



HAL
open science

Prise en charge hospitalière du patient gériatrique selon son orientation à partir des urgences. Étude descriptive, observationnelle réalisée au sein du Centre Hospitalier du Pays d'Aix

Amélie Michalon

► **To cite this version:**

Amélie Michalon. Prise en charge hospitalière du patient gériatrique selon son orientation à partir des urgences. Étude descriptive, observationnelle réalisée au sein du Centre Hospitalier du Pays d'Aix. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01792519

HAL Id: dumas-01792519

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01792519>

Submitted on 15 May 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté
de Médecine

Aix-Marseille Université

**Prise en charge hospitalière du patient gériatrique selon son
orientation à partir des urgences.**

**Etude descriptive, observationnelle réalisée au sein du Centre
Hospitalier du Pays d'Aix.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 3 Octobre 2017

Par Madame Amélie MICHALON

Née le 28 avril 1987 à St Etienne (42)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur FRANCES Yves

Président

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan

Assesseur

Madame le Docteur AUBRY Astrid

Directeur



Faculté
de Médecine

Aix-Marseille Université

**Prise en charge hospitalière du patient gériatrique selon son
orientation à partir des urgences.**

**Etude descriptive, observationnelle réalisée au sein du Centre
Hospitalier du Pays d'Aix.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 3 Octobre 2017

Par Madame Amélie MICHALON

Née le 28 avril 1987 à St Etienne (42)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur FRANCES Yves

Président

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan

Assesseur

Madame le Docteur AUBRY Astrid

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission:

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LECOZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

* Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service:

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

**PROFESSEURSHONORA
IRES**

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHIERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTEY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

	FIECHI Marius	PENE Pierre
	FIGARELLA Jacques	PIANA Lucien
	FONTES Michel	PICAUD Robert
	FRANCOIS Georges	PIGNOL Fernand
	FUENTES Pierre	POGGI Louis
	GABRIEL Bernard	POITOUT Dominique
	GALINIER Louis	PONCET Michel
MM	POYEN Danièle	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RICHAUD Christian	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jean-Claude	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SERMENT Gérard	
	SERRATRICE Georges	
	SOULAYROL René	
	STAHL André	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THOMASSIN Jean-Marc	
	UNAL Daniel	
	VAGUE Philippe	
	VAGUE/JUHAN Irène	
	VANUXEM Paul	
	VERVLOET Daniel	
	VIALETTES Bernard	
	VIGOUROUX Robert	
	WEILLER Pierre-Jean	

**PROFESSEURS
HONORISCAUSA**

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-
Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDÀ (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre		
Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMIYves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre		
Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
		LE TREUT Yves-Patrice
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
		LEHUCHER-MICHEL Marie-
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
		MARANINCHI Dominique
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
		METZLER/GUILLEMAIN
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSON François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikaël	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)	ADALIAN Pascal (PR) DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
LAGIER Aude (MCU-PH)	
THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)	
	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
	CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)
CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)	CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique (MCU-PH)	
	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) ENJALBERT Alain (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
ALBANESE Jacques (PU-PH) AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre BRUDER Nicolas (PU-PH) KERBAUL François (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre MICHEL Fabrice (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH) PAUT Olivier (PU-PH)	BUFFAT Christophe (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH) VELLY Lionel (MCU-PH)	

ANGLAIS 11**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**CARDIOLOGIE 5102**

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

GAUDART Jean (PU-PH)

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
FRERE Corinne (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
 BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
 MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 DELARQUE Alain (PU-PH)

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH) Sumombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

EBBO Mikael (MCU-PH)

BOTTA Alain (PU-PH) Sumombre
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

NEPHROLOGIE 5203

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	PHILOSOPHIE 17
PEDIATRIE 5401	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) ANDRE Nicolas (MCU-PH)	PHYSIOLOGIE 4402
	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Au président du Jury,

Monsieur le Professeur Yves FRANCES,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Je vous prie d'accepter mes respectueux remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. C'est un grand honneur de vous voir présider mon jury de thèse.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Pascal ROSSI,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury, merci pour l'intérêt que vous avez porté à ma thèse.

Vous trouverez dans ce travail le témoignage de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Gaëtan GENTILE,

Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et du temps que vous m'avez accordé pour son élaboration. C'est un honneur de vous voir participer à mon jury de thèse.

Vous trouverez dans ce travail le témoignage de toute ma reconnaissance.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Astrid AUBRY,

Praticien Hospitalier,

Je ne saurais exprimer par ces quelques mots toute ma gratitude pour ce que vous m'avez apporté. Grâce à vos conseils, votre écoute et à votre sagesse j'ai découvert ce que signifiait être médecin. J'admire vos compétences cliniques et votre humanisme. Grâce à vous je me suis épanouie dans mon travail et j'ai appris à me connaître en tant que médecin. Je vous serais à jamais reconnaissante.

A Madame le Docteur Aline ABI RAMIA,

Praticien Hospitalier,

Je te remercie du fond du cœur pour toute l'énergie que tu as mise dans mon travail. Merci de m'avoir épaulée dans cette thèse. J'admire la personne que tu es. En plus d'être un fabuleux médecin, tu es une personne d'une grande humanité et attentionnée. Merci de ton écoute, de tes conseils. Je te souhaite énormément de bonheur dans ton travail et dans ta vie personnelle.

J'espère que tu seras fière de ce travail.

A ma famille,

A mes parents, merci de m'avoir permis de devenir la personne que je suis aujourd'hui. Sans vos sacrifices, votre amour et votre soutien durant ces longues années je n'aurais jamais réussi à devenir médecin. Merci ma mamounette pour ton écoute et tes conseils lors de nos petites balades ou lors de nos longues conversations téléphoniques. Ces moments sont si précieux pour moi. Merci papounet pour me soutenir dans tout ce que j'entreprends et d'être toujours prêt à rattraper mes erreurs. Je vous aime fort. Je vous dédie ma thèse.

A mon grand frère Sébastien, merci de ton soutien, d'être présent dès que j'ai besoin de conseils ou de ton aide. Merci de ta patience, merci de me faire rire. Je te souhaite plein de bonheur mon frérot. Je t'aime fort.

A ma petite sœur Anne-Laure, merci pour ton soutien, merci pour tes « tutos maquillage », merci d'être ma confidente. Je te souhaite plein de bonheur dans ton travail mais surtout avec Jérôme. Je t'aime fort sœurette.

A mes beaux parents Martine et Gilles, merci de votre accueil chaleureux dans votre famille. Merci pour votre soutien dans mes études. Merci à tous les deux de m'avoir fait découvrir l'île de Noirmoutier si chère à votre cœur.

A mes belles sœurs Léa et Coline, je vous remercie pour votre soutien. Bonne chance Coline pour ton nouveau travail. Quant à Léa j'espère que tu vas t'éclater dans tes études de puéricultrice.

A mes Amis,

A mes trois fabuleuses sœurs de cœur Noémie, Pauline et Sophie. Nous sommes tellement complémentaires toutes les quatre.

Ma petite Sophie, tu me fais tellement rire avec tes histoires rocambolesques. La vie Marseillaise te va tellement bien ;) Je te souhaite de t'éclater dans cette nouvelle vie professionnelle qui commence.

Ma Popo, que de péripéties depuis que nous nous sommes rencontrées dans l'amphi de PCEM1. Que de soirées improbables ! Ces moments de folie avec toi me manquent. Je te souhaite énormément de bonheur tant professionnel que personnel.

Mon petit Bou, même si ces dernières années nous nous sommes peu vues je sais que notre amitié est infaillible. Il ne se passe pas de jour sans que je pense à toi. Ta présence, tes conseils, nos rigolades me manquent. Je suis tellement contente de ta réussite professionnelle et personnelle (il est vraiment bien ce petit Bertrand ^^). Je te souhaite que cela dure éternellement.

Je vous adore les filles !

A Charline. Tu as été la belle rencontre de mon internat. Tu es une fille géniale. Que de bons moments passés à Gap ! Nos petits plats du jour me manquent. Merci de m'avoir fait découvrir les spécialités de chez toi (j'adooore la cancoillotte !). Je te souhaite plein de réussite comme médecin généraliste et plein de bonheur en amour. J'ai hâte que tu me fasses découvrir ton beau Jura.

Aux Petits copains MK&Co, vous êtes géniaux ! Merci pour ces supers moments avec vous et pour les WE ski-rando et apéro ^^ . A très bientôt !

A toi, Thomas

Ces 7 années à tes côtés ont été merveilleuses. Tu es mon pilier. Ta force et ton amour me permettent de me surpasser. Avant toi je n'aurais jamais espéré courir un marathon ni même parcourir le GR 20. Tu es toujours en quête de me faire découvrir de nouvelles choses et je sais que plein de belles aventures nous attendent grâce à toi !

Je sais que ces années de médecine ont été longues pour toi mais tu m'as toujours soutenue et consolée lors des moments difficiles et ce malgré mon mauvais caractère. A aucun moment tu n'as hésité à me suivre pour mon internat malgré les sacrifices que ça te demandait.

Je te remercie de m'aimer autant. A tes côtés tout me paraît réalisable.

Je t'aime tellement fort mon amour.

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	3
II.	MATERIELS ET METHODES	5
	1. Type d'étude	5
	2. Population étudiée	5
	2.1 Critères d'inclusion	5
	2.2 Critères d'exclusion	6
	2.3 Considérations éthiques	6
	3. Critères de jugement	6
	4. Recueil de données	7
	5. Analyse de données	8
III.	RESULTATS	10
	1. Description de la population étudiée	10
	1.1 Caractéristiques socio-démographiques	10
	1.1.1 Age et sexe	10
	1.1.2 Provenance	10
	1.2 Evaluation de la fragilité	10
	1.2.1 Profil médical	10
	1.2.2 Evaluation de l'état nutritionnel	11
	1.2.3 Score de Charlson	11
	1.2.4 Autonomie antérieure à l'hospitalisation	11
	2. Le patient gériatrique aux urgences	12
	2.1 Orientation des patients à l'issue de leur passage aux urgences	12
	2.2 Heure d'arrivée aux urgences	12
	2.3 Temps d'attente aux urgences	13
	2.4 Personne ayant adressé le patient aux urgences	13
	3. Prise en charge hospitalière	13
	3.1 Orientation hospitalière selon le motif d'hospitalisation	13
	3.2 Cas des patients hébergés en service non adapté	14
	3.3 Prise en charge intra-hospitalière	14
	3.4 Complications au cours de l'hospitalisation	15
	3.5 Retard diagnostic	15
	3.6 Intervention de l'équipe mobile de gériatrie	15
	4. Devenir du patient à l'issue de l'hospitalisation	15
	4.1 Evolution de l'autonomie du patient à la sortie de l'hôpital	15
	4.2 Mode de sortie	16

	4.3 Adéquation de l'ordonnance de sortie avec les antécédents et la fonction rénale	16
	4.4 Ré-hospitalisation	16
IV.	DISCUSSION	26
V.	CONCLUSION	38
VI.	BIBLIOGRAPHIE	39
VII.	ANNEXES	43
	1. Annexe 1 : Questionnaire destiné au groupe adapté	43
	2. Annexe 2 : Questionnaire destiné au groupe non adapté	49
	3. Annexe 3 : Score de comorbidité Charlson	55
VIII.	ABREVIATIONS	56

INTRODUCTION

Selon le rapport public annuel de 2012 de la Cour des Comptes [1], la proportion de personnes de plus de 75 ans au sein de la population française pourrait passer de 9 % à plus de 15 %, entre 2011 et 2050, soit de six millions à près de onze millions de personnes. En 2013, elles représentaient déjà 11% de la population française.

Cette catégorie de personnes présente une fragilité supplémentaire sur le plan physique, psychique et socio économique par rapport au reste de la population. Cette fragilité est principalement liée au caractère polypathologique de ces individus ainsi qu'à leurs conditions socio-économiques souvent précaires. Il en résulte une forte demande de soins de la part des ces patients dit gériatriques [2] et la complexité des problèmes de santé chez ces individus est souvent à l'origine d'hospitalisations répétées. Ces hospitalisations sont dans les $\frac{3}{4}$ des cas non programmées [3], ce qui suppose que ces patients doivent passer par le service d'accueil des urgences (SAU) avant d'être hospitalisés. Ils sont donc soumis au stress qu'entraîne un passage aux urgences mais surtout à la possibilité d'être orientés dans des services hospitaliers n'offrant pas la prise en charge adéquate (médicale et paramédicale) dont ils auraient besoin. En effet, selon l'étude nationale réalisée en juin 2013 par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le service receveur n'est pas toujours « choisi » : le patient est parfois dirigé vers le service qui dispose d'une place à défaut de celui visé au départ [4]. Ainsi, 13 % des personnes hospitalisées dans l'établissement à partir du SAU ne sont pas dans un service « adapté » à leur pathologie. Ceci est plus marqué dans les établissements publics (14% de patients orientés dans un service jugé « non adapté » dans les établissements publics contre 7% dans les établissements privés). Il ressort également de cette étude que parmi les patients les moins bien orientés, les personnes âgées de plus de 75 ans et polypathologiques sont les plus représentées.

Cette constatation est inquiétante quand on sait que, même si les patients de 75 ans et plus ne constituent que 12% des admissions aux urgences, ils représentent le tiers des hospitalisations à l'issue de leur passage [4].

Au cours de mon internat de médecine générale, j'ai malheureusement pu faire ce triste constat. En effet, à plusieurs reprises, lors de mes gardes aux urgences j'ai dû orienter des patients gériatriques dans des services, que l'équipe des urgences et moi-même jugions non adaptés car ne pouvant offrir la prise en charge médicale et paramédicale nécessaire à la pathologie aiguë du patient. La cause de cette mauvaise orientation était quasiment à chaque fois le manque de place dans les services de gériatrie ou dans les services de spécialité dont relevait le patient. Mon sentiment principal à ce moment là était la frustration de ne pas pouvoir proposer la prise en charge la mieux adaptée. Mais c'est lors de mon stage en service de moyen séjour gériatrique, que j'ai pu prendre conscience des répercussions que pouvait avoir une hospitalisation dans un service ne répondant pas à la pathologie aiguë du patient et/ou ne proposant pas une prise en charge gériatrique. Le cas d'un patient m'a particulièrement marqué. Ce patient de 85 ans, était hospitalisé en service de néphrologie pour détresse respiratoire sur broncho-pneumopathie. Lors de son entrée dans ce service, il présentait également sur son bilan une poussée d'insuffisance rénale aiguë mais le problème majeur était bien entendu pulmonaire et ce patient aurait dû être orienté en service de pneumologie ou en service de gériatrie. Lorsque nous avons reçu ce patient en soins de suite et réadaptation (SSR) gériatrique, l'insuffisance rénale était rentrée dans l'ordre, en revanche le patient restait dyspnéique, fébrile et sur le plan biologique le syndrome inflammatoire était en hausse. Sur le plan général, le patient était nettement altéré avec des troubles de conscience (sommolence) et des escarres débutant au niveau des zones d'appui. Tout laisse à penser que si le patient avait été orienté, dès sa sortie des urgences, dans un service adapté à son problème aigu, l'évolution aurait été plus favorable sur le plan pulmonaire et sur le plan général.

