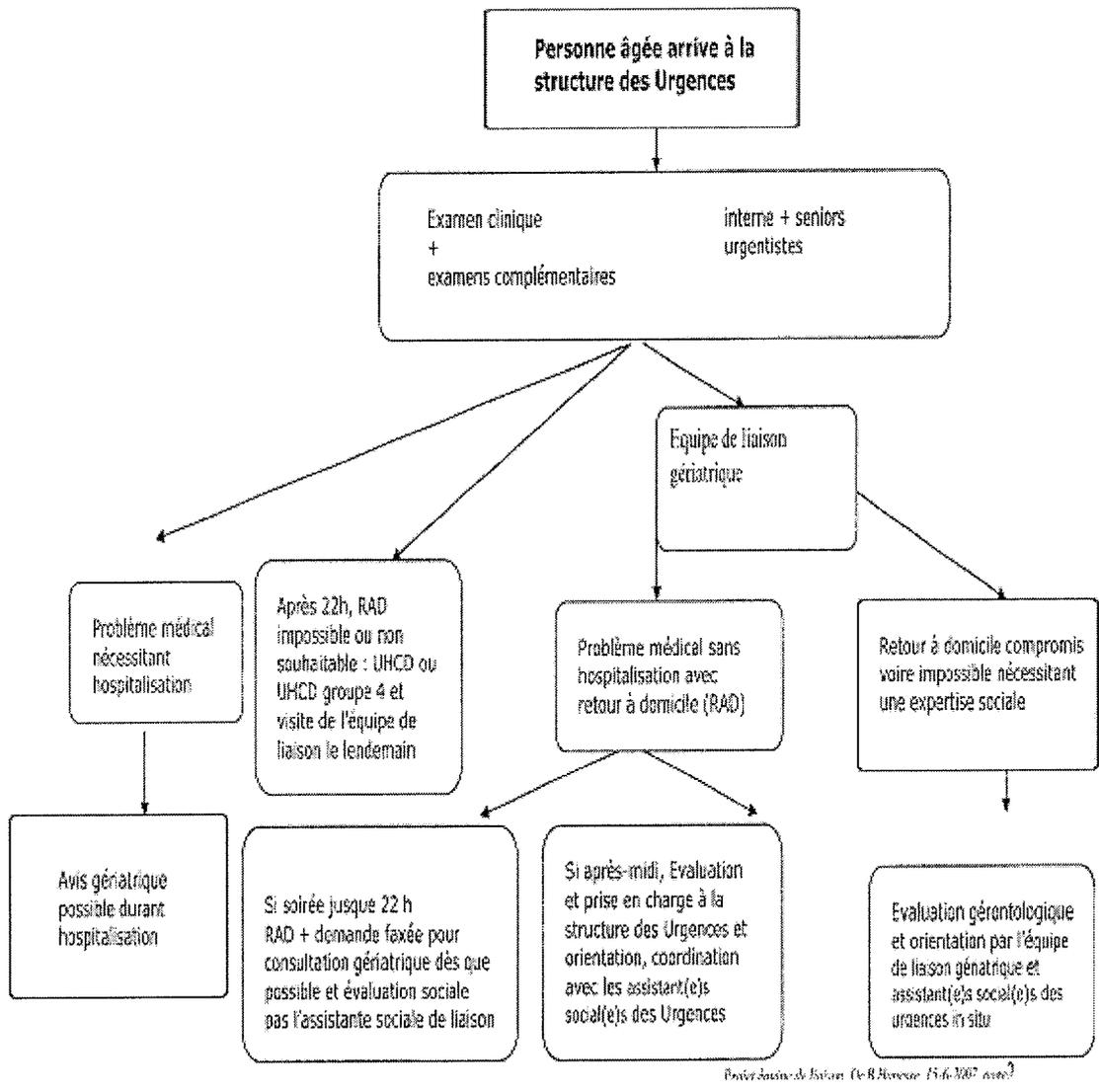


Figure n°5 : Projet de l'EMLG au 15-06-2007.

3.1.2. La Maison Hospitalière Saint-Charles

La Maison Hospitalière Saint-Charles ne fait pas partie du CHU de Nancy.

Le médecin en chef est Madame le Docteur GEORGES. On distingue :

- 5 lits d'HDJ,
- 20 lits de médecine courte durée,
- 51 lits de SSR ,
- 60 lits d'USLD.

3.2. La filière extrahospitalière

3.2.1. Les services d'aides et de soins à domicile

Pour maintenir une personne âgée à son domicile, un certain nombre d'aides humaines, médicales, matérielles et sociales existent :

-Les aides humaines : Ce système, indépendant de l'Assurance Maladie, comprend les **aides formelles et les aides informelles.**

Les aides informelles représentent les aides procurées par la famille ou par des personnes extra-familiales non professionnelles tels que des voisins, des amis.

Les aides formelles (aides à domicile, auxiliaires de vie, garde à domicile...) peuvent dépendre d'associations. Ces associations peuvent être prestataires ou mandataires.

Les associations d'aide à domicile interviennent sur un secteur déterminé (par exemple : Nancy et les communautés de la Grande Couronne) auprès des personnes âgées. Leurs rôles sont diversifiés. Des aides classiques (ménage, repassage, courses, préparation des repas, jardinage courant, petit bricolage) et des aides personnalisées (surveillance de la toilette, aide à l'habillage, surveillance et accompagnement des repas, surveillance des prises médicamenteuses, accompagnement à l'extérieur, aide au coucher) peuvent être mise en place. Les associations peuvent participer au réseau de soins en accompagnant la personne aux consultations, en transmettant tout phénomène anormal au référent familial ou au médecin traitant. Ces associations ont la capacité de travailler de façon plus

personnelle auprès de personnes désorientée : relaxation, activités personnalisées, stimulation occupationnelle.

-Les aides médicales : le médecin généraliste, les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes). Ils sont pris en charge, respectivement, par l'Assurance Maladie et par l'Assurance Maladie par entente préalable. La loi fixe chaque année un quota d'actes pour chaque professionnel.

Les infirmiers assurent les actes techniques (distribution de médicaments, injection, prélèvements,...) et les soins d'hygiène.

Il existe des systèmes associatifs organisant dans l'espace communal ou urbain **un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)**. Les soins de kinésithérapies en sont exclus. La personne âgée est automatiquement prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale. Les SSIAD interviennent pour une durée quotidienne minimum de 30 minutes de soins et au moins 4 jours sur 7. Les SSIAD organisent et gèrent l'ensemble du dispositif de soins et laisse au domicile du patient un cahier de transmission permettant d'harmoniser le suivi avec le médecin traitant.

Sur l'agglomération nancéenne, deux structures d'**Hospitalisation à Domicile (HAD)** fonctionnent : le Centre Jacques Parisot de Bainville-sur-Madon et l'hospitalisation à domicile de l'agglomération nancéenne (HADAN). Les HAD sont des structures sanitaires d'alternative à l'hospitalisation. Elles permettent d'assurer au domicile du malade, pour une durée limitée mais réversible en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés entre le service hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels de santé de ville, nécessaires à une prise en charge du patient de qualité.

-Les aides matérielles : sont nombreuses et ne sont pas directement financées par l'Assurance Maladie. Elles relèvent des moyens mis en place par les municipalités, souvent par l'intermédiaire des centres communaux d'action sanitaire et sociale (CCAS). C'est le cas du service de **portage de repas**. La personne âgée participe aux financements selon ses ressources. « Idéalement, ce service devrait être inscrit sur une durée limitée car il peut être responsable de régression et d'un excès de maternage ⁽⁵²⁾. »

On retrouve également la **télé-alarme** à la charge de la personne âgée ou parfois partiellement financée par le CCAS, et **l'aménagement et la sécurisation de l'habitat**

par le PACT (Protection, Amélioration, Conservation, et Transformation de l'habitat). Cet organisme national aide la personne âgée à trouver un financement auprès des caisses de retraite et de l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (ANAH).

Nous pouvons inclure les aides matérielles à la personne âgée permettant de limiter les handicaps physiques dans la vie quotidienne. Elles nécessitent une prescription et sont remboursées par l'Assurance Maladie. La personne âgée peut avoir à sa disposition **un lit électrique à hauteur variable, des cannes anglaises, un déambulateur, un fauteuil roulant, une chaise percée, un lève-malade.**

-Les aides sociales : le minimum vieillesse, les aides au logement, l'allocation personnalisée d'autonomie.

Le minimum vieillesse était composé, jusqu'en 2007, de trois éléments : la retraite, le complément de retraite et l'allocation supplémentaire vieillesse. Au 1^{er} janvier 2007, ces prestations sont remplacées par l'Allocation de Solidarité aux personnes âgées (Aspa). L'Aspa est servie aux personnes âgées de plus de 65 ans (ou de 60 ans en cas d'inaptitude au travail), soit par la caisse de retraite qui sert au demandeur un avantage de retraite de base, soit par un service spécifique géré par la Caisse des dépôts et consignations, lorsque la personne ne relève d'aucun régime d'assurance vieillesse en France. Le Fond de Solidarité Vieillesse (FSV) rembourse aux 22 régimes de retraites concernés l'allocation. Le FSV, établissement public administratif de l'Etat, a été créé en 1993 pour prendre en charge les avantages de retraite relevant de la solidarité nationale ⁽⁵³⁾.

L'Aspa est versée sous condition de résidence en France ou dans les départements d'outre-mer, et de ressources de la personne ou du couple, qu'il s'agisse de conjoints, de concubins ou de partenaires liés par un pacte civil de solidarité. Son montant est égal à la différence entre ces ressources et le plafond fixé, au 1er janvier 2007, à 7 635,53 € par an pour une personne seule et 13 374,16 € par an pour un couple.

En 2006, 7 600 lorrains bénéficient du minimum vieillesse soit 2% des 65 ans et plus. Par rapport à 2004, les bénéficiaires ont diminué de 2,1%. Cela s'explique par l'amélioration progressive des retraites ⁽⁵⁴⁾.

Les aides au logement sont constitués de l'allocation au logement, de l'aide personnalisée au logement et des aides venant de l'ANAH. Elles ne sont pas spécifiques des personnes âgées.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) remplace la prestation spécifique dépendance depuis le 1er janvier 2002. L'APA est financée par les conseils généraux. Le droit à l'APA dépend du niveau d'autonomie de la personne âgée d'au moins 60 ans, évalué à l'aide de la grille AGGIR. Pour bénéficier de l'APA, il faut appartenir aux groupes GIR 1 à 4 ⁽⁵⁵⁾. Elle est ouverte sans conditions de ressource aux personnes résidant à domicile ou dans un établissement. Le degré de dépendance de la personne âgée détermine le montant de l'aide qui lui est accordée en fonction de ses ressources. Une participation financière est à la charge du bénéficiaire lorsque ses ressources dépassent un montant révisé périodiquement.

Au 31 décembre 2002, en Lorraine, 22,4 milles personnes, dont 10,9 milles à domicile, bénéficiaient de l'APA. En Meurthe-et-Moselle, 7,9 milles personnes en bénéficiaient dont 3,7 milles à domicile ⁽⁵⁶⁾.

Au 31 décembre 2007, en France, 1,078 millions de personnes bénéficient de l'APA. En un an, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 5,1%. 61% des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile et 39% en établissement ⁽⁵⁵⁾.

3.2.2. Les hébergements médico-sociaux

3.2.2.1. Les foyers-logements ou logements-foyers

Ce sont des groupes de logements autonomes à vocation sociale. Les résidents peuvent être soit propriétaires soit locataires et paient les charges et les frais de fonctionnement des locaux communs. Ces établissements abritent en effet de véritables domiciles privés, tout en offrant les avantages d'une vie sociale commune à qui le souhaite et en assurant l'insertion des soins de ville ⁽⁵⁷⁾.

3.2.2.2. Les résidences services

Ce sont des foyers-logements haut de gamme. Les résidents sont le plus souvent propriétaires.

3.2.2.3. EHPAD

Un EHPAD (antérieurement nommé maison de retraite médicalisée) est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dont l'état de santé ne nécessite pas une présence médicale 24h/24 mais une assistance pour la réalisation des actes de la vie quotidienne. Un médecin coordinateur assiste le directeur dans l'organisation des soins, le choix des résidents, l'encadrement et la formation des personnels. Ses missions sont précisées dans le décret n°2005-560 du 27 mai 2005.

L'EHPAD assure un ensemble de prestations comprenant le logement, les repas, divers services spécifiques tels que blanchisserie, soins d'hygiène et médicaux (selon l'état de la personne), animations...

3.2.2.4. Les structures d'accueil spécifique

Elles sont en voie de développement sur notre département et accueillent les malades souffrant de la maladie d'Alzheimer. Chaque établissement organise lui-même ses modalités d'admission et doit être contacté directement. Mais actuellement, un dossier-type se met en place pour faciliter les demandes dans plusieurs établissements simultanément.

3.2.2.5. L'accueil famille

Réglémenté par la loi du 10 juillet 1989 et du 17 janvier 2002, il organise l'hébergement d'une personne adulte handicapée ou d'une personne âgée dans une famille moyennant rémunération.

3.2.2.6. L'accueil temporaire de jour

Il permet de soulager l'aidant naturel et s'adresse particulièrement aux personnes âgées démentes. Il fonctionne cinq jours sur sept.

Cette structure fonctionne sous le mode associatif et bénéficie d'aides des municipalités.

3.2.3. Les CLIC

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination sont des structures de proximité créées en 2000 suite aux circulaires du 6 juin 2000⁽⁵⁸⁾ et du 18 mai 2001⁽⁵⁹⁾. Ils sont conçus pour favoriser au niveau local les rapprochements entre les secteurs médicaux et sociaux. Ils permettent l'accueil, l'information, le conseil et l'orientation des retraités, personnes âgées et de leur entourage dans leur vie quotidienne.

On distingue trois niveaux en fonction de leur stade de développement⁽⁶⁰⁾:

- Niveau 1 : fonction d'information et d'orientation des personnes,
- Niveau 2 : ils réalisent, en plus des fonctions du niveau 1, des évaluations globales multidimensionnelles afin de proposer des aides personnalisées,
- Niveau 3 : ils ont la charge des missions précédentes et la coordination des professionnels du secteur sanitaire et social.

En travaillant en partenariat avec le réseau Gérard Cuny, le CLIC de Nancy et sa couronne se définit comme un CLIC de niveau 3.

Pour chaque commune de Nancy et sa couronne, une liste des services est à la disposition des usagers ⁽⁶¹⁾.

3.2.4. Le Réseau Gérard Cuny

Le réseau Gérard Cuny est un réseau gérontologique de proximité de l'agglomération de Nancy.

Le réseau doit impérativement couvrir les objectifs suivants (objectifs définis par la circulaire n°DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 ⁽⁶²⁾):

- Assurer le repérage des personnes âgées en situation de rupture socio-sanitaire ou susceptibles de le devenir.

Pour réaliser la mission de repérage des situations à risques, le réseau dispose :

- des informations recueillies par les équipes médico-sociales du Conseil Général (équipes APA),
- des signalements effectués par les médecins traitants, les professionnels libéraux, les établissements de santé (EMLG), les CLIC ou les assistantes sociales, les CCAS, les associations de service à domicile et les services des aides à domicile et services des soins infirmiers à domicile,
- des signalements faits par la personne âgée elle-même, l'entourage, la famille et les voisins.

