

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi



Année Universitaire 2010 – 2011

Thèse N° _____/

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

THESE :

Le devenir du sujet âgé au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 15 Février 2012 à 12H devant la
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de l'Université de
Bamako du Mali.

Par : Monsieur **Adonis Martial ASSOUMOU**.

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat).

PRESIDENT DU JURY: Professeur Abdou Alassane TOURE

MEMBRE DU JURY : Docteur N'DIAYE Fatoumata N'DIAYE

MEMBRE DU JURY : Docteur Fadima Koureissi TALL

DIRECTEUR : Professeur Abdoulaye DIALLO

CO-DIRECTEUR DE THESE : Docteur Djibo Mahamane DIANGO

DEDICACES

ET

REMERCIEMENTS

DEDICACES

A Dieu tout puissant, Seigneur merci pour tout ce qui arrive dans ma vie, particulièrement en ce jour béni où je m'appête à faire un pas décisif dans ma vie. Aujourd'hui j'ose vous demander une chose comme l'a fait le roi Salomon dans le temps : l'esprit, non pas celui de gouverner mais celui d'un bon médecin qui saura appliquer la science qu'il a appris dans le plus grand respect des principes fondamentales de la vie.

A mes parents, le Général Joël Assoumou Ndong et Marie-Christine Obone Bibang, tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être. C'est à travers vos encouragements que j'ai opté pour cette noble profession, et c'est à travers vos critiques que je me suis réalisé. J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondé en moi. Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour. Vous résumez si bien le mot parent qu'il serait superflu d'y ajouter quelque chose. Que Dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez le flambeau illuminant nos chemins.

A mon défunt grand frère, Cédric Assoumou, le destin ne nous a pas laissé le temps de jouir de ce bonheur ensemble et de t'exprimer tout mon respect. Puisse Dieu tout puissant t'accorder sa clémence, sa miséricorde et t'accueillir dans son saint paradis.

□

A toute la famille Assoumou, mes frères et Sœurs : Lionel, Yannick, Olivia, Linda, Audrey, Joseph, Sara et Raphael. Que Dieu tout puissant nous comble toujours d'avantage de santé, de bonheur et nous aider à réaliser tous nos vœux. Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais.

A mon oncle et parrain, Edouard-Octave Ekogha Bibang. Merci pour ton soutien durant les moments difficiles. Je tiens à travers cette modeste dédicace t'exprimer toute mon affection et respect. Je te souhaite le bonheur et la santé.

REMERCIEMENTS

Au corps professoral de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie. Merci pour l'enseignement apporté tout au long de mon parcours et les encouragements.

A mon grand frère, Yannick Osni Assoumou. Merci pour tes encouragements et ton soutien.

A mes sœurs aînées, le Docteur Tatiana Mba Aki et Larissa Obame. Merci pour votre amour et encouragements.

A Sandrine Biyogo Bi-Eyang. Mon amie et grande sœur chérie, merci pour les conseils, les encouragements et pour ton amour.

A Annick-Marie Placca. Mon amie et sœur chérie, merci pour ton amour et encouragements.

A Marouchka Flamine Nnemmbeng Allogho. Mon amie et petite sœur chérie, merci pour tous les encouragements, les conseils et ton soutien à chaque fois que j'ai fait appel à toi. Que le seigneur t'accorde longue vie, la santé et le bonheur.

Au Dr Polle Dyana Bibalou Mihindou. Merci pour ton soutien, tes encouragements et ton amour. Ta présence dans ma vie m'a beaucoup fait changer. Je te porterai toujours dans mon cœur. Que le seigneur veille toujours sur toi et t'apporte la réussite, la santé et le bonheur.

A Rosine Kuissou. Mon amie et sœur, merci pour ton amour et tes encouragements, que Dieu tout puissant exauce tous tes vœux et t'accorde le bonheur que tu mérites.

A mes amis : Sandrine Biyogo Bi-Eyang, Dr Polle Dyana Bibalou Mihindou, Annick Marie Placca, Marouchka Flamme Nnemmbeng Allogho, Frange Nyomba Likika, Dr Linda Constance Njandjo, Dr Loica Jacqueline Moussavou, Rolyf Awore, Fyrol Awore, Francine Kemayou, Rosine Kuissou, Dr Liliane Pélagie Lemegne, Dr Marie-Christine Mbagha, Dr Dady Bouaré, Mariam Bathily, Hawa Mamie Diarrassouba,

Arsène Ndong Messi, Paturel Bekale, Maithé Mpira, Jerry Stéphan Nkoghé, Rita Hassan, Yvan Issogui, Dr Grace Akoffon, Jeffrey Massala, Rassida Ojo, Clémence Ouedraogo, Nadège Somda, Cédric Ongoungou, Rodrigue Bikangué... Merci !

A mon cousin, Ricardo Obame Ewake. Merci pour tes encouragements.

A mon groupe de travail : Dr Polle Dyana Bibalou Mihindou, Dr Linda Constance Djandjo, Marouchka Flamme Nnemmbeng Allogho. Cette thèse est le fruit de tous les efforts fournis mutuellement pendant toutes ces années. Merci pour votre soutien et encouragements. Que Dieu nous accorde tous longue vie afin que se poursuive ce lien d'amitié et de fraternité.

Au Dr Liliane Pélagie Lemegne. Merci pour ton soutien, tes encouragements et ton amour.

A ma famille les Réformateurs : Aurelien Allogho, Gaétan Garo, Arnaud Nzué, Alain Ndimina, Jaurès Wada, Simone Brice, Michelle, Linda, Maelle Ndimina, Sonia Claude Ondo, France Mawora, Aminata Kambissi, Lanelle

Mapenda, Christelle... Merci pour tous ces moments passés ensemble, que le Seigneur tout puissant nous accorde longue vie afin que se pérennise le groupe.

Au Dr Dady Bouaré. Merci pour ton soutien, ton amour et tes encouragements.

A Francine Kemayou. Merci pour ton soutien, ton amour et tes encouragements.

A Mariam Bathily. Merci pour ton soutien, tes encouragements et ton amour.

A Stéphanie Micheline Okomo Nguema. Merci pour tes encouragements et ton soutien.

Au Club du Point G : Dr Polle Dyana Bibalou Mihindou, Dr Loica Moussavou, Yvan Issogui, Jerry Stéphan Nkoghé, Dacrine, Frange Nyomba Likika, Kadidja, Aymard Mba, Fyrol Aworé, Rolyf Aworé, July Kongo...
Merci !

A la famille Kanouté. Merci pour votre soutien et vos encouragements.

A ma tante, Ada Bibang, merci.

A Wendy Mengue, merci.

A Armel Minto'o, merci.

Au personnel du Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré : les médecins, les internes, les infirmiers, les brancardiers et les techniciens de surface. Merci pour votre soutien et de votre serviabilité.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer...Merci !

HOMMAGES

AUX

MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury :

Professeur Abdou Alassane TOURE

**Professeur honoraire en Orthopédie Traumatologique à la faculté de
Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.**

Père fondateur de la SOMACOT.

Chevalier de l'Ordre National Mali.

Cher maître,

C'est avec une extrême rigueur que vous avez participé à l'amélioration de la qualité de ce travail.

En plus de vos mérites scientifiques unanimement reconnus, nous garderons de vous l'image d'un homme de caractère à la fibre paternelle prononcée et dévoué à ses étudiants.

A notre maître et juge :

Docteur N'DIAYE FATOUMATA N'DIAYE

Diplômée d'ophtalmologie.

Responsable des activités médicales à la Maison des Aînés.

Ancienne présidente de l'Ordre National des Médecins du Mali.

Cher maître,

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Votre ardeur, votre expérience, votre dévouement à la recherche gériatrique, vos connaissances forcent notre admiration. Cher maître soyez assuré de notre profond respect.

A notre maître et juge :

Docteur Fadima Koureissi TALL

Chef du Service d'Anesthésie et de Réanimation du CHU de Kati.

Maître assistant en anesthésie et réanimation à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Cher maître,

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Votre sens du devoir bien accompli, votre sens pratique et votre rigueur scientifique sont à votre honneur. Veuillez trouver ici, chère maître, l'expression de notre attachement et de notre gratitude.

A notre maître et co-directeur de thèse :

Docteur Djibo Mahamane Diango

Maître assistant en anesthésie et réanimation à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Secrétaire général de la SARMU-MALI.

Membre de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR).

Chef du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré.

Cher maître,

Vous nous avez accepté auprès de vous pour nous former sans ménager votre peine. Vos éminentes qualités humaines de pédagogue émérite ainsi que votre rigueur scientifique nous ont à plus d'un titre émerveillé.

La rigueur d'un travail scientifique, ainsi que la méthodologie nous l'avons perfectionné auprès de vous.

Votre assiduité dans le travail, votre disponibilité constante, votre grande

ouverture et vos conseils nous ont marqués. Votre humanisme nous a frappé dès les premiers instants ; à vos côtés le travail est comme une partie de plaisir.

Permettez-moi cher maître de vous réitérer l'expression de notre reconnaissance, de notre admiration et de notre attachement.

A notre maître et directeur de thèse :

Professeur Abdoulaye Diallo

Médecin colonel du service de santé des armées.

Maître de conférences en anesthésie et réanimation à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Chef du Département d'Anesthésie – Réanimation et de Médecine d'Urgence du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré.

Membre de la SARMU-MALI.

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous acceptant comme élève.

Les mots nous manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de vous.

Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que par vos multiples qualités humaines.

Votre éloquence dans l'enseignement, votre sens aigu du travail bien accompli, du respect et de la discipline font de vous un modèle.

Recevez ici, cher maître, l'expression de nos salutations les plus respectueuses et de nos sincères remerciements.

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

ADL = Activities of Dayly Living

ACR = Arrêt Cardio-Respiratoire

AMOG = Antenne Mobile d'Orientation Gériatrique

Avr = Avril

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

CNAM = Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie

CCMU = Classification Clinique des Malades des Urgences

CSCOM = Centre de Santé Communautaire

CSREF = Centre de Santé de Référence

Déc = Décembre

Févr = Février

FMPOS = Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

GAR = Gestion Axée sur les Résultats

GEMSA = Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil

GT = Gabriel Touré

HCD = Hospitalisation de Courte Durée

IERGG-MA = Institut d'Etudes et de Recherche en Géronto-Gériatrie – Maison des aînés

ISAR = Identification of Senior at Risk

IOTA = Institut Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique

Janv = Janvier

Juil = Juillet

MDSSPA = Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées

Nov = Novembre

Oct = Octobre

OMD = Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

PCI = Perte de Connaissance Initiale

PDDS = Plan Décennal de Développement Sanitaire

PDDSS = Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

PDS = Plan de Développement Sanitaire

PSPHR = Plan Santé Population Hydraulique Rurale

PRODESS = Programme de Développement Sanitaire et Social

PTF = Partenaires Techniques et Financiers

PSSP = Politique Sectorielle de Santé et de Population

RAVEC = Recensement Administratif à Vocation d'Etat Civil

SAU = Service d'Accueil des Urgences

SAMU = Service d'Aide Médicale d'Urgence

Sept = Septembre

SFMU = Société Francophone de Médecine d'Urgence

TC = Traumatisé Crânien

UHCD = Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

USLD = Unités de Soins de Longue Durée

UAOPA = Unité d'Accueil et d'Orientation des Personnes Agées

SOMMAIRE

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| I. INTRODUCTION..... | 1 |
| II. GENERALITES..... | 3 |
| 1. Réseaux et filières de soins..... | 3 |
| 2. Cas particulier de la filière gériatrique..... | 5 |
| 3. La personne âgée au Mali..... | 7 |
| 4. La 10 ^{ième} conférence de consensus de la SFMU..... | 13 |
| III. METHODOLOGIE | 16 |
| 1. Choix de la population étudiée..... | 16 |
| 2. Recueil des données..... | 16 |
| 3. Définition des variables..... | 19 |
| 4. Traitement des données..... | 23 |
| IV. RESULTATS..... | 24 |
| 1. Caractéristiques générales des personnes âgées incluses dans l'étude..... | 24 |
| 2. Caractéristique de la prise en charge aux urgences des personnes âgées incluses dans l'étude..... | 45 |
| 3. Devenir des personnes âgées après leur consultation aux urgences..... | 54 |
| V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION..... | 64 |
| 1. Points forts et limites de l'étude..... | 64 |
| 2. Caractéristiques générales de la population étudiée..... | 65 |
| 3. Prise en charge aux urgences de la population étudiée..... | 71 |

| | |
|--|-----------|
| 4. Le devenir de la population étudiée..... | 74 |
| VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS..... | 76 |
| VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | 79 |
| ANNEXES | |

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

| | |
|--|-----------|
| Caractéristiques administratives de la population..... | 24 |
| Tableau I Répartition des patients selon la tranche d'âge..... | 24 |
| Tableau II Répartition des patients selon le sexe..... | 24 |
| Tableau III Répartition des patients selon la tranche d'âge et le sexe..... | 25 |
| Tableau IV Age de la population étudiée selon le sexe..... | 25 |
| Graphique I Répartition des patients selon les groupes ethniques..... | 26 |
| Graphique II Mode d'arrivée selon la classe d'âge..... | 27 |
| Tableau V Lieux de provenance par moyen de transport..... | 28 |
| Graphique III Moyen de transport par rapport au lieu de vie..... | 29 |
| Graphique IV Existence d'un accompagnant..... | 30 |
| Graphique V Nombre de consultation par patient..... | 31 |
| Graphique VI Moment d'admission dans la semaine..... | 32 |
| Tableau VI Répartition des consultations selon l'horaire de la journée..... | 33 |
| Graphique VII Répartition des consultations par mois..... | 33 |
| | |
| Caractéristiques médicales de la population..... | 34 |
| Tableau VII Circonstances d'arrivée..... | 34 |
| Tableau VIII Motifs d'admission..... | 34 |
| Tableau IX Orientation à l'arrivée..... | 35 |
| Tableau X Médecin traitant à domicile..... | 35 |
| Graphique VIII Caractère accidentel de la consultation selon l'âge..... | 36 |
| Graphique IX Caractère accidentel de la consultation selon le sexe..... | 36 |

| | |
|--|-----------|
| Graphique X Type de pathologie..... | 37 |
| Graphique XI Patients adressés..... | 38 |
| Graphique XII Existence d'un médecin traitant..... | 39 |
| Tableau XI Nombre de traitements reçus..... | 40 |
| Graphique XIII Fonctions cognitives des patients..... | 41 |
| Graphique XIV Autonomie motrice des patients..... | 42 |
| Caractéristiques sociales de la population..... | 43 |
| Tableau XII Lieux de vie..... | 43 |
| Tableau XIII Entourage du patient..... | 43 |
| Tableau XIV Aides médico-sociales..... | 44 |
| | |
| Caractéristiques de la prise en charge aux urgences..... | 45 |
| Tableau XV Répartition des patients selon la CCMU..... | 45 |
| Tableau XVI Répartition des patients selon le GEMSA..... | 45 |
| Graphique XV CCMU des patients..... | 46 |
| Graphique XVI GEMSA des patients..... | 47 |
| Tableau XVII Temps d'attente avant prise en charge médicale..... | 48 |
| Graphique XVII Temps d'attente avant prise en charge par un médecin selon le secteur d'admission..... | 50 |
| Graphique XVIII Temps d'attente avant prise de décision médicale..... | 51 |
| Tableau XVIII Répartition des diagnostics obtenus..... | 52 |
| Graphique XIX Diagnostics retenus..... | 53 |
| | |
| Le devenir de la population étudiée..... | 53 |
| Tableau XIX Devenir des personnes âgées admises au SAU..... | 53 |

| | |
|--|-----------|
| Graphique XX Devenir après consultation aux urgences..... | 55 |
| Graphique XXI Sexe et âge des patients hospitalisés..... | 56 |
| Graphique XXII Sexe et âge des patients hospitalisés..... | 56 |
| Graphique XXIII Hospitalisation selon le moment de consultation dans la semaine..... | 57 |
| Graphique XXIV Hospitalisation selon l'horaire de consultation..... | 58 |
| Graphique XXV Secteur d'admission des patients hospitalisés..... | 59 |
| Tableau XX Devenir des personnes âgées..... | 60 |
| Graphique XXVI Devenir post UHCD..... | 60 |
| Graphique XXVII Hospitalisation par service au CHU Gabriel Touré avec ou sans séjour préalable en UHCD..... | 61 |
| Graphique XXVIII Durée moyenne de séjour au SAU du CHU Gabriel Touré..... | 62 |
| Tableau XXI Répartition des cas de décès..... | 63 |

I – INTRODUCTION

Les médecins des services d'accueil des urgences sont confrontés à un nouveau défi auquel ils sont peu préparés ; il s'agit de la prise en charge des personnes âgées. Ce défi est lié à l'allongement de la durée de vie et au recours de plus en plus fréquent aux soins d'urgences.

La prise en charge des personnes âgées est complexe, notamment à cause de leurs pathologies multiples, mais également parce qu'elle doit englober trois dimensions : médicale, psychologique et sociale, très souvent intriquées.

A ce jour les services d'urgences se trouvent au premier plan de la régulation des flux des événements intercurrents médico-sociaux non programmés. Le taux d'hospitalisation croissant avec l'âge, le dispositif de prise en charge de ces personnes âgées reste à être édifié dans ces services déjà saturés.

Les réseaux gériatriques sont devenus indispensables pour coordonner les soins ambulatoires et hospitaliers. Mais leur fonctionnement nécessite une organisation et un partenariat dans le temps, avec une répartition des rôles de chacun en concertation. Le recours aux services d'urgences des plus âgés semble par ailleurs adapté. Le fort taux d'hospitalisation s'expliquerait en majeure partie par des problèmes sociaux et environnementaux.

Depuis 1998, l'Institut d'Etudes et de Recherche en Géronto-Gériatrie, appelé Maison des Aînés (IERGG-MA) pourrait donc constituer le maillon clé du réseau puisque l'un de leur rôle est l'évaluation des besoins médico-sociaux des personnes âgées.

Pour parvenir à un réseau gériatrique fonctionnel, il faut connaître les caractéristiques du bassin gérontologique concerné. C'est pourquoi nous avons procédé à l'étude du Devenir du sujet âgé admis au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré. Nous avons ensuite

cherché à connaître les particularités de ces usagers des urgences avec les objectifs suivants :

1. Objectif général

Déterminer le devenir des personnes âgées après leur passage au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré.

2. Objectif spécifiques

- Décrire la population des personnes âgées qui ont recours au Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré, afin d'en dégager les particularités.
- Evaluer la fréquence de consultation des personnes âgées aux urgences.
- Recenser les différentes affections ayant nécessité une admission aux urgences.
- Comparer 3 classes d'âge : Les 65 – 74 ans ,75 – 85 ans et les 85 ans et plus pour mettre en exergue les spécificités des plus âgés.
- Evaluer la mortalité du sujet âgé au SAU du CHU Gabriel Touré.

II- GENERALITES

1. Réseau et filière de soins

1.1 Définition

Le Code de la Santé publique Française présente le réseau comme moyen << d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité >>. [1]

Un réseau de santé constitue donc une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. La notion de réseau de santé inclut celle de réseau de soins. [7]

En effet, les termes réseaux des soins et réseaux de santé sont souvent assimilés, mais une distinction les sépare. Ce dernier définit un cadre plus large qui comprend non seulement les prestations d'ordre médical mais aussi des interventions sociales ou environnementales. La filière de soins se rapporte donc au parcours du patient auprès des intervenants qui exercent en toute indépendance, communiquent entre eux le plus souvent par l'intermédiaire de courriers ou compte rendu et dont le pivot est majoritairement le médecin traitant.

1.2 Origine

Le Mali a adopté son premier Plan Décennal de Développement Sanitaire (PDDS) de 1966 – 1976 qui s'est efforcé de concrétiser les nouvelles orientations définies par la première république du Mali. Ensuite vint le second Plan de Développement Sanitaire (PDS 1981 – 1990) qui est l'un des premiers financements de la banque mondiale au secteur de la santé. Le troisième

dénommé Plan Santé Population Hydraulique Rurale (PSPHR) articulé autour de la Politique Sectorielle de Santé et de la Population (PSSP) le 15 Décembre 1990. Qui est fondé sur une approche globale articulant les principes des soins de santé primaires et l'Initiative de Bamako. Le quatrième Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (premier sous l'acronyme PDDSS) pour la période de 1998 – 2007, élaboré avec une large participation des départements concernés, de la société civile, des partenaires techniques et financiers (PTF), traduit cette politique en stratégie et résultats à atteindre. Le PDDSS est mis en œuvre à travers son volet opérationnel quinquennal, le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS), qui est géré à travers une approche sectorielle et fait dès lors l'objet d'une large concertation au niveau national et déconcentré. La mise en œuvre du premier PRODESS, initialement prévu sur la période de 1998 – 2002, a dû être retardée et a en fait été lancée le 24 Mars 1999, pour s'étaler sur la période 1999 – 2004. Cette première phase a fait l'objet d'une évaluation externe à mi-parcours en 2002. L'année 2004 a été une année de transition, mise à profit pour élaborer la deuxième phase du plan décennal à savoir le PRODESS II (2005 – 2009). En raison du changement institutionnel intervenu le 21 Février 2000 avec la création de deux ministères distincts, le Ministère de la Santé (MS) et le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées (MDSSPA), le PRODESS II a été structuré en deux composantes majeures : Santé et Développement Social. Cette approche, bâtie sur la Gestion Axée sur les Résultats (GAR), privilégie le souci de responsabiliser chacun des deux secteurs et de renforcer leur synergie pour favoriser l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). [5]

2. Cas particulier de la filière gériatrique

Définition et origine

Le vieillissement connaît plusieurs définitions :

- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) retient le critère d'âge de 65 ans et plus.
- Une définition sociale au Mali utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle à 60 ans, exception faite aux cadres de l'enseignement supérieur qui peuvent exercer jusqu'à 65 ans. Ce qui revient à entrer dans la vieillesse à partir de 60 ans.
- Pour le calcul des taux d'équipements et les services destinés aux personnes âgées, l'âge de 75 ans est pertinent. Enfin l'âge moyen constaté dans les institutions gériatriques est d'environ 85 ans. 75 ans est l'âge que l'on se fixe aujourd'hui pour parler de malades gériatriques et de recherche gérontologique. Le malade gériatrique étant polypathologique, polydépendant ou du moins en risque de dépendance, c'est ce type de patient qui sera préférentiellement adressé du service des urgences aux services gériatriques.

Au Mali comme plusieurs pays africains, les personnes âgées sont particulièrement touchées par les changements des technologies mondiales, par l'urbanisation et la modernisation. Toutes ces transformations influent sur les mœurs, les traditions et les habitudes dans leurs fondements. Elles modifient aussi les relations des personnes âgées entre elles et avec les jeunes générations, avec leur habitat, environnement familial et surtout avec leur famille.

Ainsi L'Institut d'Etudes et de Recherche en Géronto-Gériatrie crée selon la Loi N° 98 – 038 du 20 Juillet 1998, a pour missions de :

- sensibiliser les pouvoirs publics et les communautés sur les problèmes du vieillissement ;
- contribuer à la définition et à la mise en œuvre des objectifs de pleine participation des personnes âgées à la vie de la cité;

- élaborer et mettre en œuvre les programmes de recherche sur le vieillissement en matière de soins préventifs précoces pour un vieillissement en bonne santé ;
- assurer un appui technique aux programmes de solidarité nationale, y compris par des études ;
- contribuer à la formation, à l'information scientifique et technique du personnel socio-sanitaire dans les domaines de la gérontologie et de la gériatrie ;
- assurer l'éducation et la sensibilisation des agents de la communication et du public dans le même domaine ;
- participer à la promotion de la recherche sociale et médicale, notamment dans les domaines de la gérontologie et de la gériatrie, y compris la recherche-action.