Le cas de ce patient n'est malheureusement pas isolé, et de nombreux médecins qu'ils soient gériatres, urgentistes ou généralistes ont pu me faire part de plusieurs exemples similaires.

Dans la littérature, nous retrouvons peu de données sur le problème de la prise en charge des patients gériatriques hospitalisés dans des services non adaptés. Cela m'a poussé à me questionner sur la prise en charge des patients gériatriques hospitalisés en urgences et si une mauvaise orientation hospitalière à l'issue de leur passage aux SAU entraînait une perte de chance par rapport à ceux orientés dans un service adapté.

MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Pour réaliser notre travail nous avons mené une enquête descriptive rétrospective mono-centrique au sein du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis (CHIAP).

Le service d'urgence de l'hôpital d'Aix-en-Provence reçoit 45.000 passages par an. Il fonctionne avec 22 seniors urgentistes, 7 internes des urgences et les internes des étages qui prennent des gardes à tour de rôle après 18h et le week-end. Il reçoit les urgences chirurgicales tout âge confondu ainsi que les urgences médicales adultes (sont exclues les urgences médicales pédiatriques).

L'étude a concerné les patients admis via les urgences du CHIAP entre le 01 janvier 2016 et le 17 janvier 2016. Le seuil de significativité de l'étude n'a pas été calculé devant le nombre supposé important de patients à inclure et le manque de moyens à disposition pour y parvenir.

2. Population étudiée

2.1. Critères d'inclusion

La population étudiée a concerné les patients gériatriques hospitalisés au CHIAP via ses urgences. Le terme gériatrique signifie que les patients inclus étaient âgés de 75 ans et plus, polypathologiques et à risque de dépendance ou dépendants.

2.2. Critères d'exclusion

- Les patients admis aux urgences mais non hospitalisés
- Ceux ne répondant pas à la définition du patient gériatrique, autrement dit les patients de moins de 75 ans et/ou monopathologiques.
- Les patients hospitalisés en service de psychiatrie.

2.3. Considérations éthiques

Le service médical a été contacté et l'accord du médecin responsable a été obtenu.

Les données ont été recueillies anonymement afin de préserver l'identité des patients et des médecins.

Une déclaration auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a été effectuée.

3. Critères de jugement

Nous avons réalisé une observation comparative sur la prise en charge des patients de leurs admissions aux urgences jusqu'à leur sortie d'hospitalisation, en fonction de leur orientation dans les services.

Deux groupes ont été créés en fonction de leur(s) motif(s) de consultation aux urgences et le service d'hospitalisation. Le groupe « Adapté » inclus les patients qui ont été hospitalisés dans un service répondant aux besoins du patient gériatrique, autrement dit les services de gériatrie ou de médecine polyvalente ; ou dans un service proposant la prise en charge adéquate pour le motif de consultation aux urgences. Le groupe « Non Adapté » comprend les patients hospitalisés dans un service qui ne peut assurer convenablement la prise en charge de la pathologie aigüe qui a conduit le patient aux urgences.

Le critère de jugement principal porte sur la comparaison de la prise en charge globale des patients gériatriques en fonction de leur hospitalisation dans un groupe adapté ou non adapté.

Le critère de jugement secondaire porte sur la description des différents critères « gériatriques » de l'ensemble des patients de l'accueil des urgences à la sortie d'hospitalisation.

4. Recueil de données

L'élaboration d'un questionnaire sur Limesurvey, un logiciel d'enquête statistique, a permis de recueillir les données de façon rétrospective.

Les informations médicales ont été relevées à partir du dossier médical informatique DxCare de chaque patient répondant aux critères d'inclusion sus-cités. Ce logiciel permet d'accéder au flux de patients admis aux urgences, mais aussi à l'ensemble du dossier médical, paramédical et administratif du patient.

Le questionnaire relevait les variables d'intérêts suivantes (annexe 1) :

- Les critères sociodémographiques (âge, sexe, mode de vie),
- Les antécédents du patient,
- Le nombre quotidien de médicaments,
- Le score de comorbidité Charlson (annexe 3),
- Le temps d'attente aux urgences,
- L'autonomie antérieure du patient et à la sortie d'hospitalisation,
- Le statut cognitif,
- Le motif et service d'hospitalisation,
- La prise en charge du patient au cours de l'hospitalisation (suivi médical et infirmier, prise des constantes, évaluation et prévention de l'état cutané, évaluation de l'état nutritionnel, utilisation de contentions),
- Les complications au cours de l'hospitalisation,
- L'intervention de l'équipe mobile de gériatrie (EMG),
- Le devenir du patient (retour à domicile, transfert, décès)
- Les réhospitalisations

Pour les patients du groupe non adapté, il était précisé s'ils étaient hébergés dans le service et la durée de l'hébergement (annexe 2).

5. Analyse des données

L'analyse statistique des données a été effectuée grâce au logiciel XLSTAT pro.

Le seuil de significativité a été fixé pour une valeur de $p < 0,05$.

Pour les variables quantitatives le test de Student a été utilisé et les résultats sont exprimés en effectif et pourcentage.

Pour les variables qualitatives le test exact de Fisher a été utilisé et les résultats sont exprimés en moyenne ou pourcentage.

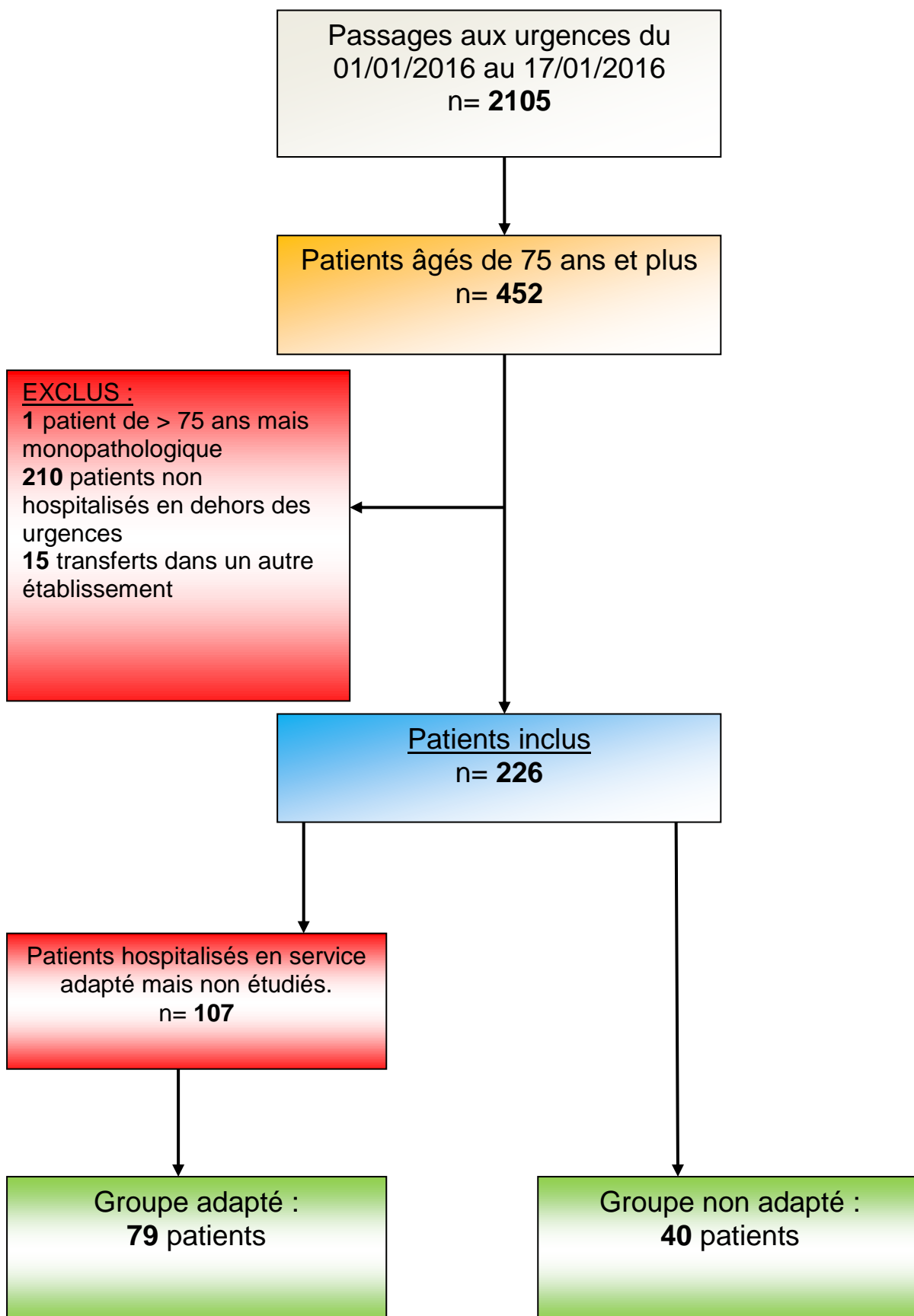


Figure 1 : Schéma de l'étude

RESULTATS

1. Description de la population étudiée

1.1. Caractéristiques socio-démographiques

1.1.1. Age et sexe

L'âge moyen de la population étudiée est de 86 ans. Il n'y a pas de différence significative ($p=0,8246$) entre l'âge moyen des patients orientés vers un service adapté (85,8 ans) et ceux orientés vers un service non adapté (86,7 ans). 30% des patients ont plus de 90 ans.

La répartition selon le sexe était de 57 % de femmes et 43 % d'hommes.

1.1.2. Provenance (figure 2)

77 % des patients hospitalisés via les urgences viennent du domicile. Parmi ces patients, 28% bénéficient d'aides au domicile.

La part de patients adressés par les établissements d'hébergement est de 19%.

4% des patients inclus sont adressés par des centres de soins de suite et réadaptation (SSR).

1.2. Evaluation de la fragilité

1.2.1. Profil médical

77% des patients inclus associent d'au moins 4 pathologies (figure 3).

38 % des patients inclus présentent une insuffisance rénale modérée à sévère (figure 4).

66% des patients prennent plus de 4 médicaments par jour et parmi ces derniers, 49% en ont au moins 6 par jour (figure 5).

1.2.2. Evaluation de l'état nutritionnel (tableau 1)

Dans notre étude l'état nutritionnel du patient était évalué à partir de l'albuminémie, le poids et l'IMC.

Le poids et l'IMC ont été significativement plus recherchés dans le groupe adapté. Le poids a été recherché chez 91% des patients du groupe adapté et 75% des patients du groupe non adapté ($p=0,0027$). L'IMC a été calculé chez 86% des patients bien orientés contre 67% des patients hospitalisés en service non adapté ($p=0,0024$).

Le taux d'albumine sérique a été dosé chez seulement 34% des patients du groupe adapté et 25% du groupe non adapté sans différence significative entre les deux groupes ($p=0,2146$). La moyenne de l'albuminémie relevée dans le groupe adapté est de 34 g/l contre 27g/l dans le groupe non adapté avec une différence significative entre les deux groupes ($p=0,00678$). 81 % des patients du groupe non adapté ont une albuminémie inférieure à 35 g/l contre 30% dans le groupe adapté.

1.2.3. Score de Charlson (figure 6)

On constate que le groupe non adapté compte 35% de patients avec un indice de Charlson supérieur ou égal à 5, alors que le groupe adapté en compte seulement 22,8%. De même, dans le groupe adapté il y a proportionnellement un plus grand nombre de patients avec un faible indice de Charlson (40,5%) alors que dans le groupe non adapté il y en a seulement 27,5%.

1.2.4. Autonomie antérieure à l'hospitalisation (tableau 2)

Concernant l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, on note que l'information est beaucoup moins recherchée chez les patients du groupe adapté : 32% de patients non évalués contre 12 % dans le groupe non adapté ($p=0,00173$). Lorsque l'information est recherchée, on constate que dans 40% des cas les patients sont indépendants dans les actes de la vie quotidienne.

Concernant la mobilité antérieure à l'hospitalisation, l'information est recherchée dans seulement 48 % des cas. Par suite, lorsque l'information est notée la répartition est superposable entre les 2 groupes.

L'évaluation du risque de chute n'est pas réalisée dans 50% des cas. Cette estimation est effectuée à partir des antécédents de chute dans les six derniers mois ainsi que sur la gravité de ces chutes (figure 7).

La continence des patients est évaluée dans 88% des cas. La répartition des patients est identique dans les deux groupes.

L'autonomie du patient pour la prise des repas n'est pas précisée chez seulement 15% des patients. Plus de la moitié des patients inclus sont indépendants pour s'alimenter.

L'information concernant le statut cognitif est précisée dans 70% des dossiers. On note une proportion significativement plus importante de patients présentant des troubles modérés à sévères dans le groupe adapté : 30% contre 15 % dans le groupe non adapté ($p=0,017$).

2. Le patient gériatrique aux urgences

2.1. Orientation des patients à l'issue de leur passage aux urgences

Au cours de la période d'étude du 1^{er} janvier 2016 au 17 janvier 2016, il y a eu 2105 passages aux urgences du CHIAP dont 452 patients âgés de plus de 75 ans (21,5 %). 242 de ces patients ont été hospitalisés soit 53 % des patients âgés de plus de 75 ans qui se sont présentés aux urgences. Parmi ces patients 16,5% n'étaient pas orientés dans le bon service.

3,3% des patients âgés de plus de 75ans ont dû être transférés dans un autre établissement essentiellement pour faute de place sur le CHIPA.

2.2. Heure d'arrivée aux urgences

Il n'y a pas de différences significatives concernant l'orientation en service des patients en fonction de l'heure d'arrivée aux urgences.

2.3. Temps d'attente aux urgences (figure 8)

Le temps moyen passé aux urgences dans le groupe adapté est de 8,6 heures contre 7,6 heures dans le groupe non adapté. Il n'y pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,269$).

30 % des patients passent plus de 10h aux urgences avant de regagner un lit d'hospitalisation. La moitié de ces 30% passent plus de 16H aux urgences.

2.4. Personne ayant adressée le patient aux urgences (figure 9)

On constate que 22% des patients âgés de 75 ans et plus sont adressés par leur médecin traitant et 35,3% sont adressés par un médecin extrahospitalier. Dans le groupe non adapté 40% des patients sont adressés par un médecin extrahospitalier alors que dans le groupe adapté il y en a 32,9%. 27,7 % des patients sont adressés par un proche ou viennent de leur plein gré.

