

Année 2015

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**NOM : BROUSSIER    Prénom : Amaury**  
**Date et Lieu de naissance : Le 16/12/1987 à Amiens (80)**

---

*Présentée et soutenue publiquement le : 29 septembre 2015*

---

**Caractéristiques et devenir des patients hospitalisés dans un service  
de Gériatrie Aiguë : filière d'admission directe versus hospitalisation  
via le Service d'Accueil et d'Urgence**

Présidente de jury : Madame le Professeur RAYNAUD-SIMON Agathe

Directrice de thèse : Madame le Docteur LAZAROVICI Céline

**DES DE MEDECINE GENERALE**

## REMERCIEMENTS

**A Madame le Professeur Agathe RAYNAUD SIMON**, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse.

**A Monsieur le Professeur Jacques BODDAERT**, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger au sein de ce jury, ton engagement auprès des patients et dans la formation universitaire restera un exemple pour moi.

**A Monsieur le Professeur Benoît PLAUD**, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger au sein de ce jury.

**A ma directrice, Madame le Docteur Céline LAZAROVICI**, merci pour ta rigueur, tes conseils avisés et tes encouragements.

A tous les médecins avec qui j'ai travaillé durant mon internat et qui m'ont tant apporté :

- **les Docteurs Céline LAZAROVICI, Nicoletta BRUNETTI et Anne Laure VETILLARD**, merci de m'avoir transmis votre amour de la gériatrie ;

- **le Professeur Philippe ZERR**, merci de m'avoir tant appris sur la médecine générale et sur la médecine en général ;

- **les Docteurs Judith COHEN BITTAN, Hélène VALLET, Catherine SAGOT, Sandrine GREFFARD et Zina BARROU**, merci de tout le savoir que vous m'avez transmis dans le domaine de la gériatrie.

**A tous mes co-internes** avec qui j'ai partagé des moments marquants, des visites insensées, pendant tout cet internat : Matthieu, Anne Sophie, Cécile, Mariannick, Paul, Victoire, Etienne, Julie, Yoann, Mélanie, Venceslas, Melissa, Anne Sophie, Ariana, Quentin, Ardan, Victoria, Salomé et tous ceux que j'oublie.

**A toutes les équipes paramédicales** de la Gériatrie de Paul Brousse, de la Pédiatrie de Louis Mourier, de la Gériatrie de la Pitié Salpêtrière, et de la Cardiologie de St Joseph.

### **A mes proches**

- **Mes parents** : mon papa pour m'avoir transmis son amour de la médecine et ma maman pour m'avoir tant soutenu pendant les années de P1 et de préparation de l'internat à la maison.

- **Ma petite Bonne Maman** qui s'est éteinte quelques semaines avant la soutenance de cette thèse, merci pour tout.

- **Mes frères et sœurs** ; Mathieu et Maud, merci de supporter les interminables discussions médicales à table le week-end et merci pour votre soutien, Thomas, merci, j'ai plaisir à partager nos expériences communes, à toi de jouer maintenant.

- **Ma future belle famille**, Clément merci pour le coup de main en statistiques.

- **Mes amis** qui ont rendu ses longues années d'études beaucoup plus ludiques, Edouard et Ludivine (Trio Forever), Hortense, Axelle, Nedjma, Tiphaine, Morgan et Gloria, et à tous les autres.

**Et surtout Julia**, ma future épouse, merci pour ton soutien, tes encouragements, pour m'avoir épaulé au quotidien depuis tant d'années et de m'avoir aidé à arriver là où j'en suis aujourd'hui. Pour tout cela merci.

**Aux Patients** dont j'ai croisé la route pendant toutes ces années d'étude et qui nous font avancer et réfléchir au quotidien.

## **ABREVIATIONS UTILISEES**

AVC : Accidents Vasculaires Cérébraux

CAM : Confusion Assessment Method

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CRH : Compte-Rendu d'Hospitalisation

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

GH : Groupe Hospitalier

GRECO : Groupe de Recherche sur les Evaluations COgnitives

HAS : Haute autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IMC : Indice de Masse Corporelle

LPA : Lits Portes Aiguës

PA : Personnes Agées

PINI : Index Pronostic Nutritionnel et Inflammatoire

RAU : Rétention Aiguë d'Urine

SAU : Service d'Accueil et d'Urgence

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UGA : Unité de Gériatrie Aiguë

## TABLE DES MATIERES

|  |    |
|--|----|
| REMERCIEMENTS .....  | 2  |
| ABREVIATIONS UTILISEES .....   | 5  |
| TABLE DES MATIERES.....  | 6  |
| 1- INTRODUCTION :  | 9  |
| 1-1 Données démographiques :.....  | 9  |
| 1-2 Définition de la personne dite « âgée » :.....                           | 10 |
| 1-3 Les personnes âgées dans les SAU :.....                                  | 11 |
| 1-4 Une filière de soin gériatrique .....                                    | 12 |
| 1-5 La filière directe, une alternative à l'hospitalisation via les SAU..... | 13 |
| 1-6 Problématique et objectifs :.....  | 13 |
| 2- MATERIEL ET METHODES :  | 15 |
| 2-1 Schéma de l'étude et population : .....                                  | 15 |
| 2-1-1 Type d'étude.....  | 15 |
| 2-1-2 Critères d'inclusion et de non inclusion .....                         | 15 |
| 2-2 Recueil de données :.....  | 16 |
| 2-2-1 Lieu et niveau d'intervention.....                                     | 16 |
| 2-2-2 Variables analysées et scores utilisés .....                           | 16 |
| 2-3 Analyse statistique :.....   | 18 |
| 3- RESULTATS :   | 19 |
| 3-1 Sélection des patients .....   | 19 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 3-2   | Caractéristiques sociodémographiques .....  | 21 |
| 3-3   | Fragilité et autonomie.....   | 22 |
| 3-4   | Caractéristiques initiales médicales et comorbidités.....                             | 23 |
| 3-5   | Polymédication .....  | 25 |
| 3-6   | Motifs d'hospitalisation.....   | 25 |
| 3-7   | Durée moyenne de séjour .....   | 26 |
| 3-8   | Devenir à la sortie.....  | 26 |
| 3-9   | Complications.....  | 27 |
| 4-    | DISCUSSION .....  | 29 |
| 4-1   | Résultats principaux et implications majeures .....                                   | 29 |
| 4-2   | Forces et faiblesse de l'étude.....   | 29 |
| 4-2-1 | Concernant la méthode .....   | 29 |
| 4-2-2 | Concernant les résultats.....   | 32 |
| 4-3   | Résultats : confrontation à d'autres études.....                                      | 36 |
| 4-4   | Perspectives .....  | 38 |
| 5-    | CONCLUSION.....   | 40 |
|       | ANNEXES .....   | 42 |
|       | Annexe 1 : Echelle ADL de Katz : .....  | 43 |
|       | Annexe 2 : Echelle IADL simplifiée de Lawton : .....                                  | 44 |
|       | Annexe 3 : Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO) ..... | 45 |
|       | Annexe 4 : Scores de comorbidités.....  | 47 |

|   |    |
|---|----|
| Annexe 5 : Motifs d'hospitalisation dans les deux groupes .....               | 52 |
| Annexe 6 : Devenir des patients à la sortie d'UGA dans les deux groupes ..... | 53 |
| Annexe 7 : Complications survenues en hospitalisation selon la filière.....   | 54 |
| REFERENCES .....  | 55 |



# 1- INTRODUCTION :

## 1-1 Données démographiques :

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, la France compte 64 millions d'habitants dont 12 millions de personnes âgées de plus de 65 ans soit 18,6%. Parmi ces personnes âgées de plus de 65 ans, on recense 42,5% d'hommes et 57,5% de femmes (1). En 2050, en supposant que la dynamique démographique actuelle persiste, la France compterait 70 millions d'habitants dont un habitant sur trois de 60 ans ou plus. Ainsi, 69 habitants seraient âgés de 60 ans ou plus pour 100 habitants de 20 à 59 ans, soit deux fois plus qu'en 2015 (2).

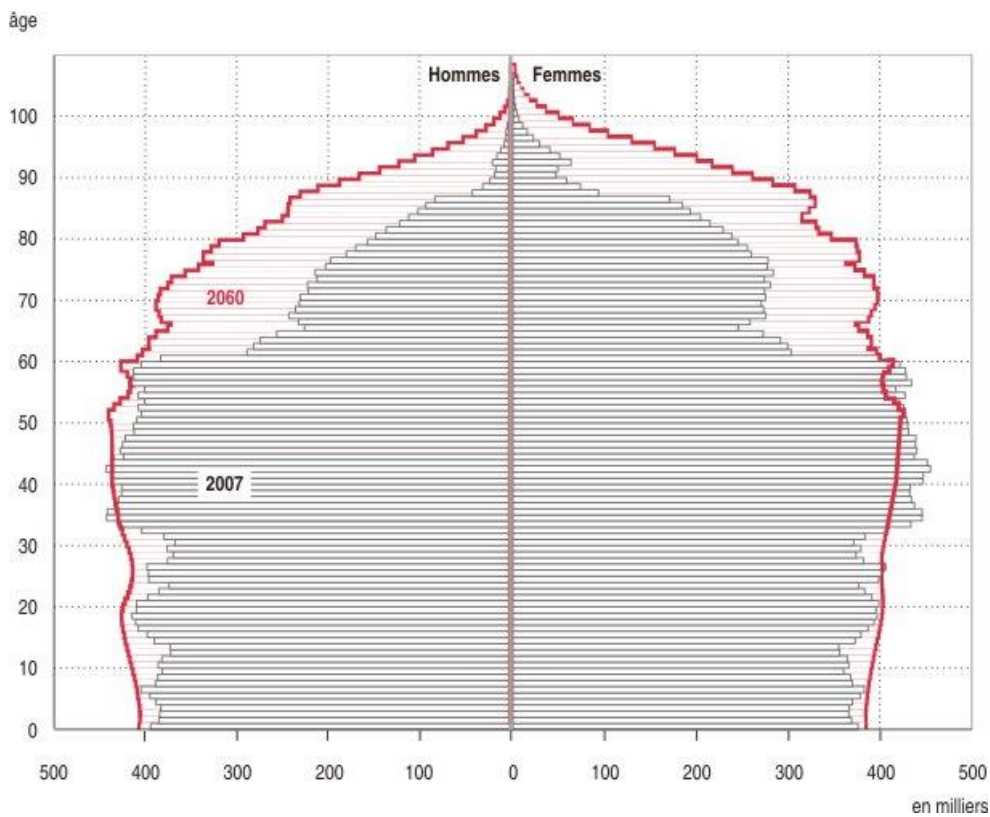


Figure 1 : Pyramide des âges en 2007 et en 2060 (3)

Au niveau régional, en 2011, date du dernier recensement, le département du Val-de-Marne (94) dans lequel a été menée cette étude, comptait 1 333 702 habitants dont 6,9% de personnes âgées de 75 ans et plus (4).

## 1-2 Définition de la personne dite « âgée » :

La HAS, dans ses différentes recommandations fixe le seuil pour parler de personnes âgées à l'âge physiologique de 65 ans (5)(6). Cependant, l'âge physiologique est à relativiser par la notion de fragilité. En 2011, la SFGG a défini la fragilité comme « *un syndrome clinique* » reflétant « *une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible* ».

Cette notion de fragilité inscrite dans un processus réversible est à rattacher au raisonnement gériatrique décrit par JP Bouchon en « 1+2+3 » (7). On distingue ainsi le schéma « 1+2+3 » correspondant à la décompensation d'un organe malade sous l'effet d'un événement intercurrent et le schéma « 1+2 » correspondant à la décompensation d'un organe « vieilli » et non malade sous l'effet d'un événement intercurrent.