L'Institut est chargé en outre de :

- appuyer les organisations de personnes âgées dans leurs activités de promotion collective en vue d'améliorer la vie communautaire et les relations intergénérationnelles ;
- assurer la protection du patrimoine scientifique relevant de son domaine ;
- diffuser les résultats d'études et de recherches ;
- fournir des prestations de services dans les divers domaines de sa compétence;
- appuyer la formation des ressources humaines à l'étude des problèmes liés au vieillissement et à leurs solutions;
- promouvoir la coopération nationale et internationale dans le cadre des programmes et d'accords d'assistance mutuelle. [2]

3. Les personnes âgées au Mali

3.1 Population des personnes âgées : Etat des lieux et projection

La population du Mali est jeune car elle a été multipliée par trois depuis l'indépendance. Elle aurait dépassée les 15 millions en 2010 et elle continue à s'accroître près d'un demi-million de personnes par an. [4] Cette croissance ne ralentit pas, mais s'accélère. Les résultats provisoires du recensement d'Avril 2009 donnent en effet une population de 14,5 millions d'habitants, dont 5,5 % seulement représentent la population des personnes âgées de 60 ans et plus ; avec une espérance de vie à la naissance ré-estimée récemment à 61 ans (contre 36 ans en 1960) et une fécondité de 6,6 enfants par femme en moyenne. [3]

Mais alors que la population rurale a doublé depuis l'indépendance, l'ensemble de la population urbaine a été multipliée par 10 et celle de Bamako par 15. Avec 64% de la population vivant en milieu rural en 2010, le Mali reste cependant, pour une bonne vingtaine d'années encore un pays majoritairement rural. Et Bamako dont la population est passée de quelque 130000 habitants en 1960 à près de 2 millions aujourd'hui, a vu son poids dans l'ensemble urbain passer de moins de 25% à 35%. [4]

3.2 L'offre médico-sociale autour de Bamako

a) Le District de Bamako

Sur le plan administratif et politique le Mali compte :

- 8 régions ;
- 1 District (Bamako)
- 59 cercles y compris les communes du District de Bamako ;
- 703 communes.

Les régions sont divisées en cercles et les cercles en communes. Le District de Bamako compte 6 communes qui ont rang de cercle.

Concernant l'offre de soins hospitaliers, il existe au Mali :

- 4 Hôpitaux Nationaux de troisième référence (CHU Point-G, CHU Gabriel Touré, Hôpital du Mali, CHU de Kati) ;
- 1 CHU d'Odontostomatologie ;
- 1 Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique (IOTA) ;
- 6 Hôpitaux régionaux de deuxième référence ;
- 58 centres de santé de référence (55 centres de santé de cercle et communes, 3 centres de santé de zone sanitaire).
- 55 services de développement social de cercle et communes ;
- 660 centres de santé communautaires (CSCOM) fonctionnels dont,
- 434 structures privées y compris les pharmacies et les laboratoires.
- 34 écoles et instituts de formation des agents de santé.

b) Les filières d'urgences

La filière urgences – permanence de soins du District de Bamako concerne une population de 2 millions d'habitants et s'articule autour de 4 structures d'urgences : Le CHU Point-G (SAU), le CHU Gabriel Touré (SAU), l'Hôpital du Mali (SAU) et le CHU de Kati (SAU) .

• Présentation du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

Locaux et matériels

Le service d'accueil des urgences est constitué d'un bâtiment à un seul niveau. La prise en charge des patients y est assurée 24heures sur 24 et 7jours/7.

Les unités :

-Accueil-Tri : Quand un patient arrive au Service d'Accueil des Urgences, il est immédiatement examiné par le médecin trieur aidé par l'infirmière d'accueil et d'orientation, qui le classe selon la Classification Clinique des Maladies aux Urgences (CCMU).

Cette unité est dotée de :

- brancards chacun avec une source d'oxygène, d'air, de vide une source lumineuse.
- Un scope permettant de prendre les paramètres du malade à l'entrée.
- Rideaux télescopiques permettant de garder l'intimité des malades.
- Un ordinateur sur lequel l'infirmier enregistre les paramètres vitaux du malade.

Après une évaluation rapide, le malade est orienté vers une autre unité (déchoquage, box d'attente, les box de consultation) en fonction de son état.

- Une salle de décontamination pour nettoyer les malades souillés.

- La salle de déchoquage : elle comporte

.Deux brancards chacun avec une source d'oxygène, d'air, d'aspiration sur vide ;

.Une source lumineuse ;

.Un scope ;

.un chariot d'urgence sur lequel sont stockés les produits d'urgence;

.Un lavabo pour le lavage des mains ;

.Un respirateur de transport.

Ici sont admis les malades présentant des détresses vitales qui doivent bénéficier de gestes d'urgences (intubation, ventilation, drainage thoracique...).

- L'unité d'hospitalisation de courte durée appelée UHCD

Elle comprend :

.Deux salles, une salle A pour les hommes et une salle B pour les femmes. Chacune est dotée de 4 lits .A chaque lit est affecté une source d'oxygène, d'air et d'aspiration sur vide.

Il y a aussi une toilette dans chaque salle.

Les malades cliniquement stables y restent en attendant leur transfert.

- Une unité de consultation et de soins (BOX) : Au nombre de 8 dotés chacun de:

.Un brancard avec une source lumineuse, une source d'oxygène, d'air et d'aspiration sur vide.

.Un ordinateur sur lequel les données de l'examen clinique et para clinique des malades sont enregistrées.

.Un lavabo, un sèche - main électrique, un guéridon de soins, une poubelle, un tabouret, une boîte de sécurité.

.Un interphone permettant de faciliter la communication.

Dans ces box les malades sont minutieusement examinés et bénéficient d'un traitement adéquat.

En fonction de leur état clinique les malades sont orientés vers les unités d'hospitalisation, de déchoquage ; la sortie ou transférés vers d'autres services.

On signale aussi que les deux premiers box sont réservés aux enfants et aux femmes pour consultation gynécologique.

A coté de ces box on note l'existence d'un hall d'attente.

Il comprend : 4 brancards chacun avec une source d'oxygène, d'air et d'aspiration sur vide ;

et une source lumineuse. Les malades y restent pour observation. En cas d'afflux massif, il peut servir de boxes de consultation et de soins.

Il y a aussi un défibrillateur permettant de réanimer les malades en cas d'arrêt cardio-respiratoire (A C R) brutal.

-Un observatoire où le personnel prend une pause café par moment. Il est doté d'un frigo pour conserver les réactifs de laboratoire, d'un interphone, d'un ordinateur et d'un lavabo.

-Un amphithéâtre équipé d'un rétroprojecteur où les staffs sont tenus tous les jours.

- Une unité d'imagerie médicale : elle comprend une salle de radiologie et d'échographie.

- Un laboratoire pour les analyses médicales d'urgence.

- Un bloc opératoire qui comprend :

. Une salle de stérilisation contenant :

+Un autoclave.

+Un appareil électrique de conditionnement du matériel de suture et de pansement.

. Une salle de lavage de mains pour les chirurgiens avec un lavabo et une douche

. Une salle de réveil des malades : ici les malades sont gardés jusqu'à leur réveil .Elle comprend un dispositif d'oxygène, de vide et d'air comprimé.

. Une partie qui contient un réfrigérateur banque de sang et une armoire pour garder le matériel de chirurgie. Une salle d'opération équipée de :

+Une table d'opération.

+Une table orthopédique et un amplificateur de brillance.

+Un appareil d'anesthésie.

+Un bistouri électrique.

+Un négatoscope.

+Des lampes scialytiques.

+ Une source d'oxygène, d'air et de vide.

- Une unité administrative :

+Un bureau pour le chef de service.

+Un secrétariat pour le chef de service.

+Un bureau pour le surveillant du service.

+Un secrétariat pour l'enregistrement des malades.

+Une caisse où sont payés la consultation et les différents actes posés.

+Une salle d'informatique.

Outre ces unités on note dans le service :

- Deux vestiaires (homme et femme) chacun avec ses toilettes.
- Deux magasins.
- Un central de gaz médicaux.
- Deux hangars pour les accompagnants.

NB : tout le bâtiment est alimenté par un réseau informatique, une climatisation centrale et la sécurité-incendie est assurée par quatre extincteurs.

4. La 10^e conférence de consensus de la SFMU

4.1 Un référentiel

La prise en charge de la personne âgée est complexe de part la polypathologie présente, souvent accompagnée de problèmes socio-environnementaux. Mais dans les structures d'urgences, elle prend un degré supplémentaire de difficultés car la démarche diagnostique thérapeutique y prédomine dans une contrainte de temps de plus en plus présente.

La Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) s'est donc penchée sur le sujet lors de sa 10^e conférence de consensus le 5 Décembre 2003 [20] pour proposer des recommandations mais aussi des outils d'évaluations de prise en charge de la personne âgée aux urgences.

4.2 Cinq questions

Dans cette 10^e conférence de consensus, le jury a pu répondre à cinq questions concernant : les critères d'admission, les informations nécessaires à la

prise en charge, les particularités de l'examen de la personne âgée, la prescription chez le sujet âgé et leur orientation.

Les principales recommandations qui en découlent sont :

- La rédaction d'un document accompagnant le sujet âgé qui se présente dans un service d'urgence, comprenant : son identité et le lieu de vie, le motif réel de recours aux urgences, les circonstances de survenue de la pathologie et son évolution, ses antécédents, les traitements en cours
- Le repérage des personnes âgées fragiles et l'utilisation d'outils simples d'évaluation gériatrique en cas de fragilité patente (score ADL : Activities of Daily Living [20] et de dépistage en cas de sortie (test ISAR : Identification of Senior At Risk [20], validé dans la prévention des réhospitalisations précoces)
- La prise en compte des caractéristiques sémiologiques propres à la personne âgée : présentation insidieuse de la déshydratation, faible élévation de la température dans les états infectieux, prévalence des troubles fonctionnels, iatrogénie importante. Le bilan recommandé comprend : numération formule sanguine, ionogramme sanguin, calcémie, protidémie, créatinémie, électrocardiogramme et radiologie pulmonaire.
- Le choix , quand à une prescription est nécessaire , d'un médicament à pharmacocinétique courte , à faible fixation protéique et à élimination rapide , tout en prenant en compte certains critères importants tels que la déshydratation , l'hémodynamique , la dénutrition , l'hypotension orthostatique , les troubles cognitifs , la fonction rénale et hépatique , la kaliémie , le traitement antérieur (à conserver , modifier ou arrêter selon le cas)
- L'utilisation d'un outil d'évaluation d'aide à la décision de non hospitalisation de la personne âgée [20] et l'appui sur la filière gériatrique (en cas de score ISAR positif) afin d'assurer un retour à domicile dans de

bonnes conditions, prévenir le risque de réadmission précoce, faciliter les hospitalisations dans les structures de la filière gériatrique, optimiser les soins de la personne âgée et prévenir la dépendance.

III – METHODOLOGIE

1. Choix de la population étudiée

1.1 Critères d'inclusion

Sont incluses les personnes âgées de 65 ans et plus admises au SAU du CHU G.T d'Octobre 2010 à Septembre 2011, qui ont reçu au moins un soin. Un soin est défini par la prise en charge par un soignant qui conduit ou non à des actes diagnostiques et ou thérapeutiques.

1.2 Critères de non inclusion

Toutes personnes âgées de 65 ans et plus sorties << sans soin >>, qui se sont présentées à l'accueil, se sont enregistrées administrativement mais n'ont pas attendu la prise en charge par un médecin.

1.3 Période d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, l'étude se déroule d'Octobre 2010 à Septembre 2011, soit 12 mois.

1.4 Effectif

1097 patients répondent aux critères d'inclusion pour les 24027 consultations aux urgences du CHU Gabriel Touré.

2. Recueil des données

2.1 Mode de recueil

Les données recueillies sont des informations du dossier médical du patient, du registre d'enregistrement à l'accueil et de la fiche d'enquête individuelle.

2.2 Type de données

Quatre types de données sont recueillis : des données administratives, des données médicales, des données sociales et des données concernant la prise en charge au SAU. Elles sont inscrites dans le dossier du patient tout au long de sa prise en charge soit lors de son inscription administrative à l'arrivée aux urgences, soit par l'infirmier d'accueil et d'orientation, soit par le médecin le prenant en charge. Le choix des items a été effectué après étude des différents articles se reportant au sujet.

a) Données administratives

Les données administratives recueillies sont :

- L'âge
- Le sexe
- L'ethnie
- L'adresse du domicile
- Le nombre de passages aux urgences d'Octobre 2010 à Septembre 2011
- Le nombre d'hospitalisation suite à un passage aux urgences d'Octobre 2010 à Septembre 2011
- Itinéraire
- Le mode d'arrivée
- La présence d'un accompagnant
- La date et l'horaire d'entrée
- La date et l'horaire de sortie

b) Données médicale

Les données médicales sont :

- Le fait d'être référé ou non
- L'existence d'un médecin traitant
- L'existence d'un traitement précédent
- L'orientation à l'arrivée : chirurgie/médecine ou médecine puis chirurgie et vice-versa
- Le motif de consultation
- Le caractère accidentel ou somatique
- L'autonomie et les fonctions cognitives du patient

c) Données sociales

Les données sociales concernent :

- Le lieu de vie du patient
- Son entourage
- La trace d'un contact médico-social antérieur

d) Données relatives à la prise en charge au SAU

Les données liées à la prise en charge dans le service d'urgences sont :

- Le classement de la CCMU
- Le classement GEMSA
- Le temps d'attente avant la prise en charge médicale
- La durée de prise en charge aux urgences
- La trace de l'intervention de l'assistante sociale
- Le devenir du patient après son passage au SAU du CHU Gabriel Touré

- Service d'hospitalisation au CHU Gabriel Touré, si hospitalisation
- Le diagnostic retenu
- Le diagnostic retenu par discipline
- La mortalité

3. Définition des variables

3.1 Variables administrative

Le Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré étant un hôpital de 3^{ème} référence couvre ainsi toutes les 6 communes du District de Bamako et l'ensemble des régions du Mali.

Le patient arrive aux urgences par ses propres moyens, par un moyen de transport professionnel (ambulance, pompiers), la police ou autrement.

3.2 Variables médicales

Sont comptabilisés comme traitement du patient tous les médicaments de la dernière ordonnance, qu'ils fassent partie du traitement chronique habituel ou qu'ils soient instaurés pour une durée déterminée lors d'un accès aigu récent, devant l'absence de précision sur le dossier de la majorité des patients.

Les patients sont dirigés à leur arrivée aux urgences soit vers le secteur médical, soit vers le secteur chirurgical. Les patients ont recours aux urgences pour un ou plusieurs motifs. Il n'existe pas encore de thésaurus national des motifs de recours aux urgences. La SFMU y travaille. Pour notre étude, nous avons recherché tous les motifs de recours afin de dégager ceux les plus fréquents. Le caractère accidentel ou somatique est précisé.

L'autonomie motrice du patient est classée en trois catégories : autonomie normale, autonomie altérée ou patient grabataire. Ce classement est soit le résultat de sa précision dans le dossier, soit une évaluation globale de l'observation quand l'autonomie n'est pas précisée. C'est l'autonomie habituelle du patient qui a été identifiée, indépendamment de la dégradation qui pouvait résulter d'un évènement intercurrent aigu. Le patient grabataire est défini comme un patient qui ne peut quitter son lit. Un seul élément limitant l'autonomie suffit à classer le patient dans une autonomie altérée.

Les fonctions cognitives du patient sont de même réparties en trois catégories : fonctions cognitives normales, altérées ou démence. Ce classement résulte soit de la précision de l'état noté dans le dossier, soit de ce qui se dégage de l'ensemble de l'observation si aucun élément le précisant n'a été retrouvé. Le patient dément est défini comme ayant un déficit acquis des fonctions cognitives ayant un impact sur la vie quotidienne, professionnelle ou sociale. Les patients qui ont une atteinte des fonctions cognitives légères sans répercussion notable sur leur quotidien sont classés dans la catégorie des fonctions altérées, de même que les patients présentant une confusion.

3.3 Variables sociales

Nous avons retenu deux lieux de vie du patient : le domicile et l'institution. Le domicile, utilisé au sens large du terme, regroupe le domicile propre du patient, autant que le domicile d'un proche qui l'héberge ou un foyer logement où la personne âgée garde une autonomie mais dans un cadre sécurisant. L'institution est retenue s'il s'agit d'un lieu d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes voir qui nécessitent des soins particuliers et dont la situation est amenée à se pérenniser (Unités de Soins Longue Durée, maison de retraite). Dans ce cadre, les patients qui proviennent

d'un court séjour hospitalier mais dont le projet est un retour à domicile sont considérés comme vivant à domicile.

L'entourage du patient, s'il est présent, est classé en quatre catégories : seul(e), enfant(s), conjoint(e), conjoint(e) et enfant(s).

3.4 Variable concernant la prise en charge

La Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) est composée de cinq classes selon la gravité clinique des patients estimée par les médecins a priori : Les deux premières correspondent à des états jugés non susceptibles de s'aggraver, la troisième à un état susceptible de s'aggraver sans mise en jeu du pronostic vital et les deux dernières à un pronostic vital menacé [7] :

- CCMU 1 : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable avec abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser au service des urgences.
- CCMU 2 : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser aux urgences.
- CCMU 3 : état lésionnel ou pronostic fonctionnel susceptible de s'aggraver aux urgences et n'engageant pas le pronostic vital.
- CCMU 4 : situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
- CCMU 5 : situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

La Classification du Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil (GEMSA) distingue six types de passage définis à posteriori selon la prise en charge du patient et sa trajectoire :

- GEMSA 1 : patient décédé à l'arrivée ou avant tout geste de réanimation.
- GEMSA 2 : patient non convoqué sortant après soin et/ou consultation.
- GEMSA 3 : patient convoqué pour soin et/ou consultation à distance de la première prise en charge.
- GEMSA 4 : patient non attendu dans un service d'hospitalisation et hospitalisé après passage aux urgences.
- GEMSA 5 : patient attendu dans un service d'hospitalisation et passant par les urgences pour des défauts d'organisation hospitalière.
- GEMSA 6 : patient nécessitant des soins lourds ou assidus pendant au moins une heure aux urgences.

Le temps d'attente avant la prise en charge médicale du patient est défini par le temps s'écoulant entre son heure d'entrée aux urgences correspondant au moment où il s'enregistre à l'accueil, et le moment où il est pris en charge par le médecin (ou interne ou externe ou étudiant hospitalier), c'est-à-dire quand ce dernier s'enregistre dans le dossier médical du patient pour débiter son observation.

La durée de prise en charge aux urgences est définie par le temps entre l'enregistrement du patient à son arrivée aux urgences et la prise de décision médicale. L'hospitalisation à l'UHCD et au déchoquage sont notés ainsi que leur durée.

Le devenir du patient après son passage dans le service d'urgences (y compris UHCD et déchoquage) se décline de différentes façons : un retour à domicile, une hospitalisation dans un service du CHU Gabriel Touré,

un transfert au CHU du Point-G ou au CHU de Kati, une sortie contre avis médical, ou enfin un décès.

4. Traitement des données

Les données ont été saisies et analysées grâce aux logiciels PASW Statistics 18 et Microsoft Excel 2010.

V – RESULTATS

1. Caractéristiques générales des personnes âgées de 65 ans et plus incluses dans l'étude

1.1 Données administratives

Les personnes âgées de 65 ans et plus incluses dans l'étude sont responsables de 1097 des 24027 passages au SAU du CHU Gabriel Touré d'Octobre 2010 à Septembre 2011, ce qui correspond à 4,5 % du total des passages.

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

| Age | Effectifs | Pourcentages |
|--------------|-------------|--------------|
| 65-74 ans | 646 | 58,9% |
| 75-85 ans | 375 | 34,2% |
| >85 ans | 76 | 6,9% |
| Total | 1097 | 100% |

La tranche d'âge de 65-74 ans est la plus représentée avec 58,9%.

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe.

| Sexe | Effectifs | Pourcentages |
|--------------|-------------|--------------|
| Hommes | 587 | 53,5% |
| Femmes | 510 | 46,5% |
| Total | 1097 | 100% |

Le sexe masculin représente 53,5% de la population étudiée.

Tableau III : Répartition des patients selon la tranche d'âge et le sexe.

| Tranche d'âge | Hommes | Femmes | Total |
|---------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 65-74 ans | 360 (32,82%) | 286 (26,1%) | 646 (58,9%) |
| 75-85 ans | 188 (17,13%) | 187 (17,1%) | 375 (34,2%) |
| >85 ans | 39 (3,55%) | 37 (3,3%) | 76 (6,9%) |
| Total | 587 (53,5%) | 510 (46,5%) | 1097 (100%) |

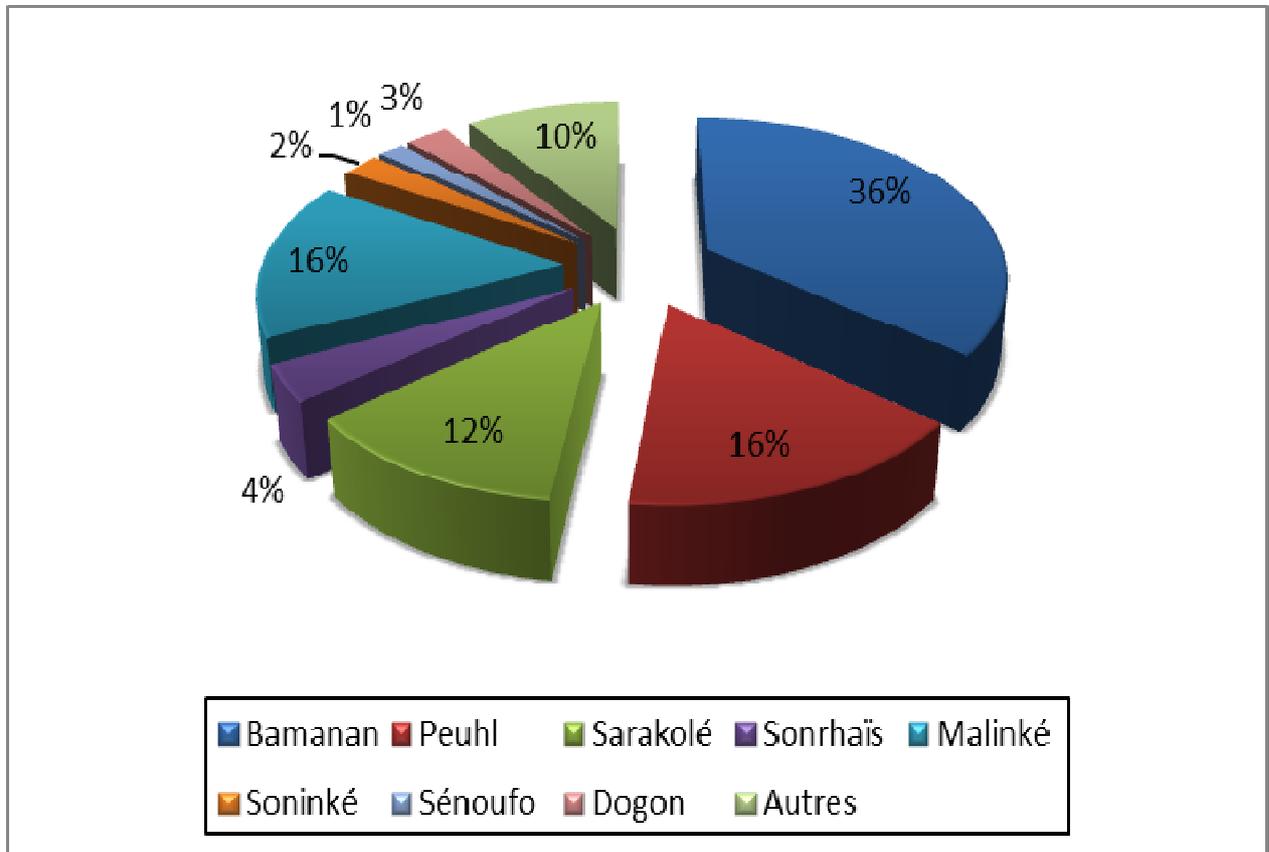
Les hommes sont majoritaires dans toutes les tranches d'âge, avec 32,82% pour celle de 65-74 ans, 17,13% pour celle de 75-85 ans et 3,55% pour la tranche d'âge de 85 ans et plus.

Tableau IV : Age de la population étudiée selon le sexe.

| Age | Femmes | Hommes |
|-------------|----------|----------|
| Age maximum | 100 ans | 98 ans |
| Age moyen | 71,4 ans | 71,1 ans |
| Age minimum | 65 ans | 65 ans |

L'âge moyen des femmes est plus élevé que celui des hommes : 71,4 ans contre 71,1 ans mais la prédominance était masculine à 53,5%, soit un ratio de 1,15.

