

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 2006

THESE N° 119/11

**UNITE MOBILE GERIATRIQUE ET UNITE DE POST-URGENCE
GERIATRIQUE AU CHU DE LIMOGES
FONCTIONNEMENT ET BILAN D'ACTIVITE PENDANT 6 MOIS**

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 12 Mai 2006

PAR

**Sabrina BADKOUF
Née le 20 Août 1976 à Saint-Junien**

SCD UNIV.LIMOGES



D 035 151978 5

EXAMINATEURS DE LA THESE

**Monsieur le Professeur T. DANTOINE
Monsieur le Professeur D. BUCHON
Monsieur le Professeur B. DESCOTTES
Monsieur le Professeur C. PIVA
Madame le Docteur A. LABROUSSE
Madame le Docteur H. RAMIANDRISOA-LACROIX**

**- Président
- Juge
- Juge
- Juge
- Membre invité
- Membre invité et
Directrice de thèse**

**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE**

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS : Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur COGNE Michel

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE – CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

ROCHE Doriane

PROFESSEURS DES UNIVERSITES –PRATICIENS HOSPITALIERS :

*C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc (Surnombre 31/08/2006)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
CHAPOT René	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (Surnombre 31/08/2006)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DANTOINE Thierry (C.S)	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE

DESCOTTES Bernard (C.S)
DUDOGNON Pierre (C.S)
DUMAS Jean-Philippe (C.S)

DUMONT Daniel (C.S)
FEISS Pierre (C.S)

FEUILLARD Jean (C.S)
GAINANT Alain (C.S)
GAROUX Roger (C.S)
GASTINNE Hervé (C.S)
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile
LABROUSSE François (C.S)

LACROIX Philippe
LASKAR Marc (C.S)

LE MEUR Yannick
LIENHARDT-ROUSSIE Anne
MABIT Christian

MARQUET Pierre
MAUBON Antoine (C.S)
MELLONI Boris
MERLE Louis (C.S)
MOREAU Jean-Jacques (C.S)
MOULIES Dominique (C.S)
NATHAN-DENIZOT Nathalie

PARAF François
PILLEGAND Bernard (Surnombre 31/08/2008)
PIVA Claude (C.S)
PLOY Marie-Cécile
PREUX Pierre-Marie

RIGAUD Michel (C.S)

SALLE Jean-Yves

SAUTEREAU Denis (C.S)
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)
STURTZ Franck
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre

TREVES Richard (C.S)
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel (C.S)
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (C.S)

VERGNENEGRE Alain (C.S)

CHIRURGIE DIGESTIVE
 REEDUCATION FONCTIONNELLE
 CHIRURGIE UROLOGIQUE ET
 ANDROLOGIE
 MEDECINE DU TRAVAIL
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION
 CHIRURGICALE
 HEMATOLOGIE
 CHIRURGIE DIGESTIVE
 PEDOPSYCHIATRIE
 REANIMATION MEDICALE
 IMMUNOLOGIE
 ANATOMIE ET CYTOLOGIE
 PATHOLOGIQUE
 MEDECINE VASCULAIRE
 CHIRURGIE THORACIQUE ET
 CARDIO-VASCULAIRE
 NEPHROLOGIE
 PEDIATRIE
 ANATOMIE-CHIRURGIE
 ORTHOPEDIQUE ET
 TRAUMATOLOGIQUE
 PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE
 RADIOLOGIE
 PNEUMOLOGIE
 PHARMACOLOGIE
 NEUROCHIRURGIE
 CHIRURGIE INFANTILE
 ANESTHESIOLOGIE ET
 REANIMATION CHIRURGICALE
 ANATOMIE PATHOLOGIQUE
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 MEDECINE LEGALE
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
 INFORMATION MEDICALE ET
 EVALUATION
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
 MOLECULAIRE
 MEDECINE PHYSIQUE ET
 READAPTATION
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
 ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET
 MALADIES METABOLIQUES
 RHUMATOLOGIE
 CANCEROLOGIE
 NEUROLOGIE
 ANATOMIE-CHIRURGIE GENERALE
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE
 L'IMAGE
 EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA
 SANTE- PREVENTION

VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (C.S)
YARDIN Catherine (C.S)

MEDECINE INTERNE
REANIMATION MEDICALE
CARDIOLOGIE
MALADIES INFECTIEUSES
HISTOLOGIE-CYTOLOGIE,
CYTOGENETIQUE ET BIOLOGIE
CELLULAIRE ET DE LA REPRODUCTION

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ALAIN Sophie

ANTONINI Marie-Thérèse

BOUTEILLE Bernard
CHABLE Hélène

DAVIET Jean-Christophe

DRUET-CABANAC Michel

DURAND-FONTANIER Sylvaine

ESCLAIRE Françoise

JULIA Annie

LAPLAUD Paul

MOUNIER Marcelle

PETIT Barbara

QUELVEN Isabelle

RONDELAUD Daniel

TERRO Faraj

VERGNE-SALLE Pascale

VINCENT François

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HYGIENE HOSPITALIERE
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES
PHYSIOLOGIQUES
PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
BIOCHIMIE ET GENETIQUE
MOLECULAIRE, CHIMIE DES
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES
MEDECINE PHYSIQUE ET
READAPTATION
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA
SANTE ET PREVENTION
ANATOMIE-CHIRURGIE DIGESTIVE
BIOLOGIE CELLULAIRE
HEMATOLOGIE
BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HYGIENE HOSPITALIERE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE
NUCLEAIRE
LABORATOIRE CYTOLOGIE ET
HISTOLOGIE
BIOLOGIE CELLULAIRE
THERAPEUTIQUE
PHYSIOLOGIE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS

A notre président de thèse, Monsieur le professeur T. DANTOINE,
Professeur des universités de médecine interne, gériatrie et biologie du
vieillessement
Médecin des hôpitaux
Chef de service du service hospitalo-universitaire de Médecine Gériatrique
du CHU de Limoges

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse
Nous vous remercions pour l'accueil que vous nous avez fait au sein de votre
service et pour votre enseignement de la pratique de la médecine gériatrique
Veuillez trouver ici l'assurance de notre respect et de notre profonde
admiration

A Monsieur le Professeur D. BUCHON,
Professeur des universités de Médecine Générale
Médecin généraliste

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail
Nous vous remercions pour votre enseignement de la médecine générale et
pour avoir contribué à notre formation en tant que maître de stage
Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre admiration

A Monsieur le Professeur B. DESCOTTES,
Professeur des universités de chirurgie digestive
Chirurgien des hôpitaux
Chef de service de Chirurgie Digestive du CHU de Limoges

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail
Nous vous remercions pour votre accueil chaleureux et votre écoute attentive
lors de notre rencontre
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre
admiration

A Monsieur le Professeur C. PIVA,
Professeur des universités de médecine légale
Médecin des hôpitaux
Chef de service des Urgences du CHU de Limoges

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail
Nous vous remercions de nous avoir donné l'ultime chance de nous présenter
au concours du PCEM 1
Veuillez trouver ici l'expression de notre plus sincère reconnaissance et de
notre profond respect

A Madame le Docteur A. LABROUSSE,
Praticien Hospitalier gériatre du CHU de Limoges

Vous nous faites l'honneur d'être membre de ce jury de thèse
Nous vous remercions pour vos conseils et votre aide dans l'élaboration de ce
travail
Recevez le témoignage de notre gratitude

A Madame le Docteur H. RAMIANDRISOA-LACROIX,
Praticien Hospitalier neurogériatre du CHU de Limoges

Hanta, je te remercie de m'avoir guidé de tes conseils dans la rédaction de ce
travail et pour tout le temps que tu m'as consacré
Je te remercie de ta patience, de ta gentillesse et de m'avoir enrichie de tes
connaissances lors de ma formation en gériatrie
Sois assurée de ma profonde et respectueuse reconnaissance

Je remercie également,

Le personnel de l'Unité Mobile Gériatrique et du secteur du Post-Urgence
Gériatrique
Pour leur accueil et leur gentillesse à mon égard

Madame M-P. DESCUBES, Cadre de santé du service de Médecine Interne
Gériatrique
Monsieur T. TARNAUD et Monsieur S. ARTUS du Service Informatique du
CHU de Limoges
Pour leur disponibilité et l'aide indispensable qu'ils m'ont apporté dans ce
travail

A ma mère,

Pour son amour inconditionnel et son précieux réconfort tout au long de mes études

A mon père,

Pour avoir toujours cru en moi et pour avoir fait en sorte que je poursuive mes études dans les meilleures conditions

A mon frère et à ma sœur,

Pour leur soutien et leur compréhension au quotidien

A ma famille,

Pour son soutien malgré la distance qui nous sépare

A mes amis,

Pour être toujours là après toutes ces années

TABLE DES MATIERES

TITRE	1
Unité mobile gériatrique et unité de post-urgence gériatrique au CHU de Limoges Fonctionnement et bilan d'activité pendant 6 mois	
TABLE DES MATIERES	8
INTRODUCTION	12
GENERALITES	13
1 DEMOGRAPHIE DE LA POPULATION AGEE DE PLUS DE 75 ANS	14
1.1 En France	14
1.2 En Limousin	15
1.2.1 La région Limousin est la région la plus âgée de France et d'Europe	15
1.2.2 Le nombre de personnes âgées est en constante augmentation	15
1.2.3 Un accroissement important aux âges élevés	16
1.2.4 Une espérance de vie de plus en plus longue	16
1.3 Conséquences médicales, économiques et sociales du vieillissement	17
1.4 Vieillesse et nécessité d'adapter les structures hospitalières	17
2 UNITES MOBILES GERIATRIQUES ET UNITES DE POST-URGENCE GERIATRIQUES DANS LES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES (CHU) DE FRANCE	18
2.1 Définition	18
2.1.1 Les unités mobiles gériatriques (UMG)	18

2.1.2	Les unités de post-urgence gériatrique (PUG)	19
2.2	Etat des lieux des UMG ou EMG et des PUG dans les CHU de France	19
3	LA POPULATION DES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES DU CHU DE LIMOGES	21
3.1	Nombre annuel d'admissions	21
3.2	Orientation des patients âgés de plus de 75 ans	21
	DESCRIPTIF DE L' UMG ET SECTEUR DU PUG DU CHU DE LIMOGES	22
1	FONCTIONNEMENT DE L'UMG ET DU PUG	23
1.1	Présentation du Département de Gérontologie Clinique	23
1.2	L'unité mobile gériatrique	23
1.2.1	Composition	23
1.2.2	Missions	26
1.3	Le secteur de post-urgence gériatrique	29
1.3.1	Composition	29
1.3.2	Missions	29
2	Bilan de l'activité de l' UMG pendant 6 mois	31
2.1	Activité aux urgences	31
2.1.1	Patients	31
2.1.2	Orientation des patients	31
2.2	Activité dans les services de spécialités médicales et chirurgicales	32
2.2.1	Patients	32
2.2.2	Orientation des patients	32
2.3	Profil des patients vus par l' UMG aux urgences et dans les services	33

2.3.1	Sexe	33
2.3.2	Moyenne d'âge	33
2.3.3	Pathologies principales	33
2.4	Activité de régulation téléphonique	33
3	Bilan de l'activité du PUG pendant 6 mois	34
3.1	Séjours	34
3.1.1	Nombre de patients	34
3.1.2	Répartition journalière et horaire des entrées	34
3.1.3	Provenance des patients	34
3.1.4	Orientation	35
3.1.5	Durée moyenne de séjour	35
3.2	Patients	35
3.2.1	Age	35
3.2.2	Sexe	36
3.2.3	Origine géographique	36
3.2.4	Lieux de vie	36
3.2.5	Situation matrimoniale	36
3.3	Pathologies principales	36
3.4	Orientation des personnes âgées de plus de 75 ans à partir des urgences	37
3.4.1	Retours à domicile	37
3.4.2	Répartition des patients âgés dans les principaux services de médecine	37
DISCUSSION		38
CONCLUSION		50

ANNEXES	52
➤ Abréviations	53
➤ Evaluation gériatrique type de l'UMG	54
➤ Evaluation gériatrique type du PUG	58
➤ Diagrammes relatifs à l'activité du PUG du 1^{er} Mars au 31 Août 2005	59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	73
SOMMAIRE	77
SERMENT D'HIPPOCRATE	79
RESUME	

INTRODUCTION

La population française vieillit et les projections démographiques confirment ce phénomène. La majorité des personnes âgées de plus de 75 ans entrent à l'hôpital par les urgences, d'où une augmentation chaque année du nombre d'admissions dans ce service. Il est par conséquent nécessaire de réorganiser l'accueil de ces patients fragiles, le plus souvent polypathologiques, dès leur arrivée aux urgences pour une prise en charge adaptée. Les urgences des Centres Hospitaliers de France ont besoin de structures gériatriques apportant une compétence gériatrique. Cette notion a été définie par la circulaire DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) du 18 Mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. Elle établit des recommandations en vue d'une meilleure prise en charge des patients âgés. Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) mettent peu à peu en place des unités mobiles gériatriques (UMG) et des projets sont en cours.

La région Limousin a anticipé de plus de 10 ans le vieillissement de la population française. Les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient 11,8 % de la population lors du dernier recensement en 1999. Chaque année, le service des urgences du CHU de Limoges accueille près de 8000 patients de plus de 75 ans, avec une proportion importante d'hospitalisations. Face à cette situation, une UMG et un secteur de post-urgence gériatrique (PUG) ont été créés en Janvier 2005 au CHU de Limoges. Les missions de ces deux unités sont complémentaires. L'UMG procède à une évaluation médico-sociale chez tout patient âgé de plus de 75 ans aux urgences et dans les services de spécialités sur demande. Le secteur de PUG prend en charge pour une durée très courte des personnes âgées de plus de 75 ans provenant presque exclusivement des urgences.

Dans ce travail descriptif, nous présentons le fonctionnement de ces deux unités et le bilan d'activité pendant 6 mois, du 1^{er} Mars au 31 Août 2005. L'accent est particulièrement mis sur l'articulation étroite entre ces deux unités. Ce mode de fonctionnement, original en France, nous semble indispensable pour optimiser les soins et l'orientation dans la filière gériatrique des personnes âgées.

GENERALITES

1 DEMOGRAPHIE DE LA POPULATION AGÉE DE PLUS DE 75 ANS

1.1 En France

Le vieillissement démographique de la population française est indéniable.

Ce phénomène n'est pas exclusivement français. Il est commun à de nombreux pays européens. Il est lié à la stagnation du nombre de naissances et surtout à la baisse de la mortalité aux âges avancés. L'état de santé des personnes âgées s'est nettement amélioré au cours des dernières décennies avec une augmentation de l'espérance de vie. En 2000, l'espérance de vie à 75 ans était évaluée à 10 ans pour un homme et 13 ans pour une femme.

En 1999, l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) recensait 4,5 millions de personnes âgées de plus de 75 ans soit 7,7 % de la population française. Ce pourcentage devrait aller en augmentant dans les 30 à 40 ans à venir avec le vieillissement des générations du « baby boom » dont les premières atteindront 75 ans en 2020. Ainsi en 2050, la proportion des personnes âgées de plus de 75 ans devrait atteindre 18 % de la population et la croissance la plus importante concernera les groupes les plus âgés. L'effectif des plus de 75 ans aura triplé, celui des plus de 85 ans aura quadruplé.

	1990	1999	% 1999/1990	2020	% 2020/1999
France	56 615 155	58 518 395	+ 3,36 %	62,5 millions	+ 6,80 %
> 75 ans (2/3 de femmes)	4 millions soit 7,1 % de population totale	4,5 millions soit 7,7 % de population totale	+ 12,5 %	6 millions soit 9,6 % de population totale	+ 33,3 %
> 85 ans (3/4 de femmes)		1,4 millions		2,1 millions	+ 50 %

Tableau 1 : Effectifs des personnes âgées. Quelques chiffres (données et estimations INSEE)

1.2 En Limousin [10]

1.2.1 *La région Limousin est la région la plus âgée de France et d'Europe*

La région Limousin a anticipé de plus de 10 ans le vieillissement de la population française. Elle se distingue surtout par sa forte proportion des plus de 75 ans : on en recense ainsi 11,8 % tandis qu'aucune autre région n'atteint les 10 %. Cependant la région Limousin est rattrapée par le reste de la France car depuis 1990, la région vieillit moins vite que l'ensemble de la France.

Les personnes âgées représentent 27 % de la population totale (3 Limousins sur 10 ont plus de 60 ans). Le vieillissement de la région Limousin devrait perdurer dans les années à venir et selon les projections, à l'horizon 2030, 4 Limousins sur 10 seront âgés de plus de 60 ans.

Comme dans le reste de la France, c'est la tranche des 75 à 85 ans qui connaîtra la plus forte progression avec l'arrivée des générations du « baby boom » : les projections prévoient 118000 Limousins de plus de 75 ans contre 82000 actuellement.

Comme dans le reste de la France, l'accélération du vieillissement s'explique par l'allongement de l'espérance de vie. Pourtant des causes plus régionales sont à ajouter :

- la baisse des effectifs des jeunes avec une fécondité faible (1,44 enfants par femme en 1999) et le départ de nombreux jeunes vers d'autres régions.
- un solde migratoire positif aux âges élevés avec une attractivité de la région pour les retraités.

1.2.2 *Le nombre de personnes âgées est en constante augmentation*

	1975	1999	2015	2030
Tranche des 75 à 84 ans	27 685 soit 3,7 %	55 319 soit 7,8 %	61 450 soit 8,8 %	84 148 soit 12,4 %
Tranche des 85 ans et plus	13 865 soit 1,9 %	28 359 soit 4 %	33 111 soit 4,7 %	35 130 soit 5,2 %
Récapitulatif des 75 ans et plus	41 550 soit 5,6 %	83 678 soit 11,8 %	94 561 soit 13,5 %	119 278 soit 17,6 %

Tableau 2 : Effectifs et part en % de la population limousine des personnes âgées de plus de 75 ans. Source : INSEE, recensement de la population-Omphale, scénario U

1.2.3 Un accroissement important aux âges élevés

En observant les différentes tranches de la population des plus de 60 ans, ce sont les 85 ans et plus qui ont le plus progressé ces vingt-cinq dernières années : leur nombre a plus que doublé sur cette période dans la région. L'allongement de l'espérance de vie est un des facteurs explicatifs.

	Evolution 1975-1999 (en %)	Evolution 1999-2030 (en %)
Tranche des 60 à 74 ans	- 20,5	+ 17,0
Tranche des 75 à 84 ans	+ 99,8	+ 52,1
Tranche des 85 ans et plus	+ 104,5	+ 23,9
Tranche des 60 ans et plus	+ 4,9	+ 27,2

Tableau 3 : Accroissement en % des personnes âgées de plus de 60 ans dans le Limousin. Source : INSEE, recensement de la population-Omphale, scénario U

1.2.4 Une espérance de vie de plus en plus longue

Depuis 1975, au niveau régional, hommes et femmes ont gagné globalement cinq années supplémentaires, notamment grâce à l'amélioration constante du système des soins. La longévité limousine a certes augmenté, mais plus lentement que dans les autres régions.

