

# La personne âgée aux urgences

Formation continue Médecine de la personne âgée

Prof. Pierre-Nicolas Carron  
Service des urgences  
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois  
Lausanne, Suisse



# Etat des lieux

1. Arrivée du patient
2. Pourquoi les urgences ?
3. Processus aux urgences
4. Les limites
5. Pistes de solution

# Mode d'admission

De plus en plus  
souvent en  
ambulance

35% - 50%

*JAGS 2001*



# Mode d'admission

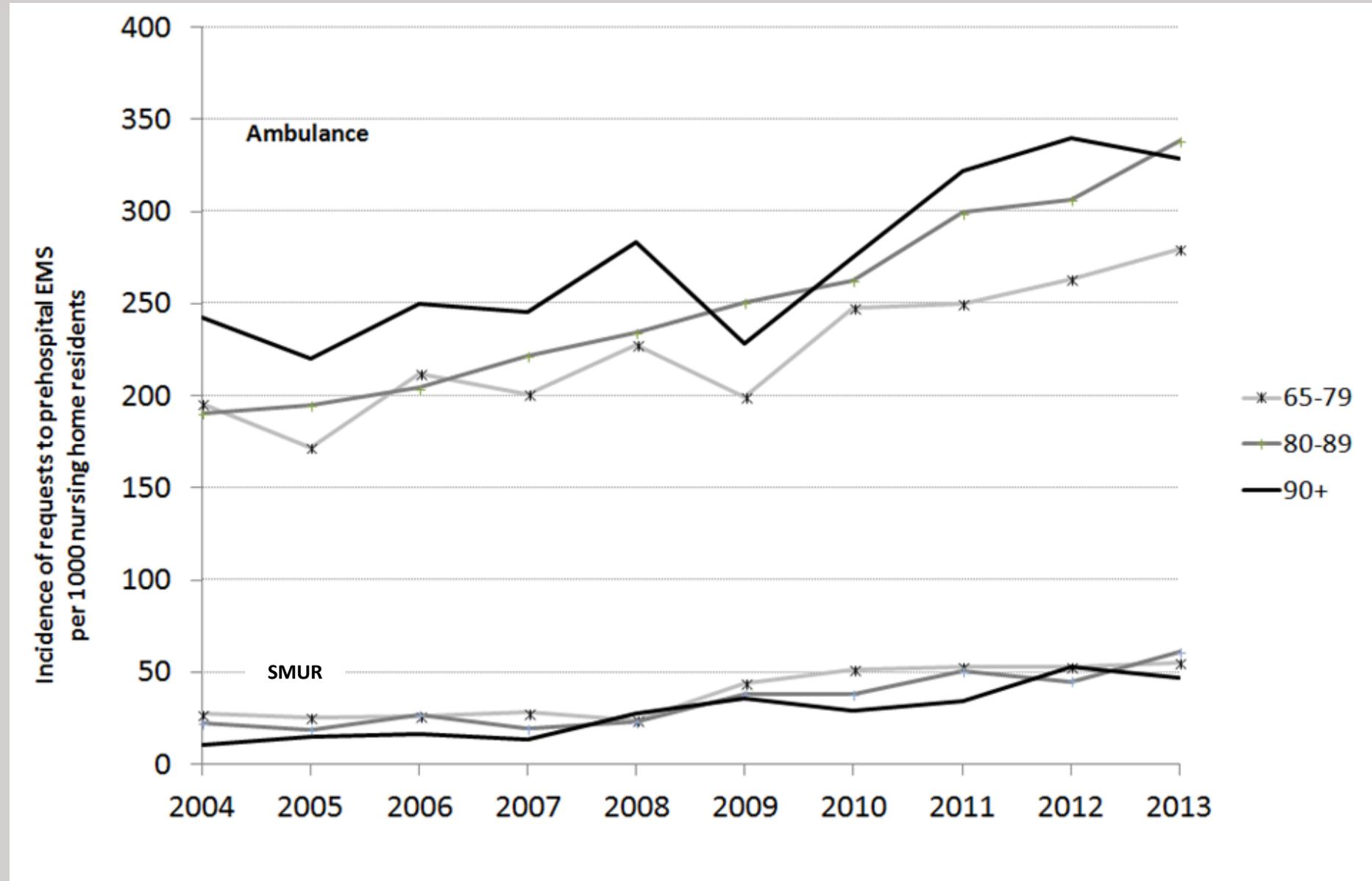
Recours à une ambulance

1/3 des missions ambulances

Variables	2001 N (%)	2010 N (%)	
<b>Toutes missions</b>	21722	28697	
<b>Genre</b>			
Femme	10733 (50.6)	14059 (50.6)	
Homme	10460 (49.4)	13742 (49.4)	
<i>Non renseigné</i>	529 (2.4)	896 (3.1)	
<b>Age (années)</b>			
0-2	198 (0.9)	285 (1.0)	
3-8	262 (1.2)	367 (1.3)	
9-16	934 (4.4)	913 (3.3)	
<b>Pédiatriques</b>	<b>1394 (6.6)</b>	<b>1565 (5.6)</b>	
17-29	2867 (13.5)	3436 (12.4)	
30-39	2133 (10.1)	2404 (8.7)	
40-49	2108 (9.9)	2707 (9.8)	
50-59	2085 (9.8)	2616 (9.4)	
60-69	2110 (10.0)	3139 (11.3)	
70-79	3440 (16.2)	3898 (14.0)	
<b>Adultes</b>	<b>14743 (69.5)</b>	<b>18200 (65.5)</b>	
80-89	3889 (18.3)	5903 (21.2)	<b>+ 52 %</b>
90 et plus	1187 (5.6)	2136 (7.7)	<b>+ 80 %</b>