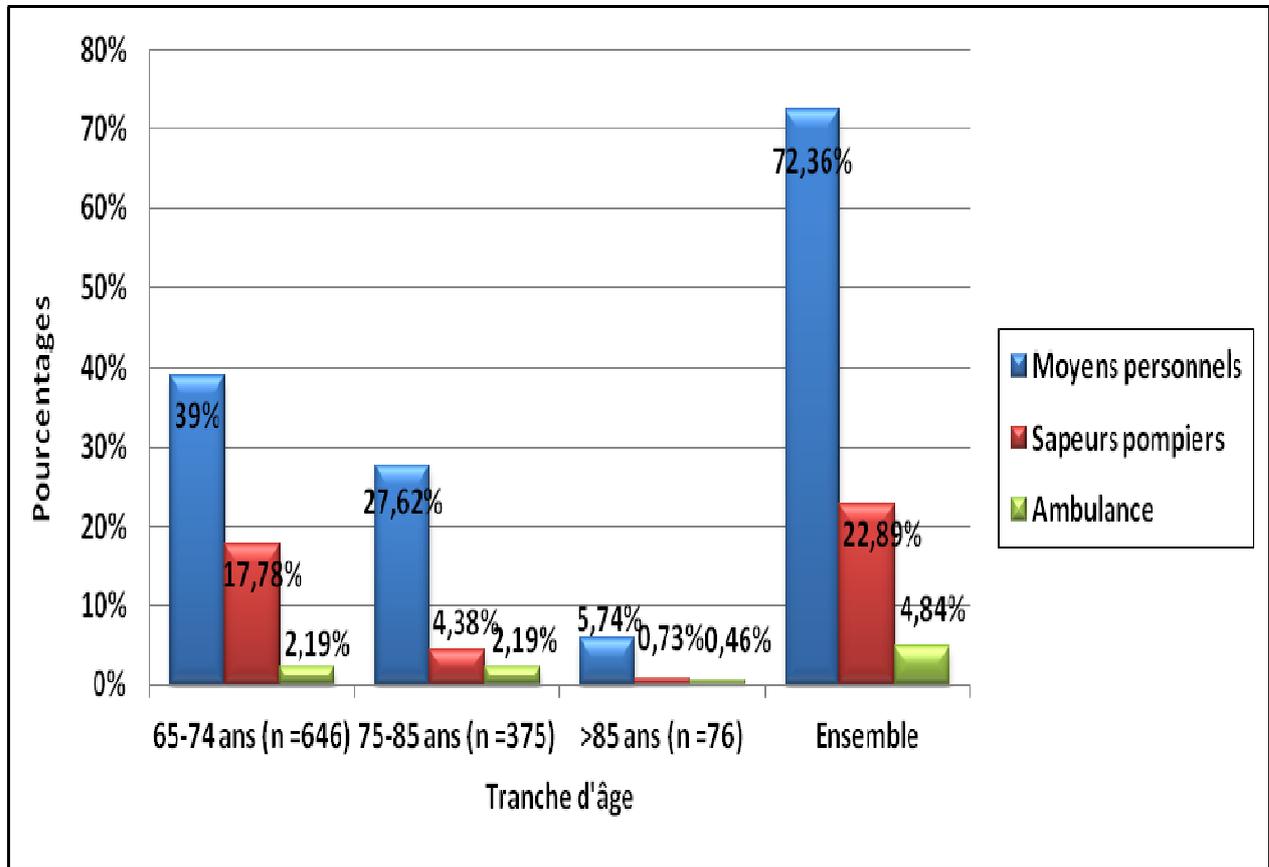
Graphique I : Répartition des personnes âgées selon les groupes ethniques.



Autres : Kassonké , Touaregs , Française , Bobo , Bozo , Kakolo , Canadienne , Guinéenne , Dioula , Mianka , Diokaramé , Wolof , Maures , Dafin , Nigérien , Sosso , Toucouleur , Tamacheck .

Dans notre série les groupes ethniques étaient en majorité constitués de Bamanan soit 36 %.

Graphique II : Mode d'arrivée par classe d'âge des patients lors des 1097 consultations au SAU.



72,36% des personnes âgées arrivent aux urgences via un moyen personnel.

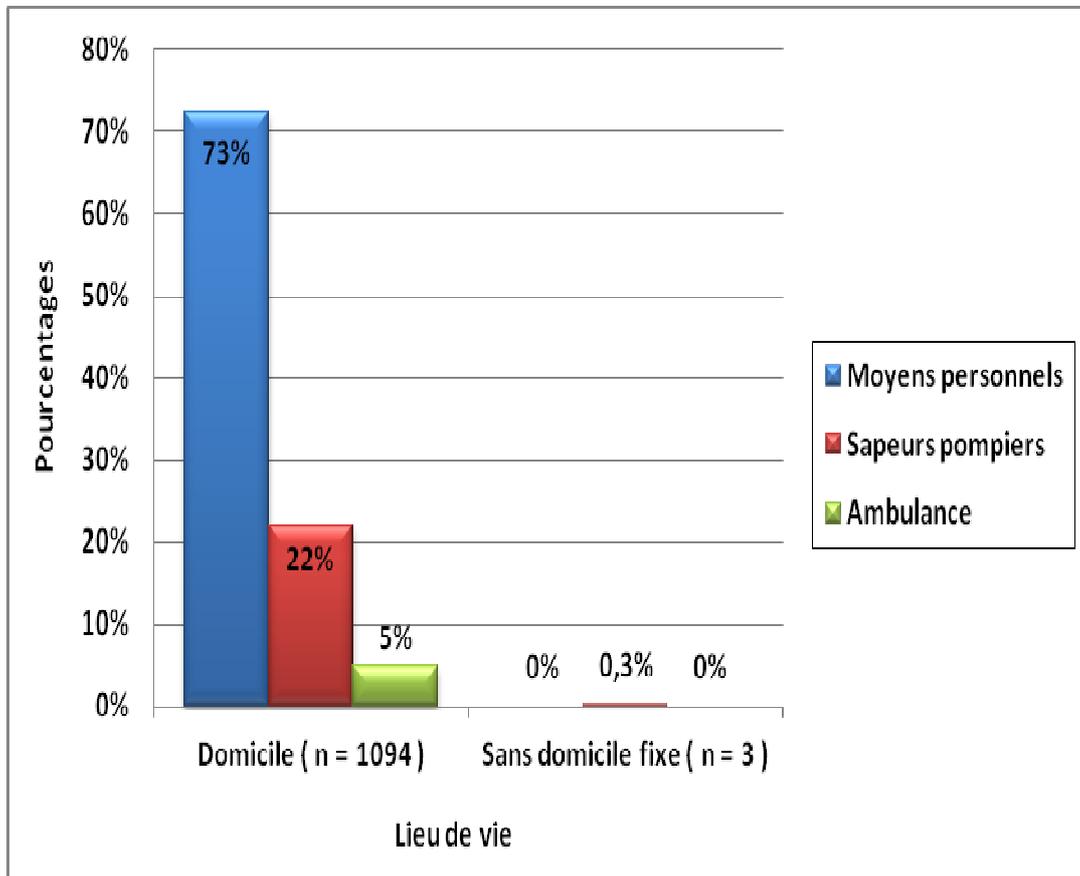
Tableau V : Lieux de provenance par moyen de transport.

| Lieux | Mode d'arrivée | | | Total |
|------------------|-------------------|------------------|------------|---------------|
| | Moyens personnels | Sapeurs pompiers | Ambulance | |
| Bamako | 781 (71,19%) | 239 (21,79%) | 17 (1,55%) | 1037 (94,53%) |
| Kati | 5 (0,5%) | 5 (0,5%) | 1 (0,1%) | 11 (1%) |
| Koulikoro | 0 | 0 | 9 (0,9%) | 9 (0,83%) |
| Kayes | 2 (0,2%) | 0 | 14 (1,34%) | 16 (1,46%) |
| Ségou | 0 | 0 | 3 (0,3%) | 3 (0,27%) |
| Mopti | 0 | 0 | 1 (0,1%) | 1 (0,09%) |
| Autres | 5 (0,5%) | 7 (0,7%) | 8 (0,8%) | 20 (1,82%) |
| Total | 793 (72,39%) | 251 (22,99%) | 53 (5,09%) | 1097 (100%) |

Autres : Bougouni , Fana , Niamana , Samé , Nioro , Yanfolina , Diéma , Kita , San , Siby et Conakry .

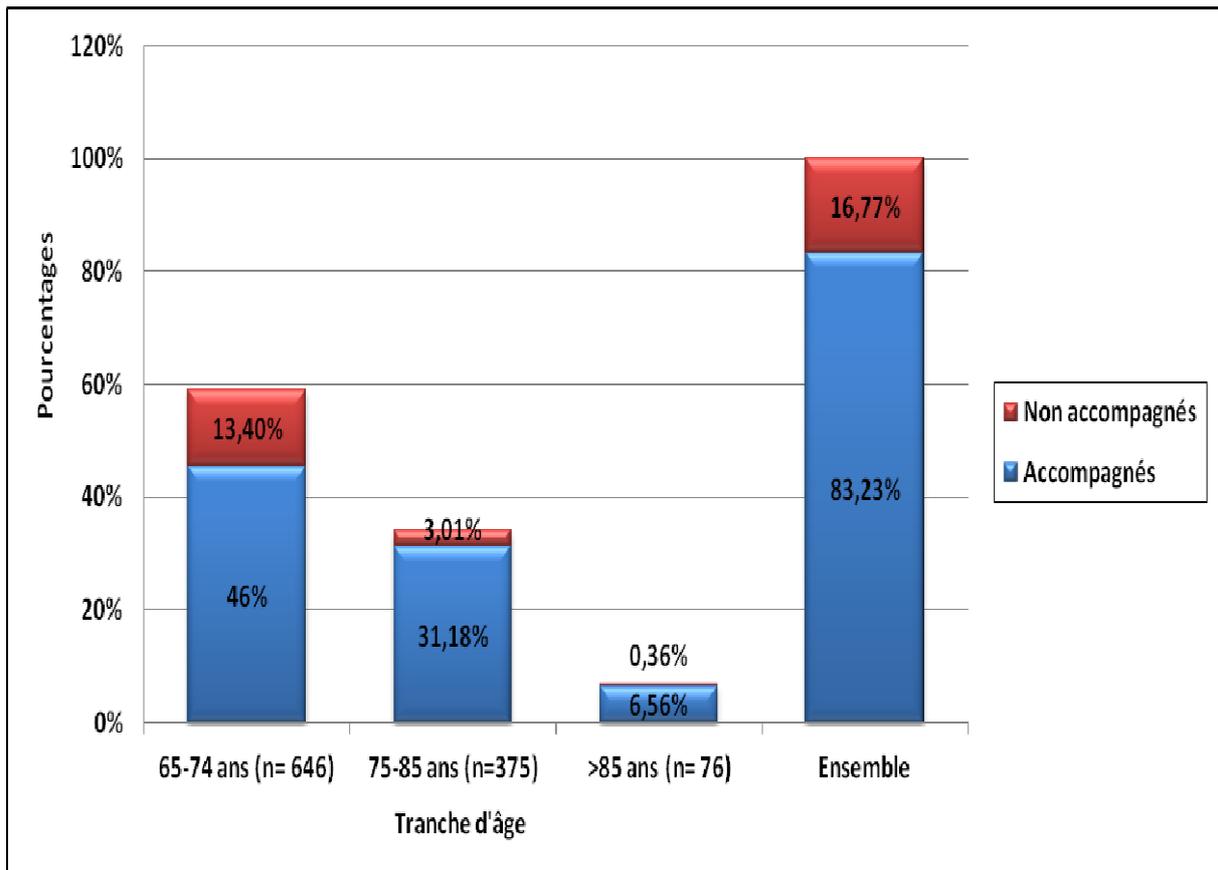
94,53% des patients étaient de Bamako.

Graphique III : Moyen de transport par rapport au lieu de vie.



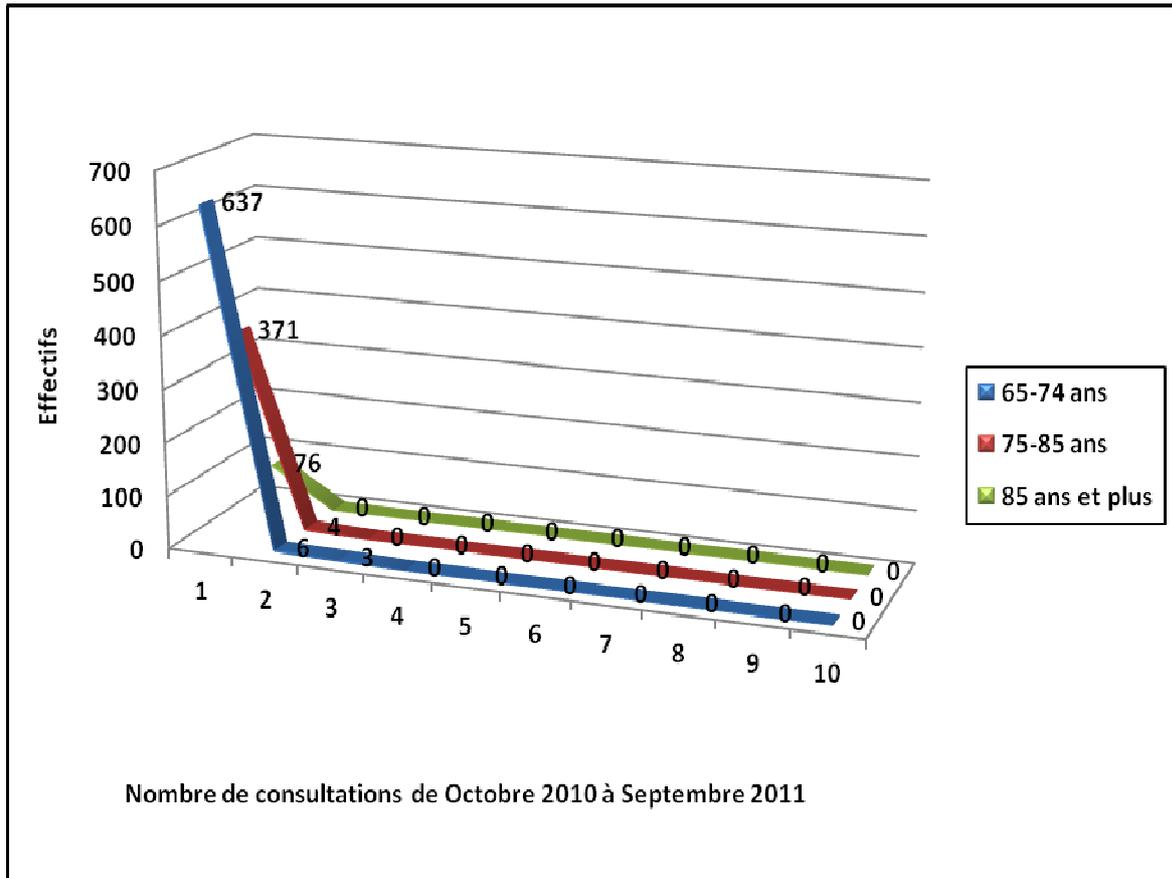
73 % des patients issus du domicile ont recours aux moyens personnels, seulement 0.3% des patients sans domicile fixe ont eu recours aux sapeurs pompiers.

Graphique IV : Existence d'un accompagnant lors des 1097 consultations.



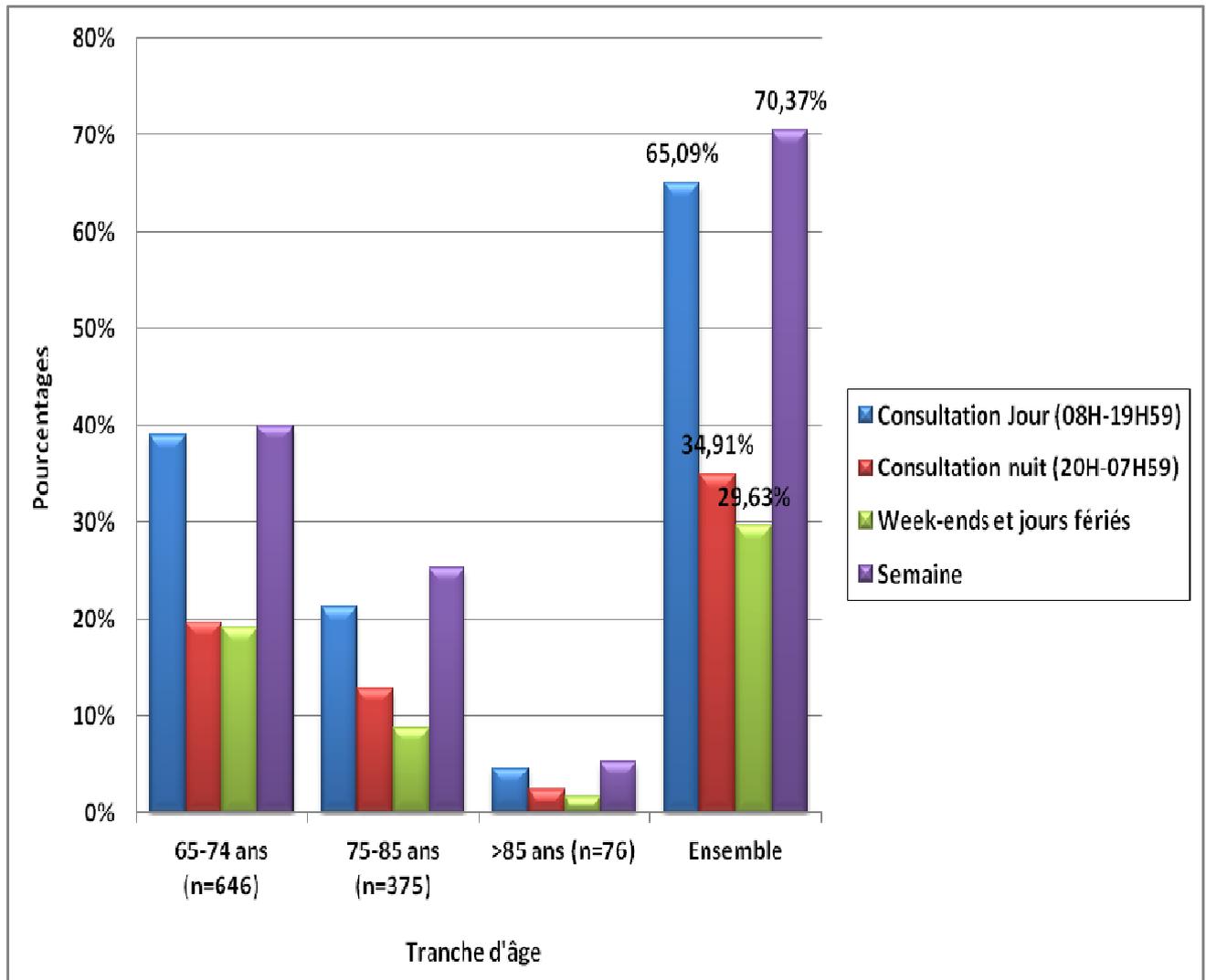
L'absence d'un accompagnant est observée dans 16,77 % des cas (n = 184).

Graphique V : Nombre de consultations au SAU.



Chaque patient âgé de 65 ans et plus s'est présenté en moyenne 1,01 fois au SAU du CHU Gabriel Touré.

Graphique VI : Moment d'admission dans la semaine.



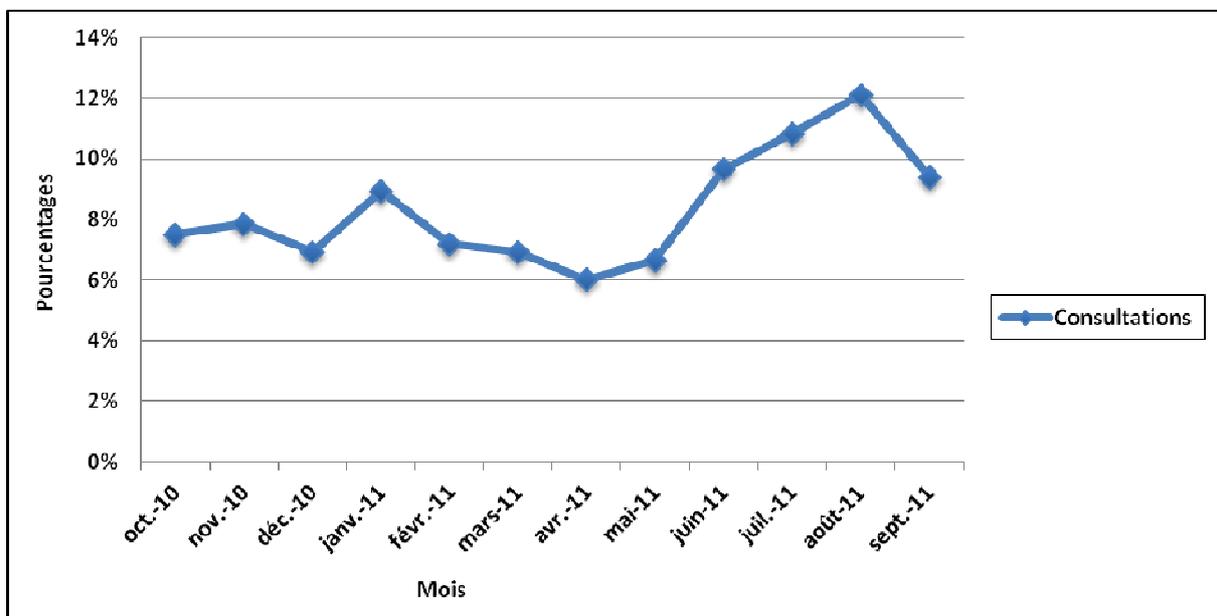
70,37 % des consultations de la population étudiée ont lieu pendant la semaine (du lundi au vendredi hors jours fériés soit au total 257 jours entre Octobre 2010 et Septembre 2011) ; 34,91% des patients viennent de nuit (entre 20H et 07H59).

Tableau VI : Répartition des consultations selon l'horaire de la journée.

| | Horaires de la journée | | | | | | | | | | | | Total |
|-------------------|------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------|
| | 07H - 09H | 09H - 11H | 11H - 13H | 13H - 15H | 15H - 17H | 17H - 19H | 19H - 21H | 21H - 23H | 23H - 01H | 01H - 03H | 03H - 05H | 05H - 07H | |
| 65-74 ans | 63 | 81 | 71 | 68 | 62 | 61 | 76 | 46 | 37 | 41 | 23 | 17 | 646 |
| 75-85 ans | 32 | 41 | 45 | 39 | 30 | 36 | 47 | 51 | 21 | 18 | 12 | 3 | 375 |
| >85 ans | 7 | 7 | 9 | 9 | 6 | 7 | 6 | 5 | 7 | 10 | 2 | 1 | 76 |
| Total | 102 | 129 | 125 | 116 | 98 | 104 | 129 | 102 | 65 | 69 | 37 | 21 | 1097 |

Nous avons 2 pics de fréquentation : 7H-15H et 17H-23H.

Graphique VII : Répartition des consultations par mois.



Cinq mois de forte fréquentation (Janvier, Juin, Juillet, Août, Septembre).

1.2 Données médicales

Tableau VII : Circonstances d'arrivée.

| Circonstances d'arrivée | Effectifs | Pourcentages |
|-------------------------|-------------|--------------|
| Non accidentel | 776 | 69,8% |
| Accident | 331 | 30,2% |
| Total | 1097 | 100% |

Les circonstances d'arrivée aux urgences de la population étudiée sont non accidentelles dans 69,8% des cas sans différence significative entre les classes d'âges ou selon le sexe.

Tableau VIII : Motifs d'admission.

| Motif d'admission | Effectifs | Pourcentages |
|------------------------------|-------------|--------------|
| Douleur | 604 | 55,1% |
| Altération de la conscience | 162 | 14,8% |
| Altération de l'état général | 137 | 12,5% |
| Gêne respiratoire | 61 | 5,4% |
| Chute | 46 | 4,2% |
| Malaise | 34 | 3,1% |
| Traumatisme | 29 | 2,6% |
| TC+PCI | 16 | 1,5% |
| Brûlure | 2 | 0,2% |
| Electrocution | 1 | 0,1% |
| Autres | 5 | 0,5% |
| Total | 1097 | 100% |

Le problème principal invoqué pour le recours aux urgences est la douleur (55,1%).