L'écart de longévité entre hommes et femmes en Limousin est actuellement de 7,4 années, comme en 1975. Cependant, au niveau national, celui-ci s'est réduit, passant de 7,8 années en 1975 à 7,4 années en faveur des femmes en 1999.

En 2030, conformément aux tendances passées, c'est-à-dire en gagnant deux mois par an, on estime que l'espérance de vie à la naissance en Limousin sera de 81 ans pour les hommes et de 88 ans pour les femmes, chiffre dans la moyenne française.

Hommes	1975	1999	2015	2030
Limousin	70,1	75,3	78,3	80,8
France	69,0	75,1	78,2	80,8

Femmes	1975	1999	2015	2030
Limousin	77,6	82,7	85,9	88,2
France	76,8	82,5	85,8	88,1

Tableaux 4 et 5 : Espérance de vie à la naissance en années. Source : INSEE, indicateurs démographiques.

1.3 Conséquences médicales, économiques et sociales du vieillissement [10]

Même si l'espérance de vie sans incapacité a augmenté, les problèmes de santé se multiplient avec le grand âge et les personnes âgées deviennent polypathologiques. Elles sont de gros consommateurs de services de santé et de soins hospitaliers. Les motifs de leur hospitalisation ne sont pas uniquement d'ordre médical, mais souvent intriqués avec des facteurs sociaux. Ce sont les plus de 75 ans qui nécessitent de nombreux soins. Plus de 34 % des séjours des personnes âgées sont attribués à la tranche des 75-85 ans. De surcroît, leur hospitalisation est plus longue. Il en résulte des dépenses de santé croissantes.

De plus en plus de personnes âgées vivent seules à domicile mais au-delà de 85 ans, elles sont 20 % à vivre en institution car la dépendance aboutit souvent au choix de structures d'hébergement spécialisées. Dans la région Limousin, l'offre de telles structures reste quantitativement faible. Le nombre de lits en maison de retraite a augmenté, ce qui n'est pas le cas des foyers-logements et des unités de soins de longue durée.

Le problème de la dépendance et de sa prise en charge par la collectivité est au cœur des politiques publiques. Adossées au système de soins et de protection sociale, des mesures spécifiques d'aide aux personnes âgées ont été créées. La principale est l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui a pour but de faciliter cette prise en charge de la dépendance. Elle est gérée et principalement prise en charge par les départements. La dépendance est évaluée par une grille AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso-ressources). La mise en place de services d'aide et de soins pour le maintien à domicile et l'adaptation des structures d'hébergement sont des actions menées par les départements pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes. L'autre dispositif d'aide est l'allocation supplémentaire de minimum vieillesse. Elle permet aux personnes âgées les moins favorisées d'élever leur niveau de revenus pour atteindre le minimum vieillesse.

L'autre conséquence du vieillissement de la population française est le problème du financement des retraites.

1.4 Vieillissement et nécessité d'adapter les structures hospitalières

La prise en charge des patients âgés requiert une expertise du fait des caractéristiques spécifiques liées au grand âge. Compte tenu de l'afflux majeur des personnes âgées aux urgences, il est nécessaire de modifier leur modalité d'hospitalisation et de prévoir un accueil spécifique dans ce service. Il faut adapter les urgences à la gériatrie. Mais les

urgences sont souvent encombrées, du fait de l'accueil simultané de patients présentant des détresses physiologiques, des polytraumatismes et des soins légers. Dans ces conditions, il est difficile pour l'équipe soignante des urgences, devant l'absence de compétence gériatrique et d'un probable manque de personnel, de repérer les facteurs de fragilité des patients gériatriques.

La 10ème Conférence de consensus du 5 décembre 2003 relative à la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences [6] montre l'intérêt d'un bilan gérontologique précoce. Celui-ci nécessite la présence d'un gériatre aux urgences ou d'une équipe mobile pluridisciplinaire. Mais cette prise en charge ne doit pas se limiter uniquement aux urgences. Les services de spécialités où la proportion de personnes âgées est importante doivent également pouvoir avoir recours à l'intervention de gériatres.

2 UNITES MOBILES GERIATRIQUES ET UNITES DE POST-URGENCE GERIATRIQUES DANS LES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES (CHU) DE FRANCE

2.1 Définition

2.1.1 Les unités mobiles gériatriques (UMG)

Une UMG est une équipe hospitalière pluridisciplinaire, composée au minimum d'un médecin gériatre, d'une infirmière diplômée d'état (IDE), d'une assistante sociale et d'une secrétaire. Cette équipe doit s'intégrer parfaitement dans un réseau de soins gérontologique (consultation, Hospitalisation de Jour, Médecine Interne Gériatrique et Soins de Suite et de Réadaptation) [4].

Le rôle et les missions de ces unités ont été précisés dans la circulaire de Mars 2002 sur les filières gériatriques [4] et dans la circulaire d'Avril 2003 sur la prise en charge des urgences [5]. Elles utilisent l'évaluation gérontologique standardisée comme outil d'identification des problèmes médicaux, psychologiques ou sociaux. L'objectif est d'aboutir à un projet de soins, un projet de vie et l'orientation du patient âgé dans un secteur adapté. Elles interviennent à la demande des services des urgences et de des services de spécialités non gériatriques [7, 9].

Selon les textes, une équipe mobile gérontologique (EMG) ne peut être créée que s'il existe un court séjour gériatrique et il est recommandé de créer un court séjour gériatrique si l'hôpital possède un service d'accueil des urgences. Idéalement, une telle équipe doit être développée au minimum dans les CHU [4].

2.1.2 Les unités de post-urgence gériatriques (PUG)

Les PUG permettent de prendre en charge les personnes âgées de plus de 75 ans venant uniquement des urgences et avant toute autre orientation. Ce sont des unités de très court séjour. Elles se caractérisent par une consolidation de la prise en charge initiale réalisée par les UMG et sont donc complémentaires de ces dernières. Il s'agit d'une notion très récente et ces unités sont rares dans les CHU de France (trois au total, à Toulouse, à Lyon et à Limoges [tableau n° 6]).

2.2 Etat des lieux des UMG ou EMG et PUG dans les CHU de France

Dans les CHU de France, les modes d'intervention et de fonctionnement des UMG ou EMG sont très variables. Il peut s'agir d'unité mobile ou d'équipe mobile (binôme gériatre-soignant ou gériatre-assistant social) ou encore réduite à l'intervention d'un gériatre seul (consultation avancée de gériatrie). Mais ce dernier cas ne prend en compte le plus souvent que la composante médicale du patient. Certaines ont une activité intra-hospitalière stricte avec une intervention aux urgences et dans l'ensemble des services du CHU ou uniquement aux urgences [7]. D'autres ont développé des missions extra-hospitalières auprès d'établissements d'hébergement de personnes âgées comme les CHU de Grenoble, Toulouse, Nice et Dijon [8, 17].

Une enquête a été réalisée auprès des services inscrits à la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique PHRC (cohorte SAFES = Sujet Agé Fragile Evaluation et Suivi) en 2003. Seules 12 EMG ont été recensées dans les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les CHU. Seulement 5 des EMG répondaient aux critères énoncés dans la circulaire de Mars 2002 [7]. Des équipes comme celle du CHU de Grenoble, première unité créée en 1997 et celle du CHU de Strasbourg créée en 1998 ont devancé cette circulaire.

Sous l'impulsion des SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire), des projets de création d'UMG sont en cours. Nous avons établi la liste suivante des UMG recensées dans les CHU de France qui n'est, bien sur, pas exhaustive (tableau n° 6).

Dans le reste des CHU, la prise en charge des personnes âgées est essentiellement réalisée par l'intermédiaire d'EMG. Ces dernières sont limitées à un médecin gériatre accompagné d'une IDE ou d'une assistante sociale ou d'un médecin seul.

Liste des CHU	UMG	PUG
GRENOBLE	OUI. Création 1997	NON
STRASBOURG	OUI. Création 1998	NON
DIJON	OUI	NON
TOULOUSE	OUI. Création 2001	OUI. Création 2004
MONTPELLIER NIMES	OUI	NON
CLERMONT-FERRAND	OUI	NON
SAINT-ETIENNE	OUI. Création 2003	NON
LYON	OUI. 3 UMG dont à 1 à l'Hôpital Edouard Herriot depuis 2004	OUI .Création 2004
BREST	OUI. Création 2003	NON
NICE	OUI. Création 2003	NON
BORDEAUX	OUI. Création 2002 Hôpital St André	NON
LIMOGES	OUI. Création 2005	OUI. Création 2005
REIMS	OUI	NON
RENNES	OUI	NON
Fort de France (Martinique)	OUI	NON
CHU de PARIS : -Bichat-Beaujon -Pitié-Salpêtrière -Saint-Antoine -Broca et Cochin	OUI OUI. Création 2004 OUI OUI. Création 2005	NON

Tableau 6 : liste des UMG et des PUG dans les CHU de France

Quant aux services de PUG, les créations sont peu nombreuses. En dehors du CHU de Limoges, nous retiendrons l'expérience de Purpan au CHU de Toulouse qui a créé une unité de PUG en Juillet 2004 en complément de l'UMG et publié ses résultats après 8 mois de fonctionnement [21]. Une unité de PUG a également été mise en place au CHU de Lyon peu de temps après la création d'une UMG à l'hôpital Edouard Herriot en Janvier 2004.

3 LA POPULATION DES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES DU CHU DE LIMOGES :

3.1 Nombre annuel d'admissions

	Année 2004	Mars à Août 2004
Nombre de patients tout âge confondu	37 207	18 746
Effectifs des 75 ans et plus (Pourcentage)	7544 (20,27 %)	3696 (19,7 %)

Les patients âgés de plus de 75 ans représentent environ 20 % de tous les patients admis aux urgences en 2004.

3.2 Orientation des patients de plus de 75 ans

	Année 2004	Mars à Août 2004
Retour à domicile	2042 soit 27,07 %	1011 soit 27,35 %
Hospitalisations	5502 soit 72,93 %	2685 soit 72,65 %

Près de 73 % de ces patients âgés restent hospitalisés au CHU et 27 % reviennent à domicile.

**DESCRIPTIF DE L'UNITE MOBILE
GERIATRIQUE ET DU SECTEUR DE
POST-URGENCE GERIATRIQUE
DU CHU DE LIMOGES**

1 FONCTIONNEMENT DE L'UMG ET DU PUG

La population en Limousin vieillit et on observe un afflux important de personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences avec une proportion importante d'hospitalisations. Le CHU de Limoges a dû s'adapter aux besoins spécifiques que nécessite la prise en charge de cette population. C'est dans cette optique que ces deux unités ont été mises en place. Ainsi, depuis Janvier 2005, la plupart des personnes âgées sont prises en charge en gériatrie dès leur arrivée aux urgences.

Compte tenu de l'existence d'une base de données informatiques (URQUAL) concernant l'activité du secteur de PUG depuis le 1^{er} Mars 2005, nous avons choisi de débiter ce travail à partir de cette période.

1.1 Présentation du Département de Gériatrie Clinique

La Gériatrie Clinique comporte :

- 8 lits de Post- Urgence Gériatrique
- 12 lits de Médecine Interne Gériatrique
- un plateau ambulatoire (Hospitalisation de Jour [HDJ], consultation et UMG)
- 115 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) répartis sur deux sites, l'hôpital J.Rebeyrol et l'hôpital Dr Chastaingt.
- 517 lits de Long Séjour

1.2 L'unité mobile gériatrique (UMG)

L'UMG a débuté son activité le 3 Janvier 2005.

1.2.1 Composition

Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire. Elle peut être contactée du lundi au vendredi de 9h00 à 18h30. Elle comprend :

- 1 Professeur universitaire praticien hospitalier (PU PH) responsable de secteur
- 1 médecin gériatre à temps plein (un PH à 80 % compensé par un praticien attaché)
- 1 cadre de santé à mi-temps

- 2 infirmières diplômées d'état (IDE) à temps plein (3 postes budgétés)
- 1 assistante sociale à mi-temps
- 1 neuropsychologue à mi-temps
- 1 secrétaire médicale à temps plein

Les rôles propres de chacun des acteurs sont les suivants :

➤ Le médecin gériatre

- Le médecin gériatre doit être diplômé et titulaire soit de la capacité de gériatrie, soit d'un DESC (Diplôme d'études spécialisées complémentaires) de gériatrie.

- Son rôle est d'examiner tout patient âgé de plus de 75 ans admis aux urgences ou à la demande des autres services du CHU. Il donne un avis de spécialiste dans le projet de soin médical ou de réadaptation. Il établit avec les infirmières et l'assistante sociale un projet d'orientation au sein de l'établissement ou lors du retour à domicile.

- Une transmission des informations par écrit et/ou par téléphone est réalisée pour assurer un relais efficace avec les équipes qui prennent en charge les patients. Depuis Juin 2005, ces données médicales sont informatisées seulement pour les patients évalués aux urgences.

- Il a un rôle de formation des soignants de l'UMG.

➤ Les infirmières

Elles renforcent l'action du médecin à différents niveaux :

- au niveau des soins de part leur formation en gériatrie (anciennes infirmières du secteur gériatrique depuis au moins trois ans, titulaires éventuellement d'un diplôme de gériatrie) ; l'infirmière participe à l'évaluation des patients avec le souci d'insister sur les éléments de fragilité de ces patients ; elle propose une attitude préventive systématique aux infirmières des différents secteurs d'hospitalisation.

- elles ont une place importante dans la relation avec les familles en les informant sur l'orientation des patients et le projet de soin.

- elles ont un rôle important de formation des soignants des différents services du CHU.

➤ Le cadre de santé

- coordonne l'action des infirmières.

- assure une mission transversale d'information et de formation dans les autres services.

- Afin d'optimiser et d'adapter en permanence l'activité de l'UMG aux disponibilités de lits dans le CHU, il coordonne l'information des différents membres de l'UMG en relation avec la gestion des lits du Département de Gériatrie Clinique.

➤ L'assistante sociale

- s'entretient avec les patients, leur entourage, les institutions et/ou le médecin traitant afin d'évaluer les conditions de vie (besoins réels) et d'effectuer ainsi un bilan social approfondi.

- confronte l'évaluation sociale qu'elle a pu réaliser avec l'évaluation effectuée par les autres membres de l'UMG.

- Un projet de vie social est mis en place. Une présentation des modalités de solutions et d'orientations possibles est alors faite à la personne âgée et à la famille. Rechercher leur adhésion au projet proposé doit rester une priorité. Chaque fois que cela semble adapté, le maintien à domicile doit être favorisé avec majoration ou mise en place rapide d'aides à domicile.

➤ La secrétaire médicale

- Elle rédige l'ensemble des courriers de façon immédiate lorsque les patients vus par l'UMG sortent à domicile. Elle vérifie le bon acheminement de cette information au médecin traitant éventuellement par un contact téléphonique ou par fax.

- A la demande des infirmières, elle participe à la programmation des consultations gériatriques après le retour à domicile.

- Dans un souci d'évaluation de qualité, la secrétaire aura prochainement un rôle déterminant dans l'enregistrement de l'ensemble des données et des courriers dans un programme informatique.

➤ La neuropsychologue

Elle a un rôle essentiel dans les situations de crise psycho-sociale à domicile qui aboutit à une hospitalisation aux urgences. L'exemple fréquemment rencontré est celui de familles épuisées qui ne peuvent plus gérer la dépendance de la personne âgée. Dès les urgences, un soutien psychologique immédiat de ces familles est important pour favoriser le retour à domicile en attendant une structure plus adaptée. Ce soutien psychologique est également indispensable lors de pathologies palliatives terminales ou de pathologies neuro-dégénératives au stade terminal.

1.2.2 Missions

Les missions de l' UMG sont les suivantes :

➤ **Evaluation gériatrique précoce, médico-psycho-sociale** (annexes : formulaire d'une évaluation gériatrique type)

Le rôle de l'UMG est d'évaluer toute personne âgée de plus de 75 ans admise aux urgences aux heures ouvrables et dans les autres services du CHU sur demande des médecins de ces secteurs.

Elle réalise une évaluation gériatrique standardisée, globale, médico-psycho-sociale qui comporte :

- un recueil de données infirmières comportant plusieurs items : handicap sensoriel, troubles de l'équilibre et de la marche, risque de chute, hydratation, alimentation, état cutané, continence, communication /relation et contact avec la famille.

- une fiche sociale comportant les items : situation familiale, protection juridique, personnes à prévenir, descriptif de l'habitat, aides à domicile, devenir souhaité du patient et rencontre avec la famille.

- une fiche médicale comportant les antécédents, le traitement à domicile, le motif d'hospitalisation, l'examen clinique, le projet thérapeutique et les orientations souhaitées.

Cette évaluation doit être précoce car le pronostic vital et/ou fonctionnel est conditionné par le délai de prise en charge.

➤ **Adaptation de l'orientation**

Grâce à cette évaluation pluridisciplinaire, un projet de soins médical ou de réadaptation est réalisé. En collaboration avec le médecin, les infirmières coordonnent la prise en charge proposée. Ainsi les patients âgés sont orientés vers le domicile ou vers le service le plus adapté à leur pathologie.

Dans la filière gériatrique intra-hospitalière, il s'agit principalement du PUG ou de la Médecine Interne Gériatrique. Les pathologies relevant d'un très court séjour sont plutôt prises en charge dans le secteur de PUG. A titre d'exemple, il s'agit de chutes avec rhabdomyolyse, d'un accident ischémique transitoire (AIT) ou d'une pneumopathie infectieuse de sévérité moyenne relèvent plutôt du PUG. Les patients hospitalisés pour bilan d'altération de l'état général sont plutôt orientés en Médecine Interne Gériatrique. Une demande de SSR est réalisée très rapidement si le patient âgé nécessite une reprise d'autonomie.

Si l'hospitalisation ne s'avère pas nécessaire et que l'état du patient le permet, il retourne à domicile. Eventuellement, la poursuite d'examen complémentaires peut se faire en HDJ, par exemple une évaluation cognitive et gériatrique plus approfondie. Le patient âgé peut également bénéficier d'une prise en charge en HDJ de Réadaptation pour favoriser l'autonomie et le maintien à domicile, d'une consultation gériatrique de suivi ou d'une consultation médico-sociale.

➤ **Suivi des patients**

L'UMG programme un suivi des patients âgés hospitalisés dans les différents services du CHU, dans un but de prévention et de prise en charge optimale.

Cependant, la prise en charge médicale du patient âgé reste sous la responsabilité du service dans lequel il est hospitalisé.

➤ **Coordination avec les professionnels de santé et éducation**

- L'UMG a un rôle pédagogique dans tous les services accueillant des personnes âgées. Elle participe à la formation des équipes soignantes en leur donnant des conseils et en les informant sur la prise en charge spécifique du patient âgé. Des recommandations sont faites notamment en matière de prévention des complications telles que le « post-fall syndrome », la dénutrition, les escarres, les chutes et les troubles psychocomportementaux. Ce rôle est essentiellement conféré aux infirmières. Le cadre de santé supervise leurs tâches de coordination et de formation. De plus, la collaboration de l'UMG avec l'ensemble des soignants du CHU assure une transversalité de la prise en charge gériatrique pour une meilleure qualité des soins.