Si le signalement n'émane pas du médecin traitant, le réseau le contacte systématiquement et lui demande de confirmer la valeur du signalement.

- Etablir un plan d'intervention personnalisé en équipe pluridisciplinaire.

Le réseau assure un diagnostic psycho-médico-social concernant les pathologies, la dépendance, le contexte économique, relationnel et psychologique, l'habitat (agencement et accessibilité du logement).

Le réseau propose le plan d'intervention le plus adapté. L'équipe opérationnelle de coordination du réseau propose un choix de solutions, engage les démarches auprès des intervenants après s'être assuré de leur disponibilité.

Le réseau apporte un soutien aux aidants et intervenants professionnels (réponses adaptées aux situations difficiles, formations aux professionnels et aux aidants, groupes de parole pour les professionnels, les proches et les aidants.)

- Mettre en œuvre des actions d'information et d'éducation de la santé.

Le réseau doit être un lieu de diffusion d'informations données à titre individuel ou collectif aux usagers, aux familles et à l'entourage.

Des actions de prévention et de dépistage des troubles pouvant entraîner une décompensation rapide de l'état fonctionnel de la personne (déshydratation, dénutrition,...) sont proposées.

- Définir une organisation et des procédures de gestion des relations avec les organismes et les financeurs de soins ou de services (organismes d'assurance maladie, caisses de retraite, services du conseil général, CCAS,...).

Pour qu'une personne âgée puisse bénéficier du réseau Gérard Cuny, elle doit correspondre aux critères d'inclusion ⁽⁶³⁾ :

- Être âgé de plus de 60 ans,
- Habiter Nancy ou son agglomération, c'est-à-dire dans les 20 communes composant la Communauté Urbaine du Grand Nancy (CUGN) (annexe 8),
- Présenter une difficulté pour une activité de la vie quotidienne,
- Ou avoir au moins 3 critères de fragilité,
- Vivre à domicile.

Les critères de fragilité sont :

- Pour le contexte sanitaire et social :

- Support social inadéquat, isolement, pauvreté, logement inadapté,
- Sédentarité, confinement, instabilité à la marche,
- Hygiène insuffisante (incontinence, négligence de son corps ou de son environnement...),
- Déficience sensorielle mal compensée (auditive ou visuelle).

- Pour le contexte médical :

- Comportement inadapté (démotivation, déclin des fonctions cognitives, épisodes de confusion, de dépression..)
- Baisse des réserves nutritionnelles (amaigrissement, déficit nutritionnel avéré...)
- Poly-pathologie, poly-médication,
- Hospitalisations itératives non programmées,
- Chute (s) avec incapacité à se relever seul.

4. ETUDE

4.1. Objectif principal et secondaire

Le principal objectif vise à déterminer, sur l'échantillon des personnes âgées évaluées par l'EMLG, les profils des patients, leur situation médicale, sociale et environnementale, leur orientation dans la filière gériatrique et le taux de réhospitalisation à 1, 3 et 6 mois dans l'établissement.

L'objectif secondaire est de comparer la typologie et le devenir des patients âgés évalués par l'EMLG à celle des patients pris en charge uniquement par les urgentistes.

4.2. Matériel et Méthode

Nous avons réalisé une enquête descriptive transversale rétrospective d'une durée de 14 jours, soit du 29 octobre au 11 novembre 2007.

Sur cette période d'étude, le médecin urgentiste devait répondre à un questionnaire spécifique dans la base de données ResUrgences et préciser s'il avait sollicité l'équipe mobile de liaison gériatrique.

Nous avons alors déterminé deux sous-ensembles :

- Le premier sous-ensemble représente les cas. Il s'agit de toutes les personnes âgées de plus de 70 ans consultant aux urgences de Nancy et pour lesquels l'EMLG a été sollicitée.
- Le deuxième sous-ensemble représente les témoins. Nous avons sélectionné des patients appariés sur le sexe, l'âge et le motif de consultation au service des urgences consécutivement aux cas et non vus par l'EMLG.

Une date de point est fixée au 11 mai 2008 pour l'étude des ré-hospitalisations dans l'établissement à 1, 3 et 6 mois.

4.3. Critères d'inclusion

L'étude porte sur la période du 29 octobre au 11 novembre 2007.

Les cas et les témoins sont des personnes âgées d'au moins 70 ans.

Les patients sont :

- soit adressés au service des Urgences par le médecin traitant ou un médecin spécialiste
- soit consultent par eux-mêmes.

4.4. Recueil des données

Le recueil de données initiales a été effectué à partir du dossier patient constitué systématiquement du dossier informatisé du service des urgences Resurgences et le cas échéant complété par l'évaluation gériatrique.

Toutes les données ont été acquises lors de la consultation aux urgences.

Seules les données de mortalité des patients, de consultations aux urgences et de ré hospitalisation ont été obtenues de manières rétrospective et longitudinale. Chaque médecin traitant a été contacté par téléphone. La question du devenir (hospitalisations, consultations aux urgences, institutionnalisation, décès) du patient à 1, 3 et 6 mois lui a été posée. Dans les cas où le médecin traitant avait été exclu du système de soins, nous avons récupéré le dernier courrier d'hospitalisation.

La saisie des données a été réalisée sous forme de tableau à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Les données retenues sont (données détaillées dans l'annexe n°9):

1) Le sexe

2) L'âge

L'âge de la population étudiée est de 70 ans et plus. L'âge des 2 sous-ensembles est identique puisque c'est une étude par appariement.

3) Les facteurs personnels, environnementaux et sociaux

- a) La situation matrimoniale : célibataire, marié(e), veuf(ve), divorcé(e), non - communiqué.
- b) La provenance géographique : les patients sont répartis en deux groupes : les patients habitant dans une des vingt communes de la CUGN (annexe n°9) et les patients résidant en dehors de la CUGN.
- c) Le mode de vie : domicile seul(e), domicile avec conjoint(e) ou famille (enfant, sœur), résidant en établissement (EHPAD, foyer).

d) La catégorie socioprofessionnelle :

Les 860 professions et catégories socioprofessionnelles établies par l'Insee sont regroupées en fonction du statut (salarié ou indépendant), de la taille de l'entreprise, du secteur d'activité, du niveau de qualification nécessaire pour l'emploi exercé, jusqu'à arriver à 8 catégories principales :

1. Les agriculteurs exploitants : secteur primaire ;
2. Les artisans commerçants et chefs d'entreprises ;
3. Les cadres, professions intellectuelles supérieures ;
4. Les professions intermédiaires ;
5. Les employés ;
6. Les ouvriers ;
7. Les retraités ;
8. Les autres personnes sans activité professionnelle.

Les chômeurs ayant déjà travaillé sont classés en fonction de leur dernier métier.

- e) La mise sous tutelle et l'isolement social : données précisées dans l'observation de l'urgentiste.

f) Les aides à domicile : on distingue le type d'aides et leur nombre.

Les types d'aides sont :

- Les aides médicaux : auxiliaires médicaux (infirmier diplômé d'état, kinésithérapeute)
- Les aides matérielles : portage de repas, télé-alarme
- Les aides informelles : famille , amis, voisins
- Les aides formelles : aide à la toilette, auxiliaire de vie.

4) Les facteurs médicaux :

a) Mode d'admission : le patient peut venir de lui-même ou être adressé par le médecin traitant, SOS médecin, ou le Samu/ Centre 15.

b) Le motif de consultation aux urgences : C'est le motif écrit dans le dossier des urgences et établi par le médecin urgentiste.

c) Le diagnostic principal : établi par le médecin urgentiste.

d) Le(s) diagnostic(s) complémentaire(s) : diagnostic(s) fait par le médecin urgentiste .

e) Séjour en UHCD : oui ou non.

f) Diagnostic (s) : établi(s) à l'UHCD.

g) Les antécédents : Dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale, nous avons fait le listing des antécédents et leur avons attribué un numéro.

h) Le traitement habituel : chaque médicament est associé à une classe médicamenteuse et nous avons comptabilisé le nombre de médicaments pour chaque patient.

i) L'état cutané : nous avons recherché dans les observations médicales la présence d'escarres, de mycoses cutanéomuqueuses, de plaies variqueuses, de plaies traumatiques.

j) Signes cliniques, comorbidités diagnostiquées par l'urgentiste ou l'EMLG pour les cas et l'urgentiste pour les témoins :

- Hyperthermie,
- Dyspnée
- Déshydratation,
- Rétention aiguë d'urine,
- Confusion, dénutrition,
- Insuffisance rénale aiguë,
- Syndrome dépressif,
- Chute dans les 6 derniers mois,
- Trouble de la marche,
- Troubles auditifs, troubles visuels,
- Démence.

k) Le MMS et L'ADL réalisés.

5) **La filière de soins**

- a) La durée de transit : elle correspond à la durée totale passée dans le service des urgences (accueil et UHCD).
- b) Devenir après le service des urgences: retour à domicile ou hospitalisation.
- c) Les services d'hospitalisation.
- d) Suite immédiate à l'hospitalisation: décès, hospitalisation, séjour en établissement (EHPAD, USL).

6) **Le devenir à 1, 3 et 6 mois**. On y recense les décès, les hospitalisations dans les services du CHU de Nancy et en dehors du CHU, les consultations aux urgences sans hospitalisation, les placements en établissement (EHPAD,USL) et les perdus de vue.

4.5. Analyse statistique

Les données quantitatives ont été exprimées en moyenne \pm écart-type, les variables qualitatives par leur effectif et leur fréquence.

Les variables quantitatives ont été comparées par un test de Student et les variables qualitatives par un Chi-Deux exact de Fischer.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS version 9.1.

Le seuil de signification retenu est à 5%.

5. RESULTATS

5.1. Étude de la population évaluée par l'EMLG (les cas)

Pendant la période du 29 octobre au 11 novembre 2007, 300 personnes de plus de 70 ans ont consulté aux services des urgences. 26 dossiers ont été sélectionnés sur la base de données Resurgences et concernent des personnes âgées évaluées par l'EMLG.

L'âge moyen est de 84,5 ans.

5.1.1. Caractéristiques sociales, environnementales

5.1.1.1. Caractéristique

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Sexe	Féminin	18	69,2
	Masculin	8	30,8
Situation matrimoniale	Célibataire	3	11,5
	Marié(e)	7	26,9
	Veuf(ve)	16	61,5
Provenance géographique	Hors CUGN	4	15,4
	CUGN	22	84,6
Mode de vie	Domicile seul(e)	16	61,7
	Domicile avec conjoint ou famille	8	30,7
	Établissement	2	7,6

Tableau n°7a: Les caractéristiques environnementales et sociales des cas.

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Catégorie socio-professionnelle	Cadres, professions intellectuelles supérieures	2	7,7
	Employés	4	15,4
	Ouvriers	10	38,5
Isolement/précarité	Non-communicué	10	38,5
	Mise sous tutelle	1	3,8
	Isolement social	2	7,7
	Non précisé	23	88,5

Tableau n°7b : Les caractéristiques environnementales et sociales des cas.

	Sexe féminin (n=18)	Sexe masculin (n=8)	p
	N (%)	N (%)	
Célibataire	1 (5,6)	2 (25,0)	0,0018**
Marié(e)	2 (11,1)	5 (62,5)	
Veuf(ve)	15 (83,3)	1 (12,5)	

Tableau n°8 : Analyse de variables qualitatives : analyse du sexe en fonction de la situation matrimoniale.

**Test de Fischer

Les tableaux n°7a et 7b représentent les caractéristiques personnelles des cas :

- Les femmes sont majoritaires.
- 61,5% sont veufs.
- La plupart résident dans la Communauté Urbaine du Grand Nancy.
- 50% vivent seuls.
- Pour les patients où la catégorie socio-professionnelle est précisée, la catégorie ouvrière est la plus représentée (62,5%).
- 2 cas sont en situation précaire (propos précisés dans les dossiers médicaux).

Le tableau n°8 représente les situations matrimoniales en fonction du sexe.

5.1.1.2. Aides à domicile

24 cas vivent à domicile et 17 (70,8%) bénéficient d'aides à domicile.

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Auxiliaires médicaux	oui	8	33,3
Portage de repas	oui	4	16,7
Téléalarme	oui	2	8,3
Aides informelles	oui	6	25,0
Aide à la toilette	oui	2	8,3
Auxiliaire de vie	oui	13	54,2

Tableau n°9a : Aides à domicile.

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Nombre d'aides	0	7	29,2
	1	6	25,0
	2	7	29,2
	3	3	12,5
	4	1	4,1

Tableau n°9b : Nombre d'aides.

5.1.2. Caractéristiques médicales

5.1.2.1. Mode d'admission

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Adressé par	Samu/Centre 15	16	61,5
	Le médecin traitant	6	23,1
	SOS médecin	3	11,5
	Elle-même	1	3,8

Tableau n°10 : Mode d'admission.

5.1.2.2. Motif de consultation

Pour 2 des 26 cas, le motif de consultation n'était pas établi par le médecin urgentiste.

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)	
Motif de consultation	Chute, sans précision	9	34,6	
	Désorientation (confusion)	4	15,4	
	Altération (baisse) de l'état général	3	11,5	
	Malaise avec perte de connaissance	2	7,7	
	Douleur abdominale	2	7,7	
	Non établi par l'urgentiste	2	7,7	
	Syncope et collapsus (sauf choc)	1	3,8	
	Dyspnée	1	3,8	
	Contusion des lombes	1	3,8	
	Fièvre	1	3,8	

Tableau n°11 : Motif de consultation aux urgences, établis par l'urgentiste.

5.1.2.3. Diagnostics principaux et diagnostics complémentaires du service d'accueil

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Diagnostics	Altération (baisse) de l'état général	5	19,2
	Chutes à répétition	3	11,5
	Intoxication par psycholeptique et neuroleptique	2	7,7
	Désorientation (confusion)	2	7,7
	Chute sans précision	1	3,8
	Malaise à l'exclusion de : avec perte de connaissance	1	3,8
	Diarrhée et gastroentérite	1	3,8
	Cholécystite aiguë	1	3,8
	Occlusion intestinale	1	3,8
	Rhabdomyolyse	1	3,8
	Broncho-pneumopathie	1	3,8
	Tassement vertébral- région lombaire	1	3,8
	Fracture fermée d'une vertèbre lombaire	1	3,8
	Oedème aigu du poumon	1	3,8
	Trouble de la conduction	1	3,8
	Hémorragie cérébrale	1	3,8
	Insuffisance rénale aiguë	1	3,8
	Tachycardie sans précision	1	3,8

Tableau n°12 : Diagnostics établis par l'urgentiste au service d'accueil.

L'altération (baisse) de l'état général et les chutes (chutes à répétition et chute sans précision) sont les diagnostics les plus fréquents avec respectivement 19,2% et 15,3%.

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Diagnostics complémentaires 1	Aucun	18	69,2
	Rétention aiguë d'urine	2	7,7
	Tassement vertébral	1	3,8
	Broncho-pneumopathie	1	3,8
	Varice ulcérée	1	3,8
	Hypoosmolarité-hyponatrémie	1	3,8
	Rhabdomyolyse	1	3,8
	Insuffisance rénale	1	3,8
	Diagnostics complémentaires 2	Aucun	25
Broncho-pneumopathie		1	3,8

Tableau n°13 : Diagnostics complémentaires établis par l'urgentiste au service d'accueil.

