

**UNIVERSITE PARIS DIDEROT- PARIS 7**  
**FACULTE DE MEDECINE**

---

**Année 2013**

**n°**

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

PAR

**MAIRE Aurore**  
**Née le 10 Mai 1985 à Paris**

*Présentée et soutenue publiquement le :*

**Pertinence des hospitalisations via le service des urgences  
chez les patients de plus de 75 ans**

Président de thèse : **Professeur RAYNAUD-SIMON Agathe**  
Directeur de thèse : **Docteur VITEAU Anne-Laure**

**DES de médecine générale**

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont permis l'accomplissement de cette thèse qui marque la fin de mes études de médecine.

### **A Madame le Professeur Agathe Raynaud-Simon**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.

Je vous remercie sincèrement pour votre gentillesse et la qualité de votre enseignement dont j'ai pu bénéficier au cours de mes études.

Veillez trouver ici la marque de ma profonde reconnaissance.

### **A Madame le Docteur Anne-Laure Viteau**

Tu m'as fait l'honneur de ta confiance, de ce travail que tu as voulu faire avec moi.

Merci de m'avoir éveillée à la gériatrie, et de m'avoir accompagnée tout au long de mon parcours.

J'éprouve un profond respect pour la qualité de ton travail, ta rigueur, et ta gentillesse.

Je te remercie également de tout le temps que tu as bien voulu me consacrer.

Trouve ici la marque de toute ma reconnaissance et de mon amitié.

### **A Madame le Docteur Dominique Cottin-Bouchon**

Merci d'avoir participé à l'élaboration de ce projet et à sa concrétisation.

J'admire votre dynamisme et votre travail pour essayer d'apporter toujours plus à la gériatrie.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde estime.

### **A Monsieur le Professeur Jean-Pierre Bouchon**

Vous m'avez fait l'honneur de consacrer du temps à la réalisation de ce projet.

Je vous remercie sincèrement pour la qualité de votre enseignement que j'ai eu la chance de recevoir.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

**A Madame le Docteur Chantegreil, Madame le Docteur Mammou, Monsieur le Docteur Durand, Monsieur le Docteur Robert, Madame le Docteur Nguyen, Monsieur le Docteur Ikka, Madame le Docteur Cournaud, Monsieur le Docteur Tardieu, Monsieur le Docteur Sarembaud, Monsieur le Docteur Lanoue**

Vous avez accepté aimablement de participer à ce projet.

Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous avez très gentiment accepté de me consacrer. C'est grâce à votre implication que ce projet a pu se réaliser.  
Soyez assurés de ma profonde reconnaissance et de ma sincère gratitude.

**A Madame le Docteur Houria Bouredji et Madame le Docteur Marie Paulhiac**

Merci d'avoir permis la réalisation de ce projet, ainsi que l'accompagnement dont vous m'avez fait bénéficier au cours de mon parcours en gériatrie.  
Veuillez trouver ici la marque de toute ma reconnaissance et de mon amitié.

**A Monsieur le Professeur Alain Serrie**

Je vous remercie sincèrement pour avoir participé à ma découverte de la Médecine de la douleur et pour m'avoir permis de poursuivre cette voie.  
J'admire votre engagement dans cette discipline et votre expérience que vous nous faites partager.  
Vous avez toute mon admiration et mon profond respect.

**A Monsieur le Professeur Marcel-Louis Viillard**

Je vous adresse mes sincères remerciements pour votre soutien et votre volonté de faire de nous de meilleurs docteurs.  
Bravo pour votre sagesse, votre professionnalisme et pour votre grand art.  
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde estime.

**A Monsieur le Docteur Gérard Cunin**

Vous m'avez fait l'honneur de travailler avec moi et de m'enseigner une partie de vos connaissances.  
J'admire votre rigueur, votre professionnalisme et votre sens de l'humain.  
Je regrette de ne pas avoir eu plus de temps à me former à vos côtés.  
Veuillez trouver ici toute mon admiration et ma reconnaissance.

**A Monsieur le Docteur Vianney Mourman**

Merci d'avoir été mon « papa » de médecine palliative.  
J'admire la qualité de ton travail, de ta réflexion et également ton anti-conformisme.  
Je te remercie pour ton dynamisme et ton soutien précieux au long de mon parcours à Lariboisière et même en dehors.  
Trouve ici la marque de ma reconnaissance et de mon amitié.

**A Monsieur le Docteur Erwan Treillet**

Je te remercie sincèrement pour m'avoir accompagnée, formée et soutenue dans mon début de parcours parmi vous.  
Merci également pour ta bonne humeur, ta « zen-attitude » et tes conseils précieux.

**A Madame le Docteur Phlippoteau Catherine**

Merci à vous qui avez permis la réalisation de cette thèse en mettant à ma disposition les dossiers Urqual des urgences

**A Muriel**

Merci pour ton soutien et tes encouragements, ainsi que pour ton professionnalisme.

**A Aleth**

Merci pour ton soutien, ta pêche et bien-sûr tes bonnes adresses !

**A Anja, Karine et Carole**

The best « fermières » ever ! Merci pour votre accompagnement, votre implication dans votre travail au quotidien et votre joie de vivre.

**A mes parents Odile et Christian**

Merci pour votre soutien en toutes circonstances et votre amour inconditionnel qui me permettent d'avancer toujours et de me construire sereinement. C'est grâce à vos encouragements et vos conseils que j'ai pu devenir le médecin que je suis actuellement.

**A Martine**

Merci pour ton soutien et ton écoute toujours précieuse

**A mes sœurs préférées Laure, Elsa et Oriane et leurs conjoints Antoine, Julien et Frédérique**

A votre amour et votre présence au cours de toutes ces années

**A Denis**

Merci pour ta joie de vivre et ton soutien

**A Magda WM**

Merci pour ton amitié et ton soutien indéfectible, et merci également pour cette année de D4 qui a été plus douce et plus drôle grâce à toi.

**A tous mes amis : Emilie, Clara, Fabien, Mélanie, Scarlett, Vic&Seb, Sarah, Anne, Mériem, Manuel, Aurélien, Laura, Marion, Victor, Benjamin, Bruno, Eric, Cyrille, Pierre-Antoine, Ferdi, Isabelle, Noé, Adèle, Alex, Claire, Alexandre, Pierre, Koré, et les autres...**

Merci pour votre bonne humeur, votre soutien depuis toutes ces années. La vie est plus belle grâce à vous.

**A tous mes co-internes croisés et pas assez souvent revus : Malaurie, Camille, Raphaël, Laurine, Hanas, Barbara, Nouadghe, Juliette, Caroline, Keren, Hélène et les autres...**

Merci d'avoir fait de mes stages d'internat un parcours aussi enrichissant, tant sur le plan médical, que sur le plan humain et humoristique!

# TABLE DES MATIERES

<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>11</b>
<b>I. Introduction.....</b>	<b>13</b>
<b>II. Généralités.....</b>	<b>15</b>
<b>1) Contexte.....</b>	<b>16</b>
1.1 Gériatrie – généralités.....	16
1.2 Le service d'accueil des urgences.....	17
1.3 Contexte particulier du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil.....	18
1.4 Parcours de soins d'une personne âgée au CHIC.....	20
<b>2) Données de la littérature et pré-requis.....</b>	<b>22</b>
2.1 Historique de l'AEP.....	22
2.2 Description de l'AEPf.....	24
2.3 Notion de pertinence dans l'outil AEPf.....	25
2.4 Schéma décisionnel selon l'HAS 2004.....	27
<b>III. Etude.....</b>	<b>28</b>
<b>1) Objectifs.....</b>	<b>29</b>
1.1 Objectif principal.....	29
1.2 Objectifs secondaires.....	29
<b>2) Matériel et méthode.....</b>	<b>30</b>
2.1 Matériel.....	30
2.2 Méthode.....	32
<b>IV. Résultats.....</b>	<b>35</b>
<b>1) Présentation générale.....</b>	<b>36</b>
<b>2) Résultats concernant la population étudiée.....</b>	<b>37</b>
2.1 Sexe ratio.....	37
2.2 Age.....	37
2.3 Motifs de consultation aux urgences.....	38
2.4 Diagnostic final à la sortie des urgences.....	41
2.5 Mode d'arrivée aux urgences.....	44
2.5.1 Total.....	44
2.5.2 Patients AEP+.....	44
2.5.3 Patients AEP-.....	44
2.6 Patients adressés par leur médecin traitant.....	46

2.7 Niveau d'autonomie des patients.....	47
2.7.1 Total.....	47
2.7.2 Patients AEP+.....	47
2.7.3 Patients AEP-.....	47
2.8 Entourage du patient.....	49
2.9 Présence d'aides au domicile.....	50
2.10 Ville d'origine des patients.....	52
2.11 Facteurs de fragilité.....	53
2.11.1 Total.....	55
2.11.2 Répartition des différents facteurs.....	56
a) Polymédication.....	56
b) Pathologie chronique.....	57
c) Autres facteurs de fragilité.....	58
<b>3) Résultats concernant les critères de la grille AEPf.....</b>	<b>60</b>
3.1 Généralités.....	60
3.2 Critères de sévérité clinique.....	61
3.3 Critères liés aux soins délivrés.....	62
3.4 Patients AEP-.....	63
3.4.1 Quels sont les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat ?.....	63
3.4.2 Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour prendre en charge le patient aujourd'hui (jour de l'admission) compte-tenu de son état de santé, de sa situation socio-économique et familiale ?.....	64
3.4.3 Quelle est la raison principale expliquant l'admission ?.....	65
<b>4) Résultats concernant le contexte de l'hospitalisation.....</b>	<b>67</b>
4.1 Moment de l'année où le patient est venu aux urgences.....	67
4.1.1 Total (n=84).....	67
4.2 Moment de la semaine où le patient s'est présenté aux urgences.....	68
4.2.1 Total (n=84).....	69
4.3 Horaire de venue aux urgences du patient.....	70
4.3.1 Total (n=84).....	71
4.4 Evaluation par l'équipe mobile de gériatrie.....	72
4.5 Trajectoire des patients après leur passage aux urgences.....	74
4.5.1 Services dans lesquels les patients ont été hospitalisés.....	74
4.5.2 Devenir des patients après leur passage à l'UHCD.....	75
<b>5) Résultats des réunions de groupe.....</b>	<b>76</b>
5.1 Raisons retrouvées des dissensus.....	77
5.1.1 Avis des généralistes en faveur de l'hospitalisation et gériatres considérant l'hospitalisation non pertinente.....	77
5.1.2 Avis des généralistes considérant l'hospitalisation comme non pertinente mais justifiée et gériatres considérant l'hospitalisation non justifiée.....	78
5.2 Discussion des critères de la grille AEPf.....	79
5.3 Discussion concernant le passage dans le service des urgences.....	81

<b>V. Discussion.....</b>	<b>82</b>
<b>1) Critique de la méthode.....</b>	<b>83</b>
1.1 Puissance de l'étude.....	83
1.2 Biais d'une étude rétrospective.....	83
1.3 Représentativité de la population.....	84
1.4 Les experts.....	85
1.5 Information des experts.....	86
1.6 Formation des experts.....	86
1.7 Les patients non hospitalisés.....	87
1.8 Etude monocentrique.....	87
<b>2) Confrontation aux données de la littérature.....</b>	<b>88</b>
<b>3) Critique de la grille AEPf évaluée dans la population gériatrique.....</b>	<b>89</b>
<b>4) Discussion des résultats de la feuille annexe.....</b>	<b>91</b>
4.1 Polymédication.....	91
4.2 Pathologies chroniques.....	91
4.3 Autres facteurs de fragilité.....	92
4.4 Contexte social.....	92
4.4.1 Aides au domicile.....	92
4.4.2 Entourage du patient.....	93
4.5 Patients adressés par le médecin traitant.....	93
4.6 Contexte de l'arrivée aux urgences.....	94
4.6.1 Le moment de l'année.....	94
4.6.2 Le moment de la semaine.....	94
4.6.3 Horaires.....	95
4.7 Diagnostic final à la sortie des urgences.....	95
4.8 Services dans lesquels les patients ont été hospitalisés suite au passage aux urgences.....	96
4.9 Récapitulatif : les besoins des patients AEP- .....	98
<b>5) Contraintes sur les hospitalisations des patients : la vision des médecins généralistes.....</b>	<b>99</b>
<b>6) Propositions pour éviter les hospitalisations non pertinentes.....</b>	<b>101</b>
<b>VI. Conclusion.....</b>	<b>104</b>
<b>VII. Annexes</b>	
<b>Annexe 1. Grille AEPf.....</b>	<b>107</b>
<b>Annexe 2. Feuille de renseignements complémentaires.....</b>	<b>110</b>
<b>Annexe 3. Avis de la réunion concernant la pertinence de l'hospitalisation.....</b>	<b>111</b>
<b>Annexe 4. Mini-GDS.....</b>	<b>112</b>
<b>Annexe 5. Liste des médecins généralistes et des gériatres ayant participé aux réunions de groupe.....</b>	<b>113</b>
<b>Annexe 6. ADL de Katz.....</b>	<b>114</b>
<b>Annexe 7. IADL.....</b>	<b>115</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>117</b>

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

## 1) Figures

- <b>Figure 1.</b> Carte de sectorisation du Val de Marne.....	19
- <b>Figure 2.</b> Répartition de la pertinence de l'hospitalisation.....	36
- <b>Figure 3.</b> Répartition des âges.....	38
- <b>Figure 4.</b> Répartition des motifs de consultation chez les AEP+.....	39
- <b>Figure 5.</b> Répartition des motifs de consultation chez les AEP-.....	40
- <b>Figure 6.</b> Diagnostic final à la sortie des urgences chez les AEP+.....	41
- <b>Figure 7.</b> Diagnostic final à la sortie des urgences chez les AEP-.....	43
- <b>Figure 8.</b> Répartitions des différents moyens d'arrivée aux urgences.....	45
- <b>Figure 9.</b> Répartition des patients adressés ou non par leur médecin traitant.....	46
- <b>Figure 10.</b> Répartition de l'autonomie des patients.....	48
- <b>Figure 11.</b> Répartition de l'entourage des patients selon la pertinence de l'hospitalisation.....	49
- <b>Figure 12.</b> Répartition des aides au domicile en fonction de la pertinence de l'hospitalisation.....	51
- <b>Figure 13.</b> Répartition de la polymédication en fonction de la pertinence de l'hospitalisation.....	56
- <b>Figure 14.</b> Répartition des patients atteints de pathologies chroniques.....	57
- <b>Figure 15.</b> Répartition globale des facteurs de fragilité.....	58
- <b>Figure 16.</b> Répartition du moment de l'année selon la pertinence de l'hospitalisation.....	67
- <b>Figure 17.</b> Répartition du moment de la semaine en fonction de la pertinence de l'hospitalisation.....	69
- <b>Figure 18.</b> Répartition des horaires de venue aux urgences en fonction de la pertinence de l'hospitalisation.....	71

## 2) Tableaux

-Tableau 1. Répartition des âges dans la population étudiée.....	37
-Tableau 2. Répartition de l'entourage des patients.....	49
-Tableau 3. Répartition des aides au domicile.....	50
-Tableau 4. Répartition des villes d'origine des patients.....	52
-Tableau 5. Total des facteurs de fragilité.....	55
-Tableau 6. Les différentes catégories de pathologies chroniques.....	58
-Tableau 7. Détails des facteurs de fragilité.....	59
-Tableau 8. Répartition des critères de sévérité clinique.....	61
-Tableau 9. Répartition des critères liés aux soins délivrés.....	62
-Tableau 10. Soins ou services chez les patients AEP-.....	63
-Tableau 11. Lieu d'hébergement pour les patients AEP-.....	64
-Tableau 12. Raison expliquant l'admission chez les patients AEP-.....	65
-Tableau 13. Services d'hospitalisation.....	74
-Tableau 14. Services après passage à l'UHCD.....	75

## Liste des abréviations

- **ADL**: Activities of Daily Living
- **AEP**: Appropriateness Evaluation Protocol
- **AEPf**: Appropriateness Evaluation Protocol version française
- **AEP= AEPf**
- **AEP+** : Patients dont l'hospitalisation est considérée comme pertinente
- **AEP-** : Patients dont l'hospitalisation est considérée comme non pertinente
- **AVQ** : Actes de la Vie Quotidienne
- **bpm** : battements par minute
- **CHIC** : Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
- **CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination
- **DFG** : Débit de filtration glomérulaire
- **ECG** : Electrocardiogramme
- **EMG** : Equipe Mobile de Gériatrie
- **GH** : Groupe Hospitalier
- **HDJ** : Hospitalisation De Jour
- **IADL**: Instrumental Activities of Daily Living
- **IC à 95%**: Intervalle de Confiance à 95%
- **IRC** : Insuffisance Rénale Chronique
- **MAIA** : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
- **mmHg** : millimètres de mercure
- **OR**: Odd Ratio
- **p**: p-valeur
- **PH** : Praticien Hospitalier
- **SAU** : Service d'Accueil des Urgences
- **SpO2** : Saturation partielle en oxygène
- **SSR** : Soins de suite et réadaptation
- **UGA** : Unité de Gériatrie Aigue
- **UHCD** : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
- **USLD** : Unité de Soins de Longue Durée

# **INTRODUCTION**

## **I. Introduction**

La fréquentation des services d'urgence est en constante augmentation (4,5% par an) [1], tout comme la part de personnes âgées dans la population générale.

Le nombre de consultations des personnes âgées aux urgences va donc aller en croissant (évalué actuellement à 12 à 14%) [2].

Le taux d'hospitalisation des personnes de 75 ans et plus via le service des urgences en France est élevé (53,6% en 2010) [3], en dépit du développement des soins ambulatoires. Ce taux n'est que de 17,5% chez les patients de moins de 75 ans [4], [5]. Or l'hospitalisation des malades âgés est source d'affections nosocomiales spécifiques (perte d'autonomie, dépression, confusion, dénutrition, institutionnalisation non souhaitée,...) [4], [6] et le constat fait actuellement, est que les médecins généralistes et les urgentistes sont confrontés à la fois à une prise en charge médico-psycho-sociale complexe mais également à des orientations difficiles du fait d'un aval parfois limité. Malgré leur récente augmentation en nombre et en moyen, les services de gériatrie ne peuvent répondre que partiellement aux besoins.

Il paraît donc important d'évaluer la pertinence des hospitalisations via les urgences des malades âgés, et pour cela de tenter de définir des critères d'hospitalisation consensuels entre médecins généralistes et gériatres.

Dans ce contexte, la revue de pertinence des soins permet d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients. L'Appropriateness Evaluation Protocol, questionnaire validé dans sa version française [7], permet d'identifier les admissions non pertinentes, de rechercher leurs causes et de mettre en place des stratégies de correction.

Nous avons donc décidé de mener une étude portant sur la pertinence des hospitalisations des patients âgés de 75 ans et plus via le service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil situé dans le Val de Marne. Seront également recherchés les

moyens qui permettraient d'éviter ces hospitalisations non nécessaires et potentiellement délétères pour le patient. Il paraît également pertinent de déterminer des sous-groupes à risque afin d'agir en amont lorsque cela est possible.

Cette étude permettra dans le même temps de déterminer si la grille AEPf est adaptée aux patients gériatriques, et de mettre en évidence les différences de points de vue sur la pertinence des hospitalisations entre médecins hospitaliers (gériatres) et médecins de ville (médecins généralistes).

# **GENERALITES**

## **II. Généralités**

### **1) Contexte**

#### **1.1 Gériatrie - généralités**

La part des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population française est en constante augmentation. Elle est de 8% actuellement, et serait de 9,4% en 2020 et de 16% en 2050 selon l'INSEE. [8]

Cette évolution s'accompagne d'une multiplication du nombre de pathologies par patient : 85% des personnes âgées de 75 ans et plus sont atteints d'au moins une affection chronique. [9], [10].

Environ 21% des personnes (tous âges confondus) sont hospitalisées après passage aux urgences. Ce taux monte à 53,6% chez les patients de plus de 75 ans [3] et [2].

Le corolaire de ces chiffres importants est que les places dans les services d'aval et en particulier dans les services de gériatrie sont limitées, et ne permettent pas d'accueillir dans les meilleures conditions, la totalité de ces patients.

Ces hospitalisations pouvant être elles-mêmes délétères pour le patient, il paraît nécessaire d'en évaluer la pertinence.

Un autre point à noter est le fait que la quasi-totalité des hospitalisations se fait via le service des urgences, or il semble qu'une part importante de ces patients ne nécessite pas un passage par le service des urgences et que l'hospitalisation pourrait être programmée [11], [12], [13].

Cet engorgement des urgences par des patients ne requérant pas ces services est délétère pour le patient, et pour la qualité du travail (soins, relationnel) du personnel du service.

Dans les études ayant évalué la pertinence des admissions, l'âge élevé des patients apparaît comme un facteur de non pertinence d'hospitalisation [14], [15], [16]. Cependant à notre connaissance aucune étude ne s'est intéressée à évaluer ce taux dans une population spécifiquement gériatrique où les patients seraient admis via le service des urgences.

## **1.2 Le service d'accueil des urgences**

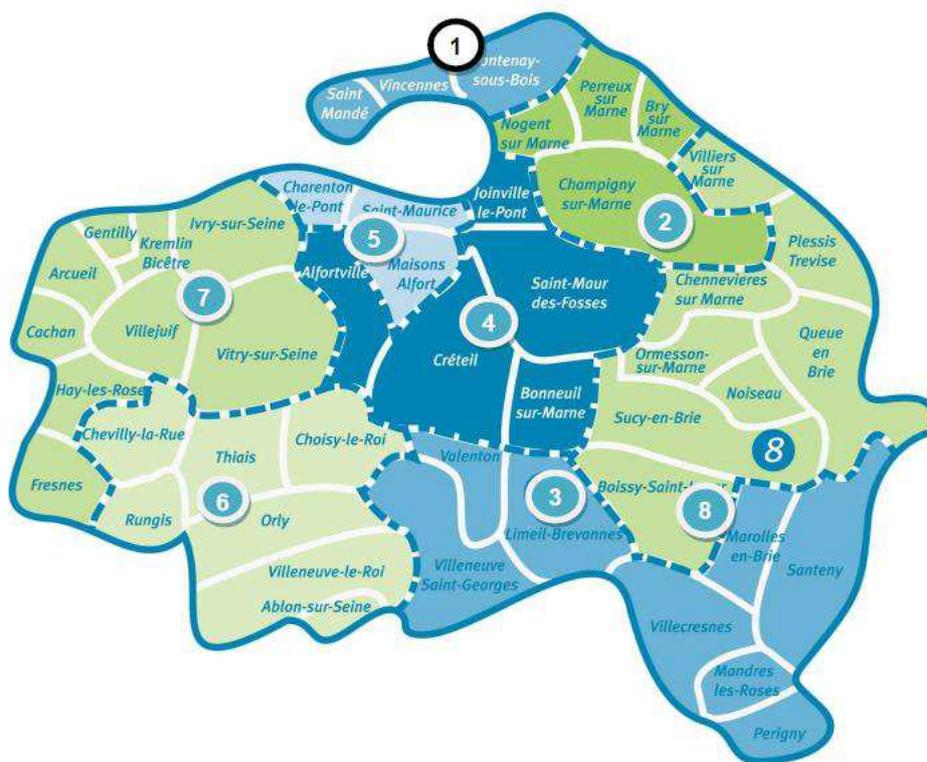
Le rôle des services d'urgences (véritables plaques tournantes entre la ville et l'hôpital) ne se limite pas au simple rôle de tri pour orienter les patients vers les différents services de l'hôpital, mais est bien d'élaborer un diagnostic, de mettre en place un éventuel traitement, et de décider s'il existe une indication à hospitaliser le patient avec un double risque : celui de réaliser une hospitalisation abusive (potentiellement délétère pour le patient et entraînant un engorgement des lits du service d'aval sans raison médicalement justifiée), et celui de laisser repartir à domicile un patient relevant d'une surveillance ou d'un traitement hospitalier.