- L'UMG joue un rôle de référent auprès des médecins de ville et des professionnels de santé. Dans ce but, une régulation téléphonique a été mise en place afin d'éviter des hospitalisations inutiles aux urgences. Un numéro spécifiquement dédié aux médecins libéraux essentiellement généralistes qui souhaitent hospitaliser une personne âgée est proposé. La secrétaire assure un accueil téléphonique et oriente les appels vers un médecin gériatre en fonction d'un protocole bien défini (appel social pur, appel médical, appel urgent ou non urgent). Le médecin peut proposer un avis gériatrique, une hospitalisation, un bilan à visée diagnostique en HDJ ou une consultation. L'UMG est donc en relation étroite avec l'ensemble de la filière gérontologique.

- L'assistante sociale réévalue à distance les aides mises en place lors du passage en milieu hospitalier. Pour cela, elle collabore étroitement avec des partenaires extérieurs, les Centres Locaux d'Information et de Collaboration gérontologique (CLIC), la coordination gérontologique et les médecins libéraux. Ce travail en partenariat permet de prévenir les situations de crise à venir. Il permet d'éviter des réhospitalisations inadaptées voire préjudiciables qui auraient pour cause une évolution ou une intensification des besoins au domicile. Si le maintien à domicile se révèle difficile, l'assistante sociale propose à la personne âgée et /ou à son entourage une orientation vers des structures d'hébergement adaptées.

1.3 Le secteur de post-urgence gériatrique (PUG)

Il s'agit d'une unité de 8 lits (6 chambres seules et 1 chambre double) mitoyenne d'une unité de 12 lits de Médecine Interne Gériatrique (ce dernier secteur comprenant auparavant 20 lits auxquels ont été retirés les 8 lits de PUG). Son activité a démarré début Janvier 2005 en même temps que l'UMG.

1.3.1 Composition

- 1 médecin gériatre responsable de l'unité à temps plein
- 1 interne
- 1 secrétaire à temps plein

Les moyens de l'équipe soignante sont mutualisés avec le service de Médecine Interne Gériatrique :

- 1 cadre de santé à mi-temps
- 13 IDE à temps plein (11 de jour-2 de nuit)
- 11 aides soignantes à temps plein (9 de jour-2 de nuit)
- 3 ASH (dont 1 affecté au brancardage)
- 1 kinésithérapeute à mi-temps

1.3.2 Missions

Elles se recoupent avec celles de l'UMG et sont complémentaires.

➤ **Cette unité prend en charge des patients âgés de plus de 75 ans provenant essentiellement des urgences.**

C'est une unité d'hospitalisation de très courte durée, qui accueille les patients âgés polypathologiques qui ne nécessitent pas un service spécialiste d'organes. Il s'agit le plus souvent de patients peu dépendants et en perte d'autonomie modérée. Ils présentent une pathologie infectieuse ou cardiaque ou bien sont hospitalisés pour une chute avec un syndrome post-chute. Ces patients ont très souvent des troubles cognitifs, soit de façon isolée soit intriqués avec d'autres pathologies.

➤ **Après l'évaluation initiale de l'UMG, l'objectif du PUG est de réaliser en quelques jours un bilan clinique et paraclinique** (annexes : formulaire d'évaluation gériatrique type) afin d'identifier les pathologies spécifiques du patient âgé. Parmi celles-ci, il faut de principe rechercher des troubles cognitifs (en premier lieu la maladie d'Alzheimer), une dénutrition, des troubles locomoteurs, une hypotension orthostatique et des troubles hydro-électrolytiques (tout particulièrement une insuffisance rénale et les signes de déshydratation).

La iatrogénie ayant des conséquences délétères chez le sujet âgé (chute, confusion...), une réévaluation critique du traitement antérieur est faite de façon systématique en portant une attention particulière sur les traitements psychotropes.

Toutes les explorations nécessaires (imagerie, consultations spécialisées) sont très rapidement réalisées grâce au plateau technique sur place et à la proximité des autres services de spécialités. Les bilans de troubles cognitifs ou d'AIT par exemple, sont programmés en HDJ.

➤ **Préparer efficacement la sortie dès l'entrée dans le service**

L'évaluation de l'état de santé du patient âgé est pluriquotidienne. Lors d'une réunion commune aux deux équipes UMG-PUG, le cas de chaque patient est discuté, sur le plan médical et social, de façon à prévoir leur devenir dans les meilleures conditions.

L'assistante sociale par son évaluation psycho-sociale réalisée aux urgences et en fonction de l'évaluation médicale et après entretien avec la famille, organise le retour à domicile. Elle prend contact avec divers organismes et intervenants libéraux (portage de repas, IDE libérales, amélioration ou réaménagement de l'habitat...) tout en recherchant des solutions de financement (APA, aides financières de caisse de retraite). Elle anticipe aussi sur les limites et l'échec possible du maintien à domicile. Des demandes d'institutionnalisation sont alors réalisées si besoin.

➤ **Cibler les personnes âgées fragiles et proposer une orientation et un suivi adapté dans la filière de gériatrie.**

Le PUG cible les personnes âgées en perte d'autonomie, notamment sur le plan cognitif ou locomoteur car elles sont à risque de réhospitalisation. A la sortie du PUG, sont

proposés un bilan complémentaire ou un suivi. Les patients sont alors revus en consultation de suivi, en HDJ Diagnostique ou de Réadaptation. Si une réadaptation est indispensable avant le retour sur le lieu de vie habituel, le patient est transféré dans une unité de SSR.

Le PUG a ainsi un rôle de prévention sur le plan médical et social.

2 Bilan de l'activité de l'UMG pendant 6 mois

De Mars à Août 2005, 3849 patients âgés de plus de 75 ans ont été admis au service des urgences. 26,4 % sont revenus au domicile et 73,6 % ont été hospitalisés.

L'UMG a évalué 20 % des 3849 patients.

L'UMG a réalisé 816 interventions aux urgences et dans les services de spécialités, soit une moyenne de 7 patients évalués par jour.

Les résultats suivants n'ont pas été extraits de données informatisées mais ont été obtenus à partir de données écrites.

2.1 Activité aux urgences

2.1.1 Patients

Au total, l'UMG a examiné 628 patients aux urgences au cours de la période, dont 12 ont bénéficié de 2 consultations. L'UMG a donc réalisé 640 interventions.

2.1.2 Orientation des patients

Après avoir été évalués par l'UMG,

- 17,6 % des patients sont revenus à domicile
- 82,4 % ont été hospitalisés :
 - 49 % au PUG
 - 12,6 % dans les autres services du CHU
 - 7,8 % en Médecine Interne Gériatrique
 - 7,2 % à l'hospitalisation des urgences
 - 5,8 % dans les hôpitaux périphériques

2.2 Activité dans les services de spécialités médicales et chirurgicales

2.2.1 Patients

L'UMG a évalué 143 patients dans les services dont 33 ont bénéficié de 2 consultations soit une activité totale de 176 interventions.

Les services de chirurgie représentent 57,7 % des demandes de services de spécialités dont les principaux sont :

- Chirurgie digestive = 22,75 %
- Chirurgie orthopédique = 16,7 %
- ORL = 7,4 %
- Urologie = 6,35 %

Les services de médecine représentent 42,3 % des demandes de services de spécialités dont les principaux sont :

- Polyclinique = 7,4 %
- Oncologie = 6,35 %
- Cardiologie = 5,8 %
- Rhumatologie = 4,75 %

Les patients revus une deuxième fois par l'UMG l'ont été essentiellement dans les services de chirurgie (85,7 %). Les motifs les plus fréquents étaient des demandes de SSR, des réorientations en Médecine Interne Gériatrique, au PUG ou un retour à domicile avec HDJ programmée. Dans une moindre proportion, l'UMG a également réalisé des courriers et des ordonnances de sortie.

2.2.2 Orientation des patients

Après avoir été évalués par l'UMG,

- 81 % sont restés dans les services en question : les dossiers n'étant pas informatisés, il n'a pas été possible de connaître le devenir de ces patients.
- 6,9 % ont été transférés en Médecine Interne Gériatrique
- 12,1 % sont repartis au domicile

L'UMG est à l'origine de :

- 101 demandes de SSR dans la filière de soins gériatriques du CHU
- 29 demandes de SSR dans d'autres hôpitaux
- 24 demandes d'HDJ, d'orientation en EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), en pôle de psycho-gériatrie

2.3 Profil des patients vus par l'UMG aux urgences et dans les services

2.3.1 Sexe

Les femmes représentent 65 % et les hommes 35 % des patients examinés.

2.3.2 Moyenne d'âge

Les patients évalués par l'UMG ont en moyenne 84,95 +/- 6,33 ans avec des extrêmes de 64 et 104 ans.

2.3.3 Pathologies principales

Les motifs d'hospitalisation principaux sont représentés par :

- 24,4 % de pathologies cardio-vasculaires et troubles hémodynamiques
- 15,8 % de chutes
- 11,7 % de pathologies infectieuses
- 9,8 % d'AIT ou d'accidents vasculaires cérébraux (AVC)
- 8,4 % de troubles de comportement
- 7,9 % d'altération de l'état général
- 4,5 % de pathologies digestives
- 4,5 % de pathologies rhumatologiques et douleurs
- 2,3 % de déshydratation
- 1,7 % de « placement » et problème social
- 0,8 % de soins palliatifs

2.4 Activité de régulation téléphonique

Une régulation gériatrique téléphonique est mise à disposition des médecins généralistes ou spécialistes désirant hospitaliser une personne âgée de plus de 75 ans. L'appel est pris par le secrétariat et l'orientation de la personne âgée est réalisée par un médecin gériatre.

Au cours de la période, 55 régulations téléphoniques ont été effectuées par l'UMG. Les appels proviennent :

- de médecins généralistes (64,8 %) pour des patients vivant au domicile ou en maison de retraite. Les orientations sont essentiellement une hospitalisation programmée en Médecine Interne Gériatrique ou en HDJ, mais également en psycho-gériatrie, dans les hôpitaux périphériques et en lit d'EHPAD à Chastaingt. Des problèmes de maintien à domicile ont également été résolus.

- des services de spécialités du CHU (29,7 %). Les orientations sont une admission en Médecine Interne Gériatrique ou un transfert dans un hôpital périphérique.

- dans une proportion moindre, les appels proviennent également de médecins de clinique ou d'hôpitaux périphériques.

3 Bilan de l'activité du PUG pendant 6 mois

Les résultats suivants ont été extraits d'une base de données informatiques URQUAL, et concernent la période du 1^{er} Mars au 31 Août 2005.

3.1 Séjours

3.1.1 Nombre de patients (diagramme 1)

397 patients ont été hospitalisés dans le service avec une moyenne de 66 entrées mensuelles.

3.1.2 Répartition journalière et horaire des entrées (diagrammes 2, 3 et 4)

En moyenne, il y a 2,7 entrées par jour en semaine et 1,4 le week-end.

- 4,2 % des admissions ont lieu le matin (6H-13 H)

- 87,4 % des admissions ont lieu l'après midi (essentiellement entre 15 et 17 H) et le soir

- 4,2 % des admissions ont lieu la nuit (21 H-6H)

3.1.3 Provenance des patients (diagrammes 5 et 6)

80 % proviennent des urgences médicales et 4,2 % des urgences chirurgicales.

Les patients admis aux urgences sont adressés :

- en majorité par les médecins traitants à 75 %
- par le centre 15 à 19,7 %
- par les pompiers à 2,6 %
- par le SAMU à 1,3 %
- par la famille à 1,3 %

10,6 % proviennent d'unités d'hospitalisation de courte durée, essentiellement de chirurgie.

3.1.4 Orientation (diagramme 7)

Après avoir été hospitalisés au PUG,

- 53,7 % des patients regagnent leur domicile
- 15,7 % sont orientés vers un service de Médecine du CHU (dont 12,9 % en Médecine Interne Gériatrique)
- 15,2 % sont transférés en SSR du CHU
- 11,1 % sont transférés dans les services des CH périphériques
- 3,8 % sont décédés
- 0,5 % sont orientés vers un service de Chirurgie du CHU

3.1.5 Durée moyenne de séjour (diagrammes 8 et 9)

La durée moyenne de séjour (DMS) est de 3,74 jours.

78,6 % des patients sont restés hospitalisés moins de 5 jours.

	patients	pourcentage
DMS 5 j maximum	312	78,6 %
DMS > 5 j	85	21,5 %

3.2 Patients

3.2.1 Age (diagrammes 10 et 11)

La moyenne d'âge des patients hospitalisés est de 86,1 +/- 6,3 ans avec des extrêmes de 69 et 102 ans. La tranche d'âge majoritaire est celle des 85 à 90 ans qui représentent 28 % des patients.

3.2.2 Sexe (figure 11 bis)

Les femmes sont majoritaires. Elles représentent 66 % des patients hospitalisés. Les hommes représentent 34 %.

3.2.3 Origine géographique (diagramme 12)

La grande majorité des patients proviennent de la région Limousin pour 95,2 % des hospitalisés et plus particulièrement de la Haute-Vienne avec 92,1 %.

Les Limougeaux représentent 42,6 %. Dans les départements limitrophes, 2,3 % des hospitalisés proviennent de la Dordogne.

3.2.4 Lieux de vie (diagramme 13)

- 77,4 % viennent de leur domicile
- 20,2 % viennent de maisons de retraite et foyers logement
- 1,2 % viennent du domicile de leur famille

Les chiffres ont été calculés sur la base de 84 patients.

3.2.5 Situation matrimoniale (diagramme 14)

- 61,9 % sont veufs
- 33,3 % sont mariés
- 2,4 % sont divorcés

Ce critère n'étant pas obligatoire dans le recueil des données infirmières, les résultats ne concernent que 42 patients pour lesquels nous connaissons la situation matrimoniale.

3.3 Pathologies principales

Les diagnostics principaux retenus sont :

- pathologies cardio-vasculaires et troubles hémodynamiques = 51,6 %
- pathologies infectieuses (essentiellement infections respiratoires et urinaires)
= 17,5 %
- AVC et AIT = 11,8 %
- chutes = 10,5 %

3.3 Pathologies principales

Les diagnostics principaux retenus sont :

- pathologies cardio-vasculaires et troubles hémodynamiques = 51,6 %
- pathologies infectieuses (essentiellement infections respiratoires et urinaires)
= 17,5 %
- AVC et AIT = 11,8 %
- chutes = 10,5 %
- troubles du comportement (dont démence) = 5,4 %
- appareil locomoteur = 4,4 %
- soins palliatifs = 1,8 %

96,6 % des patients sont polypathologiques, avec en moyenne 4,5 pathologies par patient. 45 % ont au moins 5 pathologies associées.

3.4 Orientation des personnes âgées de plus de 75 ans à partir des urgences

3.4.1 Retours à domicile

De Mars à Août 2005, 26,15 % des patients âgés pris en charge aux urgences sont revenus directement à domicile sans être hospitalisés versus 26,5 % de Mars à Août 2004.

3.4.2 Répartition des patients âgés dans les principaux services de médecine

Le tableau suivant montre l'orientation des patients âgés après décision d'hospitalisation par les urgences en 2005 depuis l'intervention de l'UMG versus 2004.

	Mars à Août 2004	Mars à Août 2005	% de baisse
Hospitalisation des Urgences	7,85 %	5,77 %	37 %
Polyclinique	15,1 %	10,55 %	30 %
Cardiologie	11,37 %	8,72 %	33 %
PUG		11,12 %	

Tableau 7 : comparaison 2004 /2005 de l'orientation des patients âgés depuis les urgences

DISCUSSION

L'objectif de ce travail est de décrire l'activité et le fonctionnement durant 6 mois de nouvelles unités de court séjour gériatrique ouvertes depuis le 10 Janvier 2005 au CHU de Limoges. L'originalité de cette nouvelle organisation de la filière gériatrique repose sur le fonctionnement conjoint et en étroite relation de l'UMG avec le secteur du PUG. Nous supposons que cette association est à l'origine d'une plus grande efficacité dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés polypathologiques au sein de la filière gériatrique. Ces deux structures existent seulement dans deux autres CHU de France (Toulouse et Lyon) mais leur mode de fonctionnement est différent.

✓Le fonctionnement de l'UMG au CHU de Limoges correspond à celui établi par la circulaire du 18 Mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques [4]. Cette circulaire préconise la mise en place d'une UMG, équipe pluridisciplinaire spécialisée dans tous les CHU. Elle intervient aux urgences et à la demande de l'ensemble des services spécialisés de l'hôpital pour donner un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée. L'UMG de Grenoble créée en 1997 a servi de modèle aux recommandations de cette circulaire. Les UMG sont de plus en plus nombreuses dans les CHU de France, la liste faite n'est pas exhaustive (voir généralités) et leurs modes de fonctionnement sont différents. COUTURIER [7] clarifie le concept d'UMG (définition, mode de fonctionnement) puis dresse un état des lieux et décrit plusieurs expériences. Il propose des modèles de fonctionnement possibles et aborde l'évaluation de l'impact de ces UMG.

✓Ces structures correspondent à un besoin démographique au niveau national. En effet, en raison du vieillissement de la population, tous les hôpitaux et CHU de France sont confrontés à un nombre grandissant de personnes âgées hospitalisées aux urgences. En 1999, les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient 7,7 % de la population et d'après les prévisions, en 2020 elles constitueront près de 10 % de la population. Le vieillissement de la population est encore plus important en Limousin. En effet la région comprend la plus forte proportion de personnes âgées de France et d'Europe et sa population préfigure ce que sera la France dans 20 ans. En effet, les plus de 75 ans représentaient déjà 11,8 % de la population en 1999 et atteindront 17,6 % en 2030 [10]. C'est pourquoi le CHU de Limoges a créé le binôme UMG-PUG.

Ces structures ont été créées à partir des réflexions suivantes:

- l'afflux grandissant de personnes âgées aux urgences. Près de 20 % des patients admis aux urgences ont plus de 75 ans en Limousin.
- la présence de personnes âgées polypathologiques dans les services de spécialités non gériatriques est source de retard et de prise en charge inadaptée des patients âgés. Elle est de plus à l'origine de difficultés organisationnelles de ces services de spécialités notamment de chirurgie (les lits y sont souvent réquisitionnés par manque de place notamment le week-end).

Dans un souci d'efficacité, ces deux unités ont été localisées sur le site du CHU à proximité du service des urgences et du plateau technique. Le transfert de la Médecine Interne Gériatrique sur le même site était indispensable alors qu'elle était auparavant sur un site différent du CHU (Hôpital J. Rebeyrol), plus éloigné du plateau technique. La proximité des services médico-techniques permet d'obtenir plus rapidement des examens complémentaires et des avis spécialisés. Par exemple, à l'hôpital J. Rebeyrol, le délai d'obtention d'un scanner et d'une échographie étaient respectivement de 5 à 7 jours et 2 à 5 jours. Actuellement, l'attente a pu être réduite à 1 ou 2 jours.