Tableau IX : Orientation à l'arrivée.

| Orientation à l'arrivée | Effectifs | Pourcentages |
|---|------------------|---------------------|
| Médecine | 967 | 88,1% |
| Médecine puis chirurgie et vice-versa. | 68 | 6,2% |
| Chirurgie | 62 | 5,7% |
| Total | 1097 | 100% |

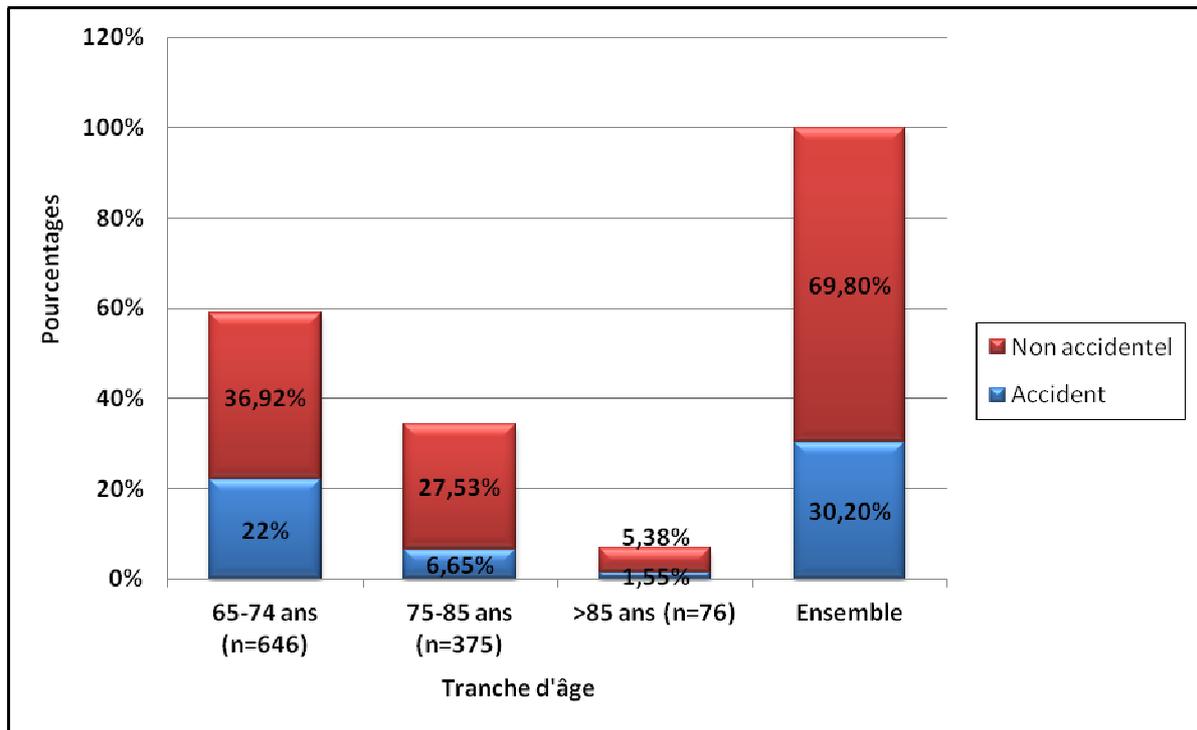
L'orientation vers le secteur médical concerne 88,1%.

Tableau X : Médecin traitant à domicile.

| Médecin traitant | Effectifs | Pourcentages |
|-------------------------|------------------|---------------------|
| Non | 1080 | 98,5% |
| Oui | 17 | 1,5% |
| Total | 1097 | 100% |

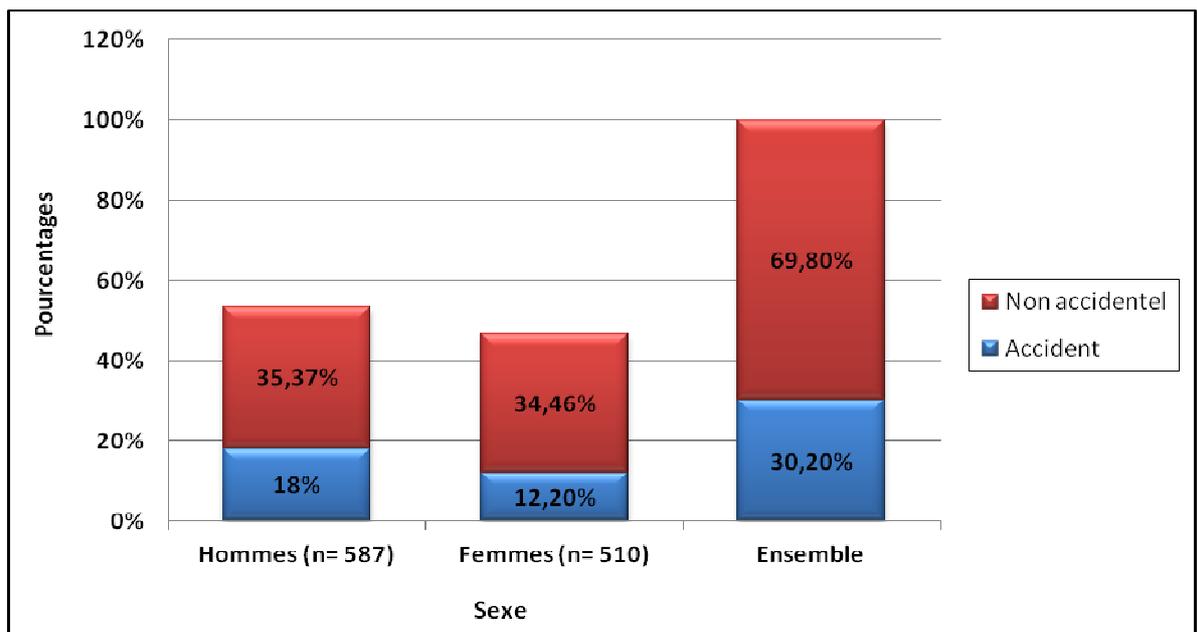
Il existe un médecin traitant pour 1,5% des patients seulement.

Graphique VIII : Caractère accidentel des 1097 consultations au SAU.



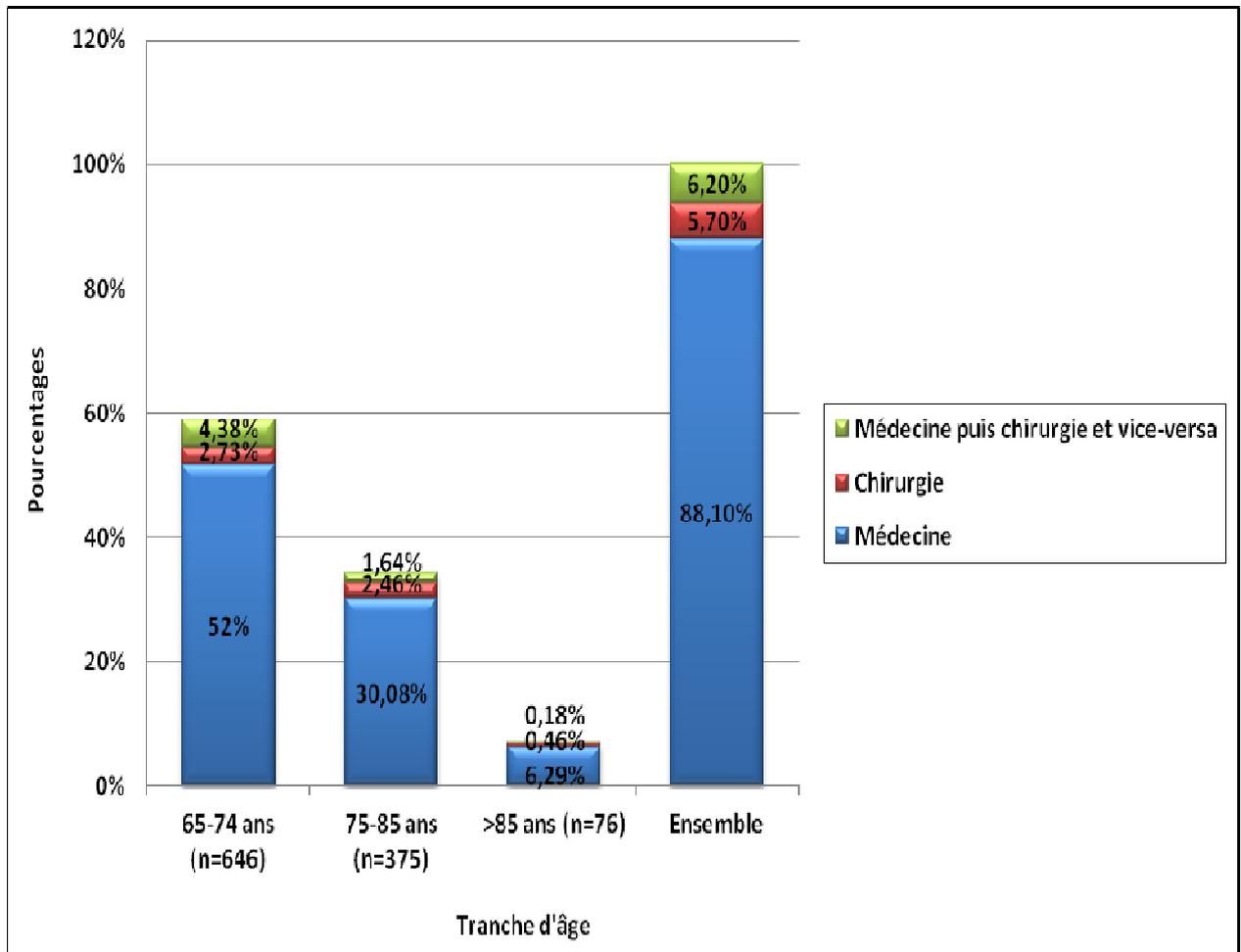
69,8% des consultations sont non accidentelles.

Graphique IX : Caractère accidentel des 1097 consultations au SAU selon le sexe.



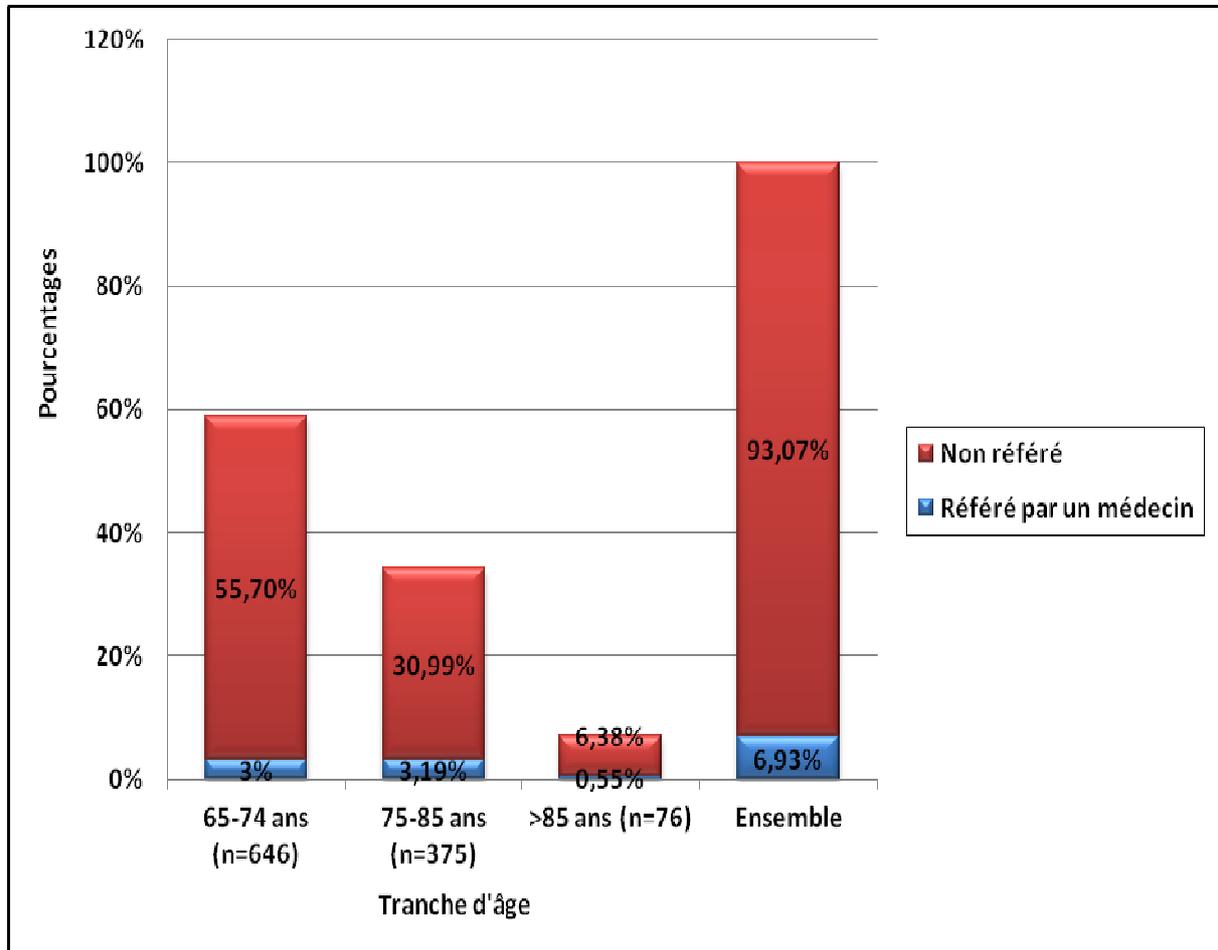
35,37% des consultations sont non accidentelles pour les hommes.

Graphique X : Type de pathologie des patients âgés au SAU.



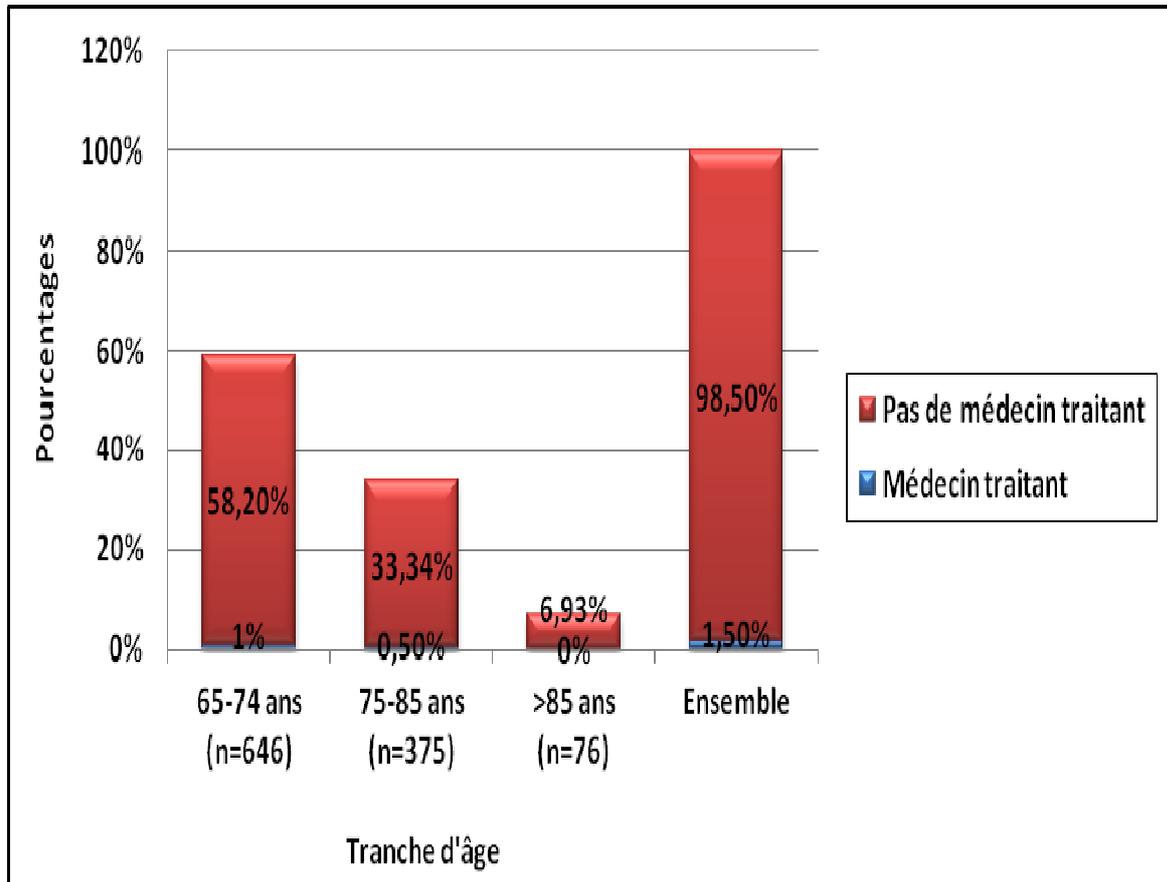
88,1% des consultations concernent le secteur médical.

Graphique XI : Répartition selon l'existence d'un médecin référant des patients âgés au SAU.



Les patients ont été référés dans 6,93% des cas seulement.

Graphique XII : Existence d'un médecin traitant avant l'arrivée au SAU.



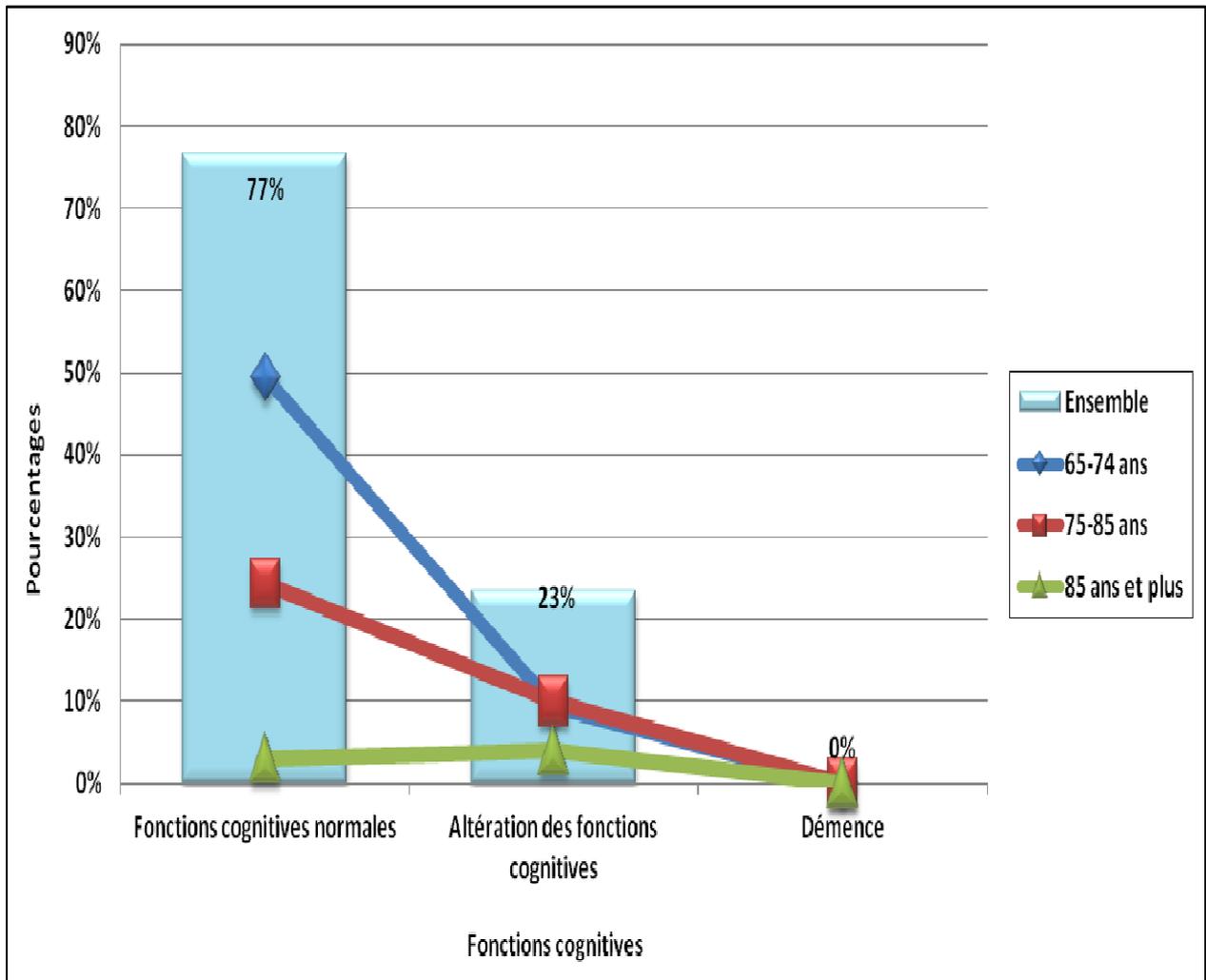
Sur les 1097 consultations, 1080 patients ne possèdent pas de médecin traitant soit 98,5%.

Tableau XI : Dernier traitement reçu par les personnes âgées admises au SAU.

| Age | Dernier traitement reçu | | Total |
|-------------------|-------------------------|---------------|--------------|
| | Oui | Non | |
| 65-74 ans | 44 (4,01%) | 602 (54,88%) | 646 (58,89%) |
| 75-85 ans | 38 (3,46%) | 337 (30,72%) | 375 (34,18%) |
| >85 ans | 5 (0,46%) | 71 (6,47%) | 76 (6,93%) |
| Total | 87 (7,83%) | 1010 (92,07%) | 1097 (100%) |

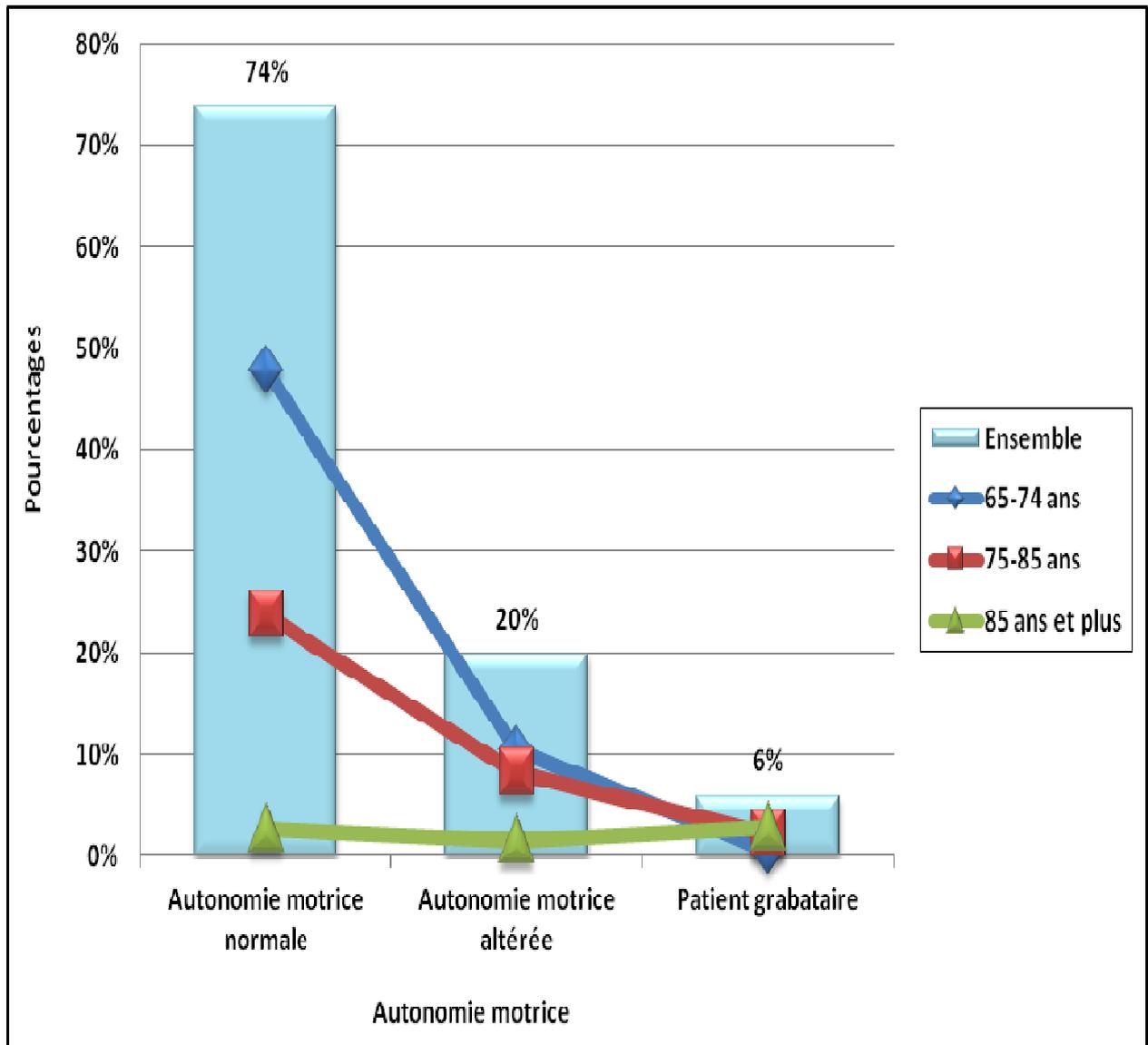
Un traitement précédent la prise en charge au SAU du CHU Gabriel Touré a été retrouvé chez 7,83 % des patients.