3. Prise en charge hospitalière

3.1. Orientation hospitalière selon le motif d'hospitalisation (figure 10)

86 % des patients dont le motif d'hospitalisation est la traumatologie sont orientés dans un service adéquat.

82% des patients dont le motif d'hospitalisation est une pathologie cardiaque sont orientés en cardiologie.

Seule la moitié des patients présentant une pathologie digestive ou pulmonaire sont orientés dans un service adapté.

36 % des patients dont le motif d'hospitalisation est une infection sont orientés par défaut.

Lorsque le motif d'hospitalisation est une altération de l'état général, 38 % seront orientés par défaut.

60% des patients qui présentent un trouble neurologique ou une confusion ne sont pas orientés dans un service adapté.

On note que 40 % des orientations par défaut se font dans un service de chirurgie. Le court séjour gériatrique n'accueille que 29 % des patients hospitalisés.

3.2. Cas des patients hébergés en service non adapté

Parmi les patients du groupe non adapté, 40% sont hébergés en service.

La durée moyenne d'hébergement est de 3 jours avec un minimum d'une demi-journée et un maximum de 8 jours.

3.3. Prise en charge intra-hospitalière

Concernant la prise en charge médicale, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes sur la fréquence du suivi médical. Pour 16 % des patients aucun suivi médical n'est notifié dans le dossier (figure 11).

Le nom du médecin traitant est inscrit dans le dossier du patient dans 82% des cas.

Concernant le suivi infirmier et aide soignant il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant la fréquence des transmissions soignantes et la surveillance des constantes hémodynamiques (figure 12).

L'évaluation de la douleur est réalisée dans la grande majorité des cas de manière comparable (95% dans le groupe adapté contre 97 % dans le groupe non adapté).

L'évaluation de l'état cutané est retrouvée dans 61% des cas du groupe adapté et 52% des cas du groupe non adapté ($p=0,253$). La différence n'est pas significative entre les deux groupes.

De même la prévention de l'état cutané est réalisée chez 57% des patients du groupe adapté contre 55% des patients du groupe non adapté ($p=0,886$).

L'utilisation de contention physique et/ou chimique a concerné 25 % des patients des deux groupes. Chez 66% des patients qui ont eu une contention aucun motif n'est tracé dans le dossier. Ces données sont identiques dans les deux groupes.

3.4. Complications au cours de l'hospitalisation (figure 13, tableau 3)

On constate que les patients du groupe adapté présentent plus de complications que ceux du groupe non adapté (64% contre 35%).

Parmi ces complications, celles qui touchent significativement plus les patients du groupe adapté sont les infections (17,3% contre 7% avec $p=0,048\%$), les troubles cutanés (17% contre 7% avec $p= 0,048$), la rétention aiguë d'urine (19% contre 7% avec $p= 0,019$), la confusion aiguë (19% contre 0% avec $p= 0,0015$) et les décès (7% contre 0% avec $p=0,014$).

Seule la douleur est significativement plus importante dans le groupe non adapté (21% contre 7% avec $p= 0,044$).

3.5. Retard diagnostic

On retrouve une différence significative concernant la fréquence du retard diagnostic : 5% dans le groupe adapté contre 15% dans le groupe non adapté ($p =0,031$).

3.6. Intervention de l'équipe mobile de gériatrie (EMG)

L'équipe mobile intervient auprès de 18 patients dans le groupe adapté et de 5 patients du groupe non adapté, ce qui représente une intervention auprès de 20 % de l'ensemble des patients. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,061$).

4. Devenir du patient à l'issue de l'hospitalisation

4.1. Evolution de l'autonomie du patient à la sortie de l'hôpital

Dans le groupe non adapté, à l'arrivée 42 % des patients sont indépendants pour les actes de la vie quotidienne, à la sortie ils ne sont plus que 17%. Sur les 25 % des patients qui ont perdu de l'autonomie la moitié a besoin d'une aide partielle et l'autre moitié présente une incapacité complète.

Dans le groupe adapté à l'arrivée 38% des patients sont indépendants pour les actes de la vie quotidienne, à la sortie ils ne sont plus que 20%. 18 % des patients ont perdu leur autonomie dans le groupe adapté contre 25% dans le groupe non adapté ($p = 0,3$). Sur les 18% de patients qui ont perdu l'autonomie 62% a besoin d'une aide partielle et 38 % présente une incapacité complète.

Bien que la différence entre les deux groupes ne soit pas significative avec notre taille d'échantillon ($p=0,116$) on constate tout de même une tendance plus importante à la perte d'autonomie dans la population orientée de manière non adaptée avec une perte d'autonomie plus importante.

4.2. Mode de sortie

45% des patients quittent le service pour rentrer à domicile (proportion comparable dans les deux groupes).

44% des patients du groupe adapté se rendent en SSR contre 15% du groupe non adapté ($p= 0,004$) ceci étant lié au fait que 37 % des ces patients sont réorientés dans un deuxième temps dans un service plus adapté.

On note 5% de décès dans le groupe adapté.

4.3. Adéquation de l'ordonnance de sortie avec les antécédents et la fonction rénale (figure 14)

On constate que dans 25% des cas l'ordonnance de sortie ne convient pas aux antécédents des patients dans le groupe non adapté alors que seuls 16% des patients du groupe adapté sont concernés.

4.4. Ré-hospitalisation

13% des patients sont réhospitalisés dans les 30 jours qui suivent la sortie. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.

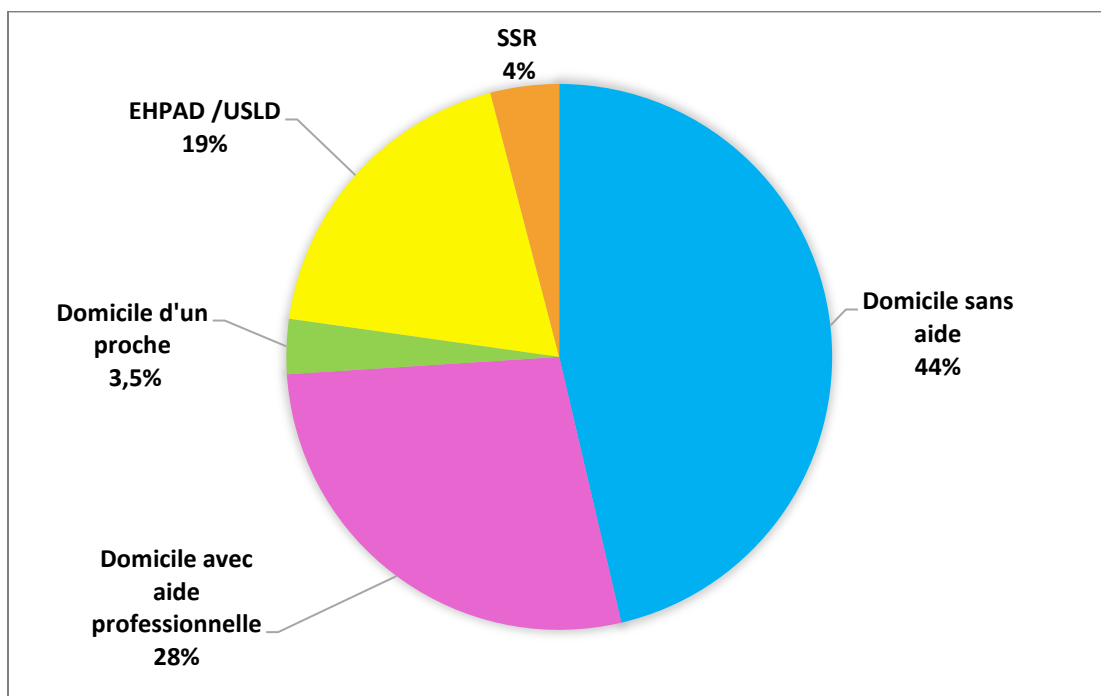


Figure 2 : Lieu de vie avant l'admission

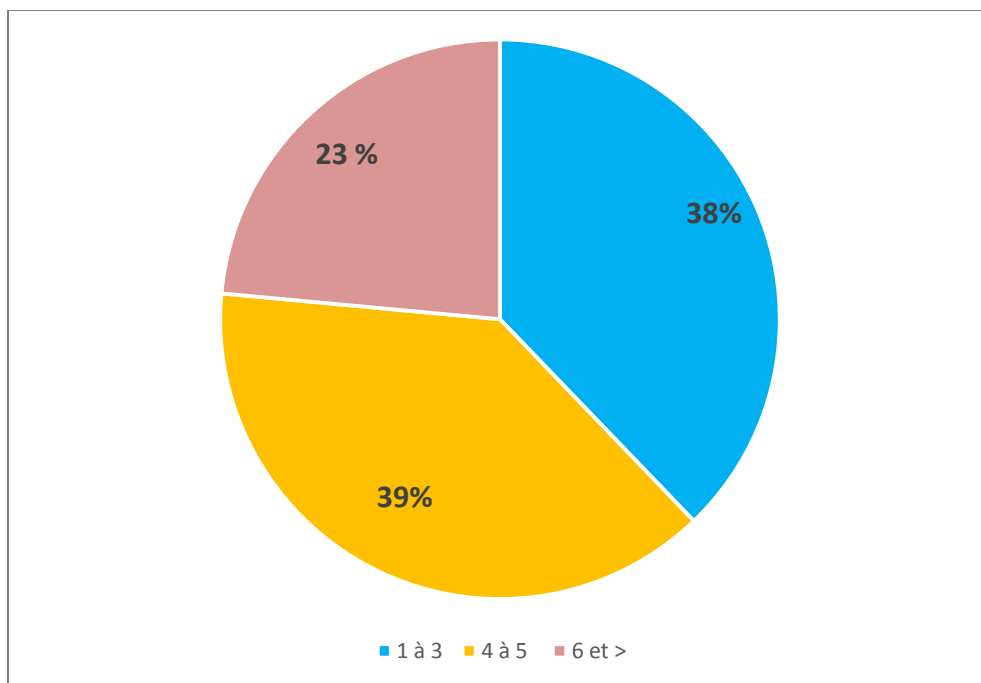


Figure 3: Nombre de maladies associées

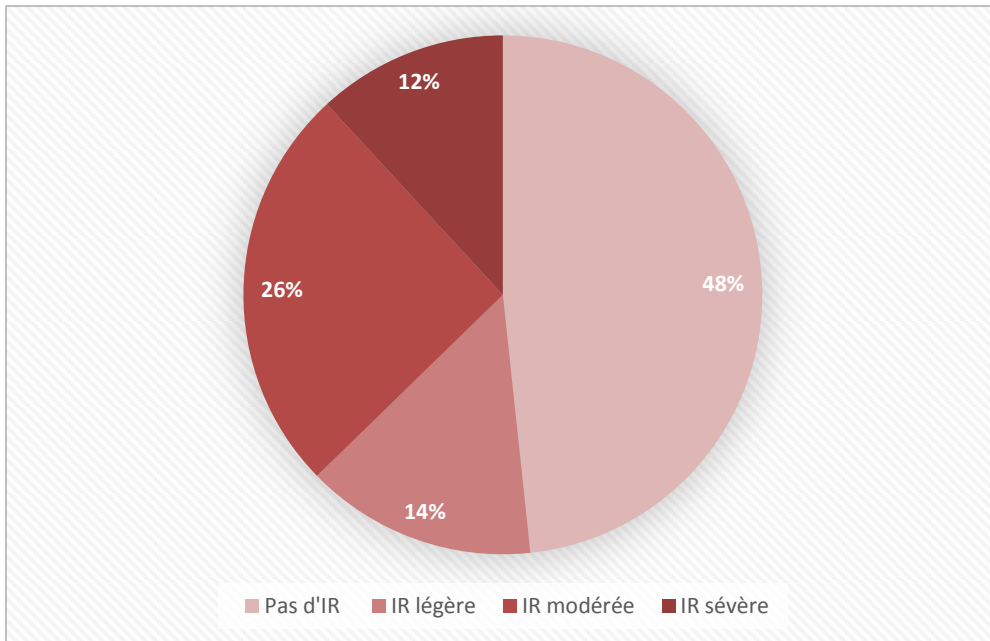


Figure 4 : Proportion d'insuffisance Rénale

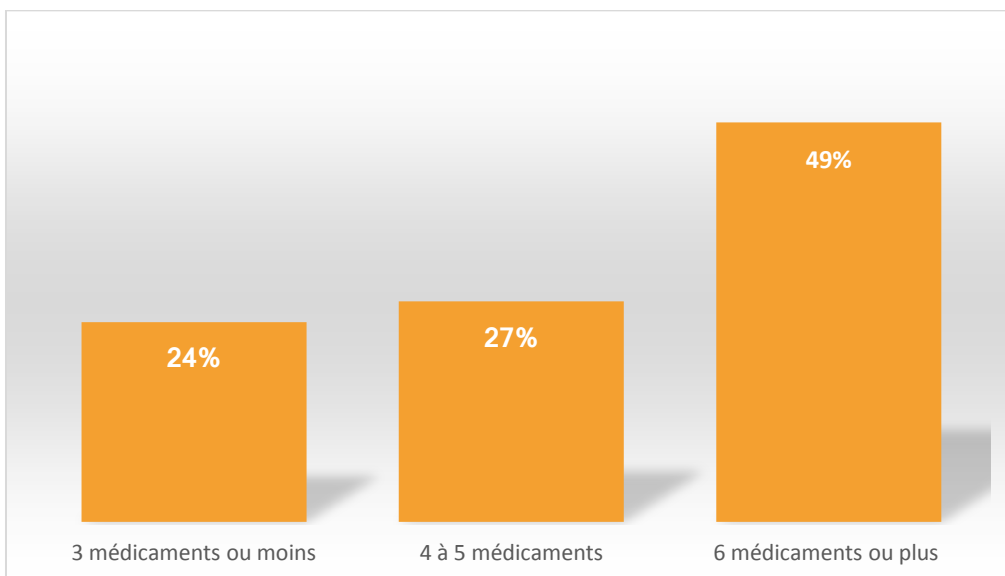


Figure 5 : Nombre de médicaments pris par jour par le patient

Elément retrouvé dans le dossier	Groupe Patient Adapté N=79	Groupe Patient non adapté N=40	p value
Poids	91%	75%	p= 0,0027
IMC	86%	67%	P= 0,0024
Albuminémie	34%	25%	p=0,2146
Non évalués	15%	5%	p=0,199

Tableau 1 : Comparaison de l'évaluation du statut nutritionnel en fonction de l'orientation du patient