Actuellement, ces trois unités, le PUG, la Médecine Interne Gériatrique et l'UMG se trouvent au 2^e étage du CHU. Cette proximité des trois unités favorise une relation continue, permanente et quotidienne à l'origine d'une réactivité instantanée. Le nombre de lits de PUG (8 au total dont 6 chambres à 1 lit et 1 chambre à 2 lits) est encore faible. Nous avons créé une majorité de chambres à 1 lit afin de limiter la contrainte liée au sexe des patients.

- ***Quels sont les apports de l' UMG au niveau des urgences et des services de spécialités ?***

✓ La collaboration de l'UMG avec les équipes médicales et paramédicales des urgences a permis une complémentarité urgentistes/gériatres et a certainement contribué à l'amélioration de l'accueil et à la prise en charge des personnes âgées.

Avec le vieillissement de la population en Haute -Vienne, nous observons une augmentation des admissions aux urgences de personnes âgées (3849 de Mars à Août 2005 versus 3696 de Mars à Août 2004) avec pour conséquence, une hospitalisation dans 73,6 %

des cas. Cette sur-représentativité des personnes âgées dans les services d'urgences a été souligné par plusieurs pays [1, 16, 19, 30, 31, 33]. Les urgentistes sont donc confrontés à une situation nouvelle, celle de malades très âgés, polypathologiques, dépendants et isolés. Leur formation de médecine générale et à fortiori d'urgentiste ne les a pas préparés à faire face à ces situations et cela peut poser des problèmes d'organisation.

L'UMG a évalué une grande partie des personnes âgées de plus de 75 ans et polypathologiques aux urgences. Elle a réalisé 640 interventions au cours de la période étudiée. L'activité aux urgences représente 73,5 % de l'activité totale de l'UMG. Les personnes âgées sont d'abord examinées par le médecin des urgences puis, s'il ne s'agit pas d'un problème médical aigu mettant en jeu le pronostic vital immédiat, les patients sont très vite orientés vers l'UMG. Celle-ci réalise une intervention telle qu'elle est recommandée par la 10^e conférence de consensus du 5 décembre 2003 relative à la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences [6]. Le gériatre établit le diagnostic de fragilité, la décision d'hospitalisation et l'orientation dans la filière gériatrique. Cette intervention doit être précoce car la prise en charge de la personne âgée dans les premières 24 heures et leur orientation dans une filière hospitalière, adaptée ou inadaptée, conditionne le pronostic vital et/ou fonctionnel. Les expériences étrangères valident le concept d'une telle évaluation gériatrique standardisée comme l'un des moyens permettant d'appréhender la polypathologie des personnes âgées fragiles. Elle se généralise dans la pratique des gériatres et est reconnue efficace en termes de résultats de santé pour le sujet âgé. On observe ainsi une diminution de la mortalité, de la morbidité [2, 23, 27, 32] et de l'institutionnalisation et donc du coût de la santé à moyen et long terme [23].

✓ Ce travail montre que l'orientation des patients âgés dans la filière gériatrique hospitalière ou extra-hospitalière est sans doute meilleure et plus adaptée depuis la mise en place de l'UMG et du PUG. A titre d'exemple, le pourcentage de retour à domicile des patients âgés en 2004 est sensiblement le même qu'en 2005 (26,5 %) depuis la mise en place de l'UMG. Mais la différence est aussi d'ordre qualitatif dans la mesure où l'expertise de l'UMG permet d'identifier d'emblée les problèmes sociaux et les comorbidités qui sont autant de facteurs de risque de rupture d'autonomie. L'identification de ces facteurs sociaux et médicaux est très importante car ce sont des facteurs de risque de réhospitalisation [1, 22]. Le patient regagne le domicile avec une consultation ou une hospitalisation de jour programmée dans les plus brefs délais, afin d'explorer les comorbidités. Nous pouvons supposer que l'expertise du gériatre diminue ainsi le taux de réhospitalisations. Une étude sur l'UMG du

CHU de Brest a montré que 50 % des hospitalisations pouvaient être évitées grâce à un accueil gérontologique aux urgences. De plus, le devenir à un an des 100 premiers patients revenus à domicile après leur évaluation a montré que 11 % ont été réhospitalisés, pour des motifs différents de leur première admission aux urgences [15]. D'autres études ont démontré l'intérêt préventif d'une intervention gériatrique aux urgences [17, 20, 24].

✓De Mars à Août 2005, l'UMG a réalisé 176 interventions dans les services de spécialités non gériatriques du CHU. Les services de chirurgie représentent 57,7 % des services demandeurs d'un avis gériatrique auprès de l'UMG. Ce phénomène est également retrouvé à Orléans et à Grenoble où les services de chirurgie les plus demandeurs de l'UMG sont la chirurgie digestive et l'orthopédie [8, 13]. L'ensemble du personnel soignant de ces services est dérouté par le grand âge et par la polypathologie. Le profil des patients vus par l'UMG dans ces services y compris aux urgences a été reconstitué grâce à des données écrites. La moyenne d'âge est de 84,95 +/- 6,33 ans [64-104]. Les femmes représentent 65 % et les hommes 35 % des patients évalués. Ces résultats sont comparables aux données de la littérature en France [13, 15, 17, 24]. Les motifs d'hospitalisation sont identiques à ceux des urgences dans leur proportion avec une prédominance des pathologies cardio-vasculaires (24,4 %) comme dans la plupart des études. Au niveau de l'orientation, nous constatons que 81 % des patients sont restés dans les services de spécialités mais nous ne connaissons pas leur orientation par la suite. Cependant l'activité d'évaluation et de conseil de l'UMG a anticipé et préparé l'orientation de ces patients. Ainsi, 6,9 % ont été transférés en Médecine Interne Gériatrique, 101 demandes de SSR au CHU de Limoges ont été faites pour l'ensemble des patients vus dans les services et aux urgences. Des bilans en HDJ ou des consultations gériatriques ont été programmés et 12,1 % des patients sont retournés à domicile.

✓Finalement, nous pouvons supposer que cette nouvelle organisation a permis de réduire le nombre de patients âgés en inadéquation avec le service de spécialité dans lequel ils sont admis, de limiter l'engorgement des urgences en réduisant la course aux lits vacants et d'éviter les trajectoires aberrantes par une orientation rapide en filière gériatrique. Ces hypothèses restent à être confirmées par des études statistiques bien menées.

- *Quels sont les apports du PUG ?*

✓ Cette unité devient le premier service d'orientation des personnes âgées à partir des urgences avant la Polyclinique et le service de Cardiologie. Parmi la totalité des personnes âgées restées hospitalisées après leur passage aux urgences, 11,12 % sont admis au PUG. Par rapport à 2004, la proportion de personnes âgées hospitalisées à partir des urgences dans les services post-porte non gériatriques a diminué : de 37 % dans le secteur Hospitalisation des urgences, de 30 % en Polyclinique. Nous observons également une diminution de 33 % en Cardiologie, qui est le principal service de Médecine recevant des patients âgés en 2004. Mais cette diminution n'est pas significative. Il est possible que la création de 8 lits de PUG ait permis de désengorger ces services car quand des lits sont ouverts dans un hôpital, même s'ils ne sont pas spécifiques, ils déchargent forcément les autres services.

En ce qui concerne le profil des patients hospitalisés, les résultats sont comparables à ceux de Toulouse de Juillet à Février 2005 [21]. Ce sont majoritairement des femmes, veuves le plus souvent, âgées en moyenne de 86,1 +/- 6,3 ans et originaires du département où se situe le PUG (la Haute-Vienne).

En ce qui concerne les diagnostics retenus, ils sont comparables avec ceux du PUG de Toulouse dans des proportions un peu variables. Ces pathologies sont essentiellement par ordre décroissant les pathologies cardio-vasculaires, les AVC, les pathologies infectieuses et les chutes. Ils concordent avec les motifs d'hospitalisation des patients vus aux urgences par l'UMG. 96 % de ces patients sont polypathologiques avec en moyenne 4,5 pathologies par patient, ce qui est comparable avec la population observée par l'UMG du CHU de Brest [15].

✓ Le PUG a permis d'apporter une prise en charge spécifiquement gériatrique dans un délai très court. En effet, le risque de toute hospitalisation (à l'origine du typique syndrome gériatrique d'immobilisation) est l'apparition d'une perte d'autonomie et donc d'institutionnalisation. Il est donc nécessaire que la prise en charge du malade soit la plus courte possible avec anticipation de toute décompensation. A sa création, le PUG avait pour objectif une DMS inférieure à 5 jours. La DMS moyenne de Mars à Août 2005 est de 3,74 jours. Ce résultat est satisfaisant et inférieur à celui du PUG de Toulouse dont la DMS est de 8,2 jours durant les 8 premiers mois de fonctionnement [21]. Mais son articulation avec l'UMG est différente puisqu'à Toulouse, l'UMG est également orientée vers la filière extra-

hospitalière. A l'origine de cette DMS très courte, on peut avancer plusieurs raisons intriquées :

- la collaboration très étroite avec l'UMG qui identifie le meilleur « profil » de patients susceptibles de bénéficier d'une prise en charge très courte en PUG.
- la proximité du plateau technique qui permet d'obtenir les examens complémentaires dans des délais courts.
- le dynamisme apporté par l'assistante sociale dans la mise en place rapide dès l'admission aux urgences d'aides à domicile, notamment lorsqu'il s'agit de patient isolé au niveau familial ou seul, ce qui est plus souvent le cas.
- le relais de cette hospitalisation par une éventuelle HDJ pour compléter la prise en charge d'une problématique non urgente (explorations de troubles cognitifs, de causes de chutes ou de malaises sans perte de connaissance) ou par une consultation de suivi.
- la possibilité de transférer en SSR dans des délais rapides (en moyenne 3,83 jours de Mars à Août 2005).

Ce nouveau fonctionnement a été également bénéfique au service de Médecine Interne Gériatrique. Une partie des patients admis dans cette unité ont été préalablement évalués par l'UMG, ce qui a probablement contribué à la diminution de sa DMS à 7,7 jours en 2005 contre 13 jours en 2004.

Après un séjour au PUG, 53,7 % des patients reviennent à domicile, ce qui est satisfaisant pour un patient de plus de 85 ans et polypathologique. 15,2 % des patients sont transférés en SSR du CHU. Ces orientations sont dans des proportions comparables avec celles du PUG de Toulouse. Seulement 6 % des patients du PUG de Toulouse sont orientés vers un court séjour versus 16,2 % à Limoges mais nous devons y inclure 12,9 % de transfert vers la Médecine Interne Gériatrique [21].

✓ Ainsi, grâce à une collaboration étroite entre le PUG et l'UMG et à une filière gériatrique efficace, il est possible de diminuer la DMS et de favoriser le retour à domicile des personnes très âgées et porteuses de polypathologies. L'expertise gériatrique anticipe les différents problèmes de santé physiques, psychologiques ou environnementaux de la personne âgée et paraît indispensable aux urgences [6, 15].

- *Quels sont les bénéfices de la régulation pré- hospitalière téléphonique ?*

L'afflux croissant des personnes âgées dans le service des urgences reflète en partie l'impuissance des médecins généralistes face à la problématique médico-sociale des personnes âgées. Un certain nombre de ces hospitalisations pourrait être évité, certaines sont contre-indiquées notamment en cas de troubles cognitifs. Ceci a incité l'UMG à développer une action en amont, de régulation téléphonique pré-hospitalière. 55 régulations ont été réalisées au cours de la période et ont permis de donner des avis gériatriques essentiellement auprès de médecins généralistes et d'orienter les patients vers le plateau ambulatoire en HDJ ou en hospitalisation programmée en Médecine Interne Gériatrique.

L'UMG de Toulouse a également mis en place un numéro de téléphone à la disposition des médecins libéraux ou hospitaliers mais également de tous les soignants et des familles afin d'obtenir un conseil sur une situation pathologique ou de crise [17].

- *Quel est l'apport de ces structures au niveau des équipes ?*

Le premier effet positif de cette réorganisation gérontologique est de favoriser la collaboration de l'équipe gériatrique avec d'autres services de spécialités. Il en résulte un enrichissement culturel des équipes gériatriques mais également de spécialités.

Les équipes gériatriques ont longtemps manqué de reconnaissance de leur travail au sein de leur institution. Leur intervention dans ces nouvelles structures sont l'occasion pour elles d'être valorisées en apportant aux autres équipes une culture gériatrique.

Egalement satisfaisante est la constatation d'avoir contribué à corriger une trajectoire aberrante de certains malades âgés, de favoriser leur retour à domicile et donc d'être acteur sur le plan économique en participant à la réduction des coûts d'hospitalisation.

Au niveau des équipes des urgences, l'intervention pluriquotidienne de l'UMG a instauré un lien de confiance qui ne peut qu'être bénéfique pour le malade âgé : celui ci change imperceptiblement de statut, du vieillard « encombrant » un lit des urgences, il devient un simple malade dont il reste à déterminer la meilleure orientation dans la filière gériatrique. Et cette orientation vécue jusqu'ici péniblement par les urgentistes devient l'affaire des gériatres. Il y a donc beaucoup moins cette tension quotidienne aux urgences qui découle de la nécessité de « dégager » les lits. Cette confiance a permis de développer une écoute favorable des urgentistes à la culture gériatrique et leur a donné un meilleur savoir faire.

Quelles sont les perspectives ?

- *Nécessité d'augmentation du nombre de lits ?*

Durant la période étudiée, 49 % des patients âgés vus aux urgences par l'UMG ont été admis au PUG et 7,2 % ont été admis en Médecine Interne Gériatrique. 6,9 % ont été orientés en Médecine Interne Gériatrique à partir des autres services hospitaliers. Par manque de lits, il y a actuellement impossibilité d'hospitaliser des patients âgés qui relèveraient probablement d'un court séjour gériatrique. Une ouverture supplémentaire de lits de PUG et de Médecine Interne Gériatrique est souhaitable. L'informatisation de l'activité de l'UMG permettra d'établir la proportion de patients relevant d'un très court séjour sur la totalité des personnes âgées vues aux urgences et dans les services de spécialités. L'étude menée sur l'UMG du CHR d'Orléans mentionne que 74,3 % des patients relevaient aux yeux du gériatre de la filière gériatrique dont 38,8 % d'un court séjour [13]. Une autre étude à Lyon souligne un faible pourcentage de patients âgés admis dans un service de gériatrie (19 %) depuis les urgences, par manque de lits [22]. Il est souhaitable d'envisager cette informatisation pour que les prévisions en matière d'expansion de lits soient faites de façon la plus rationnelle possible.

- *Mise en place d'une garde de nuit et de week-end pour l'UMG ?*

Afin notamment d'éviter des hospitalisations à caractère de « placement », nous avons réfléchi à l'utilité d'une présence minimum de l'UMG la nuit et le week-end. Seulement 4,2 % des admissions au PUG ont lieu la nuit et nous observons en moyenne 1,4 entrées par week-end contre 2,7 entrées par jour en semaine. Pour l'instant, instaurer une garde de nuit y compris le week-end semble prématuré et peu « rentable ». A titre comparatif, au CHU de Toulouse, les transferts vers le PUG se font dans 56 % des cas entre 18 h et 6 h du matin [21].

- *Développement d'une activité de l' UMG en dehors de l'hôpital ?*

✓ Conformément à la circulaire définissant leur action, la mission des UMG est strictement hospitalière. Cependant, afin de limiter l'afflux de personnes âgées aux urgences, anticiper en amont de l'hospitalisation est une évidence.

A l'heure actuelle au CHU de Limoges et dans la plupart des autres CHU en France, il existe une faiblesse de l'articulation entre les intervenants hospitaliers et ceux du domicile, les dispositifs de coordination tels que les CLIC et les réseaux de santé ou de soins gérontologiques extra-hospitaliers. Une ouverture sur la ville est donc souhaitable avec l'implantation d'un réseau gérontologique ville-hôpital dont l'UMG serait le pivot. A notre connaissance, il existe peu de publications à l'heure actuelle sur une activité extra-hospitalière. Le CHU de Grenoble a développé une activité de coordination-liaison ville-hôpital. Au cours de la première année de fonctionnement de l'UMG en 1997, les services extra-hospitaliers représentaient 13 % des demandes d'évaluation par l'UMG dont 60 % provenaient d'institutions ou dans le cadre de soins à domicile [8]. L'UMG de Toulouse intervient également depuis 2001 dans des institutions gériatriques de type EHPAD par exemple [17]. L'UMG de Nice a également développé une telle activité [17]. Des études américaines montrent que l'évaluation gériatrique au domicile a prouvé son efficacité dans le prolongement du maintien au domicile en retardant l'apparition de la perte d'autonomie par une prise en charge adaptée au degré de dépendance et de fragilité [12, 18].

✓ A Limoges, une ouverture sur la ville est actuellement à l'étude. On peut envisager de réaliser une évaluation dans le cadre de vie de la personne âgée et de prévoir une hospitalisation programmée si nécessaire en court séjour gériatrique ou orienter vers l'HDJ diagnostique et la consultation gériatrique. De plus, une réévaluation à domicile des personnes âgées les plus fragiles après leur sortie de l'hôpital, pourrait diminuer le risque de réhospitalisations. L'action de l'UMG se déplace déjà en amont grâce à une régulation téléphonique afin d'éviter les hospitalisations en urgence, évitables et souvent à caractère social. Il est nécessaire de développer une activité de liaison, de collaboration au niveau local avec les institutions et les acteurs ambulatoires (HAD [Hospitalisation à Domicile], paramédicaux libéraux, médecins généralistes) dont les objectifs de la prise en charge de la personne âgée sont communs. Mais afin de transmettre toutes les données recueillies par l'UMG à l'ensemble des professionnels de santé, il est souhaitable d'informatiser toutes les évaluations réalisées au sein d'un grand réseau gérontologique.

Dans cette perspective d'ouverture sur la filière extra-hospitalière, il sera certainement nécessaire d'augmenter les moyens humains notamment en infirmières et médecins. En effet, il faut le rappeler, cette activité médico-sociale de l'UMG est chronophage. L'examen d'un patient âgé est long, difficile, de même que les différents entretiens avec la famille. Pour expérience, l'UMG du CHR d'Orléans a dû cesser son activité fin 1999 car le rôle premier de l'UMG n'était plus compris par les services hébergeurs et l'absence de moyens spécifiques dédiés à cette activité n'a pas permis de la maintenir [13].

- *Formation en gériatrie*

Il paraît essentiel de développer l'éducation et la formation du personnel médical et paramédical à la spécificité de la prise en charge du patient âgé. En effet, la formation des personnes travaillant dans les courts séjours non gériatriques et aux urgences est insuffisante. La qualité des soins des personnes âgées s'en trouve affectée. Le personnel de l'UMG doit donc donner les bons outils, les bons conseils afin que les équipes progressent et se sensibilisent à la gériatrie. De cette formation dépend également le pronostic fonctionnel. A titre d'exemple, une personne âgée autonome mais confinée au fauteuil plus de 48 heures est à risque de perte d'autonomie. Or la solution est relativement simple à mettre en œuvre, en l'occurrence dès l'arrivée du patient, le faire marcher tous les jours.