5.1.2.4. Séjours en UHCD et diagnostics

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
UHCD	oui	13	50,0
Diagnostics	Altération (baisse) de l'état général	3	23,0
	Désorientation (confusion)	2	15,4
	Rhabdomyolyse	1	7,7
	Chutes à répétition	1	7,7
	Insuffisance rénale aiguë	1	7,7
	Hypoosmolarité-hyponatrémie	1	7,7
	Broncho-pneumopathie	1	7,7
	Trouble du rythme veille-sommeil dû à une cause organique	1	7,7
	Hémorragie cérébrale	1	7,7
	État grabataire	1	7,7

Tableau n°14 : UHCD.

50,0% des cas ont séjourné à l'UHCD.

5.1.2.5. Antécédents

Les patients sont tous polypathologiques et ont au moins 3 antécédents.

21 patients (80,08%) ont au moins un antécédent cardiovasculaire, 15 (57,5%) un antécédent d'hépatogastro-entérologie, 13 (50,0%) un antécédent gériatrique et ou de soins palliatifs, 9 (34,7%) un antécédent traumatologique.

5.1.2.6. Médications

Pour 1 cas, le traitement habituel n'était pas connu.

Un patient dit ne prendre aucun médicament prescrit. 72% prennent plus de 5 médicaments.

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Nombre de médicaments par classe	0	1	4,0
	De 1 à 5 inclus	6	24,0
	De 6 à 10 inclus	16	64,0
	11 et plus	2	8,0

Tableau n°15 : Traitements.

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Antalgique : Analgésique morphinique mineur	Oui	3	12,0
Antidépresseur	Oui	6	24,0
Anxiolytique	Oui	10	40,0
Hypnotique	Oui	3	12,5

Tableau n°16 : Médicaments à effets sédatifs.

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Antagoniste de l'angiotensine II ou Sartans	Oui	1	4,0
Inhibiteur de l'enzyme de conversion	Oui	3	12,0
Inhibiteur calcique	Oui	6	24,0
Diurétique	Oui	12	49,0
Antihypertenseur central	Oui	2	8,0
Bêtabloquant	Oui	4	16,0

Tableau n°17 : Médicaments antihypertenseurs.

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Antiagrégant plaquettaire	Oui	6	24,0
Antivitamine K	Oui	4	16,0
Héparine de bas poids moléculaire	Oui	1	4,0

Tableau n°18 : Anticoagulants ou antiagrégants.

Dans les tableaux 16, 17, 18, nous avons détaillé les pourcentages de certaines classes thérapeutiques.

Le tableau n°16 représente les médicaments à effets sédatifs. 11 cas soit 42,3% bénéficient d'une prescription de morphinique mineur, d'anxiolytique, d'hypnotique ou d'antidépresseurs.

Dans le tableau n°17, nous avons choisi les antihypertenseurs car l'antécédent d'hypertension artérielle est fréquent

5.1.2.7. États cutanés

9 personnes soit 34,6% ont au moins une lésion cutanée.

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Escarres	Oui	3	11,5
Mycoses (cutanéomuqueuses)	Oui	3	11,5
Plaies variqueuses	Oui	1	3,8
Plaies traumatiques	Oui	4	15,4

Tableau n°19 : Etats cutanés.

5.1.2.8. Comorbidités et signes cliniques aux services des urgences constatées par l'urgentiste ou par l'EMLG

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Déshydratation	Oui	11	42,3
Rétention aiguë d'urine	Oui	5	19,2
Confusion	Oui	9	34,6
Dénutrition	Oui	4	15,4
Insuffisance rénale aiguë	Oui	6	23,1
Hyperthermie	Oui	5	19,2
Dyspnée	Oui	7	26,9
Syndrome dépressif	Oui	15	57,7
Chutes dans les 6 derniers mois	Non-communicué	3	11,5
	Oui	13	50,0
Troubles de la marche	Non-communicué	2	7,7
	Oui	15	57,7
Troubles auditifs	Oui	9	34,6
Troubles visuels	Oui	5	19,2
Démence	Oui	7	26,9

Tableau n°20 : Comorbidités et signes de gravité.

Le tableau n°20 représente les différents symptômes et facteurs de risque.

Le syndrome dépressif est présent dans plus de la moitié des cas.

Il faut signaler le grand nombre de patients ayant présenté des troubles de la marche et des chutes dans les 6 mois précédant la venue aux urgences.

10 patients (38,46%) ont un trouble sensoriel.

Le MMS a été réalisé pour 7 patients. Pour 3 des 7, soit 42,9%, le score est inférieur à 24/30.

Les ADL ont été évalués 11 fois. Pour 9 personnes, le score est compris entre 20 et 24. Le score est de 13/24 pour une personne et de 1/24 pour une autre personne.

5.1.2.9. Temps de transit aux urgences

La durée moyenne de transit dans le service des urgences (SAU et UHCD) est de 14,3 heures.

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Moins de 12 heures	Oui	14	53,8
Entre 12 et 24 heures	Oui	8	30,8
Plus de 24 heures	Oui	4	15,4

Tableau n°21 : Temps passé aux urgences.

5.1.2.10. Devenir après le service des urgences

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Hospitalisation	Oui	20	76,9
Services d'hospitalisation	Médecine Interne et Médecine Générale H	4	20,0
	Service de Gériatrie-Médecine B	3	15,0
	Dermatologie	3	15,0
	Cardiologie médicale	2	10,0
	Neurologie	2	10,0
	Chirurgie générale et urgence	2	10,0
	SSR	1	5,0
	Maison Hospitalière Saint Charles	1	5,0
	Rhumatologie	1	5,0
	Pneumologie	1	5,0
Suite immédiate à l'hospitalisation	Décès	2	7,7
	Transfert interservice	1	3,9
	Séjour en établissement (EHPAD/USL)	6	23,1

Tableau n°22 : Hospitalisation et services d'hospitalisation, devenir immédiat après l'hospitalisation.

	Patients non hospitalisés (n=6)	Patients hospitalisés (n=20)	p
	N (%)	N (%)	
Syndrome dépressif**			
Oui	6 (100,0)	9 (45,0)	0,0237
Non	0 (0,0)	11 (55,0)	
Chute dans les derniers 6 mois			
Oui	3 (50,0)	10 (50,0)	1,0000 (NS)
Non	2 (33,3)	8 (40,0)	
Non-communicé	1 (16,7)	2 (10,0)	
Troubles de la marche			
Oui	3 (50,0)	12 (60,0)	0,7866 (NS)
Non	3 (50,0)	6 (30,0)	
Non-communicé	0 (0,0)	2 (10,0)	
Démence			
Oui	2 (33,3)	5 (25,0)	1,0000 (NS)
Non	4 (66,7)	15 (75,0)	
Confusion			
Oui	1 (16,7)	8 (40,0)	0,3798 (NS)
Non	5 (83,3)	12 (60,0)	
Déshydratation			0,1973 (NS)
Oui	1 (16,7)	10 (50,0)	
Non	5 (83,3)	10 (50,0)	
Dénutrition			
Oui	1 (16,7)	3 (15,0)	1,0000 (NS)
Non	5 (83,3)	17 (85,0)	

Tableau n°23 : Analyses qualitatives : comparaisons de certaines comorbidités et de signes de gravité en fonction de l'hospitalisation.

**Test de Fischer

NS : non significatif

Dans le tableau n°22, on retrouve 23,1% (6) retours à domicile après l'évaluation par l'EMLG.

Le tableau n°23 analyse différentes comorbidités selon que le patient est hospitalisé ou non. Nous retrouvons une différence significative pour le syndrome dépressif.

5.1.2.11. Devenir à 1, 3 et 6 mois

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Devenir à 1 mois	Décès	1	3,2
	Hospitalisation	1	3,2
	Séjour en établissement médicalisé (EHPAD/USL)	6	23,1
Devenir à 3 mois	Hospitalisation	6	23,1
	Consultations aux urgences sans hospitalisation	1	3,2
	Séjour en établissement médicalisé (EHPAD/USLD)	7	26,9
	Perdu de vue	1	3,2
Devenir à 6 mois	Hospitalisation	1	3,2
	Séjour en établissement médicalisé (EHPAD/USLD)	8	30,8
	Perdu de vue	1	3,2

Tableau n°24 : Devenir à 1, 3 et 6 mois.

Pour les 20 patients hospitalisés après la consultation des urgences, la durée moyenne d'hospitalisation est de 18,4 jours. 2 patients sont hospitalisés plus de 1 mois, 1 patient plus de 2 mois.

Lorsque l'on parle du devenir à 1 mois, on inclut la période entre le jour de la consultation aux urgences et la fin du 1^e mois. Pour le devenir à 3 mois, la période s'étend entre la fin du 1^e mois et la fin du 3^e mois. Le devenir à 6 mois inclut la période entre la fin du 3^e mois et la fin

du 6^e mois. Le terme « hospitalisation » définit toute nouvelle hospitalisation. Le terme « séjour en établissement médicalisé » nous indique si le patient à 1, 3 et 6 mois réside en EHPAD ou en USLD.

A la fin du 6^e mois, 3 cas (11,5%) sont décédés et 26% des cas ont été réhospitalisés.

	Syndrome dépressif (n=11)	Pas syndrome dépressif (n=15)	p
	N (%)	N (%)	
Réhospitalisation à 6 mois	6 (75,0)	2 (25,0)	0,0384**
Pas de réhospitalisation à 6 mois	5 (27,8)	13 (72,2)	

Tableau n°25 : Analyse de variables qualitatives : analyse du taux de réhospitalisations à 6 mois en fonction de la présence ou non d'un syndrome dépressif.

** Test de Fischer

Dans le tableau n°25, on comptabilise la totalité des réhospitalisations sur 6 mois. Les patients non dépressifs sont 72,2% à ne pas être réhospitalisés dans les 6 mois après la première consultation aux urgences.

5.2. Étude de la population non évaluée par l'EMLG (les témoins)

Les 26 témoins ont été sélectionnés selon les critères d'appariement (âge, sexe et motif de consultation). Mais pour 2 cas, l'urgentiste n'a pas validé le motif de consultation et l'appariement s'est fait sur le diagnostic.

5.2.1. Diagnostics du médecin urgentiste

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Diagnostics	Altération (baisse) de l'état général	2	7,7
	Désorientation (confusion)	2	7,7
	Malaise à l'exclusion de : avec perte de connaissance	1	3,8
	Chute sans précision	1	3,8
	Fatigue (asthénie)	1	3,8
	Entorse et fracture du poignet	1	3,8
	Fracture fermée de l'extrémité supérieure de l'humérus	1	3,8
	Fracture du col fémoral	1	3,8
	Fracture fermée d'une vertèbre lombaire	1	3,8
	Tassement vertébral- région lombaire	1	3,8
	Contusion de la hanche	1	3,8
	Lombalgie basse- région lombaire	1	3,8
	Plaie ouverte du nez	1	3,8
	Hypoosmolarité-hyponatrémie	1	3,8
	Infection des voies urinaires	1	3,8
	Broncho-pneumopathie	1	3,8
	Accident vasculaire cérébral	1	3,8
	Maladie de parkinson	1	3,8
	Constipation	1	3,8
	Diarrhée et gastroentérite	1	3,8
	Œdème aiguë du poumon	1	3,8
	Tachycardie sans précision	1	3,8
	Fibrillation et flutter auriculaire	1	3,8
	Syncope et collapsus (sauf choc)	1	3,8

Tableau n°26 : Diagnostics principaux.

5.2.2. Devenir après la consultation des Urgences

Variable	Niveau	Nombre (N)	Proportion (%)
Hospitalisation	Non	12	46,2
	Oui	14	53,8
Service d'hospitalisation	Service de Gériatrie- Médecine B	4	28,6
	Rhumatologie	2	14,3
	Chirurgie arthroscopique, traumatologie et orthopédique de l'appareil locomoteur	2	14,3
	Médecin Interne et Médecine H	1	7,1
	Cardiologie médicale	1	7,1
	Neurologie	1	7,1
	Réanimation médicale et infectieuse (TD9)	1	7,1
	Unité de soins intensifs de cardiologie	1	7,1
	Neurochirurgie	1	7,1
	Devenir immédiat après l'hospitalisation	Décès	2
Séjour en établissement médicalisé (EHPAD/USLD)		4	15,4

Tableau n°27 : Hospitalisation.

5.3. Étude comparative des deux populations

5.3.1. Analyse des variables quantitatives

Les variables quantitatives sont analysées par le test de Student.

	Cas (n=26)	Témoin (n=26)	p
	m +/- et	m +/- et	
Age en année *	84,5 +/- 5,5	82,3 +/- 6,0	0,1849 (NS)
Durée de transit aux Urgences en heure *	14,3 +/- 10,0	5,7 +/- 1,9	0,0002

Tableau n°28 : Analyse des variables quantitatives.

*Test de t de Student

NS : non significatif

5.3.2. Analyse des variables qualitatives

Les variables qualitatives sont analysées par le test de Fisher dans les tableaux n°30, 31, 32, 33.

Nous retrouvons des différences significatives pour les aides à domicile, les séjours à l'UHCD, le syndrome dépressif, les chutes dans les 6 derniers mois et les troubles de la marche.

	Cas (n=26)	Témoin (n=26)	p
	N (%)	N (%)	
Situations matrimoniales**			
Célibataire	3 (11,6)	2 (7,7)	0,1408 (NS)
Marié(e)	7 (26,9)	9 (34,6)	
Veuf(ve)	16 (61,5)	10 (38,5)	
Divorcé	0 (0,0)	1 (3,9)	
Non-communicé	0 (0,0)	4 (15,4)	
Mode de vie**			
Domicile seul(e)	16 (61,5)	12 (46,2)	0,5252 (NS)
Domicile avec Famille	8 (30,8)	9 (34,6)	
Établissement	2 (7,7)	4 (15,4)	
Non-communicé	0 (0,0)	1 (3,8)	
Aides à domicile**			
Aucune aide à domicile	6 (25,0)	4 (18,2)	0,0015
Aides à domiciles	18 (75,0)	9 (40,9)	
Non-communicé	0 (0,0)	9 (40,9)	

Tableau n°29 : Analyse qualitative des facteurs environnementaux, sociaux et des aides à domicile.

**Test de Fischer

NS : non significatif

	Cas (n=26)	Témoin (n=26)	p
	N (%)	N (%)	
Déshydratation**			
Oui	11 (42,3)	4 (7,7)	0,0644 (NS)
Non	15 (57,7)	22 (24,62)	
Dénutrition**			
Oui	22 (84,6)	24 (92,3)	0,6680 (NS)
Non	4 (15,4)	2 (7,7)	
Syndrome dépressif**			
Oui	15 (57,7)	2 (7,7)	0,0087
Non	11 (42,3)	21 (92,3)	
Chutes dans les 6 derniers mois**			
Oui	13 (50,0)	3	7,559 ^E -09 00
Non	10 (38,5)	0 (0,0)	
Non- communiqué	3 (11,5)	23	
Trouble de la marche**			
Oui	15 (57,7)	8 (30,8)	7,077 ^E -05
Non	9 (34,6)	2 (7,7)	
Non-communiqué	2 (7,7)	16 (61,5)	
Démence**			
Oui	7 (26,9)	3 (12,5)	0,2913 (NS)
Non	19 (73,1)	23 (44,5)	

Tableau n°30 : Analyse qualitative des comorbidités et des signes de gravité.