Cette distinction peut être difficile à faire en gériatrie car les symptômes des sujets âgés sont peu spécifiques et parfois difficilement repérables dans le contexte de l'urgence [9], [4], [17].

### **1.3 Contexte particulier du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil**

Le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC) est un hôpital intercommunal reliant quatre communes du Val de Marne : Créteil, Saint-Maur des Fossés, Bonneuil et Joinville. Le Val de Marne est composé de 47 communes et divisé en 8 secteurs gériatriques :

- **Secteur 1** : Vincennes, Saint Mandé, Fontenay-sous-Bois
- **Secteur 2** : Nogent-sur-Marne, Champigny-sur-Marne, Le Perreux-sur-Marne, Bry-sur-Marne
- **Secteur 3** : Marolles-en-Brie, Santeny, Mandres-les-Roses, Périgny, Villecresne, Limeil-Brévannes, Valenton, Villeneuve Saint-Georges
- **Secteur 4** : Créteil, Saint-Maur-des-Fossés, Bonneuil-sur-Marne, Alfortville, Joinville-Le-Pont
- **Secteur 5** : Maisons-Alfort, Saint-Maurice, Charenton-Le-Pont
- **Secteur 6** : Chevilly-La-Rue, Rungis, Thiais, Villeneuve-Le-Roi, Ablon, Choisy-Le-Roi, Orly
- **Secteur 7** : Villejuif, Cachan, Vitry-sur-Seine, Ivry-sur-Seine, Kremlin-Bicêtre, Gentilly, Arcueil, la Hay-Les-Roses, Fresnes,
- **Secteur 8** : Villiers-sur-Marne, Plessis-Trevisse, Queue-en-Brie, Noiseau Ormesson-sur-Marne, Chennevières-sur-Marne, Sucy-en-Brie, Boissy-Saint-Leger



**Figure 1. Carte de sectorisation du Val de Marne**

Les principaux secteurs d'activité du CHIC sont les secteurs 3 et 4, ainsi que les communes limitrophes du secteur 4; cela correspond à environ un quart des communes du Val de Marne.

L'offre de soins hospitalière se partage entre deux principaux hôpitaux de l'AP-HP : le groupe hospitalier (GH) Henri Mondor-Albert Chenevier à Créteil et l'hôpital Emile Roux à Limeil-Brevannes ; et le CHIC à Créteil.

Le CHIC et l'hôpital Henri Mondor possèdent chacun un service d'accueil des urgences et une UHCD.

L'activité gériatrique de ces deux secteurs est répartie de la façon suivante (chiffres correspondant aux années étudiées): il existe 91 lits d'**Unité de Gériatrie Aiguë (UGA)** (60% sur le GH Henri Mondor-Albert Chenevier, 40% sur Emile Roux), 424 lits de **Soins de Suite et Réadaptation (SSR)** (87% pour Emile Roux, 8% pour le CHIC et 5% pour Henri Mondor-

Albert Chenevier), 383 lits d'**Unité de Soins Longue Durée (USLD)**, en totalité sur l'hôpital Emile Roux, deux **Hôpitaux De Jour (HDJ)** à visée **diagnostique** avec 9 lits (55% sur Albert-Chenevier et 45% sur Emile Roux) et un **HDJ thérapeutique** avec 20 places sur Emile Roux.

La filière gériatrique se complète avec les **Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)** 3 et 4, le **Réseau Santé Géroto 4 (RSG4)** porté par le CHIC qui intervient sur 31 communes à l'est de la Seine, les **Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)**, les **Services A Domicile (SAD)**, et l'**Hospitalisation A Domicile (HAD)**. Il existe également le projet du site précurseur de la **Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)** qui couvrait de 2010 à Juillet 2011 trois territoires gérontologiques du Val de Marne (secteurs : 3, 4 et 7), puis uniquement le secteur 4 jusqu'en 2012 où il y a eu l'ouverture d'une nouvelle MAIA pour le secteur 7, et en 2013 une autre pour le secteur 3.

#### **1.4 Parcours de soins d'une personne âgée au CHIC**

Le nombre de passage aux urgences du CHIC en **2010** a été de **30319 adultes** dont **3237 de 75 ans et plus** (soit 10,7%). En **2011**, le nombre de passage a été de **31961 adultes** dont **3133 de 75 ans et plus** (soit 9,8%). Environ 40% d'entre eux ont été hospitalisés à l'UHCD. Ce service d'urgences possède une assistante sociale à 0,9 équivalent temps-plein.

Le CHIC ne possédant pas d'UGA, les possibilités d'aval des urgences ou de l'UHCD sur l'hôpital sont soit le service de médecine polyvalente (Unité de Médecine Post-Urgences), soit les services de spécialités : Médecine interne, Pneumologie, Hépto-gastro-entérologie, Chirurgie digestive, ORL, Ophtalmologie, Réanimation, Gynécologie.

La gériatrie est représentée par le service de SSR avec 38 lits dont 20% polyvalents et 80% dédiés aux patients gériatriques, l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG), et deux consultations hebdomadaires avec une plage horaire réservée pour les urgences afin d'organiser des consultations précoces suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation en UHCD.

L'EMG composée d'un gériatre temps-plein, d'une infirmière temps-plein, et d'une psychologue mi-temps, intervient tous les matins en UHCD et sur appel des urgences ou des services dans la journée. On note que 67% des patients âgés de plus de 75 ans ont été vus par l'EMG, 76 % d'entre eux étaient fragiles et polypathologiques, et 40% ont dû être transférés vers une autre structure en 2010-2011. Parmi ces transferts, en 2010 : 57% des patients ont été transférés vers une structure de l'AP-HP et 43% vers une structure privée. En 2011 : 52,4% ont été transférés vers une structure de l'AP-HP et 47,6% vers une structure privée. La conséquence de ses transferts est un éloignement du lieu de vie du patient et des aidants car certaines structures sont mal desservies au niveau des transports, entraînant un épuisement familial. Les missions de proximité ne peuvent donc pas être constamment assurées.

Dans une démarche d'amélioration de ces pratiques nous nous sommes demandé dans un premier temps si toutes ces hospitalisations étaient pertinentes et si non quelles en étaient les raisons. Pour ce faire nous avons décidé de nous appuyer sur la grille AEPf. Nous avons également voulu savoir s'il était possible de déterminer des sous-groupes à risque.

Dans un deuxième temps il pourra être intéressant d'évaluer les possibilités de réorganisation du réseau hospitalier local.

## **2) Données de la littérature et pré-requis**

### **2.1 Historique de l'AEP**

L'augmentation croissante des dépenses de santé est à l'origine de pratiques d'évaluation de l'utilisation de l'hôpital. Des méthodes d'évaluation dites "utilization review" ont été développées dans les années 70 aux Etats-Unis pour juger du caractère approprié et efficient de l'utilisation des ressources [18], [19]. En France ces méthodes (revue de pertinence des soins) sont considérées par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme des méthodes d'amélioration de la qualité des soins. Elles ont pour but de repérer les admissions ou journées d'hospitalisation non pertinentes, de rechercher les causes qui expliquent ces admissions ou ces journées, et de mettre en place des plans d'action pour améliorer la prise en charge du patient [20], [21].

Les méthodes en oeuvre à l'heure actuelle opèrent par comparaisons entre une pratique observée et un comparateur : le comparateur peut être constitué par des experts jugeant de la pertinence à partir de critères implicites, ou par des listes de critères explicites, objectifs, validés, dépendants ou non du diagnostic.

Les outils à base de critères explicites constituent le moyen jugé le plus pertinent pour effectuer la mesure objective des journées et admissions inadéquates. En effet, malgré le fait que la mesure des inadéquations à travers l'opinion de panels de médecins puisse être considérée comme supérieure à un outil à critères explicites, par l'intégration du contexte médical et socio-géographique (et présentée souvent comme le "gold standard"), celle-ci présente une limite au niveau de la fiabilité. Ainsi dans de nombreuses études, des différences

significatives ont été repérées entre des panels de médecins généralistes et des panels de médecins hospitaliers [20].

Parmi les méthodes développées aux Etats-Unis pour évaluer le caractère pertinent de l'utilisation des ressources, la méthode développée par Gertman et Restuccia en 1981 sur la pertinence des admissions et journées d'hospitalisation, est celle qui a été la plus traduite et validée dans le monde [22]. La méthode repose sur un outil: l'*Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)*.

L'AEP est l'outil le plus largement utilisé car c'est celui qui a montré la plus grande reproductibilité et la plus grande validité d'après plusieurs études de la littérature internationale [23], [24], [25], [26], [27], [28], [29].

Dans le cadre d'un projet financé par l'Union Européenne, une version européenne de l'outil en langue anglaise a été testée et validée. Chaque pays a ensuite traduit, testé et validé dans sa propre langue l'AEP. En France l'outil est l'AEPf (f pour français). Les premières publications concernant cet outil datent des années 1990 avec Davido et al. (1991) [7] étudiant l'adéquation des admissions dans un service d'urgences, et Lang et al. (1995) [15] analysant cette fois quatre services d'urgences. Par la suite ce sont surtout Robain et al. (1999) et Lombard et al. (2001) qui ont établi la validité et la reproductibilité de l'outil en France, dans ses différentes composantes (premier volet évaluant l'adéquation de la journée ou de l'admission, et deuxième volet analysant les causes) [27], [28], [30], [31].

Par ailleurs, il existe une bonne concordance entre l'évaluation prospective et rétrospective d'un même dossier, on peut donc utiliser l'outil de l'une ou l'autre manière [22].

## 2.2 Description de l'AEPf

L'AEPf permet d'évaluer la pertinence des admissions et des journées hospitalisation, il existe pour cela deux grilles : une pour les admissions, l'autre pour les journées d'hospitalisation. L'origine des deux grilles est la même, mais la traduction des admissions s'est faite directement en français en même temps que sa validation alors que la grille concernant les journées d'hospitalisation a d'abord fait l'objet d'une adaptation européenne avant d'être traduite dans chaque pays dans sa propre langue [32].

Nous ne nous intéresserons ici qu'à l'étude de la pertinence des admissions à l'hôpital.

L'AEPf des **admissions** à l'hôpital comprend **trois parties**. (Annexe 1)

La **première** constituée d'une grille de **16 critères objectifs** : **10** liés à la sévérité de l'état clinique et **6** liés à la délivrance de soins.

Un patient est admis lorsque se présentant aux urgences ou directement dans un service de soins, hors admission programmée, il est hospitalisé ensuite dans l'un des services de soins de l'établissement.

L'admission est jugée pertinente si **au moins un des critères** de la grille AEPf est présent. Si aucun critère n'est présent, un expert peut néanmoins déclarer l'admission pertinente, c'est la notion d'« *over-ride* » traduite par **avis d'expert**, c'est la **deuxième** partie de la grille. Il s'agit de situations médicales ne nécessitant pas d'intervention immédiate mais devant lesquelles le médecin ne peut prévoir l'évolution à très court terme. L'expert doit clairement expliquer la raison de l'utilisation de « l'over-ride ».

La **troisième partie** comporte des critères permettant d'identifier les raisons et le niveau de soins requis pour les patients dont les admissions ont été jugées non pertinentes.

### 2.3 Notion de pertinence dans l'outil AEPf

La notion de pertinence telle qu'elle est utilisée dans l'AEPf est une évaluation de processus définie du seul point de vue des professionnels de santé. Elle est purement technique et ne prend pas en compte le point de vue de l'utilisateur. Le jugement de valeur sur lequel elle s'appuie est celui de la pertinence technique et de la qualité du soin rendu au malade [21].

Il est nécessaire de faire une distinction entre une hospitalisation **pertinente** et une hospitalisation **justifiée**. Une hospitalisation est **pertinente** lorsque l'admission ou la journée d'hospitalisation répond aux critères explicites de la grille ou à l'avis d'expert.

Si un patient est hospitalisé pour recevoir des soins qui pourraient être délivrés à qualité égale ou supérieure dans un contexte moins coûteux ou en ambulatoire et que la possibilité de soins extra-hospitaliers n'a pas été utilisée du fait d'une décision inadéquate des professionnels de santé ou d'un défaut de l'organisation hospitalière, alors l'admission est jugée **non pertinente et non justifiée**. Elle pose le problème d'améliorer la prise de décision ou l'organisation des soins pour mieux faire coïncider les besoins du patient et les structures existantes de prise en charge.

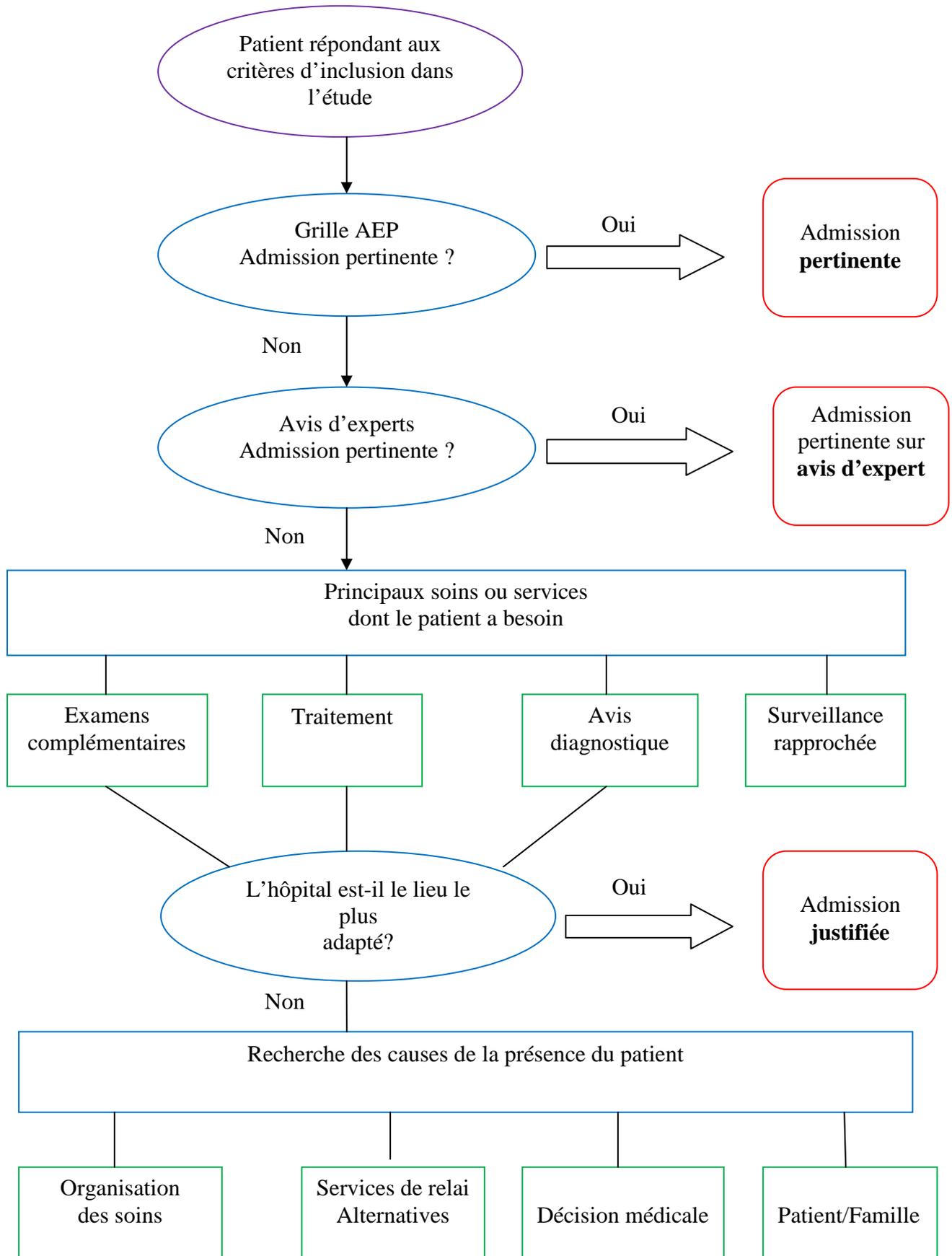
Un troisième cas est celui où le patient hospitalisé peut recevoir des soins d'un niveau moins technique ou des soins ambulatoires mais pour lequel les structures qui permettraient de répondre à ses besoins n'existent pas à un moment donné. Elles peuvent être simplement indisponibles ou inexistantes dans le système de soins, posant alors des problèmes d'organisation ou de planification. Dans ce cas, l'hospitalisation n'est pas pertinente mais la décision des professionnels est adaptée à l'environnement du système de soins et donc l'hospitalisation est **justifiée** : exemple d'un patient hospitalisé et recevant des soins éducationnels qu'il ne peut recevoir ailleurs faute de structure existante.

En résumé l'AEPf est un outil d'évaluation standardisé, utilisant des critères objectifs et explicites, indépendants du diagnostic (donc non compromis par des erreurs ou des différences d'opinion dans le diagnostic de la pathologie).

Enfin il est connu pour être rapide et facile d'utilisation pour un utilisateur un minimum entraîné. Une étude australienne évalue à une à deux minutes le temps nécessaire pour évaluer de façon rétrospective la pertinence d'une admission à l'hôpital [33].

Mais très peu d'études se sont intéressées à l'utilisation de l'AEPf chez des populations particulières comme les spécialités pédiatrique, psychiatrique et gériatrique, ni sur l'utilisation de celle-ci en pratique courante notamment en médecine générale. Dans toutes les études que nous avons à notre connaissance, les évaluateurs étaient des médecins hospitaliers. Il paraît nécessaire d'avoir le point de vue des médecins de ville car c'est à eux souvent que revient la décision d'orienter ou non leurs patients vers l'hôpital.

## 2.4 Schéma décisionnel selon l'HAS 2004 [21]



# **ETUDE**

## **III. Etude**

### **1) Objectifs**

#### **1.1 Objectif principal**

Notre objectif principal lors de cette étude a été d'estimer la proportion des admissions jugées non pertinentes selon la grille AEPf chez les patients âgés de 75 ans et plus via le service des urgences.

#### **1.2 Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires qui découlent de l'objectif principal ont été :

- d'analyser les causes de non pertinence des admissions à l'hôpital et d'identifier les facteurs associés, en particulier ceux accessibles à une intervention correctrice,
- d'évaluer la grille AEPf en pratique courante chez la population gériatrique,
- de comparer les avis des hospitaliers (gériatres) et les avis des médecins de ville (médecins généralistes) sur la pertinence de l'hospitalisation,
- d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins de ville pour le maintien au domicile des personnes âgées.

## 2) Matériel et méthode

### 2.1 Matériel

Il s'agit d'une étude transversale conduite de façon rétrospective.

**La population étudiée** concerne les patients de 75 ans et plus hospitalisés au CHIC via les urgences, sur deux années consécutives (2010-2011).

**Les patients exclus** sont les patients de moins de 75 ans, les patients transférés en dehors de l'hôpital (pour s'assurer d'avoir les informations complémentaires nécessaires à l'analyse des dossiers), les patients hospitalisés au SSR car il s'agit d'un service de moyen séjour et qu'il existe théoriquement peu d'hospitalisations directes, et les patients hospitalisés dans les services de chirurgie et réanimation car l'hospitalisation est jugée pertinente a priori.

Le recueil des données a été réalisé grâce au dossier Urqual des urgences et au dossier papier des services d'aval du CHIC. Les dossiers ont été tirés au sort par le Département d'Information Médicale (DIM) de l'hôpital. Il a été au préalable calculé le nombre de dossiers nécessaires pour que notre étude ait une **puissance** satisfaisante ( $1-\beta = 0,9$ ), avec un risque de première espèce  $\alpha$  à **0,05**. Ce nombre a été estimé à **1443** lorsque l'on faisait l'hypothèse que dans notre échantillon la proportion d'hospitalisation non pertinente observée serait de **20%**. Nous avons choisi le taux de 20% en faisant une moyenne des données observées dans la littérature [4], [34], [35], [36], [37], [38], [39], [40], [41], [42], [43]. Le logiciel utilisé pour réaliser ces calculs est le logiciel du site de la faculté de Jussieu : BiostaTGV.

Ce nombre étant très élevé, il n'a pas été jugé réaliste d'atteindre ce chiffre en raison du manque de moyens dont nous disposons pour réaliser une telle étude.

Un nombre de **cent dossiers** a finalement été tiré au sort.

L'outil utilisé pour l'analyse des données, en particulier pour l'objectif principal, a été la **grille AEPf** (Annexe 1).

Une fiche de renseignements complémentaires (Annexe 2) pour l'analyse des dossiers a également été réalisée pour permettre d'obtenir des informations sur l'âge du patient, son sexe, le motif d'arrivée, l'heure d'arrivée au SAU, la date et le jour de la semaine, le fait que le patient ait été adressé par son médecin traitant, les antécédents du patient, l'existence d'une polymédication, les facteurs de fragilités (qui seront définis par la suite dans le paragraphe IV 2.12), le type de domicile, l'existence d'aides au domicile et leur type, son entourage, et pour les sorties post-hospitalisation à l'UHCD savoir si l'équipe mobile de gériatrie avait évalué le patient et en cas de réponse positive, quelles aides ou propositions avaient été envisagées.

Après synthèse et analyse des dossiers, nous avons organisé des **entretiens de groupes** (focus groups), qui ont eu pour but de déterminer à l'aide de la grille AEPf si l'hospitalisation était pertinente pour chaque dossier. Les conclusions tirées et les différents avis des participants à ces entretiens de groupes ont ensuite été notés sur des feuilles de synthèse (Annexe 3).

Après recueil des résultats, des tests statistiques ont été effectués pour déterminer si les différences observées entre les deux populations (patients dont l'hospitalisation est considérée comme pertinente, et patients dont l'hospitalisation est considérée comme non pertinente) étaient statistiquement significatives. Le test utilisé est le **Test exact de Fisher** (car les effectifs de la population étudiée étaient trop faibles pour effectuer un Test du Chi 2), et les calculs ont été réalisés grâce au logiciel de la faculté de Jussieu : **BiostaTGV**.

## 2.2 Méthode

La synthèse des dossiers des patients tirés au sort s'est faite dans un premier temps par le résumé du passage au SAU, puis par le remplissage de la feuille de renseignements complémentaires.

Au total **84 dossiers** ont pu être analysés car **16 dossiers** se sont révélés inexploitable : **8** n'ont pas été retrouvés, **3** non exploitables car trop peu de données renseignées dans le dossier, et **5** possédaient un critère d'exclusion (4 de ces patients ont été hospitalisés en service de chirurgie après le passage aux urgences : 1 en ophtalmologie, et 3 en chirurgie viscérale ; et 1 patient a été directement transféré en réanimation).

