

56^{èmes} JOURNÉES

de formation et de recherche
de GÉRONTOLOGIE
de l'Ouest et du Centre

Impact de la réalisation
systématique du CFS fait au
SAU sur le tri des patients

Lucie Leconte (EIPA_CHU Angers)

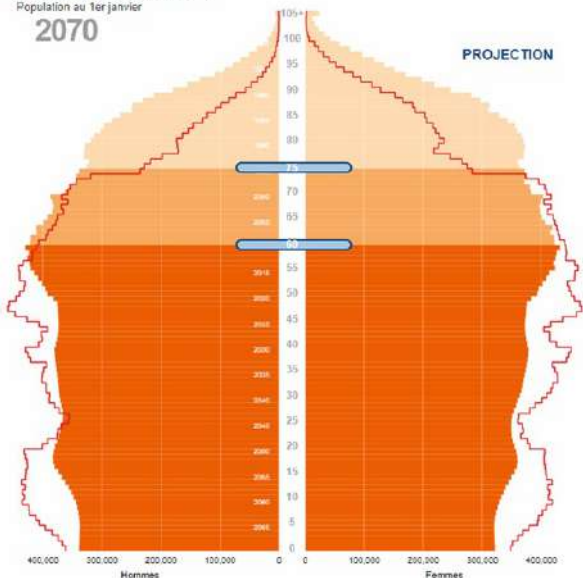


Contexte

Augmentation de fréquentation des services d'urgences lié à des difficultés d'accès aux soins primaires, au vieillissement de la population (papy-boom) et durée de passage plus important.



PYRAMIDE DES ÂGES
Population au 1er janvier
2070



Durée des passages aux urgences en 2023



7h15
chez les 75 ans et +



4h
chez les 18-74 ans



Lecture : la durée médiane des passages aux urgences des Ligériens de 75 ans et plus est de 7h15 contre 4h pour les 18-74 ans

en fonction du parcours après le passage aux urgences



Retour à domicile
(dont EHPAD)

5h45



Hospitalisation



9h45



ORU 2024



Conséquence de l'augmentation des passages au SAU des PA

- Augmentation dépendance iatrogène au SAU notamment chez les patients fragiles
- Augmentation de la mortalité lié aux séjours prolongés

Étude « No Bed Night » : une nuit passée sur un brancard aux urgences augmente de près de 40% le risque de mortalité hospitalière des patients âgés, qui passe de 11,1% à 15,7%

A Internal Medicine | [Original Investigation](#)

Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients

Melanie Roussel, MD; Dorian Teissandier, MD; Youri Yordanov, MD, PhD; Frederic Balen, MD; Marc Noizet, MD; Karim Tazarourte, MD, PhD; Ben Bloom, MD, PhD; Pierre Catoire, MD; Laurence Berard, MD; Marine Cachanado, MSc; Tabassome Simon, MD, PhD; Said Laribi, MD, PhD; Yonathan Freund, MD, PhD; for the FHU IMPEC-IRU SFMU Collaborators



Conséquence de l'augmentation des passages au SAU des PA

- Plusieurs études suggèrent l'importance de dépister la fragilité au SAU

Wallis et al. Relationship between frailty and outcome of older people attending an acute medical unit. Age and Ageing. 2017

Muscedere et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Medicine 2017

Lewis et al. Which frailty scale for patients admitted via emergency department? A cohort study. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2019.

- Le Clinical Frailty Score est un outil de repérage des fragilités adapté aux personnes de plus de 75ans en situation de soins aigus

Chip-Jin et al. Integrating the clinical frailty scale with emergency department triage systems for elder patients: A prospective study. The American Journal of Emergency Medicine, 2023