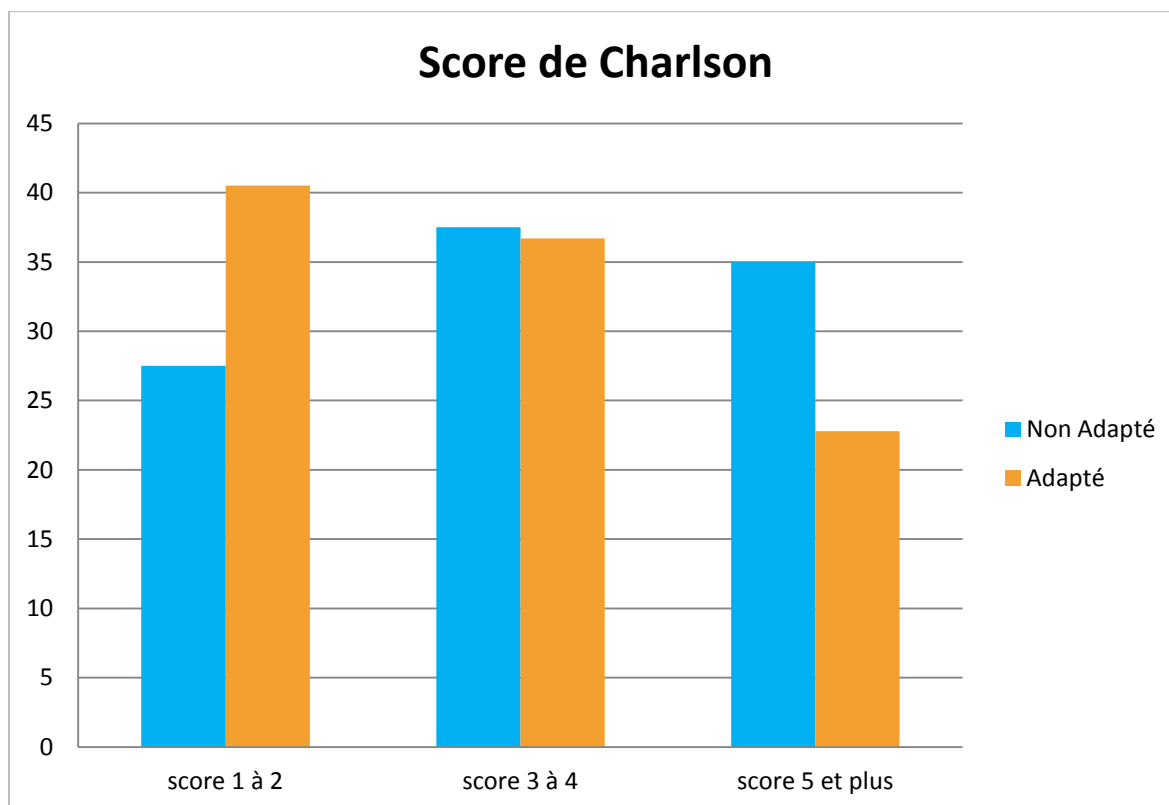


Figure 6 : Distribution de la population selon le score de Charlson

Evaluation de l'autonomie	groupe adapté n= 79	groupe non adapté n=40	p*
Autonomie AVQ			
Indépendance	30 (38)	17 (42,5)	
Aide partielle	17 (21,5)	13 (32,5)	
Incapacité	7 (8,9)	5 (12,5)	
Non évaluée	25 (31,6)	5 (12,5)	0,00173
Mobilité			
Indépendance	44 (55,7)	25 (62,5)	
Soutien	11 (13,9)	8 (20)	
Incapacité	10 (12,7)	4 (10)	
Non précisé	14 (17,7)	3 (7,5)	
Contenance			
Indépendance	44 (55,7)	22 (55)	
Incontinence occasionnelle	10 (12,7)	3 (7,5)	
Incontinence permanente	14 (17,7)	11 (27,5)	
Non précisé	11 (13,9)	4 (10)	
Prise des repas			
Indépendance	57 (72,2)	26 (65)	
Aide partielle	9 (11,4)	6 (15)	
Aide totale	3 (3,8)	2 (5)	
Non précisé	10 (12,7)	6 (15)	