Dans un second temps les gériatres (exerçant au CHIC ou ayant exercé dans le département du Val de Marne) ont été contactés, ainsi que les médecins généralistes pour la constitution des entretiens de groupes. (Annexe 5)

Les médecins généralistes ont été sollicités par téléphone, courrier et mail. Au total **65** médecins généralistes ont été contactés sur une période de six mois, et **douze** ont accepté de participer. Au final deux se sont désistés, donc **dix médecins** ont participé aux réunions de groupe dont deux à deux reprises (Annexe 5). La seule condition de sélection étaient qu'ils exercent dans le Val de Marne, pour avoir une homogénéité quant à l'offre de soins locale, notamment : les possibilités d'hospitalisation (en particulier qu'ils soient susceptibles d'adresser leurs patients au CHIC), l'accès aux réseaux de soins locaux, et une démographie médicale identique.

Nous avons décidé de ne pas inclure de médecins urgentistes dans les réunions de groupe dans un souci d'objectivité pour l'étude des dossiers et l'analyse de la grille. Mais on note

qu'il aurait été intéressant d'avoir l'avis de cette population médicale sur la pertinence des hospitalisations.

**Cinq** entretiens de groupes ont été organisés entre les mois d'**Octobre 2012 et Avril 2013**.

Ces entretiens ont été particulièrement difficiles à organiser en raison des différents emplois du temps des participants. Les deux premiers focus groupes ont réuni : trois gériatres et trois médecins généralistes, le troisième : trois gériatres et un médecin généraliste, le quatrième : trois gériatres et deux médecins généralistes, et le cinquième: trois gériatres et trois médecins généralistes.

Les entretiens ont eu lieu au sein du CHIC. Le fonctionnement de la grille AEPf leur était présenté en début de séance ainsi qu'un rappel sur l'objectif de l'étude.

Les réunions se sont déroulées de la façon suivante : les résumés cliniques des dossiers étaient exposés, puis chaque participant donnait son avis quant à la pertinence de l'hospitalisation, en utilisant la grille AEPf.

Lorsque l'état de santé du patient satisfaisait à au moins un des critères A (critères de sévérité clinique) ou B (critères liés aux soins délivrés), ou bien était justifié lors de l'utilisation de l' « over-ride » (avis d'expert), l'analyse du dossier s'arrêtait là.

Inversement, si aucun critère AEP n'était rempli, ni l' « over-ride » utilisé, signifiant que l'hospitalisation n'était pas pertinente, alors les intervenants du groupe devaient préciser au niveau du paragraphe « B » le type de soins requis par le patient, ainsi que le lieu d'hébergement le mieux adapté pour prendre en charge le patient, et donner la raison principale expliquant l'admission du patient à l'hôpital.

Lorsque des dissensus entre les différents intervenants apparaissaient, ceux-ci étaient notés, et ensuite un consensus essayait d'être obtenu. Si celui-ci était impossible, l'avis concernant la pertinence de l'hospitalisation consigné était celui de la majorité des présents.

Les avis concernant les items de la grille et leur compréhension ont également été notés tout comme les différentes raisons des dissensus.

Un dernier dossier qui n'avait pas pu être discuté en réunion a été analysé par trois gériatres et a été envoyé par mail à dix médecins généralistes, deux médecins sur les dix ont donné leur avis sur la pertinence de l'hospitalisation.

Le temps moyen nécessaire à l'analyse d'un dossier lors des réunions a été relevé à 10 minutes. En revanche les temps retrouvés dans la littérature se situent aux alentours de 2 minutes [33]. Ceci est en partie expliqué par le grand nombre d'évaluateurs présents lors des réunions et les discussions qui découlaient de l'analyse de chaque dossier. Dans la littérature il n'y avait en général qu'un à deux évaluateurs.

# **RESULTATS**

## IV. Résultats

### 1) Présentation générale

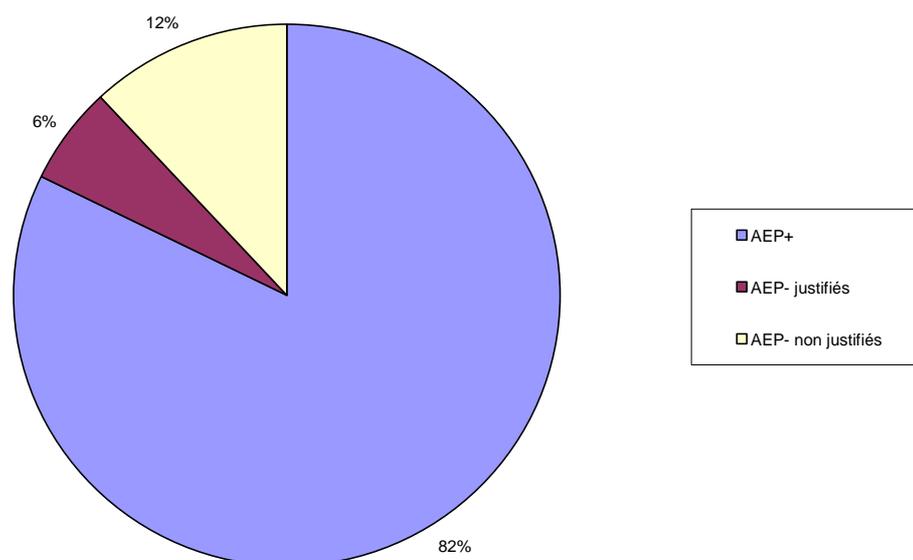
Au total **84 dossiers** ont été analysés :

- **69** (82,4%) étaient considérés comme pertinents (AEP+)

- **15** (17,86%) étaient considérés comme non pertinents (AEP-), parmi ceux-ci : **5** (33,3%)

étaient justifiés (soit 6% sur la totalité des patients); et **10** (66,6%) étaient non justifiés (soit

12% sur la totalité des patients).



**Figure 2. Répartition de la pertinence de l'hospitalisation**

## 2) Résultats concernant la population étudiée

### 2.1 Sexe ratio

Il y avait dans la population **50 femmes** (59,5%) et **34 hommes** (40,5%).

-Patients AEP+ : 42 femmes (60,9%) et 27 hommes (39,1%)

-Patients AEP- :

- Total : 7 femmes (46,7%) et 8 hommes (53,3%)
- Justifiés : 2 femmes et 3 hommes
- Non justifiés : 5 femmes (50%) et 5 hommes (50%)

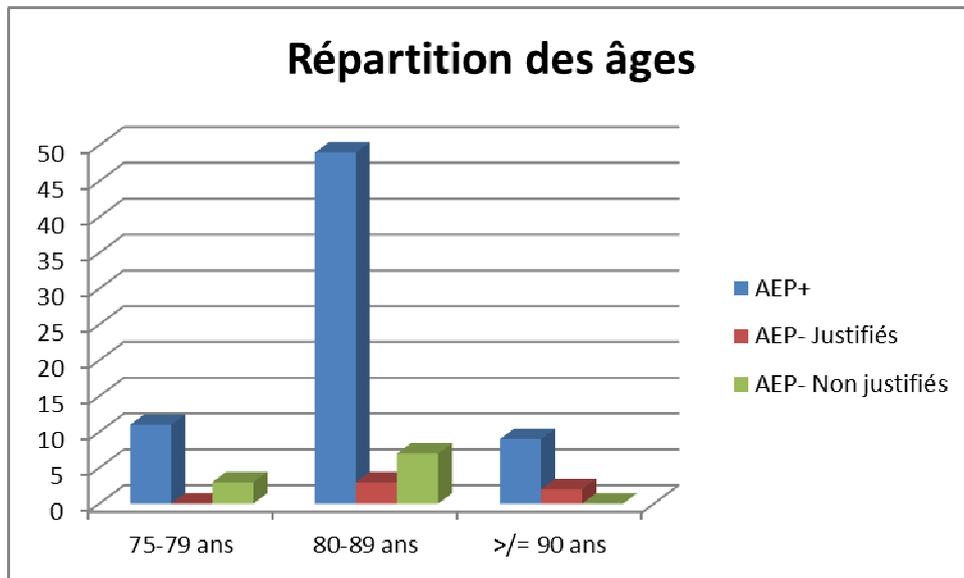
La différence n'est pas statistiquement significative :  $p=0,39$ , OR : 0,57 IC 95% [0,15 ; 2,02]

### 2.2 Age

L'âge moyen de la population étudiée était de 84,5 ans. Il est représentatif de la population gériatrique du CHIC, ainsi que de l'activité de l'EMG et de celle du SSR.

**Tableau 1. Répartition des âges dans la population étudiée**

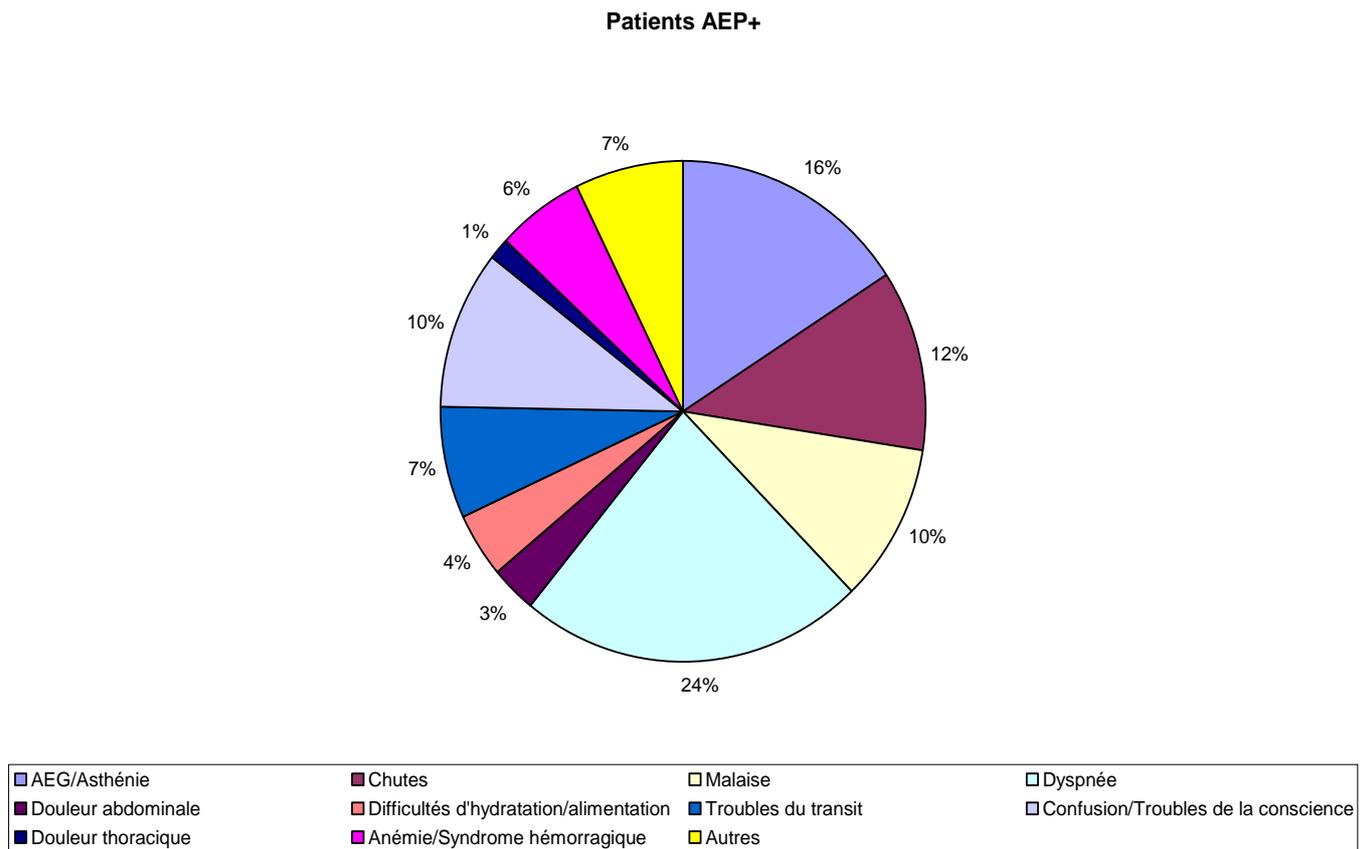
Ages	Population					
	AEP+		AEP- Justifiés		AEP- non justifiés	
	N=69		N=5		N=10	
<b>75-79 ans</b>	11	15,9%	0	0%	3	30%
<b>80-89 ans</b>	49	71%	3	60%	7	70%
<b>90 ans et plus</b>	9	13%	2	40%	0	0%



**Figure 3. Répartition des âges**

### **2.3 Motifs de consultation aux urgences**

Après analyse des 84 dossiers, il a été décidé de retenir **dix motifs de consultation** aux urgences les plus fréquemment retrouvés. Lorsque le motif n'a été retrouvé qu'une fois, il a été classé dans la partie : « autres ». Ceci a été le cas à cinq reprises chez les patients dont l'hospitalisation a été jugée pertinente (AEP+), et deux fois chez les patients dont l'hospitalisation a été jugée non pertinente (AEP-).



**Figure 4. Répartition des motifs de consultation chez les AEP+**

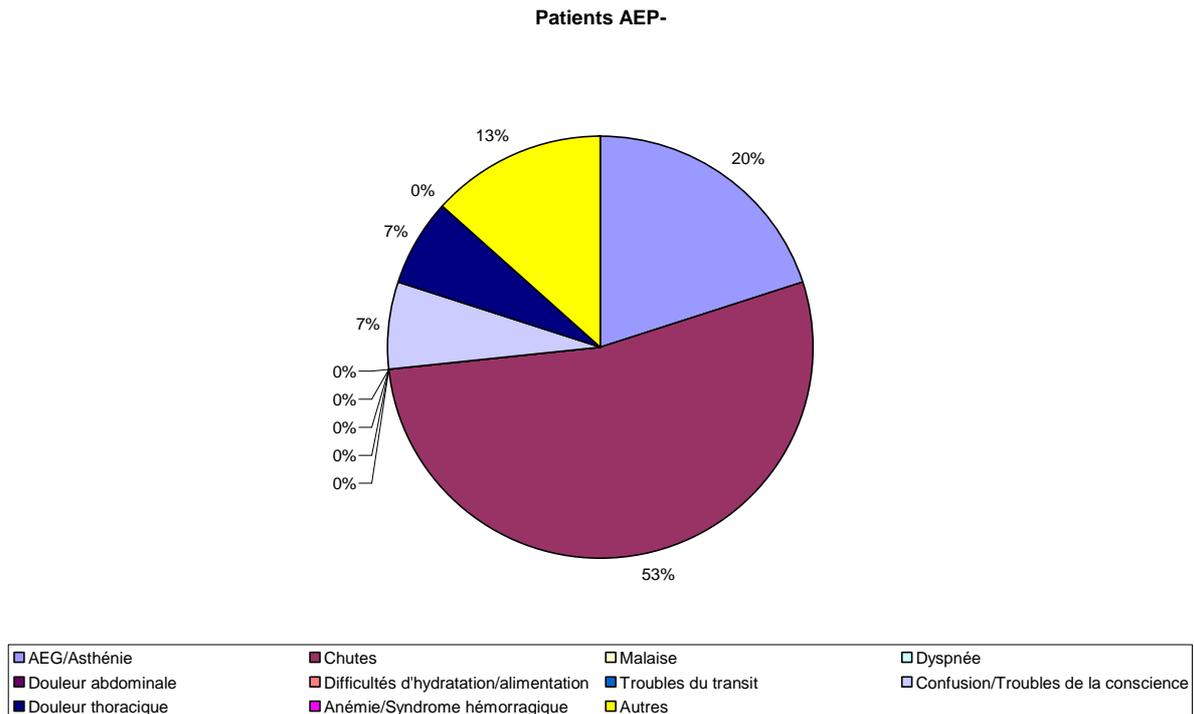
Les motifs les plus retrouvés sont :

-Dyspnée : 24%

-Malaises et chutes : 22%

-Douleur abdominale et troubles du transit : 17%

-AEG/ Asthénie : 16%



**Figure 5. Répartition des motifs de consultation chez les AEP-**

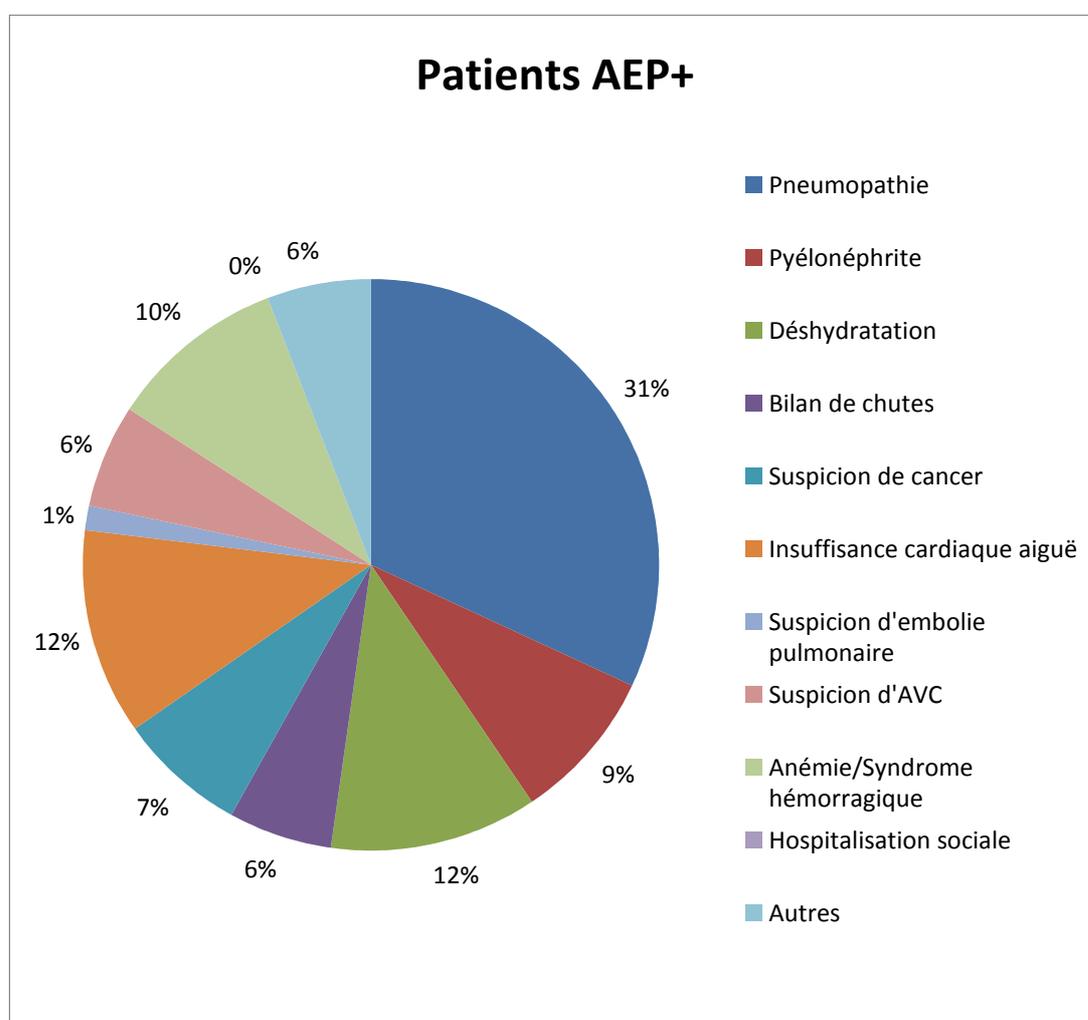
Les motifs retrouvés sont :

- Chutes : 53%
- AEG/ Asthénie : 20%
- Autres : 13%. La catégorie « autres » comprend : une suspicion d'intoxication au monoxyde de carbone, un cas de fièvre depuis 2 jours
- Confusion et troubles de la conscience : 7%
- Douleur thoracique : 7%

Les autres motifs suscités n'ont pas été retrouvés.

## 2.4 Diagnostic final à la sortie des urgences

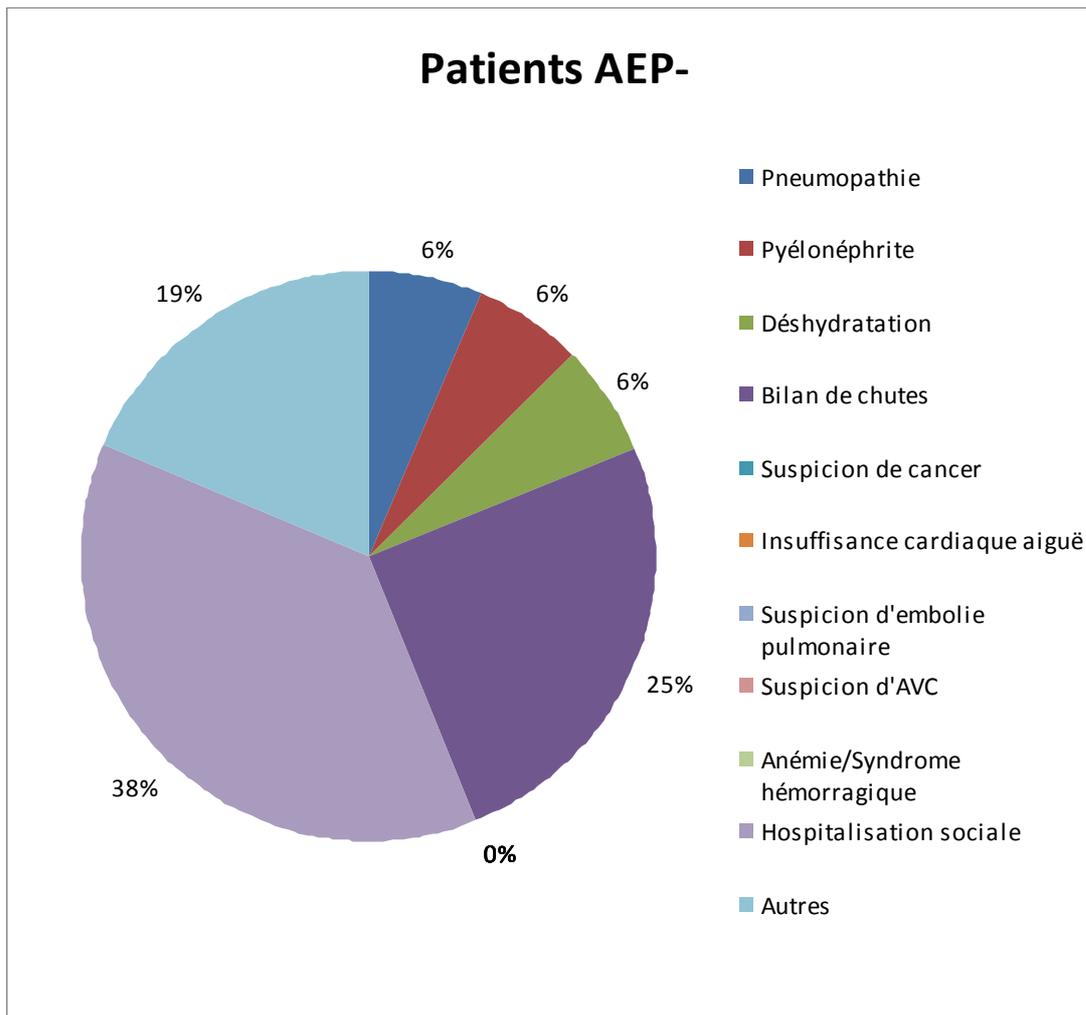
Après analyse des dossiers, il a été relevé dix diagnostics retrouvés le plus fréquemment au moment de la sortie des urgences. Lorsque le motif n'était retrouvé qu'à une seule reprise, il était noté dans la catégorie « autres ». Ceci est arrivé à quatre reprises pour les patients AEP+, et à trois reprises pour les patients AEP-.