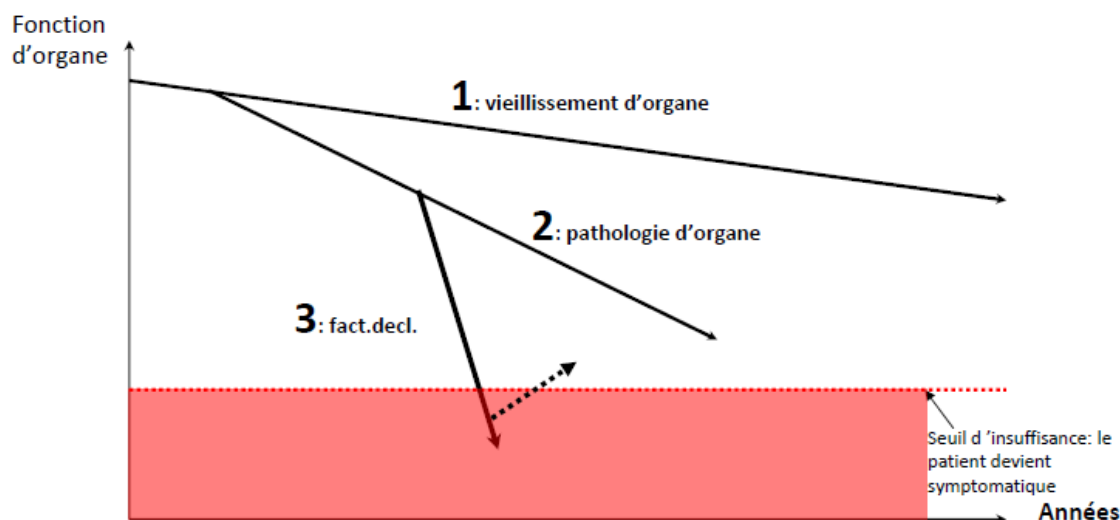


Figure 2 : Place du raisonnement gériatrique en 1+2+3 selon Bouchon(7)

### 1-3 Les personnes âgées dans les SAU :

Une enquête DREES concernant le recours et la prise en charge dans les SAU a été menée en juin 2013 (8) pour compléter celle réalisée en 2002. Elle porte sur 734 SAU en France. Elle rapporte que les patients âgés représentent 12% des passages dans les SAU. La moyenne d'âge est de 83 ans dont 60,9% de femmes (9). Près de 60% des PA ont effectué une démarche avant de se rendre au SAU auprès d'un médecin ou d'un pharmacien qui a conseillé de se rendre aux urgences et ainsi, 30% sont adressées par un médecin libéral.

La prise en charge des PA au SAU implique davantage d'exams complémentaires que celle des patients de 15 à 74 ans puisqu'elle nécessite un bilan biologique dans 74% des cas contre 36% des cas chez la population jeune, et un acte d'imagerie dans 67% des cas contre 45% des cas chez la population jeune. Seule 15% de la population de plus de 75 ans bénéficie d'une consultation simple contre 26% de la population de 15 à 74 ans. 56% de la population âgée est hospitalisée après son passage au SAU contre 17% de la population de 15 à 74 ans. 68% des patients hospitalisés le sont dans un service de médecine générale type médecine

polyvalente ou gériatrie. Le temps de passage dans les SAU est supérieur à 4h chez 57% des patients de plus 75 ans contre 28% des patients de 15 à 74 ans (8).

D'autre part un certain nombre de caractéristiques propres au patient âgé font que sa prise en charge au SAU est complexe et nécessite une expertise gériatrique importante. Ainsi, malgré l'absence de symptôme spécifique, les PA présentent un problème médical aiguë dans plus de 50% des cas (10). Lors d'une infection, la fièvre peut être absente dans 20 à 30% des cas chez le patient âgé (11). Le diagnostic de péritonite est rendu difficile par la diminution des signes d'abdomen chirurgical à l'examen clinique chez les PA par rapport au patient jeune (12).

Dans la conférence de consensus éditée en 2003 par la SFMU, les médecins urgentistes soulignent la complexité de prise en charge des PA dans les SAU. Ils proposent des outils d'évaluation de la PA aux urgences, pour une décision optimale (13).

#### **1-4 Une filière de soin gériatrique**

La prise en charge des PA a été rationalisée par une circulaire de la DHOS en 2002 (14), puis complétée par une nouvelle circulaire datée du 28 mars 2007 (15). Cette circulaire a pour but d'organiser la mise en place d'évaluations gériatriques adaptées aux différentes situations cliniques et sociales. Le but est de garantir au patient âgé une orientation rapide en fonction de ses besoins. Cette circulaire souligne également que le rôle des UGA est d'assurer la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée, de préférence, sans passage par les urgences. C'est le mode d'entrée à privilégier. En conséquence, les UGA doivent être organisées pour répondre dans la journée aux appels des médecins généralistes (15).

## **1-5 La filière directe, une alternative à l'hospitalisation via les SAU**

Dans le sens de cette circulaire, l'hospitalisation directe dans les services de Gériatrie Aiguë sans passer par les SAU semble être une alternative importante. Cependant, cette alternative a été peu étudiée. Une étude rétrospective Israélienne menée en 1996 et 1997 (16) a comparé l'hospitalisation de patients vivant en EHPAD selon les deux filières et a montré que les patients hospitalisés via les SAU l'étaient le plus souvent pour des infections fébriles alors que les patients hospitalisés par la filière directe l'étaient le plus souvent pour une perte d'autonomie (16). Une étude prospective menée en 2008 et 2009 au sein de l'Hôpital Universitaire Bichat-Claude Bernard à Paris (17) a également étudié et comparé les deux filières, montrant une différence en termes de motifs d'hospitalisation et de complications avec plus de rétention aiguë d'urine chez les patients admis par les urgences. Ils étaient également plus souvent transférés en rééducation (17).

## **1-6 Problématique et objectifs :**

La complexité des patients gériatriques du fait de leur poly pathologie nécessite une prise en charge initiale multidimensionnelle (psychique, somatique et sociale). Les SAU, dont le diagnostic et la prise en charge thérapeutique rapide des pathologies aiguës sont le rôle principal, peuvent paraître inadaptés pour la prise en charge globale initiale de ces patients. D'autre part, l'engorgement actuel des SAU en France suscite le développement de filières d'admission directes coordonnées par le médecin traitant, avec un réseau ville-hôpital fonctionnant de manière adéquate.

Ainsi certains patients gériatriques adressés aux urgences pourraient bénéficier d'une hospitalisation directe permettant une amélioration de leur prise en charge.

Le service de Gériatrie Aiguë de l'hôpital Paul Brousse présente un recrutement mixte quotidien entre les patients hospitalisés de façon directe par le médecin traitant et les patients admis en aval des urgences « porte ».

Dans ce contexte, il est pertinent de décrire les caractéristiques initiales et les profils des patients hospitalisés dans les deux filières (SAU et filière d'admission directe) et de comparer les deux populations en termes de durée de séjour, de devenir et de complications survenues pendant l'hospitalisation.

## **2- MATERIEL ET METHODES :**

### **2-1 Schéma de l'étude et population :**

#### **2-1-1 Type d'étude**

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique portant sur les patients hospitalisés en UGA à l'Hôpital Paul Brousse (Villejuif, Val de Marne) entre le 2 janvier et le 10 avril 2013.

Le service constitué de 34 lits, accueille les patients issus des SAU du Groupe Hospitalier Hôpitaux Paris Sud (Kremlin Bicêtre et Antoine Bécclère) et des patients venant directement du domicile à la demande de leur médecin traitant. Le service accueille des patients de plus de 75 ans hospitalisés pour une pathologie aiguë se surajoutant à leurs comorbidités. Le service est géré par quatre médecins séniors et deux internes.

L'hospitalisation directe à la demande du médecin traitant est réalisée sur appel téléphonique à l'un des médecins sénior de l'unité. Si la demande paraît justifiée et relever d'une hospitalisation en aiguë, l'admission est faite le jour même ou au plus tard dans les 48 heures pour le patient. Si la demande semble ne pas relever d'une hospitalisation, le patient est orienté vers la consultation de gériatrie, l' HDJ gériatrique ou les autres UGA du GH. Exceptionnellement, en l'absence de possibilité d'accueil ou en cas de situation clinique semblant instable, et que l'hospitalisation est urgente, le patient est orienté vers le SAU.

#### **2-1-2 Critères d'inclusion et de non inclusion**

Tous les patients de plus de 75 ans hospitalisés dans le service de Gériatrie Aiguë sur la période choisie ont été inclus. Deux groupes ont été identifiés : celui de la filière « SAU », et celui de la filière « Domicile ».

Les critères d'exclusion étaient les suivants : les patients provenant d'un autre service que le SAU (orthopédie, neurologie, réanimation ...), les patients hospitalisés de façon programmée, les patients ré hospitalisés sur la même période, les patients de moins de 75 ans, les patients hospitalisés pour hébergement.

## **2-2 Recueil de données :**

### **2-2-1 Lieu et niveau d'intervention**

Le recueil des données a été réalisé à partir des CRH des patients associés aux comptes rendus de passage aux urgences pour les patients de la filière SAU. A l'admission d'un patient dans le service, une observation type est remplie par le médecin responsable, reprenant de façon détaillée les antécédents, le traitement habituel, le mode de vie, l'examen clinique et les examens paracliniques effectués à l'entrée. Après l'admission, le médecin traitant et l'entourage du patient sont contactés pour compléter les informations concernant les antécédents, le traitement et le mode de vie. Les antécédents reprennent les pathologies aiguës, chroniques, leur suivi, et les précédentes hospitalisations. Les CRH sont faits à partir d'un modèle-type et réalisés à partir du dossier médical et infirmier.

### **2-2-2 Variables analysées et scores utilisés**

Pour chaque patient hospitalisé, différents types de données ont été relevées.

Ces données correspondaient aux caractéristiques des patients à l'entrée en hospitalisation :

- les **caractéristiques socio démographiques** des patients : sexe et âge, le mode de vie (marié, veuf, célibataire, divorcé), ainsi que le lieu de vie (Domicile ou EHPAD) ;

- la **fragilité** des patients : taux de ré hospitalisation dans le service, hospitalisation dans les 6 derniers mois, patient chuteur à répétition (recherchés selon la définition HAS : au moins



deux chutes sur une période de 12 mois), entourage du patient (patient vivant seul, présence d'aides à domicile professionnelles ou informelles, patient entouré par ses enfants ou autre entourage proche), médecin traitant identifié ;

- **l'autonomie** des patients évaluée par l'échelle des activités de la vie quotidienne (ADL) de Katz (Annexe 1) (18), et l'échelle simplifiée des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) de Lawton (Annexe 2) (19) ;

- **les caractéristiques initiales médicales et les données biologiques** des patients à l'entrée : le score MMS-E (Annexe 3), la présence d'une escarre, la recherche d'une dénutrition définie par une albumine inférieure à 35 g/L, le taux d'hémoglobine, la créatinine sanguine ;

- **les comorbidités** des patients décrites par les scores de Charlson, de Charlson-G, et le CIRS-G (Annexe 4) ;

- **le nombre total de médicaments** dans le traitement habituel du patient.

Des données ont également été relevées concernant les caractéristiques de l'hospitalisation :

- **le motif d'hospitalisation** avec 10 principaux motifs relevés : chute ou malaise, confusion ou troubles du comportement, perte d'autonomie, AEG, douleurs, dyspnée et douleur thoracique, étiologie digestive, étiologie neurologique, sepsis, autres motifs ;

- **la durée moyenne d'hospitalisation** ;

- **le mode de sortie** des patients : sortie à domicile, transfert en SSR, décès, transfert dans un autre service ;

- la survenue de **complications** lors de l'hospitalisation : apparition d'un syndrome confusionnel, d'escarre, et d'une rétention aiguë d'urine nécessitant la pose d'une sonde à demeure. Ces complications ont été choisies car elles sont de dépistage systématique dans le

service de gériatrie. Le syndrome confusionnel est diagnostiqué dans le service à l'aide de la CAM<sup>1</sup> (20).

### **2-3 Analyse statistique :**

L'analyse statistique a consisté dans un premier temps en une analyse descriptive des variables étudiées dans les deux groupes de patient. Des calculs de fréquence et de pourcentage ont été effectués pour décrire les variables catégorielles et des calculs de moyenne (+/- écart type) et de médiane (Q1-Q3) ont été réalisés pour décrire les variables continues selon qu'elles aient une distribution normale ou non.

Dans un second temps, des comparaisons ont été effectuées entre les deux groupes (filiale « SAU » et filiale « Domicile ») concernant les caractéristiques des patients, les durées moyennes d'hospitalisation, le mode de sortie, et la survenue de complications. Les variables catégorielles ont été comparées à l'aide de test du Khi deux et du test exact de Fischer selon les conditions d'application de ces tests. Les variables continues ont été comparées à l'aide du test de Student. Tous les tests statistiques ont été réalisés en considérant un risque  $\alpha$  bilatéral de 5%.

Les calculs ont été réalisés à l'aide des logiciels Epi info 7 et BiostaTGV à partir de données Excel 2013.