Tableau 2 : Autonomie antérieure à l'hospitalisation

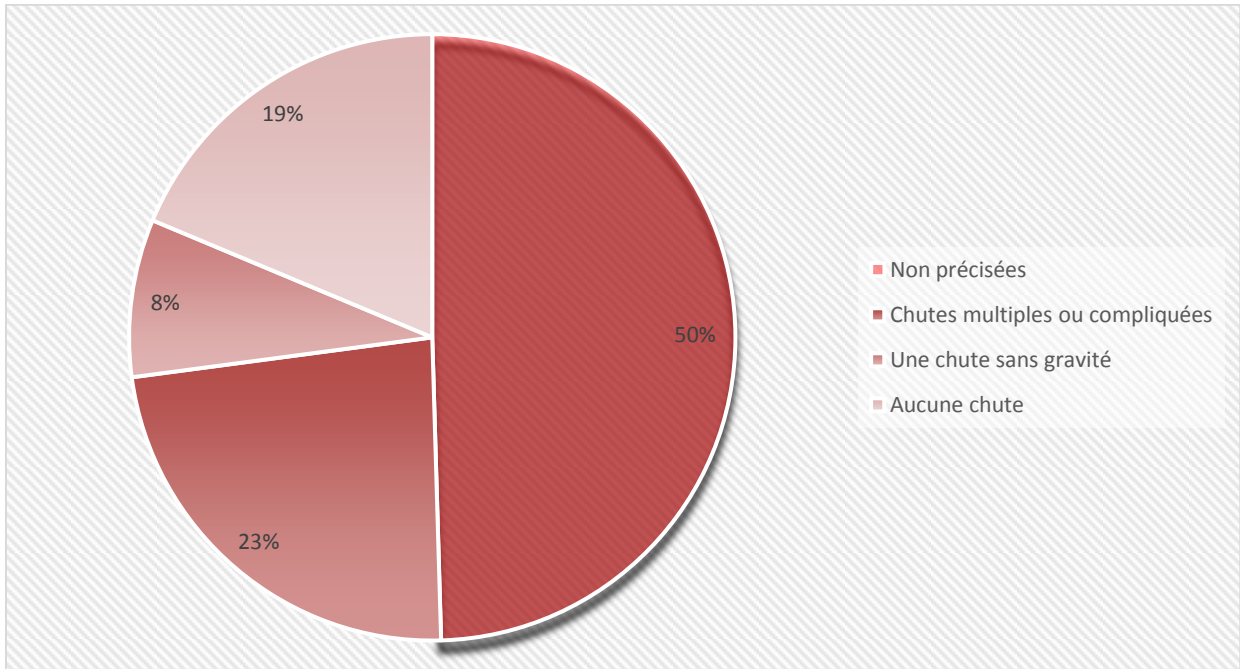


Figure 7: Evaluation des chutes dans les six derniers mois

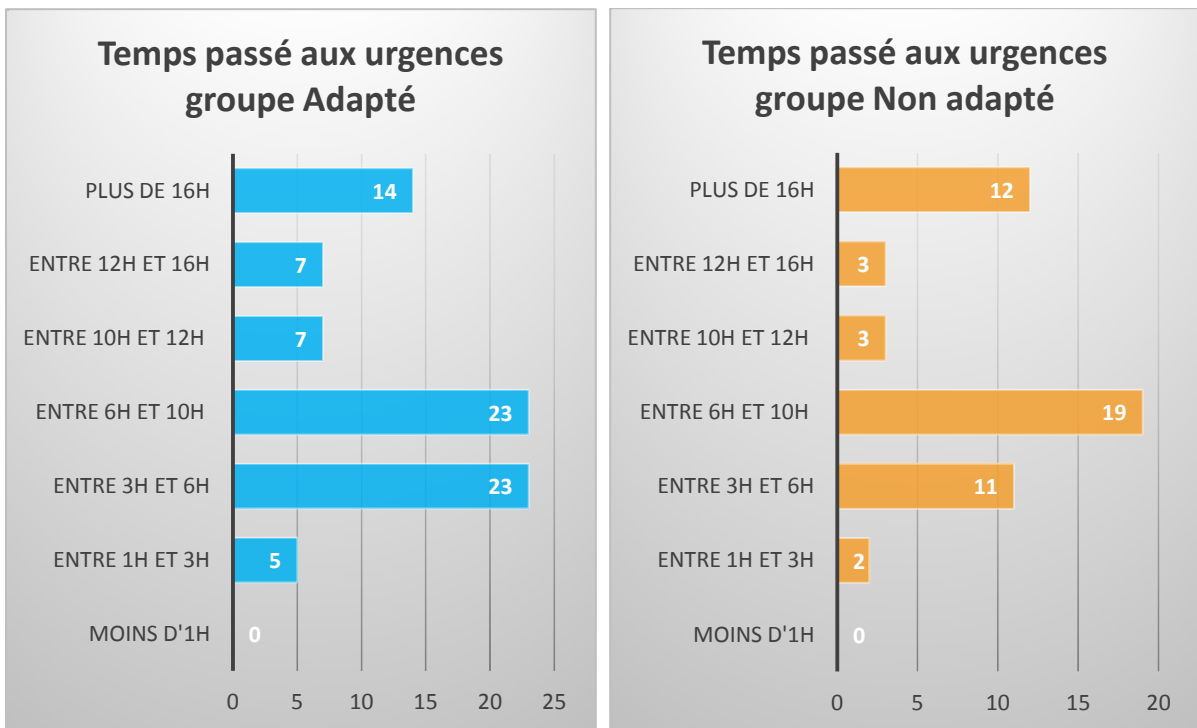


Figure 8 : Temps passé aux urgences

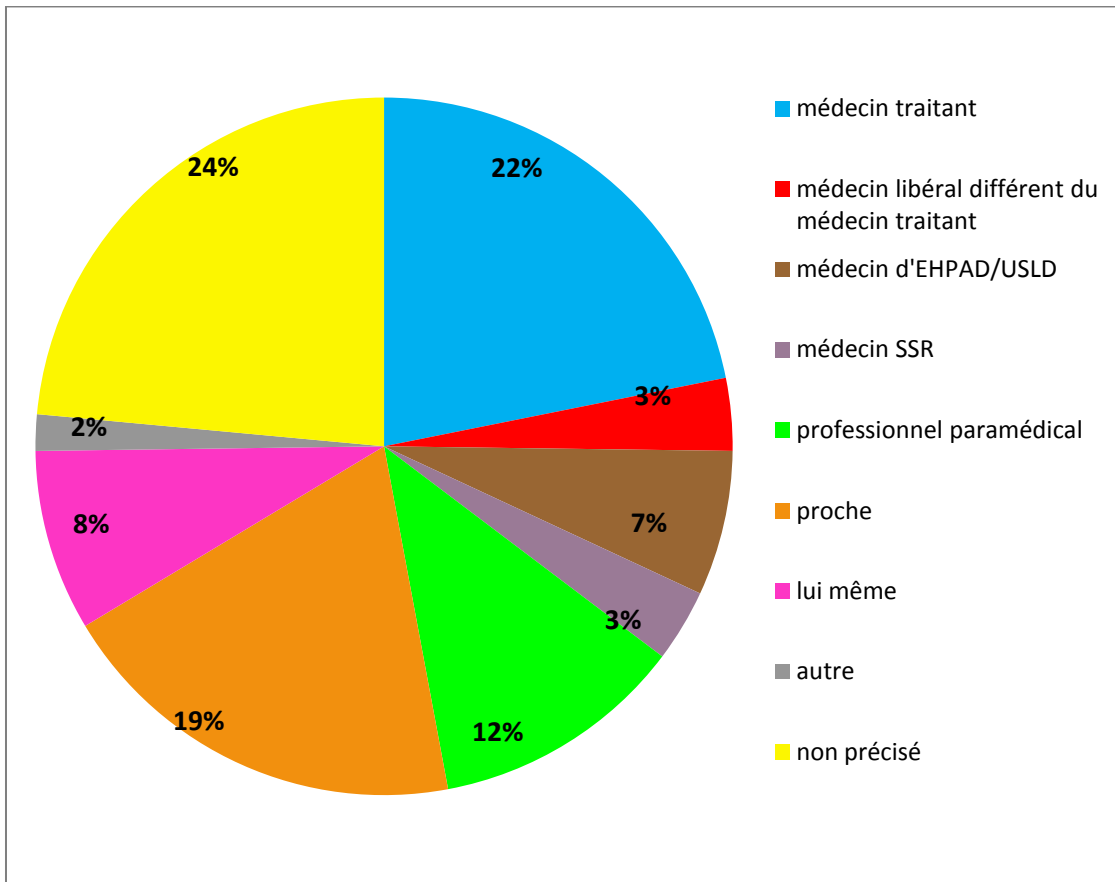


Figure 9 : Mode d'adressage du patient

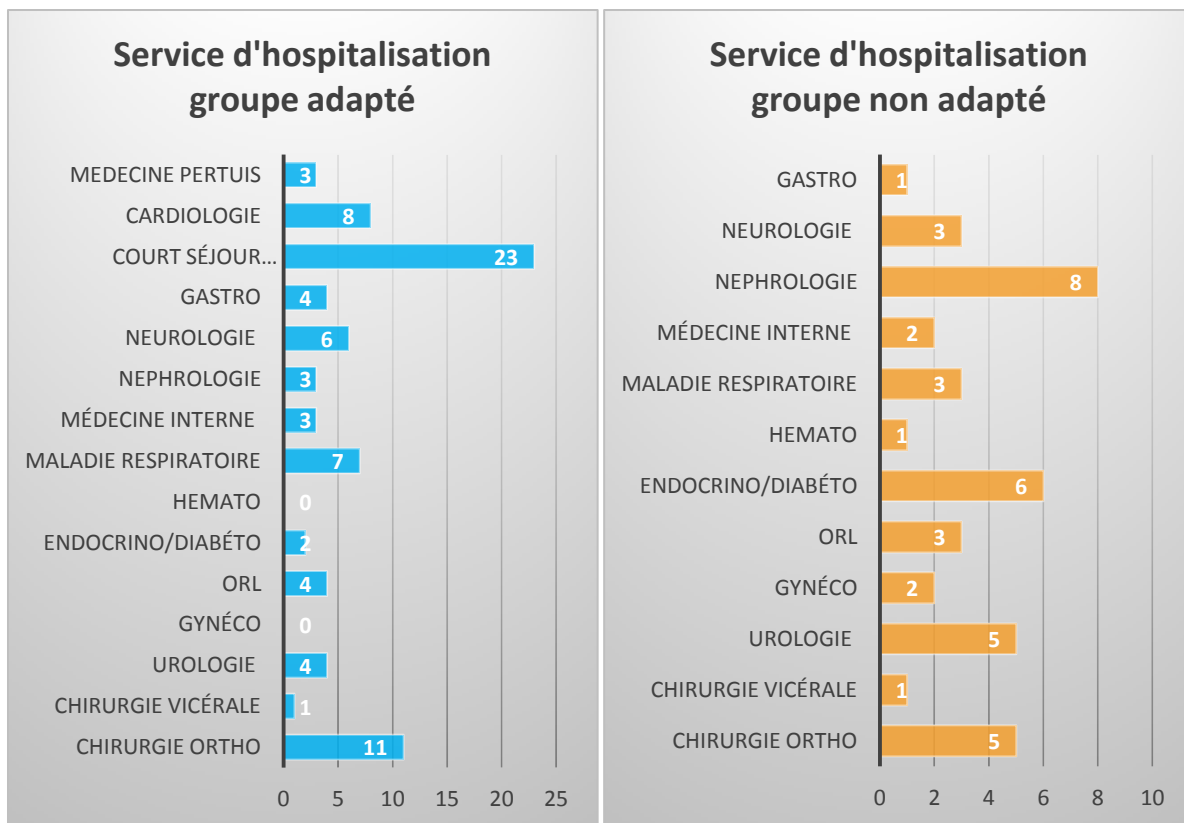


Figure 10: Orientation selon les différents services d'hospitalisation

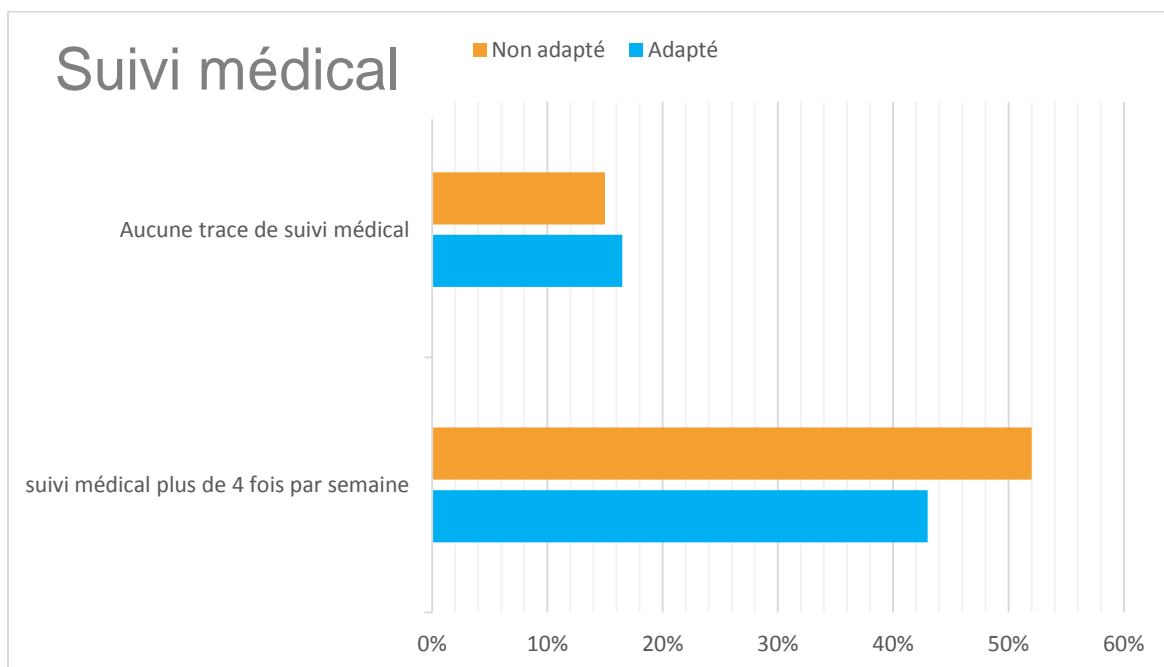


Figure 11 : suivi médical

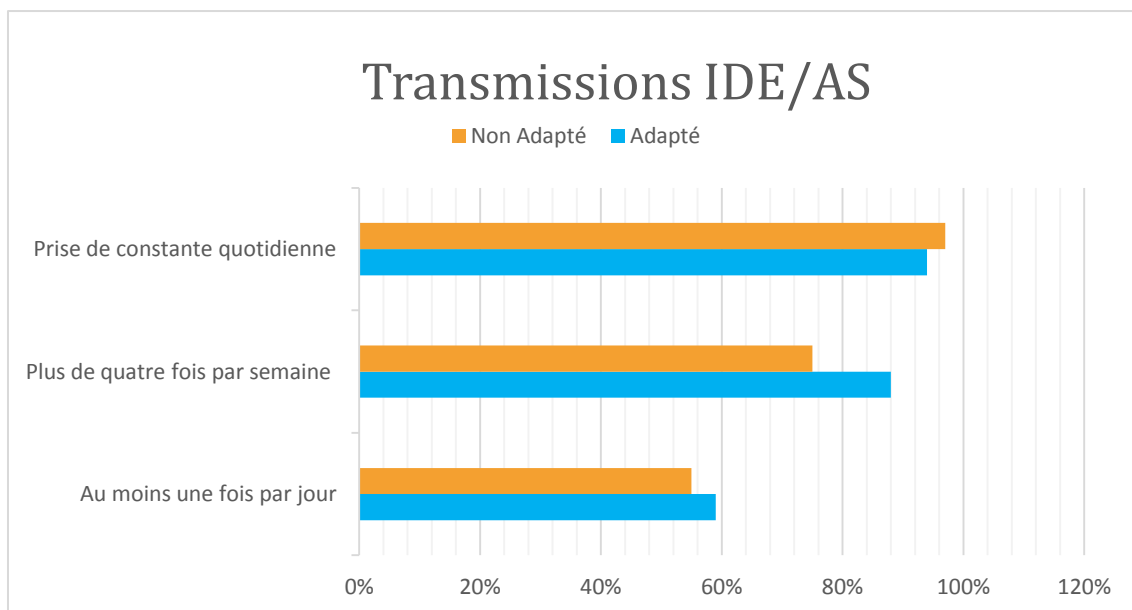


Figure 12 : Transmission infirmière (IDE) / aide soignante (AS)

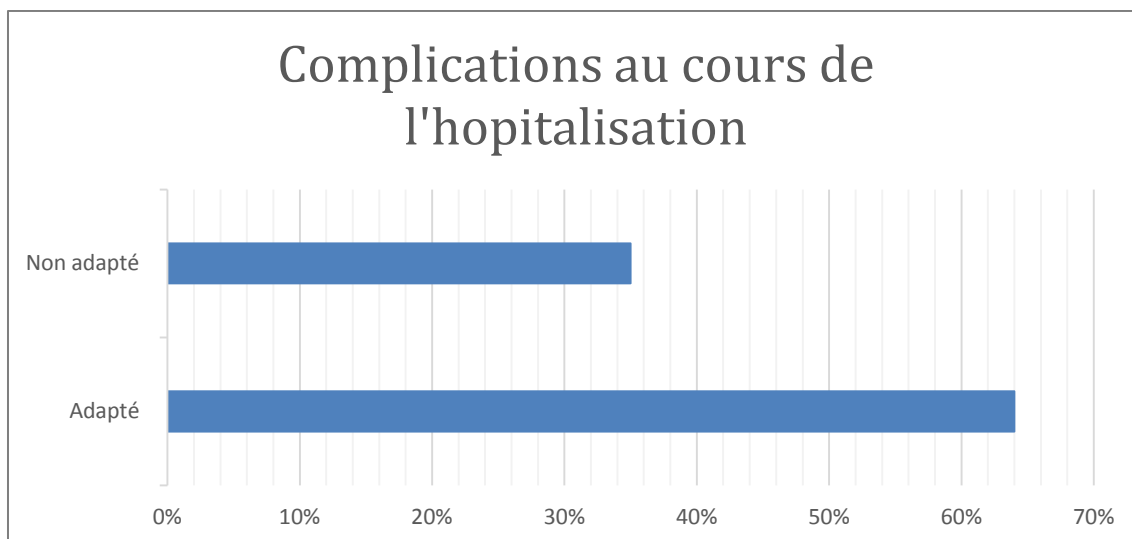


Figure 13 : Complications au cours de l'hospitalisation

Complications	Adapté	Non adapté	
Infectieuses	17,30%	7%	p=0,048
Cardio respiratoire	11,50%	7%	p=0,459
Métaboliques	17%	21%	p=0,58
Cutanée	17%	7%	p=0,048
Rétention urinaire	19%	7%	p=0,019
Décès	7%	0%	p=0,014
insuffisance rénale	15%	7%	p=0,112
Confusion aigue	19%	0%	p=0,0015
Iatrogénie	9%	7%	p=0,79
Douleur	7%	21%	p=0,044

Tableau 3 : Types de complications au cours de l'hospitalisation

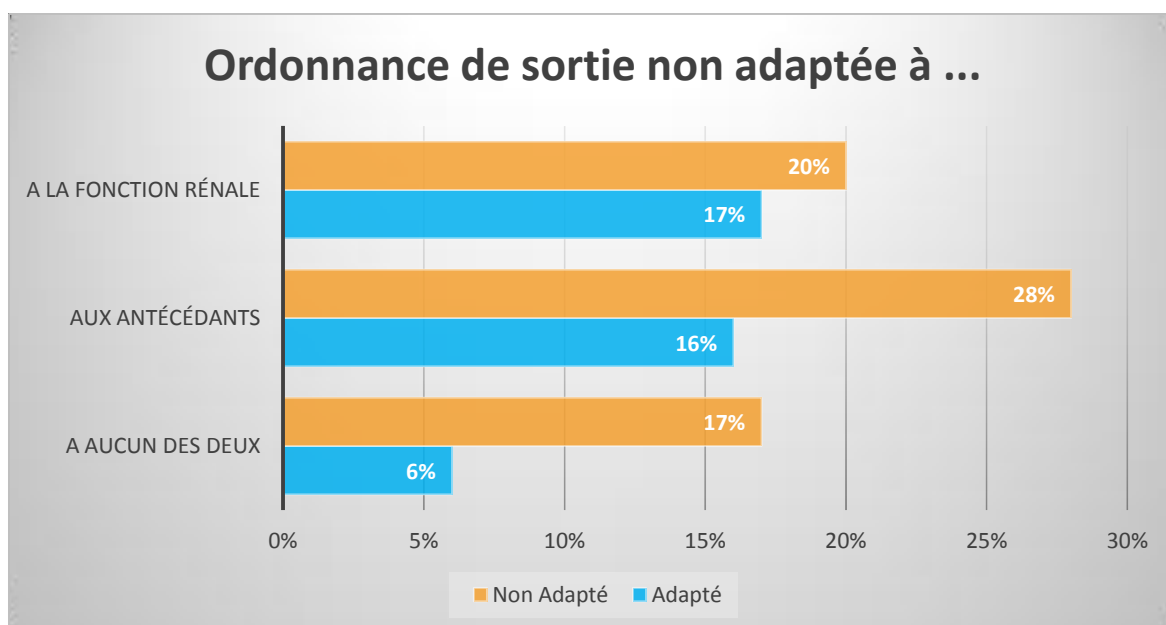


Figure 14 : Adaptation de l'ordonnance aux antécédents et à la fonction rénale

DISCUSSION

Dans cette étude rétrospective réalisée au sein du Centre Hospitalier Intercommunal d'Aix en Provence (CHIAP), les PG75 représentent 21,5% des admissions aux urgences ce qui est nettement supérieur à ce qui a été constaté lors de l'étude nationale réalisée le 11 juin 2013 par la DREES [4]. En effet, dans cette étude, la population gériatrique de plus de 75 ans représentait 12% des patients admis aux urgences. L'hôpital d'Aix en Provence accueille donc une population gériatrique plus importante que la moyenne nationale ce qui justifie d'autant plus que l'on s'attarde sur l'orientation et la prise en charge de ces patients.

Notre objectif principal était de rechercher si les patients hospitalisés dans un service non adapté à leur pathologie, présentaient une perte de chance. D'une manière générale, nous n'avons pas de différence significative quant à la prise en charge et le devenir des patients en fonction du groupe adapté ou non adapté. Néanmoins notre étude a permis de relever dans les deux groupes des problèmes de prise en charge des PG75 qui méritent d'être discutés.

Parmi les 21,5% des PG75 admis aux urgences, 53,5% sont hospitalisés et 16,5 % sont orientés dans un service non adapté à leur pathologie. Le temps passé aux urgences est en moyenne de 8h pour les deux groupes mais 30% des patients restent plus de 10 heures aux urgences avant d'être orientés dans un service. Ces pourcentages sont similaires à ceux constatés par la DREES en juin 2013 au sein des Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires [4].

Dans son étude, la DREES a mis en évidence les éléments qui favorisaient l'orientation dans un mauvais service. Parmi ces derniers on retrouve en priorité l'âge du patient. A partir de 75 ans, il est de plus en plus difficile d'orienter le patient dans un service adéquat, et les médecins urgentistes sont obligés d'appeler plusieurs services avant de trouver une place. Parmi les services receveurs, ce sont majoritairement des services de médecine, ce que l'on constate également dans notre étude (60% des patients du groupe non adapté).

Parmi les autres éléments intervenant dans la difficulté d'orientation en service adapté la DREES souligne :

- Les points d'accueil de forte affluence.

- La catégorie d'établissement : les hôpitaux publics ont plus de difficultés à hospitalisés leurs patients (tout âge confondus) possiblement devant la diversité plus grande de la patientèle du secteur public mais aussi devant la spécialisation des lits de plus en plus marquée dans les grands établissements notamment universitaires [4-5].

Dans notre étude, la population étudiée avait une moyenne d'âge de 86 ans, avec 30% de patients de plus de 90 ans. La proportion de femmes était légèrement supérieure (57%). La population de notre étude était relativement fragile [6]. En effet, même si la polypathologie était l'un des critères d'inclusion, on constate que 77% des patients inclus étaient porteurs d'au moins 4 maladies dont 38% avec au moins 6 pathologies associées. De plus, on constate que 66% des patients inclus sont polymédiqués et prennent plus de 4 médicaments. Cette polymédication reste un facteur de fragilité chez cette catégorie de patients devant le risque iatrogénique induit, risque d'autant plus important que 38% de la population étudiée est porteuse d'une insuffisance rénale modérée à sévère.

Cette fragilité est également représentée par l'indice de comorbidité de Charlson (annexe 3). Dans notre étude, 72,5% des patients du groupe non adapté et 59,5 % du groupe adapté présentent un score supérieur ou égal à 3. Cela signifie pour ces patients un pourcentage de mortalité à 1 an de 52%.

On constate une contradiction dans la répartition de la population gériatrique la plus fragile, c'est-à-dire avec un indice de Charlson supérieur ou égal à 5. En effet, les PG75 avec un score supérieur ou égale à 5 sont, dans notre étude, proportionnellement plus nombreux dans le groupe non adapté et à l'inverse ceux moins fragiles (avec un Charlson entre 1-2) sont préférentiellement orientés dans un service adapté. Ce résultat marque un problème majeur dans l'évaluation gériatrique réalisée aux urgences. En effet, de nombreuses études ont mis en évidence que la fragilité supplémentaire chez les patients âgés (fragilité liée à la polypathologie de cette population de patients, ainsi qu'à leur environnement socio-économique) entraînait de nombreuses complications lors d'une hospitalisation : risque accrue de perte d'autonomie, de réhospitalisation, d'institutionnalisation, installation ou apparition d'une dépendance, décès [1-7-8-9].