# Mode d'admission

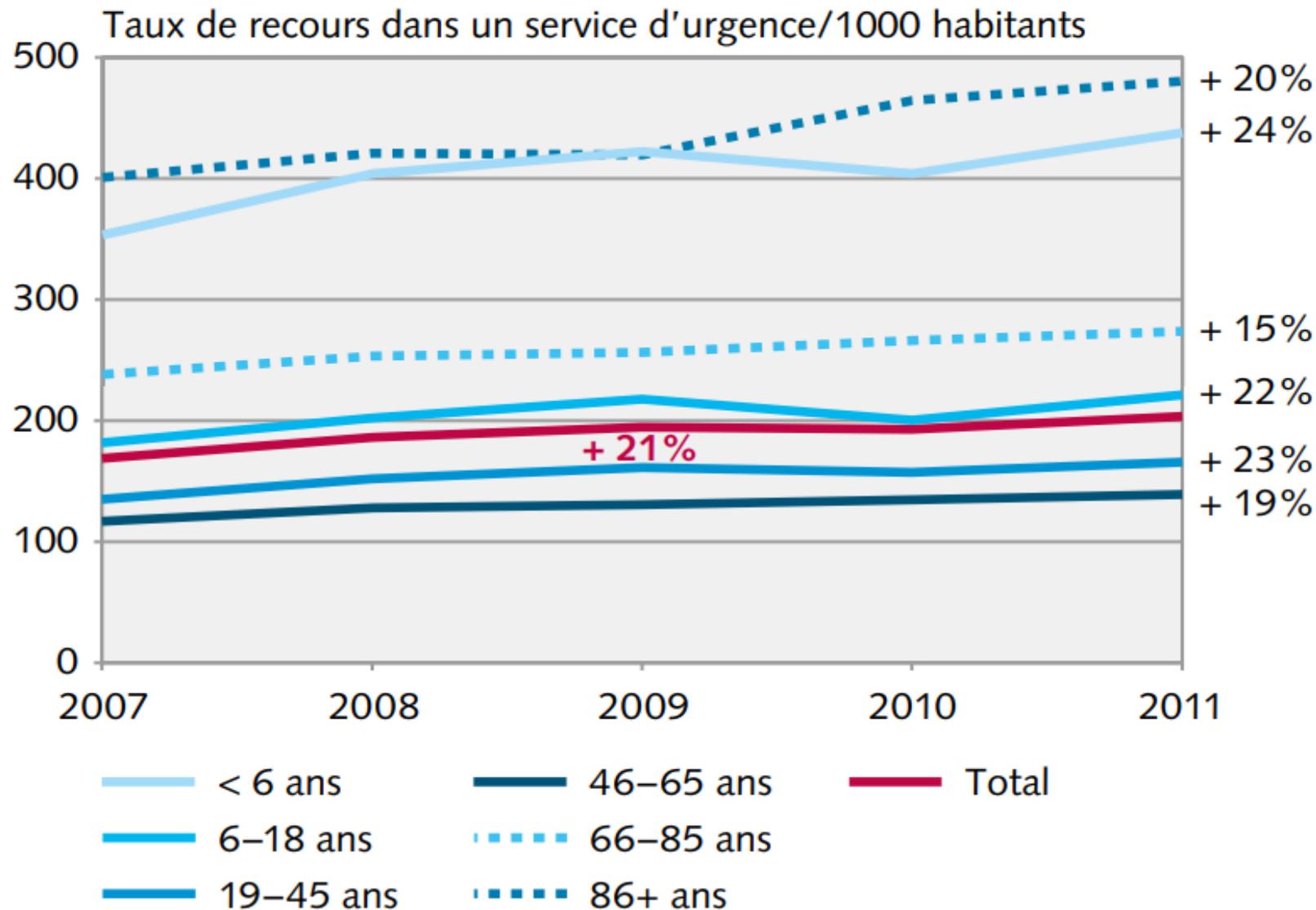
## Intervention en EMS



# Recours aux urgences

## Taux spécifique de recours à un service d'urgence selon l'âge, Suisse 2007–2011

Fig. 4



Pourquoi les  
urgences?

Admission  
appropriée ?

