

Des personnes âgées aux urgences

Les enjeux liés au triage

Le triage des personnes âgées, à leur arrivée aux urgences, constitue un véritable défi pour le personnel infirmier. Les paramètres vitaux qui paraissent normaux, associés à une douleur atypique ou à une présentation inattendue, peuvent être les seuls symptômes de pathologies aiguës (infarctus, douleurs abdominales, infections) (1). Cette symptomatologie atypique, ainsi que certains médicaments et leurs interactions (par exemple les bêtabloquants), rendent les personnes âgées à risque d'être triées dans une catégorie moins urgente, provoquent des retards dans leur prise en charge, peuvent contribuer à des diagnostics inadéquats et à un risque de résultats défavorables (1-4).

Les patients âgés de 75 ans et plus représentent entre 15 et 17 % des personnes prises en charge aux urgences, et 20 % d'entre eux sont à risque de présenter des événements indésirables tels que l'état confusionnel aigu, les troubles de la marche, les troubles de la continence, les chutes et la mortalité (5-9). Les seniors sont plus susceptibles d'avoir des pathologies graves, de faire des séjours prolongés aux urgences et de mobiliser plus de ressources que les patients plus jeunes (2, 5, 10). Le triage constitue l'évaluation clinique initiale systématique de la gravité des pathologies pour chaque patient admis aux urgences (11). Il permet de prioriser les prises en charge en catégorisant les patients selon quatre niveaux, allant de l'urgence vitale à la consultation qui pourrait être reportée (12). La plupart des échelles de tri se basent sur les paramètres vitaux et la symptomatologie à l'arrivée aux urgences, ainsi, elles ne permettraient pas une évaluation clinique adéquate des personnes âgées (1, 12).

Corrélation positive entre le temps de passage aux urgences et la durée du séjour hospitalier

De surcroît, les personnes âgées attendent plus longtemps que les autres dans un environnement anxiogène, non sécuritaire et sont peu mobilisées ou hydratées (2, 4). Le temps de passage aux urgences serait positivement corrélé avec la durée du séjour hospitalier et contribue au risque de complications iatrogènes évitables (par exemple des plaies, des chutes, un état confusionnel aigu) (2, 4, 13-15). Ces éléments sont susceptibles d'accélérer le déclin fonctionnel, d'augmenter les durées d'hospitalisation, d'avoir une incidence sur le taux de réhospitalisation, ainsi que sur les coûts de la santé (16-20). La stratification de risques (ou dépistage) par les infirmiers, en complément du triage, permettrait d'identifier rapidement les personnes nécessitant une évaluation gériatrique standardisée et une prise en charge adaptée. Cette évaluation contribuerait à une meilleure orientation dans les services d'urgences et dans les filières gériatriques (21, 22). Toutefois, le triage doit être bref et se dérouler en moins de 10 minutes afin de ne pas ralentir le flux des patients en attente (23).



Brigitte Kauz
Inf, MSc
Lausanne

Nathalie Wellens
SLP, Ph.D.
Lausanne

Cédric Mabire,
Inf, Ph.D.
Lausanne

Dépistage en première ligne par des outils brefs et « user friendly »

C'est pourquoi la littérature recommande que le dépistage soit fait en première ligne, aux urgences, avec des outils brefs et « user friendly » (5, 22, 24, 25). Il faudrait faire des évaluations en deux étapes: un dépistage bref et ciblé par les infirmiers, suivi d'une évaluation gériatrique standardisée pour les personnes dépistées à risque (5, 22, 25). L'interRAI Emergency Department Screener (iED Screener) est un instrument de la suite interRAI, basé sur un algorithme, l'Assessment Urgency Algorithm (AUA), validé pour stratifier le risque de séjours hospitaliers prolongés (> Percentile 90), de réadmission aux urgences dans les 30 jours, de réhospitalisation à 90 jours, d'institutionnalisation et de mortalité (26, 27). Cet outil, sous forme d'application gratuite sur smartphone, donne des scores allant de 1 (risque le plus faible) à 6 (risque le plus élevé). Son interface attractive et son temps de passation permettent de recommander cet outil: l'utilisation de l'iED Screener est faisable aux urgences, au moment du tri, en moins de 2 minutes. Il constitue la première étape permettant d'identifier la sous-population à plus haut risque qui devrait bénéficier d'une évaluation supplémentaire, par exemple, avec un autre instrument de la suite interRAI développée pour les urgences (28). De plus, la suite d'instruments interRAI permet un langage commun et une meilleure communication dans le réseau de soins (29).