**Test de Fischer

NS : non significatif

	Cas (n=26)	Témoin (n=26)	p
	N (%)	N (%)	
Séjour à l'UHCD **			
Oui	13 (50,0)	2 (7,7)	0,0016
Non	13 (50,0)	24 (92,3)	
Retour à domicile **			
Oui	6 (23,0)	12 (46,1)	0,1441 (NS)
Non	20 (77,0)	14 (53,9)	
Devenir immédiat après hospitalisation **			
Décès	2 (22,2)	2 (33,3)	1,0000 (NS)
Hospitalisation	1 (11,1)	0 (0,0)	
Établissement médicalisé	6 (66,7)	4 (66,7)	

Tableau n°31 : Analyse de variables qualitatives (séjour à l'UHCD, retour à domicile, devenir immédiat après l'hospitalisation)

**Test de Fischer

NS : non significatif

	Cas (n=26)	Témoins (n=26)	p
	N (%)	N (%)	
Devenir à 1 mois**			
Décès	1 (12,5)	2 (20,0)	0,3521 (NS)
Hospitalisation	1 (12,5)	4 (40,0)	
Séjour en établissement	6 (75,0)	3 (30,0)	
Perdu de vue	0 (0,0)	1 (10,0)	
Devenir à 3 mois**			
Hospitalisation	6 (40,0)	2 (33,3)	1,0000 (NS)
Consultation aux urgences sans hospitalisation	1 (6,7)	0 (0,0)	
Séjour en établissement	6 (46,6)	3 (50,0)	
Perdue de vue	1 (6,7)	1 (16,7)	
Devenir à 6 mois**			
Décès	0 (0,0)	2 (16,7)	0,0902 (NS)
Hospitalisation	1 (10,0)	4 (33,3)	
Consultation aux urgences sans hospitalisation	0 (0,0)	2 (16,7)	
Séjour en établissement	8 (80,0)	3 (25,0)	
Perdu de vue	1 (10,0)	1 (8,3)	
Total des décès à 6 mois**			
Oui	3 (11,5)	6 (23,0)	0,4654 (NS)
Non	23 (88,5)	20 (76,9)	
Total des réhospitalisations à 6 mois**			
Oui	8 (30,8)	7 (26,9)	1,0000 (NS)
Non	18 (69,2)	19 (73,1)	

Tableau n°32 : Analyse des variables qualitatives.

**Test de Fischer

NS : non significatif

6. DISCUSSION

6.1. Les équipes mobiles de liaison gériatrique ou unités mobiles gériatriques dans les services des urgences : bibliographie

Le nombre de personnes âgées polypathologiques pris en charge par l'hôpital est en constante et rapide augmentation avec le vieillissement de la population et la compression de la morbidité aux âges avancés. Le recours à l'hôpital par le biais du service des urgences survient souvent en situation de « crise » médico-sociale ⁽⁶⁴⁾.

Il a donc été nécessaire d'améliorer la filière gériatrique et de créer des équipes mobiles de liaison gériatrique (EMLG). La plus ancienne des EMLG a été créée en 1997 au CHU de Grenoble. Puis un certain nombre d'EMLG ont vu le jour suite à la circulaire de 2002.

En 2004, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) dénombre 96 équipes mobiles installées et 7 en projet ⁽⁶⁴⁾. En 2007, la DHOS en dénombre 130 mais toutes ne sont pas rattachées à un court séjour gériatrique ⁽⁶⁵⁾.

L'EMLG du CHU de Nancy suit le référentiel d'organisation des soins de la filière gériatrique établi par les circulaires du 18 mars 2002 ⁽³⁾ et du 28 mars 2007 ⁽⁴⁾. Les modalités d'action des équipes mobiles de liaison gériatrique (EMLG) y sont étayées. L'EMLG ou unité mobile gériatrique dans la littérature française est définie comme une unité fonctionnelle hospitalière, pluridisciplinaire, comprenant au minimum, un temps plein d'un médecin gériatre, d'une assistante sociale, d'un(e) infirmier(e), et de l'intervention d'une secrétaire, d'un psychologue, d'un ergothérapeute, d'un diététicien. Elle est installée au sein d'un établissement où siège un court séjour gériatrique et s'intègre dans une filière de soins gériatriques.

Outre une équipe mobile gériatrique, une filière de soins gériatriques doit comprendre pour être efficace:

- un court séjour gériatrique,
- une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour,
- une ou plusieurs unités de soins de suite et de réadaptation,
- une ou plusieurs unités de soins de longue durée.

Les EMLG interviennent dans les services hospitaliers médicaux et chirurgicaux et dans les services des urgences. Les équipes travaillent auprès des patients âgés en équipes transversales et en collaboration avec les équipes hospitalières, les CLIC et les réseaux de santé « personnes âgées ».

La circulaire de 2003 ⁽⁶⁶⁾ précise la circulaire de 2002 sur la place des EMLG aux urgences.

À la demande du service des urgences, l'EMLG du CHU de Nancy dispense :

- une évaluation gériatrique standardisée, outil d'identification des problèmes médicaux, psychologiques ou sociaux et un avis gérontologique à visée diagnostique et thérapeutique ⁽⁶⁷⁾,
- participe à l'élaboration d' un projet de soins,
- participe à l'orientation du patient dans la filière de soins gériatriques,
- participe à l'organisation de la sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, SSIAD, réseau de santé »personne âgée) ⁽⁶⁸⁾.

Parallèlement, elle conseille, informe et forme les équipes soignantes et renseigne sur les pratiques gériatriques consensuelles.

Le service des urgences est un lieu d'intervention intéressant pour l'activité d'une EMLG. La population âgée qui est admise aux urgences a un risque élevé de décès, de déclin des fonctions cognitives et physiques et d'institutionnalisation ⁽⁶⁹⁾. Il est important de détecter cette population fragile et d'entreprendre une prise en charge maximale. En connaissant parfaitement la filière gériatrique extrahospitalière, les EMLG peuvent envisager des retours à domicile précoces ou de programmer des hospitalisations ^(70, 71).

Pourtant, selon certains témoignages ⁽⁶⁴⁾, l'intégration au sein des urgences fut semée d'embûches. En début d'activité, les EMLG devaient faire face aux demandes de placements dans les services de soins de suite, de désencombrements du service des urgences. Elles étaient plus sollicitées pendant les périodes où les lits d'hospitalisation se faisaient rares. Les

EMLG ont dû clarifier leurs responsabilités au sein des équipes des urgences et expliquer que leur travail ne concurrençait pas le leur mais qu'ils étaient complémentaires.

Suite aux circulaires sur les filières gériatriques (^{3,4}), les urgences (⁶⁶) et les CLICs (^{58,59}), le docteur COUTURIER a également défini les différentes modalités de fonctionnement des EMLG (⁶⁸). Ci-dessous les différentes modalités pour le service des urgences médicales et chirurgicales :

- **L'équipe** doit être composée d'un médecin et d'une infirmière d'évaluation et de prévention.
- **Les objectifs** sont :
 - le dépistage de la fragilité ou des problèmes médico-sociaux
 - la réalisation des diagnostics gériatriques.
- **L'action d'intervention** se situe au niveau de l'aide à l'orientation rapide vers le plateau technique gériatrique, de l'organisation du retour à domicile avec HAD ou SAD, de l'organisation d'une consultation pour une évaluation secondaire, ou d'une hospitalisation programmée.
- **La population cible** est le patient à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisme en raison d'un contexte de fragilité médico-sociale complexe (troubles cognitifs, antécédent de chutes, ré hospitalisés, isolement...).
- **Le lieu d'intervention** se situe à l'UHCD dans les 24 premières heures.
- Il y est nécessaire d'assurer **la présence** du médecin gériatre de l'équipe mobile le matin avec plus ou moins la présence de l'infirmier(e).
- **Les recommandations** sont de fixer le cadre d'intervention par convention, d'effectuer un avis gériatrique pour les orientations difficiles, d'évaluer les possibilités alternatives à l'hospitalisation et d'organiser un retour précoce avec suivi ultérieur.
- **Les indicateurs** permettant l'évaluation des actions sont les taux d'hospitalisation et de ré hospitalisation précoce, de retour à domicile, de durée de séjour au service d'accueil et à l'UHCD.

Actuellement, le développement des EMLG dépend des financements hospitaliers. Leurs financements reposent sur les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) (⁶⁵). En avril 2006, une équipe de médecins gériatres, composée de JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., réalise, à la demande du ministre de la santé et des

solidarités, M. Xavier BERTRAND, et du ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, M. Philippe BAS, un programme de financement de la filière gériatrique ⁽⁷²⁾. Entre 2007 et 2014, 395 millions d'euros seront nécessaires pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux. Ils estiment que pour créer de nouvelles EMLG 20 millions d'euros serait nécessaire.

6.2. Population évaluée par l'EMLG

Durant la période du 29 octobre au 11 novembre 2007, l'EMLG a évalué 8,7% des patients de plus de 70 ans consultant aux Urgences. Ce chiffre est plus élevé que dans l'étude de SINOFF et al où les consultations gériatriques représentent 4,7% des entrées des urgences des patients de plus de 65 ans ⁽⁷³⁾. Mais cette étude inclut un plus grand panel de patients en les étudiant à partir de 65 ans et pendant une période plus longue (2 ans).

6.2.1. Facteurs personnels, environnementaux et sociaux

Les caractéristiques générales des cas sont relativement comparables à celles décrites dans la littérature.

L'EMLG évalue majoritairement des femmes veuves, avancées dans l'âge, qui résident seules à domicile et à proximité du CHU de Nancy.

Dans notre échantillon, l'âge moyen est de 84,5 +/- 5,5 ans. 69,2% sont des femmes.

L'étude de ROUSSAIN-LAUDRIN et al ⁽⁶⁾ réalisée au CHU Henri-Mondor à Créteil retrouve une moyenne d'âge des patients vus par l'équipe mobile de 85,9 +/- 6,3 ans.

Dans l'étude de SINOFF et al ⁽⁷³⁾, la prédominance féminine s'élève à 65,3% et l'âge moyen est de 82 +/- 7,1 ans. Dans l'étude de CAPLAN et al ⁽⁴²⁾, le pourcentage de femmes est de 60,0% et l'âge moyen des personnes évaluées est de 82,1 +/- 6,6 ans

La prédominance féminine reflète les données de la démographie nationale et lorraine. En France métropolitaine, au 1^{er} janvier 2007, l'Insee recense 31,6 millions de femmes et 29,9 millions d'hommes. La baisse de la mortalité aux grands âges contribue à l'allongement de la durée de vie moyenne en particuliers chez la femme.

L'étude de SHAH et al (⁷⁴) identifie l'âge avancé (supérieur ou égal à 85 ans) comme un facteur prédictif de consultations des personnes âgées aux urgences.

Dans notre étude, les patients proviennent pour 84,6% de la Communauté Urbaine du Grand Nancy et majoritairement de leur domicile. Le CHU recrute les patients âgés de son secteur. Ceci est identique dans la thèse ROBELET (⁷⁵) menée au CHU de Grenoble.

61,5% des patients de notre étude sont veufs. Le veuvage concerne 83,3% des femmes et 12,5% des hommes alors que 62,5% des hommes sont mariés. 72,2% des femmes vivent à domicile seules contre 37,5% des hommes. 50,0% des hommes vivent au domicile avec leur famille contre 22,2% des femmes. Par l'augmentation de leur espérance de vie, les femmes de plus de 65 ans ont tendance à être veuve et à vivre seule à leur domicile.

Quel que soit le sexe, 61,5% des patients évalués vivent seuls à domicile, 30,7% à domicile avec leurs conjoints et 7,6% dans un établissement médicalisé. Dans l'étude de MCCUSKER et al (⁷⁶), les chiffres retrouvent respectivement 34,8% , 61,8% et 3,4%. Dans l'étude de CAPLAN et al (⁴²) , la constatation est identique avec respectivement 38,5%, 52,6% et 7%. Dans l'étude de SINOFF et al (⁷³), 71,8% des patients évalués proviennent du domicile.

Dans l'enquête de ROUSSEL-LAUDRIN et al (⁶), 78,5% des patients évalués proviennent également du domicile.

Vivre à domicile, et à fortiori seul, est un facteur de risque de fragilité. Le passage aux urgences permet leur signalement et leur évaluation. Pourtant à 6 mois, dans notre étude, les nombres de réhospitalisations et de décès en fonction des modes de vie et du sexe ne sont pas significativement différents.

Si on compare ces statistiques à des études analysant toutes les personnes âgées consultant aux urgences, on constate une proportion similaire de personnes seules à domicile. Dans l'enquête de ROBINSON (⁷⁷), 59,2% des patients vivent à domicile seuls. Dans l'étude de MORITZ et al (⁷⁸), 31% des patients vivent seuls à domicile et 23,5% à domicile avec un membre de la famille. Il convient donc de faire plus particulièrement attention aux femmes vivant seules à domicile.

Dans notre échantillon, 70,8% des patients demeurant à domicile ont une ou plusieurs aides. Mais du manière générale, peu d'aides sont mises en place : 54,2% des personnes évaluées ont moins de 2 types d'aide. Dans l'enquête de ROUSSEL-LAUDRIN et al ⁽⁶⁾, 50,0% des patients vivant à domicile bénéficient d'aide à domicile. Les patients évalués par l'EMLG du CHU de Nancy présentent des incapacités pour la vie quotidienne. Ce sont déjà des patients à haut risque qu'il convient de réévaluer afin d'optimiser leur prise en charge.

Lors de l'analyse plus précise des aides, nous nous apercevons que les patients de notre étude sont aidés pour 25% par leur famille proche. Les personnes aidantes remplissent souvent ce rôle au détriment de leur santé, de leur vie professionnelle, sociale ou familiale. Il est essentiel de mesurer le vécu de l'aidant, avec par exemple la grille de Zarit, afin d'éviter de douloureuses situations de rupture ⁽⁷⁹⁾ et d'accentuer la détresse de la personne aidée.

La catégorie socio-professionnelle est précisée pour 16 patients : 62,5% étaient ouvriers, 25% employés et 12,5% cadres supérieurs. Dans la population générale, il existe de grande disparité de l'état de santé selon le niveau social. Les cadres ont tendance à vivre mieux et plus longtemps.

6.2.2. Facteurs médicaux

L'admission a majoritairement lieu sur avis du SAMU (61,5%) et seulement pour 23,1% sur avis du médecin traitant. Un seul patient (3,8%) a consulté spontanément, résultat confirmé par l'évaluation de MORITZ et al ⁽⁷⁶⁾ où l'arrivée de façon spontanée est exceptionnelle (2,1%).

Dans notre étude, les patients sont polypathologiques et ont au moins trois problèmes de santé. L'antécédent le plus fréquent est l'hypertension artérielle (61,5%). 19,2% sont atteints d'un cancer.

72,0% ont plus de 5 médicaments. Le nombre moyen de médicaments est de 6,2. Dans l'étude de ROUSSEL-LAUDRIN et al ⁽⁶⁾, la moyenne est de 5,7+/-3,1.

42,3% prennent au moins un traitement pouvant entraîner un état de somnolence (hypnotique, anxiolytique, antidépresseur, analgésique morphinique mineur).

