



Chapitre 102

Admission pour altération de « l'état général »

C. GEIST

Points essentiels

- Le nombre de personnes âgées augmente en proportion dans la population française.
- Elles sont de plus en plus nombreuses à passer par les structures d'urgence.
- Un des motifs le plus souvent avancé est l'altération de l'état général.
- L'altération de l'état général se caractérise par l'asthénie, l'amaigrissement, l'anorexie.
- Résultat de l'étude réalisée sur 50 dossiers de patients évalués par l'Unité Mobile de Gériatrie au Service d'Urgence.
- Parler de la personne âgée, c'est aussi aborder la notion de fragilité et de vulnérabilité.
- L'Échelle Sommaire Évaluation du profil Gériatrique à l'Admission (SEGA) est l'échelle de référence de l'évaluation de la fragilité.
- La prise en charge de la personne âgée est spécifique du fait de sa fragilité, des actions de soins sont à mettre en place dès son admission.

1. Introduction

L'objectif de cette communication est de sensibiliser le personnel soignant des services d'urgence à la complexité du diagnostic d'altération de l'état général de la personne âgée, mais également à l'importance de pouvoir repérer les patients

Correspondance : C. Geist – Unité Mobile de Gériatrie – Clinique Médicale B – 1, place de l'Hôpital, Hôpitaux universitaires de strasbourg, 67000 Strasbourg. Tél. : 03 88 11 57 15 – Fax : 03 88 11 63 95
E-mail : cathie.geist@chru-strasbourg.fr

âgés fragiles dans le but d'améliorer leur prise en charge et de lutter contre les effets délétères d'une hospitalisation.

En raison de l'évolution démographique de la population, les structures d'urgence (SU) sont de plus en plus fréquemment amenées à prendre en charge des personnes âgées.

Quelques données démographiques éclaireront le sujet, selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) (1) :

- population en France : 50,7 millions en 1970, 64 millions en 2030 ;
- nombre de sujets âgés :
 - plus de 75 ans : 4,2 millions en 2000, 8,3 millions en 2030,
 - plus de 85 ans : 1,2 millions en 2000, 2,4 millions en 2030.

Selon les données de la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) les patients de plus de 80 ans représentent 38 % des recours aux services des urgences, en 2^e position derrière les enfants de moins de 1 an (2).

La prise en charge du sujet âgé est bien souvent complexe, d'autant plus que, dans bien des situations, le motif d'hospitalisation reste assez flou comme c'est le cas de l'altération de l'état général.

2. Définition de l'altération de l'état général

La classification internationale des maladies (CIM-10) publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) n'en fait pas beaucoup état et ne le valorise pas. Cette classification est la norme internationale permettant de rendre compte de la mortalité et de la morbidité (3).

L'altération de l'état général (AEG) n'est pas un signe clinique ni même un symptôme. Il s'agit pourtant d'une donnée clinique, non spécifique, très fréquemment utilisée dans la pratique médicale.

Il n'existe pas de définition consensuelle du terme « AEG ». Par défaut, l'AEG correspond à une réduction des capacités fonctionnelles d'un individu. Toutes les capacités fonctionnelles peuvent être partiellement ou totalement atteintes, du domaine de la motricité aux fonctions cognitives, psychologiques ou encore sociales. L'AEG est l'association de trois symptômes : asthénie, anorexie et amaigrissement (4).

AEG = 3A

Souvent chez le sujet âgé la perte d'appétit et l'amaigrissement sont faussement attribués au vieillissement.

L'anorexie, la perte de poids, l'asthénie ne sont pas toujours considérés comme des signes alarmants par le patient et son entourage. Par contre, la perte d'autonomie inquiète et amène très souvent à consulter.

L'altération de l'état général peut être, aussi, la conséquence de pathologies telles que la maladie de Parkinson, les démences mais aussi les insuffisances cardiaques, rénales, respiratoires...

Le diagnostic d'altération de l'état général du sujet âgé ne correspond pas à une définition bien précise mais traduit surtout une rupture par rapport à un état antérieur.