Graphique XIII : Fonctions cognitives des personnes âgées lors des 1097 consultations au SAU.



77 % de la population étudiée a des fonctions cognitives normales.

Graphique XIV : Autonomie motrice des personnes âgées lors des 1097 consultations au SAU.



Une autonomie motrice normale est retrouvée dans 74 % des consultations des personnes âgées de 65 ans et plus.

1.3 Données sociales

Tableau XII : Lieu de vie.

| Lieu de vie | Effectifs | Pourcentages |
|--------------------|-----------|--------------|
| Domicile | 1094 | 99,7% |
| Sans domicile fixe | 3 | 0,3% |
| Total | 1097 | 100% |

Dans 99,7% des consultations de la population étudiée, les personnes âgées vivent à domicile.

Tableau XIII : Entourage du patient.

| Entourage | Effectifs | Pourcentages |
|-------------------------------|-----------|--------------|
| Avec conjoint(e) et enfant(s) | 743 | 67,7% |
| Avec enfant (s) | 347 | 31,6% |
| Vit seul (e) | 5 | 0,5% |
| Avec conjoint (e) | 2 | 0,2% |
| Total | 1097 | 100% |

67,7% sont entourées par leur conjoint et enfants.

Tableau XIV : Aides médico-sociales.

| Aides médico-sociales | Effectifs | Pourcentages |
|------------------------------|------------------|---------------------|
| Non | 1090 | 99,4% |
| Oui | 7 | 0,6% |
| Total | 1097 | 100% |

Une aide médico-sociale a été retrouvée chez 7 malades hospitalisés soit 0,6% des malades hospitalisés.

2. Caractéristique de la prise en charge aux urgences des personnes âgées de 65 ans et plus incluses dans l'étude.

2.1 Classifications

Tableau XV : Répartition des patients selon la CCMU.

| CCMU | Effectifs | Pourcentages |
|--------------|-------------|--------------|
| CCMU 1 | 50 | 4,5% |
| CCMU 2 | 608 | 55,5% |
| CCMU 3 | 9 | 0,8% |
| CCMU 4 | 406 | 37% |
| CCMU 5 | 24 | 2,2% |
| Total | 1097 | 100% |

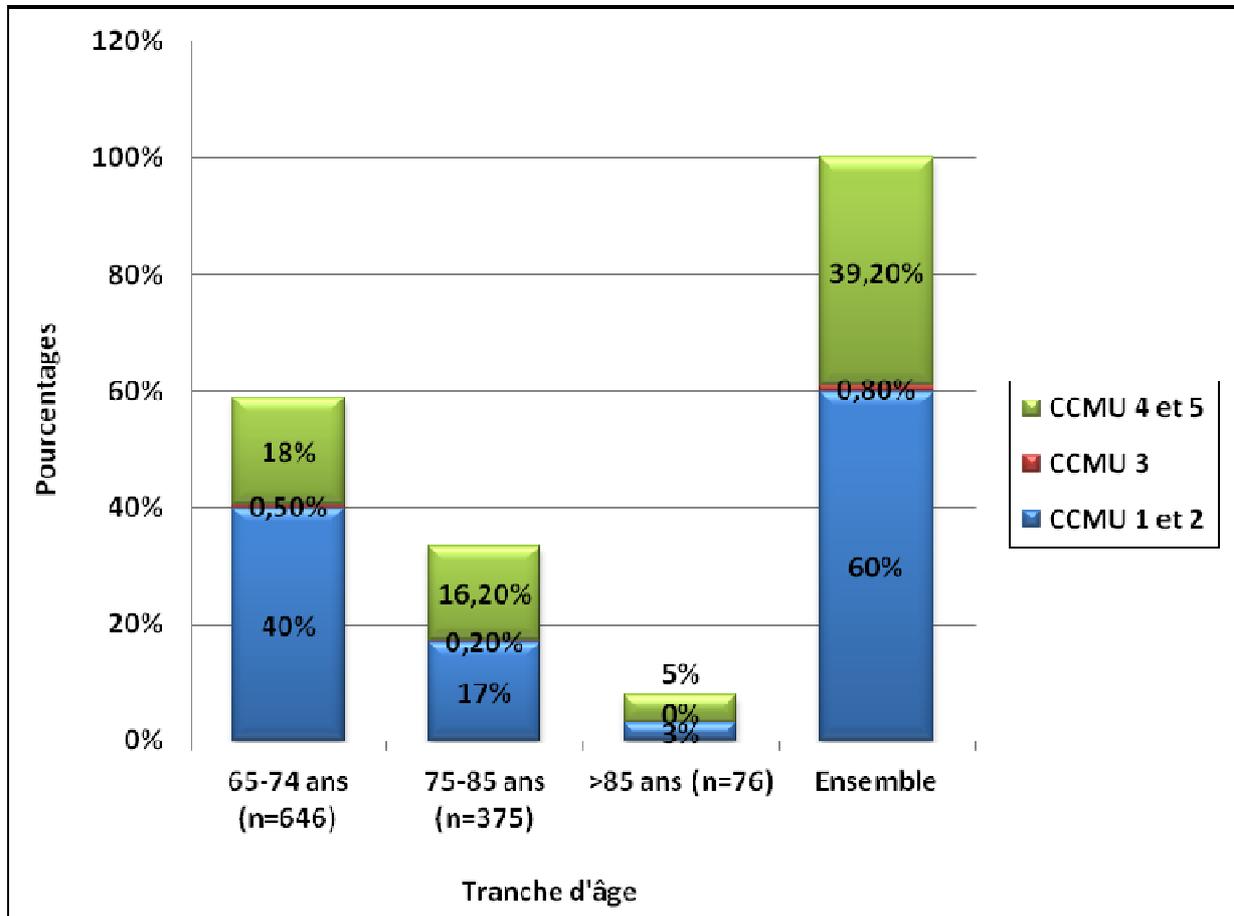
Selon la CCMU, dans 60% des consultations de la population étudiée, un état clinique jugé non susceptible de s'aggraver (CCMU 1 et CCMU 2) est retrouvé.

Tableau XVI : Répartition des patients selon le GEMSA.

| GEMSA | Effectifs | Pourcentages |
|--------------|-------------|--------------|
| GEMSA 1 | 0 | 0 |
| GEMSA 2 | 630 | 57,4% |
| GEMSA 3 | 18 | 1,6% |
| GEMSA 4 | 332 | 30,3% |
| GEMSA 5 | 4 | 0,4% |
| GEMSA 6 | 113 | 10,3% |
| Total | 1097 | 100% |

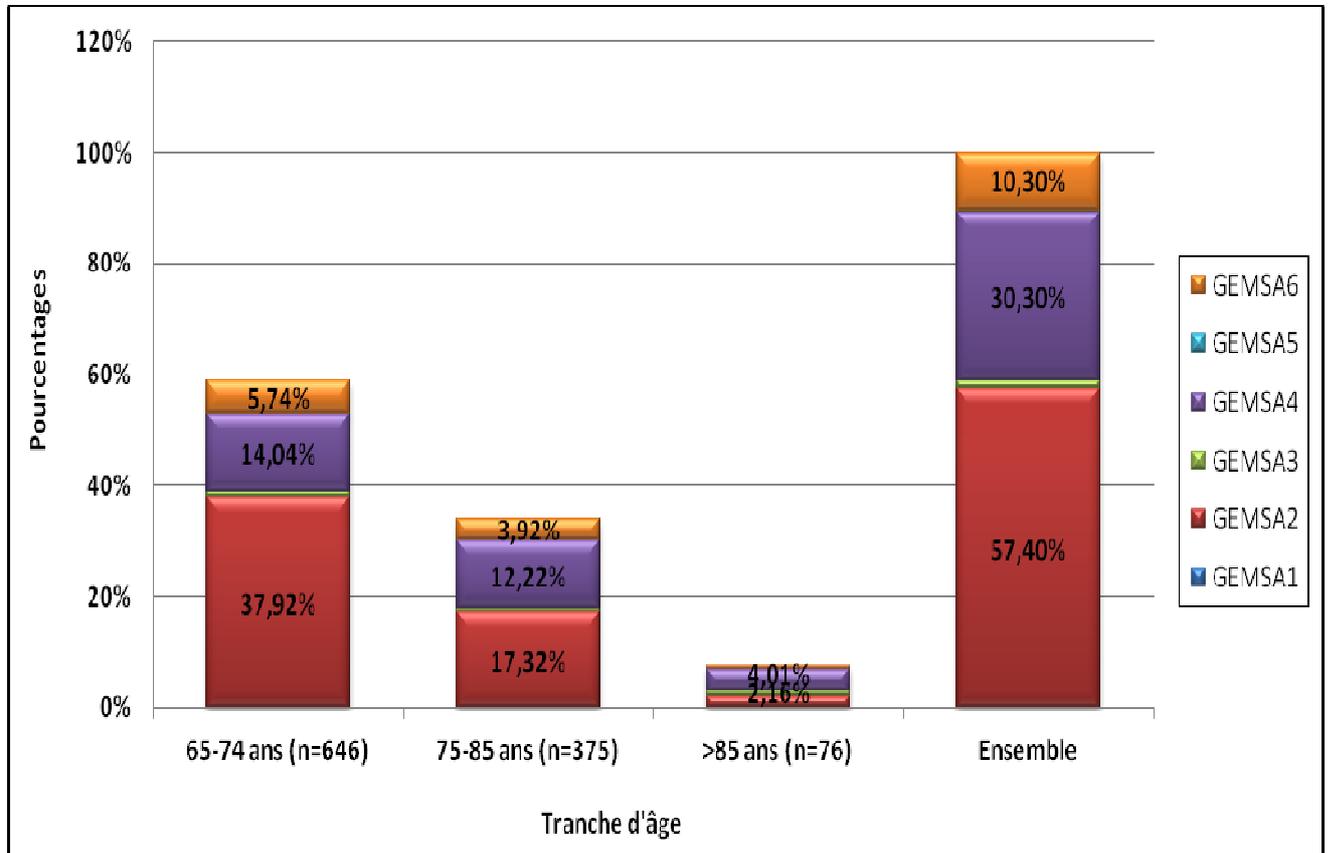
Selon la classification GEMSA, 30,3% des consultations ont abouti à une hospitalisation (GEMSA 4) et 57,4% à une sortie sans convocation à la suite (GEMSA 2).

Graphique XV : CCMU lors des 1097 consultations au SAU.



60% des consultations de la population étudiée ont abouti à un état non susceptible de s'aggraver (CCMU1 et CCMU 2).

Graphique XVI : GEMSA lors des 1097 consultations au SAU.



57,4% des consultations de la population étudiée ont abouti à une sortie sans convocation à la suite (GEMSA 2) et 30,3% à une hospitalisation (GEMSA 4).

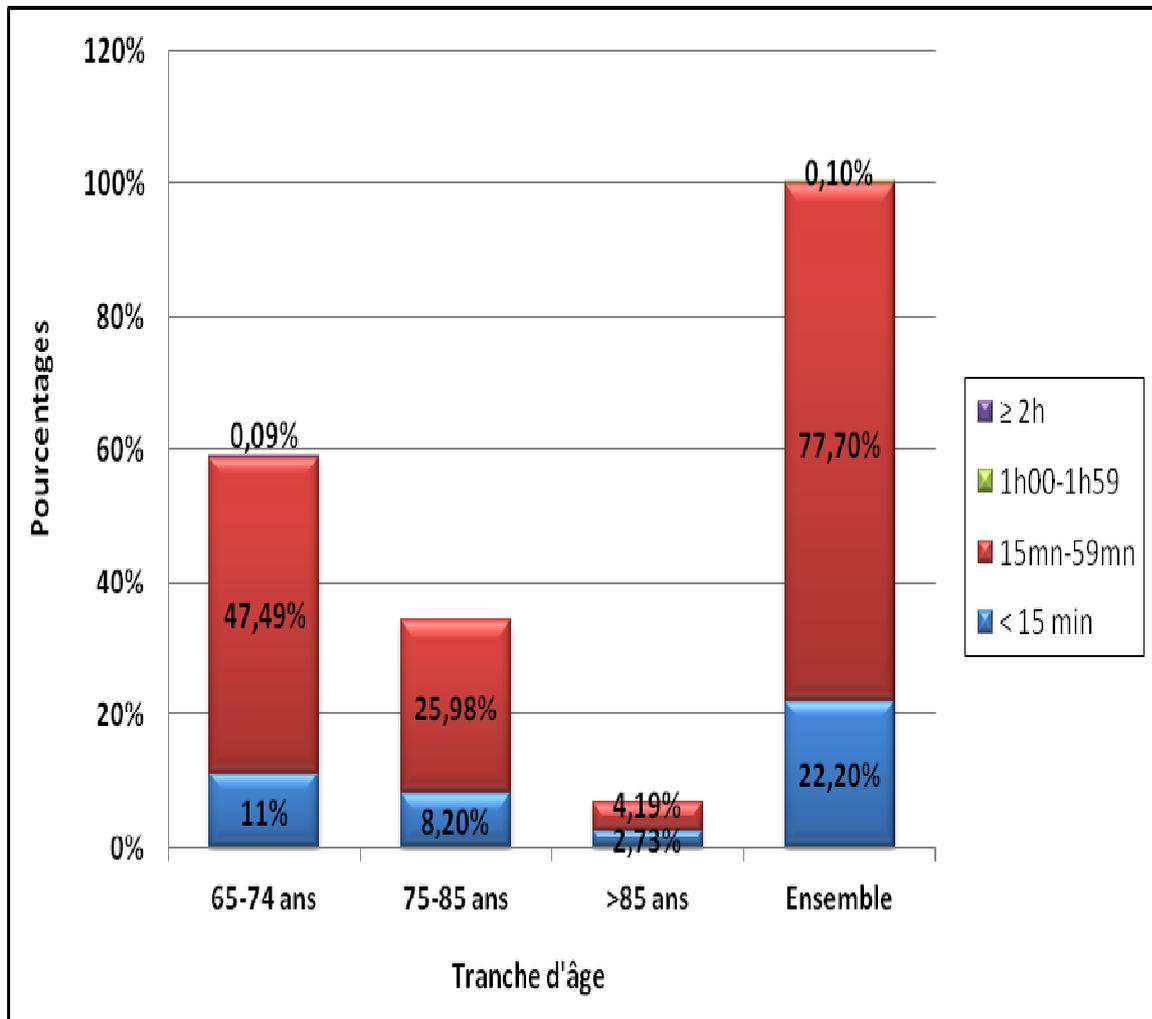
2.2 Temps d'attentes

Tableau XVII : Temps d'attente avant prise en charge médicale des personnes âgées consultant au SAU.

| Age | Horaires | | | | Total |
|--------------------|----------------|----------------|----------|----------|----------------|
| | < 15 mn | 15-59 mn | 1-1h59mn | ≥ 2h | |
| | 124 | 521 | | | 646 |
| 65-74 ans | (11,3%) | (47,49%) | 0 | 1 (0,1%) | (58,89%) |
| | | 285 | | | 375 |
| 75-85 ans | 90 (8,2%) | (25,98%) | 0 | 0 | (34,18%) |
| > 85 ans | 30 (2,73%) | 46 (4,19%) | 0 | 0 | 76 (6,93%) |
| Total | 244 (22,2%) | 852 (77,7%) | 0 | 0 | 1097 (100%) |

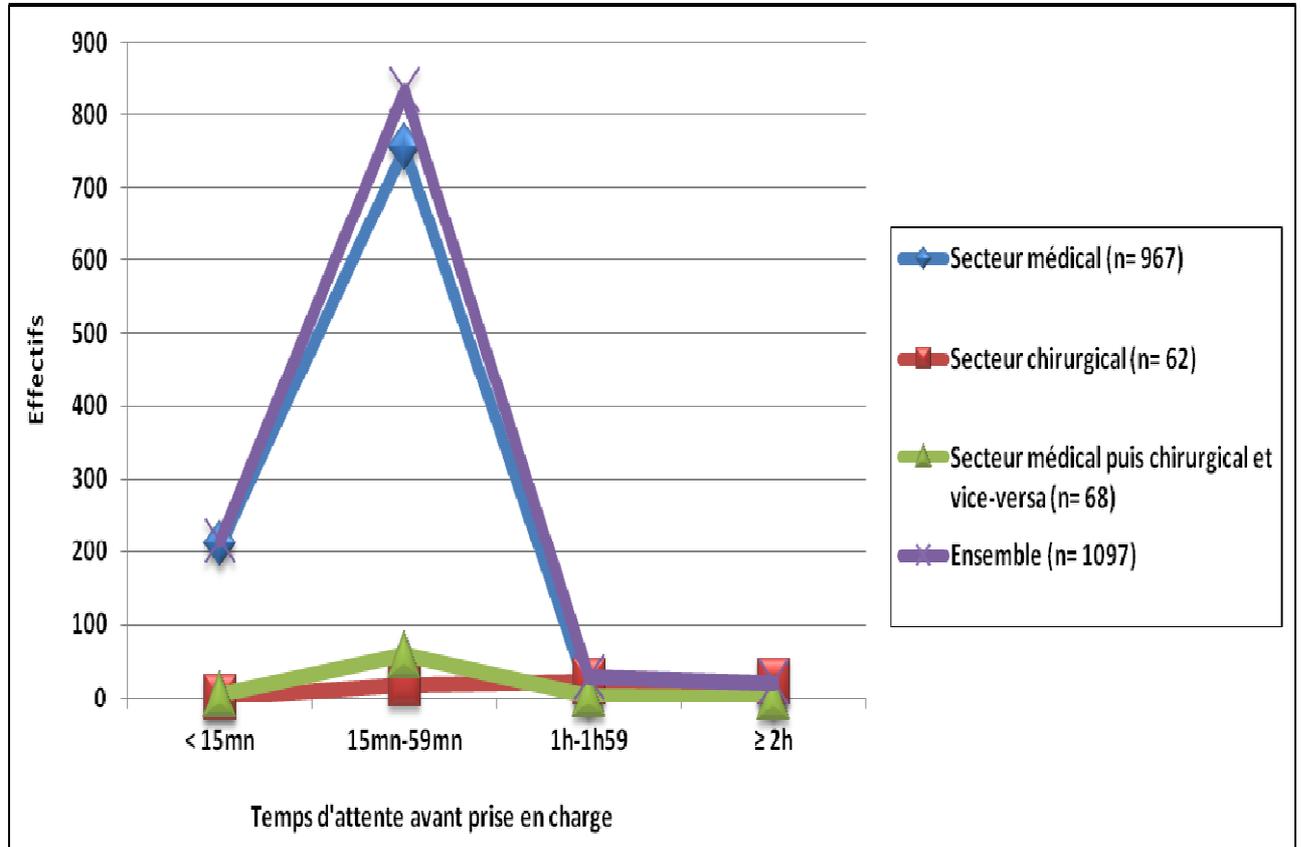
Lors de 77,7% des consultations de la population étudiée, le temps d'attente avant leur prise en charge par un médecin est inférieur à une heure dont 22,2% inférieur à un quart d'heure.

Graphique XVI : Temps d'attente avant prise en charge médicale des personnes âgées consultant au SAU.



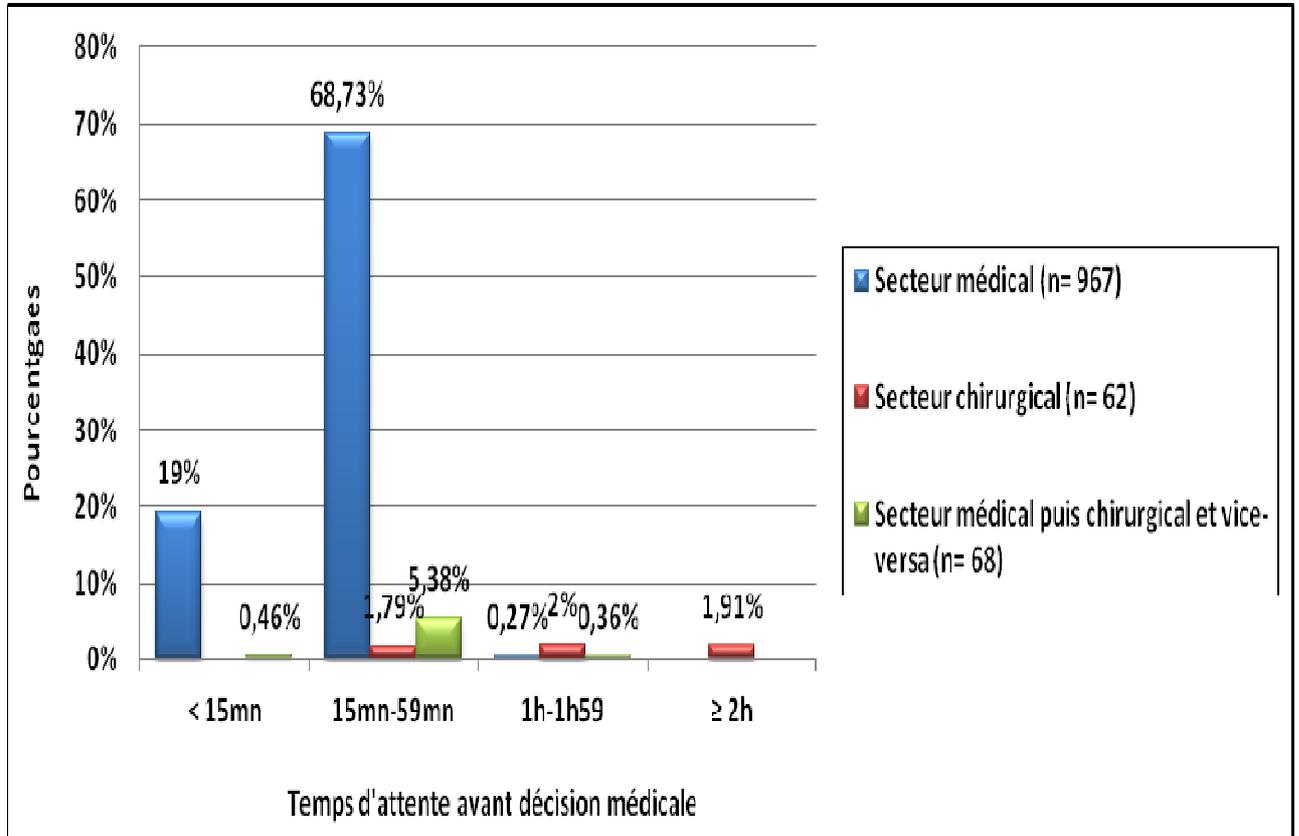
Lors de 77,7% des consultations de la population étudiée, le temps d'attente avant leur prise en charge par un médecin est inférieur à une heure dont 22,2% inférieur à un quart d'heure.

Graphique XVII : Temps d'attente avant prise en charge des personnes âgées par un médecin lors des consultations au SAU selon leur secteur d'admission médical ou chirurgical.



Les consultations où les patients attendent moins d'une heure sont majoritaires.

Graphique XVIII : Temps écoulé avant décision médicale du devenir des personnes âgées au SAU selon leur secteur d'admission.