Implications pour la pratique

L'utilisation de l'iED Screener par les infirmiers, en complément du tri classique, permettrait de cibler les patients nécessitant une évaluation supplémentaire immédiate aux urgences et ceux qui pourraient être référés en ambulatoire. En effet, l'iED Screener est un outil de dépistage initial, identifiant les patients à risque de séjours hospitaliers prolongés, de réadmission, de réhospitalisation... qui nécessitent une évaluation gériatrique supplémentaire soit par l'interRAI Emergency Contact Assessment aux urgences, soit par l'interRAI Acute Care for Comprehensive Geriatric Assessment® en

cas d'hospitalisation. Les différents seuils (de 1 à 6) de l'iED Screener pourraient orienter les patients dans des itinéraires cliniques, guider les prises en charge interdisciplinaires et coordonner la continuité des soins dans le réseau de soins (24, 30–33). Avant l'implantation de l'iED Screener dans la pratique clinique, il est nécessaire de développer une culture gériatrique aux urgences permettant de responsabiliser les infirmiers, de donner du sens au dépistage, d'inclure le patient et sa famille dans les prises en charge et d'adop-

ter une philosophie de soins centrée sur la préservation de l'autonomie (5, 32–37). En amont, il sera incontournable de planifier des programmes institutionnels définissant les pratiques de soins, les objectifs, les adaptations, les ressources et les formations nécessaires à la prise en charge de toute personne âgée dans les hôpitaux, en collaboration avec le réseau de soins.

Messages à retenir

- ◆ Les personnes âgées sont à haut risque de présenter des résultats défavorables après leur passage aux urgences et leur triage est un défi pour le personnel infirmier
- ◆ La stratification de risque en complément du triage classique permet d'identifier les personnes nécessitant une évaluation gériatrique supplémentaire, ainsi que d'offrir une prise en charge adaptée dès l'entrée aux urgences
- ◆ En amont de l'implantation d'un outil de dépistage, il est nécessaire de définir les objectifs institutionnels, d'identifier les ressources disponibles et les adaptations nécessaires à la mise en place de processus cliniques inhérents
- ◆ L'iED Screener est faisable au moment du triage et est complémentaire au triage classique

Brigitte Kauz¹, Inf, MSc

Nathalie Wellens^{2,3}, SLP, Ph.D.

Cédric Mabire⁴, Inf, Ph.D.

¹ Réseau Santé Nord Broye, Montagny-près-Yverdon

² Département de la Santé Publique et des Affaires Sociales, Canton de Vaud

³ Centre Universitaire de Soins infirmiers et Sage-Femmes, Département de la Santé Publique et des Soins de premiers recours, Université de Leuven, KU Leuven, Belgique

⁴ Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins, Faculté de Biologie et Médecine, Université de Lausanne, Biopôle II, 10, Rte de la Corniche, 1010 Lausanne
brigitte.kauz@ehnv.ch
cedric.mabire@chuv.ch

+ **Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Références :