Une enquête a été réalisée par l'UMG de Grenoble en 1997 auprès des différents services hospitaliers non gériatriques afin de connaître leurs besoins et leurs attentes. Il en ressort que la demande d'information (34 %) et de formation (21 %) en gérontologie est aussi importante que le conseil médico-social (29 %) et l'aide au placement (19 %) [8]. Aux Etats-Unis, le personnel des urgences, essentiellement les médecins, pense manquer de formation en gériatrie et se sent moins à l'aise pour soigner des personnes âgées que le reste de la population [29].

L'absence d'un minimum de culture médicale gériatrique est délétère pour le patient mais est également responsable d'une « mauvaise » utilisation de l'UMG. On voit se dessiner une dérive dans les motifs d'appel à cette unité. Les services de spécialités ont tendance à faire appel à l'UMG pour des raisons strictement sociales ou pour remplir des dossiers administratifs. D'autres fois, le gériatre a l'impression d'être le dépositaire des malades âgés que les médecins de spécialités ne veulent pas soigner. Or, les soins donnés au patient âgé relèvent du service hébergeur, l'UMG a pour rôle seulement d'établir des

recommandations. Il est donc nécessaire de redéfinir les missions de l'UMG auprès de ces services sinon elle risque d'être détournée de sa vocation première.

Mais de façon générale, la formation en gériatrie doit intervenir beaucoup plus tôt, au cours des études médicales et paramédicales, où la spécialité gériatrie est bel et bien enseignée mais insuffisamment. La formation des futurs médecins généralistes est fondamentale car les personnes âgées sont le plus souvent adressées aux urgences par leur médecin traitant, en France mais également aux Etats-Unis [1]. Il est donc une des premières cibles de l'UMG en terme de formation.

L'UMG en tant que service hospitalier gériatrique universitaire peut envisager d'organiser une formation médicale continue auprès des médecins généralistes. L'objectif étant de les informer des missions de l'UMG, de l'existence de la régulation téléphonique, de leur permettre de mieux cibler la personne âgée fragile polypathologique et de mieux utiliser les alternatives à l'hospitalisation classique. De même, la formation des infirmières libérales pourrait être réalisée par les IDE de l'UMG lors de réunions hors du CHU.

CONCLUSION

Le vieillissement de la population française et plus particulièrement celui de la région Limousin est inéluctable. La population actuelle du Limousin est le reflet de celle de la France dans 20 ans. Selon les prévisions, en 2030 les personnes âgées de plus de 75 ans représenteront 17,6 % de la population limousine. Il en résulte un afflux des personnes âgées aux urgences, principal mode d'entrée à l'hôpital de cette population. Le CHU de Limoges s'est adapté à cette situation en créant deux unités gériatriques, l'UMG et le PUG.

Notre travail décrit le fonctionnement et le bilan de l'activité des ces deux unités pendant 6 mois, du 1^{er} Mars au 31 Août 2005. Ces deux unités fonctionnent en binôme. L'UMG évalue des patients âgés de plus de 75 ans aux urgences et dans les services de spécialités. C'est une activité multidisciplinaire impliquant le médecin, l'IDE et l'assistante sociale. Elle organise l'orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique. Le PUG devient ainsi le premier service d'accueil de la personne âgée. Le profil type des personnes âgées est celui d'une femme, le plus souvent veuve, âgée en moyenne de 86 ans et cumulant plus de 4 pathologies. Les résultats de l'activité du PUG nous semblent satisfaisants car le taux de retour à domicile est important et la DMS très courte.

Quant à l'UMG, elle a probablement permis une meilleure orientation des patients âgés dans la filière gériatrique et un meilleur fonctionnement des urgences et des services de spécialités non gériatriques. Elle a apporté une culture gériatrique aux équipes soignantes et sans doute donné une meilleure image de la spécialité « Gériatrie ».

De telles structures ont des limites car elles ne peuvent pas à elles seules résoudre tous les problèmes gériatriques de l'hôpital et de la communauté. En effet, le vieillissement allant crescendo, il persistera le problème de la dépendance et du problème social. Le maintien à domicile sera de plus en plus difficile et les besoins en aides à domicile et les structures d'hébergement ne suivront peut-être pas cette évolution. Recourir à des alternatives à l'hospitalisation risque de devenir problématique. Une des solutions les plus efficaces à long terme est d'évaluer et de suivre la personne âgée dans son cadre de vie. L'UMG a dans ses projets de développer une activité extra-hospitalière. Cette action a déjà débuté avec l'instauration d'une régulation téléphonique pré-hospitalière. Celle ci guide les médecins généralistes en les orientant chaque fois que cela est possible vers une hospitalisation programmée ou une consultation.

Ce premier travail descriptif, peut être prolongé par un deuxième travail. Il conviendrait de s'intéresser à l'impact de ces deux unités sur certains indicateurs comme le taux de réhospitalisation et le degré de satisfaction des différents services du CHU.

ANNEXES

ABREVIATIONS

- **AIT** : Accident Ischémique Transitoire
- **AGGIR** : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
- **APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- **ASH** : Agent de Service Hospitalier
- **AVC** : Accident Vasculaire Cérébral
- **CH** : Centre Hospitalier
- **CHR** : Centre Hospitalier Régional
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
- **DESC** : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
- **DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- **DMS** : Durée Moyenne de Séjour
- **EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- **EMG** : Equipe Mobile Gérontologique
- **HAD** : Hospitalisation à Domicile
- **HDJ** : Hospitalisation de Jour
- **IDE** : Infirmière Diplômée d'Etat
- **INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- **ORL** : Oto-Rhino-Laryngologie
- **PHRC** : Programme Hospitalier de Recherche Clinique
- **PUG** : Post-Urgence Gériatrique
- **PU PH** : Professeur Universitaire Praticien Hospitalier
- **SAFES** : Sujet Agé Fragile Evaluation et Suivi
- **SFMU** : Société Française de Médecine d'Urgence
- **SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- **SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation
- **UHCD** : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
- **UMG** : Unité Mobile Gériatrique

Evaluation gériatrique type de l'UMG

UNITE MOBILE DE GERIATRIE

Recueil de
Données Infirmières

- Page 1/4

N° d'entrée : _____

Nom : _____

Sexe : NJF : _____

Né(e) le : _____

Intervenants : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Motif d'entrée : _____

Médecin traitant : _____

Handicap :

Prothèses dentaires :

Prothèses auditives :

Prothèses oculaires :

Autres prothèses :

Est arrivé avec :

Est arrivé avec :

Est arrivé avec :

Marche :

Se déplace seul :

Si non, préciser :

Aide technique :

Matériel :

Nombre de cannes anglaises :

Est arrivé(e) avec son matériel :

Risque de chute :

Risque de chute :

Si oui, prévention :

Antécédent(s) de chute(s) :

Equilibre :

Trouble de l'équilibre :

Hydratation :

Signe(s) de déshydratation :

Si oui, préciser :

Alimentation :

Régime :

Si oui, Le(s)quel(s) :

Appétit :

UNITE MOBILE DE GERIATRIE

Recueil de
Données Infirmières

N° d'entrée : _____
 Nom : _____
 Née le : _____ Sexe : _____ NJF : _____

- Page 2/4

<p>Etat cutané :</p> <p>Sain : _____ Rougeurs : _____ Localisations : _____ Escarres : _____ Localisations : _____ Plaies : _____ Localisations : _____ Hématomes : _____ Localisations : _____ Oedèmes : _____ Localisations : _____</p>	<p>Continence :</p> <p>Urinaire : _____ Continent : _____ Si non : Incontinence : _____ Anal : _____ Continent : _____ Si non : Incontinence : _____</p>
<p>Communication / Relation :</p> <p>Orienté : _____ Communiquer facilement : _____ Incapacité de parler : _____ Si oui, préciser : _____ Surdité : _____ Observations : _____</p>	<p>Contact avec la famille :</p> <p>Contact téléphonique : _____ Préciser : _____ Contact avec accompagnant : _____ Préciser : _____ Observations : _____</p>

UNITE MOBILE DE GERIATRIE

Fiche
Sociale

- Page 3/4

N° d'entrée :

Nom :

Né(e) le :

Sexe : NJF :

Situation familiale :

Protection juridique :

Nom et prénom du conjoint :

Mesure de protection juridique existante :

Nombre d'enfants :

Coordonnées du tuteur :

Personnes à prévenir :

N°	Nom	Téléphone	Lien de parenté	Personne Ressource
1				
2				
3				

Personne de confiance :

Descriptif de l'habitat :

- Domicile | Maison | Escalier | Propriétaire
 Etablissement | Appartement | Ascenseur | Locataire
 Famille d'accueil | Etage | Animal de compagnie

Dépendances :

Interventions	existants	précisions et commentaires	à augmenter	à prévoir	organisme	adresse	Téléphone
Aide ménagère :		nb heures :					
Auxiliaire de Vie :							
Garde Malade :							
Travailleuse Familiale :							
Portage de repas :		nb heures :					
H.A.D. :							
Hôpital de jour :							
Kinésithérapeute :							
Oxygénothérapie :							
Télé sécurité :							
APA :		Score GIR :					
Famille :							
Matériel médicalisé :							
Autres :							

Devenir souhaité du patient :

Rencontre avec la famille :

Observations :

UNITE MOBILE DE GERIATRIE

Fiche
Médicale

N° d'entrée :

Nom :

Né(e) le :

Sexe : NJF :

- Page 4/4

Antécédents Médicaux :

--

Antécédents Chirurgicaux :

--

Thérapeutique antérieure :

--

Motifs d'hospitalisation :

--

Evaluation gériatrique :

--

Projet thérapeutique :

--

Orientation souhaitée 1 :

--

Orientation souhaitée 2 :

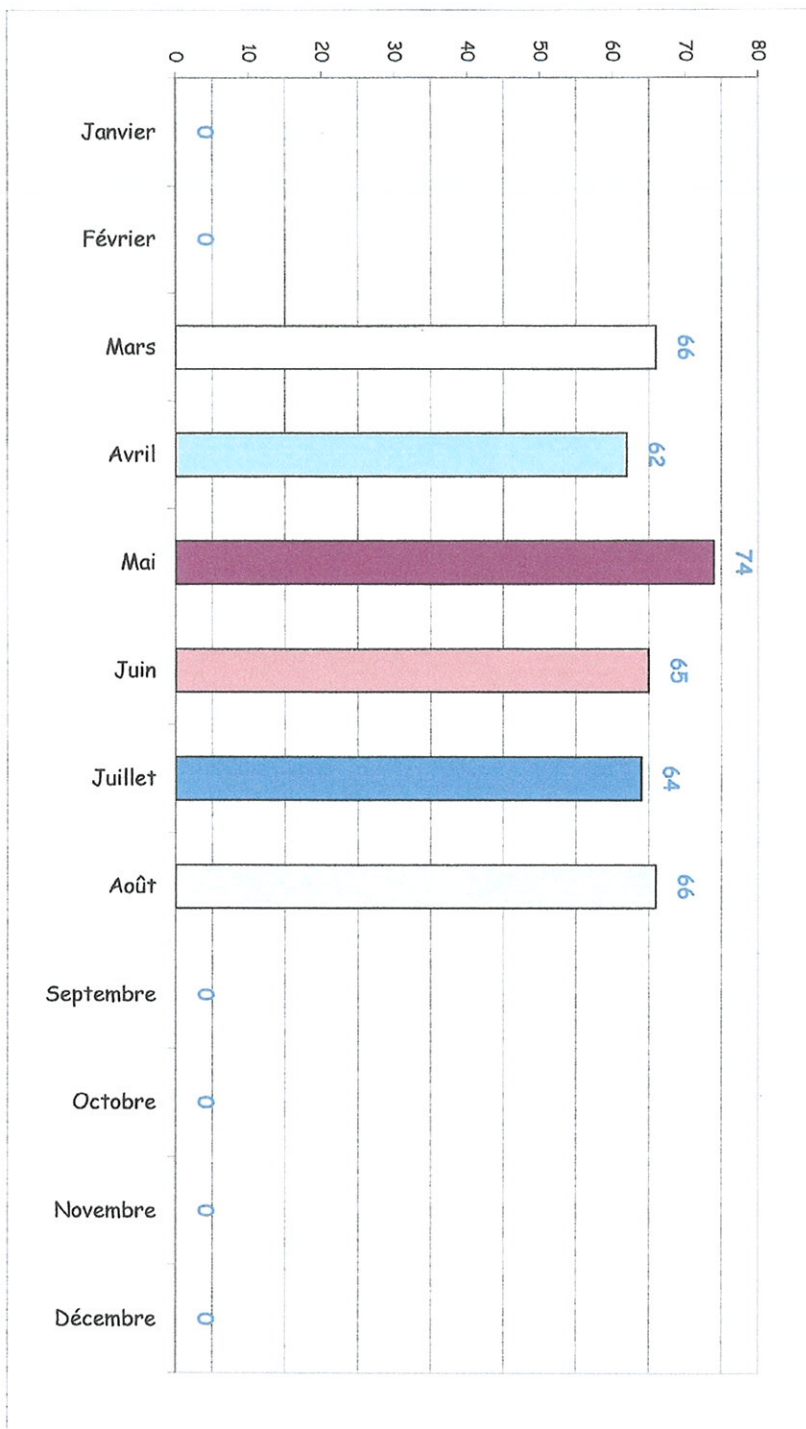
Synthèse

Evaluation gériatrique type du PUG

MMS	/30
ALBUMINE	g/l
POIDS	Kg
CLEARANCE DE LA CREATININE	ml/min
PRESSION ARTERIELLE	COUCHE
	DEBOUT
« TIMED UP AND GO TEST »	< 30 s.
	> 30 s.