**Figure 6. Diagnostic final à la sortie des urgences chez les AEP+**

Les diagnostics retrouvés dans la population AEP+ sont :

- Pneumopathie : 31%
- Déshydratation : 12%
- Insuffisance cardiaque aiguë : 12%
- Anémie/Syndrome hémorragique : 10%
- Pyélonéphrite : 9%
- Suspicion de cancer : 7%
- Bilan de chutes : 6%
- « Autres » : 6%
- Suspicion d'AVC : 6%
- Hospitalisation « sociale » : 1%
- Suspicion d'embolie pulmonaire : 0%



**Figure 7. Diagnostic final à la sortie des urgences chez les AEP-**

Les diagnostics retrouvés dans la population AEP- sont :

- Hospitalisation « sociale » : 38%
- Bilan de chutes : 25%
- « Autres » : 19%
- Pneumopathie : 6%
- Pyélonéphrite : 6%
- Déshydratation : 6%
- Suspicion d'embolie pulmonaire, Anémie/Syndrome hémorragique, Suspicion d'AVC, Insuffisance cardiaque aiguë, Suspicion de cancer : 0%

## **2.5 Mode d'arrivée aux urgences**

Quatre modes d'arrivée aux urgences ont été recensés parmi les dossiers : SAMU, Pompiers, Ambulance, et patient arrivé par ses propres moyens

### **2.5.1 Total (n=84)**

-SAMU : 4 (4,8%)

-Pompiers : 22 (26,1%)

-Ambulances : 42 (50%)

-Propres moyens : 16 (19%)

### **2.5.2 Patients AEP+ (n=69)**

-SAMU : 3 (4,3%)

-Pompiers : 15 (21,7%)

-Ambulances : 39 (56,5%)

-Propres moyens : 12 (17,4%)

### **2.5.3 Patients AEP- (n=15)**

-Total :

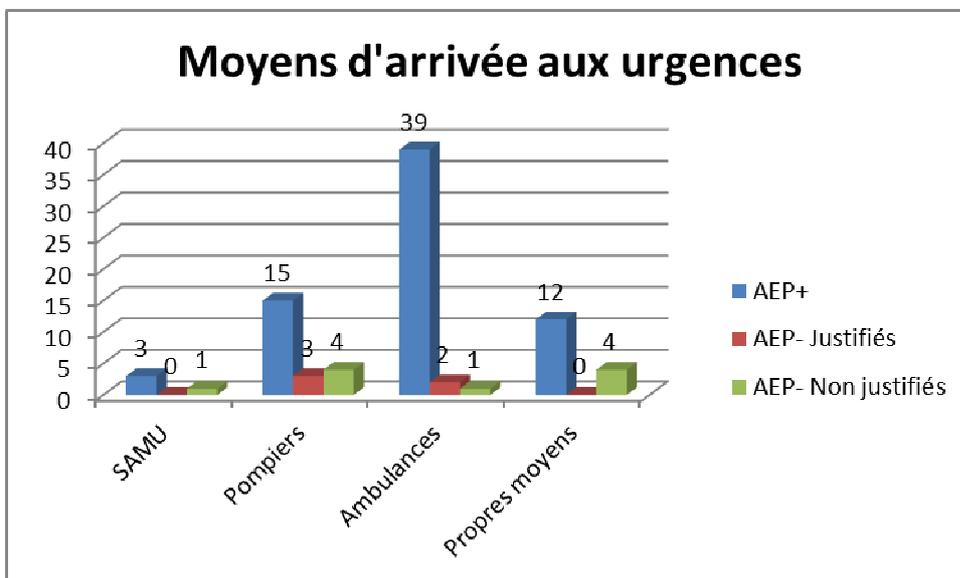
- SAMU : 1 (6,66%), cas d'un patient amené aux urgences pour une douleur thoracique irradiant au bras gauche. Aux urgences : pas de modifications de l'ECG, pas de mouvement enzymatique.
- Pompiers : 7 (46,7%)
- Ambulances : 3 (20%)
- Propres moyens : 4 (26,7%)

-Patients AEP- mais hospitalisation justifiée (n=5):

- SAMU : 0 (0%)
- Pompiers : 3 (60%)
- Ambulances : 2 (40%)
- Propres moyens : 0

-Patients AEP-, non justifiés (n=10) :

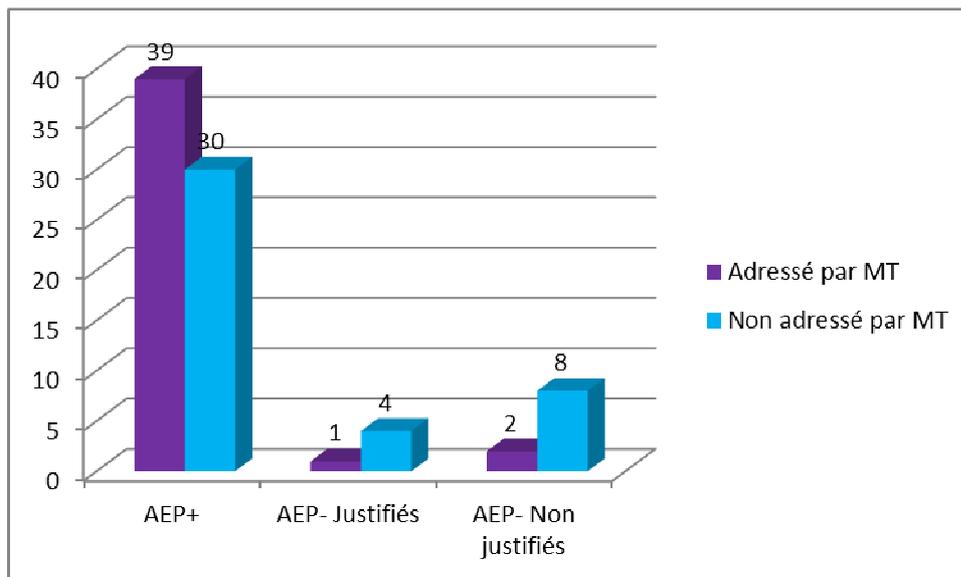
- SAMU : 1 (10%)
- Pompiers : 4 (40%)
- Ambulances : 1 (10%)
- Propres moyens : 4 (40%)



**Figure 8. Répartitions des différents moyens d'arrivée aux urgences**

## 2.6 Patients adressés par leur médecin traitant

Nous avons recensé le fait que les patients aient été adressés aux urgences par un médecin ou non



**Figure 9. Répartition des patients adressés ou non par leur médecin traitant**

-Dans la population AEP+ : 56,5% des patients ont été adressés aux urgences par leur médecin traitant

-Dans la population AEP- : 20% des patients ont été adressés aux urgences par leur médecin traitant

Cette différence n'est pas statistiquement significative :  $p= 0,175$ , OR : 2,8 avec IC à 95% [0,73 ; 16,05].

## **2.7 Niveau d'autonomie des patients**

Le niveau d'autonomie a été classé en trois catégories : autonomie totale, autonomie partielle, et patients nécessitant une aide pour tous les actes de la vie quotidienne (AVQ).

Cette classification a été retenue car plus de précisions (ADL et IADL) n'étaient pas retrouvés dans le dossier des urgences. Il est fait un rappel de ces deux échelles au niveau des annexes 6 et 7.

### **2.7.1 Total (n=84) :**

- Autonomie totale : 28 (33,3%)
- Autonomie partielle : 51 (60,7%)
- Dépendant pour tous les AVQ : 5 (6%)

### **2.7.2 Patients AEP+ (n=69) :**

- Autonomie totale : 23 (33,3%)
- Autonomie partielle : 42 (60,9%)
- Dépendant pour tous les AVQ : 4 (5,8%)

### **2.7.3 Patients AEP- (n=15) :**

-Total :

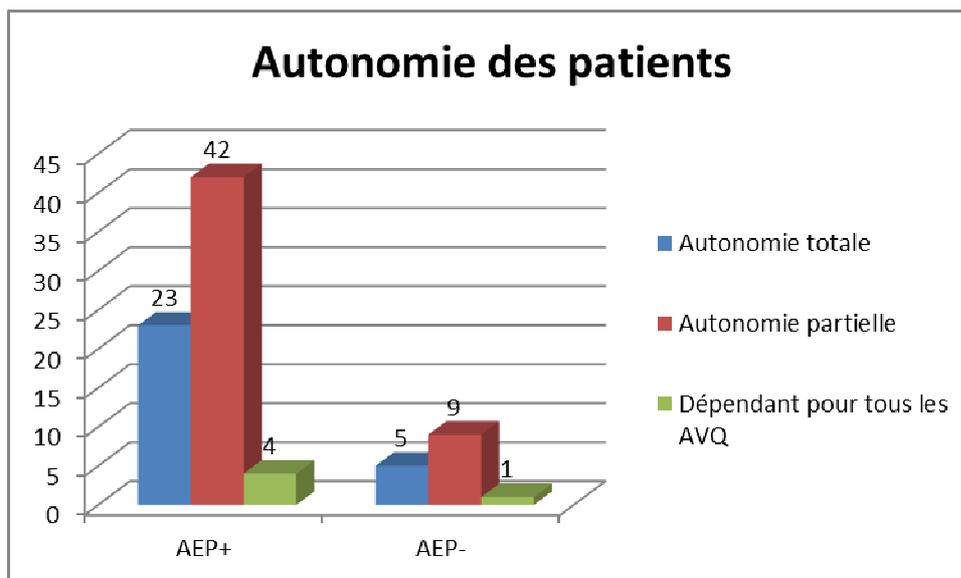
- Autonomie totale : 5 (33,3%)
- Autonomie partielle : 9 (60%)
- Dépendant pour tous les AVQ : 1 (6,7%)

-Patients AEP-, mais hospitalisation justifiée (n=5) :

- Autonomie totale : 3 (60%)
- Autonomie partielle : 2 (40%)
- Dépendant pour tous les AVQ : 0 (0%)

-Patients AEP-, hospitalisation non justifiée (n=10) :

- Autonomie totale : 2 (20%)
- Autonomie partielle : 7 (70%)
- Dépendant pour tous les AVQ : 1 (10%)



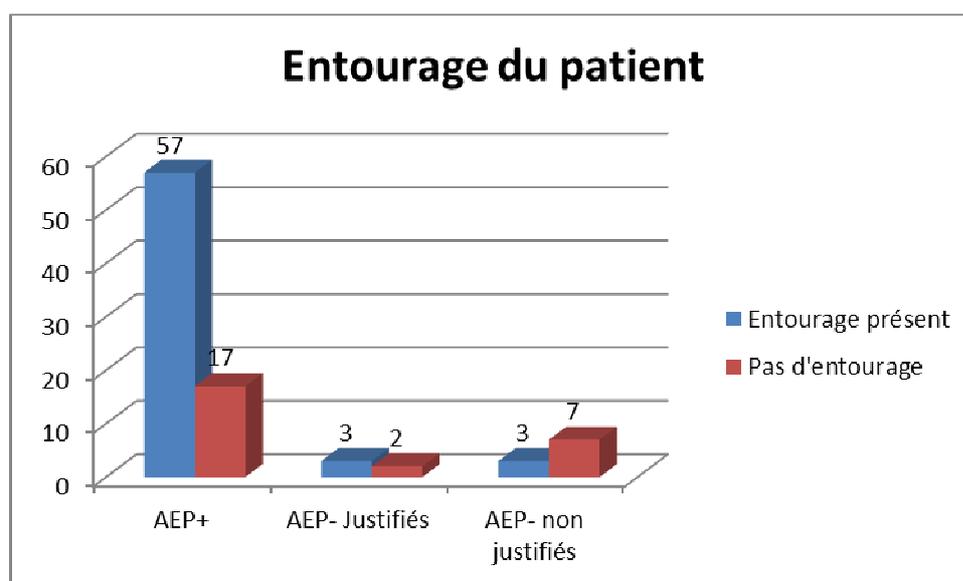
**Figure 10. Répartition de l'autonomie des patients**

## 2.8 Entourage du patient

Il a été recensé si le patient possédait un entourage pouvant se révéler aidant (famille, amis, voisins).

**Tableau 2. Répartition de l'entourage des patients**

	AEP+ (N=69)		AEP- (N=15)	
			AEP- Justifiés (N=5)	AEP- Non justifiés (N=10)
<b>Entourage présent</b>	52	75,4%	3	60%
<b>Pas d'entourage</b>	17	24,6%	2	40%
			3	30%
			7	70%



**Figure 11. Répartition de l'entourage des patients selon la pertinence de l'hospitalisation**

-Dans la population AEP+ : 75,4% des patients possédaient un entourage pouvant se révéler aidant, contre 40% dans la population AEP-.

Cette différence n'est pas statistiquement significative :  $p= 0,239$ , OR : 1,9 et IC à 95% [0,63 ; 6,32].

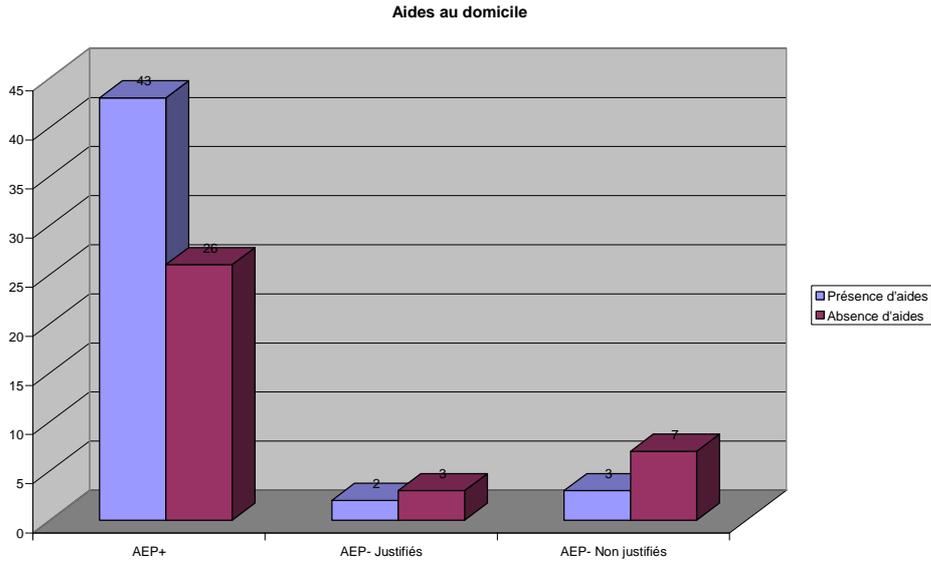
## **2.9 Présence d'aides au domicile**

Nous avons recherché si les patients qui avaient été hospitalisés possédaient des aides au domicile.

Dans la notion d'aides nous avons retenu : les infirmières, les aides-soignantes, les auxiliaires de vie, et les aides ménagères. Les catégories et l'organisation de ces aides n'ont pas été détaillées car ces informations n'étaient en général pas disponibles dans le dossier des urgences.

**Tableau 3. Répartition des aides au domicile**

	AEP+ (N=69)		AEP- (N=15)	
			AEP- Justifiés (N=5)	AEP- Non justifiés (N=10)
Présence d'aides	43	62,3%	2	40%
Absence d'aides	26	37,7%	3	60%
			7	70%



**Figure 12. Répartition des aides au domicile en fonction de la pertinence de l'hospitalisation**

- Dans la population AEP+ : 62,3% des patients possédaient des aides au domicile avant l'arrivée aux urgences, contre 33,3% des patients AEP-.
- Cette différence n'est pas statistiquement significative :  $p=0,318$  OR : 1,9 IC à 95% [0,59 ; 7,02].

## **2.10 Ville d'origine des patients**

Il a été recensé les villes d'origine des patients pour analyser par la suite si les différences d'offre de soin locale pouvaient être un facteur influençant l'hospitalisation des patients.

**Tableau 4. Répartition des villes d'origine des patients**

	Total	AEP+	AEP-
Créteil	12	9	3
Saint-Maur	27	23	4
La Varenne Saint-Hilaire	5	5	0
Joinville	5	5	0
Sucy en Brie	8	5	3
Bry sur Marne	3	3	0
Vincennes	2	2	0
Ormesson	3	2	1
Boissy Saint-Léger	3	2	1
Bonneuil sur Marne	4	3	1
Champigny sur Marne	1	1	0
Choisy Le Roi	5	5	0
Maisons Alfort	1	1	0
Alfortville	2	2	0
Santeny	1	0	1
Thiais	1	0	1
Chennevières sur Marne	1	1	0

On remarque que la majorité des patients viennent du secteur 4 du Val de Marne, secteur doté d'un grand nombre de services à la personne.

## **2.11 Facteurs de fragilité**

La fragilité est un concept difficilement définissable et peu objectivable. Arveux et al en 2002 [44] la définissent comme : un syndrome résultant d'une réduction multisystémique des réserves fonctionnelles limitant les capacités de l'organisme à répondre à un stress même mineur. C'est un état d'instabilité physiologique exposant à un risque majeur de décompensation fonctionnelle, associé souvent à des phénomènes en cascade et de cercles vicieux, source de perte d'autonomie, d'institutionnalisation ou de décès.

Il n'existe pas de consensus officiel concernant les facteurs de fragilité.

Les critères de fragilité le plus souvent retrouvés dans la littérature [17], [45], [46], [47], [48], [49], [50], [51], [52] sont :

- l'âge supérieur soit à 80 ans, soit à 85 ans,
- les comorbidités (même non évolutives) supérieures à trois,
- la présence d'au moins un syndrome gériatrique (trouble de la marche ou chutes, incontinence, confusion mentale ou démence),
- l'atteinte d'au moins une activité de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, aller aux toilettes, se déplacer, s'alimenter et être continent).

Il existe également les critères de Fried [47] qui ne peuvent être recherchés au SAU.

Nous avons donc étudié : l'âge supérieur à 80 ans, les chutes dans les six mois précédents, les troubles de la marche, l'existence d'une polymédication, l'existence d'une pathologie chronique, le niveau d'autonomie, l'existence de troubles cognitifs, la dénutrition, la dépression.

Pour obtenir ces données nous avons étudié le dossier Urqual des urgences mais également le dossier d'hospitalisation du patient.

L'âge et le niveau d'autonomie ont été étudiés dans les paragraphes précédents.

La polymédication pour un patient est définie par la prise de plus de 5 traitements médicamenteux [53], [54], [55], [56].

**Les pathologies chroniques** recensées sont :

- Maladie cardiaque (défaillance ou insuffisance)
- Maladie pulmonaire (défaillance ou insuffisance)
- Insuffisance rénale chronique (IRC) à partir du stade modéré (DFG inférieur à 60 ml/min)
- Cancer en cours d'évolution
- Diabète

La **dénutrition** est définie comme : un déséquilibre entre les apports et les besoins protéino-énergétiques de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires ayant des conséquences fonctionnelles délétères.

Critères pour la personne âgée [57], [58] :

- Perte de poids supérieure ou égale à 5% en 1 mois ou supérieure à 10% en 6 mois
- IMC inférieur ou égal à 21 Kg/m<sup>2</sup>
- MNA global inférieur à 17
- Albuminémie inférieure à 35 g/L

Au final dans l'analyse des dossiers que nous avons effectuée, il a été très difficile d'obtenir tous ces éléments, nous avons retenu le diagnostic de dénutrition lorsque celui-ci était noté, même s'il manquait le détail des critères utilisés pour poser le diagnostic.

Le critère de **dépression** a été retenu lorsqu'il était noté comme tel dans les antécédents du patient ou dans l'observation des urgences. Nous n'avons trouvé aucun dossier où une mini Geriatric depression scale (GDS) (Annexe 4) avait été effectué aux urgences.