Le manque d'évaluation gériatrique réalisée aux urgences est également mis en lumière par la mauvaise orientation des patients admis pour troubles du comportement. En effet, 60% des patients de notre étude présentant des troubles neurologiques ou une confusion aigüe sont orientés dans le mauvais service. Avec les malaises et les chutes, les troubles du comportement sont des urgences spécifiques aux patients gériatriques [10]. Il s'agit donc de les reconnaître afin d'orienter spécifiquement ces patients en service de gériatrie. Le fonctionnement actuel des urgences ainsi que la formation actuelle des urgentistes ne permet pas une évaluation gériatrique adaptée. La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) a, dans la conférence de consensus de décembre 2003 [11], mis en place un protocole sur la prise en charge de la personne âgée de 75 ans et plus aux urgences. Ce protocole rappelle à l'urgentiste les particularités de l'examen clinique du patient gériatrique malade, les informations et les éléments médicaux-psychologiques-environnementaux et sociaux qui doivent impérativement être notés aux urgences, les prescriptions médicamenteuses chez le patient âgé et les critères permettant de décider de son orientation à l'issue de son passage aux urgences. Devant le faible nombre de lits de gériatrie, les urgentistes ont pour les guider dans l'orientation ou non en gériatrie, le score ISAR qui leur permet d'évaluer le risque d'évolution défavorable pour les PG75. En cas de positivité de ce score le patient doit être préférentiellement hospitalisé en gériatrie. Cependant, la charge de travail des urgences n'en permet pas une application rigoureuse.

L'équipe mobile de gériatrie (EMG) permet également d'aider l'urgentiste dans la prise en charge du patient gériatrique [12]. Elle assure une évaluation plus poussée du patient et repère, de ce fait, ses fragilités. Dans notre étude, l'EMG intervient chez 22% des patients du groupe adapté et pour seulement 12,5% des patients du groupe non adapté. Dans la quasi-totalité des cas, l'EMG est intervenue aux urgences et non pas dans le service d'hospitalisation. Dans notre étude, on constate que le pourcentage de patients hospitalisés au court séjour gériatrique est superposable à celui de patients du groupe adapté pris en charge par l'EMG (respectivement 29% et 22%). Cela suppose donc que l'EMG a joué un rôle prédominant aux urgences dans l'orientation de ces patients en gériatrie. Elle prouve, par ces résultats, qu'elle est un acteur à part entière dans l'orientation des patients aux urgences. En revanche, son intervention au sein des services

hospitaliers du CHIAP reste très limitée alors qu'elle serait primordiale surtout pour les patients mal orientés. Quelles en sont les raisons ? Manque d'acteurs médicaux et paramédicaux au sein de cette équipe ? Demande d'évaluation gériatrique non formulée par les services n'ayant pas d'orientation gériatrique ?

Concernant le mode d'orientation des patients, dans notre étude, la part d'hospitalisation de patients gériatriques adressés par les établissements d'hébergements reste faible (19% des patients hospitalisés) et identique à celle constatée par la DREES en juin 2013. Ce faible taux suppose une bonne gestion de ces patients par les médecins libéraux ce qui est d'ailleurs préconisé par l'HAS [8]. On constate également que parmi les 35% de patients adressés par un médecin non hospitalier, 22% des PG75 de notre étude sont adressés par leur médecin traitant. Ce taux est également superposable à celui constaté par la DREES [4]. Cependant, dans notre étude, 40% des patients du groupe non adapté sont adressés par un médecin libéral contre 32,9% dans le groupe adapté. Le fait que près de la moitié des patients mal orientés aient été adressés par un médecin signe un dysfonctionnement dans le mode d'hospitalisation. En effet, un patient adressé aux urgences par un médecin libéral suppose que ce dernier ne peut pas effectuer une prise en charge adaptée en ville et laisse le soin au système hospitalier de réaliser une prise en charge adéquate. Cependant dans notre étude, on met en évidence que malgré la demande d'hospitalisation formulée par un médecin libéral, le patient est moins bien orienté par la suite voir renvoyé à son domicile. Cela questionne sur la relation médecine de ville-médecine hospitalière et relance la question des admissions directes en service de gériatrie ou dans un autre service hospitalier. Ce problème est fortement pointé du doigt par les médecins libéraux [13]. En effet, ces derniers expriment clairement leurs difficultés à accéder au milieu hospitalier lorsqu'ils en ont besoin : difficulté à joindre un médecin au téléphone, impression d'être jugés sur leur prise en charge, barrières à l'hospitalisation directe de leurs patients. Les médecins libéraux n'ont alors pas d'autres choix que d'adresser leurs patients aux urgences tout en sachant que c'est un environnement hostile et délétère pour les PG75 [14-15]. Ce choix est d'autant plus inévitable, qu'il est recommandé par les services hospitaliers eux même qui refusent, pour la grande majorité, toutes entrées directes. Une solution à ce problème se met en place actuellement dans la ville de Lyon qui a créée en 2013 une ligne unique et directe d'appel téléphonique en

gériatrie. Les résultats sont engageants. En effet, les médecins libéraux qui utilisent cette ligne trouvent dans ce dispositif un moyen d'accéder rapidement à un avis gériatrique, une facilité d'hospitalisation pour leurs patients mais aussi un soutien moral pour eux même qui doivent faire face seuls aux problématiques sociales, somatiques de leurs patients mais aussi à la pression qu'exercent les familles. Cette collaboration médecine de ville/ médecine hospitalière mérite d'être approfondie et développée.

Ces problèmes d'orientation des patients gériatriques à l'issue de leur passage aux urgences, ainsi que l'environnement hostile des urgences (stress, temps d'attente prolongé, mauvaise installation, risque de déshydratation, défaut de formation gériatrique pour la majorité du personnel), questionne sur l'intérêt de mettre en place une filière d'urgence gériatrique. Actuellement, il n'existe pas dans la littérature de trace de services d'urgence gériatrique au sens strict, dont le mode de fonctionnement serait calqué sur celui des urgences pédiatriques. En revanche, une étude américaine réalisée en novembre 2007 proposait un modèle d'urgence gériatrique appelé GEDI (Geriatric Emergency Department Interventions) [15]. Dans leur travail, les incompatibilités entre le mode de fonctionnement des urgences adultes avec les caractéristiques du patient gériatrique étaient pointées du doigt. Dans un premier temps, il ressortait que le principe même des urgences, qui veut qu'un triage et un diagnostic soient rapidement réalisés, ne convient pas au patient gériatrique polypathologique, polymédiqué et souvent présentant des troubles cognitifs. En effet, ces caractéristiques propres au patient gériatrique font que les symptômes sont souvent atténués, et de ce fait un diagnostic ne peut être posé qu'après la réalisation d'examens paracliniques. Cela implique donc un temps d'attente prolongé aux urgences ce qui, on le sait, est délétère pour le patient. En cas de diagnostic posé trop rapidement il y a un risque accru d'erreur diagnostique et/ou de retard diagnostique et donc de mauvaise orientation à l'issue du passage aux urgences. L'autre point souligné par cette étude américaine est l'environnement même des urgences qui majore le risque de chute, de confusion et d'escarre. Pour cela le modèle GEDI propose la création, au sein des urgences adultes, de salles d'urgences plus au calme, où le patient serait installé seul avec sa famille, les salles de consultation seraient agencées de manière à limiter le risque de désorientation (présence de fenêtres, de calendriers), les risques trophiques seraient prévenus par la mise en place de matelas anti-escarre.

Concernant la prise en charge médicale, le modèle américain propose la formation des médecins et infirmiers à l'évaluation gériatrique, une évaluation systématique de l'état cognitif, des protocoles thérapeutiques adaptés à la personne âgée notamment pour la douleur-les fractures de hanche-les troubles digestifs- les escarres- les rétentions aiguës d'urines et les syncopes. Concernant les contentions physiques, celles-ci seraient strictement contre indiquées, la famille palliant à la possible confusion induite par l'environnement des urgences.

Ce modèle semble parfaitement adapté pour nos patients gériatriques, et sa mise en place serait un véritable bénéfice pour les patients gériatriques.

En ce qui concerne l'emploi des contentions physiques et/ou chimiques, elles sont utilisées chez 25% des patients de notre étude, sans différence significative entre les deux groupes. Dans notre travail, on parle de contentions physiques passives, c'est-à-dire empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire du patient. Dans la majorité des cas c'est une contention physique qui est utilisée, l'emploi des deux barrières de lit étant prédominant. Dans 66% des cas, on constate qu'il n'y a pas de prescription médicale ni de justification médicale retranscrite dans le dossier du patient. Quand une justification est notée, le motif évoqué est le risque de chute sur déambulation ou agitation. Or selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) [16] il n'y a aucune preuve scientifique à l'utilisation des contentions pour ces motifs qui ne sont pas de véritables indications médicales. Il a même été démontré que l'utilisation de contention chez les patients déambulants augmentait le risque de chutes graves. Ces résultats questionnent sur certaines mauvaises pratiques réalisées en services d'hospitalisation et sur la nécessité de former le personnel médical et paramédical afin d'y remédier [17].

L'hospitalisation d'urgence provoque un état de stress qui peut être révélateur de la fragilité du sujet âgé, et les effets de ce type d'hospitalisation peuvent persister jusqu'à 36 mois après la sortie de l'hôpital [18]. Il est donc plus que nécessaire de déterminer le plus tôt possible les facteurs de mauvais pronostic. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) est l'outil indispensable pour révéler précocement ces facteurs péjoratifs potentiels. Cette grille évalue le niveau de dépendance dans les activités de la vie quotidienne, les troubles de l'humeur et le risque de dépression, le statut cognitif du patient, l'état nutritionnel (score MNA ou taux d'albumine sérique), la mobilité du patient, le niveau de sévérité de l'état de comorbidité (par l'index Charlson), le risque de survenue d'escarre (échelle de Norton). Parmi ces

items, il a été démontré que ceux qui influençaient significativement la mortalité étaient un état de dénutrition sévère, l'existence d'une démence et/ou d'un syndrome confusionnel, la présence de troubles de la marche et des antécédents récents d'hospitalisation.

L'ensemble des items de l'EGS a été recherché dans notre étude et on constate malheureusement que dans les deux groupes cette évaluation n'est partiellement voire pas réalisée. Tout d'abord concernant l'état nutritionnel du patient (évalué dans notre étude avec le taux d'albumine sérique, le poids et l'indice de masse corporelle (IMC)), on constate que l'évaluation a été un peu mieux réalisée dans le groupe adapté. En effet, le poids et l'IMC ont été significativement plus recherchés (respectivement 91% et 86% dans le groupe adapté contre 75% et 67%). Quant au taux d'albumine sérique, on constate qu'il a été dosé chez seulement 34% des patients du groupe adapté et 25% du groupe non adapté sans différence significative entre les deux groupes ($p=0,2146$). Ce dosage est primordial dans l'évaluation de l'état nutritionnel du patient. Le fait qu'il soit peu recherché laisse supposer que l'impact hautement péjoratif d'une dénutrition sévère n'est pas connu chez les médecins sans formation gériatrique.

La même constatation est faite lorsqu'il s'agit d'évaluer le risque de chute ainsi que l'autonomie antérieure pour les activités de la vie quotidienne, la continence, la prise des repas et la mobilité. Dans 50% des cas, l'évaluation du risque de chute n'est pas réalisée ; la mobilité antérieure à l'hospitalisation est recherchée dans seulement 48 % des cas, la continence du patient n'est pas précisée dans 55% des cas et l'autonomie pour les repas n'est pas précisée dans 68% des cas.

En revanche, l'évaluation et la prévention de l'état cutané est plutôt bien réalisée puisque plus de 50% des patients des deux groupes en ont bénéficié. Il en est de même pour l'évaluation de la douleur qui est réalisée pour 96% des patients des deux groupes. Le statut cognitif a lui aussi été recherché pour 70% des patients et on constate que ceux avec des troubles modérés à sévères étaient significativement plus nombreux dans le groupe adapté. Ce point est positif quand on sait que l'existence d'une démence et/ou d'un syndrome confusionnel est un facteur majeur d'évolution péjorative à long terme.

Dans la littérature l'EGS, est décrit comme nécessaire et fondamental dans l'évaluation de la fragilité. En pratique on se rend compte néanmoins que les différents items ne sont pas recherchés au cours de l'hospitalisation.

On s'interroge donc sur le bien fondé de la présentation de cet outil. Est-il réellement adapté à l'organisation des soins tels qu'ils sont pratiqués de nos jours ? Quelles sont les actions préconisées au praticien pour répondre à cette évaluation ? Finalement il n'en découle pas un plan de soin.

La réflexion doit s'inscrire dans une prise en charge globale en faisant le lien avec le médecin traitant. Les différents axes explorés par l'EGS sont intéressants à explorer une fois au moins dans l'histoire de la maladie qui a nécessité l'hospitalisation mais pas nécessairement aux urgences et pas systématiquement en court séjour. L'évaluation est continue dans le temps et dans l'histoire du patient pour pouvoir y apporter une réponse centrée sur le patient.

Afin d'aider à cette évaluation du patient et à la coordination des soins, le ministère des Affaires Sociales et de la Santé a mis en place en 2014, un dispositif s'adressant aux personnes âgées de 75 ans et plus présentant un risque potentiel de perte d'autonomie [19]. Ce dispositif appelé PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) a pour objectif de préserver l'autonomie des personnes âgées en agissant sur les principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute, problèmes liés à la polymédication) et en optimisant la coordination avec les professionnels de santé (sanitaire, sociaux et médico-sociaux). Son action est de :

- Renforcer le maintien à domicile
- Améliorer la coordination des intervenants et des interventions
- Sécuriser la sortie d'hôpital
- Éviter les hospitalisations inutiles
- Gérer la prise médicamenteuse

Pour ce faire, la PAERPA travaille étroitement avec le médecin généraliste ainsi qu'avec les autres acteurs de santé. Elle a également mis en place un numéro unique accessible aux personnes âgées, à leurs aidants et aux professionnels de santé.

Ce dispositif assure donc un parcours de soin mieux coordonné et spécifique à la personne âgée.

Bien que nous n'ayons pas de différence significative concernant le suivi médical et paramédical entre nos deux groupes, il semblerait que les patients du groupe adapté aient bénéficiés d'une prise en charge plus optimale que ceux du

groupe non adapté. En effet, on constate, chez les patients du groupe adapté que le retard diagnostic est significativement moins important par rapport aux patients mal orientés (respectivement 5% et 15%). On constate également une tendance plus marquée à la perte d'autonomie dans la population orientée de manière non adaptée : 25% contre 18% des patients du groupe adapté. Parmi les patients ayant perdus de l'autonomie, on constate qu'elle a été plus sévère chez les patients du groupe non adapté puisque 50% d'entre eux présentent à l'issue de l'hospitalisation une incapacité complète, contre 38% des patients du groupe adapté. Finalement, on constate que l'ordonnance de sortie est beaucoup plus en accord avec les antécédents et la fonction rénale du patient pour ceux ayant bénéficiés d'une hospitalisation en service adapté. Concernant le taux de réhospitalisation à 1 mois, il est relativement faible (13%) et sans différence significative entre les deux groupes.