---

<sup>1</sup>Confusion Assessment Method : Symptomatologie de début aiguë avec ou sans fluctuation de l'évolution, associé à une inattention, et à une désorganisation du cours de la pensée et du langage ou atteinte de la vigilance avec ou sans modification de l'activité psychomotrice

### **3- RESULTATS :**

#### **3-1 Sélection des patients**

Entre le 2 janvier et le 10 avril 2013, 241 patients ont été hospitalisés en UGA. 62 patients ont été exclus de l'étude : 37 patients venant d'un autre service, 9 patients venant en hospitalisation programmée, 13 patients étant ré hospitalisés pour compléter un bilan suite à une hospitalisation précédente, 2 patients ayant moins de 75 ans ou venant pour hébergement, 1 patient dont le dossier et le CRH étaient manquants.

179 patients ont été inclus, 111 dans la filière « SAU » et 68 dans la filière « Domicile ».

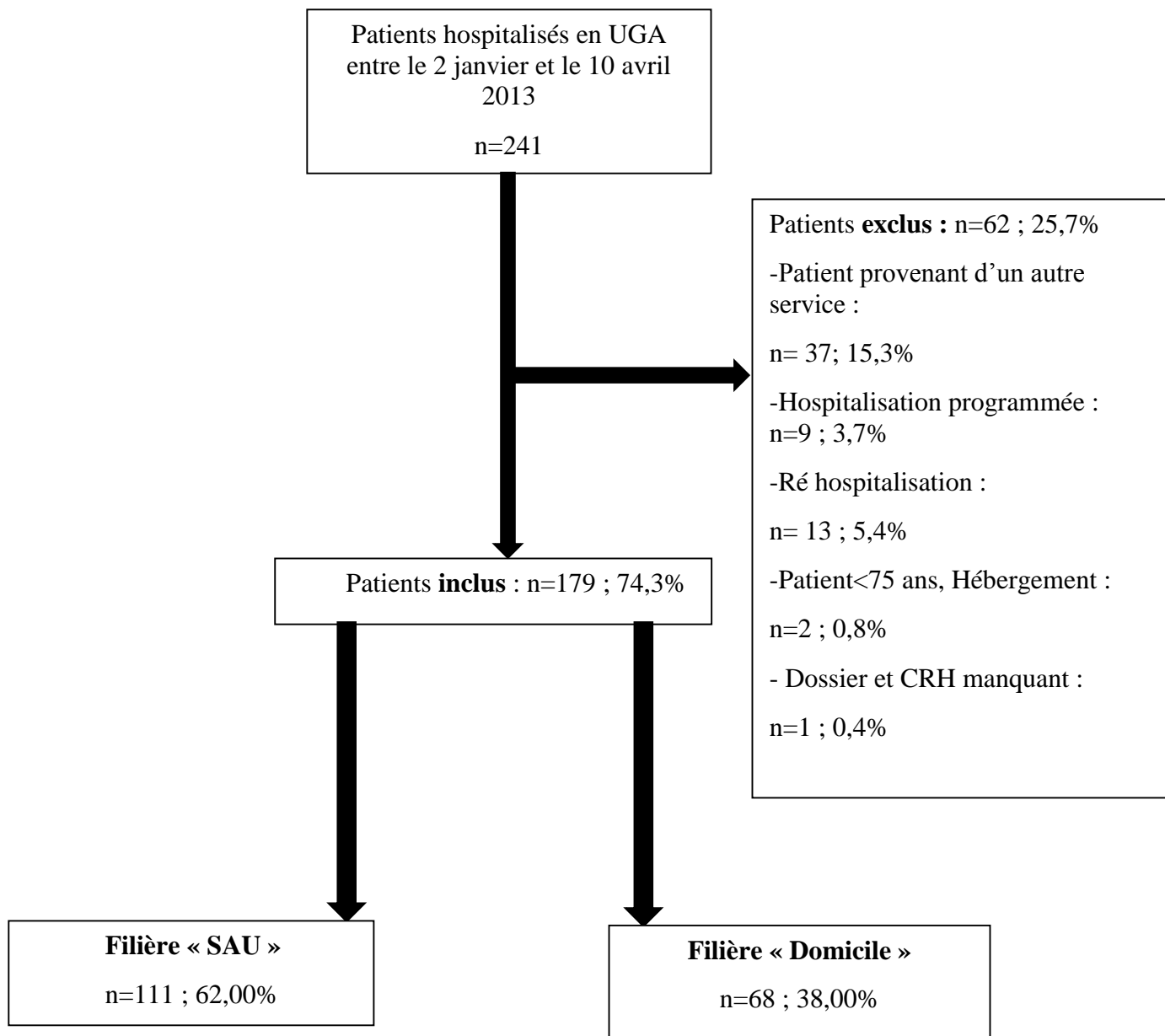


Figure 3 : Flow Chart de l'étude

Dans la filière « SAU », sur les 111 patients, 86% provenait du LPA de l'Hôpital du Kremlin Bicêtre, 14% du LPA de l'Hôpital Bécélère et moins de 1% du LPA de l'Hôpital Saint Louis.

### 3-2 Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques sont décrites dans le tableau 1.

|                    | SAU        | Domicile   |      |
|--------------------|------------|------------|------|
| Caractéristiques   | (n=111)    | (n=68)     | p    |
| <b>Sexe</b>        |            |            | 0,31 |
| homme              | 46 (41)    | 23 (34)    |      |
| femme              | 65 (59)    | 45 (66)    |      |
| <b>Âge</b>         | 86,9+/-6,1 | 85,9+/-6,0 | 0,30 |
| <b>Lieu de vie</b> |            |            | 0,27 |
| Domicile           | 95 (86)    | 62 (91)    |      |
| EHPAD              | 16 (14)    | 6 (9)      |      |
| <b>Mode de vie</b> |            |            |      |
| Marié              | 32 (29)    | 29 (43)    | 0,05 |
| Veuf               | 58 (52)    | 26 (39)    | 0,08 |
| Célibataire        | 8 (7)      | 8 (12)     | 0,28 |
| Divorcé            | 13 (12)    | 4 (6)      | 0,29 |

**Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients dans les deux groupes**

Les données sont indiquées en moyenne +/- écart type ou nombre (pourcentage) ;

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes ;

\* $p < 0.05$  ;

Il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes, que cela soit en termes de sexe ( $p=0,31$ ), d'âge ( $p=0,30$ ), de lieu de vie ( $p=0,27$ ) ou de mode de vie.

### 3-3 Fragilité et autonomie

Les caractéristiques concernant la fragilité et l'autonomie des patients des deux groupes sont décrites dans le tableau 2.

|   | <b>SAU</b>    | <b>Domicile</b> |               |
|---|---------------|-----------------|---------------|
| <b>Caractéristiques</b>                         | (n=111)       | (n=68)          | p             |
| <b>Ré-hospitalisation dans le service</b>       | 30 (27)       | 34 (50)         | <b>0,002*</b> |
| <b>Hospitalisation dans les 6 derniers mois</b> | 31 (28)       | 18 (26)         | 0,83          |
| <b>Chuteur à répétition</b>                     | 57 (51)       | 37 (55)         | 0,62          |
| <b>Entourage</b>                                |               |                 |               |
| Vit seul à domicile                             | 49 (44)       | 24 (35)         | 0,24          |
| <b>Aides à domicile</b>                         |               |                 |               |
| Pas d'aides                                     | 25 (22)       | 20 (29)         | 0,30          |
| Professionnels                                  | 80 (72)       | 43 (63)         | 0,22          |
| Informelles                                     | 6 (5)         | 5 (7)           | 0,75          |
| <b>Enfants ou Entourage proche</b>              | 97 (87)       | 60 (88)         | 0,66          |
| <b>Médecin traitant identifié</b>               | 109 (98)      | 68 (100)        | 0,53          |
| <b>Autonomie</b>                                |               |                 |               |
| ADL   | 3,95+/-1,8    | 4,14+/-1,5      | 0,43          |
|   | 4,5 [3,0-5,5] | 4,5 [3,0-5,5]   |               |
| IADL  | 1,95+/-1,4    | 2,08+/-1,3      | 0,52          |
|   | 2,0 [1,0-3,0] | 2,0 [1,0-3,0]   |               |

**Tableau 2 : Fragilité et autonomie des patients dans les deux groupes.**

Les données sont indiquées en moyenne +/- écart type, nombre (pourcentage), ou médiane [Q1-Q3] ;

ADL : Activities of Daily Living ;

IADL : Instrumental Activities of Daily Living ;

\* $p < 0.05$

Les patients provenant de la filière « Domicile » étaient le plus souvent des patients déjà connus du service ( $p=0,02$ ). Les autres caractéristiques concernant la fragilité et l'autonomie des patients ne montraient pas de différence significative entre les deux groupes.

### **3-4 Caractéristiques initiales médicales et comorbidités**

Les caractéristiques initiales médicales et comorbidités (score de Charlson et CIRS) des patients sont décrits dans le tableau 3.

|                                | <b>SAU</b>    | <b>Domicile</b> |                |
|--------------------------------|---------------|-----------------|----------------|
| <b>Caractéristiques</b>        | (n=111)       | (n=68)          | p              |
| <b>MMSE</b>                    | 18,4+/-6,2    | 18,9+/-7,0      | 0,74           |
| <b>Escarre(s) à l'entrée</b>   | 18 (16)       | 5 (7)           | 0,14           |
| <b>Dénutrition</b>             | 57 (52)       | 20 (30)         | <b>0,004 *</b> |
| <b>Hémoglobine</b>             | 12,0+/-1,9    | 12,2+/-1,6      | 0,60           |
| <b>Créatinine sanguine</b>     | 90,0+/-44,2   | 86,8+/-35,0     | 0,60           |
| <b>Scores de comorbidité</b>   |               |                 |                |
| <b>Score de Charlson</b>       | 3,74+/-2,7    | 3,63+/-2,3      | 0,78           |
| <b>Score de Charlson-G</b>     | 7,95+/-2,8    | 7,79+/-2,4      | 0,70           |
| <b>CIRS-G</b>                  |               |                 |                |
| score total                    | 19,8+/-6,1    | 19,7+/-5,8      | 0,89           |
| nombre de catégories atteintes | 9,18+/-2,1    | 9,38+/-2,1      | 0,53           |
| degré de sévérité              | 2,14+/-0,3    | 2,07+/-0,3      | 0,21           |
| nombre de cat > ou = à 3       | 3,31+/-1,9    | 3,18+/-1,8      | 0,64           |
|                                | 3,0 [2,0-5,0] | 3,0 [2,0-4,0]   |                |
| nombre de cat = à 4            | 0,89+/-1,0    | 0,76+/-1,0      | 0,42           |
|                                | 1,0 [0,0-1,0] | 0,0 [0,0-1,0]   |                |

**Tableau 3 : Caractéristiques initiales médicales et comorbidités des patients dans les deux groupes ;**

Les données sont indiquées en moyenne +/- écart type, nombre (pourcentage), ou médiane [Q1-Q3] ;

MMSE : Mini Mental State Examination

CIRS : Cumulative Illness Rating Scale

\*p<0.05



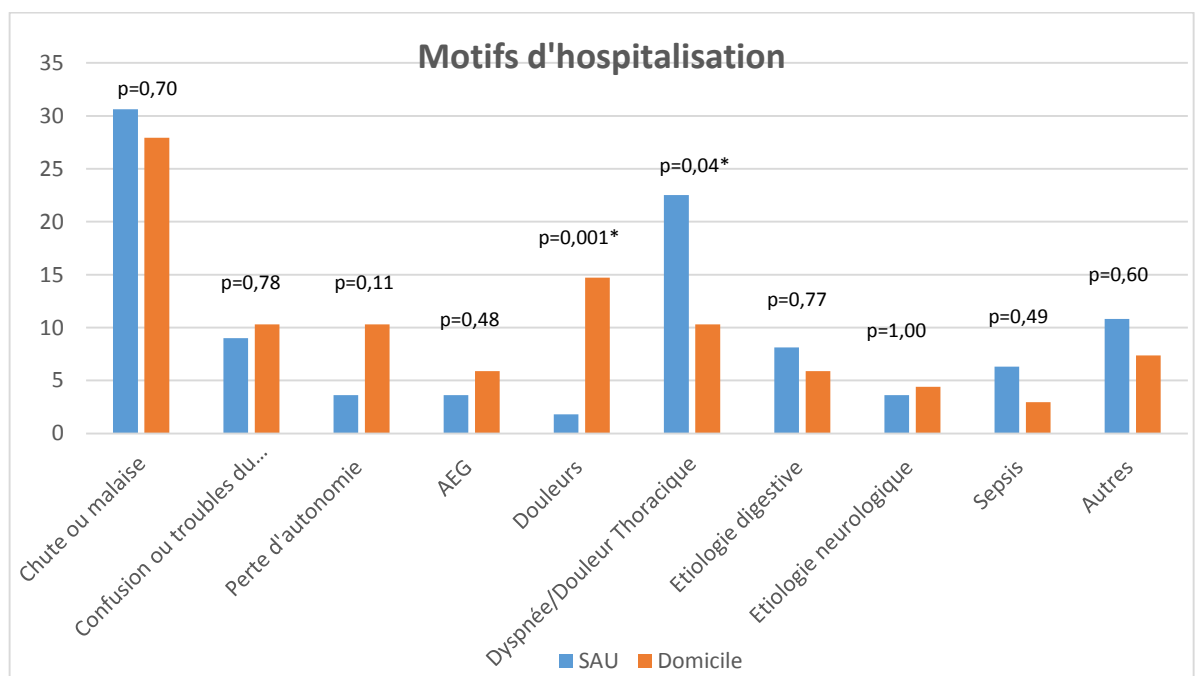
Les patients provenant de la filière « SAU » étaient plus souvent dénutris que les patients de la filière « Domicile » ( $p=0,004$ ). Les différents scores de comorbidité utilisés ne montraient pas de différence significative entre les deux groupes étudiés.