3. Étude réalisée dans le Service d'Accueil et de traitements des Urgences (SAU) du Nouvel Hôpital Civil de Strasbourg

3.1. Méthodologie

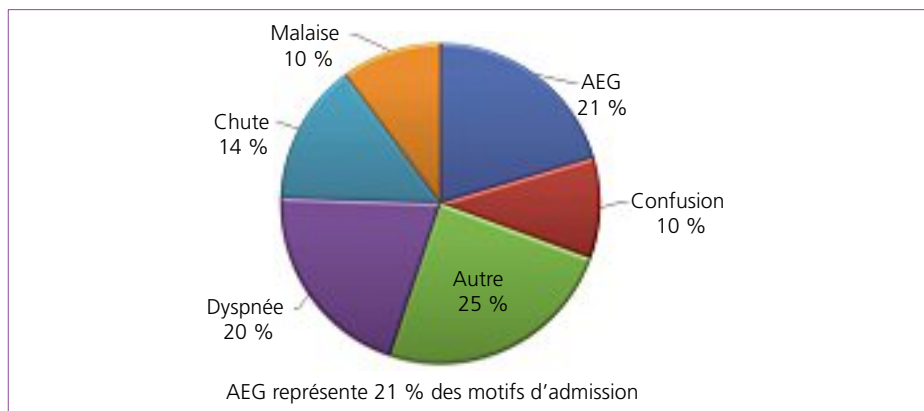
Infirmière à l'Unité Mobile de Gériatrie de Strasbourg, je me suis interrogée sur la fréquence de l'AEG comme motif de recours aux urgences. S'il était régulièrement associé à un contexte social précaire, à quel moment le diagnostic était posé, et enfin si ce motif d'admission conduisait à des hospitalisations plus fréquentes.

J'ai ainsi réalisé un questionnaire exploitant 50 dossiers de patients évalués aux SAU par l'Unité Mobile de Gériatrie. Cette étude a été réalisée sur la période du 1^{er} au 31 septembre 2013.

3.2. Exploitation

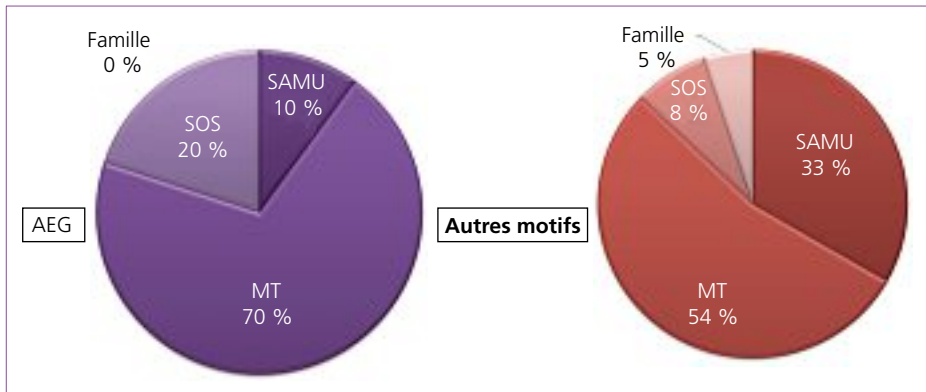
Première partie de l'étude :

- La moyenne d'âge est de 87,5 ans.
- 76 % de femmes et 24 % d'hommes.
- Leur provenance : 76 % du domicile, 24 % d'Établissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).
- Concernant les conditions de vie des personnes vivant à domicile : 59 % vit seule, 38 % vit en couple et 3 % vit avec un autre membre de sa famille.
- Quels sont les motifs d'hospitalisation :



2^e partie de l'étude : Comparaison des personnes âgées (PA) adressées pour AEG versus PA hospitalisées pour un autre motif concernant :

- La personne qui adresse le patient :



Dans les deux situations, c'est le médecin traitant qui adresse le plus souvent le patient vers les services d'urgence. On note que la famille oriente vers un SAU pour 5 % des « autres motifs » mais aucune fois dans les situations d'altération de l'état général.