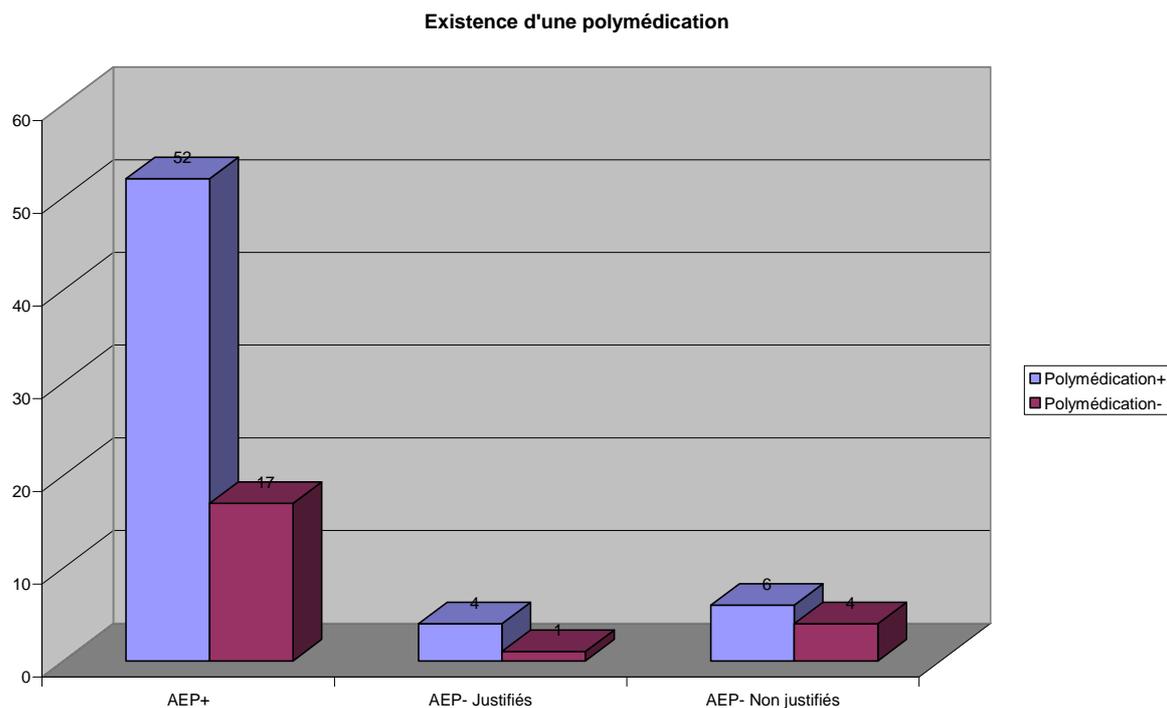
### 2.11.1 Total (n=84) :

**Tableau 5. Total des facteurs de fragilité**

<b>Chutes</b>	18	21,4%
<b>Troubles de la marche</b>	20	23,8%
<b>Polymédication</b>	62	73,8%
<b>Pathologie chronique :</b>	73	86,9%
-Maladie cardiaque	21	
-Maladie pulmonaire	18	
-IRC	5	
-Cancer en évolution	13	
-Diabète	16	
<b>Troubles cognitifs</b>	24	28,6%
<b>Dénutrition</b>	8	9,5%
<b>Dépression</b>	14	16,7%

## 2.11.2 Répartition des différents facteurs

### a) Polymédication

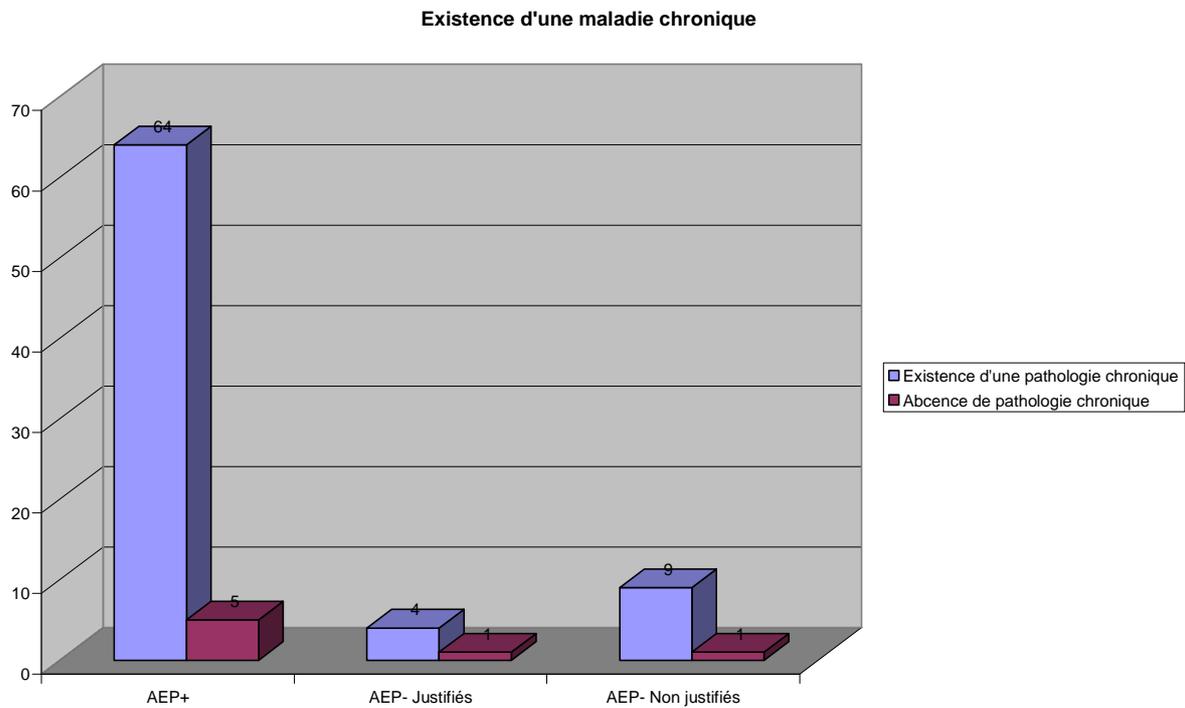


**Figure 13. Répartition de la polymédication en fonction de la pertinence de l'hospitalisation**

- Dans la population AEP+ : 75,4% des patients avaient une polymédication, contre 66,7% dans la population AEP-.

- Cette différence n'est pas statistiquement significative :  $p=0,828$ , OR : 1,13, IC à 95% [0,43 ; 3,06].

## b) Pathologie chronique



**Figure 14. Répartition des patients atteints de pathologies chroniques**

Dans la population AEP+, 93% des patients étaient atteints d'une pathologie chronique contre 87% dans la population AEP-.

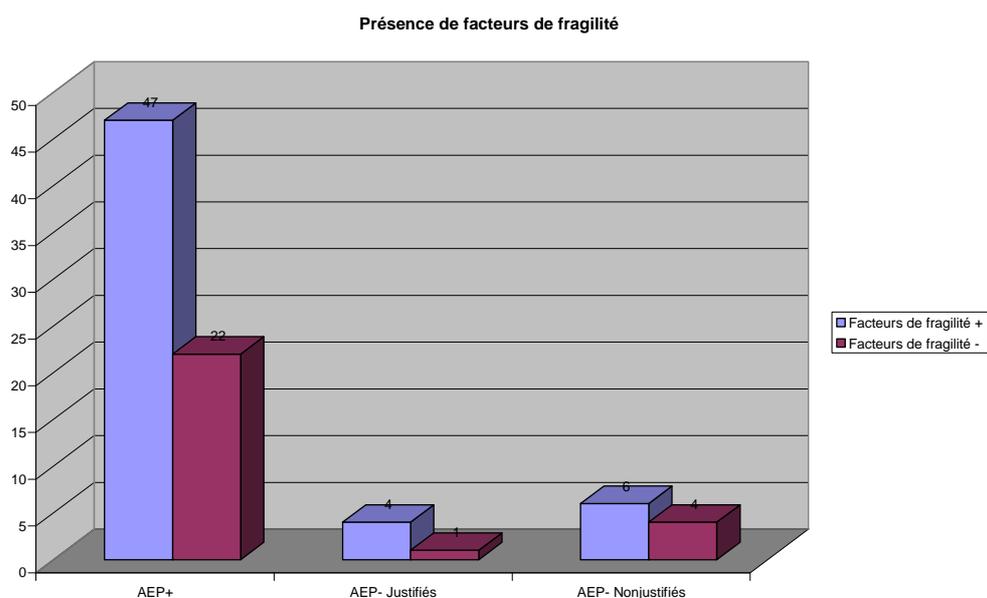
Cette différence n'est pas statistiquement significative :  $p=0,60$ , OR : 1,95 et IC 95% [0,16 ; 13,63].

**Tableau 6. Les différentes catégories de pathologies chroniques**

	AEP+		AEP- Justifiés		AEP- Non justifiés	
	N=69		N=5		N=10	
<b>Maladie cardiaque</b>	17	24,6%	2	40%	2	20%
<b>Maladie pulmonaire</b>	18	26,1%	0	0%	0	0%
<b>IRC</b>	3	3,6%	1	20%	1	10%
<b>Diabète</b>	14	20,3%	2	40%	1	10%
<b>Cancer</b>	10	14,5%	1	20%	2	20%

c) Autres facteurs de fragilité

Dans cette partie sont recensés : les troubles de la marche, les chutes, les troubles cognitifs, la dépression et la dénutrition.



**Figure 15. Répartition globale des facteurs de fragilité**

Dans la population AEP+, 68% des patients possédaient au moins un des facteurs de fragilité, contre 66% dans la population AEP-.

Cette différence n'est pas statistiquement significative :  $p=1$ , OR : 1,08 et IC 95% [0,24 ; 3,95].

**Tableau 7. Détails des facteurs de fragilité**

	<b>AEP+</b> <b>N=69</b>	<b>AEP- Justifiés</b> <b>N=5</b>	<b>AEP- Non justifiés</b> <b>N=10</b>
<b>Troubles de la marche</b>	16 <b>23,2%</b>	2 <b>40%</b>	2 <b>20%</b>
<b>Chutes</b>	14 <b>20,3%</b>	3 <b>60%</b>	1 <b>10%</b>
<b>Dépression</b>	13 <b>18,8%</b>	0 <b>0%</b>	1 <b>10%</b>
<b>Dénutrition</b>	6 <b>8,7%</b>	2 <b>40%</b>	0 <b>0%</b>

### **3) Résultats concernant les critères de la grille AEPf**

#### **3.1 Généralités**

Dans la population des patients dont l'hospitalisation est considérée comme pertinente (n=69) :

-16 (23,2%) possédaient un ou plusieurs critères de sévérité clinique

-12 (17,4%) possédaient un ou plusieurs critères liés aux soins délivrés

-29 (42%) possédaient des critères mixtes

-12 (17,4%) ont été considérés comme pertinents après l' « override » (avis d'expert).

Donc au total 57 (82,6%) des hospitalisations considérées comme pertinentes se sont faites sur des critères de la grille AEPf, et 12 (17,4%) se sont faites sur l'avis d'experts.

### **3.2 Critères de sévérité clinique**

Chez les patients qui possédaient des critères de sévérité clinique purs ou mixtes (n=45), nous avons étudié la répartition des différents critères :

**Tableau 8. Répartition des critères de sévérité clinique**

<b>Critères</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>A1. Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente</b>	14	31,1%
<b>A2. Pouls &lt;50/min ou &gt;140/min</b>	4	8,9%
<b>A3. Pression artérielle systolique &lt;90mmHg ou &gt;200mmHg, diastolique &lt;60 ou &gt;120mmHg</b>	10	22,2%
<b>A4. Cécité ou surdité brutale</b>	0	0%
<b>A5. Perte brutale de la motricité d'une partie du corps</b>	4	8,9%
<b>A6. Fièvre persistante &gt; 38,5°C sous le bras ou 39°C en rectal depuis plus de 5 jours</b>	0	0%
<b>A7. Syndrome hémorragique</b>	3	6,7%
<b>A8. Troubles électrolytiques ou des gaz du sang graves *</b>	14	31,1%
<b>A9. Atteintes de fonctions essentielles de façon brutale**</b>	23	51,1%
<b>A10. Ischémie aiguë à l'ECG</b>	1	1,81%

\*Troubles électrolytiques ou des gaz du sang graves : Natrémie inférieure à 123 ou supérieure à 156 mEq/L, Kaliémie inférieure à 2,5 ou supérieure à 6 mEq/L, Bicarbonates inférieurs à 20 ou supérieurs à 36 mEq/L (sans qu'il existe de cause de chronicité), pH inférieur à 7,30 ou supérieur à 7,45

\*\*Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau.

On remarque que le critère A9 a le plus souvent été noté : plus de la moitié (51,1%) des patients présentaient une atteinte des fonctions essentielles de façon brutale. Ensuite viennent les critères A1 (31,1%) et A8 (31,1%).

### **3.3 Critères liés aux soins délivrés**

Chez les patients dont l'hospitalisation a été considérée comme pertinente sur les critères liés aux soins délivrés purs ou mixtes (n= 41), nous avons étudié la répartition de ces différents critères.

**Tableau 9. Répartition des critères liés aux soins délivrés**

<b>Critères</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>B1. Traitement intraveineux continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement entéral)</b>	21	51,2%
<b>B2. Chirurgie ou autres actes prévus dans les 24 heures nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale, soit l'utilisation de matériel, de services uniquement disponibles dans un hôpital</b>	10	24,4%
<b>B3. Surveillance de signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures</b>	33	80,5%
<b>B4. Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique</b>	6	14,6%
<b>B5. Traitement dans une unité de soins intensifs</b>	0	0%
<b>B6. Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8 heures</b>	20	48,8%

Dans la partie concernant les critères liés aux soins délivrés le critère B3 revient le plus souvent (80,5% des cas), suivi du critère B1 (51,2% des cas), et du critère B6 (48,8% des cas).

### **3.4 Patients AEP-**

Chez les patients dont l'hospitalisation a été considérée comme non pertinente (n=15), nous avons étudié les différentes raisons ayant pu participer à l'hospitalisation du patient et leur répartition (deuxième partie de la grille AEPf).

#### **3.4.1 Quels sont les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat ?**

**Tableau 10. Soins ou services chez les patients AEP-**

Services	Nombre de patients	Pourcentage
1. Avis diagnostique ou thérapeutique nécessaire à une prise de décision	2	13,3%
2. Procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	2	13,3%
3. Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures	1	6,7%
4. Education sanitaire	0	0%
5. Soutien psychologique	0	0%
6. Aide sociale	6	40%
7. Aucun soin ni aucun service	4	26,7%

Nous avons relevé que les patients nécessitaient principalement : une aide sociale (B6) dans 40% des cas, et aucun soin ni service (B7) dans 26,7% des cas.

3.4.2 Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour prendre en charge le patient aujourd'hui (jour de l'admission) compte-tenu de son état de santé, de sa situation socio-économique et familiale ?

**Tableau 11. Lieu d'hébergement pour les patients AEP-**

Lieu	Nombre de patients	Pourcentage
<b>1. Le domicile</b>		
1.1 sans aide	4	26,7%
1.2 avec aide non médicale	2	13,3%
1.3 avec aide médicale ou paramédicale*	5	33,3%
1.4 avec aide médicale ou paramédicale soutenue**	0	0%
<b>2. Une structure d'hébergement</b>		
2.1 non médicalisée de proximité	1	6,7%
2.2 non médicalisée pouvant être éloignée	0	0%
2.3 avec soins médicaux et/ou paramédicaux	2	13,3%
2.4 médicalisée	1	6,7%
<b>3. L'hôpital</b>	0	0%

Il a été noté que le lieu d'hébergement le plus adapté au patient selon les experts était le domicile avec aides (D1.3) dans 33,3% des cas et le domicile sans aides (D1.1) dans 26,7% des cas.

### 3.4.3 Quelle est la raison principale expliquant l'admission ?

**Tableau 12. Raison expliquant l'admission chez les patients AEP-**

Raisons		Nombre de patients	Pourcentage
<b>1. Organisation des soins</b>			
	1.1 Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure	0	0%
	1.2 Attente d'un avis d'expert (ressource externe aux urgences)	2	13,3%
	1.3 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure	1	6,7%
	1.4 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure	1	6,7%
	1.5 Manque de personnel aux urgences pour une surveillance rapprochée d'un patient pendant plusieurs heures	0	0%
<b>2. Service de relais</b>			
	2.1 Indisponible (places ou RDV non disponibles)	4	26,7%
	2.2 Inaccessible (isolement géographique, situation socio-économique du patient)	0	0%
	2.3 Inexistant ou inconnu	0	0%
<b>3. Décision médicale</b>			
	3.1 Attente d'avis d'expert (senior indisponible)	0	0%
	3.2 Demande expresse du médecin de ville	0	0%
	3.3 Attente d'un avis collégial (concertation avec les services cliniques et médico-techniques)	0	0%
<b>4. Raisons liées au patient ou à sa famille</b>			
	4.1 Risque de non-observance des prescriptions	1	6,7%
	4.2 Décision du patient et/ou sa famille	2	13,3%
	4.3 Retour à domicile transitoirement impossible (heure tardive, week-end) compte-tenu du contexte social ou de l'âge	4	26,7%

Nous avons relevé que la raison principale expliquant l'admission était une raison liée à l'organisation des soins : indisponibilité du service de relai dans 26,7% des cas et d'une raison liée au patient ou à sa famille: retour au domicile transitoirement impossible compte tenu du contexte social ou de l'âge dans 26,7% des cas.

## 4) Résultats concernant le contexte de l'hospitalisation

### 4.1 Moment de l'année où est venu le patient aux urgences

Nous avons recherché s'il existait une influence du moment de l'année (été avec vacances scolaires versus hiver) sur l'hospitalisation des patients.

L'année a été séparée comme suit :

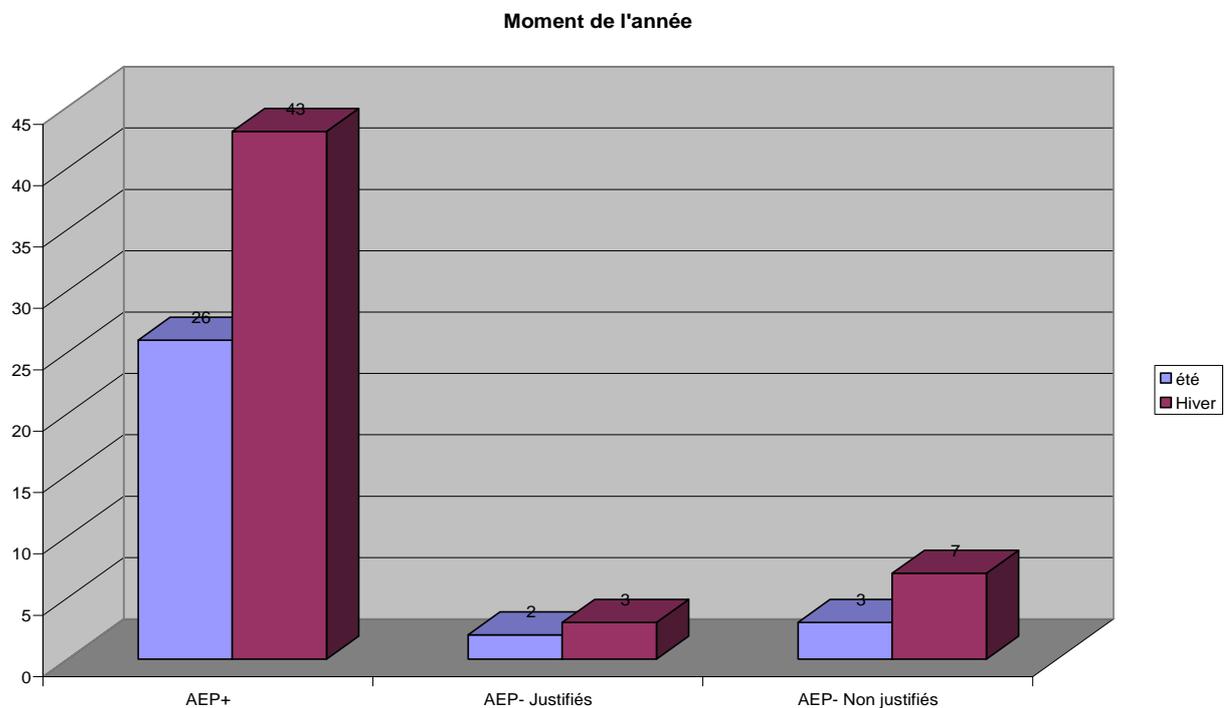
-« Eté » : de Mai à Septembre

-« Hiver » : d'Octobre à Avril

#### 4.1.1 Total (n=84)

-Patient ayant consulté l'été : 31

-Patients ayant consulté l'hiver : 53



**Figure 16. Répartition du moment de l'année selon la pertinence de l'hospitalisation**

- Dans la population AEP+, 37,7% des patients ont consulté l'été contre 33,3% dans la population AEP-.

- Cette différence n'est pas statistiquement significative :  $p= 1$ , OR : 1,12, IC à 95% [0,34 ; 4,38].

## **4.2 Moment de la semaine où le patient s'est présenté aux urgences**

Nous avons décidé d'analyser si le moment de la semaine (jours de semaine ou week-end) où le patient se présentait aux urgences avait une influence sur son hospitalisation.

La semaine a été divisée par le groupe de façon arbitraire comme suit :

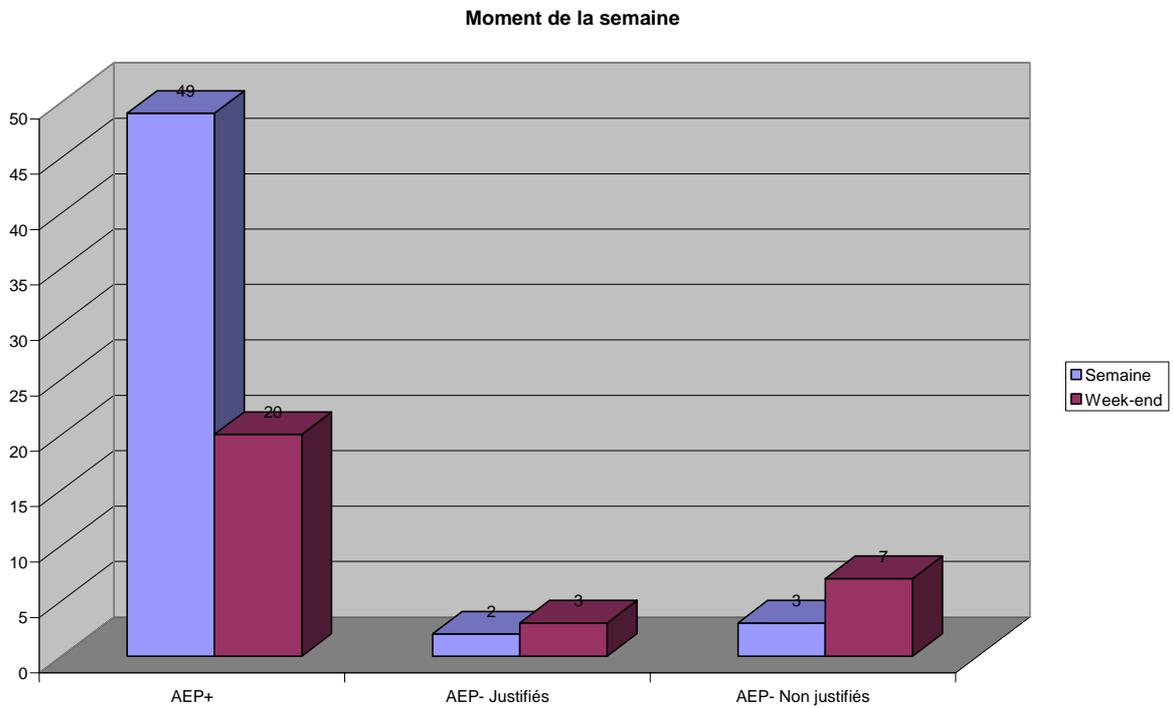
-« Semaine » : du lundi 8 heures au vendredi 12 heures

-« Week-end » : du vendredi 12 heures au lundi 8 heures

### 4.2.1 Total (n=84)

-Semaine : 54 patients (64,3%)

-Week-end : 30 patients (35,7%)



**Figure 17. Répartition du moment de la semaine en fonction de la pertinence de l'hospitalisation**

La différence entre les deux populations n'est pas statistiquement significative :

-p= 0,12 OR : 0,4 IC à 95% (0,15 ; 1,27)

### **4.3 Horaire de venue aux urgences du patient**

Nous avons étudié si l'horaire où se présentait le patient aux urgences avait une influence sur la décision de l'hospitalisation.