L'implantation du CFS

	1	Très bonne condition physique Les personnes de cette catégorie sont robustes, actives, pleines d'énergie et motivées. Elles s'entraînent régulièrement et présentent la meilleure forme dans leur tranche d'âge.
	2	Moyennement actif Les personnes de cette catégorie ne présentent aucun symptôme pathologique actif , mais ne sont pas en aussi bonne forme que les personnes de la catégorie 1. Elles sont moyennement actives ou temporairement très actives , p. ex. de manière saisonnière.
	3	Se débrouille bien Les symptômes pathologiques de ce groupe de personnes sont bien contrôlés, mais, en dehors de la marche dans le cadre d'activités quotidiennes, elles ne bougent pas régulièrement .
	4	Vulnérable Même si elles ne dépendent pas d'aides externes au quotidien, les personnes de cette catégorie sont souvent limitées dans leurs activités en raison de leurs symptômes pathologiques . Elles se plaignent fréquemment de fatigue diurne et/ou rapportent que les activités quotidiennes prennent plus de temps.
	5	Faiblement fragile Les personnes de cette catégorie sont manifestement ralenties dans leurs activités et ont besoin d'aide lors d'activités exigeantes telles que les affaires financières, le transport, les tâches ménagères lourdes et la gestion des médicaments.
	6	Moyennement fragile Les personnes de cette catégorie ont besoin d'aide pour toutes les activités extra-ménagères et la gestion financière . A la maison, elles ont souvent des difficultés avec les escaliers et nécessitent éventuellement d'être guidées ou légèrement assistées pour s'habiller.
	7	Très fragile En raison de handicaps physiques ou cognitifs, les personnes de cette catégorie dépendent complètement d'une aide externe pour les soins corporels. Leur santé est toutefois stable . La probabilité de décès dans les 6 prochains mois est faible.
	8	Extrêmement fragile Dépendant complètement d'une assistance et se rapprochant de la fin de vie. Les personnes de cette catégorie se rétablissent rarement de maladies légères.
	9	Malade en phase terminale Personnes de cette catégorie ont une espérance de vie < 6 mois . La catégorie se réfère à des personnes qui ne présentent autrement aucun signe de fragilité .

LES DIFFERENTES ETAPES :

1. Formation des paramédicaux à l'utilisation du CFS par un gériatre en décembre 2024
2. Mise en place du CFS en janvier 2025.
3. Stimulation régulière pour son utilisation systématique par la cadre de santé et les infirmières coordinatrices du SAU.
4. Début d'une étude pilote le 15/01/2025 par EIPA pour voir l'impact du CFS sur le tri des personnes âgées des urgences.



Le CFS (Clinical Frailty Score)

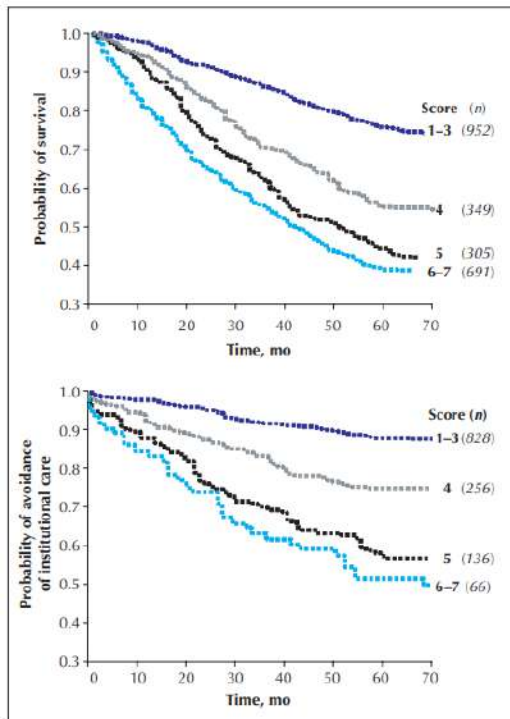


Fig. 1: Kaplan-Meier curves, adjusted for age and sex, for study participants (n) over the medium term (5-6 years), according to their scores on the CSHA Clinical Frailty Scale. Some scores were grouped. Top: Probability of survival. Bottom: Probability of avoidance of institutional care.