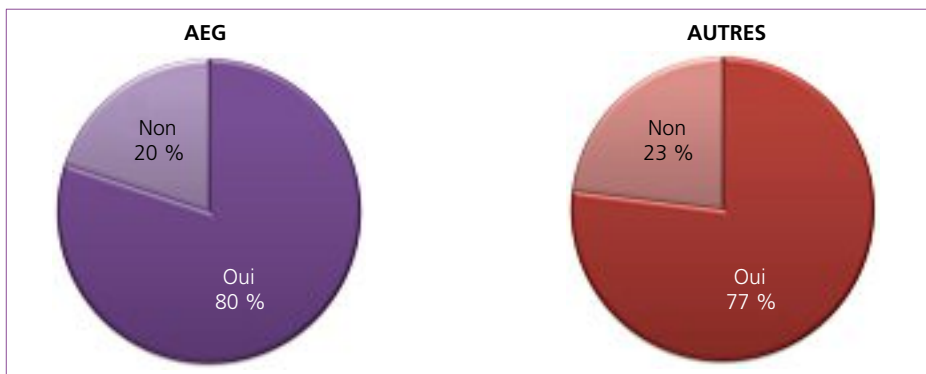
- Le motif d'admission est-il associé à un maintien à domicile impossible ?

Le maintien à domicile impossible est associé dans 30 % des cas d'AEG contre 5 % pour les autres motifs. Dans les dossiers évalués, on retrouve la donnée suivante : hospitalisation de l'aïdant principal (époux, épouse, enfant...).

- Diagnostic médical final :

Dans 80 % des cas, un diagnostic médical précis est posé (pneumopathie, malaise avec perte de connaissance, décompensation cardiaque...).

Orientation vers une hospitalisation :



On observe peu de différence entre les deux situations étudiées.

3.3. Conclusion

On note que le diagnostic d'AEG est à prendre avec considération, il cache dans 80 % des cas un problème médical aigu conduisant à une hospitalisation. Par contre, la forte prévalence de maintien à domicile impossible retrouvé dans 30 % des cas d'AEG invite à une grande vigilance sociale à l'admission de ces patients.

4. Prise en charge de la personne âgée dans les services des urgences

4.1. 3.1 Définition de la fragilité et de la vulnérabilité

On ne peut pas parler du sujet âgé sans parler de fragilité et de vulnérabilité.

La définition du Larousse est la suivante : « caractère de ce qui est fragile, de ce qui se brise facilement, précaire, vulnérable, faible et instable, manque de robustesse de quelqu'un » (5).

En gériatrie, on parle de syndrome clinique de fragilité, il est constitué de plusieurs composants tels que : âge très élevé, supérieur à 85 ans, perte d'autonomie pour une activité de la vie quotidienne ou plus, altération des fonctions cognitives, baisse des réserves nutritionnelles, support social inadéquat, troubles sensoriels, symptôme dépressif, polymédications... (6).

La conférence de consensus de la Société Française de Médecine d'Urgence de 2003 décrit la notion de fragilité et l'importance du repérage du sujet âgé fragile (7). En 2010, elle définit la fragilité comme :

« Un risque de déséquilibre entre des éléments somatiques, psychiques et sociaux, provoqué par une agression même minime. En pratique, elle se manifeste et s'évalue comme l'apparition de troubles cognitifs, comportementaux et sensoriels, de polyopathologies, de polymédications et par l'accroissement des besoins d'aide dans la vie quotidienne. La fragilité peut être patente ou latente ».

La vulnérabilité est la qualité de celle ou celui qui est vulnérable (qui est susceptible d'être exposé aux atteintes physiques ou morales). Le concept peut être appliqué à une personne ou à un groupe social suivant qu'il soit capable de prévenir, de résister et de faire face à un impact. Les personnes vulnérables sont celles qui, pour plusieurs raisons, n'ont pas cette capacité développée et qui se trouvent donc, en quelque sorte, dans une situation de risque.

L'hospitalisation peut être de ce fait considérée comme une situation à risque. Elle peut révéler ou aggraver une fragilité préexistante. On note également que la fragilité précède bien souvent la perte d'autonomie. Par exemple, la situation de M^{me} K., 92 ans, vivant seule à domicile, quelques aides en place (infirmière pour les médicaments, aide-ménagère, portage de repas et une aide technique à la marche : déambulateur) adressée au SAU pour fièvre et douleurs mictionnelles. Une pyélonéphrite est diagnostiquée avec une indication d'hospitalisation. Cette

patiente déjà fragile à domicile risque dans cette situation de vulnérabilité (alitement, infection, perte des repères, difficulté à la marche préexistante...) de perdre son autonomie et son retour à domicile nécessitera une réévaluation.

En tant que soignant nous avons un rôle important qui découle de notre propre rôle quant au repérage de ces patients fragiles.

Comment repérer les personnes âgées fragiles ?

4.2. Les échelles d'évaluation de la fragilité

La mesure de la fragilité est peu aisée. Mais il reste néanmoins, très important de la rechercher. L'évaluation de quatre domaines nous permet de dépister cet état de fragilité :

- les échelles ADL (activities of daily living) et IADL (instrumental activities of daily living) nous permettent d'évaluer les capacités à réaliser les actes de la vie quotidienne ainsi que les activités instrumentales de la vie quotidienne ;
- l'évaluation du risque de chute ;
- l'évaluation des fonctions cognitives par des tests tels que le MMS (Mini Mental State), Test des 5 mots de Dubois, mais aussi l'évaluation thymique par le test GDS (Gériatric Depression Scale) ;
- l'évaluation de l'état nutritionnel : perte de poids récente, test MNA (Mini Nutritional Assessment).

Il me paraît très important de dépister les sujets âgés fragiles aux urgences mais l'utilisation de toute la batterie de tests citée ci-dessus n'est pas du tout adapté aux services d'urgence, du fait du temps nécessaire à leur réalisation, ainsi que la nécessité d'être formé à leur réalisation et leur interprétation.

Le test de dépistage qui me paraît le plus adapté aux services d'urgence est l'échelle SEGA (Sommaire Évaluation du Profil Gériatrique à l'Admission). Le temps consacré à cette évaluation est de 10 minutes (8).

La réalisation du volet A peut à elle seule suffire au dépistage de la fragilité de la personne âgée dans les SAU et permettre grâce à son score de mettre en place des actions de soins spécifiques en faisant intervenir l'Unité Mobile de Gériatrie, pour les patients fragiles et très fragiles.

Certains items (chutes, nutrition, activités de la vie quotidienne, mobilité, continence, prise de repas et fonctions cognitives) nécessitent que la PA présente des fonctions cognitives conservées ou qu'une personne référente soit présente ou joignable.

Pour valider certains items, les items « perception de sa santé » et « humeur » restent difficiles à renseigner à l'admission du fait de l'épisode aigu et du stress lié à l'hospitalisation au SAU. Il faut pour ces items se référer au ressenti antérieur.

Volet A	Profil gériatrique et facteurs de risques			Score
	0	1	2	
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FI ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
Humeur	Normale	Parfois anxieuse ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (>1kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion égée, délirium)	
Total			 / 26

TOTAL Volet A		
Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile

Volet B	Données complémentaires			Score
	0	1	2	
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois	Aucune hospitalisation	1 hospitalisation de durée < 3 mois	Plusieurs hospitalisations ou 1 seule > 3 mois	
Vision	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Audition	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Support social / entourage	Couple (ou famille)	Seul sans aide	Seul avec aide	
Aide à domicile professionnelle	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Aidant naturel	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Perception de la charge par les proches	Supportable	Importante	Trop importante	
Habitat	Adapté	Peu adapté	Inadéquat	
Situation financière	Pas de problème	Aide déjà en place	Problème identifié et absence d'aide	
Perspectives d'avenir selon la personne	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	
Perspectives d'avenir selon son entourage	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	
TOTAL Volet B : / 22				
Plus le score est élevé, plus grande est la fragilité				

4.3. Rôle de l'infirmière au SAU

Il est primordial d'adapter la prise en charge de la PA en fonction de son degré de fragilité, en réalisant la grille SEGA. C'est au travers des actions de soins découlant du rôle propre de l'IDE et ce, dès l'accueil au SAU, que va se conditionner le déroulement de l'hospitalisation.

On peut retenir certains diagnostics infirmiers prévalent chez la PA (9).

– *Confusion aiguë* : en présence de facteurs favorisants (troubles cognitifs, ...), cette pathologie doit faire rechercher des facteurs précipitants (troubles hydroélectrolytiques, déshydratation, anémie, fécalome, rétention aiguë d'urines, effets iatrogènes des traitements...).

La prise en charge comportementale est aussi importante que la prise en charge somatique. Elle permet de limiter les conséquences de la confusion.

Actions de soins infirmiers :

- rassurer ;
- informer, expliquer ;
- orienter, réorienter ;
- permettre à la personne référente d'accompagner le patient, dès le début de la prise en charge au SAU ;
- installer le patient au calme ;
- limiter les contentions (la contention relève de la prescription médicale) ;
- évaluer la douleur (Évaluation Verbale Simple, ALGOPLUS...).
- *Risque d'atteinte à l'intégrité de la peau* : favorisé par des facteurs physiopathologiques (infections, décompensations cardiopulmonaires, déséquilibre du diabète, déshydratation, ...), des facteurs liés aux traitements (pansements, bandages, sondes urinaires, sondes nasogastriques, brancards...) et des facteurs liés au contexte (immobilité).

Actions de soins infirmiers :

- veiller à une bonne hydratation (si pas de contre-indication)
- prévention des escarres :
 - limiter la durée de séjour sur un brancard,
 - limiter la macération par une prise en charge adaptée de la continence,
 - veiller à une bonne position des différentes sondes,
 - latéralisation si besoin... ;
- *risque de chute* : favorisé par des facteurs physiopathologiques (altération de la mobilité, altération des fonctions sensorielles, hypotension orthostatique...) des facteurs liés aux traitements (sédatifs, psychotropes, antihypertenseur,...) et les facteurs liés au contexte (troubles cognitifs, alitement prolongé, mauvais chaussage, mauvaise utilisation des aides techniques, antécédents de chute...).

Actions de soins infirmiers :

- brancard placé en position basse ;
- si installation dans un fauteuil roulant ne pas oublier de mettre les freins ;
- si aide technique à la marche la mettre à disposition ;
- si besoin accompagner le patient dans ses déplacements ;
- veillez au port des chaussures ou chaussons si disponible ;
- barrières ou contentions sur prescription médicale avec réévaluation.

5. Rôle des Unités Mobiles de Gériatrie (UMG)

L'UMG intervient quotidiennement au SAU avec comme mission d'évaluer les personnes âgées fragiles dans le cadre d'un éventuel retour à domicile. L'Évaluation Gériatrique Standardisée se base sur de nombreux tests permettant de dépister les syndromes gériatriques : troubles de la marche, troubles cognitifs, trouble de la continence, troubles thymiques, douleur, fragilité sociale, troubles trophiques, troubles nutritionnels. Ce bilan est toujours complété par les informations du médecin traitant et des aidants principaux. L'UMG travaille en réseau avec les services sociaux (hôpital et ville), les hôpitaux de jour gériatriques, le réseau alsace gérontologique.

6. Conclusion

On peut noter que le motif d'hospitalisation pour AEG est symptomatique dans 80 % des cas, et de ce fait entraîne une prise en charge en service de soin à un taux similaire aux autres motifs d'hospitalisation. Il est donc très important de ne pas le banaliser.

Il existe une nécessité de repérage des personnes âgées fragiles dans les SAU pour permettre une meilleure prise en charge dans le but d'éviter les complications liées à l'hospitalisation. Celle-ci se réalise à l'aide d'une échelle d'évaluation (SEGA), qui nécessite pour la compléter d'informations fiables émanant de la personne elle-même (si pas de troubles cognitifs, ou si son état de santé lui permet) ou d'un tiers (aidants), ce qui complique bien souvent son utilisation.

Afin d'améliorer la prise en charge de la PA au SAU, il faudrait développer un « regard gériatrique » auprès du personnel à l'aide de la création d'un groupe de travail, et de formations.

7. Références

1. <http://www.insee.fr/fr/>
2. <http://www.drees.sante.gouv.fr/>
3. <http://www.who.int/fr/>

4. Druesne L., Chassagne Ph. Gériologie. Édition Masson, 2005, page 49.
5. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fragilit%C3%A9/34950>
6. Gonthier R. Gériologie. Édition Masson, 2005, page 41.
7. <http://www.sfm.u-bordeaux.fr/formation/consensus>
8. <http://www.agevillagepro.com/actualite-7671-1-evaluation-de-la-fragilite-grille-sega-et-bme-pour-l-ergotherapie.html>
9. Juall Carpenito L. Manuel de diagnostics infirmiers. Édition Elsevier Masson, 2012.