1. Tucker G et al. Enhancing ED triage to accommodate the special needs of geriatric patients. *J Emerg Nurs* 2013;39(3):309–14
2. Olofsson P et al. During and beyond the triage encounter: Chronically ill elderly patients' experiences throughout their emergency department attendances. *Int Emerg Nurs* 2012;20(4):207–13
3. Rutschmann O et al. Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. *Swiss Med Wkly* 2005;(135):145–50
4. Salvi F et al. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Intern Emerg Med* 2007;2(4):292–301
5. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med* 2002;39(3):238–47
6. Graf C et al. Can we improve the detection of old patients at higher risk for readmission after an emergency department visit? *J Am Geriatr Soc* 2012;60(7):1372–3
7. Stiffler KA et al. Frailty Assessment in the Emergency Department. *J Emerg Med* 2013;45(2):291–8
8. Vanpee D et al. Epidemiological profile of geriatric patients admitted to the emergency department of a university hospital localized in a rural area. *Eur J Emerg Med* 2001;8(4):301–4
9. Vogel T et al. La fragilité : un concept robuste mais une méthode d'évaluation encore fragile. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie* 2014;14(79):43–9
10. Gray LC et al. Profiles of Older Patients in the Emergency Department: Findings From the interRAI Multinational Emergency Department Study. *Ann Emerg Med* 2013;62(5):467–74
11. Zimmermann PG. Guiding principles at triage: Advice for new triage nurses. *J Emerg Nurs* 2002;28(1):24–33
12. Société Suisse de Médecine d'Urgence. Recommandations de la SSMUS pour le triage dans les services d'urgences hospitaliers en Suisse. *Bulletin des médecins suisses*. *Bull Médecins Suisses* 2009;90:46
13. Liew D et al. Emergency department length of stay independently predicts excess inpatient length of stay. *Med J Aust* 2003;179(10):524–6
14. Crouch R. The older person in the emergency department: Seeing beyond the frailty. *Int Emerg Nurs* 2012;20(4):191–2
15. Vellas B. Livre Blanc-Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles [Internet]. Castanet-Tolosan: studio Ogham; 2015. Disponible sur: <http://www.fragilite.org/livre-blanc.php>
16. Abellan van Kan G et al. The assessment of frailty in older adults. *Clin Geriatr Med* 2010;26(2):275–86
17. Boyd CM et al. Frailty, hospitalization, and progression of disability in a cohort of disabled older women. *Am J Med* 2005;118(11):1225–31
18. Hoogerduijn JG et al. A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *J Clin Nurs* 2007;16(1):46–57
19. Lally F, Crome P. Understanding frailty. *Postgrad Med J* 2007;83(975):16–20
20. Trivalle C. Le syndrome de fragilité en gériatrie. *Médecine Hygiène* 2000;2323:2312–5
21. Costa AP et al. Geriatric Syndromes Predict Postdischarge Outcomes Among Older Emergency Department Patients: Findings from the interRAI Multinational Emergency Department Study. *Acad Emerg Med* 2014;21(4):422–33
22. Carpenter CR et al. Risk Factors and Screening Instruments to Predict Adverse Outcomes for Undifferentiated Older Emergency Department Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Acad Emerg Med* 2015;22(1):1–21
23. Société Française de Médecine d'Urgence. Le triage en structure d'urgences, recommandations formalisées d'experts, Société Française de Médecine d'Urgence 2013
24. de Vries NM et al. Outcome instruments to measure frailty: A systematic review. *Ageing Res Rev* 2011;10(1):104–14
25. Sielwiczek E et al. Frailty indexes, screening instruments and their application in Belgian primary care. *Acta Clin Belg* 2014;69(4):233–9
26. Costa A. interRAI ED Screener continuing validation study, study plan version 2.0. interRAI; InterRAI. interRAI. 2016 [cité 19 juin 2016]. Disponible sur: <http://interrai.org/>
28. Hirdes J et al. interRAI Contact Assessment (CA) Form and User's Manual: A Screening Level Assessment for Emergency Department and Intake from Community/Hospital. Version 9.2 [Internet]. 2010 [cité 3 avril 2015]. Disponible sur: <https://lirias.kuleuven.be/handle/123456789/403482>
29. Gray LC et al. Standardizing Assessment of Elderly People in Acute Care: The interRAI Acute Care Instrument: Standardizing assessment of the elderly in acute care. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(3):536–41
30. Conroy S, Chikura G. Emergency care for frail older people-urgent AND important-but what works? *Age Ageing* 2015;44(5):724–5
31. Graf C et al. Identification of older patients at risk of unplanned readmission after discharge from the emergency department Comparison of two screening tools. *Swiss Med Wkly* 2012;141:w13327
32. Geriatric Emergency Department Guidelines. *Ann Emerg Med*. 2014;63(5):e7–25
33. Skar P et al. The organizational culture of emergency departments and the effect on care of older adults: A modified scoping study. *Int Emerg Nurs* 2015;23(2):174–8
34. Roy C. Generating middle range theory from evidence to practice. New York: Springer 2014
35. Parke B et al. Identifying modifiable factors to improve quality for older adults in hospital: a scoping review. *Int J Older People Nurs* 2014;9(1):8–24
36. Shanley C et al. Increasing the profile of the care of the older person in the ED: a contemporary nursing challenge. *Int Emerg Nurs* 2008;16(3):152–8
37. Nydén K et al. Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments - obstacles to an active role in decision making: Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments. *J Clin Nurs* 2003;12(2):268–74