La journée a été divisée comme suit :

- **Matin** : 8h-13h

- **Après-midi** : 13h-19h

- **Nuit** : 19h-8h

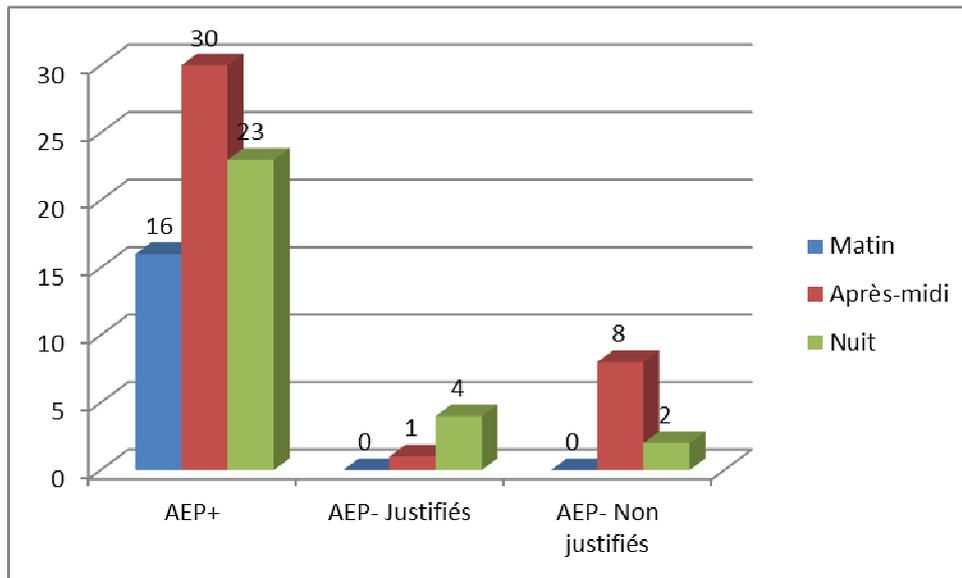
Cette subdivision a été établie en considérant le matin comme le moment où le recours aux différents examens, avis, mises en place d'aides au domicile était le plus facile. L'après-midi comme le moment où ces procédures étaient encore possibles mais plus difficiles à mettre en place. La nuit comme le moment où il était quasiment impossible de réaliser ces différentes procédures.

### 4.3.1 Total (n=84)

-Matin : 16 (19%)

-Après-midi : 39 (46,4%)

-Nuit : 29 (34,6%)



**Figure 18. Répartition des horaires de venue aux urgences en fonction de la pertinence de l'hospitalisation**

#### **4.4 Evaluation par l'équipe mobile de gériatrie**

Nous avons essayé d'analyser l'influence de l'évaluation par l'équipe mobile de gériatrie chez les patients qui avaient été hospitalisés dans le service **d'hospitalisation de courte durée et retournés directement au domicile au bout de 24 heures**.

Nous voulions déterminer dans quelles conditions (avis diagnostique, conseil thérapeutique, mise en place d'aides au domicile, orientation vers une structure d'hébergement, demande d'avis spécialisé) le retour au domicile avait été organisé.

Au total 31 patients ont été hospitalisés à l'UHCD. Sur ces 31 patients 6 sont retournés au domicile directement.

Chez ces 6 patients, seulement 2 ont été évalués par l'équipe mobile de gériatrie : 1 pour qui l'hospitalisation est considérée comme pertinente, et 1 pour qui l'hospitalisation est considérée comme non pertinente et non justifiée.

Pour le patient AEP+ : l'équipe mobile de gériatrie a proposé une majoration des aides au domicile en attendant une institutionnalisation à la sortie de l'hospitalisation.

Pour le patient AEP- : Ce patient était âgé de 80 ans et avait été amené aux urgences par le SAMU pour une douleur thoracique irradiant dans le bras gauche, évoluant depuis 24 heures, avec sensation de pesanteur gastrique. La douleur avait cédé à l'arrivée aux urgences. A l'examen clinique il avait été retrouvé une tension artérielle à 168/86 mmHg, une fréquence cardiaque à 54 bpm, une SpO2 à 95% en air ambiant, une fréquence respiratoire 20 par minute, et une température à 37,3°C.

L'auscultation cardiaque retrouvait des bruits du cœur réguliers, sans souffle audible. Il n'y avait pas de signes d'insuffisance cardiaque.

Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

L'ECG réalisé était normal et non modifié par rapport à celui du SAMU. La radiographie du thorax était normale. La troponine réalisée à l'arrivée (soit environ 12 heures après le début de l'apparition de la douleur thoracique) était inférieure à 0,05 µg/L. Une deuxième réalisée 6 heures après était également inférieure à 0,05 µg/L. Le reste du bilan ne montrait pas de trouble ionique, pas d'insuffisance rénale, pas de syndrome inflammatoire.

L'équipe mobile de gériatrie a proposé une consultation cardiologique en externe avec la réalisation d'une échographie cardiaque trans-thoracique et une épreuve d'effort, sans majoration des aides au domicile.

## 4.5 Trajectoire des patients après leur passage aux urgences

### 4.5.1 Services dans lesquels les patients ont été hospitalisés

Au CHIC il existe quatre services d'hospitalisation de médecine conventionnelle (service d'aigu) : la médecine interne, l'unité de médecine post-urgences, l'hépto-gastro-entérologie et la pneumologie. Il existe également un service d'hospitalisation de courte durée : UHCD. Ce sont les hospitalisations dans ces services que nous avons étudié.

**Tableau 13. Services d'hospitalisation**

Services d'hospitalisation	Population			
	Patients AEP+ N=69	Patients AEP- N=15		
		Justifiés N=5	Non justifiés N=10	
UHCD	19 27,5%	2 40%	10 100%	
Médecine interne	22 31,9%	2 40%	0 0%	
UMPU	24 34,8%	1 20%	0 0%	
Hépto-gastro-entérologie	3 4,3%	0 0%	0 0%	
Pneumologie	1 1,4%	0 0%	0 0%	

#### 4.5.2 Devenir des patients après leur passage à l'UHCD

**Tableau 14. Services après passage à l'UHCD**

Lieu de transfert après UHCD	Population		
	Patients AEP+ N=19	Patients AEP- N=12	
		Justifiés N=2	Non justifiés N=10
Sortis	1	0	5
Médecine interne	5	1	2
UMPU	2	0	0
Hépto-gastro-entérologie	2	0	0
UGA	5	1	3
Chirurgie digestive	2	0	
Neurologie	1	0	
Cardiologie	1	0	

Dans la population AEP+ : 9 patients ont été hospitalisés à l'UHCD en raison de l'heure tardive et d'un besoin de surveillance, 9 en attendant une place dans un autre service et 1 pour l'attente d'un avis spécialisé.

Dans la population AEP- : 7 patients ont été hospitalisés à l'UHCD en raison de l'heure tardive et d'un besoin de surveillance, 4 en attendant une place dans un autre service, et 1 dans l'attente d'un examen complémentaire.

## **5) Résultats des réunions de groupe**

Les réunions de groupe (focus groupes) se sont déroulées au sein du CHIC, en soirée. Elles ont réuni des gériatres et des médecins généralistes pour la discussion des dossiers tirés au sort. Cinq réunions ont eu lieu, avec la participation de 10 médecins généralistes (deux ont participé à deux réunions) et cinq gériatres : deux ont participé aux 5 réunions, une à 2 réunions, un à 3 réunions et une à une réunion. Parmi ces cinq gériatres, 4 exerçaient à ce moment-là au sein du CHIC, et un avait exercé dans un hôpital du Val de Marne.

Ces dossiers avaient au préalable été résumés.

Dans un premier temps, il était fait un rappel d'une dizaine de minutes sur l'utilisation de la grille AEPf, puis le résumé du dossier était exposé. Si les experts présents avaient besoin d'informations complémentaires, celles-ci leurs étaient données grâce à la feuille annexe, remplie au préalable.

Dans un second temps un tour de table était effectué pour recueillir l'avis de chacun, ainsi que les motivations de son avis. Chaque item de la grille était noté, ainsi que l'avis concernant ceux-ci, et si l'hospitalisation était jugée pertinente selon les critères de la grille ou selon l'avis d'expert. Si l'hospitalisation était jugée non pertinente, il était discuté si celle-ci était justifiée ou non, ainsi que les raisons de la non pertinence.

Si le consensus concernant la pertinence de l'hospitalisation était obtenu, le dossier suivant était discuté. S'il n'y avait pas consensus, nous reprenions les avis des différents experts, et l'avis majoritaire était retenu.

## **5.1 Raisons retrouvées des dissensus**

Peu de dissensus ont été noté, parmi ceux-ci deux grands groupes se dégagent :

- Avis des médecins généralistes en faveur de l'hospitalisation et gériatres considérant l'hospitalisation non pertinente,
- Avis des médecins généralistes considérant l'hospitalisation comme non pertinente mais justifiée versus gériatres considérant l'hospitalisation non pertinente, non justifiée.

On précise que les avis des experts au sein de chaque groupe n'étaient pas toujours unanimes.

Il y a également eu des discussions sur le lieu d'hébergement le plus adapté au patient, sans que ne se dégage une vraie tendance.

### **5.1.1 Avis des généralistes en faveur de l'hospitalisation et gériatres considérant l'hospitalisation non pertinente**

Les dossiers qui ont été discutés dans ce cas étaient des dossiers concernant des patients présentant un syndrome infectieux. Cas d'une pyélonéphrite et d'une pneumopathie.

Les médecins généralistes évoquaient leur appréhension concernant l'évolution potentiellement plus sévère de l'infection, avec l'absence de surveillance au domicile, et malgré la possibilité de voir en visite à domicile ces patients, une appréhension quant à la dégradation potentiellement très rapide de l'état général du patient. Les médecins généralistes considérant l'hospitalisation pertinente après « over-ride ».

Les gériatres se montrant plus confiants quant à l'évolution de la pathologie et considérant que la surveillance de celle-ci ne nécessitait pas une surveillance hospitalière mais pouvait s'effectuer grâce à la mise en place d'aides au domicile.

Dans ce cas précis il s'agissait d'une patiente âgée de 79 ans présentant une pyélonéphrite, sans signes de sepsis grave. Elle s'est présentée aux urgences par ses propres moyens, accompagnée par une de ses filles un jeudi à 14h30. Elle avait comme co-morbidités une hypertension artérielle traitée par un Inhibiteur de l'enzyme de conversion et une gonarthrose.

### 5.1.2 Avis des généralistes considérant l'hospitalisation comme non pertinente mais justifiée et gériatres considérant l'hospitalisation non justifiée

Les dossiers qui ont été discutés dans ce cas concernaient des patients qui ne présentaient pas de critères de sévérité cliniques et qui ne requerraient pas de soins hospitaliers.

Certains médecins généralistes estimaient que l'hospitalisation était justifiée en raison de la difficulté à mettre en place dans un délai rapide certaines aides pour permettre au patient de rester au domicile. Pour ces cas certains gériatres ont estimé que le délai estimé était raisonnable et ne justifiait pas l'hospitalisation.

## 5.2 Discussion des critères de la grille AEPf

Lors des réunions qui ont eu lieu pour l'analyse des dossiers, un certain nombre d'interrogations se sont posées concernant l'intitulé de certains items de la grille AEPf, ainsi que la pertinence de ceux-ci lors de l'étude d'une population gériatrique.

- **Le critère A9** « *Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau* » a notamment soulevé beaucoup d'interrogations et n'était pas interprété de la même façon par les différents experts.

C'est le terme « impossibilité » qui a largement été discuté : fallait-il que cette impossibilité soit complète et totale ? Ou fallait-t-il comprendre : une gêne majeure à l'exécution de cette fonction ? Notamment lorsqu'il s'agissait d'un problème respiratoire : fallait-il prendre en compte la dyspnée ou l'impossibilité totale de respirer ?

Il a été établi que la signification de cet item était une gêne majeure à l'exécution de la fonction, et pour la gêne respiratoire en particulier nous nous sommes basés sur la notion d'oxygène-dépendance pour statuer.

- **Le critère B3** « *Surveillance de signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures* » a également été largement discuté sur la fréquence, car il n'existe pas à priori de recommandations officielles sur la fréquence de surveillance des constantes en fonction d'une pathologie, et dépend principalement de l'état clinique du patient, qu'il est difficile d'apprécier sur dossier, sans avoir la personne devant soi.

- **Le critère A6** « *Fièvre persistante supérieure à 38,5°C sous le bras ou 39°C en rectal depuis plus de 5 jours* » n'a été retrouvé pour aucun dossier, et selon les experts n'est pas applicable aux patients gériatriques car serait « trop sévère ».

Une fièvre supérieure à 38,5°C depuis plus de 48 heures serait suffisante à établir un critère de sévérité clinique pour les patients de plus de 75 ans, car il existe un risque de décompensation des pathologies chroniques, un risque de déshydratation, et un risque d'escarres.

- **Le critère A1** « *Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente* » a été également discuté pour quatre dossiers où les patients avaient présenté un malaise spontanément résolutif. Les médecins ne savaient pas si le critère devait être retenu. Dans tous les cas l'hospitalisation a été considérée comme pertinente, soit sur la grille AEPf soit sur l'avis d'expert.

- **Les critères A2 et A3** (Concernant les valeurs de pouls et de tension artérielle) ont eux aussi été discutés, sur la pertinence des chiffres tensionnels et du pouls car la plupart du temps les chiffres habituels des patients n'étaient pas connus, et non indiqués dans le dossier des urgences. Plusieurs dossiers ont posé problème lorsqu'il existait un écart d'un ou deux points par rapport aux chiffres indiqués dans la grille. Il a été décidé de respecter à la lettre les chiffres de la grille AEPf.

### **5.3 Discussion concernant le passage dans le service des urgences**

Au fur et à mesure des réunions, il a été noté une remarque faite très régulièrement par les différents experts qu'ils soient généralistes ou gériatres, concernant selon eux la non pertinence du passage aux urgences du patient, même lorsque l'hospitalisation était considérée comme pertinente à terme.

Dans un certain nombre de cas le passage aux urgences aurait pu être évité par une hospitalisation programmée, pour d'autres le recours au médecin traitant avec un bilan réalisé en ambulatoire aurait pu être fait au lieu du recours au service d'urgences.

A propos de ce point les médecins généralistes qui ont constitué les groupes d'experts ont fait part de leur difficultés à organiser des hospitalisations programmées, en raison du manque de lits disponibles dans les services hospitaliers, et également en raison des difficultés souvent rencontrées pour joindre un médecin sénior dans un service hospitalier, qui aurait permis l'accord pour l'hospitalisation du patient ou une discussion pour un avis qui aurait permis de différer ou d'annuler l'hospitalisation.

# **DISCUSSION**

## **V. Discussion**

### **1) Critique de la méthode**

#### **1.1 Puissance de l'étude**

Cette étude a été réalisée en analysant 84 dossiers alors que le calcul du nombre de sujets nécessaires estimait à 1443 le nombre de dossiers à étudier. Le temps et les moyens impartis ne nous permettaient pas d'atteindre ce chiffre, nous avons donc décidé de réduire le nombre de dossiers à étudier pour que l'étude soit réalisable. Nous avons donc demandé à ce que 100 dossiers soient tirés au sort selon les critères d'inclusion et d'exclusion de la population. Mais 16 dossiers non pas pu être exploités car certains n'ont pas été retrouvés, et d'autres possédaient des critères d'exclusion.

Devant ce manque de puissance, l'interprétation des données quantitatives est peu pertinente, et il est difficile d'en tirer des conclusions formelles.

#### **1.2 Biais d'une étude rétrospective**

Le fait que l'analyse des dossiers ait été réalisée de façon rétrospective est source de biais, notamment est responsable d'un défaut d'information concernant la population étudiée. Les examinateurs n'avaient à leur disposition que le dossier des urgences préalablement rempli. Un certain nombre d'informations, comme le niveau d'autonomie du patient, son environnement social et familial, n'étaient pas indiqués de façon détaillée. Malgré tout la

plupart des données ont pu être retrouvées grâce à la feuille annexe qui avait été remplie à l'aide du dossier d'hospitalisation.

L'HAS recommande une étude prospective de pertinence des admissions hospitalières aux urgences, après qu'une étude suisse ait démontré qu'une analyse de la pertinence rétrospective produit un taux de non pertinence plus élevé qu'une étude prospective [59]. Mais un mode prospectif nécessite de plus gros moyens humains, matériels et financiers.

### **1.3 Représentativité de la population**

Le point négatif est le fait que l'étude ait été réalisée de façon mono-centrique. La population étudiée comprend uniquement des personnes vivant dans le Val de Marne et ayant été hospitalisées au CHIC, donc une partie spécifique de ce département. Il existe de nombreux facteurs pouvant influencer les hospitalisations des patients et en particulier la pertinence de l'hospitalisation, notamment : la démographie de la population locale, la démographie médicale locale, l'existence de réseaux de soins au domicile, le nombre de praticiens libéraux, l'organisation interne de l'hôpital.

Il est à noter plusieurs points :

- Le nombre de lits de médecine d'aigu étant limité, le CHIC privilégie au maximum les lits d'hospitalisations pour les patients venant des urgences et non pour les hospitalisations programmées. Ceci influence donc le passage par les urgences des patients. En revanche il existe des hôpitaux de jour et de semaine en spécialités de pneumologie et d'hépatogastro-entérologie.
- Il existe un nombre important de moyens d'aides au domicile dans ce secteur, en particulier les SSIAD, les SAD ; ainsi que le CLIC, le RSG 4, et la MAIA 94.

Le point positif est qu'il y ait eu un **tirage au sort** des dossiers des patients, ce qui assure la meilleure représentativité dans ce contexte.

L'autre aspect positif de notre étude est le fait que les dossiers aient été tirés au sort sur l'**ensemble** des années **2010** et **2011**, ce qui permet d'éviter un biais de sélection.

#### **1.4 Les experts**

Un des points intéressants de cette étude est le fait que les experts qui se sont prononcés sur la pertinence de l'hospitalisation soient à la fois des médecins exerçant en ville (médecins généralistes) et des médecins exerçant à l'hôpital (médecins gériatres). Ceci a permis d'avoir un point de vue plus complet que ce qui a été fait précédemment dans la littérature où les évaluateurs étaient systématiquement des hospitaliers. Les réunions de groupes ont également pu permettre un échange entre ces différents professionnels, et les raisons des hospitalisations non pertinentes ont pu être discutées. Ceci a également représenté un temps d'échange sur les pratiques professionnelles.

En revanche on note plusieurs points négatifs :

- Initialement il avait été décidé qu'à chaque réunion pour l'analyse des dossiers devaient être présents comme experts : cinq médecins généralistes et cinq gériatres, dans le but d'avoir un grand nombre de points de vue, et d'avoir une plus grande représentativité des différents professionnels. Dans la pratique il a été très compliqué d'obtenir la participation de médecins généralistes dont l'emploi du temps ne laissait pas beaucoup d'opportunité pour participer aux réunions. Devant un grand nombre de refus ou d'absence de réponse des médecins contactés, il a été décidé de réduire le nombre d'experts à trois médecins généralistes et trois gériatres. Au final trois des réunions ont pu se faire avec ce nombre d'experts. Une réunion ne s'est faite qu'avec un médecin généraliste car les deux autres médecins prévus ne sont pas venus ;

et une réunion s'est faite avec deux médecins car un médecin généraliste a eu un empêchement de dernière minute, et il était trop tard pour décaler la réunion.

Il peut également être soulevé un biais de sélection concernant les médecins généralistes ayant participé aux réunions : ceux qui ont accepté de participer l'ont peut-être fait en raison du fait qu'ils étaient préalablement intéressés et donc sensibilisés aux problématiques gériatriques. Ceci a pu influencer leur jugement concernant la pertinence de l'hospitalisation et leur avis lors des discussions.

### **1.5 Information des experts**

Un autre biais peut être discuté : les experts qui analysaient les dossiers savaient que le patient avait été hospitalisé, et connaissaient le diagnostic final ainsi que ses antécédents médicaux.

Ceci a donc pu influencer leur jugement quant à la pertinence de l'hospitalisation.

Pour enlever ce biais il aurait fallu ne présenter que le résumé du passage aux urgences, et demander aux experts de se prononcer en faveur ou non de l'hospitalisation.

Nous avons décidé de donner aux experts les renseignements complémentaires afin d'enrichir la discussion.

### **1.6 Formation des experts**

La formation à l'utilisation de la grille a été faite de manière assez rapide, avec un exposé sur son fonctionnement d'une dizaine de minutes à chaque début de réunion. La grille AEPf avait été préalablement envoyée aux différents participants par mail. Ce manque de temps de formation des experts (dont ne nous disposions pas) a pu être un biais sur l'interprétation des

différents critères et sur l' « over-ride ». Dans la littérature on retrouve que les experts avaient en général une formation d'une à deux heures environ [27], [28], [60].

### **1.7 Les patients non hospitalisés**

Nous n'avons pas tenu compte dans notre étude des patients s'étant présentés aux urgences et n'ayant pas été hospitalisés. Il aurait pu être évalué la pertinence des non hospitalisations pour avoir un regard plus complet sur le parcours de soins des patients et évaluer de façon globale l'utilisation de l'hôpital. Notre étude est uniquement centrée sur l'éventuelle surutilisation de l'hôpital. Les risques et raisons de non hospitalisations chez les patients de plus de 75 ans pourraient faire l'objet d'un autre travail.

### **1.8 Etude monocentrique**

Notre étude a porté uniquement sur des patients qui avaient été hospitalisés au CHIC. Ce choix a été fait d'une part pour la faisabilité pratique et d'autre part en raison du fait que notre travail se rapproche d'une revue de pertinence des soins et que celle-ci n'a de sens qu'au sein d'un établissement de santé dans le but de promouvoir une utilisation optimale de ses ressources.

Mais dans ce type d'étude il existe de façon intrinsèque un « effet centre », qui limite l'extrapolation des résultats, et diminue la puissance de l'étude.

Cette étude pourrait être poursuivie d'un autre travail multi-centrique, effectué dans des hôpitaux de tailles différentes et situés dans des régions différentes.

## **2) Confrontation aux données de la littérature**

Dans notre étude le taux d'hospitalisations considérées comme pertinentes est de 82,1% (n=69), donc le taux d'hospitalisations non pertinentes est de 17,9% (n=15), parmi lesquelles on différencie les hospitalisations non pertinentes mais justifiées par l'absence d'alternative : 6% du total (n=5), et les hospitalisations non pertinentes et non justifiées : 11,9% du total (n=10).

En démarrant ce projet nous avons la « sensation » que le taux d'hospitalisations non pertinentes serait bien plus élevé, car les cas de ces patients sont souvent sources de problèmes tant pour le patient : soins non adaptés, confusion, perte d'autonomie, infections nosocomiales sans bénéfice sur la prise en charge médicale ; que pour le service d'hospitalisation : lits occupés à tort, problème du temps à consacrer, et difficultés d'organisation du retour à domicile.

Ces taux s'avèrent concordants avec les données de la littérature [34] à [43] et [61], [62].

Le taux d'hospitalisations non pertinentes dans la population gériatrique que nous avons étudié n'est donc pas différent du taux évalué dans les autres études en population générale.

Ceci répond à une des questions que nous nous étions posée en élaborant cette étude.

### 3) Critique de la grille AEPf évaluée dans la population gériatrique

Les discussions lors des réunions organisées qui ont réuni à plusieurs reprises les différents experts ont révélé certaines difficultés dans l'utilisation de la grille AEPf, notamment la critique de plusieurs items :

- **Critère A9** « *Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, manger, de respirer et d'uriner) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau* »: très souvent problématique avec une difficulté d'interprétation de l'« impossibilité » d'effectuer une fonction essentielle. Nous avons noté une grande divergence d'avis entre les différents experts, certains considérant l'impossibilité au sens strict du terme, d'autres considérant que l'on pouvait noter ce critère lorsqu'il existait une gêne majeure à la réalisation de la fonction essentielle. Il a donc été proposé (dans le but d'une amélioration de la grille AEPf) que ce critère soit plus explicite. Cette notion est également retrouvée dans une thèse menée sur l'évaluation de la pertinence des hospitalisations aux urgences du centre hospitalier de Chambéry en 2012 [63].