En revanche on constate paradoxalement que le nombre de complications dans le groupe adapté est plus important que dans le groupe non adapté (64% versus 35%). Ce taux plus important de complications pourrait être en lien avec la prise en charge des patients de chirurgie. En effet, les PG75 hospitalisés de façon adaptée dans ces services, ont pour la grande majorité bénéficiés d'interventions chirurgicales. Ce n'est pas le cas de ceux hospitalisés de façon non adaptée en chirurgie. Les PG75 hospitalisés de façon non adaptée dans les services de chirurgie étaient tous hébergés soit d'un autre service de chirurgie soit d'un service de médecine. Ceux hébergés dans un autre service de chirurgie restaient dans le service jusqu'à l'intervention chirurgicale puis à la sortie du bloc étaient directement transférés dans le service de chirurgie dont ils relevaient. Ainsi le suivi post opératoire de ces patients n'a pas été évalué dans notre étude puisque seul le premier service à la sortie des urgences nous intéressait. Ainsi dans le groupe non adapté les complications post opératoires de ces patients n'ont pas été étudiées à la différence des patients du groupe adapté. Parmi les complications que l'on retrouve de manière significativement plus importante dans le groupe adapté nous avons : confusion aigüe/ décès/ rétention aigüe d'urine/ complications infectieuses. La douleur est quant elle retrouvée de manière significativement plus importante dans le groupe non adapté.

Ces complications sont celles qui sont majoritairement répertoriées dans les complications post opératoires [20]. Cela laisse donc fortement supposer que les complications que nous avons relevées dans le groupe adapté sont imputables aux

complications post opératoires des services de chirurgie. Ce résultat relance la discussion sur l'intérêt des services de chirurgie gériatrique. De nombreux services de chirurgies associant gériatres et chirurgiens orthopédiques ont déjà fait leurs apparitions dans le monde entier. De nombreuses études centrées sur la prise en charge des fractures de hanche chez les patients âgés ont déjà été réalisées [20-21-22-23-24]. Dans l'ensemble de ces travaux, les principaux objectifs d'une association ortho gériatrique sont :

- Retour à l'état antérieur à la fracture le plus rapidement possible
- L'amélioration du patient et la satisfaction de la famille
- Diminution des complications, des réhospitalisations et de la mortalité
- Fournir les meilleurs soins possibles
- Prévenir d'autres fractures

Pour permettre cela, ces services ont mis en place une organisation spécifique centrée sur le patient gériatrique et associant :

- Une prise en charge multidisciplinaire associant chirurgiens, gériatres, anesthésistes.
- Prise en charge main dans la main avec les équipes paramédicales (aides soignants, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes...),
- Place centrale du gériatre qui va intégrer et prendre en charge les problèmes somatiques, psychologiques et sociaux.
- Si possible la création de lits dédiés dans les services de chirurgie.

Pour qu'une telle association soit efficace, elle doit être mise en place le plus tôt possible c'est-à-dire dès l'admission du patient aux urgences et doit se prolonger jusqu'à la sortie du patient.

Les études réalisées ont significativement mis en évidence de nombreux points positifs à cette association orthogériatrique :

- Diminution des complications post opératoire avec notamment diminution des infections urinaires, de la rétention d'urine, des troubles cardiaques, des surinfections de plaies profondes et des décès.
- Une diminution de la durée d'hospitalisation, qui on le sait est délétère pour le patient âgé si elle est prolongée.
- Une baisse significative des réadmissions post hospitalisation.

De tels résultats ont été possibles, d'une part, grâce à un personnel formé et sensibilisé aux problématiques gériatriques et qui assure la prévention et la détection précoce des complications et notamment de la confusion aiguë et de la perte d'autonomie. Le maintien d'un niveau d'autonomie et la diminution de la durée de séjour sont liés à l'intervention précoce et adaptée des kinésithérapeutes mais aussi aux travaux des soignants (aides soignants et infirmiers) qui stimulent les patients. D'autre part, la prise en charge médicale proposée dans ces services d'orthogériatrie assure l'évaluation du risque de chute, le bilan et le traitement de l'ostéoporose, la mise en place de mesures permettant de limiter la perte d'autonomie.

Cette prise en charge pluridisciplinaire, bien que plébiscitée, doit néanmoins être associée à un médecin référent hospitalier qui centralise les décisions, peut être sollicité par les équipes soignantes et qui est en mesure de répondre aux interrogations des patients et de leur famille. Le gériatre pourrait être ce référent.

Certains biais sont à noter dans la réalisation de notre étude.

1- On peut noter tout d'abord les biais liés au faible nombre de patients inclus. En effet, seuls 119 dossiers de patients ont été étudiés et uniquement 40 dans le groupe non adapté. Cela implique un manque de puissance dans notre étude et suppose que les résultats obtenus doivent être interprétés avec prudence car potentiellement peu représentatifs. Malgré tout, nos résultats restent en accord avec de nombreuses données de la littérature ainsi qu'avec l'étude menée au sein des urgences du CHIAP supposant une certaine crédibilité dans nos résultats.

Ce faible nombre de patients peut également expliquer l'absence de différence significative entre nos deux groupes étudiés.

2- Ensuite, notre étude étant rétrospective elle est soumise aux biais liés à ce type de travail :

- Biais d'information. En effet, lors de la réalisation du recueil de données, de nombreuses variables que nous souhaitions étudier (antécédents de chute, l'autonomie, le mode de vie) étaient très souvent non précisées. Une étude prospective auraient permis d'éviter ces biais mais devant les importants moyens matériels et humains nécessaires cela n'a pas pu être réalisé.

- Biais d'évaluation : Dans notre cas, l'examineur connaissant la composition des deux groupes et la question de recherche, son interprétation de certaines données a inconsciemment pu être faussée (biais par suspicion d'exposition). Pour limiter ce biais l'étude aurait du être réalisée en double insu.
 - Le taux de réhospitalisation est sous estimé par le fait que seuls les réadmissions au sein du CHIAP étaient recherchées. Ainsi nous avons certainement eu de nombreux patients perdus de vue sur cette question soit parce qu'ils ont été réhospitalisés dans un autre établissement, soit parce qu'ils sont décédés après leur sortie d'hospitalisation.
- 3- Un autre biais inhérent à la méthodologie employée dans notre étude est le biais de classement. En effet, bien que nous ayons défini les caractéristiques qui devaient nous aider à classer les patients selon les groupes adaptés ou non adaptés, l'évaluation réalisée faisait également appel à la subjectivité de l'examineur.
- 4- Finalement, l'« effet centre » intrinsèque de l'étude monocentrique limite l'extrapolation de nos résultats et diminue la puissance de notre étude. En effet, tous nos patients ont été étudiés au sein du CHIAP. Cela suppose qu'ils ont tous été soumis aux mêmes facteurs qui potentiellement influencent les hospitalisations : 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, les conditions climatiques.

CONCLUSION

Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence une différence significative concernant la prise en charge des patients gériatriques selon la bonne ou mauvaise orientation en service d'hospitalisation à l'issue de leur passage aux urgences.

En revanche, on a pu montrer que la fragilité et les caractéristiques propres à cette catégorie de patients ne sont pas suffisamment recherchées et prises en compte lors des hospitalisations entraînant quasi systématiquement des complications et une perte d'autonomie.

Ce travail a permis d'ouvrir la discussion sur de nombreux points qui permettraient d'améliorer la prise en charge des affections aiguës du patient gériatrique : la création d'urgences gériatriques, de services de chirurgie gériatrique, le développement des EMG et le renforcement de la collaboration entre la médecine de ville et les hôpitaux semblent être des pistes à développer. Néanmoins, pour que de tels dispositifs fonctionnent, la place centrale du médecin généraliste est primordiale.

BIBLIOGRAPHIE

1. La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents [Internet]. Cour des Comptes ; 2012 février [cité 9 sept 2017]. Disponible sur:
https://prd.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/Systemes_soins_personnes_agees.pdf
2. La prise en charge hospitalière des personnes âgées. Commission des Comptes de la Sécurité Sociale ; 2012 juillet ; 116-121
3. Trivalle C. L'hospitalisation des personnes âgées. NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie. mars 2002;42-45
4. Ricroch L. Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers - Études et Résultats – DREES. Septembre 2016 [Internet]. [cité 9 sept 2017]; (973). Disponible sur :
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/trouver-un-lit-apres-les-urgences-une-tache-plus-facile-pour-les-petits>
5. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé- DREES. mars 2017 [Internet]. [cité 9 sept 2017];(1007). Disponible sur:
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-aux-urgences-une-patientele-au-profil-particulier>
6. Swine C, Cornette P, Pelemans W. chapitre 2: Le patient gériatrique. In: Médecine Gériatrique, Pratique Quotidienne [Internet]. Pfizer; 2002 [cité 10 sept 2017]. p. 49-60. Disponible sur:
http://www.geriatrie.be/mediastorage/FSDocument/110/vol01_chap02_fr.pdf

7. Dramé M, Dia PAJ, Jolly D, Lang P-O, Mahmoudi R, Schwebel G, et al. Facteurs prédictifs de mortalité à long terme chez des patients âgés de 75 ans ou plus hospitalisés en urgence : la cohorte SAFES. *La Presse Médicale*. 1 juill 2009;38(7):1068-75.
8. Haute Autorité de Santé. Prendre en charge une personne âgée poly pathologique en soins primaires [Internet]. HAS; 2015 avril [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-poly-pathologique-en-soins-primaires
9. Kariger E, Blanchard F, Ennuyer B, Lecoyer I, Albert H, Jolly D, et al. Facteurs prédictifs du devenir à 6 mois des personnes de plus de 75 ans admises en urgence à l'hôpital. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 1996;44(1):47-56.
10. Leveau P. La personne âgée aux urgences. /data/traites/ug0/25-45553/ [Internet]. 15 juin 2009 [cité 9 sept 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/218873>
11. Société Francophone de Médecine d'Urgence. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux Urgences. 10^e Conférence de Consensus. Urgences-Online [Internet]. STRASBOURG: 2003 Décembre [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.urgences-serveur.fr/prise-en-charge-de-la-personne,757.html>
12. Natali J-P, Schwald N, Bach F, Bourgoïn G, Chifray D, Bloch F. Intérêt d'une équipe mobile gériatrique aux urgences : retour sur dix ans d'expérience. *Soins Gériatrie* [Internet]. nov 2015 [cité 9 sept 2017];(116). Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/283799795_Interet_d'une_equipe_mobile_geriatrique_aux_urgences_retour_sur_dix_ans_d'experience

13. Maréchal F, Kim B-A, Castel-Kremer E, Comte B. Évaluation de la ligne unique et directe d'appel téléphonique en gériatrie (ELUDAT G): une étude qualitative. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 déc 2015;15(90):316-22.
14. Sost G, Jouanny P. Urgences gériatriques. *EMC - Médecine*. 1 avr 2005;2(2):137-43
15. Hwang U, Morrison RS. The geriatric emergency department. *J Am Geriatr Soc*. nov 2007;55(11):1873-6.
16. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. [Internet]. ANAES. 2000 oct [cité 10 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>
17. Bagaragaza E, Vedel I, Cassou B. Les obstacles à l'adoption des recommandations concernant la contention physique passive. 2006;29(116):161-70.
18. Lazarovici C, Somme D, Chatellier G, Saint-Jean O, Espinoza P. Trajectoire initiale des patients âgés et impact sur leur orientation après leur passage dans les services d'urgences. Résultats d'une enquête nationale. *La Revue de Médecine Interne*. 1 août 2008;29(8):618-25
19. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 10 sept 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
20. Folbert ECE, Smit RS, van der Velde D, Regtuijt EMM, Klaren MH, Hegeman JHH. Geriatric Fracture Center: A Multidisciplinary Treatment Approach for Older Patients With a Hip Fracture Improved Quality of Clinical Care and Short-

Term Treatment Outcomes. *Geriatr Orthop Surg Rehabil.* 1 juin 2012;3(2):59-67.

21. Liem IS, Kammerlander C, Suhm N, Blauth M, Roth T, Gosch M, et al. Identifying a standard set of outcome parameters for the evaluation of orthogeriatric co-management for hip fractures. *Injury.* 1 nov 2013;44(11):1403-12
22. Thornton J. Orthopaedic surgeons and geriatricians “must collaborate” to improve hip fracture care. *BMJ [Internet].* 2016;354. Disponible sur: <http://www.bmj.com/content/bmj/354/bmj.i4834.full.pdf>
23. Colburn JL, Mohanty S, Burton JR. Surgical Guidelines for Perioperative Management of Older Adults: What Geriatricians Need to Know. *J Am Geriatr Soc.* juin 2017;65(6):1339-46.
24. Tarazona-Santabalbina FJ, Belenguer-Varea Á, Rovira E, Cuesta-Peredó D. Orthogeriatric care: improving patient outcomes. *Clin Interv Aging.* 24 juin 2016;11:843-56

ANNEXES

Annexe 1

QUESTIONNAIRE GROUPE ADAPTE

Destiné aux patients hospitalisés dans un service adapté à leur pathologie.