2005

DIAGRAMME 1 : ENTREES MENSUELLES/ POST-URÉGENCE GÉRIATRIQUE



TOTAL de PATIENTS = 397

DIAGRAMME 2 : REPARTITION des ENTREES et SORTIES par EQUIPES PUG 2005

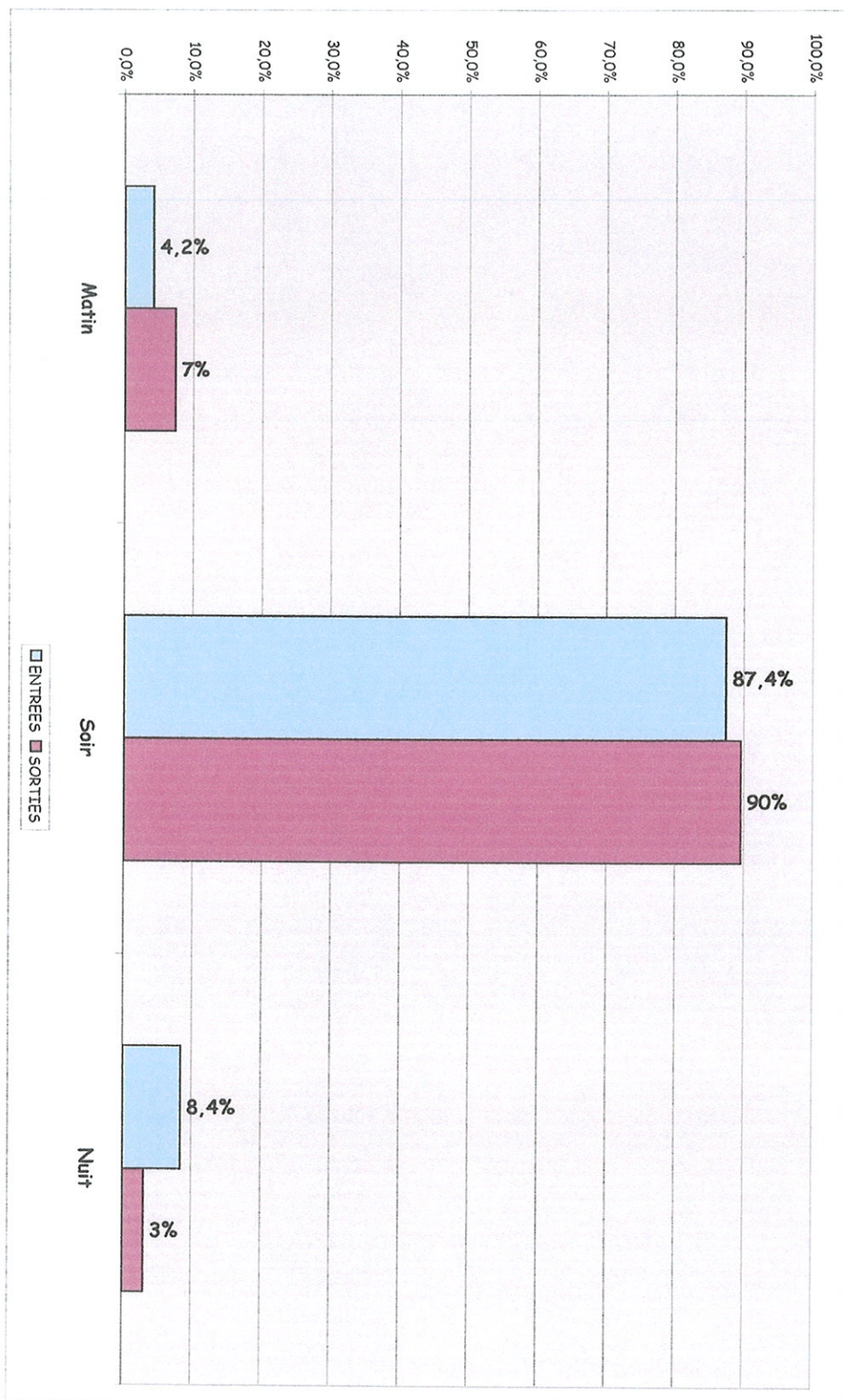


DIAGRAMME 3 : REPARTITION HORAIRE des ENTREES et SORTIES PUG 2005

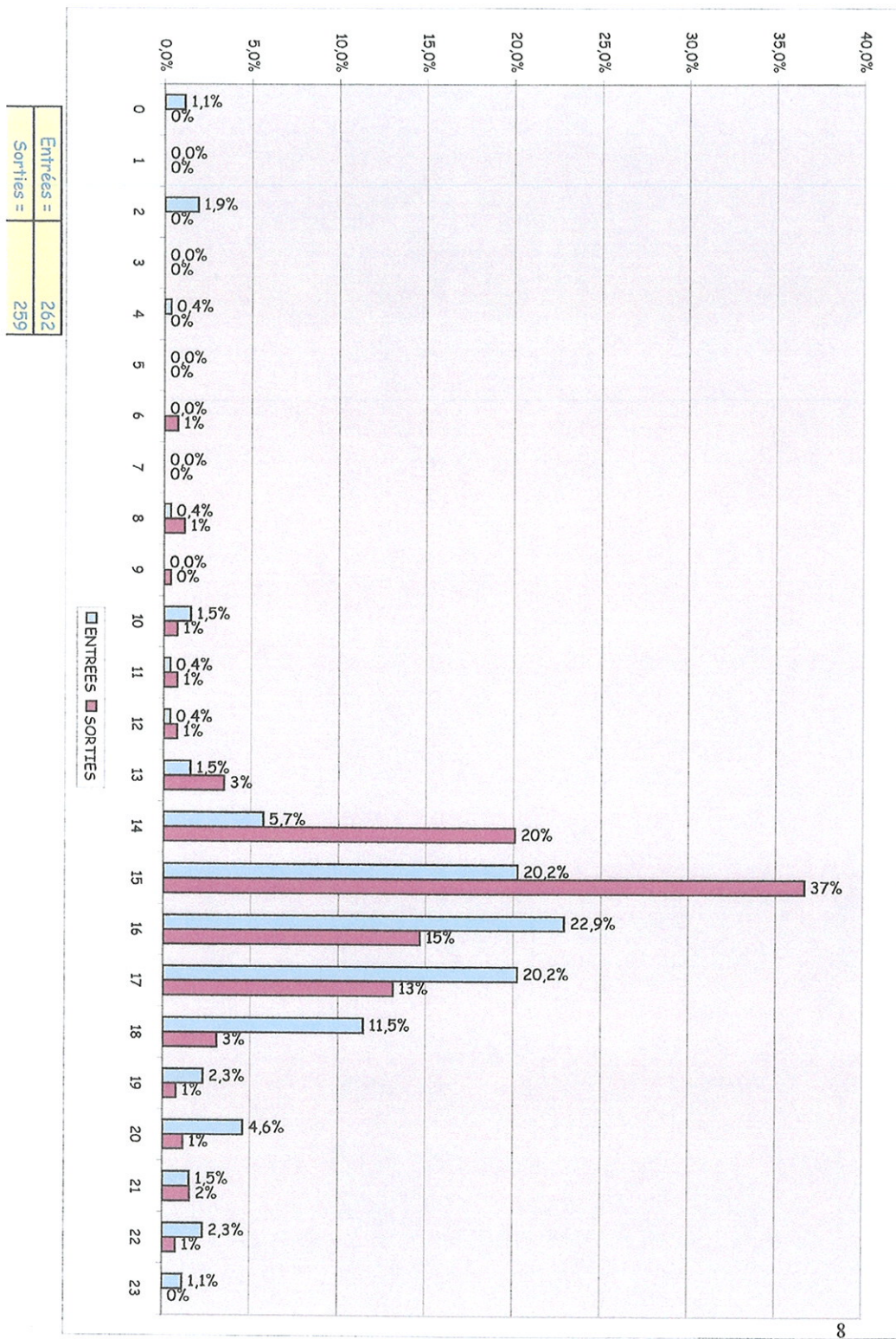
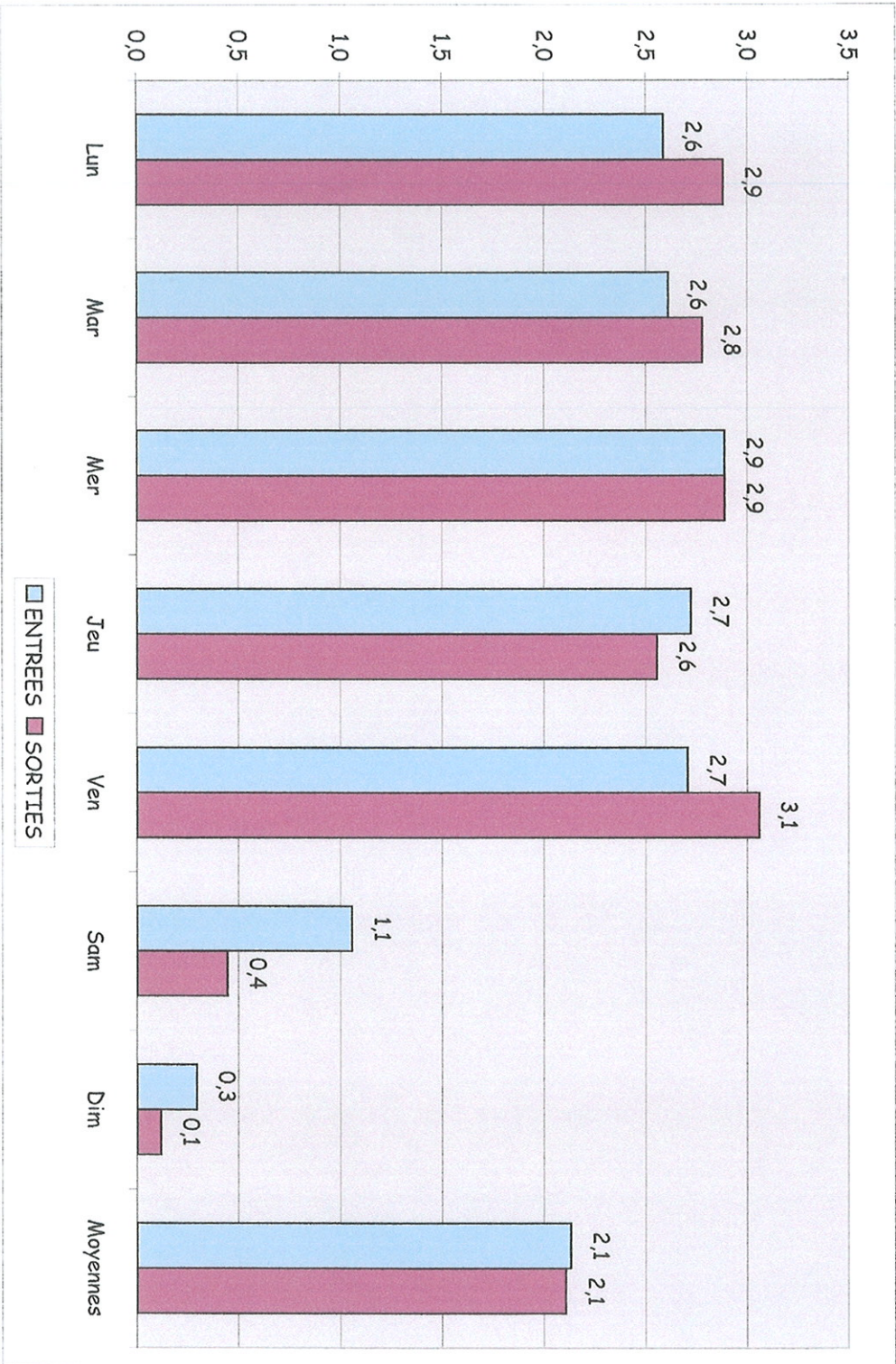
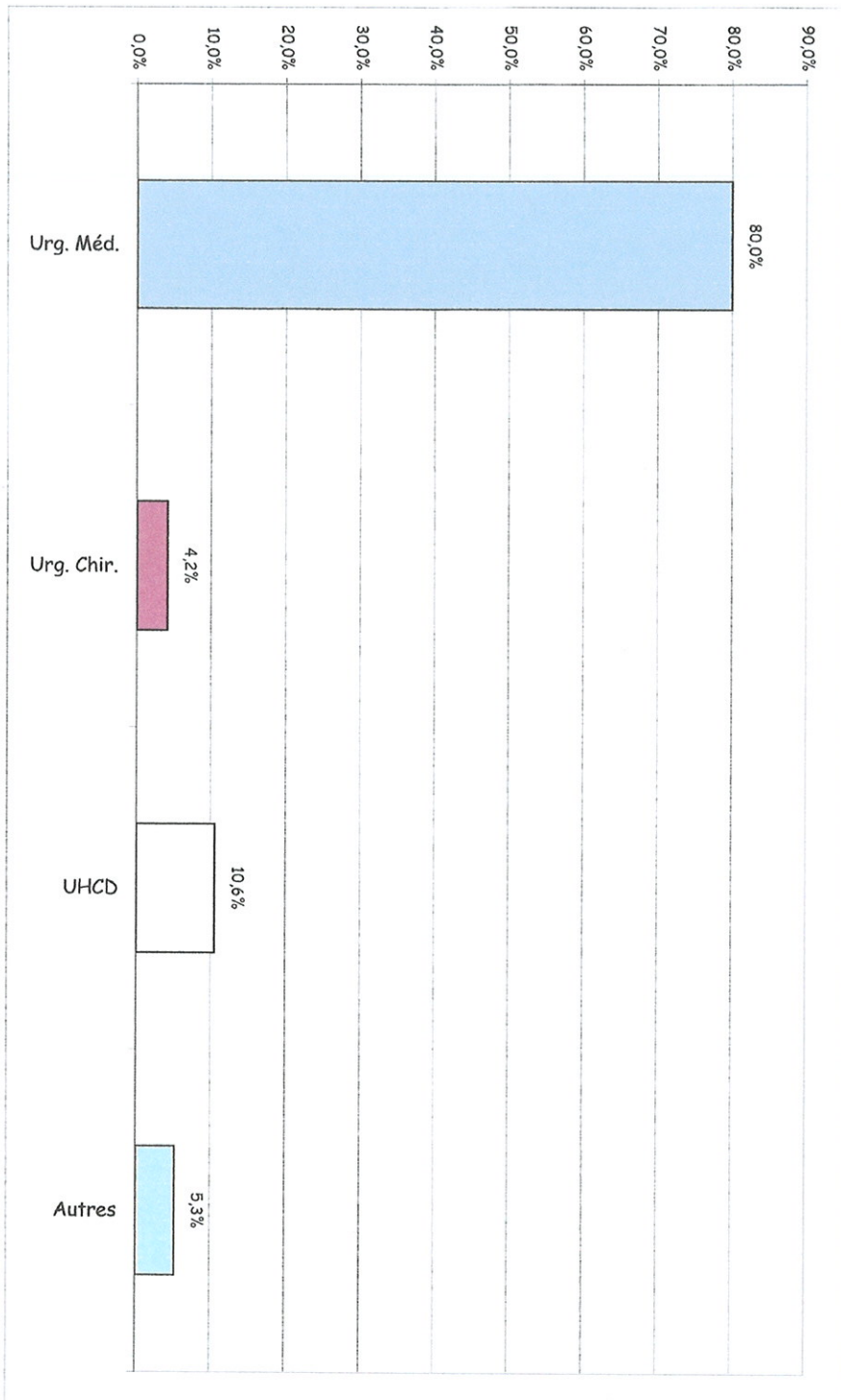


DIAGRAMME 4: REPARTITION JOURNALIERE des ENTREES et SORTIES PUG 2005



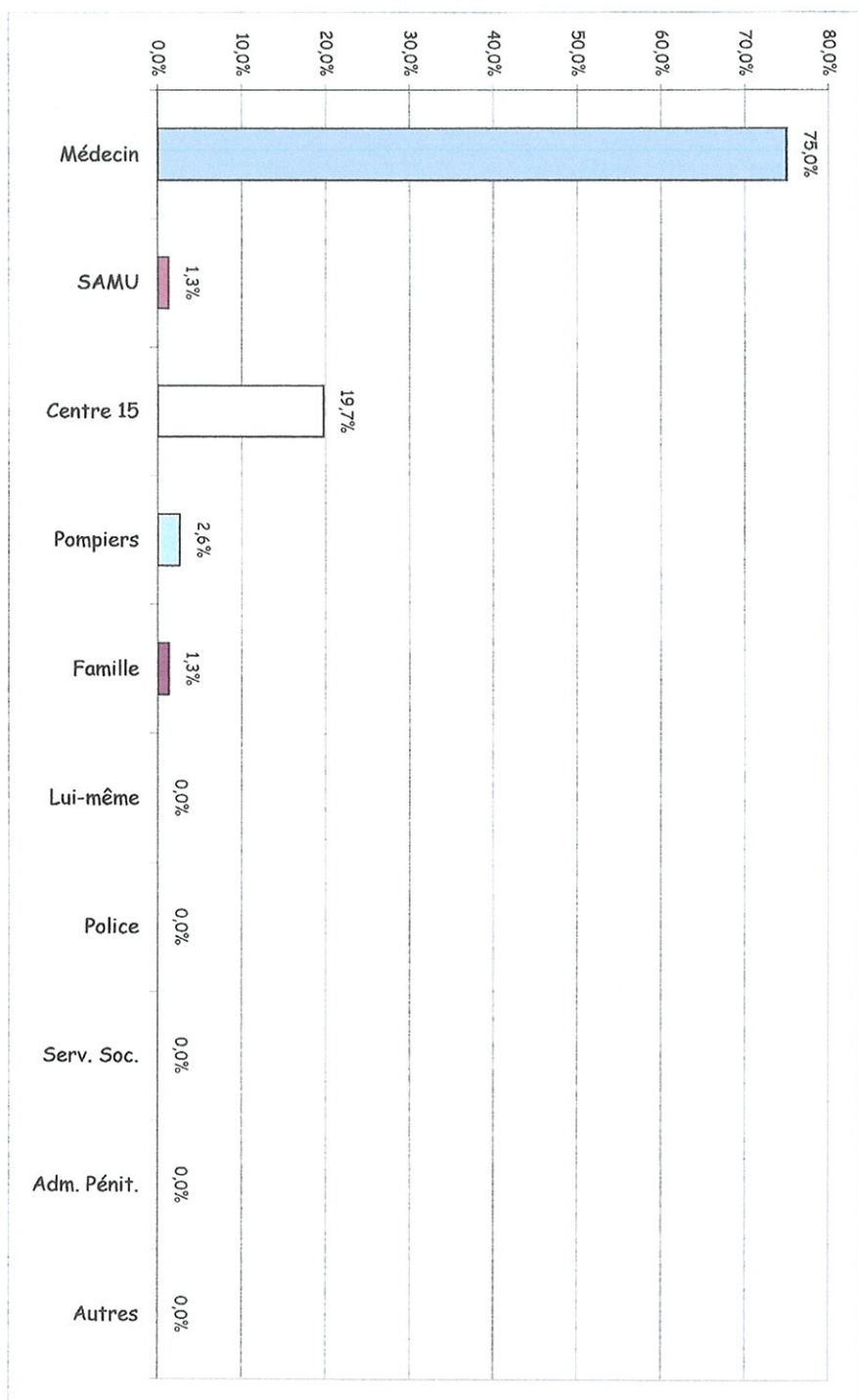
2005 DIAGRAMME 5: Répartition des PATIENTS par PROVENANCE à l'entrée POST-URGENCE GERIATRIQUE



TOTAL de PATIENTS =	265
URGENCES Médicales	212
URGENCES Chirurgicales	11

UHCD	28
Autres	14

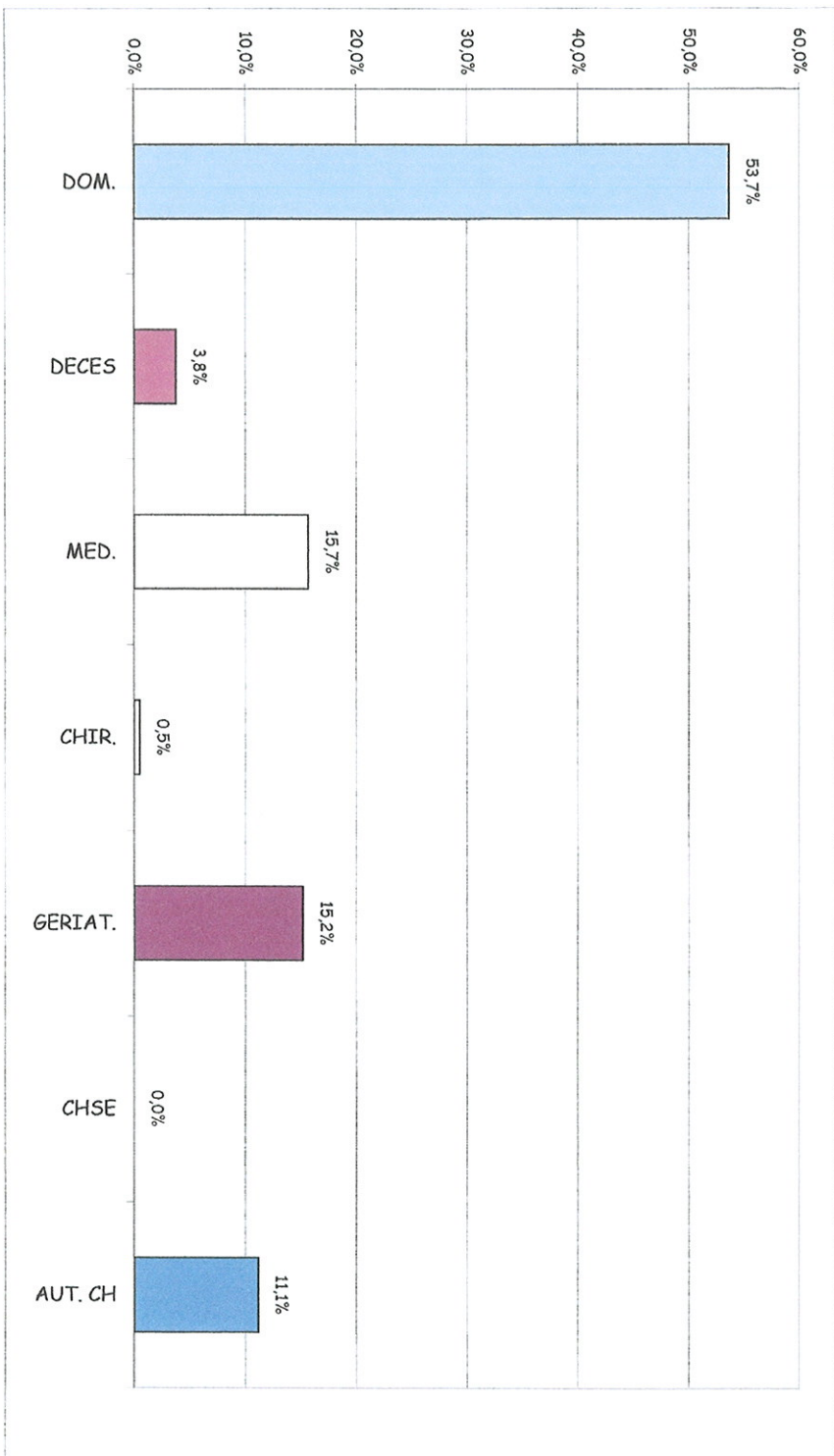
2005 DIAGRAMME 6: REPARTITION DES PATIENTS PAR ADRESSEURS (aux URGENCES) POST-URGENCE GERIATRIQUE



TOTAL de PATIENTS = 76

Médecin	57	Centre 15	15	Famille	1	Police	0	Adm. Pénit.	0
SAMU	1	Pompiers	2	Lui-même	0	Serv. Soc.	0	Autres	0