Les modifications physiologiques et pathologiques survenant chez les personnes âgées entraînent une fragilité les rendant plus sensibles à l'action et aux effets indésirables potentiels de certains médicaments. Un consensus d'experts a proposé, tout en prenant compte des pratiques médicales françaises, une liste de « médicaments potentiellement » inadaptés aux personnes âgées ⁽⁸⁰⁾. La première liste a été publiée par BEERS aux Etats-Unis en 1991. La liste française s'applique aux personnes de plus de 75 ans et propose des alternatives thérapeutiques. Elle vise aussi à alerter les situations médicamenteuses dangereuses, inutiles ou des associations à éviter (pour exemple : éviter les associations d'au moins deux psychotiques).

L'article de SALVI et al ⁽⁸¹⁾ précise que les personnes âgées prennent 3 à 6 médicaments par jour et 12 à 16% ne comprennent pas leur prescription. Selon les critères de BEERS, 31% des patients âgés consultant aux urgences ont une prescription potentiellement inadaptée.

Les motifs de recours de notre échantillon sont principalement la chute (34,6%), la désorientation (15,4%) et l'altération de l'état général (11,5%).

Les diagnostics principaux établis au SAU sont majoritairement des syndromes gériatriques (altération de l'état général pour 19,2%, chutes pour 15,3% et désorientation pour 7,7%), des pathologies cardiovasculaires (11,4%) et infectieux (11,4%). À l'UHCD, les diagnostics sont pour 23% des altérations de l'état général et pour 15,4% des désorientations.

La chute est le motif de consultation le plus fréquent retrouvé dans les autres études : 29,6% dans l'étude de ROUSSEL-LAUDRIN et al ⁽⁶⁾, 32,7% dans l'étude de SINOFF et al ⁽⁷³⁾, 42,0% dans l'étude de MORITZ et al ⁽⁷⁸⁾, 26,7% dans l'étude de ROBINSON ⁽⁷⁷⁾. La thèse ROBELET ⁽⁷⁵⁾ retrouve, aussi, comme motifs principaux de consultation et de diagnostics, l'altération de l'état général et la chute.

La chute est un des principaux éléments du syndrome de fragilité d'une personne âgée ⁽⁸²⁾ et semble influencer leur hospitalisation. Dans notre étude, sur les 9 patients admis pour chute, 7 (77,8%) ont été hospitalisés. Pour 57,5% ayant des troubles de la marche, 86,7% ont été hospitalisés.

Cela concorde avec l'étude de ROUSSEL-LAUDRIN et al ⁽⁶⁾. Les chutes et les troubles de la marche ont été décrits comme un facteur prédictif d'entrée en institution ⁽⁸³⁾ et seraient à

l'origine de surmortalité. La chute est un symptôme pouvant correspondre à un signe d'alerte de pathologies sévères neurologiques, cardiologiques ou autres.

50,0% des patients ont présenté une chute dans les 6 mois précédant la consultation aux urgences. On retrouve approximativement le même pourcentage dans l'étude de ROUSSEL-LAUDRIN et al (43%)⁽⁶⁾.

Une majeure partie de la population évaluée par l'EMLG du CHU de Nancy présente :

- au moins une lésion cutanée, en particuliers une escarre,
- des troubles sensoriels évidents,
- des troubles de la marche
- un antécédent de chute dans les 6 derniers mois,
- un syndrome dépressif.

À l'examen clinique, un certain nombre des patients présentent des signes de déshydratation.

11,5% des cas ont des escarres. 15,4% des dossiers médicaux précisent un état de dénutrition. 66,7% des patients souffrant d'une escarre sont dénutris.

Le risque nutritionnel dans l'étude de ROUSSEL-LAUDRIN et al⁽⁶⁾ s'élève à 38%. Dans les différentes études, les données nutritionnelles des patients sont subjectives et peu documentées : il est très difficile d'obtenir un poids dans le service des urgences ou d'avoir une information fiable sur une perte de poids.

Les patients de notre échantillon ne présentant pas de syndrome dépressif ont une tendance à ne pas être réhospitalisés dans les 6 mois qui suivent la consultation aux urgences. Dans l'étude de CORNETTE et al⁽⁸²⁾, la dépression et la dévalorisation de son état de santé sont des facteurs tardifs de réhospitalisation. Le dépistage d'un état dépressif est important car la dépression contribue à la fragilité⁽²⁾.

Le GDS a été réalisé pour une seule personne âgée mais dans l'évaluation de l'EMLG, les troubles de l'humeur sont systématiquement recherchés. Dans l'étude de MCCUSKER et al⁽⁷⁶⁾, 42,7% ont un GDS de plus de 5.

La démence n'est précisée que pour 26,9% des patients de notre étude. 7 patients (26,9%) ont bénéficié d'un MMS.

29% patients sont déments dans l'étude de ROBINSON ⁽⁷⁷⁾ qui inclut tous les patients âgés consultant aux urgences. L'étude de SINOFF et al ⁽⁷³⁾, retrouve 44,7% déments parmi les patients évalués soit une différence non négligeable.

Cette différence peut être expliquée par le fait que l'étude de SINOFF et al ⁽⁷³⁾ et notre étude différent sur les effectifs. Par ailleurs, le dépistage des personnes démentes est-elle en France et au Québec comparable ? Il semblerait qu'en France, certaines démences type Alzheimer soient sous diagnostiquées. Selon le Plan Alzheimer 2008-2012, 1 personne sur 3 porte le diagnostic de maladie d'Alzheimer.

Dans notre échantillon, la durée de transit dans le service des urgences est longue, elle est de 14,3 heures. Mais le temps de passage à l'UHCD y est comptabilisé. La prise en charge des patients âgés dans un service d'urgences prend généralement plus de temps que pour des patients jeunes. L'étude de ROBINSON ⁽⁷⁷⁾ retrouve une différence de 1 heure entre les deux catégories de patients.

La majeure partie des patients évalués de notre étude est hospitalisée (76,9%) et une forte proportion est orientée dans un service appartenant à la filière gériatrique (35%).

Les patients de l'étude de ROUSSEL-LAUDRIN et al ⁽⁶⁾ sont la plupart hospitalisés. Seulement 10% retournent à domicile. Pour l'étude de SINOFF et al ⁽⁷³⁾, 63,5% des patients sont hospitalisés, 62,0% relevaient d'un souhait de l'EMLG.

La sélection, par l'équipe médicale des Urgences, des patients adressés à l'EMLG du CHU de Nancy explique ces proportions.

Par contre, après avis de l'équipe gériatrique de Brest ⁽⁷⁸⁾, seulement 49% des patients sont hospitalisés.

Pendant l'hospitalisation, une faible proportion décède (7,7%) et 23,1% sont orientés à la fin de l'hospitalisation vers un établissement médicalisé (EHPAD, USLD). L'étude de ROUSSEL-LAUDRIN et al ⁽⁶⁾ retrouve un pourcentage identique de décès.

Les patients adressés à l'EMLG sont donc des patients fragiles à haut risque de décompensation et d'institutionnalisation.

6.2.3. Devenir à 1, 3 et 6 mois

Les patients évalués sont à plus haut risque d'hospitalisation précoce : 23,1% de réhospitalisations entre le 1^{er} et le 3^e mois contre 3,2% entre le 3^e et le 6^e mois.

Une forte proportion s'institutionnalise : 30,8% séjournent dans un établissement médicalisé à la fin du 6^e mois contre 7,7% au début de l'étude.

À noter qu'à partir du 3^e mois, malgré l'intervention de l'EMLG et donc de l'introduction dans la filière gériatrique nancéenne, un patient est perdu de vue.

L'étude de SINOFF et al (⁷³) retrouve aussi une forte institutionnalisation (51,3%) et le taux de mortalité est élevé (33,6%). Cette étude s'étend sur 2 ans par conséquent les personnes âgées vieillissent et deviennent encore plus fragiles.

Dans l'étude CORNETTE et al (⁸⁴), les facteurs précoces de réhospitalisations sont le sexe masculin, l'hospitalisation dans les 3 mois précédant la venue aux urgences, le fait d'être domicilié dans un établissement médicalisé. Les facteurs tardifs sont : le veuvage, la dépréciation de son état de santé, les affections rhumatologiques, les ADL et IADL bas.

Dans notre étude, nous ne retrouvons pas de différences significatives entre les réhospitalisations à 6 mois et les éléments suivants :

- Le sexe,
- Le mode de vie,
- Les troubles de la marche
- Les antécédents de chute dans les 6 mois précédant,
- La démence.

6.3. Comparaison des cas et des témoins

L'appariement s'est fait sur l'âge +/- 5 ans, le sexe et le motif de consultation. Pour 2 cas, le motif de consultation n'a pas été validé par l'urgentiste. Nous n'avons donc pas apparié les 2 patients sur le motif de consultation mais sur le diagnostic de l'urgentiste au SAU.

6.3.1. Facteurs personnels, environnementaux et sociaux

Les témoins viennent majoritairement de la CUGN. Cela nous conforte dans nos propos sur le recrutement de proximité du CHU pour les personnes âgées consultant aux urgences.

Il n'y a pas de différence significative sur le statut matrimonial et le mode de vie. Nous retrouvons les caractéristiques générales des études citées précédemment.

L'EMLG semble être sollicitée par l'équipe médicale des urgences lorsque la situation sociale précaire est précisée. En effet, c'est le cas pour 2 patients où l'isolement social et la précarité ont été mentionnés dans le dossier médical et ont entraîné l'appel de l'EMLG.

Il existe une différence significative pour les aides à domicile. 9 témoins versus 18 cas ont des aides à domicile. Cependant, l'information n'est pas précisée pour 9 des témoins sur 26. À chaque intervention de l'EMLG, le dossier relate la présence ou non d'aides et en précise le type, en revanche les dossiers médicaux des urgences ne le mentionnent pas systématiquement.

6.3.2. Facteurs médicaux

La durée de transit dans le service des urgences est plus longue chez les cas.

Les témoins séjournent 8,6 heures de moins aux urgences mais ils ne sont que 50,0% à être hospitalisés à l'UHCD.

Le taux élevé d'hospitalisations à l'UHCD des cas (et de ce fait l'importante durée de transit dans le service des urgences) semble pouvoir être expliqué par l'état de santé des patients (polyopathologiques, décompensations multiples), par l'attente d'un lit dans le service d'accueil et par le délai d'action de l'EMLG. L'EMLG intervient le plus souvent dans la journée de la demande sauf lors des admissions le week-end ou les jours fériés.

L'analyse statistique des diagnostics principaux établis aux urgences ne retrouve pas de différence significative. Mais les affections chirurgicales affectent un plus grand nombre de

témoins. On retrouve un diagnostic traumatologique pour 26,9% des témoins. Les diagnostics gériatriques (altération de l'état général, chute, désorientation, fatigue) représentent 23% des témoins, 42,2% des cas.

Les syndromes gériatriques sont peu documentés par les urgentistes. L'EMLG permet de quantifier les différents syndromes gériatriques et de lister les différents problèmes médicaux qui sont à évaluer à distance. Ainsi, la transmission de données objectives entre les différents intervenants de la filière gériatrique s'améliore⁽⁶⁾.

76,9% des cas sont hospitalisés, principalement dans un service de la filière gériatrique (45%). 53,8% des témoins sont hospitalisés : 35,7% dans un service de la filière gériatrique, 28,6% en rhumatologie et chirurgie orthopédique, 14,2% en réanimation et soins intensifs.

Un grand nombre de personnes âgées évaluées par l'EMLG est hospitalisé alors que l'intervention de l'équipe est normalement proposée pour les patients retournant à domicile⁽⁸⁵⁾.

Le fait d'évaluer les patients et de détailler avec précision leurs fragilités ne conditionnent-ils pas leurs hospitalisations? A moins que les cas soient des patients polypathologiques avec de nombreux facteurs de risques de fragilité qui devront nécessairement être hospitalisés pour optimiser leur prise en charge alors que les témoins peuvent décliner dans les mois à venir et qu'il serait intéressant de les évaluer avant leur retour à domicile. Plus l'intervention gériatrique se fait tôt, plus elle est efficace.

L'étude de GONTHIER et al⁽³²⁾ fait le constat que certains sujets âgés hospitalisés ont un état de santé très altéré et qu'ils ne relèvent pas de l'évaluation gérontologique. Les pathologies étant très avancées, la mise en place d'actions préventives de leurs incapacités se réveille inutile.

6.3.3. Devenir à 1, 3 et 6 mois

L'étude ne retrouve pas de différences significatives à 1, 3 et 6 mois sur les décès, les hospitalisations et les placements en établissements médicalisés.

La réalisation d'EGS aux urgences a démontré son efficacité en abaissant le taux de réhospitalisations à 30 jours, ainsi que le taux de réadmission aux urgences de 18 mois, et en maintenant le degré d'autonomie physique et cognitive (étude réalisée en Australie sur 739 patients de plus de 75 ans pendant 18 mois entre 1996 et 1997) ⁽⁴²⁾. L'étude québécoise de MCCUSKER et al ⁽⁷⁶⁾ en 1999 explique aussi qu'une intervention médicale aux urgences s'aidant des résultats de la grille ISAR (identification systématique des aînés à risque) et intégrant le médecin traitant dans la filière de soins réduit les troubles fonctionnels 4 mois après la venue aux urgences.

Certaines études développent l'idée qu'une intervention gériatrique dans une structure gériatrique extrahospitalière ou à domicile du patient permettrait une diminution des consultations aux urgences ⁽⁸⁶⁾.

L'étude de MCCUSKER et al ⁽⁸⁷⁾, en 2001, analyse la venue aux urgences de personnes âgées et leur devenir. Les auteurs concluent qu'en général, quelles que soient les caractéristiques des patients et du système de soins, les patients âgés ont une forte tendance à reconsulter dans le service des urgences après une première consultation. L'intervention d'une équipe multidisciplinaire réduit tout de même les retours aux urgences. Le manque de lits dans l'hôpital lors de la première visite aux urgences est un facteur de risque plus important de reconsultation aux urgences.

L'intervention de l'EMLG permet de mieux identifier les syndromes gériatriques dans le cadre d'une évaluation globale de la personne âgée et de la prise en compte notamment de son environnement matériel et humain. Malgré tout, notre étude manque de puissance : la taille de l'échantillon n'a pas permis de mettre en évidence des différences significatives sur le devenir des patients à 1, 3 et 6 mois. Cependant dans la littérature, l'évaluation gériatrique aux urgences a un impact positif (réhospitalisations, troubles cognitifs et fonctionnels maintenus). Certains auteurs développent la possibilité de créer des urgences gériatriques ⁽⁸⁸⁾.

7. CONCLUSION

Le nombre de personnes âgées consultant aux urgences est exponentiel. Le sujet âgé a ses spécificités qu'il est nécessaire de connaître pour optimiser sa prise en charge.

Suite aux circulaires de 2002 et 2007 ont été créées des équipes mobiles gériatriques intervenant aux urgences. Ce sont des équipes multidisciplinaires intégrant la prise en charge des personnes âgées dans la filière gériatrique hospitalière et extra hospitalière.

Nous avons voulu étudier la population des plus de 70 ans examinée par l'EMLG lors de leur consultation aux urgences du CHU de Nancy du 29 octobre au 11 novembre 2007 et la comparer à une population non examinée, appariée sur le sexe, l'âge et le motif de consultation.

La majorité des patients évalués sont des femmes, veuves, vivant seules à domicile, provenant de la Communauté Urbaine du Grand Nancy et bénéficiant déjà d'aides à domicile. Ce sont des patients polypathologiques, polymédiqués. Les motifs de recours et les diagnostics sont d'ordre gériatrique (chute, désorientation tempo-spatiale, altération de l'état général). Une forte proportion des patients est hospitalisée. Lors de l'étude du devenir, nous retrouvons un pourcentage non négligeable d'hospitalisation précoce.