### 3-5 Polymédication

Les patients du groupe « Domicile » étaient significativement plus poly médicamenteux que ceux du groupe « SAU » (respectivement  $7,76 \pm 2,8$  et  $6,47 \pm 3,2$  ;  $p=0,005$ )

### 3-6 Motifs d'hospitalisation

Les motifs d'hospitalisations dans les deux groupes sont représentés dans la figure 4 et en annexe 5.



**Figure 4 : Motifs d'hospitalisation dans les deux groupes ;**  
 AEG : Altération de l'Etat Général  
 \* $p < 0,05$

Les patients provenant de la filière « Domicile » étaient plus souvent hospitalisés pour des « douleurs » que les patients de la filière « SAU » ( $p=0,001$ ). En revanche, les patients de la filière « SAU », étaient plus souvent hospitalisés pour « Dyspnée ou Douleur thoracique » que les patients de la filière « Domicile » ( $p=0,04$ ). Les autres motifs d'hospitalisation ne différaient pas entre les deux groupes.

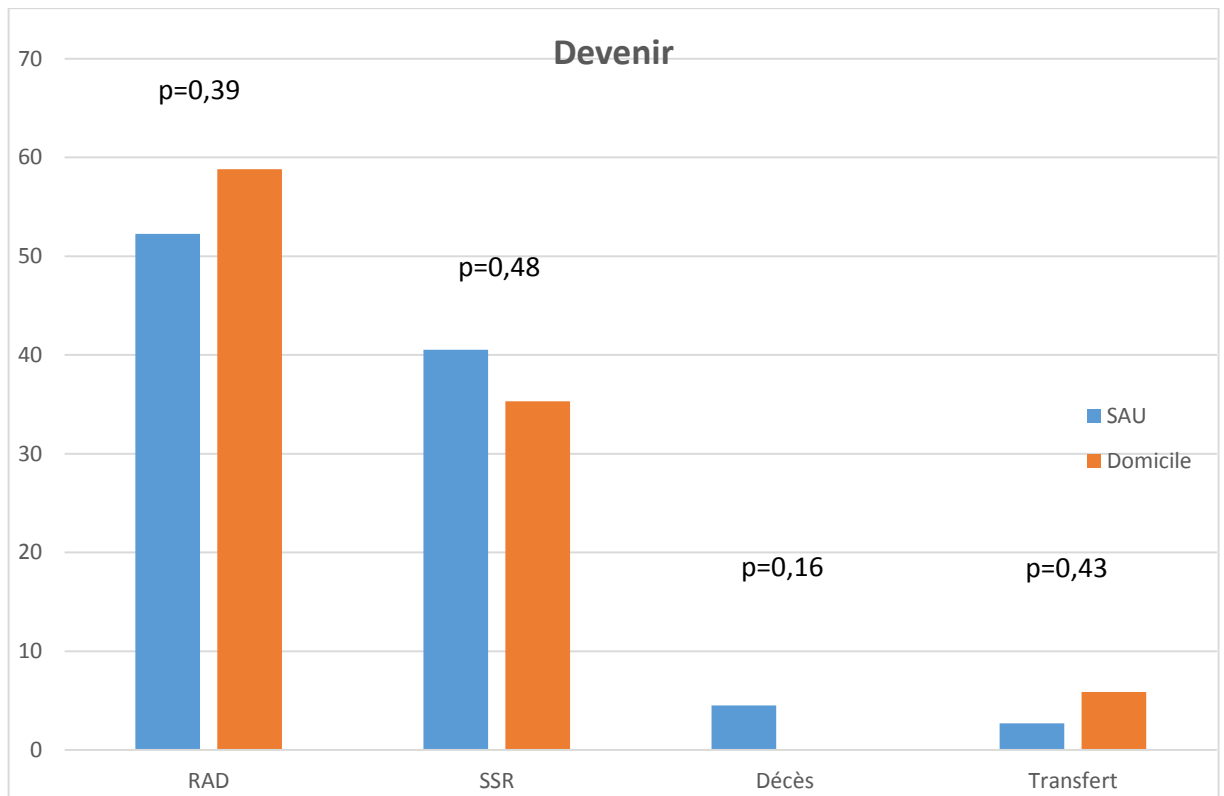
### **3-7 Durée moyenne de séjour**

Pour les patients de la filière SAU, le temps moyen de passage dans le service des urgences, depuis l'entrée dans le sas, à la sortie du service porte était de 1,97 +/- 1,53 jours soit une durée médiane de 1 jour (Q1 : 1 jour ; Q3 : 2 jours).

La durée moyenne de séjour en UGA était plus importante chez les patients de la filière « SAU » que chez les patients de la filière « Domicile » ( $p=0,004$ ). Elle était de 16,1 +/- 7,7 jours pour les patients de la filière « SAU » contre 13,1 +/- 6,2 jours pour les patients de la filière « Domicile ».

### **3-8 Devenir à la sortie**

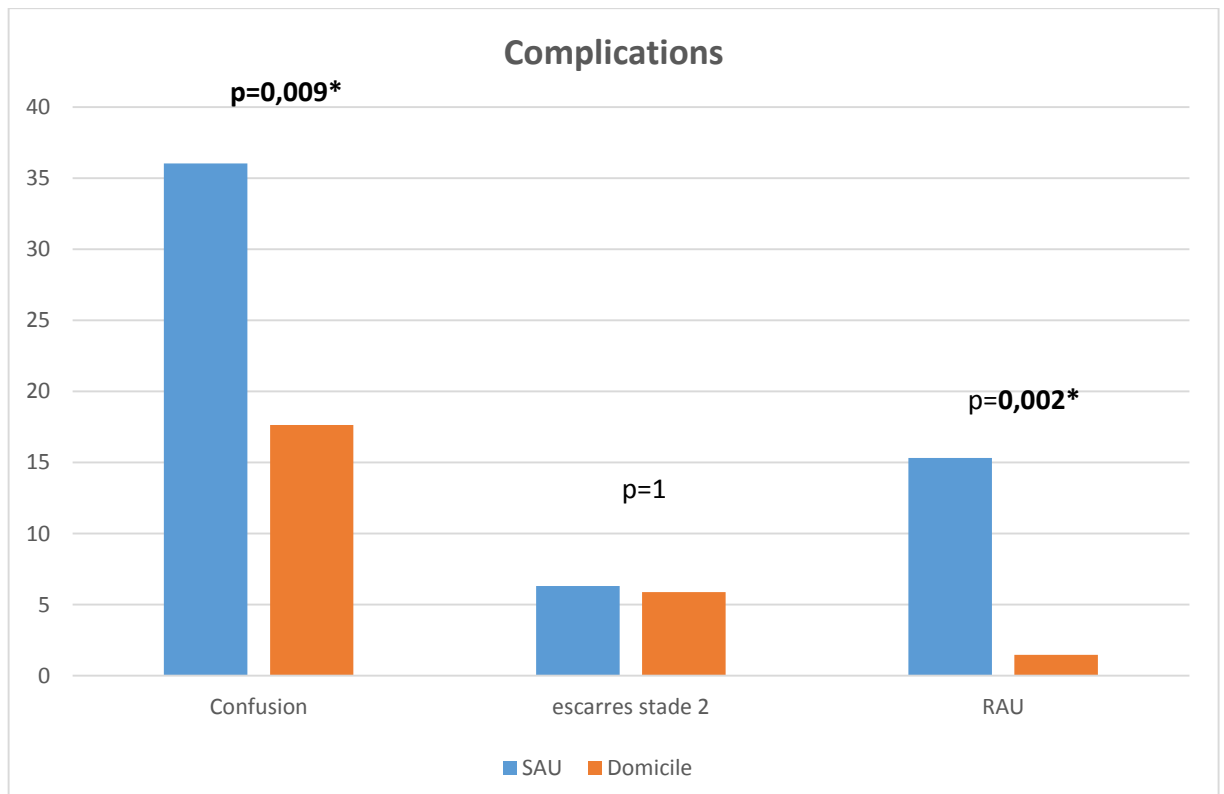
Le devenir à la sortie d'UGA des patients hospitalisés par les deux filières est représenté dans la figure 5 et l'annexe 6. Il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes.



**Figure 5 : Devenir des patients hospitalisés en UGA à la sortie**  
*SSR : Soins de Suite et de Réadaptation ;*  
*RAD : Retour A Domicile*  
 \* $p < 0,05$

### 3-9 Complications

Les complications survenues lors de l'hospitalisation et selon la filière sont représentées dans la figure 6 et l'annexe 7.



**Figure 6 : Complications survenues en hospitalisation selon la filière ;**  
RAU : Rétention Aiguë d'Urine ;  

\* $p < 0,05$

Les patients provenant de la filière « SAU » ont présenté plus de syndrome confusionnel ( $p=0,009$ ) et de RAU ( $p=0,002$ ) que les patients provenant de la filière « Domicile ».

## **4- DISCUSSION**

### **4-1 Résultats principaux et implications majeures**

Dans cette étude, deux profils de patients se distinguent selon leur mode d'admission. Il existe un gain évident d'une hospitalisation directe en UGA en cas de patients atteints de plusieurs comorbidités, poly médicamenteux, et présentant un motif d'hospitalisation plutôt subaigu, en termes de durée moyenne de séjour (moins importante) et de complications moindres.

Ces résultats sont en adéquation avec la circulaire DHOS de 2007 (15) qui souligne que la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée, de préférence, sans passage par les urgences est le mode d'entrée à privilégier en UGA quand la situation le permet.

### **4-2 Forces et faiblesse de l'étude**

#### **4-2-1 Concernant la méthode**

L'ensemble du recueil de données a été réalisé par un seul investigateur limitant le biais d'information : avec utilisation d'un tableau de données standardisées, et bonne connaissance des modalités des CRH.

Du fait du caractère rétrospectif de l'étude et de l'utilisation des comptes rendus de passage au SAU et des CRH de l'UGA, il n'est pas exclu l'existence d'un biais d'information (erreur sur le diagnostic, oubli, délai entre l'arrivée au SAU ou en UGA non formellement précisé).

L'étude a été réalisée sur une période de trois mois consécutive dans un même semestre permettant de diminuer les biais liés à l'hétérogénéité de prise en charge des patients selon les médecins travaillant dans le service.

Il s'agit d'une étude mono-centrique, ce qui induit un biais de sélection. Cet effet est d'autant plus marqué que l'hôpital Paul Brousse (lieu du recueil de données) est un hôpital gériatrique sans service de réanimation médicale sur place. Les patients admis dans le service d'UGA sont donc a priori des patients « stabilisés », alors que les patients en « état critique » sont plutôt hospitalisés en première intention dans le service de Gériatrie Aiguë du CHU avec un service de soins intensifs sur place.

Les patients qui n'ont pu être acceptés dans le service via une admission directe et orientés vers le SAU du GH le plus proche « faute de place », n'ont pas systématiquement été inclus dans l'étude.

Cette étude a été menée de façon rétrospective ce qui induit un certain biais lié à la perte d'information selon la qualité des CRH exploités. Cependant, lorsque le CRH était incomplet, notamment lorsque le patient était décédé, le dossier était ressorti pour un recueil de données plus précis.