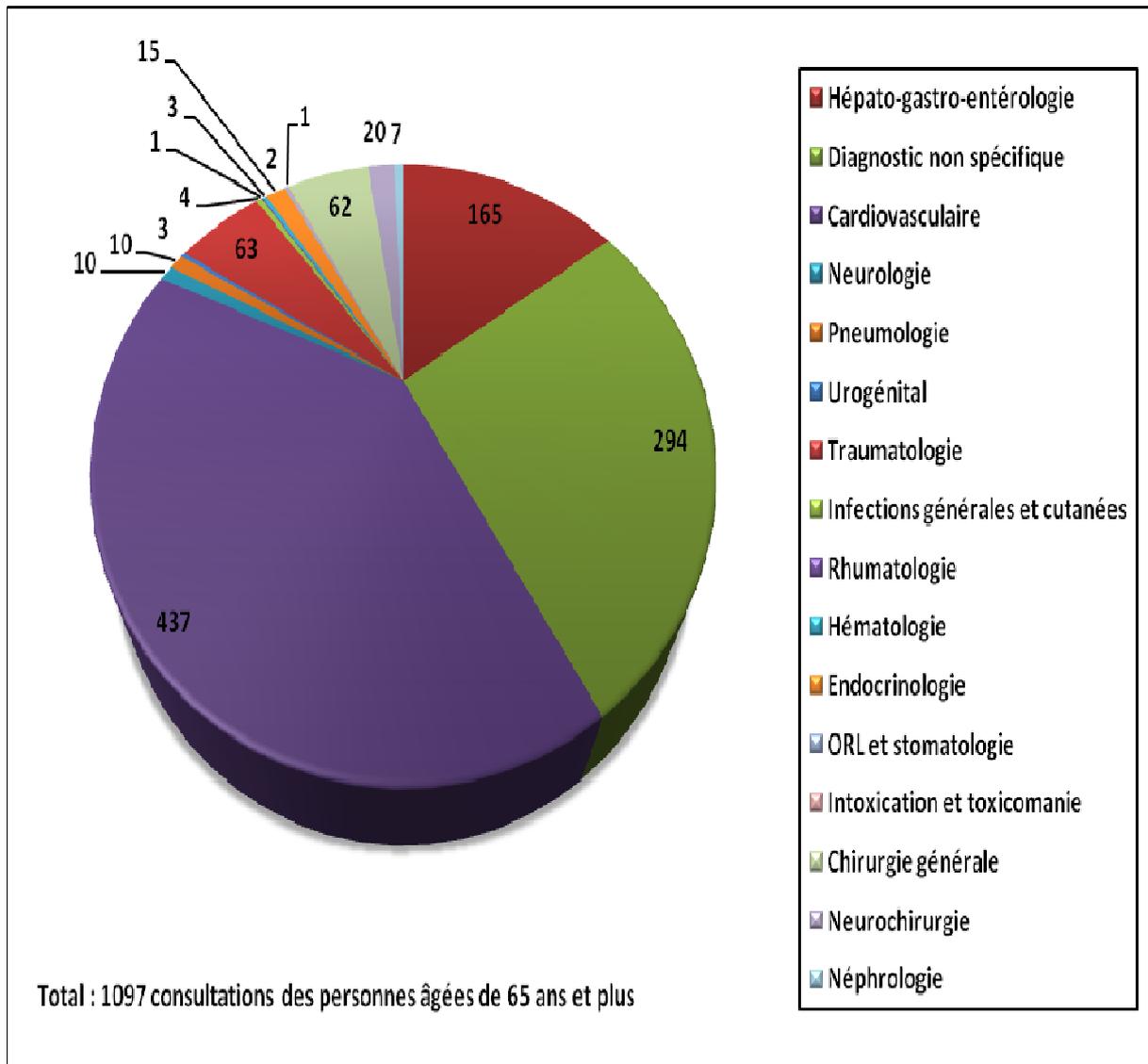
La prise de décision médicale est inférieure à une heure pour 68,73% des consultations du secteur médical contre 1,79% du secteur chirurgical et 5,38% pour le secteur médical et chirurgical.

2.3 Le diagnostic final

Tableau XVIII : Répartition des diagnostics obtenus après consultation au SAU.

| Pathologies | Effectifs | Pourcentages |
|---|------------------|---------------------|
| Cardiovasculaire | 437 | 40% |
| Diagnostic non spécifique | 294 | 26,42% |
| Hépto-gastro-entérologie | 165 | 15% |
| Traumatologie | 63 | 5,7% |
| Chirurgie générale | 62 | 5,6% |
| Neurochirurgie | 20 | 1,82% |
| Endocrinologie | 15 | 1,36% |
| Neurologie | 10 | 1% |
| Pneumologie | 10 | 1% |
| Néphrologie | 7 | 0,7% |
| Infections générales et cutanées | 4 | 0,4% |
| Hématologie | 3 | 0,3% |
| Urogénital | 3 | 0,3% |
| ORL et stomatologie | 2 | 0,2% |
| Intoxication et toxicomanie | 1 | 0,1% |
| Rhumatologie | 1 | 0,1% |
| Total | 1097 | 100% |

Graphique XIX : Diagnostics retenus après consultation au SAU.



Les pathologies cardiovasculaires sont majoritaires et représentent 40% des consultations.

NB : Les diagnostics non spécifiques (chute sans étiologie, chutes à répétition, altération de l'état général, malaise sans perte de connaissance, syncope, lipothymie, asthénie, soins palliatifs).

3. Devenir des personnes âgées après leur consultation au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

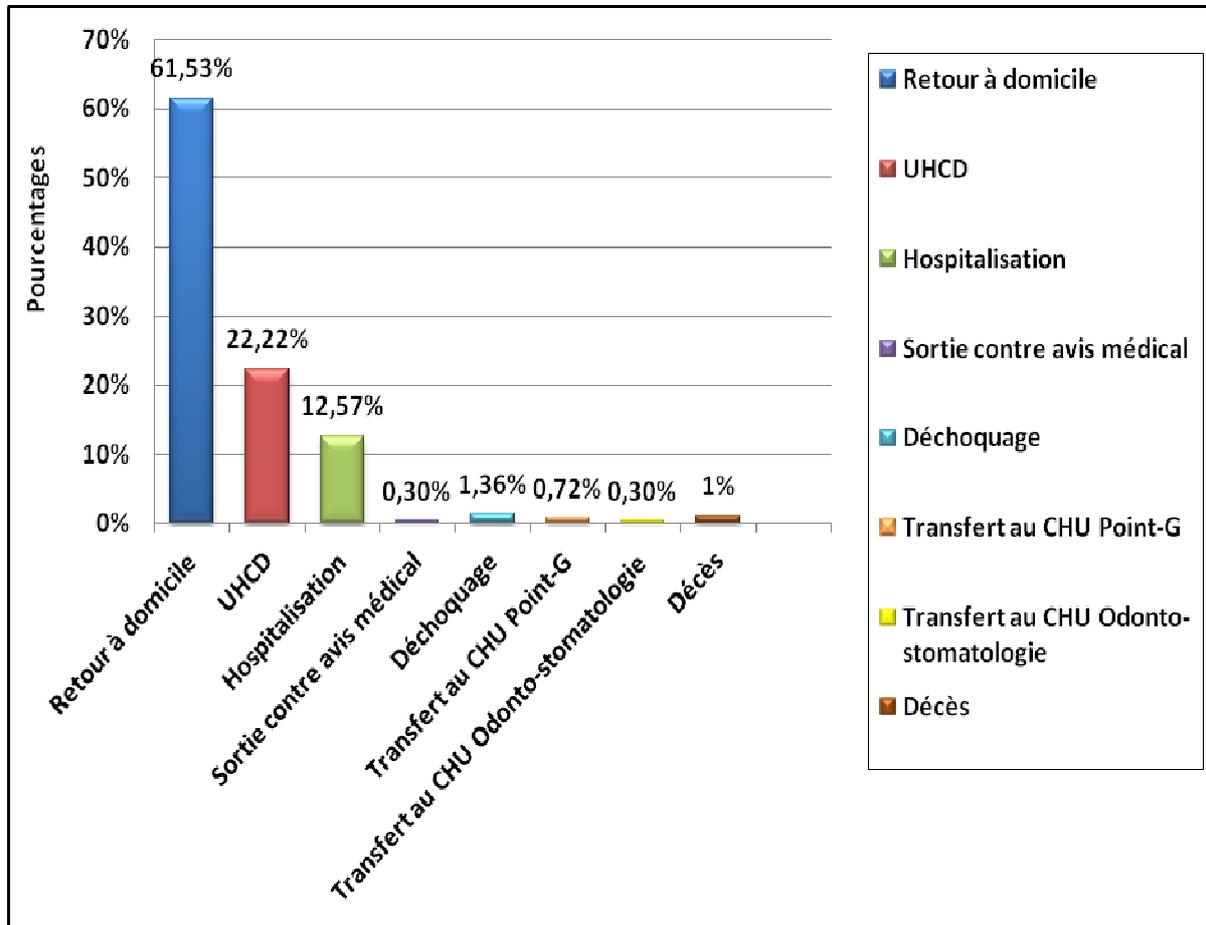
3.1 Devenir post urgences

Tableau XIX : Devenir des personnes âgées admises au SAU.

| Devenir | Effectifs | Pourcentages |
|-------------------------------------|-------------|--------------|
| Retour à domicile | 675 | 61,53% |
| UHCD | 245 | 22,22% |
| Hospitalisation | 138 | 12,57% |
| Déchoquage | 15 | 1,36% |
| Décès | 10 | 1% |
| Transfert au CHU Point-G | 8 | 0,72% |
| Transfert au CHU Odontostomatologie | 3 | 0,3% |
| Sortie contre avis médical | 3 | 0,3% |
| Total | 1097 | 100% |

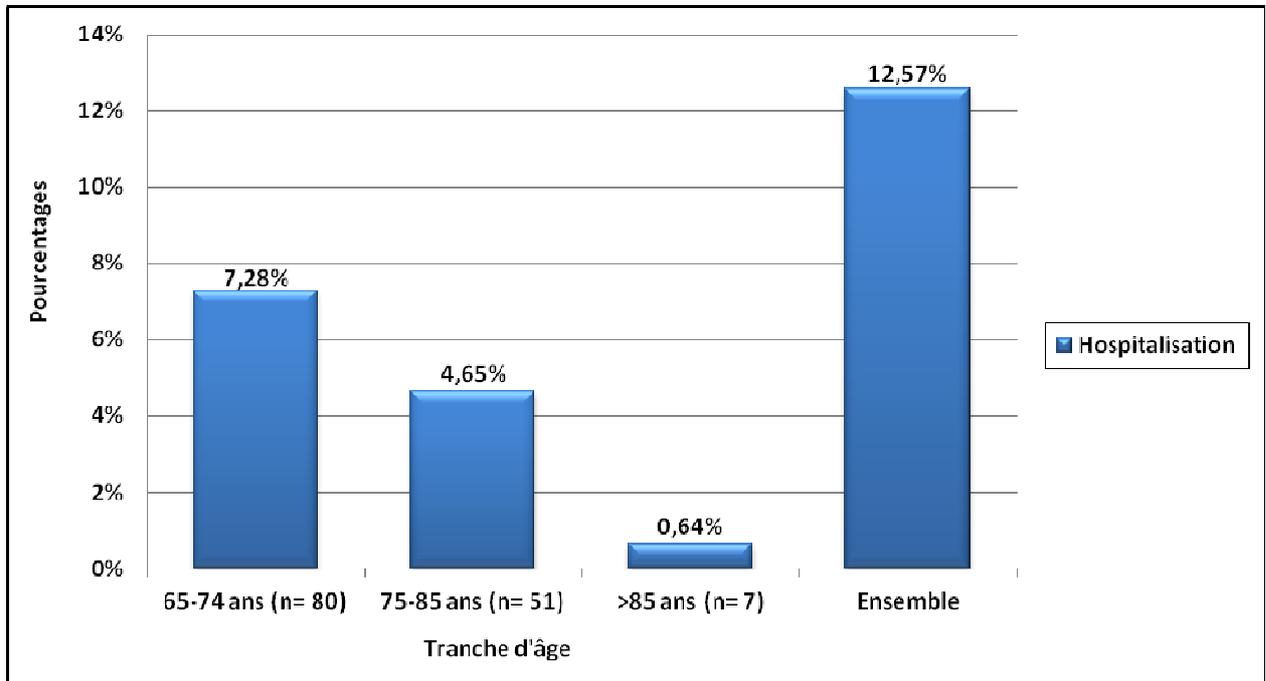
La consultation au SAU du CHU Gabriel Touré d'Octobre 2010 à Septembre 2011 de 61,53% des patients âgés de 65 ans et plus (n = 675) débouchent sur un retour au domicile.

Graphique XX : Devenir des personnes âgées.



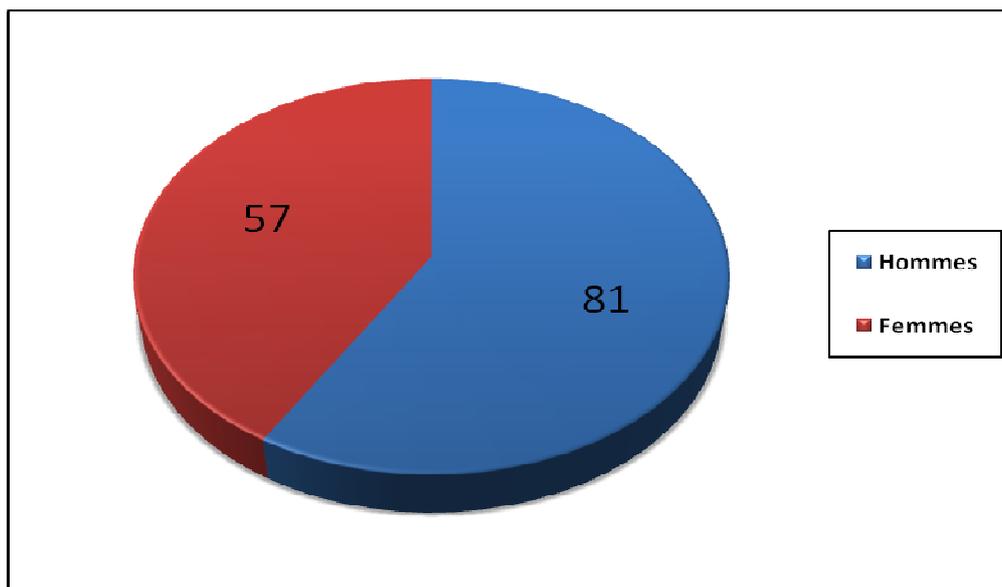
61,53% des patients âgés de 65 ans et plus (n = 675) débouchent sur un retour au domicile.

Graphique XXI : Hospitalisation des personnes âgées suite à leur passage au SAU selon la classe d'âge.



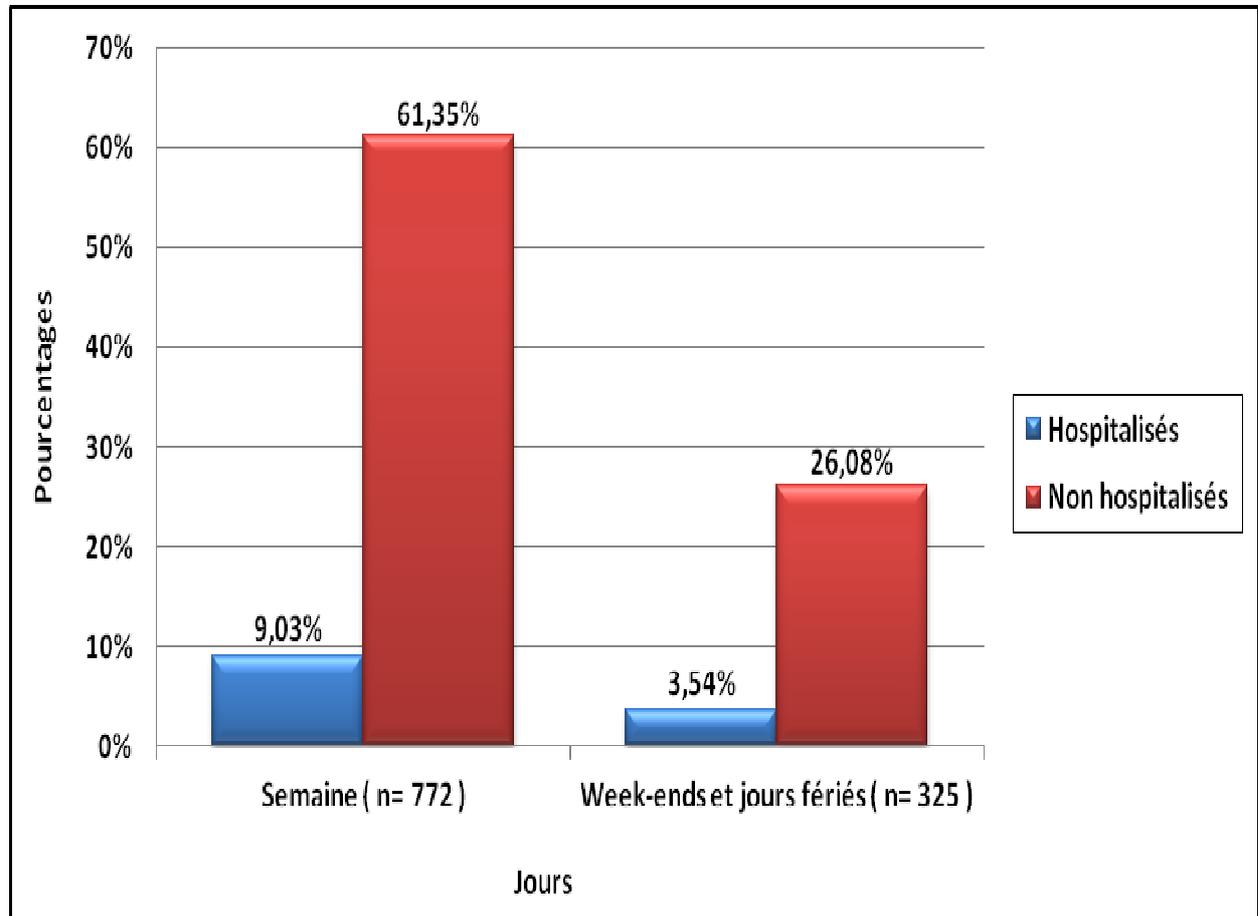
La classe d'âge de 65-74 ans représente 7,28% des patients hospitalisés.

Graphique XXII : Hospitalisation des personnes âgées suite à leur passage au SAU selon le sexe.



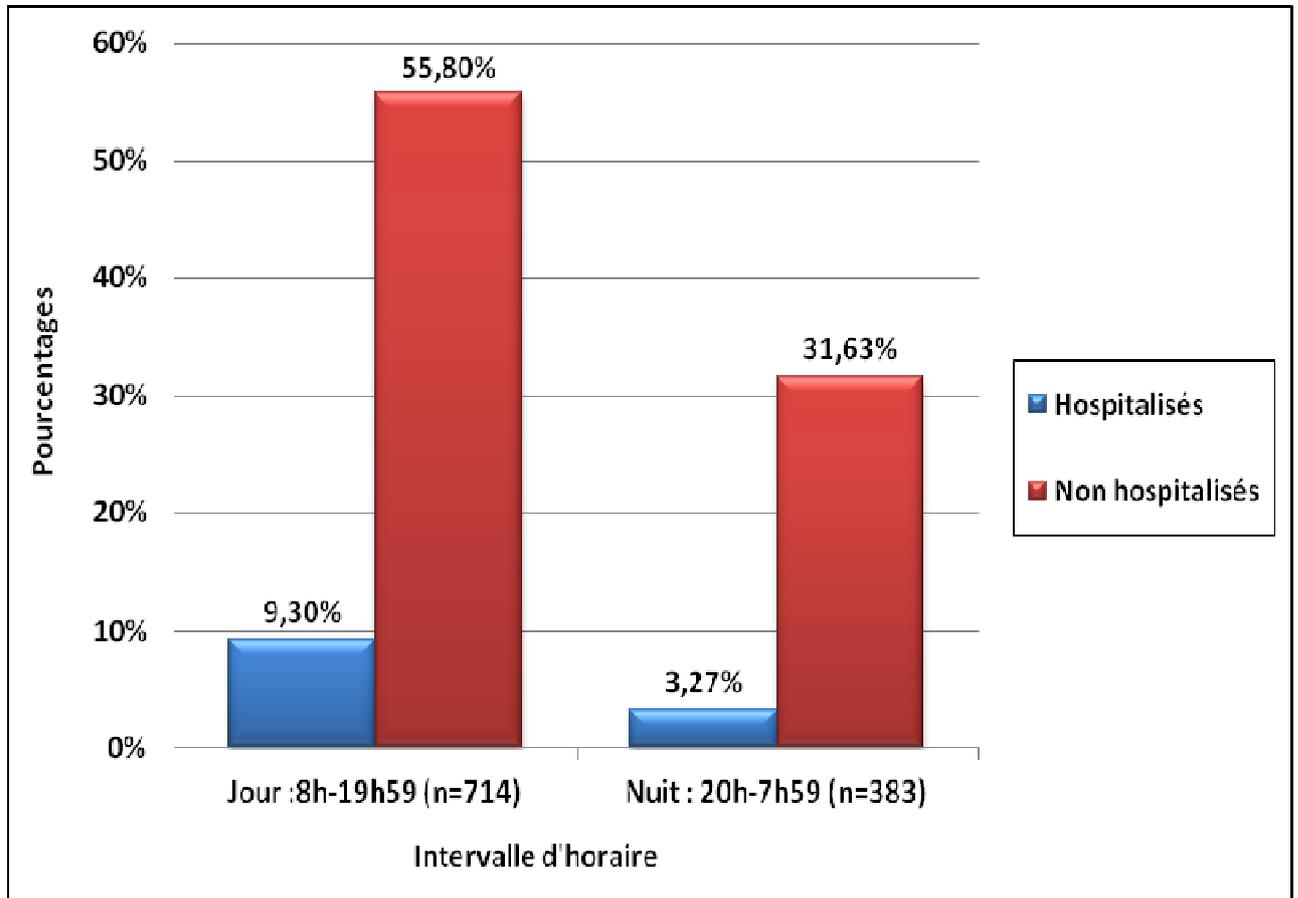
81 patients âgés de 65 ans et plus de sexe masculin ont été hospitalisés contre 57 pour le sexe féminin.

Graphique XXIII : Hospitalisation des personnes âgées selon le jour de passage au SAU.



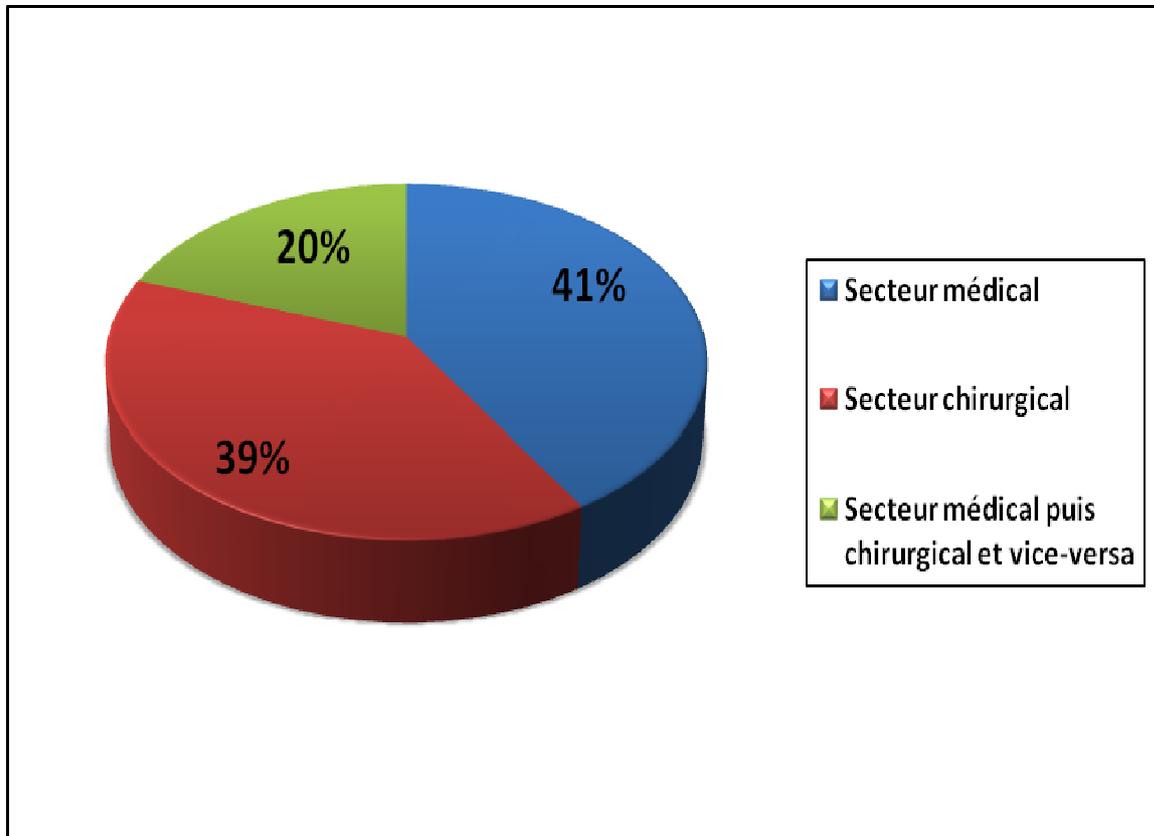
Les consultations en semaine débouchent davantage sur une hospitalisation que lors d'un week-end ou jour férié (9,03% contre 3,54%).