1. Numéro de formulaire :
2. Age :
3. Sexe :
 - Homme
 - Femme
4. Provenance du patient:
 - Domicile
 - Domicile avec aide professionnelle
 - EHPAD/foyer logement/ USLD
 - Autre :
5. Antécédents du patient/ comorbidités :
6. Nombre de maladies associées :
 - 1 à 3 maladies
 - 4 à 5 maladies
 - 6 maladies et plus
7. Index de Charlson :
8. Insuffisance rénale :
 - absente
 - légère
 - modérée
 - sévère
9. Nombre de médicaments pris par jour par le patient:
 - 3 médicaments ou moins
 - 4 à 5 médicaments
 - 6 médicaments ou plus
10. Chute dans les 6 derniers mois :
 - Aucune chute
 - Une chute sans gravité
 - Chute(s) multiples ou compliquée(s)
 - Non précisé

11. Évaluation de l'état nutritionnel du patient :

- non évalué
- poids
- IMC
- albuminémie

12. Valeur de l'albuminémie :

13. Autonomie dans les activités de la vie quotidienne (*confection des repas, téléphone, prise des médicaments, toilette, transport*) :

- Indépendance
- Aide partielle
- Incapacité
- Non évaluée

14. Mobilité (*se lever, marcher*) :

- Indépendance
- Soutien
- Incapacité
- Non précisé

15. Continence (*urinaire et/ou fécale*) :

- Continence
- Incontinence occasionnelle
- Incontinence permanente
- Non précisée

16. Prise des repas :

- Indépendance
- Aide ponctuelle
- Aide complète
- Non précisée

17. Fonctions cognitives:

- Normales
- Peu altérées
- Très altérées (confusion aiguë, démence...)
- Non évaluées

18. Personne ayant adressée le patient aux urgences:

- Médecin traitant
- Médecin spécialiste
- professionnel paramédical (kinésithérapeute, infirmier, aide soignante, aide ménagère)
- proche (famille, ami, voisin)
- médecin d'EHPAD / structure d'hébergement
- lui même
- Autre :

19. Heure d'arrivée aux urgences

- Entre 8h et 12h
- Entre 12h et 14h
- Entre 14h et 18h
- Entre 18h et 20h
- Entre 20h et 00h
- Entre 00h et 8h

20. Temps passé aux urgences :

- moins d'1 heure
- Entre 1h et 3h
- Entre 3h et 6h
- Entre 6h et 10h
- Entre 10h et 12h
- Entre 12h et 16h
- Plus de 16h

21. Motif(s) d'hospitalisation :

- infectieux
- inflammatoire
- traumatologie
- trouble trophique
- altération de l'état général
- trouble neurologique (autre que confusion aigue)
- confusion aigue
- pathologie cardio-vasculaire
- néoplasie
- urologique
- digestif
- Autre :

22. Service d'hospitalisation :

- Cardiologie
- Chirurgie digestive, viscérale
- Chirurgie orthopédique et traumatologie
- Chirurgie thoracique
- Chirurgie urologique
- Chirurgie vasculaire
- Court Séjour Gériatrique
- Dermatologie
- Endocrinologie -Diabétologie
- Gastroentérologie
- Gynécologie
- Hématologie - Oncologie
- Maladies respiratoires
- Médecine interne -Rhumatologie - Maladies infectieuses
- Médecine Pertuis
- Médecine Post Urgence
- Médecine Physique et Réadaptation

- Néphrologie
- Neurologie
- Ophtalmologie
- ORL
- Stomatologie
- Centre Moyen et Long séjour (CMLS)

23. Intervention de l'Equipe Mobile de Gériatrie :

- oui
- non

24. Suivi médical au cours de l'hospitalisation (*observations médicales notifiées dans le dossier du patient*) :

- > 1 fois par jour
- 1 fois par jour
- 4 à 5 fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- 1 fois par semaine
- < 1 fois par semaine
- aucun

25. Transmissions infirmière/aide soignant notifiées dans le dossier du patient :

- 1 fois par jour
- 4 à 5 fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- 1 fois par semaine
- < 1 fois par semaine
- aucune

26. Prise des constantes :

- > 1 fois par jour
- 1 fois par jour
- 4 à 5 fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- 1 fois par semaine
- < 1 fois par semaine
- aucune

27. Evaluation de la douleur :

- oui
- non

28. Evaluation de l'état cutané:

- oui
- non

29. Prévention cutanée :

- oui
- non

30. Le patient a-t-il eu une contention physique et/ou chimique :

- oui
- non

31. Si oui, quel(s) motif(s) ont été donnés :

32. Y a-t-il eu un retard diagnostique au cours de l'hospitalisation?

- oui
- non

33. Complications au cours de l'hospitalisation?

- oui
- non

34. Types de complications :

- infectieuse
- inflammatoire
- cardio-respiratoire
- événements thrombo-emboliques
- métaboliques
- cutanés (escarre; ulcère...)
- traumatique
- chutes à répétition
- neurologique
- globe urinaire
- décès
- réorientation dans un autre service ou dans un autre hôpital pour cause médicale
- insuffisance rénale aiguë
- confusion aiguë
- hémorragie
- iatrogénie
- douleur
- Autre :

35. Autonomie dans les activités de la vie quotidienne à la fin de l'hospitalisation
(confection des repas, téléphone, prise des médicaments, toilette, transport) :

- Indépendance
- Aide partielle
- Incapacité
- Non évaluée

36. L'ordonnance de sortie est adaptée :

- à la fonction rénale du patient
- aux antécédents du patient
- aucun des 2

37. Si l'ordonnance n'est pas adaptée (à la fonction rénale et/ou aux antécédents), quel(s) médicament(s) ne convient pas?

38. Durée d'hospitalisation (en jour(s)) :

39. Mode de sortie :

- retour à domicile
- transfert (autre service, SSR, autre établissement hospitalier...)
- Entrée en institution (EHPAD/ USLD/ Foyer logement)
- HAD
- Décès

40. Réhospitalisation dans les 30 jours suivant la sortie?

- oui
- non

41. Médecin traitant notifié dans le dossier :

- oui
- non

42. Remarques particulières concernant la prise en charge

Annexe 2

QUESTIONNAIRE GROUPE NON ADAPTE

Destiné aux patients hospitalisés dans un service non adapté à leur pathologie.

43. Numéro de formulaire :

44. Age :

45. Sexe :

- Homme
- Femme

46. Provenance du patient:

- Domicile
- Domicile avec aide professionnelle
- EHPAD/foyer logement/ USLD
- Autre :

47. Antécédents du patient/ comorbidités :

48. Nombre de maladies associées :

- 1 à 3 maladies
- 4 à 5 maladies
- 6 maladies et plus

49. Index de Charlson :

50. Insuffisance rénale :

- absente
- légère
- modérée
- sévère

51. Nombre de médicaments pris par jour par le patient:

- 3 médicaments ou moins
- 4 à 5 médicaments
- 6 médicaments ou plus

52. Chute dans les 6 derniers mois :

- Aucune chute
- Une chute sans gravité
- Chute(s) multiples ou compliquée(s)
- Non précisé

53. Évaluation de l'état nutritionnel du patient :

- non évalué
- poids
- IMC
- albuminémie

54. Valeur de l'albuminémie :

55. Autonomie dans les activités de la vie quotidienne (*confection des repas, téléphone, prise des médicaments, toilette, transport*) :

- Indépendance
- Aide partielle
- Incapacité
- Non évaluée

56. Mobilité (*se lever, marcher*) :

- Indépendance
- Soutien
- Incapacité
- Non précisé

57. Continence (*urinaire et/ou fécale*) :

- Continence
- Incontinence occasionnelle
- Incontinence permanente
- Non précisée

58. Prise des repas :

- Indépendance
- Aide ponctuelle
- Aide complète
- Non précisée

59. Fonctions cognitives:

- Normales
- Peu altérées
- Très altérées (confusion aiguë, démence...)
- Non évaluées

60. Personne ayant adressée le patient aux urgences:

- Médecin traitant
- Médecin spécialiste
- professionnel paramédical (kinésithérapeute, infirmier, aide soignante, aide ménagère)
- proche (famille, ami, voisin)
- médecin d'EHPAD / structure d'hébergement
- lui même
- Autre :

61. Heure d'arrivée aux urgences

- Entre 8h et 12h
- Entre 12h et 14h
- Entre 14h et 18h
- Entre 18h et 20h
- Entre 20h et 00h
- Entre 00h et 8h

62. Temps passé aux urgences :

- moins d'1 heure
- Entre 1h et 3h
- Entre 3h et 6h
- Entre 6h et 10h
- Entre 10h et 12h
- Entre 12h et 16h
- Plus de 16h

63. Motif(s) d'hospitalisation :

- infectieux
- inflammatoire
- traumatologie
- trouble trophique
- altération de l'état général
- trouble neurologique (autre que confusion aigue)
- confusion aigue
- pathologie cardio-vasculaire
- néoplasie
- urologique
- digestif
- Autre :

64. Service d'hospitalisation :

- Cardiologie
- Chirurgie digestive, viscérale
- Chirurgie orthopédique et traumatologie
- Chirurgie thoracique
- Chirurgie urologique
- Chirurgie vasculaire
- Court Séjour Gériatrique
- Dermatologie
- Endocrinologie -Diabétologie
- Gastroentérologie
- Gynécologie
- Hématologie - Oncologie
- Maladies respiratoires
- Médecine interne -Rhumatologie - Maladies infectieuses
- Médecine Pertuis
- Médecine Post Urgence
- Médecine Physique et Réadaptation
- Néphrologie

- Neurologie
- Ophtalmologie
- ORL
- Stomatologie
- Centre Moyen et Long séjour (CMLS)

65. Le patient était t'il hébergé dans ce service?

- oui
- non

66. Si oui, combien de jour(s) a t'il été hébergé dans ce service?

67. Intervention de l'Equipe Mobile de Gériatrie :

- oui
- non

68. Suivi médical au cours de l'hospitalisation (*observations médicales notifiées dans le dossier du patient*) :

- > 1 fois par jour
- 1 fois par jour
- 4 à 5 fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- 1 fois par semaine
- < 1 fois par semaine
- aucun

69. Transmissions infirmière/aide soignant notifiées dans le dossier du patient :

- 1 fois par jour
- 4 à 5 fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- 1 fois par semaine
- < 1 fois par semaine
- aucune

70. Prise des constantes :

- > 1 fois par jour
- 1 fois par jour
- 4 à 5 fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- 1 fois par semaine
- < 1 fois par semaine
- aucune

71. Evaluation de la douleur :

- oui
- non

72. Evaluation de l'état cutané:

- oui
- non

73. Prévention cutanée :

- oui
- non

74. Le patient a t'il eu une contention physique et/ou chimique :

- oui
- non

75. Si oui, quel(s) motif(s) ont été donnés :

76. Y a t'il eu un retard diagnostique au cours de l'hospitalisation?

- oui
- non

77. Complications au cours de l'hospitalisation?

- oui
- non

78. Types de complications :

- infectieuse
- inflammatoire
- cardio-respiratoire
- évènements thrombo-emboliques
- métaboliques
- cutanés (escarre; ulcère...)
- traumatique
- chutes à répétition
- neurologique
- globe urinaire
- décès
- réorientation dans un autre service ou dans un autre hôpital pour cause médicale
- insuffisance rénale aigue
- confusion aigue
- hémorragie
- iatrogénie
- douleur
- Autre :

79. Autonomie dans les activités de la vie quotidienne à la fin de l'hospitalisation (*confection des repas, téléphone, prise des médicaments, toilette, transport*) :

- Indépendance
- Aide partielle
- Incapacité
- Non évaluée

80. L'ordonnance de sortie est adaptée :

- à la fonction rénale du patient
- aux antécédents du patient
- aucun des 2

81. Si l'ordonnance n'est pas adaptée (à la fonction rénale et/ou aux antécédents), quel(s) médicament(s) ne convient pas?

82. Durée d'hospitalisation (en jour(s)) :

83. Mode de sortie :

- retour à domicile
- transfert en service adapté
- transfert (autre service, SSR, autre établissement hospitalier...)
- Entrée en institution (EHPAD/ USLD/ Foyer logement)
- HAD
- Décès

84. Réhospitalisation dans les 30 jours suivant la sortie?

- oui
- non

85. Médecin traitant notifié dans le dossier :

- oui
- non

86. Remarques particulières concernant la prise en charge

Score de comorbidité CHARLSON

Index de comorbidité

Détermination des pathologies concomitantes:	oui
Infarctus du myocarde	1
Insuffisance cardiaque congestive	1
Maladie vasculaire périphérique	1
Maladie cérébro-vasculaire	1
Démence	1
Maladie pulmonaire chronique	1
Problèmes articulaires («rhumatisme»)	1
Maladie ulcéreuse	1
Hépatopathie d'importance faible	1
Diabète	1
Hémiplégie	2
Insuffisance rénale modérée à sévère	2
Diabète avec lésions au niveau des organes cibles	2
Tumeurs	2
Leucémie	2
Lymphome	2
Hépatopathie moyenne ou sévère	3
Métastases	6
SIDA	6
SCORE TOTAL	0 à 37

Evaluation 3 ou > points: risque élevé d'une évolution défavorable

Interprétation	Score	Mortalité à 1 an
	0	12%
	1-2	26%
	3-4	52%
	5 ou >	85%

ABREVIATIONS

ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANESM :	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux
CHPA :	Centre Hospitalier du Pays d'Aix
CHIAP :	Centre Hospitalier Intercommunal d'Aix Pertuis
CSG :	Court séjour gériatrique
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EGS :	Evaluation gériatrique standardisée
EMG :	Equipe Mobile de Gériatrie
HAS :	Haute Autorité de Santé
IMC :	Indice de masse corporelle
PG75 :	Patients gériatriques de 75 ans et plus
SAU :	Service d'accueil des urgences
SSR :	Soins de suite et réadaptation

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Prise en charge hospitalière du patient gériatrique selon son orientation à partir des urgences. Étude descriptive, observationnelle réalisée au sein du Centre Hospitalier du Pays d'Aix.

La fragilité des patients gériatriques implique une forte demande de soins et rend complexe leur prise en charge. Il en résulte des hospitalisations répétées, souvent non programmées avec un risque fréquent de mauvaise orientation intra-hospitalière et, de ce fait, de prise en charge inadaptée.

Dans cette étude monocentrique, rétrospective, nous avons cherché s'il existait une perte de chance pour les patients gériatriques hospitalisés dans un service non adapté à leur problème de santé. Pour cela, 119 patients de 75 ans et plus, polypathologiques et à risque de dépendance ou dépendants, ont été inclus. 79 patients étaient hospitalisés dans un service « adapté » au problème aigu et/ou aux problématiques gériatriques, tandis que 40 patients étaient hospitalisés dans un service « non adapté » au problème de santé. Pour comparer ces deux groupes, un questionnaire standardisé, relevant les caractéristiques médicales et sociodémographiques des patients, leur prise en charge intra-hospitalière et leur devenir, a été utilisé.

16,5% des patients inclus n'étaient pas hospitalisés dans le bon service bien que 40% d'entre eux étaient adressés par un médecin libéral. Le retard diagnostic était plus important dans le groupe non adapté (15% versus 5%, $p=0,031$) tout comme la perte d'autonomie (25% versus 18%, $p=0,3$). Paradoxalement, les patients bien orientés présentaient plus de complications (64% versus 35%) avec une différence significative sur la confusion aiguë, la rétention aiguë d'urine, les infections, les troubles cutanés et les décès. Le suivi médical et paramédical était superposable quelle que soit l'orientation des patients.

Cette étude ne met pas en évidence de perte de chance en cas de mauvaise orientation hospitalière des patients gériatriques. Cependant, il ressort une méconnaissance générale de leurs spécificités. Cela relance la discussion sur la création d'une filière gériatrique propre mais aussi sur le renforcement des liens entre l'hôpital et la médecine de ville afin de faciliter les hospitalisations programmées.

Mots clefs : Patient gériatrique/ Hospitalisation d'urgence/ Filière gériatrique/ Fragilité/ Parcours de soin/ Médecine générale.