La poly pathologie des patients a été étudiée à l'aide de score de comorbidité : les scores de Charlson, Charlson-G et le CIRS-G.

L'indice de Charlson (21) est un score utilisé dans de nombreuses études de gériatrie. Sa validation est fondée sur sa prédiction du risque de mortalité et a été étudié dans de nombreux domaines cliniques comme l'oncologie et la néphrologie (22). Une adaptation à la personne âgée a été secondairement établie en intégrant une variable selon l'âge en considérant à partir de 50 ans une augmentation du risque relatif de 1,4 par décennie. La validation intrinsèque de cet indice réside dans sa reproductibilité inter-juge (22).

Le CIRS-G permet une évaluation complète des pathologies par système d'organe sur la base d'une cotation de 0 à 4 permettant d'obtenir un score final cumulé. Cette échelle a été revue par Miller (23) afin de l'adapter aux problèmes courants de la population gériatrique en mettant l'accent sur des exemples concrets associés à un manuel de directives pour la cotation de cette version. En présence de plusieurs pathologies dans le même système, seule la pathologie la plus sévère est cotée. Le CIRS-G présente une bonne corrélation avec la mortalité, le taux d'hospitalisation, l'usage de co-médication, et l'autonomie mesurée par les outils gériatriques. Il a une très bonne reproductibilité au test-retest et une bonne fiabilité inter juge.

Le syndrome confusionnel a été dépisté à l'aide de la CAM (20). Avec plus de 4000 études la validant, cette méthode est la plus souvent utilisée en gériatrie car elle peut être réalisée en moins de cinq minutes et est principalement basée sur les critères du DSM-IV. Elle est réalisable par tout médecin ou IDE formés. Elle a une sensibilité de 94% et une spécificité de 89%.

Le dépistage des troubles cognitifs a été réalisé à l'aide du calcul du MMS (19). Ce score permet une quantification des déficits du patient, une comparaison entre les patients, et chez un même sujet d'en suivre l'évolution. Le score global reflète une performance dont l'interprétation nécessite de prendre en compte l'âge du sujet, l'état affectif, mais surtout son niveau socio culturel. Il ne peut remplacer un examen neuro psychologique. Il présente une excellente reproductibilité inter observateur. En revanche, ce score n'est spécifique d'aucune pathologie et est limité par les déficits sensoriels du patient. Ce test n'est utile que pour le dépistage des troubles cognitifs mais n'est pas un bon test diagnostique. La version standardisée par le GRECO permet de fournir une meilleure homogénéité pour les travaux de recherche clinique.

Les motifs d'hospitalisation relevés correspondent aux motifs à l'entrée dans le service de Gériatrie aiguë. Ainsi, dans la filière « SAU », ils étaient orientés par 48h d'explorations cliniques et para cliniques se rapprochant plus du diagnostic que ceux de la filière « Domicile » qui était décrit à la suite d'une simple consultation ambulatoire.

Les complications étudiées et relevées étaient la survenue d'escarre, de rétention aiguë d'urine ou d'un syndrome confusionnel. Ces complications ont été choisies car elles sont de dépistage systématique dans le service de Gériatrie Aiguë.

#### **4-2-2 Concernant les résultats**

La population de notre étude est représentative de la population hospitalisée en Gériatrie Aiguë et des patients âgés consultant dans les SAU (9,17). En effet la moyenne d'âge est supérieure à 85 ans, et il s'agit majoritairement de femmes. Les patients présentent de multiples comorbidités et sont dépendants pour au moins une activité de la vie quotidienne.

Dans les deux groupes, les patients vivent majoritairement à domicile et ne sont pas institutionnalisés. Dans la filière « SAU », les patients sont plus souvent veufs (vivant plus souvent seuls), ont été plus souvent hospitalisés dans les 6 derniers mois et ont un niveau d'ADL/IADL plus bas que dans la filière « Domicile ». Bien que ces différences ne soient pas statistiquement significatives, elles concordent dans le sens que les patients adressés aux urgences sont des patients plus isolés, plus fragiles et de plus faible autonomie. En effet, pour faciliter une hospitalisation directe dans le service de Gériatrie Aiguë et pour assurer le maintien à domicile dans les 24-48 heures parfois nécessaire pour trouver une place en hospitalisation, il faut que le patient soit suffisamment entouré et puisse conserver une autonomie minimale. Si le patient nécessitant une hospitalisation est isolé et totalement dépendant, le médecin traitant qui voit le patient en consultation n'a d'autre solution que de l'adresser directement au SAU.



Les patients de la filière « Domicile » sont plus souvent des patients déjà connus du service que les patients de la filière « SAU ». Ceci est probablement le reflet de la difficulté pour les médecins de ville à joindre les médecins dans les services hospitaliers. En effet, il semble plus facile pour le médecin traitant de contacter un service dans lequel le patient a déjà été hospitalisé. Un des obstacles de la filière directe est l'aspect chronophage de l'organisation d'une hospitalisation. Dans ce contexte, une étude lyonnaise menée par le Docteur Castel-Kremer (24), a été réalisée autour de la mise en place d'une ligne téléphonique directe en vue du développement du réseau gériatrique extra hospitalier, dans le but de délivrer des conseils gériatriques et d'organiser des hospitalisations directes en Gériatrie. Elle a montré que ce contact téléphonique direct évitait 30% des hospitalisations ainsi que le passage au SAU dans près de la moitié des hospitalisations où celles-ci étaient nécessaires (hospitalisation directement en court séjour gériatrique).

Notre étude a permis de montrer des différences entre les deux groupes : en effet les patients de la filière « SAU » sont significativement plus dénutris que les patients de la filière « Domicile ». Le diagnostic de dénutrition a été posé lorsque l'albuminémie à l'entrée était inférieure à 35 g/L. La HAS dans sa conférence de consensus (25) décrit comme critères diagnostic de dénutrition une perte de poids de plus de 5% en 1 mois ou plus de 10% en 6 mois, un IMC < 21, une albuminémie < 35 g/L ou un MNA global < 17. La dénutrition est caractérisée comme sévère lorsque la perte de poids est supérieure à 10% en 1 mois ou supérieure à 15% en 6 mois, que l'IMC est inférieur à 18 ou que l'albuminémie est inférieure à 30 g/L.

L'interprétation de cette hypo albuminémie en tant que « dénutrition » est à prendre avec recul car elle peut être faussée par différents paramètres (26). Comme pour les autres protéines circulantes, la concentration augmente dans les états de déshydratation et diminue dans les états d'hyperhydratation. Il convient donc de rétablir l'équilibre hydro électrique du patient avant de l'interpréter. D'autres situations peuvent modifier l'albumine tel qu'un état

inflammatoire prolongé (la baisse étant proportionnelle à l'intensité). Les insuffisances hépatocellulaires sont également inductrices d'une baisse de l'albuminémie. Cependant, de nombreuses études (27)(28) montrent que l'albuminémie est un bon facteur pronostique en gériatrie. Elle est corrélée à la durée d'hospitalisation au cours d'une pathologie aiguë (29). Pour les sujets âgés autonomes vivant chez eux, une albuminémie inférieure à 35 g/L est associée à un risque de décès de plus de 70% dans les 5 ans, une albuminémie entre 35 et 38 g/L à un risque de décès de 33% à cinq ans (30). Cette valeur pronostique de l'albumine est retrouvée dans toutes les études, que ce soit chez les sujets âgés autonomes vivants à domicile (30), ou les malades vivant en institution (31). Dans notre étude, le plus grand nombre de patient ayant une albuminémie inférieure à 35g/L dans le groupe « SAU » est donc plutôt à interpréter comme un facteur de mauvais pronostic supplémentaire.

Ceci est corroboré par le fait que les motifs d'hospitalisation sont différents entre les deux groupes. Pour la filière « SAU », c'est le motif « dyspnée, douleur thoracique », témoignant d'un contexte plus « urgent » et pour la filière « Domicile » ce sont les « douleurs » non contrôlées. Pour les autres motifs, même si la différence n'était pas significative entre les deux groupes, il y a une tendance à plus d'hospitalisation pour « perte d'autonomie » et « AEG » dans la filière « Domicile » et plus de « sepsis » ou « étiologie digestive » dans le groupe « SAU ».

Dans l'étude de Jainsky et al. (32), le motif « Altération de l'état général » était un motif fréquent de consultation des patients âgés dans les SAU mais il ne correspondait plus dans la pratique à sa définition classique. Il traduisait plutôt une rupture avec l'état antérieur lié une fois sur deux à une pathologie aiguë et il était associé à une relative simplicité du bilan à réaliser. Les résultats montraient que les investigations étaient probablement réalisables initialement en ville avant de faire admettre directement les patients en court séjour à l'hôpital, permettant ainsi d'éviter le passage aux urgences.

Par ailleurs, nos résultats ont montré que les patients de la filière « Domicile » étaient plus poly médicamenteux que ceux de la filière « SAU ». Il est possible qu'il y ait un biais de mesure (d'information). En effet, pour un certain nombre de CRH, le traitement inscrit à l'entrée a été confondu avec le traitement à la sortie des urgences. Ainsi certains médicaments peuvent donc être manquants, alors que dans la filière « Domicile », les médicaments sont systématiquement recopiés à partir de l'ordonnance du patient.

Sans tenir compte du temps de passage au SAU, la durée de séjour en UGA était plus importante dans la filière « SAU » que dans la filière « Domicile ». Il n'y avait pas de différence significative concernant le devenir dans les deux groupes de population. Une étude a été menée afin de trouver des facteurs explicatifs au devenir et à la durée de séjour dans les services de court séjour gériatrique (33). Les variables explicatives de la variation de durée de séjour étaient la réalisation d'une démarche sociale, le nombre de diagnostics significatifs, l'existence d'une aide sociale antérieure à l'hospitalisation et la présence d'un conjoint. Ainsi, les durées de séjour plus longues sont corrélées à l'isolement du patient et au motif d'hospitalisation. Les variables explicatives d'un transfert en moyen séjour à l'issue de l'hospitalisation en aiguë étaient en univarié le diagnostic d'AVC, de démences, de troubles musculo squelettiques, d'atteinte des phanères et de maladie du sein. En analyse multivariée, les variables responsables d'un plus grand nombre de transferts en moyen séjour étaient : le nombre de diagnostics significatifs associés et le nombre de comorbidités dans les antécédents. Les facteurs explicatifs à un retour à l'habitat antérieur étaient le sexe, le mode d'admission et le nombre de comorbidités dans les antécédents. Ainsi, le sexe masculin était plus souvent associé à un retour à l'habitat antérieur, les poly pathologies en cascade l'étaient moins. Une étude a été menée concernant les facteurs prédictifs du devenir immédiat de patients âgés hospitalisés à la suite d'un évènement aigu (34). Elle montrait que le non-retour à domicile était lié à la perte d'au moins une activité de la vie quotidienne, à une dégradation du MMS inférieur à 22, à un taux d'albumine inférieur à 35g/L,

à un PINI<sup>2</sup> supérieur ou égal à 1. Le diagnostic principal ne constituait pas un facteur de risque de mortalité ou de non-retour à domicile. Une autre étude a été menée concernant les indicateurs précoces de durée de séjour prolongée chez les sujets âgés au sein du CHRU de Strasbourg (35). Elle montrait que « le risque de malnutrition » et « des troubles de l'humeur » apparaissaient comme des risques de séjour prolongé. Les « troubles de la marche » et « la détérioration cognitive » sans être significatifs indiquaient une tendance à favoriser la prolongation du séjour d'hospitalisation.

Concernant les complications apparues pendant le séjour hospitalier, notre étude a montré la survenue plus fréquente de syndromes confusionnels et de rétention aiguë d'urine chez les patients de la filière « SAU ». Il se peut que ces complications plus fréquentes soient dues au fait que les patients étaient plus dénutris et étaient hospitalisés pour des motifs plus graves dans la filière « SAU ». Cependant, la moindre fréquence des complications dans la filière « Domicile » peut également être liée à une meilleure prévention et dépistage systématique des RAU et des syndromes confusionnels dans cette filière. Rappelons que parmi les patients âgés se présentant au « SAU », 25% sont confus (36). Le syndrome confusionnel est un problème diagnostique majeur avec un retard diagnostique de 14 jours en moyenne et 25 à 30% de formes hypo actives (37). L'expertise précoce d'un médecin formé à la gériatrie paraît donc indispensable.