© *unsplash.com*  
*Jorg Karg*

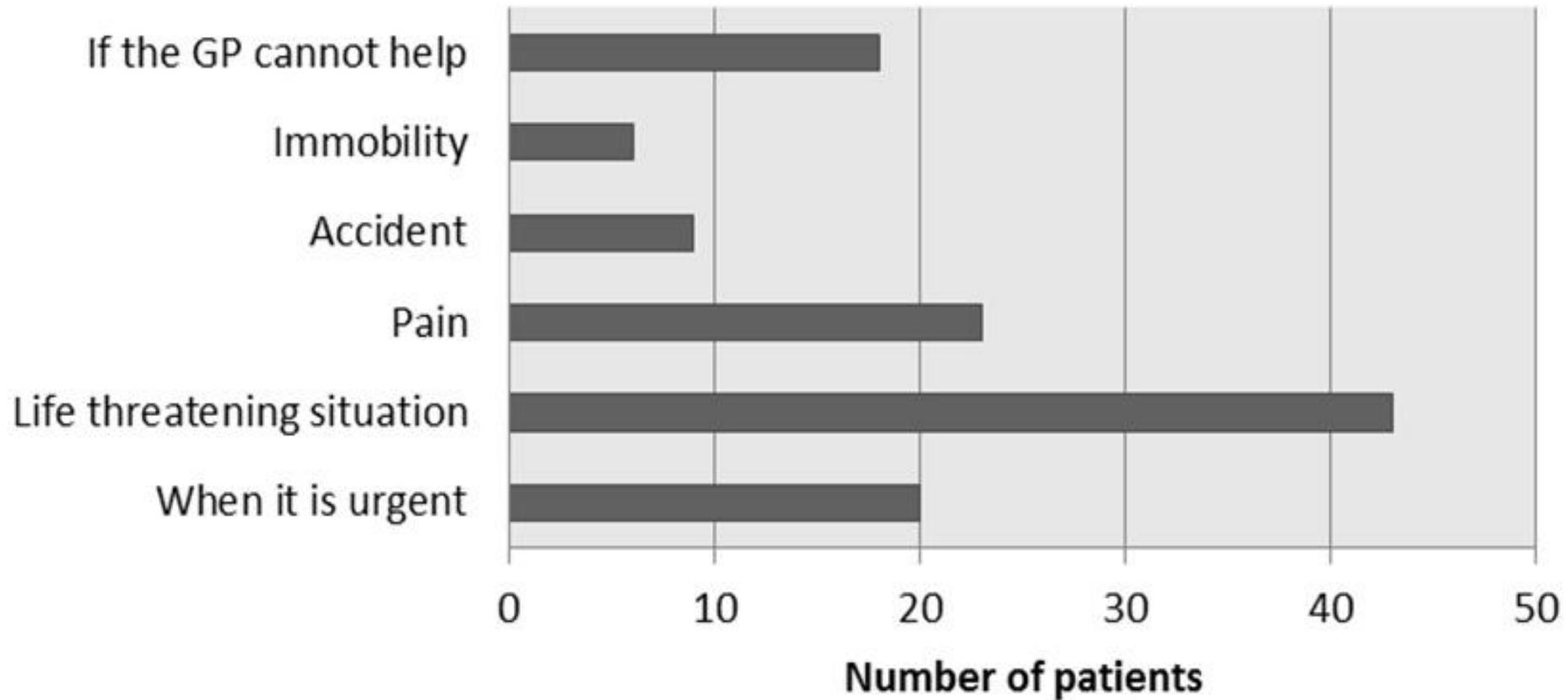




Pourquoi les urgences?

Raisons des consultations

# How do you define a case of emergency?



Muller U. *Swiss Med Wkly.* 2012;142:w13565

Pourquoi les urgences?

Raisons des consultations

*Lowthian JA, et al.  
Internal Med Journal  
2012*

## Why older patients of lower clinical urgency choose to attend the emergency department

Primary care	58
Unavailability of GP	21
Waiting time for next available appointment unacceptable	17
Specialist care	65
Patient/family referral for specialist care	4
GP/specialist/health professional referral for specialist care	28
Ambulance triage for specialist care	33
Institutional preference	46
Preference for specialist care in a hospital	29
One-stop shop/convenience factor	17
Total	197

Arrivée aux  
urgences

CHUV 2017 :  
64'112 patients





# Arrivée aux urgences

## Concept de tri aux urgences

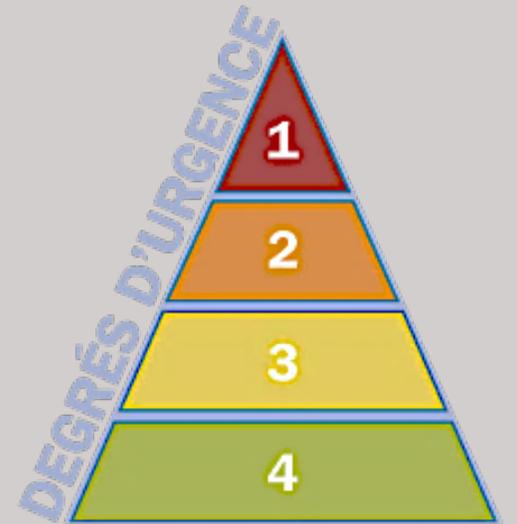
*Rutschmann O, et al.  
Bull Med Suisses.  
2009;90:1789–1790*

## Echelle Suisse de Tri (EST)

Par des infirmier/ères formé/es

Définit un délai de prise en charge

- **Urgence 1** : immédiat
- **Urgence 2** : très urgent, < 20 min
- **Urgence 3** : urgent, < 120 min
- **Urgence 4** : non urgent, pas de délai, < 300 min



Arrivée aux  
urgences

Devenir aux  
urgences

**Patients âgés :**

Durée moyenne de séjour: 9.7 vs 12 heures

Durée de séjour URGO: 12 vs **20 heures**

Proportion d'hospitalisation: 25 % vs **50 %**

# Dans les urgences

## Investigations

Table 3. Use of Resources for Individuals Aged 65 and Older in U.S. Emergency Departments (EDs) (2001–2009)