- Outil d'évaluation de la fragilité : 1 à 9
- Chaque incrément d'une catégorie au CFS augmente significativement :
 - le risque de décès à moyen terme (délai 70 mois) (21,2%, 95 % IC 12,5% – 30,6%)
 - d'entrée en institution (23,9%, IC 95% 8,8% - 41,2%)
- Fiabilité inter-évaluateur 80-90% IDE et les médecins
- Simple et rapide
- Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005 Aug 30;173(5):489-95. doi: 10.1503/cmaj.050051



Objectif principal :

Problématique : Quel est l'impact de la pratique systématique du CFS à l'accueil des urgences sur le « tri » des personnes âgées aux urgences du CHU d'Angers?

Objectif principal :

- Evaluer l'impact de l'utilisation du CFS sur le tri IOA (infirmier d'orientation et d'accueil).

Objectifs secondaires :

- Evaluer l'impact du CFS sur la durée de passage aux urgences.
- Evaluer l'impact du CFS sur le taux de mortalité des personnes âgées.



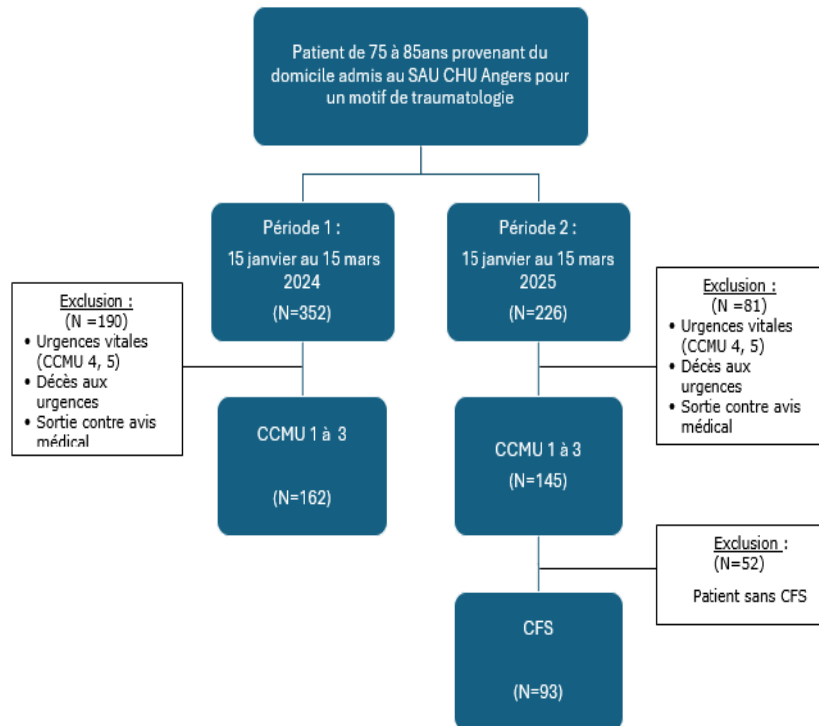
Méthode

- Etude monocentrique, observationnelle réalisé au SAU du CHU d'Angers
- Comparant la période du 15/1/24 au 15/3/24 (pré CFS) à la période du 15/1/25 au 15/3/25 (avec utilisation du CFS)
- Critère d'inclusion
 - Personnes de 75 à 85 ans, provenant du domicile admis avec un motif de chute ou de traumatologie (Traumatismes crâniens, traumatismes des membres, chutes...)
- Critère de non inclusion
 - Personnes de moins de 75ans ou provenant d'EHPAD avec un motif autre que traumatique.
- Ce travail a fait l'objet d'une déclaration CNIL et a reçu l'approbation du comité d'éthique