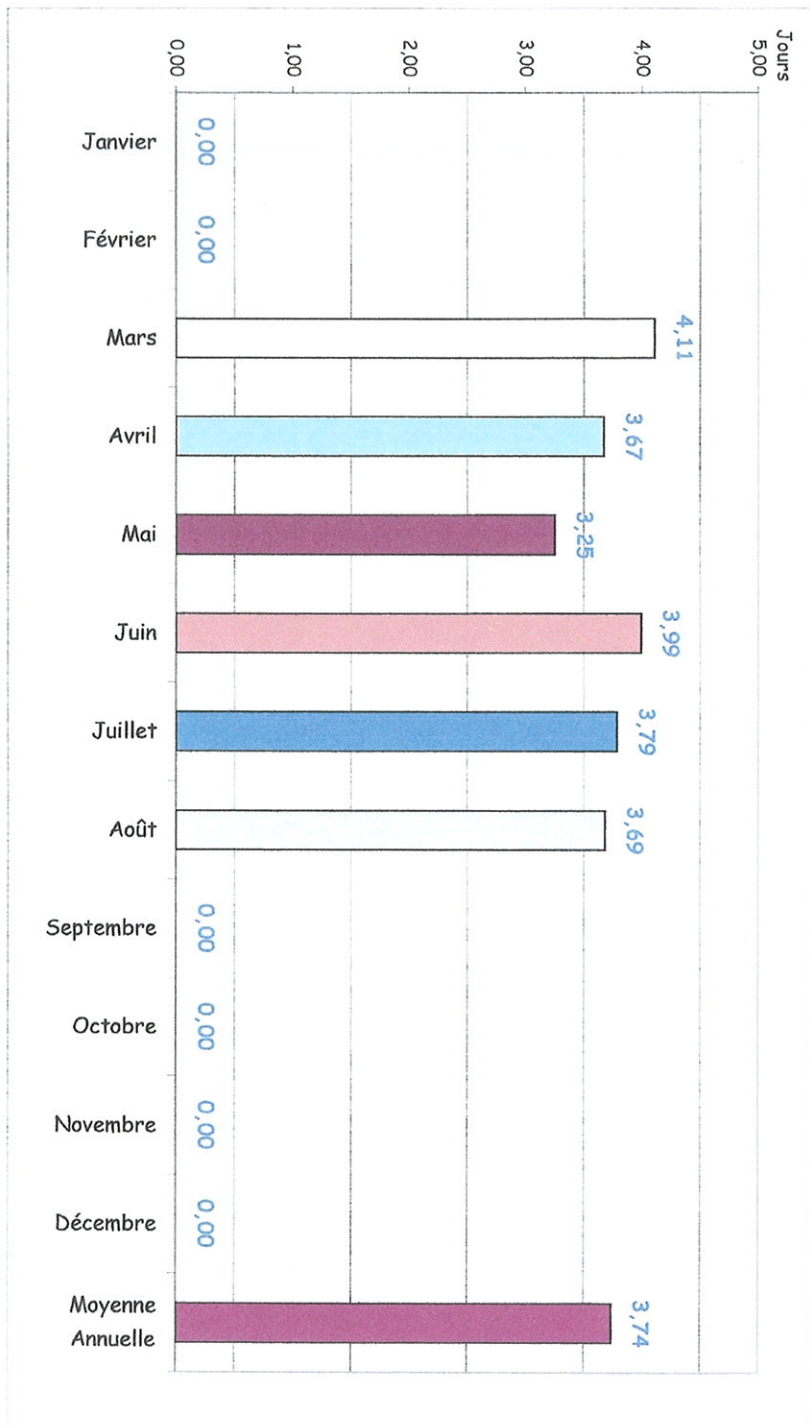
2005 DIAGRAMME 7 : Répartition des PATIENTS par ORIENTATION à la SORTIE POST-URGENCE GERIATRIQUE



Libellés	Nb	Libellés	Nb	Libellés	Nb
TOTAL de PATIENTS =	395	MED. (HOSPITALISATIONS en Service de MEDECINE du CHU) =	62	CHSE (TRANSFERTS vers CH ESQUIROL) =	0
DOM. (SORTIES Domicile) =	212	CHIR. (HOSPITALISATIONS en Service de CHIRURGIE du CHU) =	2	AUT.CH (TRANSFERTS vers autres CH, MR et Foyers) =	44
DECES =	15	ERIAT. (HOSPITALISATIONS en LONG et MOYEN SEJOUR du CHU) =	60		

2005

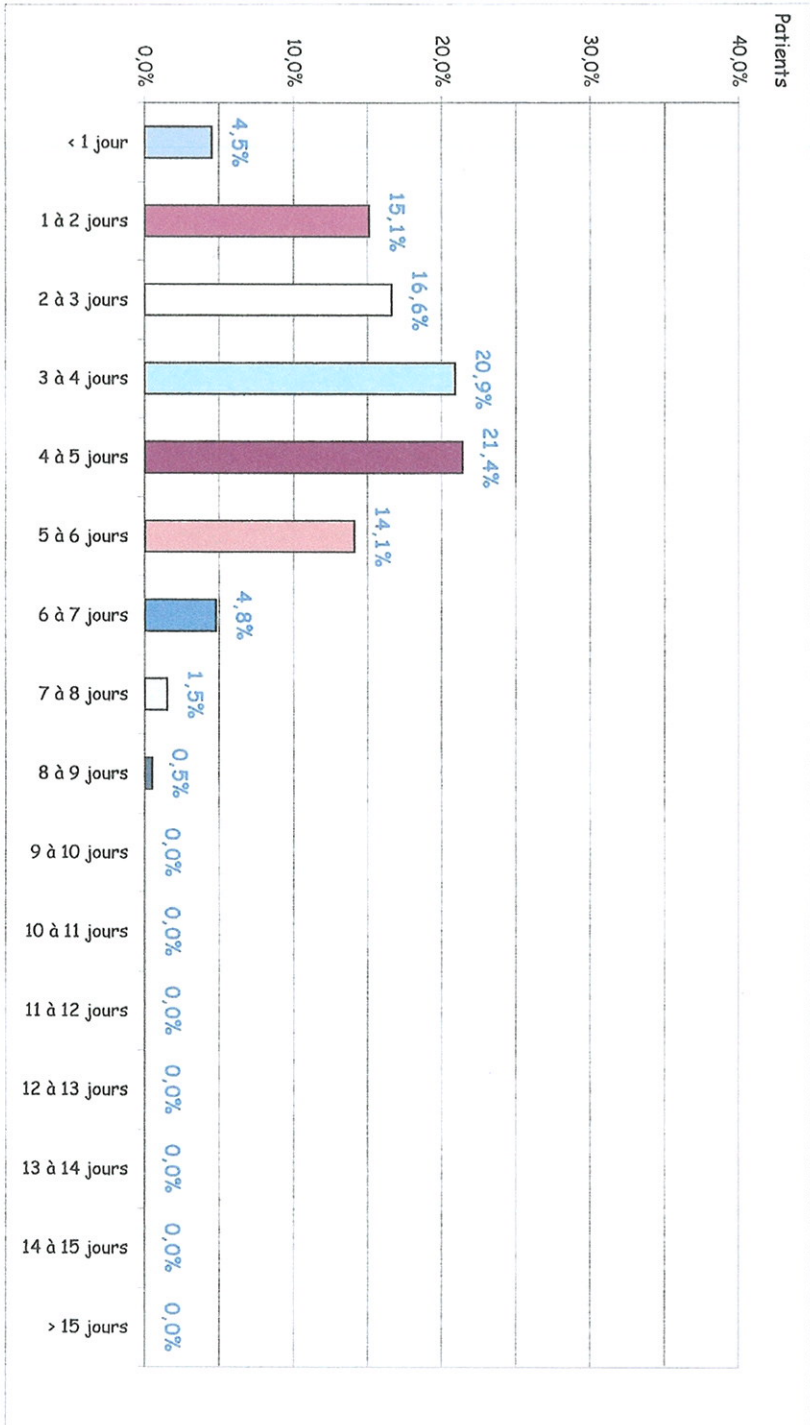
DIAGRAMME 8 : DUREES MOYENNES DE PASSAGE des PATIENTS POST-URGENCE GERIATRIQUE



TOTAL de PATIENTS = 397

2005

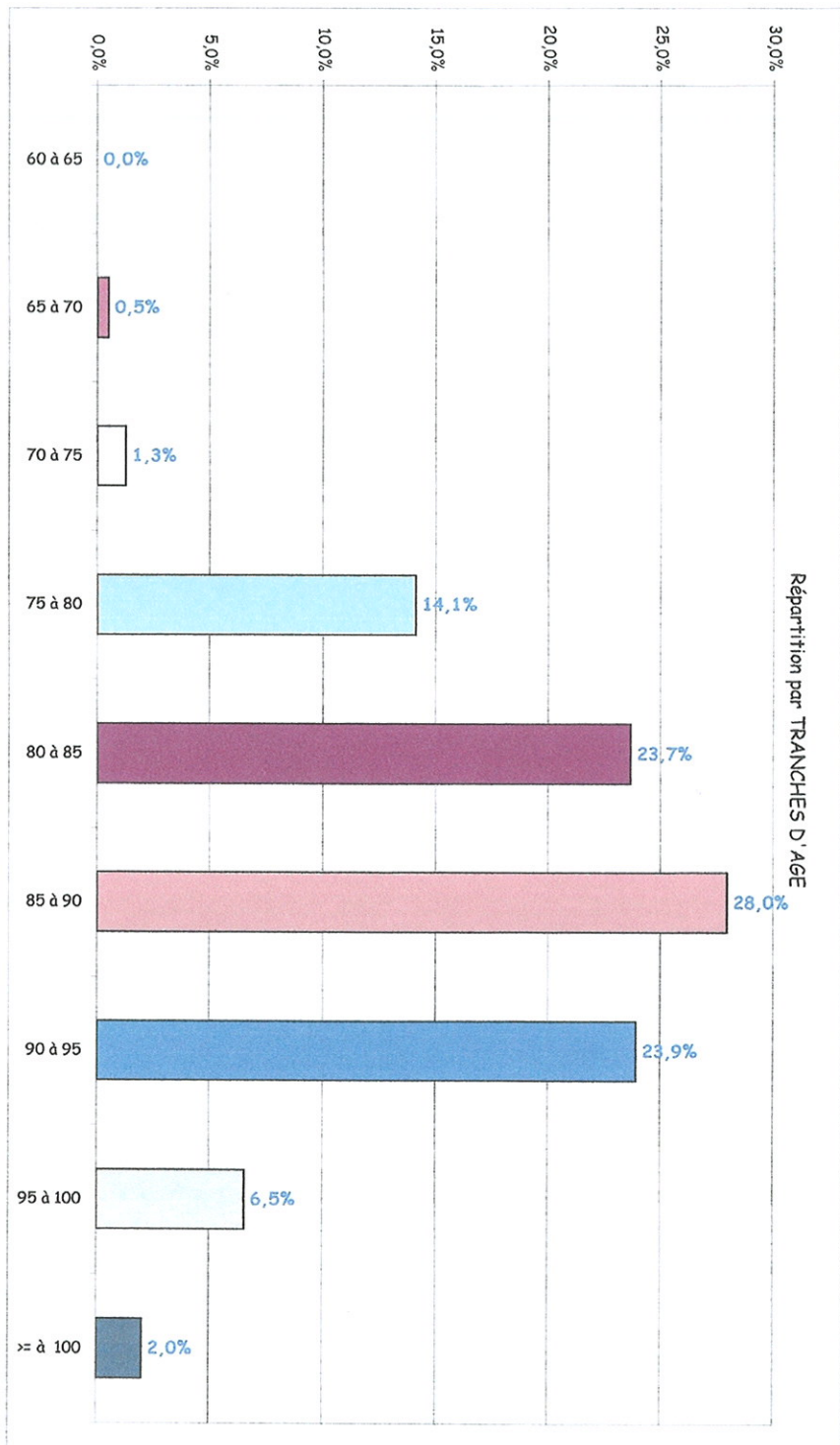
DIAGRAMME 9 : Répartition des PATIENTS par rapport à la DMS POST-URGENCE GERIATRIQUE



TOTAL de PATIENTS = 397	
< 1 jour	18
1 à 2 jours	60
2 à 3 jours	66
3 à 4 jours	83
4 à 5 jours	85
5 à 6 jours	56
6 à 7 jours	19
7 à 8 jours	6
8 à 9 jours	2
9 à 10 jours	0
10 à 11 jours	0
11 à 12 jours	0
12 à 13 jours	0
13 à 14 jours	0
14 à 15 jours	0
> 15 jours	0

DMS 5 jours maxi :	Patients	%
DMS > 5 jours :	85	21,4%

2005 **DIAGRAMME 10: Répartition des PATIENTS par TRANCHES D'AGE POST-URGENCE GERIATRIQUE**

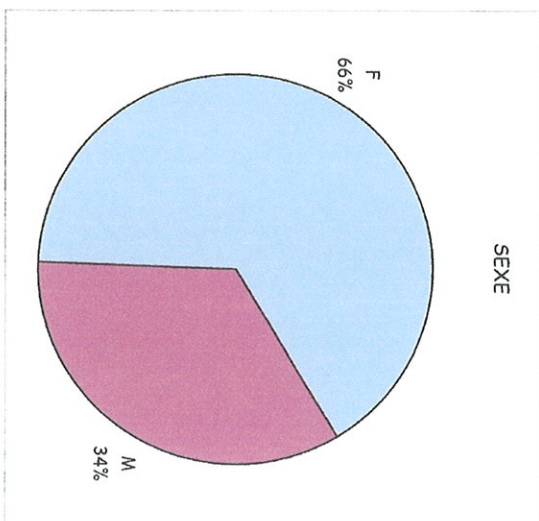
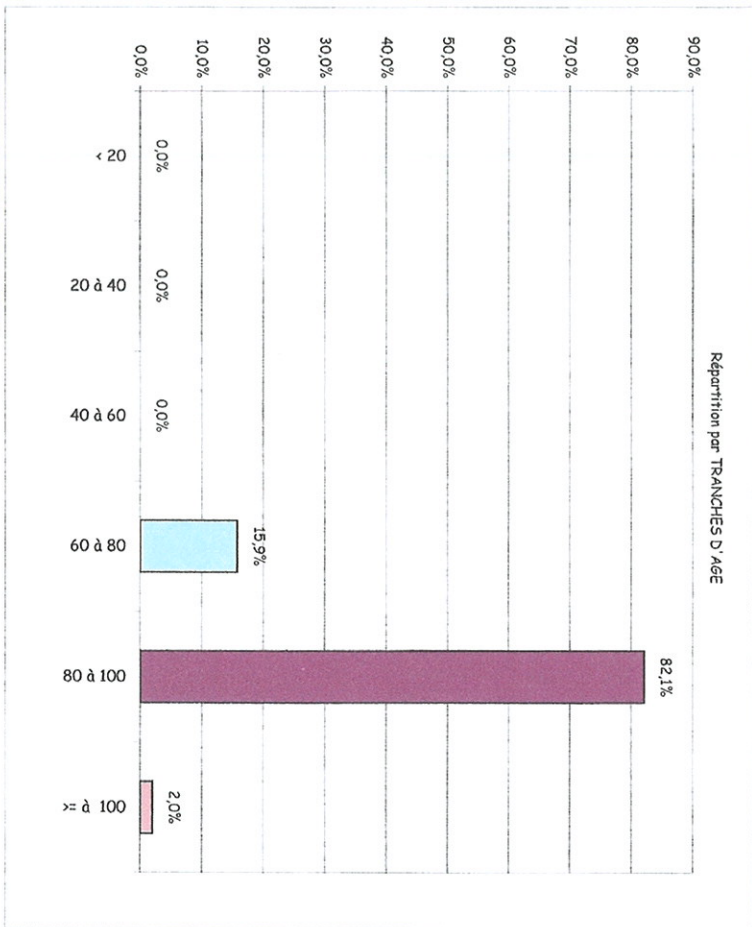


TOTAL des PATIENTS = 397

0 à 5	0	15 à 20	0	30 à 35	0	45 à 50	0	60 à 65	0	75 à 80	56	90 à 95	95
5 à 10	0	20 à 25	0	35 à 40	0	50 à 55	0	65 à 70	2	80 à 85	94	95 à 100	26
10 à 15	0	25 à 30	0	40 à 45	0	55 à 60	0	70 à 75	5	85 à 90	111	>= à 100	8

>75 390
%>75 98,2%

2005 **DIAGRAMME 11 : Répartition des PATIENTS par TRANCHES D'AGE/ FIGURE 11 bis: Répartition par SEXE POST-URGENCE GERIATRIQUE**

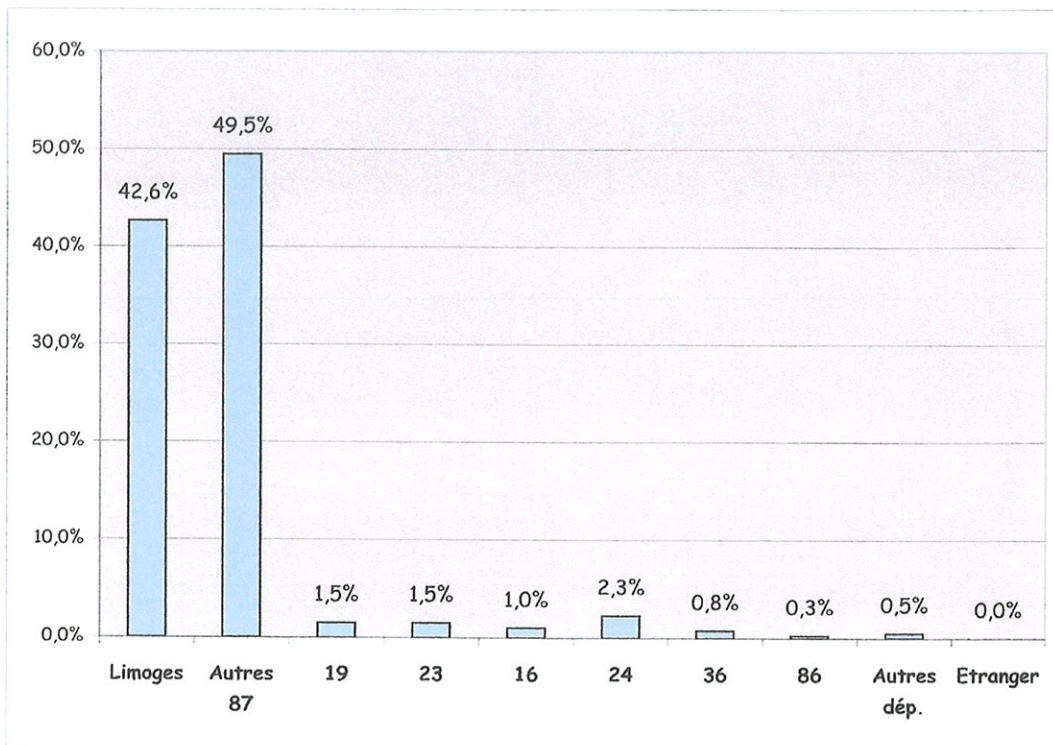


TOTAL de PATIENTS = 397

Tranche d'Age	Nombre	Tranche d'Age	Nombre
< 20	0	60 à 80	63
20 à 40	0	80 à 100	326
40 à 60	0	>= à 100	8