### **4-3 Résultats : confrontation à d'autres études**

Quelques études avaient antérieurement étudié les différentes filières d'hospitalisation en Gériatrie Aiguë. Une étude rétrospective israélienne menée en 1996 et 1997 (16) a comparé l'hospitalisation de patients vivant en EHPAD selon les deux filières et a montré que les patients

---

<sup>2</sup> Prognostic Inflammatory and nutritional Index

hospitalisés via les SAU l'étaient le plus souvent pour des infections fébriles alors que les patients hospitalisés par la filière directe l'étaient le plus souvent pour une perte d'autonomie. Une étude prospective menée en 2008 et 2009 au sein de l'Hôpital Universitaire Bichat-Claude Bernard à Paris (17) a également étudié et comparé les deux filières, montrant que les patients de la filière « Domicile » étaient plus jeunes que ceux de la filière « SAU ». Parallèlement, la prévalence de certaines pathologies chroniques était statistiquement différente avec plus de fibrillation atriale et de dénutrition dans le groupe « SAU », et plus de pathologies rhumatologique dans le groupe « Domicile ». A noter également, une différence en termes de motifs d'hospitalisation avec plus de « chutes et de malaises » dans la filière « SAU » contre plus de « perte d'autonomie » et « altération de l'état général » dans la filière « Domicile ». Les complications sont plus fréquentes avec plus de rétention aiguë d'urine chez les patients admis par les urgences. De plus, ces patients nécessitaient plus fréquemment un séjour en rééducation. Concernant l'accueil à l'arrivée de l'Hôpital, les patients de la filière « Domicile » étaient plus satisfaits que ceux de la filière « SAU ». Parallèlement, sur les 31 médecins généralistes interrogés participant à l'étude, 23 étaient satisfaits par la filière directe et y auraient certainement de nouveau recours (17).

Une étude prospective réalisée entre février et juillet 2013 dans le nord de la France sur les hôpitaux de Roubaix et de Tourcoing a également comparé les deux filières (38). Elle a montré que les patients admis en entrée directe prenaient plus de médicaments que ceux passés par les urgences, avaient plus souvent une distribution des traitements à domicile, avaient un meilleur taux de vitamine D et moins de rétention aiguë d'urine. Les patients du groupe « entrée directe » rentraient plus souvent directement dans leur habitat antérieur et plus souvent à domicile alors que les patients de la filière « Urgence » allaient plus souvent en SSR. L'analyse multivariée avait montré que la probabilité de retourner au domicile antérieur était augmenté

en cas d'albumine supérieure à 35 g/L. A noter que le fait d'avoir chuté dans l'année réduisait la chance de rentrer à domicile.

Notre étude confirme donc les résultats des études réalisées antérieurement et montre le rôle fondamental de la filière directe d'hospitalisation en Gériatrie Aiguë.

#### **4-4 Perspectives**

Nos résultats, comme ceux des études réalisées antérieurement conduisent à s'interroger sur le mode d'hospitalisation à utiliser pour chaque patient âgé afin qu'il soit le plus adapté possible au patient et à sa pathologie.

L'hospitalisation via le SAU reste un mode d'admission incontournable en dehors des heures ouvrables ou en cas d'urgence vitale chez un patient âgé isolé, à haut risque d'aggravation rapide du fait d'un terrain fragile. Cependant le recours inapproprié au SAU reste un problème peu fréquent (39), mais persistant. Une étude prospective a été menée au Centre Hospitalier Lyon Sud en 2008 concernant ce recours inapproprié des PA (40). Les résultats de cette étude ont montré 32% de passages jugés comme médicalement inappropriés, et 15,2% des orientations à l'issue du passage aux urgences comme inadaptées. De plus, le temps de passage moyen de patients adressés sans caractère d'urgence était de 7h54 soit au moins 2 heures de plus que celui des autres patients. Le tiers des orientations de ce groupe de patients à l'issue du passage au SAU a été jugé inadapté contre 6,6% dans le groupe passage approprié. Un élément très important est que la majorité des patients arrivés de jour sans caractère d'urgence mais nécessitant tout de même une hospitalisation (14% de l'effectif) est en grande majorité adressé par des médecins de ville (81,3%). Il s'agit de patients particulièrement lourds et subissant un taux important d'orientations inadaptées (56,3%) (40). Ainsi, nous pouvons tirer de cette étude plusieurs conclusions : adresser un PA au SAU n'est jamais anodin puisqu'il en découle toujours une prise en charge prolongée par rapport à la population générale. En plus du passage

inapproprié l'orientation au décours du passage au SAU peut être inadaptée probablement à cause de contraintes logistiques. Les patients adressés de jour sans caractère d'urgence l'étant majoritairement par des médecins de ville, il est important de développer les filières d'admission directe afin de faciliter le travail des médecins traitants.

Ainsi, ces filières ont actuellement toute leur place dans la prise en charge des patients âgés. Elles doivent être développées et rendues facilement accessibles pour les médecins de ville afin que des patients lourds, poly pathologiques, difficiles de prise en charge dans les SAU soient directement orientés vers des services de Gériatrie, permettant ainsi un léger désengorgement des SAU.

## 5- CONCLUSION

L'étude et la comparaison des caractéristiques des patients hospitalisés en Gériatrie Aiguë via la filière « SAU » versus la filière « Domicile » ont permis d'identifier deux profils de patients différents.

Dans la filière « SAU », les patients âgés hospitalisés sont plus dénutris, sont plus souvent hospitalisés pour des motifs « urgents » comme une dyspnée ou une douleur thoracique. Ils présentent plus de complications (syndrome confusionnel et rétention aiguë d'urine). Leur durée moyenne de séjour est plus importante.

Dans la filière « Domicile », les patients sont le plus souvent des patients « déjà connus du service », davantage poly médicamenteux, et sont plus souvent hospitalisés pour des douleurs non contrôlées.

Ce travail souligne l'intérêt d'une hospitalisation directe, depuis le domicile, dans un service de Gériatrie Aiguë, pour des patients âgés aux nombreuses comorbidités et poly médicamenteux, présentant des symptômes n'engageant pas immédiatement le pronostic vital ou pour un motif « subaigu ».

La filière d'hospitalisation « directe » doit se développer et tend à se formaliser dans l'optique d'une prise en charge optimale du sujet âgé poly pathologique nécessitant une prise en charge rapide et spécialisée en milieu hospitalier. L'hospitalisation depuis le domicile permet de répondre aux demandes des médecins traitants en améliorant l'accessibilité aux services hospitaliers.



Renforcer le lien entre la ville et l'Hôpital permet aux sujets âgés de pouvoir être pris en charge rapidement soit en hospitalisation directe, mais parfois en consultation ou hôpital de jour si la situation le permet.

Cette organisation des soins de la personne âgée permettrait en partie de désengorger les services d'urgences, où l'évaluation globale indispensable d'un patient âgé poly pathologique est d'autant plus difficile que le temps possible à accorder à chaque patient est limité du fait du très grand nombre de consultations.

Le développement de ces filières d'admissions « directes » s'inscrit dans le cadre des travaux des pouvoirs publics en vue d'un renforcement de la coordination entre les différents acteurs de l'offre de soin afin de proposer à chaque situation et à chaque patient une prise en charge efficiente et adaptée.

## **ANNEXES**

## **Annexe 1 : Echelle ADL de Katz :**

Evaluation de la capacité de la personne âgée à réaliser 6 activités de la vie quotidienne. Chaque item est coté selon 3 niveaux : autonome, a besoin d'aide partielle ou dépendant.

- Faire sa toilette
- S'habiller
- Aller aux toilettes et les utiliser
- Se coucher ou quitter son lit et s'asseoir et quitter son siège
- Contrôler ses selles et ses urines
- Manger des aliments déjà préparés

## **Annexe 2 : Echelle IADL simplifiée de Lawton :**

Evaluation de la capacité de la personne âgée à réaliser 4 activités instrumentales de la vie quotidienne.

- Capacité à utiliser le téléphone : Utilise le téléphone de sa propre initiative, compose le numéro (1), compose quelques numéros connus (1), décroche mais ne compose pas seul (1), n'utilise pas le téléphone (0)

- Capacité à utiliser les moyens de transport : utilise les moyens de transport de manière autonome (1), commande et utilise seul un taxi (1), utilise les transports publics avec une personne accompagnante (0), parcours limité en étant en voiture accompagné (0), ne voyage pas (0)

- Responsabilité pour la prise des médicaments : prend ses médicaments correctement et de façon responsable (1), prend correctement les médicaments préparés (0), ne peut pas prendre les médicaments correctement (0)

- Capacité à gérer son budget : règle ses affaires financières de façon autonome (1), règle ses dépenses quotidiennes, aide pour les virements ou dépôts (1), n'est plus capable de se servir de l'argent (0)

**Annexe 3 : Mini Mental State Examination (MMSE) (Version  
consensuelle du GRECO)**

**Orientation / 10**

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle province ou région est situé ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

**Apprentissage / 3**

Je vais vous dire trois mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare Citron Fauteuil
12. Fleur ou Clé ou Tulipe
13. Porte Ballon Canard

Répéter les 3 mots.

**Attention et calcul / 5**

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :  
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?

**Rappel / 3**

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

11. Cigare Citron Fauteuil
12. Fleur ou Clé ou Tulipe
13. Porte Ballon Canard

### **Langage / 8**

Montrer un crayon.

22. Quel est le nom de cet objet ?

Montrer votre montre.

23. Quel est le nom de cet objet ?

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,

26. Pliez-la en deux,

27. Et jetez-la par terre.

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

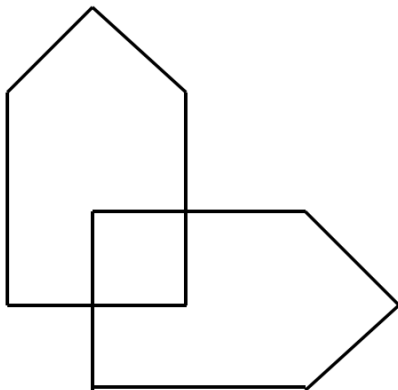
Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »

### **Praxies constructives / 1**

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »



## Annexe 4 : Scores de comorbidités

### **- Score de Charlson :**

Antécédents cotés à 1 point : infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque congestive, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral, démence, maladie pulmonaire chronique, connectivite, maladie ulcéreuse peptique et duodénale, diabète

Antécédents cotés à 2 points : hémipariés vasculaires et autres, insuffisance rénale modérée à terminale (créatinine > 200 micromol/L), diabète compliqué, tumeur solide, leucémie, lymphome

Antécédents cotés à 3 points : cirrhose hépatique avec ou sans saignement

Antécédents cotés à 6 points : Tumeur solide métastatique, maladie à VIH avec ou sans SIDA

### **- Score de Charlson-G : index de pondération à l'âge de l'indice de Charlson**

50-59 ans : 1

60-69 ans : 2

70-79 ans : 3

80-89 ans : 4

>90 ans : 5

### **- Score de CIRS-G : *Cumulative Illness Rating Scale for geriatrics (CIRS-G), mai 91, Mark D. Miller traduction Gilles Albrand***

La CIRS-G permet d'établir 5 variables quantitatives :

- Score total : score total de chacune des 14 catégories,

- nombre de catégories atteintes,

- nombre de catégories cotées autre que 0,

- degré total sur nombre de catégories atteintes,

- nombre de catégories > ou = à 3,

- nombre de catégories ayant un score = à 4.

Cotations générales :

0 : pas de problème, pas d'antécédent ;

1 : problèmes modestes en cours ou problèmes passés significatifs.

2 : incapacité ou pathologie modérée/recours à une thérapeutique de 1<sup>ère</sup> ligne.

3 : problèmes sévères/incapacité significative constante/problème chronique évolutif.

4° : problèmes extrêmement sévère/requièrre une thérapeutique immédiate/insuffisance organique terminale/déficience sévère.

### I. CARDIAQUE

0 : pas de problème/pas d'antécédent.

1 : Infarctus du myocarde de plus de 5 ans, Symptôme angineux occasionnel ne nécessitant pas de traitement quotidien, souffle orificiel sans action sur l'activité.

2 : Traitement anti-angineux quotidien, Insuffisance cardiaque (quel que soit l'étiologie) compensé par un traitement médicamenteux quotidien, AC/FA, Traitement anti-arythmique quotidien. Bloc de banche,

3 : Infarctus du myocarde datant de – de 5 ans, Epreuve d'effort positive, ATCD de pontage coronarien et/ou de dilatation percutanée, Insuffisance cardiaque (quel que soit l'étiologie), nécessitant des adaptations thérapeutiques régulières (décompensation itérative), Bloc bifasciculaire, Pace Maker, Epanchement péricardique et/ou péricardite.