Si la formation des différents experts avait été plus poussée, il y aurait peut-être eu moins d'avis divergents, et il aurait été plus simple de statuer.

- **Critère A6** « *Fièvre persistante supérieure à 38,5°C sous le bras ou 39°C en rectal depuis plus de 5 jours* » : considéré comme « non recevable » chez les patients gériatriques, de façon unanime par tous les experts (médecins généralistes et gériatres) [17], [64], [65].

La proposition faite lors des réunions de groupe était de raccourcir le délai de prise en compte de la fièvre à 48 heures et de considérer également l'hypothermie comme un critère d'hospitalisation.

- **Critère B3** « *Surveillance des signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures* » : ce critère s'est avéré très subjectif et en aucun cas consensuel. La recherche bibliographique effectuée sur le rythme de surveillance des paramètres vitaux, n'a pas permis beaucoup d'éclaircissements à ce sujet.

- **Critère A1** « *Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente* » : ce critère dans sa partie « confusion » semblait également discutable selon une très large majorité d'experts, qui estimaient qu'un grand nombre de patients âgés pouvaient présenter une confusion et être désorientés du simple fait de se trouver aux urgences, sans que cela constitue pour autant un critère d'hospitalisation. Ce qui est confirmé par un certain nombre de données de la littérature [17], [64], [66]. Mais il est précisé que l'analyse sémiologique doit toujours être précise et que toute confusion devra être particulièrement bien explorée.

On note également que le taux d'hospitalisations considérées comme pertinentes sur l'avis d'expert (après « override ») est de 17,4% (n=12) sur le nombre d'hospitalisations considérées comme pertinentes et de 14,3% sur le nombre total de dossiers. Ce taux est très élevé comparé aux taux retrouvés dans la littérature. Ce taux est censé être compris entre 5 et 10% [22], [67]. Ceci peut s'expliquer par le fait que certains items pourraient manquer à la grille AEPf lorsque l'on s'intéresse aux patients gériatriques.

Les points de vue des experts concernant ce point est qu'il pourrait être ajouté plusieurs critères. Les propositions faites pour compléter la grille (se basant sur les avis des experts et sur les données de la littérature) [17], [64], [66] sont les suivantes :

- L'aggravation rapide ou brutale d'un syndrome gériatrique (dénutrition, démence, chutes,...), pouvant entraîner un état de dépendance ou de grabatisation,
- L'anémie sur une pathologie chronique avec risque de décompensation, selon le schéma du 1+2+3 du professeur J-P Bouchon [17]

- La douleur majeure entraînant une impotence fonctionnelle ou difficilement contrôlée ou nécessitant une réévaluation rapprochée.

Il ne s'agit pas là de critères objectifs, mais des critères laissés à l'évaluation de chaque praticien.

## **4) Discussion des résultats de la feuille annexe**

### **4.1 Polymédication**

Les résultats concernant la polymédication montrent qu'il n'y a pas de différence entre les taux retrouvés chez les patients AEP+ et les patients AEP-. L'existence d'une polymédication est élevée dans les deux populations, ceci est un phénomène qu'il serait intéressant d'évaluer plus précisément et ainsi voir quelles nouvelles stratégies pourraient être mises en œuvre pour diminuer ces résultats, car il a été démontré à plusieurs reprises les effets délétères d'une polymédication chez la personne âgée [56], [68], [69]. Les médicaments le plus souvent retrouvés chez le sujet âgé sont : les psychotropes et les médicaments à visée cardiovasculaire. L'association de ces deux types de médicaments augmente d'autant plus le risque de iatrogénicité.

### **4.2 Pathologies chroniques**

Nous n'avons pas relevé de différences majeures entre les patients AEP+ et AEP- concernant l'existence d'une pathologie chronique. Les proportions sont très importantes dans les deux populations.

### **4.3 Autres facteurs de fragilité**

Parmi ces facteurs nous avons recensés : les chutes dans les six mois précédents, les troubles de la marche, la dépression, la dénutrition et l'autonomie des patients.

Après analyse des résultats on remarque qu'il n'y a pas de différence entre les deux populations. Les facteurs de fragilité sont largement présents dans les deux populations : 68% chez les patients AEP+ et 66,7% chez les patients AEP-. L'autonomie partielle que nous avons définie comme les personnes nécessitant une aide pour une partie des activités de la vie quotidienne, concerne la majorité des patients des patients étudiés : 60,9% des cas dans la population AEP+ et 60% des cas dans la population AEP-.

Ces facteurs ne semblent donc pas influencer sur la pertinence de l'hospitalisation.

### **4.4 Contexte social**

#### **4.4.1 Aides au domicile**

On note en revanche une nette différence entre les deux populations concernant la présence ou non d'aides au domicile.

Dans la population AEP+ une majorité (62,3%) des patients possèdent des aides au domicile, alors qu'il s'agit d'une minorité (33,3%) dans la population AEP-.

Parmi les patients AEP- : les patients dont l'hospitalisation était justifiée possédaient des aides au domicile dans 40% des cas, et ceux dont l'hospitalisation n'était pas justifiée possédaient des aides au domicile dans seulement 30% des cas.

Cette différence observée n'est pas statistiquement significative.

#### 4.4.2 Entourage du patient

De façon identique on note qu'une majorité (75,4%) des patients AEP+ possédait un entourage susceptible d'être aidant alors que seulement une minorité (40%) des patients AEP- en possédait un. Parmi eux, ce sont principalement les patients dont l'hospitalisation n'est pas justifiée qui sont concernés (30% avec aides).

Pour autant cette différence n'est pas statistiquement significative.

Ces résultats peuvent en partie expliquer les hospitalisations non pertinentes, et sont concordants avec le nombre d'hospitalisations à but social retrouvé dans l'étude. L'hôpital est ici utilisé comme lieu d'hébergement pour les patients dont le retour à domicile ne peut se faire sans la mise en place d'aides spécifiques. Ceci est concordant avec les données de la littérature qui montrent qu'une situation sociale défavorisée du patient est un facteur corrélé à l'inadéquation de l'admission, avec plusieurs composantes : l'isolement ou alors la pauvreté extrême [20].

#### 4.5 Patients adressés par le médecin traitant

Les patients AEP+ avaient dans la majorité des cas (56,5%) été adressés aux urgences par le médecin traitant. Ceci n'est pas le cas pour les patients AEP- car seuls 20% ont été adressés par le médecin traitant (répartis de façon identique entre les patients dont l'hospitalisation est justifiée et les patients pour lesquels l'hospitalisation n'est pas justifiée).

Cette différence n'est pas statistiquement significative.

Pour autant on peut estimer que le passage par la consultation du médecin généraliste permet d'éviter en partie le recours aux urgences, et que les médecins généralistes n'adressent en

général aux urgences que les patients nécessitant une prise en charge hospitalière. Ceci est concordant avec les résultats des études de la littérature [70], [71].

## **4.6 Contexte de l'arrivée aux urgences**

### **4.6.1 Le moment de l'année**

Les patients des deux populations ont consulté aux urgences principalement entre les mois d'Octobre et d'Avril, il n'y a pas eu plus d'hospitalisations non pertinentes sur la période estivale contrairement à ce qui aurait pu être supposé au départ, en imaginant que la période estivale était plus propice aux hospitalisations à caractère « social ».

### **4.6.2 Le moment de la semaine**

On note que les patients AEP+ ont majoritairement consulté aux urgences en semaine et que les patients AEP- ont quant à eux majoritairement consulté pendant le week-end (défini à partir du vendredi midi jusqu'au lundi matin).

La différence n'est pas statistiquement significative.

Ces patients ont en général été hospitalisés dans un but « social », avec la difficulté de mettre en place les aides nécessaires au retour au domicile le week-end, d'obtenir des examens complémentaires ou un avis spécialisé et également d'effectuer la surveillance ou la réévaluation nécessaire à l'état clinique du patient.

Ce point a largement été abordé lors des réunions de groupe, et les médecins généralistes présents ont signalés à de nombreuses reprises leur difficulté à maintenir des patients au domicile lorsque l'événement aigu survenait juste avant ou pendant un week-end.

Il s'agit d'un problème global, avec la sensation que la santé ne pourrait fonctionner que la semaine.

#### 4.6.3 Horaires

L'horaire de venue aux urgences majoritaire est le même dans les deux populations, ceci ne semble donc pas influencer sur la pertinence de l'hospitalisation. Les patients ont consulté aux urgences principalement dans l'après-midi (défini entre 13 heures et 19 heures).

#### **4.7 Diagnostic final à la sortie des urgences**

- Dans la population AEP+, les diagnostics retrouvés étaient majoritairement : Pneumopathie, Insuffisance cardiaque, Anémie

- Dans la population AEP- : Hospitalisation sociale, Bilan de chutes

On remarque donc que les pathologies présentées en majorité par les patients lors de leur passage aux urgences et donc la raison pour laquelle ils ont été hospitalisés sont très différentes entre les deux populations.

Les patients AEP+ ont été hospitalisés principalement pour des pathologies somatiques aiguës.

Les patients AEP- ont quant à eux été hospitalisés principalement dans un but social et/ou pour un bilan de chutes. En effet il existe souvent l'intrication de problèmes somatiques et sociaux.

La pertinence de l'hospitalisation pour bilan de chutes a été largement discutée lors des réunions que nous avons menées. Les dissensus étaient présents au sein même des deux groupes de médecins : certains médecins généralistes pensaient qu'il était totalement possible de réaliser ce bilan en ville, avec l'aide d'un bon réseau de professionnels, d'autres non. Il existait également parmi les gériatres certains désaccords : certains étant en faveur d'une hospitalisation en HDJ diagnostique, d'autres en faveur d'une hospitalisation conventionnelle. Le principal facteur limitant la réalisation du bilan de chute en HDJ est le délai important pour obtenir une place dans ce type de structure.

Nous n'avons pas étudié la concordance entre le diagnostic fait aux urgences et celui retrouvé à la sortie d'hospitalisation.

#### **4.8 Services dans lesquels les patients ont été hospitalisés suite au passage aux urgences**

Les **patients AEP+** ont été hospitalisés principalement dans les services suivants : UMPU, Médecine interne, UHCD. La plupart de ces patients hospitalisés à l'UHCD l'ont été dans l'attente d'une place disponible en UGA, car ce service n'existe pas au CHIC.

**Pour les patients AEP- dont l'hospitalisation est justifiée** : UHCD, médecine interne, UMPU

**Les patients AEP- dont l'hospitalisation n'est pas justifiée** ont tous été hospitalisés à l'UHCD. Cinq d'entre eux sont sortis directement au domicile après leur passage à l'UHCD,

les autres ont été hospitalisés en Médecine interne ou gériatrie aiguë pour un bilan de chute ou une perte d'autonomie.

Ceci montre que les patients dont l'hospitalisation était non pertinente et non justifiée ne nécessitaient pas de réelle hospitalisation dans un service, mais le plus souvent d'un hébergement temporaire en raison de l'heure tardive, ou la réalisation d'un bilan de chutes qui pourrait se réaliser en HDJ diagnostique si les places étaient disponibles.

Dans notre étude nous avons décidé de prendre en compte toutes les hospitalisations dans les services de médecine aigue de l'hôpital en incluant les patients qui avaient été hospitalisés à l'UHCD. Ceci n'a pas été le cas dans un certain nombre d'études qui ont étudié la pertinence de l'hospitalisation via le service des urgences [27], [35].

Dans les études qui ont inclus l'UHCD dans les services d'hospitalisation, il ressort également que l'hospitalisation dans cette structure est souvent liée à l'attente de places disponibles dans un autre service [72].

Nous voulions être le plus exhaustifs possible, mais les caractéristiques de l'hospitalisation en UHCD sont différentes de celles de l'hospitalisation classique. Ceci a probablement influencé nos résultats en particulier ceux concernant les raisons retrouvées d'hospitalisation non pertinente.

Il faudrait distinguer à l'UHCD les hospitalisations d'une durée inférieure ou supérieure à 24 heures.

#### **4.9 Récapitulatif : les besoins des patients AEP-**

Nous avons, à la lumière de ces résultats, pu déterminer avec les précautions à prendre dans ce type d'étude de faible puissance, des sous-groupes de patients à risque d'être hospitalisés de façon non pertinente :

- Absence d'aides au domicile
- Absence d'entourage aidant
- Arrivée aux urgences le week-end
- Motif d'hospitalisation : bilan de chutes

Une partie non négligeable des patients hospitalisés ne nécessitaient aucun soin ni service et le lieu d'hébergement le plus adapté à leur situation était le domicile sans aide. Ce sont probablement des patients arrivés aux urgences le week-end ou la nuit ne possédant pas d'entourage pouvant se révéler aidant. Ils ont été le plus souvent hospitalisés à l'UHCD. Le médecin urgentiste qui a reçu ce type de patient a probablement eu une crainte concernant la potentielle apparition d'un événement indésirable non prévisible non gérable par le patient seul au domicile.

Notre étude ne montre pas que les patients possédant des troubles cognitifs soient un sous-groupe à risque d'hospitalisation non pertinente comme il aurait pu être présumé au départ. Les données de la littérature sont relativement pauvres à ce sujet. Une étude réalisée à Nantes en 2011 [72] a montré qu'il n'y avait pas de lien entre l'existence de troubles cognitifs et l'hospitalisation non pertinente. Une autre étude (menée dans deux services de gériatrie d'hôpitaux parisiens) [60] a montré l'existence d'un lien mais cette étude s'intéressait aux journées d'hospitalisations et non aux admissions.

Il serait intéressant pour affiner ces données de mener une étude prospective de plus grande ampleur visant à étudier spécifiquement les facteurs de risques d'hospitalisation non pertinente.

## **5) Contraintes sur les hospitalisations des patients : la vision des médecins généralistes**

Au fil des réunions que nous avons organisées, il est apparu plusieurs problèmes organisationnels rapportés notamment par les médecins généralistes qui ont participé à ces réunions :

- le problème posé par certains patients nécessitant une hospitalisation mais pas de passage par les urgences. Ce phénomène a été relaté régulièrement au cours des réunions et est expliqué en partie par les médecins généralistes qui pointent du doigt une difficulté à organiser des hospitalisations programmées, en raison souvent d'une grande difficulté à joindre le médecin responsable de l'unité hospitalière pour discuter du cas du patient et avoir son accord pour l'hospitalisation. Et d'autre part pour obtenir une hospitalisation en urgence, en raison du manque de lits disponibles.

Les gériatres présents étaient d'accord avec les problèmes relevés par les médecins généralistes et invoquaient également une autre difficulté liée à l'organisation interne de l'hôpital, qui favorise la disponibilité des lits pour les patients venant des urgences et non pour les hospitalisations programmées.

- il a également été noté avec une opinion unanime de tous les médecins ayant participé aux réunions, qu'un contact plus aisé entre les médecins hospitaliers et les médecins de ville

pourrait limiter ou retarder certaines hospitalisations avec des conseils donnés par téléphone sur la pathologie du patient ou l'organisation des soins.

- un autre problème est la difficulté à mettre en place des aides en urgence (24-48 heures) pour beaucoup de médecins, même chez ceux travaillant régulièrement avec des services d'aide à la personne ou des réseaux de gériatrie. Ceci est source d'hospitalisation non désirée par le patient et par son médecin traitant.

## **6) Propositions pour éviter les hospitalisations non pertinentes**

Au fur et à mesure des réunions de groupe que nous avons organisées, nous avons relevé un certain nombre de propositions faites par les différents médecins présents pour essayer d'éviter les hospitalisations non pertinentes qui peuvent être délétères en particulier chez les patients âgés :

- Mettre en place des aides au domicile précoce, avant l'apparition d'un événement aigu pour anticiper les situations de dépendance
- Renforcer les services d'aides au domicile, avec des créneaux réservés pour des passages en urgence, et une possibilité d'intégration sept jours sur sept,
- Posséder des créneaux d'urgences pour les HDJ gériatriques, car actuellement le délai pour un premier bilan diagnostique varie de un mois à deux mois selon les sites. Pour une prise en charge en HDJ thérapeutique, il faut qu'un premier bilan ait été réalisé en HDJ diagnostique et ensuite le délai est d'environ une à deux semaines,
- Augmenter les possibilités pour les spécialistes d'organes en ville de recevoir les patients dans un délai plus court, et de proposer des consultations au domicile des patients,
- Favoriser la communication ville-hôpital et la rencontre des médecins hospitaliers et des médecins exerçant en ambulatoire,
- Avoir un médecin gériatre référent dans chaque hôpital qui pourrait accompagner le médecin généraliste dans l'orientation de son patient,
- Diffuser et faire la promotion des CLIC qui centralisent les informations relatives aux réseaux de soins au domicile, aux organismes tels que la MAIA, le RSG, et aux maisons de retraite,
- Organiser un dossier commun partagé.

A noter également l'existence d'un nouveau type de réseau de soins au domicile, qui a été créé dans le but de favoriser le maintien au domicile et de prendre en charge des pathologies habituellement traitées à l'hôpital : **le réseau SpèreS**.

Les pathologies prises en charge sont : les pneumopathies aiguës communautaires, les thromboses veineuses profondes, les pyélonéphrites aiguës, les prostatites aiguës, les accidents ischémiques transitoires et les douleurs thoraciques.

Pour chacune de ces pathologies le réseau dispose d'un protocole de soins, de partenariats avec des laboratoires de biologie médicale et de cabinets de radiologie. Ils possèdent également un réseau de professionnels de santé pour obtenir un avis spécialisé rapidement et des médecins pouvant se déplacer au domicile en urgence. Il existe également une permanence téléphonique 24 heures sur 24 [73].

Toutes ces mesures nécessitent des moyens financiers importants, qui semblent être au premier plan des facteurs limitant leur mise en œuvre.

# **CONCLUSION**

## VI Conclusion

Malgré le manque de puissance statistique de notre étude plusieurs points importants peuvent être dégagés.

En effet, d'après nos résultats on remarque que pour 82,1% des patients de plus de 75 ans, l'hospitalisation était considérée comme pertinente, ce qui montre une utilisation adaptée de l'hôpital.

Parmi les patients dont l'hospitalisation est considérée comme non pertinente, des sous-groupes à risque ont pu être identifiés : les patients ne possédant pas d'aides au domicile, les patients isolés, sans entourage pouvant se révéler aidant, les patients consultant aux urgences le week-end, et les patients hospitalisés pour un bilan de chute.

Concernant ce dernier point nous n'avons pas pu obtenir de consensus entre les experts qui ont participé aux réunions, et il serait intéressant de compléter ce travail par une étude visant à analyser le lieu le plus adapté pour réaliser un bilan de chute en fonction du contexte lié au patient et à son environnement.

D'autre part nous avons pu étudier la grille AEPf dans une population spécifique telle que la population gériatrique. Notre étude a montré que la grille AEPf n'était pas totalement adaptée à cette population devant l'importance d'hospitalisations considérée comme pertinentes sur l'avis d'experts (« override »). Nous avons donc proposé une modification de cette grille en enlevant ou en modifiant certains critères : affiner le critère A9 pour qu'il soit plus clair, diminuer la durée de la persistance de la fièvre pour le critère A6, discuter le maintien dans la grille du critère de désorientation d'installation récente A1 qui est largement retrouvé chez les patients de plus de 75 ans lorsqu'ils se trouvent aux urgences mais qui ne représente pas forcément un critère d'hospitalisation. Nous avons également proposé que soient rajoutés certains critères : un syndrome spécifiquement gériatrique comme l'aggravation rapide ou

brutale d'un état de dépendance ou de grabatisation, l'existence d'une anémie mal tolérée, et l'existence d'une douleur majeure responsable d'une impotence fonctionnelle ou difficile à contrôler nécessitant une surveillance rapprochée.

Pour montrer la réelle pertinence d'une modification de la grille AEPf pour l'adapter à la population gériatrique, il faudrait mener une étude spécifique pour montrer la validité et la reproductibilité de la grille modifiée.

Notre étude a également pu montrer qu'il existait un large consensus entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers quant à l'utilisation de la grille AEPf et la notion de pertinence de l'hospitalisation.

Malgré le fait que la proportion de patients hospitalisés de façon non pertinente soit faible (17,9%), nous pensons que certaines actions pourraient être menées pour diminuer ce taux, car les hospitalisations, à fortiori les non pertinentes, peuvent être responsables d'événements indésirables chez les personnes âgées.

Nous proposons en particulier de développer les réseaux de soins à domicile, les réseaux gériatriques et les hôpitaux de jour gériatriques en augmentant leur nombre et en réservant des créneaux dédiés aux prises en charge urgentes. Il apparaît également qu'une anticipation des situations de dépendance avec une mise place précoce d'aides au domicile pourraient éviter des hospitalisations non pertinentes.

Pour une étude plus complète concernant l'utilisation de l'hôpital une étude sur les patients non hospitalisés après leur passage aux urgences alors qu'ils présentaient des critères d'hospitalisation pourrait être effectuée. Il serait aussi intéressant de poursuivre notre étude par une analyse des journées d'hospitalisations chez les patients de plus de 75 ans car il apparaît qu'une admission non pertinente soit un facteur de journées d'hospitalisation non pertinente [20].

# **ANNEXES**

## VII. ANNEXES

### Annexe 1 : Grille AEPf

A - Critères de sévérité clinique		
1	Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente	<input type="checkbox"/>
2	Pouls < 50/min ou > 140/min	<input type="checkbox"/>
3	Pression artérielle systolique (mmHg) < 90 ou > 200, diastolique < 60 ou > 120	<input type="checkbox"/>
4	Cécité ou surdité brutale	<input type="checkbox"/>
5	Perte brutale de la motricité d'une partie du corps	<input type="checkbox"/>
6	Fièvre persistante > 38,5° sous le bras ou 39° rectale depuis plus de 5 jours	<input type="checkbox"/>
7	Syndrome hémorragique	<input type="checkbox"/>
8	Troubles électrolytiques ou des gaz du sang graves : Na < 123 ou > 156 mEq/l, K < 2,5 ou > 6,0 mEq/l, HCO <sub>3</sub> < 20 ou > 36 mEq/l (sans qu'existe de cause de chronicité), pH < 7,30 ou > 7,45	<input type="checkbox"/>
9	Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau.	<input type="checkbox"/>
10	Ischémie aiguë à l'ECG	<input type="checkbox"/>
B - Critères liés aux soins délivrés		
1	Traitement intraveineux continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement entéral)	<input type="checkbox"/>
2	Chirurgie ou autres actes médicaux prévus dans les 24 heures nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale, soit l'utilisation de matériel, de services uniquement disponibles dans un hôpital	<input type="checkbox"/>
3	Surveillance de signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures	<input type="checkbox"/>
4	Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique	<input type="checkbox"/>
5	Traitement dans une unité de soins intensifs	<input type="checkbox"/>
6	Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8 heures	<input type="checkbox"/>

Si l'admission ne correspond à aucun des critères de l'AEPf

A - Le patient nécessite absolument d'être admis ce jour	
Malgré l'absence de critères explicites de l'AEPf, l'expert juge que le patient peut avoir rapidement recours au plateau technique (procédure, surveillance, possibilité d'intervenir 24 h/24, ...). La décision est alors techniquement pertinente (avis d'expert). Il s'agit de situations médicales ne nécessitant pas d'intervention immédiate mais devant lesquelles le médecin ne peut prévoir l'évolution à très court terme.	
OUI = 1	
NON = 2	

→ Si oui, indiquez en clair pour quelle(s) raison(s) et ne remplissez pas la suite du questionnaire.