Sexe	Nombre
F	261
M	136

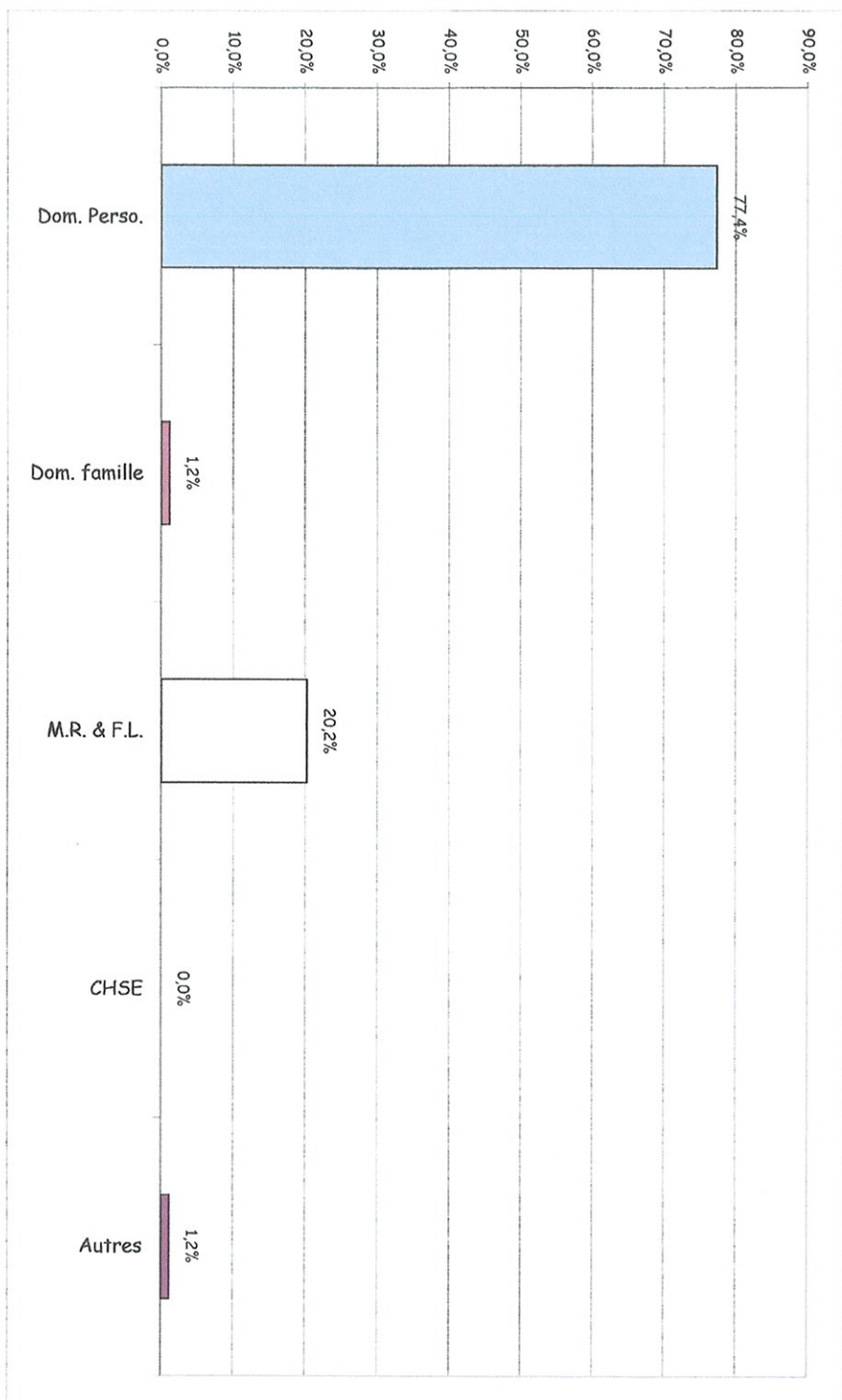
2005 **DIAGRAMME 12: Répartition des PATIENTS par DEPARTEMENTS d'ORIGINE PUG**



TOTAL de PATIENTS = 394	
Haute-Vienne (87)	168
Corrèze (19)	6
Creuse (23)	6
Charente (16)	4
Dordogne (24)	9
Indre (36)	3
Vienne (86)	1
Autres départements	2
Pays étrangers (99)	0

2005

DIAGRAMME 13: Répartition des PATIENTS par LIEUX de VIE POST-URGENCE GERIATRIQUE



TOTAL de PATIENTS = 84

Domicile Personnel 65
Domicile Famille 1

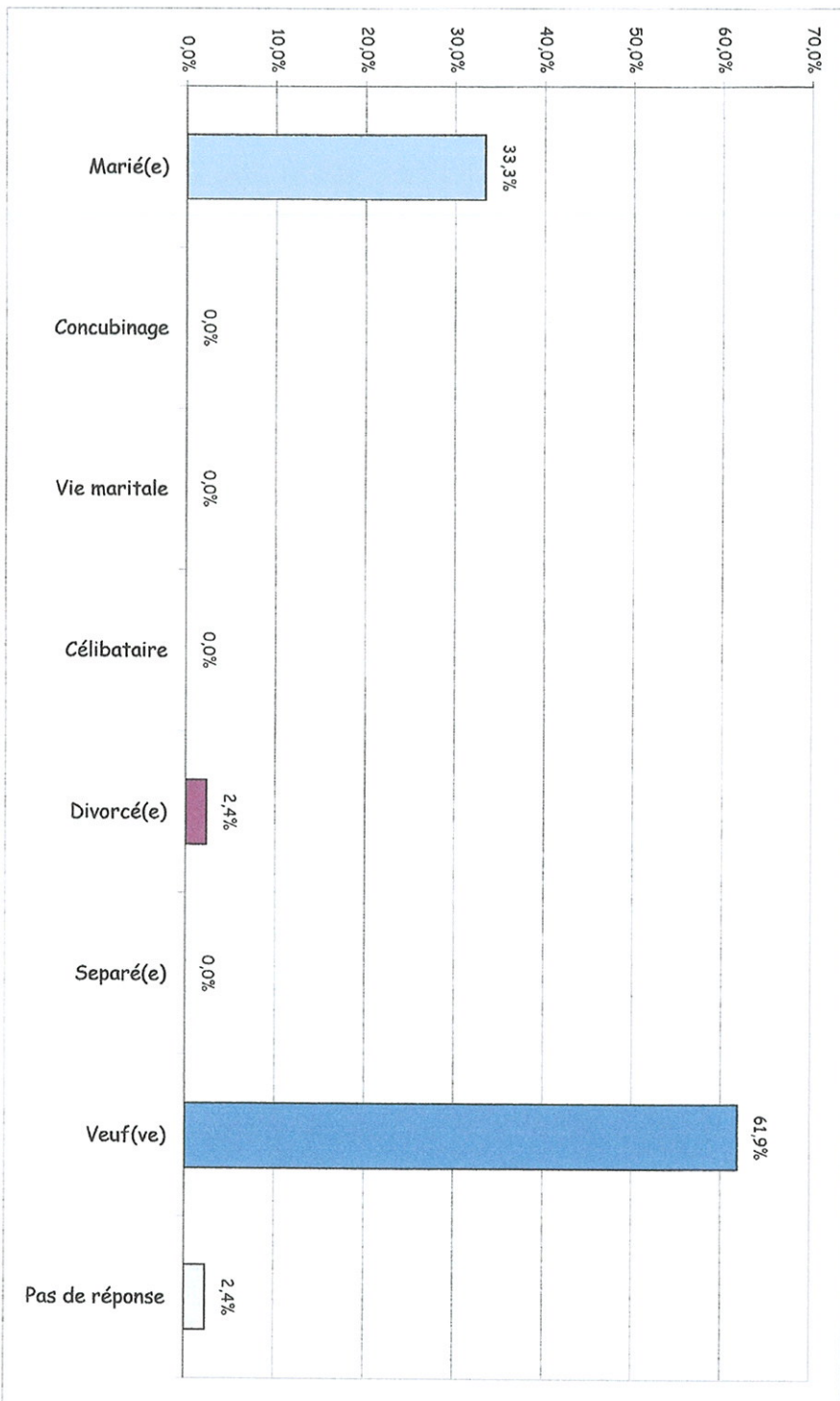
Maisons de Retraite et Foyers de Logement
CHS ESQUIROL 0

17

Autres 1

2005

DIAGRAMME 14: Répartition des PATIENTS par SITUATION FAMILIALE POST-URGENCE GERIATRIQUE



TOTAL de PATIENTS = 42

Marié(e)	14	Vie maritale	0	Divorcé(e)	1	Veuf(ve)	26
Concubinage	0	Célibataire	0	Separé(e)	0	Pas de réponse	1

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- AMINZADEH F., DALZIEL WB.
Olders adults in the emergency department: a systematic review of patterns use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions
Ann. Emerg. Med. 2002 ; 39 : 238-247
- 2- APPLGATE WB., MILLER ST., GRANNEY MJ. et al.
A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital
N. Engl. J. Med. 1990 ; 322 : 1572-1578
- 3- CHANSIAUX C., TEILLET L., DESPOISSE JM. et al.
Une nouvelle prise en charge en gériatrie : exemple de l'hôpital Bichat depuis 1992
La Revue de Gériatrie 1996 ; 21 : 15-22
- 4- Circulaire DHOS/ 02/ DGS/ n° 2002/ 157 du 18 Mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
- 5- Circulaire DHOS/ 01/ 2003/ 195 du 16 Avril 2003 relative à la prise en charge des urgences
- 6- 10^e Conférence de Consensus SFMU – 5 Décembre 2003, Strasbourg
Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences
- 7- COUTURIER P.
Les unités mobiles gériatriques : situation actuelle et perspectives
La Revue de Gériatrie 2004 ; 29 : 703-712
- 8- COUTURIER P., FACHLER-BUATOIS S., ARGENTIER AM. 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
- 9- COUTURIER P., TRANCHANT L., GROMIER A. et al.
Unité mobile de gériatrie : objectifs et modalités de fonctionnement
Le Concours Médical 2004 ; 126, 35 : 2068-2072
- 10- DESBORDES C., DUPLOUY B., GARCON N. et al.
La population âgée en Limousin
Les dossiers INSEE Limousin Avril 2005 : N° 4
- 11- DRUNAT O., FARALDI O., BESSEY D. et al.
Filières de soins gériatriques
La Revue de Gériatrie 1998 ; 23, 6 : 527-531
- 12- FABACHER D., JOSEPHSON K., PIETRUSZKA F. et al.
An in-home preventive assessment program for independent older adults: a randomized controlled trial
J. Am. Ger. Soc. 1994 ; 42 : 630-638

- 13- GAUVAIN JB., SKOWRONSKI V., HOUDAILLE L. et al.
Unité mobile gériatologique : évaluation du fonctionnement d'une année – Impact sur les structures et les acteurs
L'année gériatologique 2002 ; 16 : 89-104
- 14- GAYTON D., WOOD-DAUPHINE S., DE LORIMER M.
Trial of a Geriatric Consultation Team in an Acute Care Hospital
J. Am. Ger. Soc. 1987 ; 35 : 726-736
- 15- GENTRIC A., DUQUESNE F., GRAZIANA A. et al.
L'accueil gériatologique médicosocial aux urgences : une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en médecine ?
Rev. Méd. Interne. 1998 ; 19 : 85-90
- 16- GOLD S., BERGMAN H.
A geriatric consultation team in the emergency department
J. Am. Ger. Soc. 1997 ; 45 : 764-767
- 17- 26èmes Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et de Gériatologie
5 au 7 Octobre 2005 ; Paris
Organisation des soins en secteur hospitalier et en secteur extra-hospitalier - Synthèse des communications relatives au fonctionnement de différentes équipes mobiles gériatriques
L'année gériatologique 2005 ; 19, 2 : 62-80
- 18- KANE RL., HOMYAK P., BERSHADSKY B. et al.
Patterns of utilization for the Minnesota senior health options program
J. Am. Ger. Soc. 2004 ; 52, 12 : 2039-2044
- 19- LIM KH., YAP KB.
The presentation of elderly people at an emergency department in Singapore
Singapore Med J. 1999 ; 40 : 742-744
- 20- MILLER DK., LEWIS LM., NORK MJ. et al.
Controlled trial of a geriatric case-finding and liaison service in an emergency department
J. Am. Ger. Soc. 1996 ; 44 : 513-520
- 21- NOURHASHEMI F., PRADEL N., THOMAS E. et al.
Unité de post-urgence gériatrique: Bilan après 8 mois de fonctionnement
L'année gériatologique 2005 ; 19 : 153-159
- 22- ONEN F., ABIDI H., SAVOYE L. et al.
Emergency hospitalization in the elderly in a French university hospital: medical and social conditions and crisis factors precipitating admissions and outcome at discharge
Aging 2001 ; 13, 6 : 421-429
- 23- REUBEN DB., BOROK GM., WOLDE-TSADIK G. et al.
A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients
N. Engl. J. Med. 1995 ; 332, 20 : 1345-1350
- 24- ROBELET O.
Bilan d'activité et de fonctionnement de l'unité mobile de gériatologie à partir d'une série prospective de 405 cas évalués au CHU de Grenoble en 1999 et 2000
Thèse de Médecine, Grenoble, 2003

- 25- ROSS MA, COMPTON S., RICHARDSON D. et al.
The use and effectiveness of an emergency department observation unit for elderly patients
Ann. Emerg. Med. 2003 ; 41, 5 : 668-677
- 26- ROUSSEL-LAUDIN S., PAILLAUD E., ALONSO E. et al.
Mise en place de l'équipe d'intervention gériatrique et de l'évaluation gériatrique aux urgences et de l'hôpital Henri-Mondor
Rev. Méd. Interne 2005 ; 26 : 458-466
- 27- RUBENSTEIN LZ.
The emergency department: a useful site for CGA?
J. Am. Ger. Soc. 1996 ; 44 : 601-602
- 28- RUBENSTEIN LZ., WIELAND GD., JOSEPHSON KR., et al.
Improved survival for frail elderly inpatients on a geriatric evaluation unit (GEU): who benefits?
J. Clin. Epidemiol. 1988 ; 41 : 441-449
- 29- SANDERS AB.
Care of the elderly in emergency departments: conclusions and recommendations
Ann. Emerg. Med. 1992 ; 21 : 830-834
- 30- STRANGE GR., CHEN EH.
Use of emergency departments by elder patients: a five year follow-up study
Acad. Emerg. Med. 1998 ; 5 : 1157-1162
- 31- STRANGE GR., CHEN EH., SANDERS AB.
Use of emergency departments by elderly patients: projections from a multicenter data base
Ann. Emerg. Med. 1992 ; 217 : 819-824
- 32- STUCK AE., SIU AL., WIELAND GD. Et al.
Comprehensive geriatric assessment: a meta- analysis of controlled trials
Lancet 1993 ; 342 : 1032-1036
- 33- WOFFORD JL., SCHWARTZ E., TIMERDING BL., et al.
Emergency department utilization by the elderly: analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey
Acad. Emerg. Med. 1996 ; 3 : 694-699

SOMMAIRE

INTRODUCTION

GENERALITES

1 DEMOGRAPHIE DE LA POPULATION AGEE DE PLUS DE 75 ANS

1.1 En France

1.2 En Limousin

1.3 Conséquences médicales, économiques et sociales du vieillissement

1.4 Vieillesse et nécessité d'adapter les structures hospitalières

2 UNITES MOBILES GERIATRIQUES ET UNITES DE POST-URGENCE GERIATRIQUES DANS LES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES (CHU) DE FRANCE

2.1 Définition

2.2 Etat des lieux des UMG ou EMG et des PUG dans les CHU de France

3 LA POPULATION DES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES DU CHU DE LIMOGES

3.1 Nombre annuel d'admissions

3.2 Orientation des patients âgés de plus de 75 ans

DESCRIPTIF DE L' UMG ET DU SECTEUR DE PUG DU CHU DE LIMOGES

1 FONCTIONNEMENT DE L'UMG ET DU PUG

1.1 Présentation du Département de Gériatrie Clinique

1.2 L'unité mobile gériatrique

1.3 Le post-urgence gériatrique

- 2.1 Activité aux urgences**
- 2.2 Activité dans les services de spécialités médicales et chirurgicales**
- 2.3 Profil des patients vus par l' UMG aux urgences et dans les services**
- 2.4 Activité de régulation téléphonique**
- 3 Bilan de l'activité du PUG pendant 6 mois**
 - 3.1 Séjours**
 - 3.2 Patients**
 - 3.3 Pathologies principales**
 - 3.4 Orientation des personnes âgées de plus de 75 ans à partir des urgences**

DISCUSSION

CONCLUSION

ANNEXES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

SOMMAIRE

SERMENT D'HIPPOCRATE

RESUME

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 119

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

VE le Doyen de la Faculté

YU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

L'objectif de ce travail est de décrire l'activité durant 6 mois de l'unité mobile gériatrique (UMG) et du secteur de post-urgence gériatrique (PUG) mis en place au CHU de Limoges en Janvier 2005. Ces unités ont été créées en réponse au vieillissement de la population limousine et à l'afflux croissant des personnes âgées aux urgences.

Ces deux unités fonctionnent de façon très étroite. L'UMG, équipe pluridisciplinaire, effectue une évaluation globale médico-sociale des patients âgés de plus de 75 ans aux urgences et dans les services de spécialités. Ils sont alors orientés dans le service le plus adapté ou dans la filière gériatrique. Le PUG, unité de très court séjour de 8 lits, est le premier service d'accueil des malades âgés provenant des urgences. Du 1^{er} Mars au 31 Août 2005, l'UMG a réalisé 816 interventions aux urgences et dans les services de spécialités. Durant la même période, le PUG a reçu 397 patients. La durée moyenne de séjour est de 3,74 jours. Le profil type du patient âgé hospitalisé est celui d'une femme, âgée en moyenne de 86,1 +/- 6,3 ans, veuve et vivant dans le département de la Haute-Vienne avec en moyenne 4,5 pathologies par patient. 53,7 % des patients reviennent à domicile.

Cette nouvelle organisation des soins a probablement permis de réduire le nombre de patients âgés en inadéquation avec le service de spécialité dans lequel ils sont admis, de limiter l'engorgement des urgences en réduisant la course aux lits vacants et d'éviter les orientations inadaptées par une orientation rapide dans la filière gériatrique.

DISCIPLINE

Médecine Générale

MOTS CLES

- Patients âgés
- Evaluation gériatrique standardisée
- Unité Mobile Gériatrique
- Post-Urgence Gériatrique

**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE
2, rue du Docteur Marcland
87 025 LIMOGES Cedex**