Graphique XXIV : Hospitalisation des personnes âgées selon l'horaire de passage au SAU.



Le taux d'hospitalisation la journée est de 9,3% contre 3,27% la nuit.

Graphique XXV : Secteur d'origine des patients âgés hospitalisés après consultation au SAU.



41% des patients hospitalisés (n = 138) ont été pris en charge initialement dans le secteur médical.

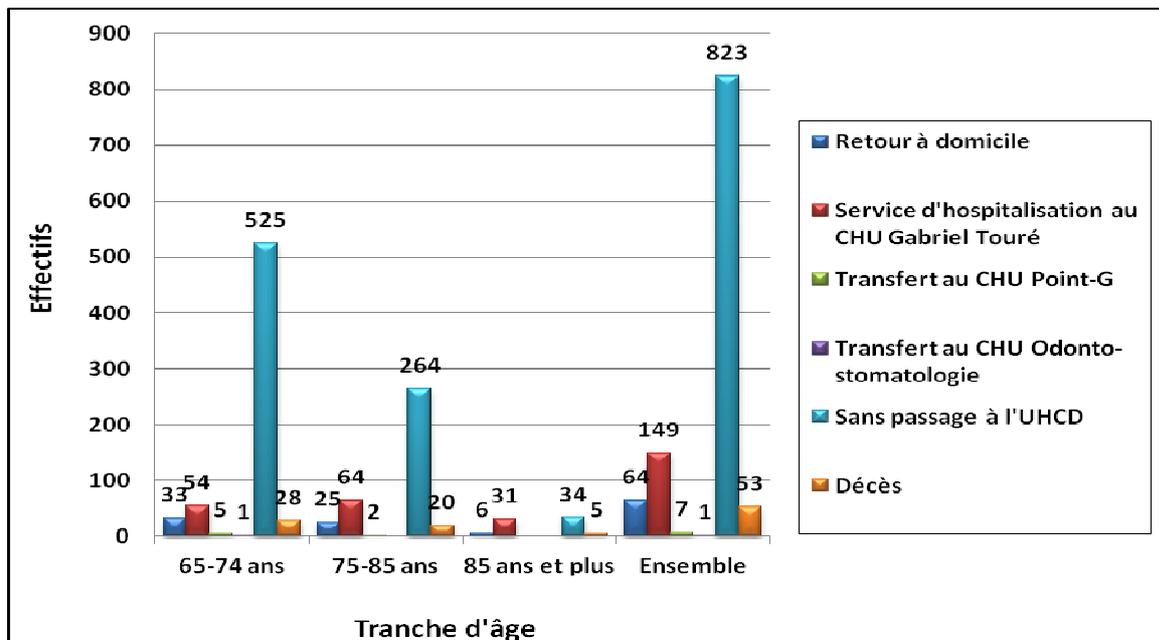
3.2 Devenir post UHCD et déchoquage

Tableau XX : Devenir des personnes âgées suite à leur passage à l'UHCD et au déchoquage.

| Devenir | Effectifs | Pourcentages |
|--|-------------|--------------|
| Sortie sans passage à l'UHCD et déchoquage | 823 | 75,02% |
| Hospitalisation | 149 | 13,58% |
| Retour à domicile | 64 | 5,85% |
| Décès | 53 | 4,83% |
| Transfert au CHU Point-G | 7 | 0,63% |
| Transfert au CHU Odontostomatologie | 1 | 0,09% |
| Total | 1097 | 100% |

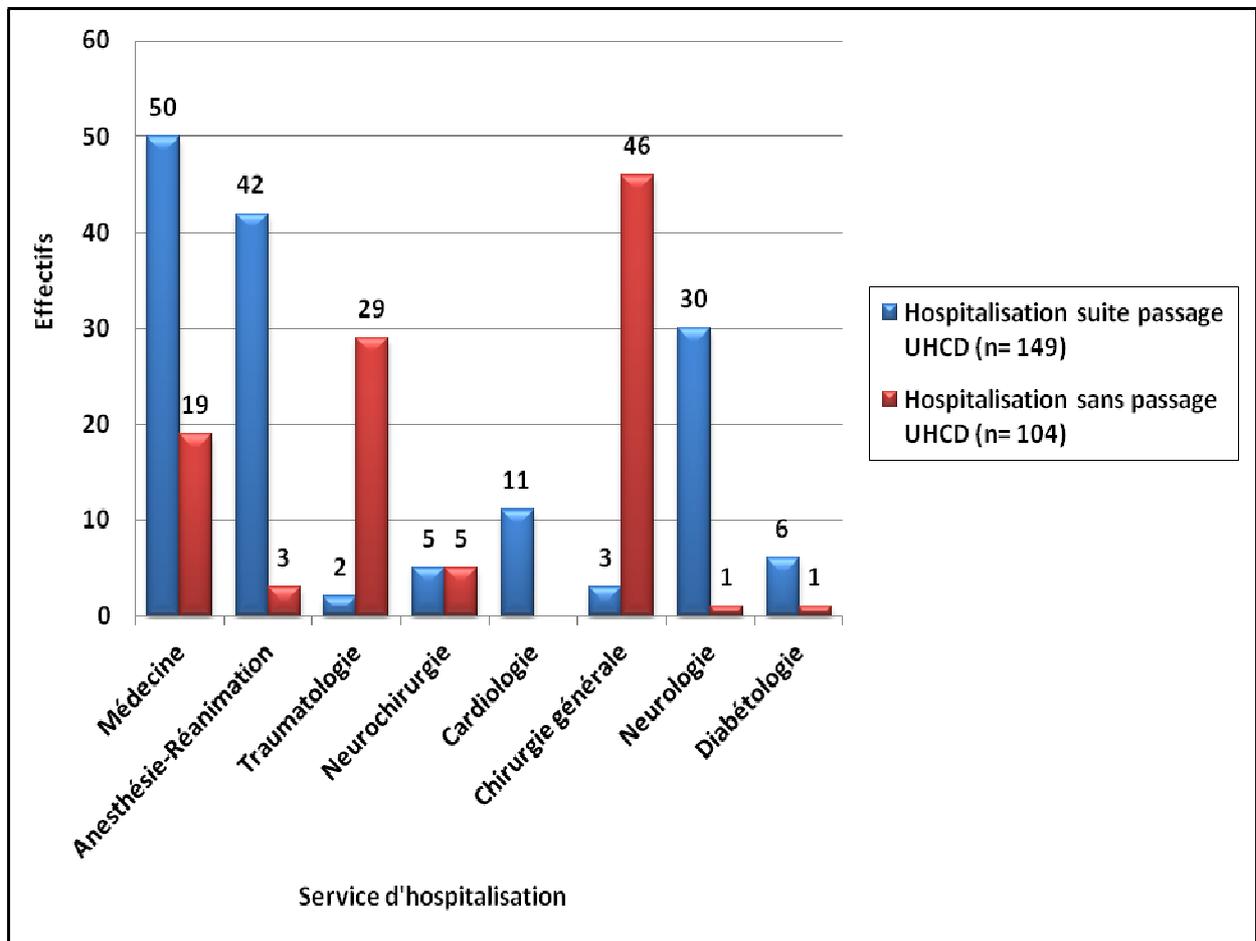
A la sortie de l'UHCD, 5,85% des patients retournent à leur domicile.

Graphique XXVI : Devenir des patients âgés suite à leur passage à l'UHCD et au déchoquage.



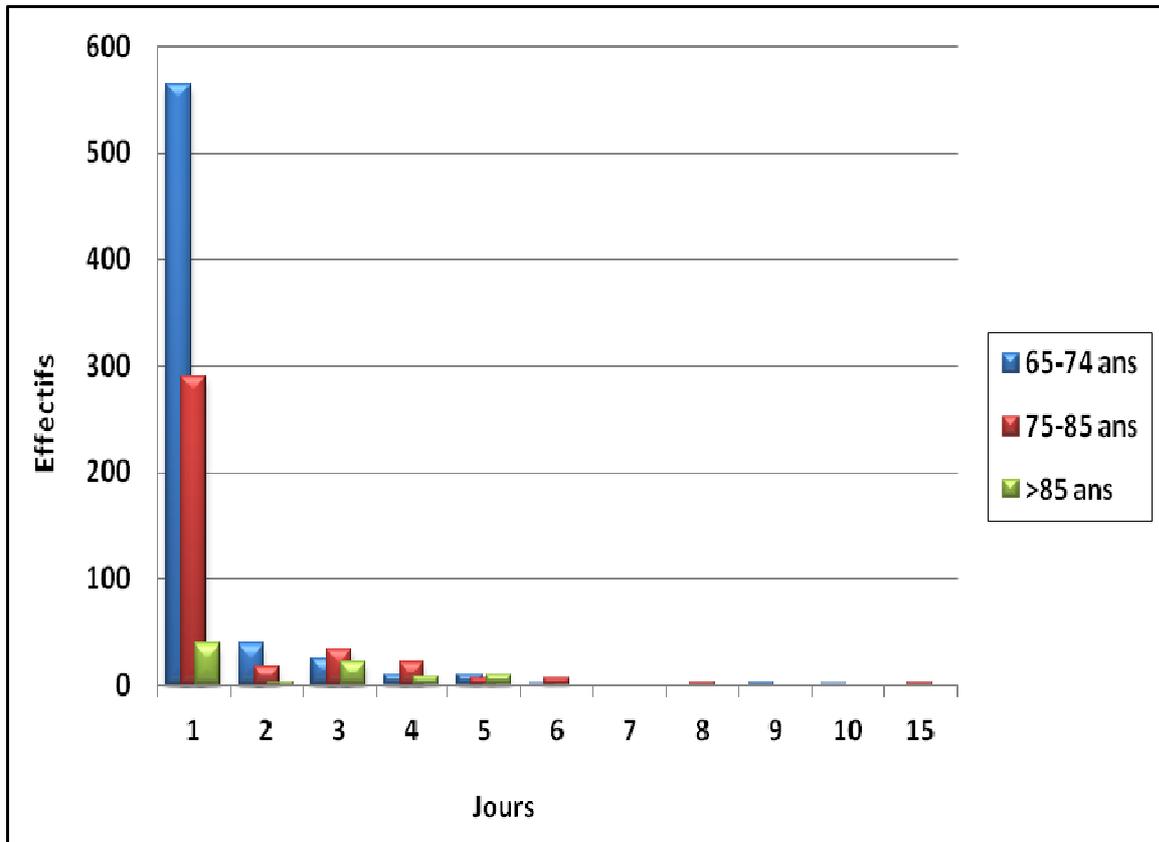
A la sortie de l'UHCD, 13,58% des patients restent hospitalisés.

Graphique XXVII : Hospitalisation des personnes âgées par service du CHU Gabriel Touré selon leur passage préalable ou non en UHCD.



13,58 % des hospitalisations se font à la suite d'un passage par l'UHCD.

Graphique XXVIII : La durée de séjour des personnes âgées au SAU.



La durée moyenne de séjour pour les patients âgés de 65 ans et plus est de 2,93 jours.

Tableau XXI : Répartition des cas de décès des personnes âgées suite à leur passage au SAU en fonction du sexe.

| Sexe | Décès au box | Décès à l'UHCD et au déchoquage | Total |
|--------|--------------|---------------------------------|------------|
| Femmes | 5 (0,5%) | 29 (2,65%) | 34 (3,15%) |
| Hommes | 5 (0,5%) | 24 (2,18%) | 29 (2,68%) |
| Total | 10 (1%) | 53 (4,83%) | 63 (5,83%) |

Le sexe féminin représente 3,15% des décès contre 2,68% pour le sexe masculin.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les résultats de notre étude permettent de définir les caractéristiques des personnes âgées de 65 ans et plus qui ont consulté au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré d'Octobre 2010 à Septembre 2011. Elles diffèrent en un certain nombre de points à celles de la littérature.

Quelle analyse pouvons-nous faire de ces résultats, point par point ?

1. Points forts et limites de l'étude

L'étude porte sur **1097** personnes de 65 ans et plus qui ont consulté au SAU du CHU Gabriel Touré **d'Octobre 2010 à Septembre 2011**, et contrairement à la plupart des études sur le thème dont les effectifs sont plus réduits.

Elle se déroule sur une année entière, évitant ainsi les biais de saisonnalité des consultations : épidémies, grands froids pendant la saison froide, canicule...

Si les données recueillies sur un hôpital ne sont représentatives que d'une région précise et ne peuvent être étendues à la population générale, elles sont primordiales à l'échelle locale pour adapter les directives nationales de prise en charge des personnes âgées à la réalité du terrain.

Une des principales difficultés rencontrées lors du recueil est due à la méthodologie de l'étude prospective sur les dossiers. Un certain nombre d'items sont difficilement exploitables devant l'absence de précision dans les dossiers, alors que d'autres sont soumises à des biais d'interprétation. Ainsi nous retrouvons l'information sur des aides sociales dans seulement **0,6%** des dossiers et en l'absence de données, nous ne savons si cela est dû à l'absence d'aides ou parce que cela n'est pas précisé dans le dossier. L'autonomie motrice

des personnes âgées et leurs fonctions cognitives ne sont pas n'ont plus systématiquement décrites dans le dossier. Nous nous sommes donc basés sur l'ensemble de l'observation pour faire ressortir ces informations et avons classé ces fonctions en trois catégories : normales, altérées ou démence/grabatisation.

Techniquement, alors que l'informatisation facilite le traitement des dossiers, l'accès aux dossiers papiers est parfois impossible (dossiers externalisés, dossiers indisponibles pour cause de patient décédé, indisponibilité du personnel par manque d'effectif...). Cela a conduit à éliminer l'item du devenir des personnes âgées après une hospitalisation dans un service du CHU Gabriel Touré. Cela introduit aussi un biais pour les informations qui se trouvent essentiellement dans le dossier papier et qui ne sont pas forcément répercutées sur le dossier informatisé ou retranscrit dans le compte-rendu informatisé. Cela est le cas notamment de l'assistante sociale qui donne leur avis et fonctionne avec le dossier médical papier. Le recueil des données fausse donc la réalité de leur intervention.

2. Caractéristiques générales de la population étudiée

2.1 Données administratives

•Des consultants plus jeunes, plus nombreux et en majorité des hommes du District de Bamako.

Nous observons une bonne représentativité des personnes âgées de 65 ans et plus aux urgences du CHU Gabriel Touré par rapport à la population générale du District de Bamako. En effet d'Octobre 2010 à Septembre 2011, **4,5%** des consultations aux urgences du CHU Gabriel Touré concernent des patients âgés de 65 ans et plus. Ce taux de fréquentation des urgences du CHU Gabriel Touré peut s'expliquer par une moindre proportion de personnes âgées de 65 ans et plus à Bamako par rapport à la moyenne nationale de la population qui est de **3%**. Ce résultat se rapproche à celui d'**Astrid Henon. L de la France [7]** qui a

trouvé en **2010, 1088 consultations des personnes âgées soit 5,3%** de l'ensemble des consultations **aux urgences du CHU de Bondy**. Par contre **Sniter K (Fès) [10] en 2003 et EL Ouadrhiri.M (Larache) [43] en 2005 au Maroc** ont trouvé respectivement **7,5% et 9,12%**. L'âge moyen des personnes âgées lors de la consultation est modérément inférieur : **72,1 ans contre 82,3 ans** à celui d'**Astrid Henon. L de la France en 2010**.

Les hommes sont majoritaires avec un sex-ratio de **1,15**. Avec **53,5%** des hommes, la population étudiée est représentative de celle des 65 ans et plus résidant à Bamako où **32,81% des 65-74 ans, 17,13 % des 75-85 ans et 3,55% des 85 ans et plus sont des hommes**, mais les femmes sont plus âgées que les hommes : **71,4 ans d'âge moyen contre 71,1 ans**. Ce résultat est différent de celui d'**Astrid Henon. L, Carrillo-Colleony D de la France [9] en 2004** qui ont trouvé respectivement une prédominance féminine avec **64% et 67%** notamment avec un âge moyen des femmes supérieur à celui des hommes : **82,9 ans et 82,09 ans**.

Les patients proviennent par ailleurs en majorité du District de Bamako avec **94,53%** ce qui expliquerait le fait que le groupe ethnique majoritaire soit constitué de Bamanan **36%**.

•Une arrivée via leurs propres moyens

Les personnes âgées étudiées arrivent d'abord par leurs propres moyens (**72,36%**) puis par les sapeurs pompiers (**22,89%**) et enfin via l'ambulance (**4,84%**), ces différents taux s'expliquent par la population particulière du District de Bamako avec des séniors moins âgés semble donc aussi avoir un impact sur leur mode d'arrivée. En ce sens que la part des transports médicalisés pour les usagers des urgences augmente régulièrement avec l'âge.

La plus grande proportion de patient **CCMU1 et 2** comme nous le verrons plus loin, peut aussi expliquer la différence observée. Ce résultat est

comparable à celui **d'Astrid Henon.L** qui a trouvé **(39%) pour les moyens personnels, (32%) ambulance et (23%) pour les sapeurs pompiers.**

Les patients vivant à domicile arrivent aux urgences majoritairement par un moyen personnel ce qui s'explique par une autonomie motrice normale élevée.

- **Des personnes âgées accompagnées dans la majorité des cas**

Au SAU du CHU Gabriel Touré, **83,23 %** des personnes âgées de l'étude arrivent accompagnées. Ce résultat est comparable à celui **d'Astrid Henon.L** qui a eu **56%**.

- **Une fréquentation des urgences et un taux d'hospitalisation plus important en semaine**

Chaque patient est venu **1,01 fois** aux urgences. Ce résultat se rapproche de celui **d'Astrid Henon.L de la France** qui a trouvé **1,25 fois**. Une étude prospective pour le dépistage des personnes âgées fragiles conduite au Mans en 2002 par **Pichot-Duclos B., Alix E., Foubert F.** a identifié une hospitalisation antérieure comme l'un des facteurs de risque de réadmission (les deux autres étant la polyopathie et la dépendance à un tiers) [25]. Ces passages répétés aux urgences doivent donc être identifiés et les hospitalisations antérieures recherchées comme critère de fragilité pour améliorer la prise en charge des plus âgés.

Dans notre étude **70,37%** des consultations se concentrent en semaine et ces consultations débouchent davantage sur une hospitalisation que les consultations du week-end. Cela s'explique par la position du CHU Gabriel Touré qui est un hôpital de troisième référence. Ce résultat est similaire à celui

d'**Astrid Henon.L** qui a eu **72%** des consultations qui se concentrent en semaine.

34,91% des patients viennent la nuit, sans différence dans les taux d'hospitalisation entre nuit et jour. Astrid Henon.L a obtenu un résultat comparable qui est de **20%**.

Nous avons trouvé de plus des pics de fréquentation des urgences décalés (**7h-15h**) et (**17h-23h**), cela s'explique par l'accès facile aux urgences pour les patients âgés par les moyens de transports personnels. Ainsi nous observons en moyenne quatre mois creux de fréquentation inférieure à **7%** qui se détachent : Mars, Avril, Mai et Décembre, pour cinq mois de forte fréquentation au-delà de **8%** : Janvier, Juin, Juillet, Août et Septembre. Résultats comparables à ceux d'**Astrid Henon.L** qui a trouvé **3 pics de fréquentation (12h, 15h-16h et 20h)** avec trois mois creux de fréquentation inférieure à **4.5%** (**Juillet, Octobre, Novembre**) pour **quatre mois de forte fréquentation au-delà de 10%** (**Janvier, Mars, Mai, Juin**).

2.2 Données médicales

• Douleur, altération de la conscience et altération de l'état général au premier plan des motifs de consultation

Dans notre population des 65 ans et plus, **la douleur** vient en premier, puis **une altération de la conscience et une altération de l'état général**. Le **malaise** apparaît en sixième position.

La prise en charge de la douleur des personnes âgées aux urgences doit donc être une priorité. Pourtant le sujet âgé se voit souvent prescrire des antalgiques mineurs pour des douleurs importantes à des doses parfois réduites et avec une escalade des paliers antalgiques de l'OMS atteignant rarement les morphiniques. Par ailleurs la douleur morale de la personne âgée adressée négligée accroît l'utilisation d'anxiolytique et les risques de chute qui en

découlent alors qu'une approche patiente et attentive permet de les réduire. La proximité d'un gériatre est un plus pour gérer la douleur du sujet âgé dont l'expression, différente de l'adulte jeune, est déjà à elle seule une difficulté [27]. Notre résultat est similaire à celui d'**Astrid Henon.L** qui a trouvé comme premiers motifs de consultation aux urgences **la douleur, altération de la conscience puis une altération de l'état général, de plus le malaise apparaissait en sixième position.**

Baubeau D., Carrasco V., dans une étude menée en France en 2003 avaient trouvé comme premier motif l'accident, une douleur puis un malaise [26].

Les motifs de consultation aux urgences des personnes âgées sont dans **90%** des cas justifiés par une pathologie aiguë ou subaiguë nécessitant une prise en charge dans une structure hospitalière, mais pas forcément dans le cadre de l'urgence [28]. Cela explique sans doute la forte proportion des consultations pour motif d'altération de l'état général. En effet ce terme si souvent retrouvé ne correspond plus à sa définition classique soit l'association de trois symptômes : anorexie, asthénie, amaigrissement. Il symbolise souvent cette rupture de l'état antérieur qui relève surtout de la filière gériatrique et n'impose pas un passage aux urgences [29].

Au Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré, dans **88,1%** des consultations nous retrouvons une orientation à l'arrivée vers le secteur médical. Ce résultat est comparable à celui d'**Astrid Henon.L** qui a eu **71%**.

• Un recours direct sans avis médical

Dans notre étude, les patients âgés de 65 ans et plus ont été adressés par des médecins dans **6,93%** des cas et seulement **1,5%** d'entre eux possédait un médecin traitant à domicile. Les principaux adressant étant leur médecin traitant

ou le médecin de l'institution d'où ils proviennent. Nos résultats sont différents de ceux d'**Astrid Henon.L** qui a trouvé **30%** des cas de personnes âgées adressés et **92%** qui possèdent un médecin traitant.

- **Polymédication des patients**

Les patients de la population étudiée sont polymédicamentés dans **7,83%** des cas. Mais dans notre étude, l'information concernant le traitement précédent la prise en charge au SAU des 85 ans et plus manque plus fréquemment que pour les 65-74 ans et 75-85 ans. Une même attention doit être portée lors de l'interrogatoire aux traitements précédents quelque soit l'âge du patient .

- **Une autonomie relative qui demanderait à être affinée**

Lors de notre étude, **77% des patients ont des fonctions cognitives normales** et **74% une autonomie motrice normale**, où les **65-74 ans** sont majoritaires. Nous observons une détérioration avec l'âge d'une fonction. **L'état grabataire concerne 6%**, nous n'avons pas eu des cas de démence. Pour une personne qui dispose de toutes ses fonctions conservées, l'information est facilement omise car la normalité est rarement précisée. Pour tout ce qui se situe entre les deux, c'est-à-dire « l'altération », elle peut tout à fait passer inaperçue sur le temps d'une consultation si elle n'est pas soigneusement recherchée. Nos taux sont comparables à ceux d'**Astrid Henon.L** qui a trouvé **75% des patients ayant des fonctions cognitives normales** et **59% une autonomie motrice normale avec 3% pour l'état grabataire et 9% pour un état de démence.**

Carrillo-colleony D de la France a enregistré **73% des patients dont les fonctions cognitives sont normales et 63% une autonomie motrice normale avec 6% des cas de démence.**

2.3 Données sociales

• Entourés à domicile

Pour **99,7%** des consultations étudiées, les patients sont issus du domicile .Un proche est retrouvé dans l'entourage du patient dans **99,5%** des dossiers : d'abord par leur conjoint et enfants, puis leurs enfants et enfin leur conjoint.

Astrid Henon.L de la France a trouvé un résultat qui se rapproche avec **81,3%** des patients qui ont un proche dans l'entourage.

• Aide médico-sociale

Une aide médico-sociale a été retrouvée dans **0,6%** des patients de 65 ans et plus. Un résultat différent de celui de **Astrid Henon.L** qui retrouve **38%** pour la classe d'âge de **75-84 ans** et **59%** pour les **85 ans et plus** .