4 : Restriction de l'activité liée à la fonction cardiaque : angor instable, insuffisance rénale terminale, troubles du rythme symptomatique (syncope, malaise).

## II. VASCULAIRE

0 : pas de problème/pas d'antécédent.

1 : HTA traitée par consigne hygiéno-diététique, Cholestérolémie à 200 mg/dl (avec ou sans traitement), Insuffisance veineuse nécessitant un traitement.

2 : Traitement antihypertenseur (monothérapie), AOMI stades 1-2.

3 : Traitement antihypertenseur (bithérapie ou plus), HVG, AOMI stade 3, Anévrisme aortique < à 4 cm, Thrombose veineuse profonde sous traitement.

4 : ATCD de chirurgie vasculaire, AOMI stade 4, Anévrisme aortique > à 4 cm, Embolie pulmonaire sous traitement.

## III. HEMATOLOGIQUE

0 : pas de problème/pas d'antécédent.

1 : Anémie dite inflammatoire uniquement (l'étiologie prime sur le taux d'hémoglobine) Hb = 10-12 g/dl pour les femmes, 12-14 g/dl pour les hommes).

2 : Anémie, toutes les autres étiologies sauf 1 (l'étiologie prime sur le taux d'hémoglobine) Hb = 8-10 g pour les femmes, 10-12 g pour les hommes), Leucopénie (GB 2000 à 4000/mm<sup>3</sup>).

3 : Anémie (Hb < 8 g/dl pour les femmes, < 10 g/dl pour les hommes), leucopénie (GB < à 2000/mm<sup>3</sup>).

4 : leucémie, lymphome.

## IV. RESPIRATOIRE(S)

0 : Pas de problème, pas d'antécédent.

1 : Episode itératif de bronchite aiguë, Traitement bronchodilatateur symptomatique, Tabagisme 10-20 PA.

2 : Signes radiologiques de BPCO, Pneumopathies (2 ou + pour les 5 dernière années), Troubles respiratoires spastiques nécessitant un traitement quotidien bronchodilatateur, Tabagisme 20-40 PA.

3 : Capacité respiratoire limitant la marches, Troubles respiratoires spastiques nécessitant un traitement quotidien bronchodilatateur et une corticothérapie, Pneumopathie traitée aiguë traitée en ambulatoire, Tuberculose active ou Barr atypique, Tabagisme < ou égal à 40 PA.

4 : Oxygénothérapie, Pneumopathie aiguë traitée en hospitalisation, 1 épisode de défaillance respiratoire ayant nécessité une assistance respiratoire, Cancer bronchopulmonaire.

## V. YOEUX, OREILLES, NEZ, THORAX, LARYNX

0 : pas de problème, pas d'antécédent.



1 : Déficience visuelle avec port de correction ou non, pas de gêne pour la lecture des journaux, Pathologie ophtalmologique nécessitant un traitement spécifique quotidien, Hypoacousie sans gêne pour la conversation, Sinusite chronique.

2 : Déficience visuelle rendant la lecture difficile ou la conduite automobile, Hypoacousie avec gêne dans la conversation courante et/ou port d'appareillage, Sinusite chronique nécessitant une thérapeutique, Vertiges nécessitant une thérapeutique.

3 : Déficience visuelle avec recours à un tiers pour certaines ADL, cécité monoculaire, Hypoacousie, nécessité de parler fort pendant la conversation, Vertige, instabilité rendant l'équilibre précaire.

4 : Cécité, surdité, laryngectomie, vertiges nécessitant une intervention chirurgicale.

#### VI. HAUT APPAREIL DIGESTIF (œsophage, estomac, duodénum)

0 : pas de problème, pas d'antécédent.

1 : Hernie hiatale, RGO traité(e) de manière intermittente.

2 : Traitement antiacide et/ou anti-sécrétoire quotidien, Ulcère gastrique ou duodénal documenté datant de moins de 5 ans.

3 : Ulcère aigu, Hémocue +, Dysphagie ou trouble de déglutition.

4 : Cancer gastrique œsophagien ou duodénal, ATCD d'ulcère perforé, Méléna et/ou hématomèse lié à une lésion du haut appareil digestif.

#### VII. BAS APPAREIL DIGESTIF (intestins, hernie)

0 : pas de problème, pas d'antécédent.

1 : Constipation géré par traitement occasionnel, Poussée hémorroïdaire, ATCD de cure chirurgicale herniaire, Incontinence fécale occasionnelle.

2 : Constipation nécessitant un traitement quotidien ou régulier par laxatif, Hernie (crurale, inguinale, etc.) sans traitement, Diverticulose, ATCD de poussée de diverticulose, Colopathie fonctionnelle avec traitement quotidien, Incontinence fécale fréquente.

3 : Constipation opiniâtre nécessitant quotidiennement ou régulièrement des lavements ou des déclencheurs de la défécation, Fécalome dans la dernière année, Incontinence anale totale.

4 : Cancer, Rectorragie en relation avec une lésion du bas appareil digestif, Poussée de diverticulose, Diarrhée à clostridium difficile, Syndrome occlusif.

#### VIII. FOIE, PANCREAS, VOIE BILIAIRE

0 : Pas de problème, pas d'antécédent.

1 : Cholécystectomie, Hépatite datant de + de 5 ans.

2 : Lithiase vésiculaire connue (identifiée par imagerie), Hépatite datant de plus de 5 ans, Transaminase = 1-2,5 N, PAL et 5'Nu=1-2,5N, Consommation alcoolique quotidienne importante datant de + de 5 ans.

3 : Transaminase  $\geq 2N$  et/ou bilirubinémie  $\geq 2.5 N$ , Pancréatite chronique et/ou insuffisance pancréatique nécessitant un traitement quotidien, Cholécystite, angiolite, pancréatite, hépatite active (aiguë ou chronique).

4 : Cirrhose décompensée, Cancer.

#### IX. REIN UNIQUEMENT

0 : Pas de problème, pas d'antécédent.

- 1 : Colite néphrétique datant de moins de 10 ans, Pyélonéphrite datant de moins de 5 ans, Lithiase rénale asymptomatique, Clairance de la créatinine estimée à 30-50 ml/mn.
- 2 : Créatinine 150-300 µmol/l sans diurétique et/ou traitement antihypertenseur.
- 3 : Clairance estimée entre 15-30 ml/mn, Syndrome néphrotique et/ou pathologie glomérulaire prouvée.
- 4 : Créatininémie > à 300 µmol/l, Clairance de la créatininémie < à 15 ml/mn, Dialyse, Syndrome néphrotique et/ou pathologie glomérulaire avec traitement quotidien, Pyélonéphrite, Cancer.

#### X. TRACTUS UROGENITAL (uretère, vessie, urèthre, organes génitaux, utérus, ovaires)

- 0 : pas de problème, pas d'antécédent.
- 1 : hystérectomie, antécédent d'incontinence urinaire d'effort, incontinence urinaire occasionnelle, adénome de la prostate asymptomatique.
- 2 : incontinence d'effort fréquente, frottis définitivement anormal, infection urinaire itérative chez la femme ( $\geq 3$  dans la nuit précédente), adénome de la prostate symptomatique (avec ou sans traitement) et/ou ayant nécessité une REU), drainage urinaire (quelque soit le type).
- 3 : incontinence urinaire totale, infection urinaire chez l'homme dans l'année précédente, cancer cervical in situ, cancer prostatique in situ (REU), métrorragie persistante, hématurie.
- 4 : rétention aiguë d'urine, cancer urogénital (sauf ceux cités plus haut).

#### XI. SYSTEME OSTEOARTICULAIRE ET PEAU

- 0 : pas de problème, pas d'antécédent.
- 1 : douleur arthrosique nécessitant une thérapeutique occasionnelle, AVQ faiblement limité(e) par une pathologie ostéoarticulaire, antécédent d'excision d'un cancer cutané non mélané, infection cutanée traitée par antibiotique au cours de l'année dernière.
- 2 : traitement quotidien (AINS, antalgique, autre) pour une pathologie ostéoarticulaire, AVQ modérément limité(e) par une pathologie ostéoarticulaire, traitement quotidien pour une infection cutanée bénigne, cancer, mélanome cutané non métastatique.
- 3 : AVQ sévèrement limité(e) par une pathologie ostéoarticulaire, pathologie articulaire ou cutanée nécessitant une corticothérapie, tassement vertébral ostéoporotique, escarres multiples.
- 4 : AVQ extrêmement limité(e) par une pathologie ostéoarticulaire, ostéomyélite, arthrite septique, tous les cancers non cités plus haut.

#### XII. SYSTEME NEUROLOGIQUE (cerveau, moelle épinière, mère)

- 0 : Pas de problème, pas d'antécédent.
- 1 : Céphalées fréquentes nécessitant un traitement occasionnel mais sans interférence avec la vie quotidienne.
- 2 : Céphalées nécessitant un traitement quotidien et/ou avec interférence avec la vie quotidienne, AVC régressif ou séquelle neurologique avec AVQ modérément limité(e), Pathologie neurodégénérative au stade de début avec ou sans traitement.
- 3 : AVC constitué : séquelles neurologiques avec AVQ sévèrement limité(e), Pathologie neurodégénérative au stade intermédiaire avec ou sans traitement.
- 4 : AVC constitué : séquelles neurologiques avec AVQ extrêmement limité(e), Pathologie neurodégénérative au stade terminal avec AVQ extrêmement limité(e).

### XIII. SYSTEME ENDOCRINIEN METABOLIQUE SAIN (incluant infection systématisée et toxicologie iatrogène ou non)

0 : Pas de problème, pas d'antécédent, MNA  $\geq$  24.

1 : Diabète de type 2 traité par règles hygiéno-diététiques, Obésité (BMI $\leq$ 30), Opothérapie thyroïdienne substitutive ou hyperthyroïdie traitée par iode radioactive ou chirurgie depuis + de 3 mois. MNA=20-24.

2 : Diabète avec traitement per os et/ou Insuline. Mastose. MNA= 17.5-20. Hyperthyroïdie nécessitant un traitement quotidien.

3 : Troubles hydroélectriques nécessitant une hospitalisation, Obésité morbide (BMI $>$ 45), MNA=10.5-17.5, Diabète avec complications (rétinopathie, neuropathie périphérique, etc.), Hyperthyroïdie et/ou hypothyroïdie dont le diagnostic remonte à moins de 3 mois, Nécessité d'une opothérapie surrénalienne.

4 : MNA  $\leq$  10, Diabète difficile à équilibrer ou coma diabétique au cours de l'année en cours, Cardiothyroïse, Insuffisance surrénalienne aiguë et/ou décompensation, Cancer (thyroïde, surrénal).

### XIV. PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

0 : Pas de problème, pas d'antécédent.

1 : Traitement ambulatoire devant une crise aiguë, Traitement antidépresseur datant de + de 10 ans, Utilisation occasionnelle d'anxiolytique mineur (épisode d'anxiété), Démence débutante (MMS 25-28/30).

2 : ATCD de dépression majeure datant de + de 10 ans, ATCD d'hospitalisation en milieu psychiatrique, ATCD de décompensation psychotique, Toxicomanie datant de plus de 10 ans, Démence minime (MMS 25-25/30).

3 : Dépression en cours ou antécédent de dépression majeure datant de moins de 10 ans, Utilisation quotidienne d'anxiolytique, Utilisation quotidienne de psychotique, Toxicomanie présente (DSMIV), Démence modérée (MMS15-20/30).

4 : Dépression sévère ou risque suicidaire, Psychose aiguë.