-----  
 -----  
 -----  
 -----

Si l'admission est considérée comme non pertinente au regard des critères de l'AEPf et de l'avis d'expert

B - Quels sont les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat ? (plusieurs réponses possibles)		
1	Avis diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	<input type="checkbox"/>
2	Procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	<input type="checkbox"/>
3	Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures	<input type="checkbox"/>
4	Éducation sanitaire	<input type="checkbox"/>
5	Soutien psychologique	<input type="checkbox"/>
6	Aide sociale	<input type="checkbox"/>
7	Aucun soin ni aucun service	<input type="checkbox"/>

C - Parmi les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat, quel est celui qui est responsable de son admission ? (le patient est admis car il a besoin de ce soin ou service spécifique)	
(une seule réponse – voir codage de la question B)	

**D - Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour prendre en charge le patient aujourd'hui (jour de l'admission) compte tenu de son état de santé, de sa situation socio-économiques et familiale ? (une seule réponse possible)**

**1. Le domicile :**

- 1.1 sans aide
- 1.2 avec aide non médicale (ménagère...)
- 1.3 avec aide médicale ou paramédicale (soins infirmiers « légers » et/ou une surveillance médicale non spécialisée occasionnelle pendant la journée)
- 1.4 avec aide médicale ou paramédicale soutenue (soins infirmiers « lourds » et/ou une surveillance médicale régulière, nuit et WE compris)

**2. Une structure d'hébergement :**

- 2.1 non médicalisée de proximité (ex. hôtel proche de l'hôpital)
- 2.2 non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital
- 2.3 avec soins médicaux et/ou paramédicaux (aide à la vie quotidienne, soins infirmiers, kinésithérapie)
- 2.4 médicalisée

**3. Décision médicale**

- 3.1 Attente d'avis d'expert (senior indisponible)
- 3.2 Demande expresse du médecin de ville
- 3.3 Attente d'un avis collégial (concertation avec les services cliniques et médico-techniques)

**4. Raisons liées au patient ou à sa famille**

- 4.1 Risque de non-observance des prescriptions (traitement, examens...)
- 4.2 Décision du patient et/ou sa famille
- 4.3 Retour à domicile transitoirement impossible (heure tardive, week-end) compte tenu du contexte social ou de l'âge.

**E - Quelle est la raison principale expliquant l'admission ? (une seule réponse possible)**

→ *L'hôpital n'est pas le lieu le mieux adapté* (vous n'avez pas répondu 3 à la question D)

**1. Organisation des soins**

- 1.1 Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure
- 1.2 Attente d'un avis d'expert (ressource externe aux urgences)
- 1.3 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure
- 1.4 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure
- 1.5 Manque de personnel aux urgences pour une surveillance rapprochée d'un patient pendant plusieurs heures

**2. Service de relais**

- 2.1 Indisponible (places ou rendez-vous non disponibles)
- 2.2 Inaccessible (isolement géographique, situation socio-économique du patient)
- 2.3 Inexistant ou inconnu

## **Annexe 2 : Feuille de renseignements complémentaires**

-Motif d'arrivée:

-Mode d'arrivée du patient:

-Patient adressé par le médecin traitant:

-Existence d'un médecin traitant:

-Niveau d'autonomie:

-Type de domicile:

-Présence d'aides au domicile? Si oui de quel type?

-Entourage du patient

-Antécédents médicaux et pathologies chroniques:

-Autres facteurs de fragilité: Troubles de la marche, Chutes dans l'année précédente, troubles cognitifs, Dénutrition, Dépression? Si oui le(s)quel(s)?

-Traitement habituel, existence d'une polymédication?

-Evaluation par l'équipe mobile de gériatrie aux urgences?

-Pour les sorties post-hospitalisation à l'UHCD: évaluation par l'équipe mobile de gériatrie? Si oui quelles propositions ont été faites?

## **Annexe 3 : Avis de la réunion concernant la pertinence de l'hospitalisation**

-Médecin généraliste 1:

oui non

-Médecin généraliste 2:

oui non

-Médecin généraliste 3:

oui non

-Gériatre 1:

oui non

-Gériatre 2:

oui non

-Gériatre 3:

oui non

**Avis final:**

oui non

**Raisons d'éventuels dissensus:**

## **Annexe 4 : Mini-GDS**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Evalueur : \_\_\_\_\_

*Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.*

1. Vous sentez- vous découragé(e) et triste ? **Oui** **Non**
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? **Oui** **Non**
3. Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ? **Oui** **Non**
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? **Oui** **Non**

*Si réponse soulignée est cochée = 1 point*

**SCORE TOTAL : \_\_\_\_ / 4**

### ***Interprétation :***

- ***Si score total supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression***
- ***Si score total égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression***

**Annexe 5 : Liste des médecins généralistes et gériatres ayant participé aux réunions de groupe**

**- Médecins généralistes :**

- Dr Chantegreil, Saint-Mandé
- Dr Nguyen, La Varenne Saint-Hilaire
- Dr Mammou, Joinville-Le-Pont
- Dr Durand, Saint-Maur des Fossés
- Dr Robert, Saint-Maur des Fossés
- Dr Ikka, Valenton
- Dr Cournaud, La Varenne Saint-Hilaire
- Dr Tardieu, Villeneuve-Le-Roi
- Dr Sarembaud, Bonneuil
- Dr Lanoue, La Varenne-Saint-Hilaire

**- Médecins gériatres :**

- Dr Anne-Laure Viteau, PH du Service de Soins de Suite et Réadaptation, CHIC
- Dr Dominique Cottin, Chef de service du Service de Soins de Suite et Réadaptation, CHIC
- Pr Jean-Pierre Bouchon, PU-PH ayant exercé à l'hôpital de La Pitié Salpêtrière
- Dr Marie Paulhiac, PH de l'EMG du CHIC
- Dr Houria Bouredji, praticien attaché du Service de Soins de Suite et Réadaptation, CHIC

## **Annexe 6 : ADL de Katz**

L'échelle des ADL concerne l'autonomie des patients dans les actes de leur vie quotidienne :

- Se laver
- S'habiller
- Se rendre aux toilettes
- Se déplacer
- S'alimenter
- Etre continent

### **Cotation par item :**

- 0 : incapacité totale
- 0,5 : incapacité partielle
- 1 : autonome

### **Score global :**

- 0 : dépendance complète
- 6 : autonomie complète

## **Annexe 7 : IADL**

L'échelle des IADL concerne les activités instrumentales que la personne est capable d'effectuer dans sa vie quotidienne :

- Usage du téléphone
- Faire les courses
- Préparation des aliments
- Entretien ménager
- Blanchisserie
- Utilisation des moyens de transport
- Prise des traitements
- Budget

### **Cotation :**

- 0 : incapacité totale
- 0,5 : incapacité partielle
- 1 : autonome

### **Score total :**

- 0 : dépendance totale
- 8 : autonomie complète

# **BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

- 1) Baubeau D, Deville A, Joubert M *et al.* Les passages aux urgences de 1990 à 1998: une demande croissante de soins non programmés. *Etudes et résultats* n° 72 Juillet 2000 *DREES*
- 2) Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et résultats* n°212 Janvier 2003 *DREES*
- 3) Lazarovici C, Somme D, Carrasco V *et al.* Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France. Résultats d'une enquête nationale. *Press Med* 2006 ; 35 (12) : 1804-1810
- 4) Bellou A, de Korwin J-D, Bouget J, *et al.* Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. *Rev Med Interne* 2003; 24 : 602-612
- 5) Carpentier F, Guignier M. Etude de 21122 admissions en Service d'Urgences. *Réan Urg* 1990 ; 6 : 638-642
- 6) Hoogerduijn JG, Schuurmans MJ, Duijnste MS, *et al.* A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients atrisk for functional decline. *J Clin Nursing* 2006; 16: 46-57
- 7) Davido A, Nicoulet I, Levy A, *et al.* Appropriateness of admission in an emergency department: reliability of assessment and causes of failure. *Qual Assur Health Care* 1991; 3 (4): 227-34
- 8) Site Web de l'INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques [En ligne]. Projection de population 2007-2060. Paris 14 : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. [consulté le 10 mai 2013]. Disponible sur internet <<http://www.insee.fr>
- 9) SFMU. 10ème Conférence de consensus: Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. *JEUR* 2003 ; 17 :183-201
- 10) Mazière S, Lanièce I, Hadri N, *et al.* Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente. *Press Med* 2011 ; 40 (2) : 101-110
- 11) Derame G, El Kouri D, Hamidou M, *et al.* Les passages non justifiés au service d'accueil des urgences, proposition d'une offre de soins différenciée. *Press med* 2004 ; 33 (12) : 780-783
- 12) Le Gall A. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. *Médecine* 2010 ; 6 (7) : 326-330
- 13) Ellrodt A, Snoey E, Logerot-Lebrun H, *et al.* Evaluation de la pertinence des admissions aux urgences de deux hôpitaux universitaires (Résumé de communication orale). *Réan Urg* 1994 ; 3 : 112

- 14) Pileggi C, Bianco A, Di Stasio SM, *et al.* Inappropriate hospital use by patients needing urgent medical attention in Italy. *Public Health* 2004, 118 (4): 284-291
- 15) Lang T, Davido A, Logerot H, *et al.* Appropriateness of admissions : the French experience. *Int J Qual Health Care* 1995; 7 (3): 233-238
- 16) Chopard P, Perneger TV, Gaspoz JM, *et al.* Predictors of inappropriate hospital days in a department of internal medicine. *Int J Epidemiol* 1998; 27: 513-519
- 17) Bouchon JP. Particularités diagnostiques et grands principes thérapeutiques en gériatrie. *EMC- Traité de Médecine Akos* 2013 ; 8 (2) : 1-5 [Article 3-1010]
- 18) Payne SMC. Identifying and managing inappropriate hospital utilization : a policy synthesis. *Health Serv Res* 1987 ; 22 : 709-769
- 19) McDonagh MS, Smith DH, Goddart M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health Policy* 2000; 53: 157-184
- 20) Ministère de la santé et des sports. Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières. *Synthèse de la revue bibliographique*. 2009 ; Lot 1.
- 21) HAS Haute Autorité de Santé. Revue de pertinence des soins, Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation, ANAES, Service d'évaluation des pratiques, Novembre 2004
- 22) Gertman PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981; 19: 855-871
- 23) Strumwasser I, Paranjpe NV, Ronis DL, *et al.* Reliability and validity of utilization review criteria. Appropriateness evaluation protocol, standardized medreview instrument and intensity severity discharge criteria. *Med Care* 1990; 28 (2): 95-111
- 24) Kalant N, Berlinguet M, Diodati JG, *et al.* How valid are utilization review tools in assessing appropriate use of acute care beds? *Can Med Assoc J* 2000; 162 (13): 1809-13
- 25) Restuccia JD, Payne SM, Lenhart G, *et al.* Assessing the appropriateness of hospital utilization to improve efficiency and competitive position. *Health Care Manage Rev* 1987; 12 (3): 17-22
- 26) Smeets PM, Verheggen FW, Pop P, *et al.* Assessing the necessity of hospital stay by means of the appropriateness evaluation protocol: how strong is the evidence to proceed? *Int J Qual Health Care* 2000; 12 (6) 483-493
- 27) Robain M, Lang T, Fontaine A, *et al.* Reproductibilité et validité de la version française de la première partie de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf) : critères de pertinence des journées d'hospitalisation. *Rev Epidémiol Santé Publique* 1999 ; 74 (2) : 139-149

- 28) Lombard I, Lahmek P, Diene E, *et al.* Cause of non-pertinent hospital stays :interobserveur concordance using the french version of the Appropriateness Evaluation Protocol. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2001; 49 (4): 367-375
- 29) Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1997; 33: 159-174
- 30) Duteil M, Le Chevalier B, Le Coutour X, *et al.* Evaluation de la pertinence des hospitalisations demandées aux urgences médicales. *Réan Urg* 1994 ; 2 : 111
- 31) Dietz F, Kuss JJ, De Guio G, *et al.* Evaluation de la pertinence des hospitalisations à partir du service d'accueil des urgences. *Réan Urg* 1994 ; 2 : 112
- 32) Lang T, Liberati A, Tampieri A, *et al.* A European version of the Appropriateness Evaluation Protocol. *Int J Technol Assess health Care* 1999; 15: 185-197
- 33) O' Donnel J, Pilla J, Van Gemert I. Which hospital admissions are appropriate? *Aust Health Rev* 1990; 12 (4): 19-33
- 34) Tsang P, Severs MP. A study of appropriateness of acute geriatric admissions and an assessment of the Appropriateness Evaluation Protocol. *J R Coll Physicians Lond* 1995; 29 (4): 311-314
- 35) Revue E, Papillon V, Carnet A, *et al.* Evaluation de la pertinence des hospitalisations dans un service d'urgence. *JEUR* 2009 ; 22 (S2) : 36-39
- 36) Yatim D, Pontoizeau V, Clotteau MP, *et al.* Pertinence des hospitalisations à partir du Service d'Accueil et d'Urgence (SAU) ou la responsabilité des SAU dans la saturation des lits d'aval. *Urgences* 2004 ; 54 (S1) : 133
- 37) Devillard A, Laplanche D, Monneret T, *et al.* Evaluation de la pertinence de l'admission des personnes âgées de plus de 90 ans hospitalisées au sein de l'hôpital de Troyes via la structure d'urgence. *JEUR* 2009 ; 22 (S2) : 195-196
- 38) Hervé J, Corrado C, Ranaivozanany D, *et al.* Facteurs liés à l'hospitalisation en urgence des patients gériatriques avec troubles des fonctions supérieures avec un score AEPf nul. *JEUR* 2009 ; 15 (A2) : 50
- 39) Bussy C, Merad-Taoufik M, Nitenberg G, *et al.* Pertinence des hospitalisations non programmées à partir du service d'accueil des urgences. *JEUR* 2008 ; 21 (S1) : 44
- 40) Pahor M, Carosella L, Pedone C, *et al.* Trends of the characteristics and appropriateness of admissions to acute geriatric and medical wards in Italy from 1988 through 1993. *Eur J Epidemiol* 1996; 12 (6): 563-571
- 41) Andersen FH, Pedersen IL, Nielsen MO, *et al.* Alternatives to acute admissions to a city hospital. Is it possible to reduce the number of acute admissions? *Ugeskr Laeger* 1994; 156 (2): 4233-6

- 42) Smith HE, Pryce A, Carlisle L, *et al.* Appropriateness of acute medical admissions and length of stay. *JR Coll Physicians Lond* 1997; 31 (5): 527-532
- 43) Thollander J, Gertow O, Hansen S, *et al.* Assessment of inappropriate emergency admissions. A study of 566 consecutive cases. *Lakartidningen* 2004; 101 (10): 888-892
- 44) Arveux I, Faivre G, Lenfant L, *et al.* Le sujet âgé fragile. *Rev Ger* 2002, 27 (7) : 569-581
- 45) Winograd CH, Gerty MB, *et al.* Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation. *J Am Geriatric Soc* 1983; 36: 1113-1119
- 46) Vellas B, Gillette-Guyonnet S, Nourhashémi F, *et al.* Chutes, fragilité et ostéoporose chez la personne âgée : un problème de santé publique. *Rev Med Interne* 2000 ; 21 : 608-613
- 47) Fried LP, Waltson J. Frailty and failure to thrive. *Principles of geriatric medicine and gerontology*, 4e éd. In: Ouslander JG, Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, 1998. ISBN: 0070275025
- 48) Dramé M, Jean Dia PA, Jolly D, *et al.* Facteurs prédictifs de mortalité à long terme chez des patients âgés hospitalisés en urgence : la cohorte Safes. *Press Med* 2009 ; 38 : 1068-1075
- 49) Winograd CH, Gerety MB, Chung M, *et al.* Screening for frailty: Criteria and predictors of outcomes. *J Am Geriatric Soc* 1991; 39 (8): 778-784
- 50) Colvez A, Robine JM, Jouan-Flahault. Risk and risk factors of disability in the aged. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1987; 35 (3-4): 257-262
- 51) Fried LP, Kronmal RA, Newman AB, *et al.* Risk factors for 5-year mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *JAMA* 1998; 279 (8): 585-592
- 52) Narain P, Rubenstein LZ, Wieland GD, *et al.* Predictors of immediate and 6 month outcomes in hospitalized elderly patients. The importance of functional status. *J Am Geriatric Soc* 1988; 36 (9): 775-783
- 53) Lechevallier-Michel N, Fourrier-Reglat A, Berr C, *et al.* Facteurs socio-démographiques associés à la polymédication dans une population de sujets âgés de 65 ans et plus : données de l'étude des 3 Cités (3C). *Revue Epidemiol Sante Publique* 2004 ; 52 (HS1) : 34-35
- 54) Salles-Montaudon N, Fourrier A, Dartigues JF, *et al.* Evolution des traitements médicamenteux des personnes âgées vivant à domicile. *Rev Med Interne* 2000 ; 21 : 664-671
- 55) Andro M, Estivin S, Gentric A. Prescription médicamenteuse en gériatrie: overuse (sur-utilisation), misuse (mauvaise utilisation), underuse (sous-utilisation). Analyse qualitative à partir des ordonnances de 200 patients entrant dans un service de court séjour gériatrique. *Rev Med Interne* 2012 ; 33 : 122-127
- 56) HAS Haute Autorité de Santé. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance. 2005

- 57) Raynaud-Simon A. Comment dépister la dénutrition chez le sujet âgé ? *Médecine des maladies métaboliques* 2009 ; 3 (4) : 365-369
- 58) HAS Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations professionnelles 2007.
- 59) Santos-Eggimann B, Silder M, Schopfer D, *et al.* Comparing results of concurrent and retrospective designs in hospital utilization review: an overview of Swiss experience. *Int J Qual Health Care* 1997; 9: 115-120
- 60) Somme D, Cauterman M, Huet B, *et al.* Non-pertinence hospitalière dans deux services de gériatrie aiguë : description du phénomène et étude des facteurs de risque. *Rev Méd Interne* 2007 ; 28 (8) : 818-824
- 61) Angelillo IF, Ricciardi G, Nante N, *et al.* Appropriateness of hospital utilization in Italy. *Public Health* 2000; 114 (1): 9-14
- 62) Bare ML, Prat A, Lledo L, *et al.* Appropriateness of Admission and hospitalization days in an acute-care teaching hospital. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1995; 43 (4): 328-336
- 63) Fournier D. *Evaluation de la pertinence des hospitalisations aux urgences du centre hospitalier de Chambéry*. Thèse de médecine générale. Université de Grenoble, 2012, pp 76
- 64) Forest A, Ray P, Cohen-Bittan J, *et al.* Urgences et gériatrie. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* 2011; 11 : 205-213
- 65) Gavazzi G, Krause KH. Ageing and infections. *Lancet Infect Dis* 2002 ; 2 : 683-684
- 66) Leveau P. La personne âgée aux urgences. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Médecine d'urgence*, 25-060-A-10, 2009
- 67) Restuccia JD, Kreger BE, Payne SM, *et al.* Factors affecting appropriateness of hospital use in Massachusetts. *Health Care Financ Rev* 1986; 8 (1): 47-54
- 68) Laroche ML, Bouthier F, Merle L, *et al.* Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt 'une liste adaptée à la pratique médicale française. *Rev Med Interne* 2009 ; 30 : 592-601
- 69) Curatolo N, Cudennec T. Consommation médicamenteuse et personnes âgées. *Soins gériatriques* 2013; 99 : 43-44
- 70) Patel S, Dubinsky I. Outcomes of referrals to the ED by family physicians. *Am J Emerg Med* 2002; 20 (3): 144-50
- 71) Houdin N. *Evaluation de la pertinence des non-hospitalisations à partir du Service d'Accueil des Urgences de Nantes en fonction des critères de l'AEPf (Appropriateness Evaluation Protocol)*. Etude prospective sur 243 dossiers. Thèse de médecine générale. Université de Nantes, 2004, pp 124

72) Begaudeau A. *Pertinence des admissions des personnes âgées de 80 ans et plus aux urgences du CHU de Nantes*. Thèse de médecine générale. Université de Nantes, 2011, pp 101

73) Ruimy JA, Elfassi R. Les universités d'été de la performance en santé 2<sup>e</sup> éd Septembre 2012. Réseau SphereS, une alternative à l'hospitalisation. Disponible sur internet <http://www.performance-en-sante.fr>

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de l'École  
Université .....  
Le Professeur

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Université Paris Diderot - Paris 7  
Professeur Benoît Schlemmer

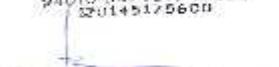
Date 21/08/2013



**Service de Gériatrie**  
*Pr. RAYNAUD-SIMON*  
Secrétariat : 01 40 25 73 69 - Fax 01 40 25 85 54  
C.H.U. RICHAUD CL. BERNARD  
45, rue Henri Huchard - 75017 Paris Cedex 13



**Docteur VITEAU Anne-Laure**  
Centre Hospitalier International  
40 avenue de Vendôme  
94010 CRÉTET Cedex  
01145175600

  
21/08/2013

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7  
et par dérogation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

## **RESUME**

**Titre : Pertinence des hospitalisations via le service des urgences chez les patients de plus de 75 ans**

Le taux d'hospitalisations des personnes de plus de 75 ans via les urgences est élevé en dépit du développement des soins ambulatoires. Or l'hospitalisation des malades âgés est source d'affections nosocomiales spécifiques. Nous avons réalisé une étude transversale menée de façon rétrospective en analysant 84 dossiers de patients de plus de 75 ans hospitalisés au CHIC via les urgences entre 2010 et 2011, avec pour objectif principal d'évaluer le taux d'hospitalisations non pertinentes et de déterminer des critères d'hospitalisation consensuels entre médecins généralistes et gériatres. Pour déterminer la pertinence de l'hospitalisation nous avons organisé des entretiens de groupe réunissant des médecins hospitaliers et de ville qui ont utilisé la grille AEPf pour analyser les dossiers.

Nous avons montré que le taux d'hospitalisations non pertinentes dans la population que nous avons étudiée était seulement de 17,9%. Nous avons également pu déterminer qu'il existait des sous-groupes à risque, notamment les patients ne possédant pas d'aides au domicile, et les patients isolés. Certaines actions pourraient en partie éviter ces hospitalisations non pertinentes : prévenir l'isolement social en amont de l'apparition de l'événement aigu, développement des services d'aides au domicile avec créneaux d'urgence, meilleure accessibilité des spécialistes en ville avec possibilités de visites au domicile, développement des hôpitaux de jour gériatriques. Les critères d'hospitalisations se sont révélés consensuels entre gériatres et généralistes mais en revanche une réévaluation de la grille AEPf paraît nécessaire pour qu'elle soit plus adaptée à la population gériatrique.

### **MOTS CLES :**

AEPf – Pertinence – Hospitalisation – Personnes âgées – Médecins généralistes – Gériatres

**UFR de Médecine Paris Diderot-Paris 7**