3. La prise en charge aux urgences de la population étudiée

• Un taux d'hospitalisation élevé malgré la fréquence du recours évitable au service d'urgence

Dans notre étude **60%** des consultations sont classées **CCMU 1 et CCMU 2**, c'est-à-dire les états jugés non susceptibles de s'aggraver dont **4,5%** de **CCMU 1**. Les **CCMU 1** pourraient être pris en charge ailleurs qu'aux urgences, ainsi qu'une partie des **CCMU 2**. Nous observons donc une plus large majorité de consultations qui ne nécessiterait pas une prise en charge immédiate avec une proportion également plus importante des consultations jugées évitables .Notre étude est similaire à celui de **Baubeau D.,CarrascoV. de la**

France qui ont enregistré 65,4% des consultations CCMU 1 et CCMU 2 dont 3,4% de CCMU 1.

Astrid Henon.L de la France a retrouvé 88,3% des consultations classées CCMU 1 et CCMU 2 dont 4,8 % de CCMU 1.

Pourtant nous pouvons noter que si la classification CCMU met en évidence un recours aux urgences évitables, à travers la GEMSA, **57,4%** des consultations de la population étudiée ont abouti à **une sortie sans convocation à la suite (GEMSA 2)** tandis que **30,3%** à **une hospitalisation (GEMSA 4)**. Ces résultats sont totalement différents de ceux d'**Astrid Henon.L de la France** qui a enregistré par contre **39% des patients qui sont sortis à la suite sans convocation (GEMSA 2)** et **54% des patients hospitalisés après leur passage (GEMSA 4)**.

• Moins d'une heure d'attente avant la prise en charge médicale et de décision médicale

Une large majorité de la population étudiée **77,7%** attend moins d'une heure avant d'être prise en charge par un médecin, et ce quelque soit le secteur de prise en charge, médical ou chirurgical .Notre résultat est similaire à celui d'**Astrid Henon.L de la France** qui a trouvé **71%** des patients âgés qui attendent moins d'une heure avant d'être pris en charge par un médecin .

La prise de décision médicale intervient quand à elle pour **68,73%** des consultations inférieures à une heure pour le secteur médical contre **1,79%** pour le secteur chirurgical et **5,38%** pour le secteur médical et chirurgical.

Astrid Henon.L de la France retrouve **75%** des consultations au-delà de deux heures pour la prise de décision médicale.

• **Les diagnostics retenus**

Selon les classes utilisées par la SFMU [20], les trois diagnostics principaux sont **les affections cardio-vasculaires, pulmonaires et neurologiques**.

Dans notre étude nous retrouvons au premier plan **les affections cardio-vasculaires (40%), puis les diagnostics non spécifiques (26,8%) et les affections digestives (15,04%)**.

Résultats comparable avec celui de **Carrillo-Colleony D de la France** dont l'affection principale dominante était **la pathologie cardio-vasculaire avec 29%**.

Astrid Henon.L de la France a enregistré **(16,8%) pour les affections digestives, puis (12,7%) pour les diagnostics non spécifiques et (10,1%) pour les affections cardio-vasculaires**.

Mais nous remarquons quand même la place importante des consultations au bout desquelles nous ne pouvons poser un diagnostic spécifique, surtout chez les plus de 85 ans.

La polyopathie des personnes âgées avec une sémiologie souvent trompeuse [31], ainsi que l'intrication des problèmes médicaux, sociaux et psychocognitifs expliquent en grande partie ces résultats. Les premiers examens permettent un débrouillage afin d'éliminer les urgences, mais le fond du problème, nécessitant du temps, ne peut souvent être abordé qu'en hospitalisation, faute de structures ambulatoires en aval qui puissent gérer la suite. Devant les difficultés diagnostiques en urgence de la personne âgée, la formation et l'expérience du médecin qui la prend en charge prend alors toute son importance [30].

4. Le devenir de la population étudiée

61,53% de la population étudiée retourne à domicile après leur consultation aux urgences. Lorsqu'une hospitalisation se décide, **23,58% vont à l'UHCD** dont (**1,36% au déchoquage**), **12,57% dans un service du CHU Gabriel Touré**, **0,72% sont transférés directement au CHU Point-G** et **0,30% au CHU d'Odontostomatologie**. **Les sorties contre avis médical concernent 0,30% des consultations.**

36,15% des consultations conduisent donc à une hospitalisation avec un taux d'hospitalisation plus élevé pour les 65-74 ans. Le passage par les urgences semble le mode d'accès privilégié à l'hôpital des patients âgés. Cela va dans le sens d'une étude menée à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris en 2000 qui constate que deux tiers des hospitalisations des patients âgés s'effectuent à partir des urgences [32] [33]. Cela est aussi davantage rencontré dans les milieux socio-économique défavorisés [34] [35].

Au total 41% des patients âgés hospitalisés ont été pris en charge initialement dans **le secteur médical, 39% dans le secteur chirurgical** et **20% dans le secteur médical et chirurgical.**

• **L'UHCD comme premier service d'hospitalisation des personnes âgées**

Théoriquement l'**UHCD** concerne la prise en charge de pathologies spécifiques (intoxications, surveillance brèves de traumatisés...) ou représente l'intermédiaire entre une unité de soins intensifs et un service traditionnel. La population âgée admise dans cette unité a tendance à éviter son activité de celle originelle [36].

Dans notre étude **23,58%** des patients sont hospitalisés en **UHCD** et **12,57%** dans **un service du CHU Gabriel Touré**. Ceci s'explique en partie par

un manque de service gériatrique sur place au CHU Gabriel Touré. L'UHCD s'est progressivement spécialisée dans la prise en charge des personnes âgées.

A la sortie de l'UHCD, **13,58%** des personnes âgées sont hospitalisés dans un autre service, **5,85%** ont été de retour au domicile, **0,63%** ont été transférés au CHU Point-G, **0,09%** transférés au CHU d'Odontostomatologie et **4,83%** sont décédés à l'UHCD.

La durée moyenne de séjour de la population étudiée au SAU du CHU Gabriel Touré est de **2,93 jours** avec **un maximum de 15 jours**.

• Les décès

Les **63 cas de décès** soit **5,83%** de l'ensemble des admissions ont regroupé les décès survenus dans le service **soit 1% pour les décès post urgences** et **4,83% pour les décès post UHCD et déchoquage**.

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

La prise en charge des personnes âgées par le service d'accueil des urgences reste un problème difficile. Ce travail nous a permis de mieux connaître la situation au niveau du SAU du CHU Gabriel Touré.

Les urgences semblent donc être une voie privilégiée d'accès des patients de 65 ans et plus à une hospitalisation.

Le paradoxe qui ressort de notre étude, entre la majorité de consultations qui ne nécessiterait pas un recours aux urgences hospitalières et le fort taux d'hospitalisation à leur suite, démontre qu'il y'a à ce jour dans ce bassin sanitaire peu d'alternative ambulatoire à la prise en charge des personnes âgées.

Si le réseau gériatrique semble le plus adapté pour répondre aux besoins des anciens et si la dynamique actuelle va dans ce sens, les différents intéressés sont-ils prêts à y répondre ?

D'un côté les patients âgés trouvent dans les services d'urgences des avantages que ne leur fournit pas d'autres structures hospitalières : un plateau technique immédiatement disponible, l'assurance d'une hospitalisation à la suite si besoin .De l'autre côté les médecins libéraux ne disposent pas forcément du temps nécessaire à la prise en charge ambulatoire d'un sénior.

De ce fait le Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré a trouvé dans l'UHCD un moyen de pallier au manque de structures et d'acteurs de santé dévoués à la prise en charge de la population vieillissante.

RECOMMANDATIONS

L'amélioration de la prise en charge des patients âgés passe par la mise en place des réseaux gériatriques avec une bonne coordination entre tous les acteurs.

1. Au CHU Gabriel Touré :

- La création d'un service de gériatrie.

- La création d'un nouveau service de médecine dite polyvalente ou une unité d'Hospitalisation de très Courte Durée.

- L'accroissement de la capacité des services de médecine interne.

- La mise en place d'une Antenne Mobile d'Orientation Gériatrique (AMOG).

- La mise en place d'une Unité d'Accueil et d'Orientation des Personnes Agées (UAOPA).

- Le perfectionnement du personnel.

- La motivation du personnel.

- L'obtention des contacts directs avec les structures hospitalières de proximités afin de coordonner les soins de la personne âgée.

- Renforcement du partenariat avec la Maison des Aînés à travers le département médicale qui existe déjà avec le Service d'Urologie du CHU Gabriel Touré.

2. Aux autorités sanitaires :

- Le recrutement d'un personnel spécialisé en médecine gériatrique.
- Une formation continue au personnel technique.
- L'instauration d'une carte sanitaire d'installation et de démographie médicale.

3. Aux autorités politiques :

- Une volonté durable.
- L'amélioration des structures hospitalières existantes.
- Le développement des hôpitaux de moyens séjours en gériatrie.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]. **Article L.712-3-2** du Code de la Santé Publique Française. Modifié par la Loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 - art. 23 (V) JORF 30 décembre 1999.
Abrogé par Ordonnance 2000-548 2000-06-15 art. 4 I JORF 22 juin 2000.
- [2]. **Loi N°98-038** Portant création de l'institut d'études et de recherche en géronto-gériatrie dénommée □ la maison des Aînés □ du 11 Juin 1998.
- [3]. **Démographie du Mali.**
Disponible sur :
<<http://fr.wikipedia.org/wiki/Démographie_du_Mali>>
(consulté le 01 Novembre 2011)
- [4]. **Jean-Pierre Guengant.** Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA. Analyse pays Mali, Agence Française de Développement ; Janvier 2011.
- [5]. **Dr Akory AG Iknane.** Politique et système de santé du Mali. Santé publique. Module : Politique, Organisation et Gestion des Systèmes de Santé. Cours Santé Publique 7^{ième} année Médecine. FMPOS. Université de Bamako (Bamako/Mali) ; Août 2010.
- [6]. **Dr Ly Ousmane.** Secteur santé-développement social-promotion féminine. Santé publique. Module : Politique, Organisation et Gestion des Systèmes de Santé. Cours Santé Publique 7^{ième} année Médecine. FMPOS. Université de Bamako (Bamako/Mali) ; Août 2010.
- [7]. **Astrid Henon Lim.** Les personnes âgées de 75 ans et plus ayant recours aux urgences du CHU de Bondy : caractéristiques épidémiologiques et place de la prise en charge par la filière gériatrique (thèse de médecine). Paris/France : Faculté de médecine. Université RENE DESCARTES Paris V-UFR Necker ; 2010.
- [8]. **Goita Abdoulaye.** Bilan médical de la première année d'activité du service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Touré (thèse de médecine). Bamako/Mali : FMPOS. Université de Bamako ; 2010.

[9]. **Carrillo-Colleony Doris.** Prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus admises aux urgences (thèse de médecine, N°016). Nancy/France : Faculté de médecine de Nancy. Université HENRI POINCARÉ. Nancy 1 ; 2004.

[10]. **Sniter K.** Situation sanitaire des personnes âgées au Maroc. Société Marocaine de Gériatrie, Fès, Maroc, 2003.

Disponible sur : <<http://www.medinterne.org/SM_Geriatrie.asp>>
(consulté le 11 Octobre 2011)

[11]. **SFMU. Référentiels de gestion** : Thésaurus des diagnostics d'urgence.

Disponible sur : <<<http://www.sfmou.org/fr/ressources/referentiels>>>
(consulté le 08 Avril 2011)

[12]. **Professeur C-H Rapin., Professeur C.Maupetit., C.Guillod.** Devenir de la personne âgée après hospitalisation. HEDs- Filière de formation en diététique. Faculté de médecine. Université de Genève (Genève/Suisse) ; Juin 2008.

[13]. **S.Bonin-Guillaume., O.Lacroix., R.Closon.** Dispose-t-on de critères permettant un retour à domicile chez la personne âgée au décours d'un passage aux urgences ? Urgence 2009, SAMU de France, Gériatrie, Chapitre 59, SFMU.

[14]. **S.Fanello., L.Moutel., L.Houssin., C.Durand-Stocco., P.M.Roy.** Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des admissions et urgences d'un grand hôpital ; CHU d'Angers 1999 ; Santé publique 1999 ; volume 11 ; n°4 ; pp.465-482.

[15]. **Article 144 du Code de Prévoyance Sociale du Mali.** 30 Décembre 2003.

[16]. **DECRET N°98-256/P-RM** fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'Institut d'Etude et de Recherche en Géronto-Gériatrie dénommé □ la maison des aînés □ du 20 Août 1998.

[17]. **Ministère de la santé du Mali.**

Disponible sur : <<<http://www.sante.gov.ml/>>>
(Consulté le 10 Mars 2011)

[18]. **Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées du Mali.** Etat de mise en œuvre du plan d'action national pour la promotion des personnes âgées 2006-2010. Secrétariat Général. Bamako 2007.

[19]. **Khaled KHLIFA.** Pertinence des admissions des personnes âgées aux structures des urgences du Centre Hospitalo-universitaire de Caen. Mémoire Master M2 Pro : Santé, soin et société. Université de Caen et de Rouen (France) ; 2007.

[20]. **SFMU. 10^{ème} Conférence de Consensus :** Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences, 5 Décembre 2003, Strasbourg, France.

[21]. **C.Leroy., A.Ricard-Hibon., C.Chollet., J.Marty.** Prise en charge préhospitalière médicalisée des personnes âgées ; Annales Françaises d'Anesthésie et Réanimation 22 (2003) 183-188.

[22]. **STIRATI-BURON. S .**Prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans dans un service d'urgence de la région parisienne ; La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie ; 2008 ; vol.XV ; n°142 ; pp.74-78.

[23]. **Fédéric Ballanger.** Personnes âgées fragiles : Implication de la précarité sociale et mécanismes décisionnels du recours aux urgences (thèse de médecine, N°003). Faculté de médecine. Université de Nantes (Nantes /France) ; 2005.

[24]. **Jean Goalard.** Le projet urgence 2005-2008, l'accueil au SAU. Centre Hospitalier de la Côte Basque. Département Urgences-SAMU.France ; Novembre 2005.

[25]. **Pichot-Duclos B., Alix E., Foubert F.**Facteurs de risque de réhospitalisation des personnes âgées de 75 ans et plus dans un centre hospitalier général, étude transversale de prévalence d'indicateurs et validation de la prédiction de réhospitalisation par une étude longitudinale de type cas exposés versus cas non exposés, l'année gérontologique 2002 ; 16(1) :42-58.

[26]. **Baubeau D., Carrasco V.** Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières ; DREES études et résultats 2003 ; 215.

[27]. **Vetel J.** La prise en charge de la douleur des personnes âgées aux urgences ; Réanimation Urgences 1993,2(3-(2)) ; 357-359.

[28]. **Ferry-Hmidouch R., Pichot du Mezeray A.** Quels sont les critères d'admissions dans un service d'urgence d'une personne âgée de plus de 75 ans. JEUR 2004 ; 17 :299-302.

[29]. **Jainsky L., Tazé S., Schmidt J.** Altération de l'état général : Motif de passage fréquent aux urgences pour des personnes âgées. Journal Européen des Urgences 2008 ; 21 (S1) : A149.

[30]. **Rottner J.** Critères de non hospitalisation de la personne âgée de plus de 75 ans : Aspect médical. Journal Européen des Urgences 2004 ; 17(3-C2) : 269-274.

[31]. **Bouchon J-P.** Particularités diagnostiques et grands principes thérapeutiques en gériatrie. Encyclopédie Médicale. Chirurgie ; Médecine, 1, 2004 ; 513-519.

[32]. **Groupe de travail de l'AP-HP.** Aval hospitalier des urgences médico-chirurgicales d'adultes à l'AP-HP, Paris 2002.

[33]. **Dulou L., Courreges J., Pateron D.** Equipe mobile de gériatrie aux urgences. Urgences 2005; 779-786.

[34]. **Stern R S., Weissman J S., Epstein A M.** The emergency department as a pathway to admission for poor and high-cost patients. JAMA. 1991; 266(16):2238-43.

[35]. **Shah M N., Glushak C., Karrison T G., Mulliken R., Walter J., Friedmann P D., Hayley D C., Chin M H.** Predictors of emergency medical services utilization by elders. Acad Emerg Med. 2003 Jan;10(1):52-8.

[36]. **Delmas G., Pierrard O., Weissenbach A., Zaioua S., Zemmouche Ph., Gillet P., Streiff R., Rothmann C.** Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et personnes âgées de 80 ans et plus. Journal Européen des Urgences 2008 ; 21(S1) :A149-A150.

[37]. **La personne âgée et les services des urgences.**

Disponible sur : <http://www.med.univ-angers.fr/fr/formation-1/fmc/SAU_PA.pdf.fr/>

(Consulté le 21 Novembre 2010)

[38].Plan décennal pour la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) 2006-2015. République du Mali, Avril 2008.

[39].Institut National de la Statistique du Mali. Résultats provisoire du 4^{ème} RGPH 2009.

[40].François Bertrand., Pierre Pras., Pierre-Marie Tardieux. Urgences du sujet âgé. Elsevier/Masson, 2006, Paris, France.

[41].Carrasco V., Baubeau D. Les usagers des urgences, Etudes et Résultats, DREES, n°212, Janvier 2003,8 p.

[42].Modibo Fofana. Boom démographique au Mali : l'AMPPF tire la sonnette d'alarme.10/10/2009.

Disponible sur : < <http://www.journaldumali.com/article.php?aid=512> >
(Consulté le 03 Novembre 2011)

[43].El Ouadrhiri. M. Situation sanitaire des personnes âgées au Maroc. Société Marocaine de Gériatrie, Larache, Maroc, 2005.

Disponible sur : <<http://www.medinterne.org/SM_Geriatrie.asp>>
(Consulté le 11 Octobre 2011)

ANNEXES

Fiche d'enquête

I-Aspects sociodémographiques :

1. Nom et prénom (s) :

2. Age :

3. Sexe :

4. Adresse :

5. Profession :

6. Nationalité :

7. Ethnie :

8. Statut matrimonial : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf (ve)

II- Habitudes et mode de vie :

10. Lieu de vie : Appartement SDF Autre (préciser) :

11. Mode de vie : Vit seul Avec conjoint Avec enfants

12. Alcool (Importante/Modérée)/Non 13. Tabac : Oui/Non 14. Café : Oui/Non

15. Autre addiction :

III-Antécédents :

17. Médicaux :

18. Chirurgicaux :

19. Gynéco-obstétricaux :

20. Familiaux :

IV-Admission au Service d'Accueil des Urgences :

21. Circonstances de survenue : Accident Non accidentel

22. Motifs d'admission : Douleur AEG Traumatisme Chute

Gêne respiratoire Malaise Autre :

23. Mode d'arrivée : Ambulance Sapeurs pompiers Moyens personnels

Autre :

24. Date et horaire d'arrivée :

25. Nombre de passage aux SAU :

26. Présence d'accompagnant : Oui/Non

27. Mode d'adressage : Médecin Oui/Non

27. Orientation à l'arrivée : Médecine Chirurgie

28. Autonomie des fonctions cognitives : Normale Altérée Démence

29. Autonomie motrice : Normale Altérée Patient grabataire

IV- Prise en charge aux Services d'Accueil des Urgences :

30. Degré d'urgence :

a) Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU)

CCMU 1.....CCMU2.....CCMU3.....CCMU4.....CCMU5

b) La classification du Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil (GEMSA)

GEMSA1....GEMSA2....GEMSA3....GEMSA4....GEMSA5....GEMSA6

31. Prise en charge pré-hospitalière : Automédication Oui/ Non (préciser type si oui)

Autre :

32. Itinéraire : SAU direct **Autre (préciser) :**

33. Traitement reçu au SAU :

34. Examens biologiques : NFS Oui/Non (si oui, anomalies :

GE Oui/Non (résultat :

Groupage rhésus :

Glycémie :

Ionogramme sanguin Oui/Non (si oui, anomalies :

Créatinémie Oui/Non (Résultat :

Autre :

35. Examens radiologiques : Radiographie du thorax Oui/Non (résultat :

TDM cérébrale Oui/Non (résultat :

Autre :

36. Diagnostique retenu :

37. Durée du séjour :

38. Date et horaire de sortie :

39. Devenir du patient : Domicile Hospitalisation Transfert Décès

Fiche signalétique

Nom : Assoumou

Prénoms : Martial Adonis

Titre de la thèse : Le devenir du sujet âgé au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré.

Année universitaire : 2010-2011

Ville de soutenance : Bamako/Mali.

Pays d'origine : Gabon

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Urgences, Gériatrie, Santé Publique.

RESUME

La prise en charge des personnes âgées est un enjeu sanitaire majeur des prochaines décennies. Une solution est la mise en place de réseaux gériatriques. Mais cela ne peut se faire qu'en connaissance du bassin gérontologique concerné.

C'est pourquoi nous avons réalisé une étude sur le devenir du sujet âgé au Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré. Cette étude prospective porte sur 1097 dossiers sur un an, d'Octobre 2010 à Septembre 2011. Une comparaison a été faite avec les caractéristiques des usagers des urgences des patients âgés de 65 ans et plus de la France et du Maroc.

Notre objectif était de déterminer le devenir des personnes âgées après leur passage au SAU du CHU Gabriel Touré.

Dans notre étude, notre population est âgée, moins nombreuse, surtout masculine et provenant du District de Bamako. Elle arrive majoritairement accompagnée, par ses propres moyens, et sans être adressée. C'est une consultation de semaine, principalement en matinée, en début d'après-midi et en début de soirée avec une plus grande fréquentation en Janvier, Juin, Juillet, Août et Septembre. Les patients sont polymédiqués, relativement autonomes et entourés. Le domicile est le premier lieu de vie et le service social, la première intervention sociale retrouvée. Les sujets âgés consultent pour la douleur, puis une altération de la conscience et une altération de l'état général. La majorité ne nécessite pas de prise en charge immédiate. Ils attendent moins d'une heure avant d'être vu par un médecin et également avant une décision les concernant. Les diagnostics principaux sont cardiovasculaires, non spécifiques et digestifs. L'essentiel des patients hospitalisés se fait à l'UHCD. A la suite 13,68% restent hospitalisés dans les différents services du CHU Gabriel Touré. Notre étude met en évidence des consultations qui ne nécessiterait pas forcément un recours aux urgences alors que le taux d'hospitalisation est paradoxalement fort.

Mots-clés : Personnes âgées, Service d'accueil des urgences, Recours soins, Filière soins, Réseau gérontologique, Gériatrie, CHU, Bamako, Mali.

Université de Bamako, FMPOS, REPUBLIQUE DU MALI

ABSTRACT

Name: Assoumou

First names: Martial Adonis

Title: the future of the old subject in the Emergency Room of GABRIEL TOURE University Hospital.

Academic year: 2010-2011

City of viva: Bamako / Mali.

Country of origin: Gabon

Place of deposit: F.M.P.O.S library

Sector of interest: emergencies, Geriatrics, Public health.

SUMMARY

The coverage of the elderly is a major sanitary stake in the next decades. A solution is the implementation of geriatric networks. But it can be made only in knowledge of the concerned gerontological pond.

That is why we realized a study on the future of the old subject in the Emergency Room of GABRIEL TOURE University Hospital. This forward-looking study concerns **1097** files over one year, from **October, 2010 till September, 2011**. A comparison was made with the characteristics of the users of the emergencies of the patients Of 65 and more years old of France and Morocco.

Our objective was to determine the future of the elderly after their passage to the Emergency Room of GABRIEL TOURE.

In our study, our population is old, less numerous, especially male and resulting from the District of Bamako. She arrives mainly accompanied, all on one's own, and without being sent. It is a week consultation, mainly in the morning, early in the afternoon and at the beginning of the evening with a bigger attendance in January, June, July, August and September. The patients are, relatively dosed

autonomous and popular. The place of residence is the first place of life and the social services department, the first found social intervention. The old subjects consult for the pain, then a change of the consciousness and a change of the general state. The majority do not require immediate coverage. They wait less than one hour before being seen by a doctor and also before a decision concerning them. Diagnostic main things are cardiovascular, not specific and digestive. The main part of the hospitalized patients is made in the UHCD. In the continuation **13,68%** remain hospitalized in the various services of the GABRIEL TOURE University Hospital. Our study brings to light consultations which would not require necessarily an appeal to emergencies while the rate of hospitalization is paradoxically strong.

Key-words: elderly, Emergency Room, Appeal care, Sector care, gerontological Network, Geriatrics, University Hospital, Bamako, Mali.

University of Bamako, FMPOS, REPUBLIC OF MALI

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y 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 le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.