Tests Ordered	2001	2009	Increase 2001–2009 %
	Patients Receiving Service, %		
<b>Imaging</b>			
Any imaging	61.8	67.5	5.7
Any X-ray	54.4	54.9	0.5
Any computed tomography	12.2	26.1	13.9
Magnetic resonance imaging	—	1.2	0.4 <sup>a</sup>
Ultrasound	2.6	2.7	0.1
Other imaging	2.7	1.8	–0.9
Electrocardiogram	40.4	46.6	6.2
Cardiac monitor	17.7	25.4	7.7
<b>Laboratory tests</b>			
Blood	58.1	67.1	9.0
Urinalysis	21.6	32.4	10.8
Received medicines in ED	72.4	75.8	3.4
Received prescription at discharge	—	29.4	–1.9 <sup>a</sup>
Received intravenous fluids in ED	36.0	46.1	10.1
Received procedure	54.9	60.8	5.9

Pines J, et al.  
J Am Geriatr Soc 2013

Dans les  
urgences

Motifs des  
consultations

<i>Disease / Disorder Category</i>	<i>%</i>	<i>N</i>
Symptoms, signs and ill-defined conditions	25.0	8,605
Injury and poisoning	17.1	5,874
Circulatory system	10.1	3,471
Respiratory system	9.4	3,232
Digestive system	7.1	2,457
Musculoskeletal system and connective tissue	6.9	2,365
Genitourinary system	5.8	1,999
Skin and subcutaneous tissue	4.6	1,588
Nervous system and sense organs	3.7	1,290
Mental and behavioural	2.0	699
Other	5.2	1,409
Diagnosis not available (LWBS, LAMA, not recorded)	3.1	1,072