Résultats

Diagramme de flux



Analyse de la population

Caractéristiques	Pré intervention	Intervention	Total
	Période1 (n=162)	Période2 (n=93)	(N=255)
SEXE :			
Femme, n	97 (60%)	55 (60%)	152 (60%)
Age moyen ± ET	81 ±2,12	80,2 ± 2,82	80,6 ±2,5
MODE D'ENTREE n, %			
Régulation par le 15	109 (67%)	63 (68%)	172 (67%)
Avis médecin traitant sans 15	16 (10%)	8 (8%)	22 (8%)
Sans avis	37 (23%)	22 (22%)	59 (22%)
MOTIF D'ENTREE IOA, n(%)			
Traumatisme crânien	41 (25%)	28 (30%)	69 (27%)
Chute avec station au sol	40 (25%)	23 (25%)	63 (25%)
Traumatisme d'épaule ou distal de membre	40 (25%)	17 (18%)	57 (22%)
CHARSTON INDEX COMORBIDITY, (IQR)			
Médian	4	5	
> 4	77 (47%)	59 (63%)	136 (53%)
PRINCIPAUX DIAGNOSTICS MEDICAUX :			
Lésions traumatiques (fractures, entorses, contusions + Conséquences des causes externes)	96 (59%)	52 (56%)	148(58%)
ORIENTATION :			
Hospitalisation	66 (40%)	47 (50%)	113 (44%)
Retour à domicile	96 (60%)	46 (50%)	142 (56%)

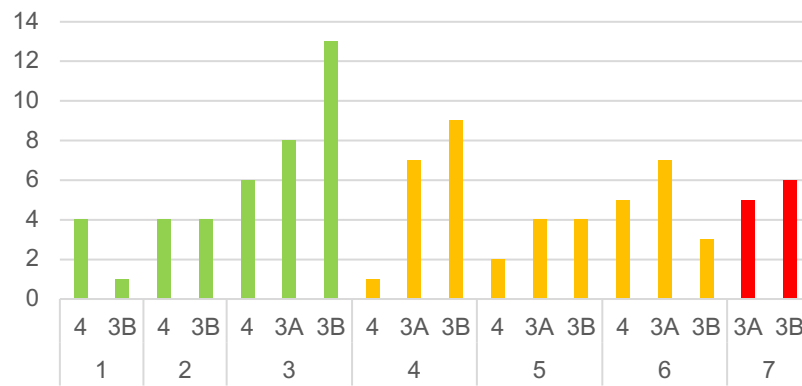
Les analyses statistiques, après intégration d'un score de propension, n'ont pas montré de différence significative sur le tri entre des 2 périodes (p-value = 0,14)

Résultat:

Focus sur la période avec utilisation du CFS

Présentation descriptive des résultats. Tendance à une diminution du tri 4 chez les plus fragiles

CFS à l'accueil



CCMU 2 = tri 4 (à voir dans les 4H)

CCMU 3 = tri 3 (à voir dans les de 90/60min)



Les résultats principaux :

- Impact sur le tri de l'IOA :

Positif	Négatif
Tri semble modifié pour les patients fragiles CFS>6 aucun CCMU 2 donc Temps d'attente officiellement moins important Simple d'utilisation	Nécessité d'une formation répétée (70% des patients éligibles ont eu l'évaluation) Non réalisable en cas de méconnaissance complète de la personne et confusion du patient (PEC sur VP)



Discussion

- La réalisation systématique du CFS pourrait être à l'origine d'une priorisation d'évaluation des personnes âgées fragiles
- Point positif de notre travail:
 - Aucune étude ne s'était intéressée à cette question
 - Problématique de santé publique de lutte contre la dépendance iatrogène
 - Utilisation d'un score de propension
- Limites:
 - Étude monocentrique et observationnelle
 - Critère de jugement non clinique



Conclusion

- Évaluation de la fragilité = 1^{ère} étape pour PEC des patients âgés aux urgences
- Intérêt de nouveaux travaux de plus grande ampleur (méthode et critère de jugement)
- Objectif à terme: améliorer le parcours de soins non programmés des personnes âgées fragiles
- Préconisation de réorganiser les soins auprès des PA sur les urgences. (HAS, 2 mai 2024)
- Perspective: intégration d'une IPA PCS au SAU pour fluidifier le parcours de soins des personnes âgées fragiles?