Malheureusement, notre étude comparative n'est pas concluante. L'impact positif de l'évaluation gérontologique sur le devenir n'a pu être démontré en raison d'un échantillon trop petit et d'une activité débutante de l'EMLG aux urgences.

Il serait intéressant d'étudier l'activité de l'EMLG sur un plus grand nombre de patients et d'étudier le devenir sur une plus longue durée (au moins 1 an). Dans notre étude, le devenir s'est fait majoritairement d'après les propos téléphoniques des médecins traitants de chaque patient et les patients n'ont pas été revus. Il serait judicieux de réaliser une nouvelle étude incluant un plus grand nombre de patients, et qui puissent permettre de les revoir et de les réévaluer.

8. ANNEXES

ANNEXE 1 : ADL DE KATZ

ADL de KATZ (Activity of Daily Living)

Date :

Entourer la réponse qui correspond le mieux aux capacités du sujet (une seule réponse)

Se laver	3 = sans aide 2 = incitation ou surveillance 1 = aide partielle à la réalisation (avec participation du patient) 0 = assistance complète (sans aucune participation du patient)
Habillement	3 = sans aide 2 = incitation ou surveillance 1 = aide partielle à la réalisation (avec participation du patient) 0 = assistance complète (sans aucune participation du patient)
Aller aux toilettes	3 = sans aide 2 = incitation ou surveillance 1 = aide partielle à la réalisation (avec participation du patient) 0 = assistance complète (sans aucune participation du patient)
Transferts et déplacements	3 = sans aide 2 = incitation ou surveillance 1 = aide partielle à la réalisation (avec participation du patient) 0 = assistance complète (sans aucune participation du patient)
Alimentation	3 = sans aide 2 = incitation ou surveillance 1 = aide partielle à la réalisation (avec participation du patient) 0 = assistance complète (sans aucune participation du patient)
Continence urinaire	3 = sans aide 2 = incitation ou surveillance 1 = aide partielle à la réalisation (avec participation du patient) 0 = assistance complète (sans aucune participation du patient)
Continence fécale	3 = sans aide 2 = incitation ou surveillance 1 = aide partielle à la réalisation (avec participation du patient) 0 = assistance complète (sans aucune participation du patient)
Comportement, orientation	3 = sans aide 2 = incitation ou surveillance 1 = aide partielle à la réalisation (avec participation du patient) 0 = assistance complète (sans aucune participation du patient)

Score total :/ 24

Score de 0 (dépendance) à 24 (autonomie)

ANNEXE 2 : IADL DE LAWTON

Echelle d'activités instrumentales de la vie courante (IADL-LAWTON)

Informations données par :

- un membre de la famille :
- un membre de l'équipe :

Entourer la réponse qui correspond le mieux aux capacités du sujet (une seule réponse)

Capacité à utiliser le téléphone	0 = je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros 1 = je compose un petit nombre de numéros bien connus 1 = je réponds au téléphone, mais n'appelle pas 1 = je suis incapable d'utiliser le téléphone
Capacité à utiliser les moyens des transport	0 = je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun, ou avec ma propre voiture) 1 = je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus 1 = je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e) 1 = transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e) 1 = je ne me déplace pas du tout
Responsable pour la prise des médicaments	0 = je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire 1 = je peux les prendre moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance 1 = je suis incapable de les prendre moi-même
Capacité à gérer son budget	0 = je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures...) 1 = je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (planifier les grosses dépenses) 1 = je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour

Score total (0 à 4) : / 4

Score aux 4 IADL = somme item téléphone + transport + médicaments + budget

ANNEXE 3 : LE GRILLE AGGIR

Nom et prénom
MI Sec.Soc.
Adresse
Né(e) le
Âge

Fiche récapitulative AGGIR

Activités réalisées par la
personne seule

Date de l'évaluation

Pour chaque item,
cocher les cases
quand les conditions
ne sont pas remplies
(Réponse NDN)

S = Spontanément
H = Habituellement
T = Totalement
C = Correctement

Code
S T C H Code final

Activités corporelles, mentales,
domestiques et sociales

Codage intermédiaire

Pour chaque item cochez les cases
quand les conditions ne sont pas
remplies (réponse **NON**).

Puis codez secondairement par A, B
ou C selon le nombre d'adverbes
cochés dans les quatre cases S à H.

- Si aucun adverbe n'est coché
codez A.
- (fait spontanément, totalement,
correctement et habituellement)
- Si tous les adverbes sont
cochés codez C
(ne fait pas)
- Si une partie des adverbes
seulement est cochée codez B.

Code final si sous-variables

- Cohérence :
- AA = A ;
- CC, CB, BC, CA, AC = C ;
- AB, BA, BB = B
- Orientation :
- AA = A ;
- CC, CB, BC, CA, AC = C ;
- AB, BA, BB = B
- Toilette :
- AA = A ;
- CC = C ;
- Autres = B
- Habillage :
- AAA = A ;
- CCC = C ;
- Autres = B.
- Alimentation :
- AA = A ;
- CC, BC, CB = C ;
- Autres = B
- Élimination:
- AA = A ;
- CC, BC, CB, AC, CA = C ;
- Autres = B

1. Transferts

2. Déplacements à l'intérieur

3. Toilette haut
bas

4. Élimination urinaire
fécale

5. Habillage haut
moyen
bas

6. Cuisine

7. Alimentation se servir
manger

8. Suivi du traitement

9. Ménage

10. Alerter

11. Déplacements à l'extérieur

12. Transports

13. Activités du temps libre

14. Achats

15. Gestion

16. Orientation dans le temps
dans l'espace

17. Cohérence communication
comportement

Groupe Iso-ressources
Défini par
le système
informatique

Version 1.000 (04/01/99) 044

ANNEXE 4 : LES GROUPES ISO-RESSOURCES

LA GRILLE AGGIR	
LA GRILLE AGGIR CLASSE LES PERSONNES EN 6 NIVEAUX DE DEPENDANCE	
• GIR 1	• le groupe iso-ressources 1 comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants
• GIR 2	• le groupe iso-ressources 2 concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.
• GIR 3	• le groupe iso-ressources 3 réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.
• GIR 4	• le groupe iso-ressources 4 intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
• GIR 5	• le groupe iso-ressources 5 comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
• GIR 6	• le groupe iso-ressources 6 réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

ANNEXE 5 : MMS FOLSTEIN. VERSION GRECO

MMS Folstein. Version du Greco (1998)

Date :

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

ORIENTATION

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, poser les questions restées sans réponse dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes nous ? coter 0 ou 1
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ? **sous total / 5**

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? coter 0 ou 1
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département ?
9. Dans quelle province ou région est situé ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ici ? **sous total / 5**

APPRENTISSAGE

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir. Je vous les demanderai tout à l'heure.

11. cigare coter 0 ou 1
12. fleur
13. porte **sous total / 3**

ATTENTION ET CALCUL

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 100 - 7 (93) coter 0 ou 1
15. 93 - 7 (86)
16. 86 - 7 (79)
17. 79 - 7 (72)
18. 72 - 7 (65) **sous total / 5**

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : "voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers" : EDNOM Noter le nombre de lettres données dans l'ordre correct. Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global

RAPPEL

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. cigare coter 0 ou 1
20. fleur
21. porte **sous total / 3**

LANGAGE

22. Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet coter 0 ou 1
23. Montrer une montre. Quel est le nom de cet objet ?
24. Ecoutez bien et répétez après moi : "pas de mais, de si, ni de et"

25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : "écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

prenez cette feuille de papier avec la main droite,

26. Pliez-la en deux

27. Et jetez-la par terre

28. Tendre une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : "FERMEZ LES YEUX" et dire au sujet "faites ce qui est écrit"

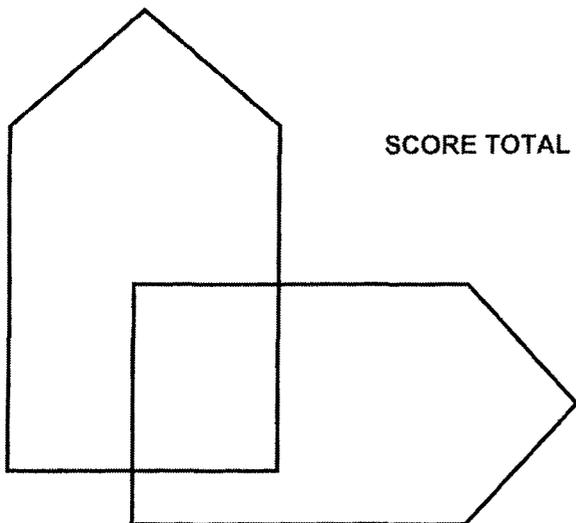
29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant : "voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière"

sous total / 8

PRAXIES CONSTRUCTIVES

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander "voulez-vous recopier ce dessin ?"

sous total / 1



SCORE TOTAL (0 à 30) : / 30

ANNEXE 6 : GERIATRIC DEPRESSION SCALE

Echelle de dépression gériatrique (GDS) :

Date :

Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ?

oui

non

Avez vous le sentiment que votre vie est vide ?

oui

non

Etes vous heureux(se) la plupart du temps ?

oui

non

Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?

oui

non

Total : _____ / 4 (1 point si souligné)

page 15

Equipe de liaison de gériatrie du CHU de Nancy version du 27/12/2005

ANNEXE 7 : MINI NUTRITIONNAL ASSESSMENT

Date :

EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL (Mini Nutritional assessment MNA)

1. Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois, par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie
2. Perte récente de poids (les 3 derniers mois)	0 = perte >3kg 1 = ne sait pas 2 = perte de 1 à 3 kg 3 = pas de perte de poids
3. Motricité	0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile
4. Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois	0 = oui 1 = non
5. Problèmes neuro-psychologiques	0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique
6. Indice de masse corporelle IMC= poids/(taille*taille) en kg/m ²	0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage :/ 14

12 points ou plus : score normal, inutile de poursuivre l'évaluation

11 points ou moins : possibilité de malnutrition, nécessité d'une évaluation plus approfondie

ANNEXE 8 : LA COMMUNAUTE URBAINE DU GRAND NANCY : 20 COMMUNES

Nancy • Vandœuvre-lès-Nancy • Tomblaine • Art-sur-Meurthe • Fléville-devant-Nancy • Laneuveville-devant-Nancy • Saint-Max • Dommartemont • Essey-lès-Nancy • Jarville-la-Malgrange • Heillecourt • Houdemont • Ludres • Laxou • Villers-lès-Nancy • Malzéville • Maxéville • Seichamps • Pulnoy • Saulxures-lès-Nancy.

ANNEXE 9 : ANNEXE DU TABLEAU D'ETUDE

Le tableau statistique de l'étude comporte 180 colonnes. Dans chaque colonne, nous avons codé les réponses.

Colonne 1 : numéro

Colonne 2 : sous-ensemble

1 : les cas

2 : les témoins

Colonne 3 : âge en année

Colonne 4 : sexe

1 : féminin

2 : masculin

Colonne 5 : situation matrimoniale

1 : célibataire

2 : marié(e)

3 : veuf(ve)

Colonne 6 : provenance géographique

0 : commune ne faisant pas partie de la Communauté Urbaine du Grand Nancy

1 : commune de la Communauté Urbaine du Grand Nancy

La Communauté Urbaine du Grand Nancy comprend 20 communes (cf annexe)

Colonne 7 : mode de vie

1 : domicile seul(e)

2 : domicile avec famille (conjoint, frère, sœur, enfant)

3 : établissement médicalisé

4 : non-communicé

Colonne 8 : catégorie socioprofessionnelle

L'Insee décrit 8 catégories socioprofessionnelles. Dans notre étude, nous déterminons la catégorie socioprofessionnelle lorsque le cas ou le témoin est actif et nous excluons donc la catégorie « retraité ».

1 : cadres, professions intellectuelles supérieures

2 : employés

3 : ouvriers

4 : non-communicé

Colonne 9 : isolement social/précarité

1 : mise sous tutelle

2 : isolement social

3 : non-communicé

Colonne 10 : aides à domicile

0 : aucune aide

1 : aides à domicile

2 : non-communicé

Colonne 11 : aides médicales : auxiliaires médicaux (IDE, kinésithérapeute)

0 : non

1 : oui

Colonne 12 : aides matérielles : portage de repas

0 : non

1 : oui

Colonne 13 : aides matérielles : téléalarme

0 : non

1 : oui

Colonne 14 : aides humaines : aides informelles (famille, amis, voisins)

0 : non

1 : oui

Colonne 15 : aides humaines ; aides ménagères

0 : non

1 : oui

Colonne 16 : aides humaines : service de garde à domicile

0 : non

1 : oui

Colonne 17 : aides humaines : service d'aide à la toilette

0 : non

1 : oui

Colonne 18 : aides humaines : auxiliaires de vie

0 : non

1 : oui

Colonne 19 : EHPAD

0 : non

1 : oui

Colonne 20 : nombre d'aides à domicile

Colonne 21 : lésions cutanées (escarre, mycose, plaie variqueuse, plaie traumatique)

0 : non

1 : oui

Colonne 22 : escarre

0 : non

1 : oui

Colonne 23 : mycose

0 : non

1 : oui

Colonne 24 plaie variqueuse

0 : non

1 : oui

Colonne 25 : plaie secondaire à un traumatisme

0 : non

1 : oui

Colonne 26 : traitement habituel

Acide uridine-5'-triphosphate	1
Activateurs des canaux potassiques	2
Alginates	3
Alpha-1-bloquant (en urologie)	4
Amoxicilline+acide clavulanique	5
Analgésiques morphiniques mineurs	6
Analgésiques périphériques	7
Antagonistes de l'angiotensine II ou sartan	8
Antagonistes des récepteurs NMDA	9
Antiacides	10
Antiagrégants plaquettaires	11
Antiandrogènes non stéroïdien	12
Antiarythmiques	13
Antiarthrosiques	14
Antidiabétiques oraux: non précisé	15
Antidiabétiques oraux: biguanides	16
Antidiabétiques oraux: sulfamides hypoglycémiants	17
Antidépresseurs divers	18
Antidépresseurs imipraminiques	19
Antidépresseurs sérotoninergiques	20
Anticholinestérasique et Alzheimer	21
Antiémétiques	22
Antifongiques à usage locale	23
Antihistaminiques	24
Antihypertenseurs centraux	25
Antihypertenseurs vasodilatateurs	26
Antiinflammatoires non stéroïdiens	27
Anti-ischémiques	28
Antispasmodiques musculotropes	29
Antivitamines K	30
Antivertigineux	31

Anxyolitiques	32
Bêtabloquants	33
Benzodiazépines	34
Trouble métabolique : calcium- vitamine D	35
Collyres antiglaucomateux	36
Collyres pour la cataracte	37
Corticoïdes	38
Corticoïdes en inhalation	39
Dérivés nitrés	40
Digitaliques	41
Diurétiques hyperkaliémiants	42
Diurétiques hypokaliémiants	43
Antianémique : fer	44
Héparines de bas poids moléculaires	45
Hypnotiques	46
Inhibiteurs calciques	47
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion	48
Inhibiteurs de la pompe à protons	49
insuline	50
Laxatifs osmotiques	51
Lévodopa+inhibiteurs de la dicarboxylase	52
Diététique et nutrition : produit divers : l-ornithine	53
Magnésium	54
Neuroléptiques	55
Oxygène	56
Stomatologie : produits divers : piasclédine	57
Trouble métabolique : potassium	58
Quinolones de 1ère génération	59
Quinolones de 2ème génération ou fluoroquinolones	60
Silicate	61
Statines	62
Strontium	63
Suppléance lacrymale	64
Topiques veineux	65

Chaque item a été étudié dans une colonne :

0 : non

1 : oui

À partir des résultats, nous avons sélectionné certains items : les analgésiques morphiniques majeurs et mineurs, les anxiolytiques, les hypnotiques, les antidépresseurs, les antihypertenseurs, les antiagrégants plaquettaires, les antivitamines K et les héparines de bas poids moléculaires.