### **Annexe 5 : Motifs d'hospitalisation dans les deux groupes**

|                                       | « SAU » | « Domicile » |               |
|---------------------------------------|---------|--------------|---------------|
| <b>Motifs d'hospitalisation</b>       | n=111   | n=68         | p             |
| Chute ou malaise                      | 34 (31) | 19 (28)      | 0,70          |
| Confusion ou troubles du comportement | 10 (9)  | 7 (10)       | 0,78          |
| Perte d'autonomie                     | 4 (4)   | 7 (10)       | 0,11          |
| AEG                                   | 4 (4)   | 4 (6)        | 0,48          |
| Douleurs                              | 2 (2)   | 10 (15)      | <b>0,001*</b> |
| Dyspnée/Douleur Thoraciques           | 25 (23) | 7 (10)       | <b>0,04*</b>  |
| Etiologie digestive                   | 9 (8)   | 4 (6)        | 0,77          |
| Etiologie neurologique                | 4 (4)   | 3 (4)        | 1,00          |
| Sepsis                                | 7 (6)   | 2 (3)        | 0,49          |
| Autres                                | 12 (11) | 5 (7)        | 0,60          |

*Annexe 5 : Motifs d'hospitalisation dans les deux groupes ;*

*Les données sont indiquées en nombre (pourcentage) ;*

*AEG : Altération de l'Etat Général ;*

*\*p<0,05*

**Annexe 6 : Devenir des patients à la sortie d'UGA dans les deux groupes**

|                                 | « SAU » | « Domicile » |      |
|---------------------------------|---------|--------------|------|
| <b>Devenir</b>                  | n=111   | n=68         | p    |
| Retour à domicile               | 58 (52) | 40 (59)      | 0,39 |
| Transfert en SSR                | 45 (41) | 24 (35)      | 0,48 |
| Décès                           | 5 (5)   | 0 (0)        | 0,16 |
| Transfert dans un autre service | 3 (3)   | 4 (6)        | 0,43 |

*Annexe 6 : Devenir des patients à la sortie d'UGA dans les deux groupes ;  
 Les données sont indiquées en nombre (pourcentage) ;  
 SSR : Soins de Suite et de Réadaptation ;  
 \*p<0,05*

## **Annexe 7 : Complications survenues en hospitalisation selon la filière**

|                      | « SAU » | « Domicile » |               |
|----------------------|---------|--------------|---------------|
| <b>Complications</b> | n=111   | n=68         | p             |
| Confusion            | 40 (36) | 12 (18)      | <b>0,009*</b> |
| Escarres             | 7 (6)   | 4 (6)        | 1             |
| RAU                  | 17 (15) | 1 (1)        | <b>0,002*</b> |

*Annexe 7 : Complications survenues en hospitalisation selon la filière ;*

*Les données sont indiquées en nombre (pourcentage) ;*

*RAU : Rétention Aiguë d'Urine ;*

*\* $p < 0,05$*

## REFERENCES

1. Insee - Population - Bilan démographique 2014 - Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2015, France [Internet]. [cité 12 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref\\_id=bilan-demo&reg\\_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop\\_age2b.htm](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&reg_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm)
2. Insee - Population - Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - La population continue de croître et le vieillissement se poursuit [Internet]. [cité 12 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1089](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089)
3. Insee - Population - Projections de population à l'horizon 2060 - Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans [Internet]. [cité 12 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1320&page=graph#liste](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320&page=graph#liste)
4. Insee - Département du Val-de-Marne (94) - Dossier complet [Internet]. [cité 12 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/dossier\\_complet.asp?codgeo=DEP-94](http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=DEP-94)
5. Haute Autorité de Santé - Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation [Internet]. [cité 12 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_819557/confusion-aigue-chez-la-personne-agee-prise-en-charge-initiale-de-l-agitation](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819557/confusion-aigue-chez-la-personne-agee-prise-en-charge-initiale-de-l-agitation)
6. Haute Autorité de Santé - Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées [Internet]. [cité 12 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_793371/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_793371/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees)
7. Bouchon JP. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? Rev Prat. 1984;
8. Colloque « Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences (...) - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 18 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/colloque-resultats-de-l-enquete-nationale-aupres-des-11367.html>
9. Lazarovici C, Somme D, Carrasco V et al. [Characteristics and resource use of emergency department users older than 75 years. Results from a French national study]. Presse Médicale Paris Fr 1983. déc 2006;35(12 Pt 1):1804-10.
10. Ettinger WH, Casani JA, Coon PJ et al. Patterns of use of the emergency department by elderly patients. J Gerontol. nov 1987;42(6):638-42.
11. Norman DC. Fever in the elderly. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. juill 2000;31(1):148-51.
12. Laurell H, Hansson L-E, Gunnarsson U. Acute abdominal pain among elderly patients. Gerontology. 2006;52(6):339-44.

13. Recommandations de la SFMU - Publications - SFMU - Société Française de Médecine d'Urgence [Internet]. [cité 22 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.sfm.org/fr/publications/recommandations-de-la-sfm>
14. Bulletin Officiel n°2002-14 [Internet]. [cité 12 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
15. SANTE - Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°58 [Internet]. [cité 21 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
16. Aizen E, Swartzman R, Clarfield AM. Hospitalization of nursing home residents in an acute-care geriatric department: direct versus emergency room admission. *Isr Med Assoc J IMAJ*. oct 2001;3(10):734-8.
17. Neouze A, Dechartres A, Legrain S et al. [Hospitalization of elderly in an acute-care geriatric department]. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. juin 2012;10(2):143-50.
18. Katz S, Downs TD, Cash HR et al. Progress in development of the index of ADL. *The Gerontologist*. 1970;10(1):20-30.
19. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
20. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*. 15 déc 1990;113(12):941-8.
21. Charlson ME, Pompei P, Ales KL et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83.
22. Laure de Decker. John Libbey Eurotext - Annales de Gérontologie - L'indice de comorbidité de Charlson [Internet]. 2009 [cité 31 août 2015]. Disponible sur: [http://www.jle.com/fr/revues/age/e-docs/lindice\\_de\\_co\\_morbidite\\_de\\_charlson\\_283047/article.phtml](http://www.jle.com/fr/revues/age/e-docs/lindice_de_co_morbidite_de_charlson_283047/article.phtml)
23. Miller MD, Paradis CF, Houck PR, et al. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Res*. mars 1992;41(3):237-48.
24. Castel-Kremer E, Kim B-A. Une ligne téléphonique pour améliorer l'interface Ville-Hôpital [Internet]. Poster présenté à Paris; 2012 oct 4; SFGG. Disponible sur: [http://www.chu-lyon.fr/web/attached\\_file/POSTERhotlinevf.pdf?ComponentId=kmelia16&attachmentId=20685](http://www.chu-lyon.fr/web/attached_file/POSTERhotlinevf.pdf?ComponentId=kmelia16&attachmentId=20685)
25. HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino énergétique chez la personne âgée [Internet]. 2007. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese\\_denutrition\\_personnes\\_agees.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf)
26. Lesourd B, Ziegler F, Aussel C. La nutrition des personnes âgées : place et pièges du bilan biologique. *Ann Biol Clin (Paris)*. 24 juill 2001;59(4):445-52.



27. Aparicio M, Chauveau P, Level C, et al. [Does nutrition affect the prognosis of aged hemodialysis patients?]. *Néphrologie*. 2002;23(2):77-83.
28. Thomas P, Ingrand P, Pradere C, et al. Influence de paramètres nutritionnels et anthropométriques sur le pronostic vital à 3 ans de personnes âgées dépendantes vivant en institution. *Age Nutr*. 2001;12(2):119-23.
29. Corti MC, Salive ME, Guralnik JM. Serum albumin and physical function as predictors of coronary heart disease mortality and incidence in older persons. *J Clin Epidemiol*. mai 1996;49(5):519-26.
30. Corti MC, Guralnik JM, Salive ME, et al. Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older persons. *JAMA*. 5 oct 1994;272(13):1036-42.
31. Marinella MA, Markert RJ. Admission serum albumin level and length of hospitalization in elderly patients. *South Med J*. sept 1998;91(9):851-4.
32. Jainsky L, Tazé S, Schmidt J. Altération de l'état général : un motif de passage fréquent aux urgences pour des personnes âgées. *J Eur Urgences*. mars 2008;21:A149.
33. Bouchon J-P, Bérigaud S, Verny M, et al. Facteurs explicatifs du devenir et de la durée de séjour dans une unité de court séjour gériatrique. *Sci Soc Santé*. 1995;13(4):45-79.
34. Bonnefoy M, Ayzac L, Bienvenu J, et al. Facteurs prédictifs du devenir immédiat de patients âgés hospitalisés à la suite d'un événement aigu. *Rev Gériatrie*. 1995;20(5):265-72.
35. Lang P-O, Heitz D, Meyer N, et al. Indicateurs précoces de durée de séjour prolongée chez les sujets âgés: Étude pilote réalisée au CHRU de Strasbourg. *Presse Médicale*. mars 2007;36(3, Part 1):389-98.
36. Levkoff SE, Evans DA, Liptzin B, et al. Delirium. The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. *Arch Intern Med*. févr 1992;152(2):334-40.
37. Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, et al. Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Arch Intern Med*. 12 nov 2001;161(20):2467-73.
38. Favre J, Maunoury T. Hospitalisations des personnes âgées par le médecin traitant : admission directe ou par les urgences ? Une étude prospective en court séjour gériatrique [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/7d5c90e1-0f4e-4273-8dfa-6b7b125a4ac4>
39. Menand E, Lenain E, Lazarovici C, et al. French Multicenter Evaluation of the Appropriateness of Admission to the Emergency Department of the Over-80s. *J Nutr Health Aging*. juin 2015;19(6):681-7.
40. Petitot C, Chapuis F, Touzet S. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire : une enquête prospective. *Rev Gériatrie*. 2008;33(9):761-9.

## **Caractéristiques et devenir des patients hospitalisés dans un service de Gériatrie Aiguë : filière d'admission directe versus hospitalisation via le Service d'Accueil et d'Urgence**

### **RESUME**

**Contexte :** Les patients âgés de plus de 75 ans représentent 12% des passages dans les SAU et 56% de ces passages aboutiront à une hospitalisation. En 2050, la France comptera 1 habitant sur 3 de plus de 65 ans contre 18,6% aujourd'hui. Dans le contexte actuel d'engorgement des urgences, et avec l'augmentation constante du nombre de personnes âgées, des alternatives au SAU s'ouvrent en gériatrie, comme, par exemple, les filières d'admission directe.

**Objectifs :** Ce travail a pour objectif principal de décrire les caractéristiques des patients hospitalisés via la filière « SAU » versus les patients hospitalisés par la filière « Domicile » dans un service de Gériatrie Aiguë.

**Matériel et Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective monocentrique portant sur les patients hospitalisés en Unité de Gériatrie Aiguë à l'Hôpital Paul Brousse (Villejuif, Val de Marne) entre le 2 janvier et le 10 avril 2013. Tous les patients hospitalisés dans le service sur cette période ont été inclus, à l'exclusion des patients provenant d'un autre service que le SAU, les hospitalisations programmées, et les patients de moins de 75 ans. Des comparaisons ont été faites entre les 2 types de filières notamment sur la durée de séjour, le devenir, et les complications survenues pendant l'hospitalisation.

**Résultats :** 179 patients ont été inclus : 111 patients issus de la filière « SAU » et 68 patients issus de la filière « Domicile ». L'âge et le sexe des patients ne différaient pas entre les deux groupes ( $p=0,30$  et  $0,31$ ). Les patients hospitalisés de façon directe étaient plus souvent connus du service que les patients passés par le SAU (50% vs 27%,  $p=0,002$ ). Ces derniers étaient plus dénutris (52% vs 30%,  $p=0,004$ ). Les motifs d'hospitalisation différaient entre les deux groupes, les patients de la filière « SAU » consultant plus souvent pour des dyspnées ou douleurs thoraciques ( $p=0,04$ ) et ceux de la filière « Domicile » pour des douleurs ( $p=0,001$ ). La durée moyenne de séjour était plus longue chez les patients issus des urgences ( $16,1\pm 7,7$ ) que chez les patients admis depuis le domicile ( $13,1\pm 6,2$  ;  $p=0,004$ ). Les patients provenant du SAU faisaient plus de syndrome confusionnel ( $p=0,009$ ) et de rétention aiguë d'urine ( $p=0,002$ ) que les patients de la filière directe.

**Conclusion :** Cette étude montre que le profil des patients n'est pas le même selon la filière d'hospitalisation. La filière d'hospitalisation directe semble être une alternative pour les patients hospitalisés pour des motifs « sub-aigus » et nécessitant une hospitalisation courte. Cela permet une meilleure prévention des complications en partie liées à l'hospitalisation. Dans le contexte démographique actuel et à venir, renforcer et privilégier cette filière « directe » permettrait de désengorger en partie les services d'urgences tout en optimisant l'efficacité d'un séjour en UGA. Ceci ne peut se faire sans un réseau ville-hôpital fonctionnel qui tend à se développer.

**Mots clés :** Gériatrie Aiguë, Service d'Accueil et d'Urgence, Réseau Ville-Hôpital, Filière de soins