Latham L, et al.  
Can Ger J. 2014

Dans les  
urgences

Motifs des  
consultations

## Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints

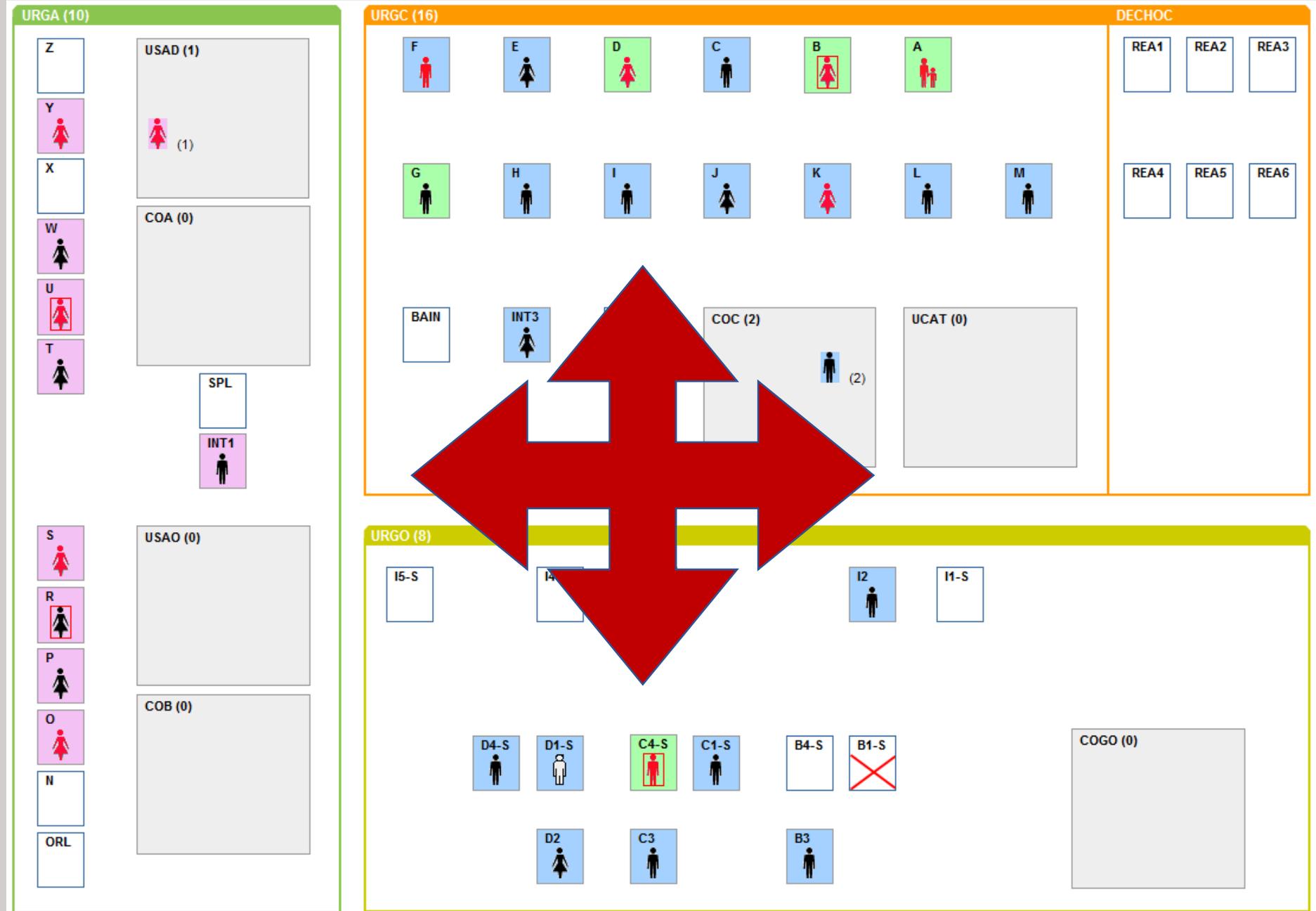
---

*Olivier T. Rutschmann<sup>a</sup>, Thierry Chevalley<sup>b</sup>, Catherine Zumwald<sup>c</sup>, Christophe Luthy<sup>a</sup>,  
Bernard Vermeulen<sup>d</sup>, François P. Sarasin<sup>a</sup>*

- 253 patients admis pour “soins impossible à domicile”
- Problème médical aigu: 129 (51%).
- Les patients étaient triés comme non urgents
- **26% de sous-triage**

# Dans les urgences

# L'orientation



## Les limites

Dans l'idéal,  
répondre à ...

- Soulager la douleur
- Informer le patient sur sa prise en charge
- Garantir une communication optimale
- S'assurer d'un milieu calme et rassurant
- Ré-afférenter
- Respecter le rythme nycthéméral
- Permettre au patient de rencontrer sa famille
- ...

# Les limites

Dans un  
environnement  
difficile ...



## Québec ne parvient pas à réduire l'attente aux urgences



DENIS LESSARD  
LA PRESSE



QUÉBEC — Le gouvernement Couillard piétine dans son projet de réduire les temps d'attente aux urgences. En moyenne, dans l'ensemble du Québec, un patient aura attendu sur sa civière 15,6 heures en 2016-2017, grosso modo le même résultat que l'année précédente.

*La Presse*  
2 mai 2017

## Les limites

- Environnement peu propice
- Absence de certains outils d'aide aux AVQ
- Communication moins bonne

## En pratique

- Défaut d'informations (directives anticipées)
- Banalisation des situations
- Processus décisionnel :
  - Sous-évaluation de la gravité
  - Orientations et évaluation complexes
  - Besoins de temps !

## Les limites

- Arrivée en ambulance
- Potentiel iatrogénique (ECA, infection, chute)

## Conséquences

- Séjours aux urgences **plus longs**
- Hospitalisations **plus fréquentes**
- Risque de mortalité accru
- Risque d'institutionnalisation
- Risque de réadmission
- Décisions d'attitudes subjectives

*Carron PN, et al. Swiss Med Wkly. 2015*

*Freund Y, et al. Ann Emerg Med 2013*

Solutions ?



# Solutions ?

- Architecture des urgences et organisation
- Renforcer l'évaluation / le tri aux urgences
- Optimiser l'information :
  - Contexte, personnes de contact
  - Directives anticipées – projet de soins
  - Antécédents notables
  - Autonomie préalable – CMS

## Solutions ?

- Améliorer la prise en charge des syndromes gériatriques par les urgentistes
- Eviter l'hospitalisation vs identifier les patients à risque de complications
- Développer des alternatives à l'hospitalisation
- Renforcer la coordination pour le retour dans le lieu de vie

Merci de votre attention !