Colonne 92 : nombre de médicaments

Colonne 93 : nombre de médicaments

- 0 : aucun
- 1 : de 1 à 5 inclus
- 2 : de 6 à 10 inclus
- 3 : plus de 10

Colonne 94 : adressé par

- 0 : personne
- 1 : le médecin traitant
- 2 : SOS médecin
- 3 : Samu/ Centre 15

Colonne 95 : motifs de consultation

- 1 : altération (baisse) de l'état général
- 2 : désorientation (confusion)
- 3 : contusion des lombes
- 4 : chute, sans précision
- 5 : malaise avec perte de connaissance
- 6 : syncope et collapsus (sauf choc)
- 7 : dyspnée
- 8 : douleur abdominale
- 9 : fièvre

Colonne 96 : diagnostique établis par le médecin urgentiste au SAU

- 1 : chute sans précision
- 2 : chutes à répétition
- 3 : malaise à l'exclusion de : avec perte de connaissance
- 4 : altération (baisse) de l'état général
- 5 : désorientation (confusion)
- 6 : intoxication par psycholeptique et neuroleptique
- 7 : diarrhée et gastroentérite
- 8 : cholécystite aiguë
- 9 : occlusion intestinale
- 10 : rhabdomyolyse
- 11 : bronchopneumopathie
- 12 : anémie sans précision
- 13 : tassement vertébral non classée- région lombaire
- 14 : fracture fermée d'une vertèbre lombaire
- 15 : œdème aigue du poumon
- 16 : fibrillation et flutter auriculaire
- 17 : trouble de la conduction
- 18 : hémorragie intracérébrale
- 19 : insuffisance rénale aiguë
- 20 : maladie de Parkinson
- 21 : constipation
- 22 : lombalgie basse- région lombaire
- 23 : tachycardie sans précision
- 24 : fracture du col fémoral
- 25 : contusion de la hanche
- 26 : plaie ouverte du nez

- 27 : infection des voies urinaires
- 28 : fracture fermée de l'extrémité supérieure de l'humérus
- 29 : fatigue (asthénie)
- 30 : entorse et fracture du poignet
- 31 : accident vasculaire cérébral
- 32 : hypoosmolarité-hyponatrémie
- 33 : syncope et collapsus (sauf choc)

Colonne 97 : séjour à l'UHCD

- 0 : non
- 1 : oui

Colonne 98 : diagnostics établis par le médecin urgentiste à l'UHCD

- 0 : pas de séjour à l'UHCD
- 1 : chutes à répétition
- 2 : altération (baisse) de l'état générale
- 3 : état grabataire
- 4 : désorientation (confusion)
- 5 : insuffisance rénale aiguë
- 6 : rhabdomyolyse
- 7 : hypoosmolarité-hyponatrémie
- 8 : bronchopneumopathie
- 9 : trouble du rythme veille-sommeil dû à une cause organique
- 10 : hémorragie intracérébrale
- 11 : fatigue (asthénie)

Colonne 99 et colonne 100: diagnostics complémentaires des urgences`

- 0 : aucun
- 1 : tassement vertébral
- 2 : rétention aiguë d'urine
- 3 : bronchopneumopathie
- 4 : varice ulcérée
- 5 : trouble du rythme
- 6 : hypoosmolarité-hyponatrémie
- 7 : rhabdomyolyse
- 8 : arythmie cardiaque
- 9 : fatigue (asthénie)
- 10 : insuffisance rénale
- 11 : iatrogénie

Colonne 101 : comorbidités et signes de gravités aux services des urgences constatés par le médecin urgentiste ou par l'EMLG pour les cas et par le médecin urgentiste pour les témoins.

- 1 : déshydratation
- 2 : rétention aiguë d'urine
- 3 : confusion
- 4 : dénutrition
- 5 : insuffisance rénale aiguë
- 6 : hyperthermie
- 7 : dyspnée
- 8 : syndrome dépressif

Pour chaque item sélectionné :

0 : non 1 : oui

Colonne 102 : antécédents

SPECIALITES	CODE
cancérologie	10
cardiologie, vasculaire et chirurgie vasculaire	20
endocrinologie	30
hépatogastroentérologie et chirurgie digestive	40
hématologie	50
gériatrie, soins palliatifs	60
gynécologie médicale et chirurgicale	70
maladies infectieuses	80
néphrologie et urologie	90
neurologie	100
orl et ophtalmologie	110
pneumologie	120
psychiatrie	130
rhumatologie	140
traumatologie et orthopédie	150
allergie	160
CANCEROLOGIE	
cancer de la prostate	11
cancer du rectum	12
cancer du rein	13
cancer du sein	14
cancer de la vessie	15
CARDIOLOGIE, VASCULAIRE ET CHIRURGIE VASCULAIRE	
hypertension artérielle	21
trouble du rythme(ACFA...), trouble de la conduction	22
infarctus du myocarde, angor	23
valvulopathie	24
artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ischémie aiguë	25
insuffisance veineuse	26
thrombose veineuse superficielle	27
sténose carotidienne	28
décompensation cardiaque droite et gauche	29
ENDOCRINOLOGIE	
diabète	31
dénutrition	32
dyslipidémie	33

hypothyroïdie, hyperthyroïdie 34

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE ET CHIRURGIE DIGESTIVE

hernie hiatale, hernie inguinale, hernie étranglée 41
appendicectomie 42
occlusion intestinale 43
éventration 44
polypes intestinaux 45
cholécystite (cholécystectomie), colique hépatite 46
infection urinaire 47
ulcère, gastrite, reflux gastro-intestinal 48
hépatite chronique auto-immune 49
colite à clostridium difficile 50

HEMATOLOGIE

gammopathie monoclonale 51
leucémie lymphoïde chronique 52

GERIATRIE ET SOINS PALLIATIFS

démence dégénérative ou mixte 61
syndrome confusionnel 62
iatrogénie 63
soins palliatifs 64
altération de l'état général et chute 65

GYNECOLOGIE MEDICALE ET CHIRURGICALE

fibrome utérin 71
hystérectomie 72
lésions gynécologiques (nature non précisée) 73
ovariectomie 74

MALADIES INFECTIEUSES

hépatite virale 81

NEPHROLOGIE ET UROLOGIE

hypertrophie bénigne de la prostate 91
polypes vésicaux 92
lithiases rénales 93

NEUROLOGIE

AVC hémorragique ou ischémique, AIT 101
syndrome des jambes sans repos 102
canal lombaire étroit 103
hernie discale 104
aphasie primaire progressive 105

ORL ET OPHTALMOLOGIE

thyroïdectomie	111
surdité	112
baisse acuité visuelle	113
glaucome	114
amygdalectomie	115
cataracte	116

PNEUMOLOGIE

asthme	121
pneumopathie	122
tuberculose	123
embolie pulmonaire	124

PSYCHIATRIE

décompensation névrotique	131
syndrome dépressif	132

RHUMATOLOGIE

arthrose (coxarthrose, gonarthrose)	141
lombalgie aiguë ou chronique	142
ostéoporose	143
tassement vertébral	144
polyarthrite rhumatoïde	145
autre douleur ostéo-articulaire	146

TRAUMATOLOGIE ET ORTHOPEDIE

fracture du poignet, de l'humérale	151
fracture du col fémoral (prothèse de hanche)	152
fracture de la cheville	153
fracture du genou (prothèse de genou)	154
luxation du genou	155
amputation du gros orteil	156
traumatisme facial	157

ALLERGIE 160

Pour chaque item, une colonne a été réalisée :

0 : non

1 : 1 médicament de la même classe thérapeutique

2 : 2 médicaments de la même classe thérapeutique

Colonne 155 : nombre d'antécédents

Colonne 156 : nombre d'antécédents

1 : de 1 à 5 inclus

2 : de 6 à 10 inclus

Colonne 157: chutes dans les 6 derniers mois

1 : oui

2 : non

Colonne 158: troubles auditifs

1 : oui

2 : non

3 : non-communicé

Colonne 159: troubles visuels

1 : oui

2 : non

3 : non-communicé

Colonne 160: MMS

Score/ 30

Colonne 161: MMS réalisé

0 : non

1 : oui

Colonne 162: score MMS < 24/30 : suspicion de syndrome démentiel

0 : non

1 : oui

Colonne 163: démence

0 : non

1 : oui

Colonne 164: troubles de la marche

1 : oui

2 : non

3 : non- communiqué

Colonne 165: syndrome dépressif

1 : oui

2 : non

Colonne 166: dénutrition

0 : non

1 : oui

Colonne 167: ADL, Score/24

Colonne 168: durée de passage dans le service des urgences (SAU et UHCD) en heures

Colonne 169: temps d'attente : moins de 12 heures

0 : non

1 : oui

Colonne 170 : temps d'attente : entre 12 et 24 heures

0 : non

1 : oui

Colonne 171 : temps d'attente : plus de 24 heures

0 : non

1 : oui

Colonne 172 : retour à domicile

0 : non

1 : oui

Colonne 173 : hospitalisation

0 : non

1 : oui

Colonne 174 : service d'hospitalisation

1 : service de gériatrie-Médecine B

2 : médecine interne et médecine générale H

3 : maison hospitalière Saint-Charles

4 : soins de suite et rééducation

5 : pneumologie

6 : cardiologie

7 : dermatologie

8 : rhumatologie

9 : neurologie

10 : chirurgie générale et urgence

11 : réanimation médicale et infectieuse : TD9

12 : unité de soins intensifs de cardiologie

13 : chirurgie arthroscopique, traumatologique et orthopédique de l'appareil locomoteur

14 : neurochirurgie

Colonne 175 : suite immédiate à l'hospitalisation

1 : décès

2 : hospitalisation

3 : consultation aux urgences sans hospitalisation

4 : séjour en établissement (EHPAD/ USL)

5 : perdu de vue

Colonnes 176, 177 et 178: devenir à la fin du premier mois, entre le 1^{er} et le 3e mois, entre le 3e mois et le 6e mois

1 : décès

2 : hospitalisation

3 : consultation aux urgences sans hospitalisation

4 : séjour en établissement (EHPAD/ USL)

5 : perdu de vue

Colonnes 179 et 180 : décès et hospitalisation à 6 mois

0 : non

1 : oui

9. BIBLIOGRAPHIE

¹ <http://www.insee.fr>

Répartition de la population par tranche d'âge, France métropolitaine.

² ARVEUX I., FAIVRE G., LENFANT L., MANCKOUNDIA P., MOUREY F., CAMUS A., MISCHIS-TROUSSARD C., PFITZENMEYER P.

Le sujet âgé fragile.

La Revue de Gériatrie 2002 ; 27 : 569-81.

³ Ministère de l'emploi et de la solidarité – République Française.

Circulaire n°DHOS/02/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

⁴ Ministère de l'emploi et de la solidarité – République Française.

Circulaire n°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

⁵ 10e Conférence de Consensus SFMU - 05 décembre 2003, Strasbourg .

Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux Urgences.

⁶ ROUSSEL-LAUDRIN S., PAILLAUD E., ALONSO E., CAILLET P., HERBAUD S., MERLIER I., LEJONC J-L.

Mise en place de l'équipe d'intervention gériatrique et de l'évaluation gériatrique aux urgences de l'hôpital Henri-Mondor.

La Revue de Médecine Interne 2005 ; 26 : 458-66.

⁷ LEMMEL F. NEISS M.

Vieillesse et dépendance : à l'horizon 2015 en Meurthe-et-Moselle.

Économie Insee Lorraine. Octobre 2006, N°65.

<http://insee.fr/lorraine>

⁸http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=99&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age3.htm

Répartition de la population totale par groupe d'âges, France métropolitaine.

⁹ ROBERT-BOBEE I.

Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 : La population continue de croître et le vieillissement se poursuit.

INSEE Première, 2006, 1089.

¹⁰ Les personnes âgées.

Insee Références, 2005, 117p.

¹¹ <http://www.insee.fr>

Source EUROSTAT : Espérance de vie en bonne santé.

¹² DEBARD P.

Situation économique 2005 : la Lorraine marque le pas.

Économie Insee Lorraine. Juin 2006, N° 58-59.

<http://insee.fr/lorraine>

¹³ Le Collège National des Enseignants de Gériatrie.

Corpus de Gériatrie, Tome 1, 2000, 186p.

¹⁴ ROWE JW. KAHN RL.

Successful aging.

Aging. 1998 ; 10(2):142-4.

¹⁵ TAILLIS et al(ed).

Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, 5th ed., 1998, 52p.

¹⁶ JEANDEL C.

Le vieillissement réussi : plus qu'un paradigme, un objectif à atteindre.

In : Vieillir au XXI^e siècle, une nouvelle donne.

Éditions Universalis, collection Le Tour du sujet, 192p.

¹⁷ LE DEUN P. GENTRIC A.

Vieillissement réussi : Définitions, stratégies préventives et thérapeutiques.

Médecine thérapeutique, Janvier- Février 2007, volume 13, N°1, 3-16.

¹⁸ Le Collège National des Généralistes Enseignants.

Consultations de la personne âgée.

In : Médecine générale.

Paris : Masson, 2003, 249-79. (Abrégés connaissances et pratiques).

¹⁹ SAPOLSKY R.M.

Glucocorticoides and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders.

Archives of General Psychiatry. 2000 ; 57(10) : 925-35.

²⁰ BURNET F.M., HOLMES M.C.

Immunological function of thymus and bursa of fabricius. Thymus lesions in an auto-immune disease of mice.

Nature. 1962 ;194 :146-147.

²¹ KIRKWOOD T.B.

Genes that shape the course of ageing.

Trends in Endocrinology and Metabolism. 2003 ; 14 : 345-7.

²² LUTZIER P. KHOULALENE M. BEKOV K. CARLIER V. HUTZLER P.

Les mécanismes du vieillissement.

Phytothérapie. 2005 ; 2 : 53-56.

²³ BENETOS A.

Théories et mécanismes du vieillissement.

Cours à la faculté de Médecine de NANCY le 23/11/2006.

²⁴ BENETOS A. GARDNER J.P. ZUREIF M. LABAT C. XIAOBIN L. ADAMAPOULOS C. TEMMAR M. BEAN K.E. THOMAS F. AVAV A.

Short telomeres are associated with increased carotid atherosclerosis in hypertensive subjects. Hypertension. 2004 ; 43 : 182-85.

²⁵ CUTLER R.G.

Oxidative stress profiling : part and. its potential importance in the optimization of humanhealth.

Annales of th New York Academy of Sciences. 2005 ; 1055 : 93-135.

²⁶ HIRSCH EC.

Radicaux libres.

Neurology 1993 ; 33 : 52-9.

²⁷ BOUCHON J.P.

1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie.

La Revue du Praticien. 1984 ; 34 : 888.

²⁸ ARVEUX I. FAIVRE G. LENFANT L. MANCKOUNDIA P. MOUREY F. CAMUS A. MISCHIS-TROUSSARD C. PFITZENMEYER P.

Le sujet âgé fragile. La Revue de Gériatrie. 2002 ;27 :569-581.

²⁹ BORTZ WM.

Disuse and aging.

JAMA. 1982 ; 248(10) : 1203-8.

³⁰FRIED LP, WALTSON J.

Frailty and frailure to thrive.

In: Hazzard WR, BLASS JP, ETTINGER WH, HALTER JB, OUSLANDER JG. eds. Principles of geriatric medicine and gerontolgy. 4th ed. New York: McGraw Hill; 1998. 1387-402. IED et al. Frailty and frailure to thrive. In Hazzard WR. Princip

³¹ HEBERT R. BRAYNE C. SPIEGELHALTER D.

Incidence of functional decline and improvement in a community-dwelling, very elderly population.

American Journal of Epidemiology. 1997 ; 145(10) : 935-44.

³² GONTHIER R. BLANC P. FARCE S. STIERLAM F.

Individualisation des personnes âgées et filière de soins.

Psychologie et NeuroPsychiatrie du vieillissement. 2003 ;1 : 187-96.

³³LENG S. CHAVES P. KOENIG K. WALSTON J.

Serum interleukin-6 and hemoglobin as physiological correlates in the geriatric syndrome of frailty: a pilot study.

Journal of the American Geriatrics Society. 2002 ; 50(7) : 1268-71.

³⁴ KARIGER E. BLANCHARD F. ENNUYER B. LECOYER I. ALBERT H. JOLLY D. BOCQUET P. PIRE J.C.

Facteurs prédictifs du devenir à 6 mois des personnes de plus de 75 ans admises en urgence à l'hôpital.

Revue d'Epidémiologie et de Santé . 1996 ; 44 : 47-56.

³⁵ ROLLAND Y. RUMEAU P. VELLAS B.

L'évaluation gérontologique standardisée.

La Revue de Gériatrie. 2001 ; 26 :151-6.

³⁶ Le Collège National des Enseignants de Gériatrie.

Le concept de fragilité.

In Corpus de Gériatrie. Tome 2, Edition 2000, 192p.

³⁷ BELMIN J.

L'évaluation standardisée et ses outils.

La Revue de Gériatrie. 2007 ; 32 :171-2.

³⁸ RAINFRAY M. BOURDEL-MARCHASSON I. DEHAIL P. RICHARD-HARSTON S.

L'évaluation gérontologique : un outil de prévention des situations à risque chez les personnes âgées.

Annales de Médecine Interne (Paris). 2002 ; 153 : 397-402.

³⁹ RUBENSTEIN L.Z. JOSEPHSON K.R. WIELAND G.D. ENGLISH P.A. SAYRE J.A. KANE R.L.

Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial.

The New England Journal of Medecine. 1984 ; 311(26) : 1664-70.

⁴⁰ STUCK A.E. SIU A.L. WIELAND G.D. ADAMS J. RUBENSTEIN L.Z.

Effects of comprehensive geriatric assessment on survival, residence, and fonction : A meta-analysis of controlled trials.

Lancet. 1993 ; 342 : 1032-6.

⁴¹ STUCK A.E. ARONOW H.U. STEINER A. et al.

A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessment for elderly people living in the community.

The New England Journal of Medecine. 1995 ; 333(18) :1184-9.

⁴² CAPLAN G.A. WILLIAMS A.J. DALY B. ABRAHAM K.

A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency departement-the DEED II study.

J Am Geriatr Soc. 2004 ; 52 (9): 1417-23.

⁴³ LEBEL P. LEDUC N. KERGOAT M.J. et al.

Un modèle dynamique de fragilité.

L'Année Gérontologique. 1999 ;84-94.

⁴⁴ International classification of impairments, disabilities and handicaps : a manual of classification relating of classification relating to the consequences of disease. Geneva, World Health Organization, 1980. 205 p.

⁴⁵ MASSE J.F.

Démarche d'évaluation en Gérontologie.

La Revue du Praticien- Médecine Générale. 2004 ; 18 , 652/653, 623-32.

⁴⁶ KATZ S. DOWTN T.D. CASH H.R.

Progress in the development of the index of ADL.

Gerontologist. 1970 ; 10(1) : 20-30.

⁴⁷ LAWTON M. BRODY E.M.

Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living.

Gerontologist. 1969 ; 9 (3) : 179-186.

⁴⁸ Syndicat National de Gérontologie Clinique.

AGGIR Guide pratique pour la codification des variables. Principaux profils des groupes iso-ressources.

La Revue de Gériatrie. 1994 ; 19 : 249-59.

⁴⁹ HEBERT R.

Functional decline in old age.

Canadian Medical Association Journal. 1997 ; 157(8) : 1037-45.

⁵⁰ Les enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendances de 1998 et 1999.

Insee résultats, 22, série Société, 2003.

⁵¹ DUEE M., REBILLARD C.

Santé et protection sociale ; La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040.

In : Données sociales. La société française 2006. Insee Références, 667p.

⁵² Le Collège National des Enseignants de Gériatrie.

Organisation gérontologique.

In : Corpus de Gériatrie. Tome 1, Edition 200, 185p.

⁵³ <http://www.fsv.fr>

⁵⁴ INSEE.

Insee Lorraine n°136, juillet 2008.

⁵⁵ ESPAGNOL P.

L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2007.

DREES Etudes et Résultats. 2008 , n°634, 8p.

⁵⁶ DEBARD P. DOUSSET A.

Portrait des plus de 60 ans en Lorraine.

Économie Insee Lorraine. 2004, n°2, 6 p.

⁵⁷ GALLEZ C.

Rapport fait au nom de la Commission des Affaires Culturelles Familiales et Sociales sur le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2006. TOME IV Assurance Vieillesse. 2006, n°2575, 53 p.

⁵⁸ Ministère de l'emploi et de la solidarité – République Française.

Circulaire DAS-RV2 N°2000/310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005.

⁵⁹ Ministère de l'emploi et de la solidarité – République Française.

Circulaire DGAS/AVIE/2C N°2001/224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Modalités de la campagne de labellisation pour 2001.

⁶⁰ COLVEZ A. BLANCHARD N. VILLEBRUND D.

Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), l'implication des généralistes est indispensable.

La Revue du Praticien- Médecine Générale. 2004 ; 18, 670/671 : 1349-52.

⁶¹ <http://www.cg54.fr>

⁶² Ministère de l'emploi et de la solidarité – République Française.

Circulaire n° DHOS/02 :03 :UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé »personne âgée ».

⁶³ <http://www.reseau-gerard-cuny.com>

⁶⁴ ROUSSEAU A.C. BASTIANELLI J.P.

Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins.

Inspection générale des affaires sociales (Igas), rapport n°2005-053.

⁶⁵ COUTURIER P.

Équipes mobiles de gériatrie : état des lieux, rôle et perspectives.

Soins Gérontologie. 2007 ; (64) : 18-21.

⁶⁶ Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées - République Française.

Circulaire n°DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relatif à la prise en charge des urgences.

⁶⁷ COUTURIER P.

Les unités mobiles gériatrique : situation actuelle et perspectives.

La Revue de Gériatrie. 2004 ; 29 : 703-12.

⁶⁸ COUTURIER P. FACHLER-BUATOIS S. ARGENTIER A.M. et al.

Place et rôle des unités mobiles de gérontologie dans la prise en charge des patients âgés fragiles et hospitalisés.

L'Année Gérontologique. 2002 ; 16 : 74-88.

⁶⁹ 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 scening tool.

Journal of The American Geriatrics Society. 1999 ; 47 : 1229-37.

⁷⁰ VOISIN T. BLANCHARD F.

Le réseau gérontologique et la prise en charge des démences sévères : le réseau gérontologique midi-pyrénées.

In Unités de soins Alzheimer, Eds Serdi, 2003 ; 147-53.

⁷¹ GENTRIC A. DUQUEESNE F. GRAZIANA A. et al.

L'accueil gérontologique médicosocial aux urgences : une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en médecine.

La Revue de Médecine Interne. 1998 ; 30 : 26-34.

⁷² JEANDEL C. PFITZENMEYER P. VIGOUROUX P.

Un programme pour la gériatrie : Synthèse et récapitulation financière : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact de choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir.

Rapport commandé par Xavier BERTRAND, ministre de la santé et des solidarités et par Philippe BAS, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Avril 2006.

⁷³ SINOFF G. CLARFIELD A.M. BERGMAN H. BEAUDET M.

A two-year follow-up of geriatric consults in the Emergency Department.

Journal of American Geriatric Society. 1998 ; 46 : 716-20.

⁷⁴ SHAH M.N. GLUSHAK C. KARRISON T.G. MULLIKEN R. WALTER J. FRIEDMANN P.D. HAYLEY D.C. CHIN M.H.

Predictors of emergency medical services utilization by elders.

Acad. Emerg. Med. 2003 ; 10 : 52-8.

⁷⁵ ROBELET O.

Bilan d'activité et de fonctionnement de l'unité mobile de gérontologie à partir d'une série prospective de 405 cas évalués au CHU de Grenoble en 1999 et 2000.

Thèse de Médecine, Grenoble, 2003.

⁷⁶ McCUSKER J. VERDON J. TOUSIGNANT P. POULIN de COURVAL L. DENDUKURI N. BELZILE E.

Rapid emergency department intervention for older people reduces risk of functional decline : results of a multicenter randomized trial.

Journal of American Geriatric Society. 2001 ;49 : 1272-1281.

⁷⁷ ROBINSON.

Older adult care emergency department identify.

Journal of Gerontological nursing. 2007 ; 33(7) : 40-7.

⁷⁸ MORITZ F. VERSPYCK V. LEMARCHAND P. NOEL D. MOIROT E. CHASSAGNE P. MULLER J.M.

Quelle prise en charge des personnes très âgées aux urgences ?

La Presse Médicale. 2001 ; 30 : 51-4.

⁷⁹ BOCQUET H.

Mesure de la charge des aidants de personnes âgées dépendantes par la grille de Zarit.

Rev.Epidem. et santé publ. 1996 ;44 :57-65.

⁸⁰ LAROCHE M.L. BOUTHIER F. MERLE L. CHARMES J.P.

Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française.

La Revue de Médecine Interne. 2008 Sep 22.

⁸¹ SALVI F. MORICHI V. GRILLI R. DE TOMMASO G. DESSI-FULGHERI P.

The elderly in the emergency department : a critical review of problems and solutions.

International and emergency medicine. 2007 ; 2(4) : 292-301.

⁸² VELLAS B. GILLETTE-GUYONNET S. NOURHASHEMI F. ROLLAND Y. LAUQUE S. OUSSET P.J. MOULIAS S. ANDIEU S. FONTAN B. ADOUE D. LAFONT C. BAUMGARTNER R. GARRY P. ALBAREDE J.L.

Chutes, fragilité et ostéoporose chez la personne âgée : un problème de santé publique.
La Revue de Médecine Interne. 2000 ; 21 : 608-13.

⁸³ TINETTI M.E. WILLIAMS C.S.

Falls, injuries due to falls and the risk of admission to a nursing home.
N Engl J Med. 1997 ; 337 :1279-84.

⁸⁴ CORNETTE P. D'HOORE W ; MALHOMME B. VAN PEE D. MEERT P. SWINE C.

Differential risk factors for early and later hospital readmission of older patients.
Aging Clinical Experimental Research. 2002 ; 17(4) ; 322-328.

⁸⁵ CHEVALLEY T. HERRMANN F.R. UNGER P.F. et al.

Comprehensive geriatric assessment in an emergency ward.
In Michel J.P. Hof P.R. eds : Management of Aging. The university of Geneva Experience.
Basel : Karger . 1999 ; 30 : 26-34.

⁸⁶ McCUSKER J. VERDON J.

Do geriatric interventions reduce emergency department visits ? A systematic review.
The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences. 2006 ;
61(1) : 53-62.

⁸⁷ MCCUSKER J. IONESCU-ITTU CIAMPI A. VADEBONCOEUR A. ROBERGE D. LAROUCHE D. VERDON J. PINEAULT R.

Hospital characteristics and emergency department care of older patients are associated with return visits.
The Society of Academic Emergency Medicine. 2007 ; 14 : 426-33.

⁸⁸ HWANG U. MORRISON S.R.

The Geriatric Emergency Department.
J Am Geriatric Soc.2007 ; 55 : 1873-76.

VU

NANCY, le 2 novembre 2008
Le Président de Thèse

Professeur A. BENETOS

NANCY, le 21 novembre 2008
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 27 novembre 2008

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RÉSUMÉ EN ANGLAIS

The improvement of the conditions of life and advance in medicine have modified the french population pyramid and improved the life expectancy.

Nonetheless, by living longer senior persons have an accrued risk of morbidity and polypathologie . And the number of senior citizens admitted to the emergency room keeps on increasing.

In order to improve the geriatrics branch, the 2002 and 2007 notes of the ministry of medicine have defines the missions of the mobile teams for geriatrics liaison (EMLG).

At the Nancy CHU the mobile team of geriatrics liaison is innvolved in the hospitalization services and emergency room services.

The scope of our study is the activity of the emergency room EMLG.

Our first objective was to determine the medico-psycho-social profile of patients evaluated during a 14 days period.

Our second objective was to compare the typology and the outcome of these patients comparatively to those of patients taken care of by emergency room only.

This study don't conclude that the intervention of EMLG has a benefic effect on the follow-up at 1, 3 and 6 month probably because of the too small population. On the other hand somes litterature's studies explain the benefict brought by EMLG at the emergency room.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

L'amélioration des conditions de vie et les progrès de la médecine ont modifiés la structure par âge de la population française et ont favorisé l'allongement de la durée de vie. Or les personnes âgées, en vivant plus longtemps, ont un risque accru de morbidité et de polyopathie. Le nombre de personnes âgées consultant aux urgences ne cesse de croître. Afin d'améliorer la filière gériatrique, les circulaires ministérielles de 2002 et 2007 ont défini les missions des équipes mobiles de liaison gériatrique.

Au CHU de Nancy, l'équipe mobile de liaison gériatrique intervient dans les services d'hospitalisation et dans le service des Urgences.

Notre étude portait sur l'activité de l'EMLG au service des Urgences.

Notre premier objectif fût de déterminer le profil médico-psycho-social des patients évalués pendant une période de 14 jours. Le second objectif était de comparer le type des patients évalués et leur devenir aux patients pris en charge uniquement par les urgentistes.

L'étude ne permet pas de conclure à l'effet bénéfique sur le devenir à 1, 3 et 6 mois probablement en raison de la petite taille de l'échantillon. En revanche, dans la littérature, certaines études démontrent les bénéfices qu'apportent une équipe mobile gériatrique au service des Urgences.

TITRE EN ANGLAIS

GERIATRIC ASSESSMENT BY GERIATRIC INTERVENTION GROUP IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF THE UNIVERSITY HOSPITAL AT NANCY: IMPORTANCES, SELECTION CRITERIAS, IMPACT ON THE FOLLOW-UP

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2008

MOTS CLEFS : Equipe mobile de liaison gériatrique, Personnes âgées, service des Urgences, Evaluation gériatrique

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R :

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex