



**HAL**  
open science

# Facteurs prédictifs de réadmission à 1 mois des patients âgés de plus de 75 ans, évalués par l'équipe mobile de gériatrie lors d'un passage aux urgences et rentrés à domicile sans avoir été hospitalisés

Taïna Saint-Pierre

## ► To cite this version:

Taïna Saint-Pierre. Facteurs prédictifs de réadmission à 1 mois des patients âgés de plus de 75 ans, évalués par l'équipe mobile de gériatrie lors d'un passage aux urgences et rentrés à domicile sans avoir été hospitalisés. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01956067

**HAL Id: dumas-01956067**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01956067>**

Submitted on 14 Dec 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.

# **Université de Bordeaux**

UFR : Sciences médicales

Année 2018 N°199

Thèse pour l'obtention du DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 06 Décembre 2018

Par **Mme Taïna SAINT-PIERRE**

Née le 24/10/1982 à Pointe-à-Pitre (971)

**Facteurs prédictifs de réadmission à 1 mois des patients âgés de plus de 75 ans, évalués par l'équipe mobile de gériatrie lors d'un passage aux urgences et rentrés à domicile sans avoir été hospitalisés.**

**Directrice de thèse : Professeur Muriel RAINFRAY**

Jury :

Professeure Isabelle BOURDEL-MARCHASSON, Présidente

Professeur William DURIEUX

Docteur Isabelle FAURE

Docteur Claire ROUBAUD-BAUDRON, rapporteuse de thèse

Docteur Marie-Neige VIDEAU

# **REMERCIEMENTS**

**Aux membres du Jury,**

**Au Professeur Isabelle BOURDEL-MARCHASSON**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère et profonde gratitude.

**Au professeur Muriel RAINFRAY**

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez témoignée en dirigeant cette thèse. Merci pour vos conseils, votre disponibilité, votre accompagnement et l'aide que vous m'avez apportée aux différentes étapes de ce travail. Recevez toute ma reconnaissance et mon profond respect.

**Au Professeur William DURIEUX,**

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance.

**Au Docteur Claire ROUBAUD-BAUDRON**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse et d'en être le rapporteur. Merci de vos conseils et de votre disponibilité qui m'ont été très utiles.

**Au Docteur Isabelle FAURE**

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Merci de l'intérêt que vous portez à ce travail.

**Au Docteur Marie-Neige VIDEAU**

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci du travail que vous faites au sein de l'équipe mobile de gériatrie qui a permis la réalisation de cette étude. Soyez assurée de ma reconnaissance.

**A l'ensemble des équipes médicales et paramédicales rencontrées durant mon parcours et au cours de ce travail, et qui m'ont tant apporté:**

Au Docteur Sophie DUC, merci infiniment pour toute l'aide que vous m'avez apporté dans l'analyse statistique des données. Merci de votre disponibilité et de vos précieux conseils, tant pour ce travail que pour ma nouvelle vie de mère.

Au Professeur Nathalie SALLES, au Docteur Joanne JENN, au Docteur Elise THIEL, à l'ensemble de l'équipe de l'EHPAD Les Jardins de l'Alouette, et tous les autres, merci de m'avoir accueillie parmi vous, au sein du pôle de gériatrie de l'hôpital Xavier Arnozan. Cette expérience à vos côtés fut très enrichissante. Merci de m'avoir fait profiter de votre savoir et de votre expérience clinique, qui me seront très utiles dans ma pratique. Merci à tous les intervenants de l'équipe mobile de gériatrie du CHU de Bordeaux pour leur travail exceptionnel.

Au Docteur Philippe REVEL, merci de m'avoir transmis les informations nécessaires sur l'activité des urgences du CHU de Bordeaux.

Au service de gériatrie de Marmande, qui m'a fait découvrir une discipline passionnante et enrichissante.

Aux enseignants du département de médecine générale, merci de m'avoir fait bénéficier de votre enseignement et de m'avoir transmis votre passion.

**A ma famille et mes amis,**

**A mon époux Josué,**

Merci car chaque jour tu es présent à mes côtés, tu me soutiens et me démontres sans cesse ton immense amour. Ensemble, nous avons traversé cette épreuve et nous en ressortons grandis. Bien des défis nous attendent encore, et je sais que je pourrai toujours compter sur toi. Je t'aime de tout mon cœur et pour toujours.

**A mon fils Jonah,**

J'ai découvert grâce à toi un amour que je ne soupçonnais pas, ainsi qu'un nouveau défi : celui d'être mère. Tu me donnes la force d'avancer et remplis de joie chacun de mes jours. Je t'aime.

### **A ma mère et mon père,**

Je n'ai pas assez de mots pour exprimer l'amour et la reconnaissance que j'ai pour vous. Merci de votre soutien, de votre amour, que vous me manifestez sans cesse. Maman, tu es mon modèle, tu le sais. Merci car c'est grâce à vous que je suis devenue la femme que je suis.

### **A ma sœur et mon frère,**

Merci d'être là pour moi, de me prêter une oreille attentive lorsqu'il le faut. Merci de votre amour.

### **A tous mes oncles, tantes et cousins**

Merci pour vos nombreuses attentions et votre soutien.

### **A mes amis de Bordeaux, de Guadeloupe et d'ailleurs**

Guylène, Jérémy, Emilie, Dérek, Nathalie, Willem, Nadège, Jérôme, Florian, Marielle, Frédo, Mohana, Olivier, Mony, Rosan, Michel, Marcelle, Johanna, Gilles, Nadine, Florence et tous les autres. Merci d'être toujours présents quelles que soient les circonstances et de m'aider à grandir. Vous êtes comme une deuxième famille pour moi. Je suis heureuse d'être votre amie.

### **A mon Dieu**

Merci à celui sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Tu m'as relevée, délivrée. Tu es tout pour moi. Merci Seigneur.

# Table des matières

<b>I. INTRODUCTION</b>	7
<b>A. Etat des lieux</b>	7
<b>B. Parcours de soins</b>	8
1. Accueil des personnes âgées aux urgences	8
2. Accueil des personnes âgées en médecine libérale	9
3. Le PAERPA : le parcours de santé des personnes âgées à risque de perte d'autonomie	10
<b>C. Offre de soins en Gironde</b>	12
1. Démographie médicale	12
2. Les services d'urgences du CHU de Bordeaux	12
3. Description et rôle de l'équipe mobile de gériatrie aux urgences en France	13
4. Dépistage de la fragilité : l'évaluation gériatrique	14
<i>a) Définitions</i>	14
<i>b) Modalités de l'évaluation gériatrique</i>	15
<i>c) Détection de la fragilité aux urgences</i>	17
<b>D. Organisation du parcours de soins PAERPA à Bordeaux</b>	18
1. La plateforme autonomie seniors	18
2. Le service DomCare	18
3. Les EHPAD relais	19
4. Actions au niveau du CHU de Bordeaux	19
<i>a) L'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle</i>	19
<i>b) La télémédecine</i>	20
<i>c) La permanence téléphonique</i>	20

<b>E. Question de recherche et objectifs de travail</b>	21
<b>II. MATERIEL ET METHODES</b>	22
<b>A. Population</b>	22
<b>B. Méthodes</b>	22
<b>C. Critères étudiés</b>	23
<b>D. Analyse statistique</b>	24
<b>III. RESULTATS</b>	26
<b>A. Population</b>	27
<b>B. Description de la population</b>	27
1. Population totale	27
2. Comparaison des patients vus aux urgences de l'Hôpital Pellegrin avec ceux vus aux urgences de l'Hôpital Saint-André.	30
<b>C. Hospitalisation à 1 mois</b>	32
<b>D. Analyse univariée : facteurs prédictifs de réadmission</b>	33
<b>IV. DISCUSSION – PERSPECTIVES</b>	35
<b>V. CONCLUSION</b>	39
<b>VI. ANNEXES</b>	40
<b>VII. LISTE DES ABREVIATIONS</b>	50
<b>VIII. BIBLIOGRAPHIE</b>	52
<b>IX. SERMENT D'HIPPOCRATE</b>	57

# I. Introduction

## A. Etat des lieux

Le nombre de personnes âgées en France ne cesse de croître, comme dans la plupart des pays développés. Selon l'INSEE, la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus représentait 9.3% de la population métropolitaine en 2016. Il est estimé qu'ils seront 12.3% en 2030 et 16% en 2050 (1).

Le vieillissement de la population a pour conséquence un accroissement du nombre de patients fragiles, polypathologiques, dont la prise en charge est complexe(2) (3).

Parmi les personnes admises aux services d'accueil des urgences (SAU), le nombre de personnes âgées est lui aussi en constante augmentation. Leur prise en charge représente donc un enjeu de santé publique. Celle-ci repose, autant que possible, sur un parcours de soins adapté et de qualité, dont l'organisation est complexe, faisant intervenir de nombreux professionnels, dont ceux des équipes mobiles de gériatrie, ayant pour fonction d'optimiser la prise en charge hospitalière des patients âgés (4).

Une étude réalisée par la DREES a observé qu'au décours d'un passage aux urgences, 56% des patients âgés étaient hospitalisés dans un service conventionnel, alors que 38% regagnaient leur domicile et 5 % leur établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La probabilité d'hospitalisation à la sortie des urgences était 2,6 fois plus élevée que celle des 15-74 ans. (2)

On sait que les risques liés à l'hospitalisation d'un sujet âgé sont importants avec notamment un risque de complications nosocomiales et de ré-hospitalisations précoces, auxquels s'ajoute un risque de perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne, et donc d'institutionnalisation, voire même de décès. Cela représente également un enjeu économique majeur. Et pour cause, les dépenses publiques de prise en charge de la perte d'autonomie ont atteint 21,1 milliards d'euros en 2011. En 2060, cette prise en charge publique s'élèverait à 35 milliards d'euros (5).

Ces risques sont d'autant plus importants que l'hospitalisation est prolongée, ce qui est souvent le cas, soit justifiée pour raisons médicales complexes, mais aussi inutile en cas d'orientation à la sortie mal préparée et donc retardée par exemple (6).

Le risque de réhospitalisation précoce non programmée (dans les 30 jours suivant la sortie), n'est pas négligeable, estimée à **14%** à partir de l'analyse de la cohorte SAFEs, et serait lié dans certaines études à une durée d'hospitalisation prolongée (7) (8).

Mais on ne connaît pas le devenir des patients âgés de plus de 75 ans que l'on laisse rentrer à domicile sans avoir été hospitalisés, après un passage aux urgences, et les facteurs prédictifs de réadmission précoce dans ce contexte. En effet, il existe très peu d'études similaires, l'évaluation gériatrique n'y étant pas systématique (9) (10).

Compte tenu des implications de la réadmission des personnes âgées, tant au niveau médical que social, il paraît fondamental de dépister les patients à risque.

## **B. Parcours de soins.**

Devant une urgence, quelle qu'en soit la cause, une personne âgée peut soit consulter son médecin traitant (ou un autre médecin libéral) qui peut organiser une admission directe dans un service hospitalier si son état le nécessite, soit se rendre dans un service d'urgences.

### 1. Accueil des personnes âgées aux urgences.

Les services d'urgences ont pour fonction l'accueil des patients en demande de soins non programmés, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année. Ils sont directement confrontés aux conséquences médicales et sociales du vieillissement de la population. En 2002, 12 à 14% de la totalité des passages dans les structures d'accueil étaient représentées par des personnes âgées de plus de 75 ans (3). En mars 2017, la DRESS a décrit le profil de cette patientèle âgée aux urgences. La traumatologie, bien qu'elle puisse être la conséquence de causes médicales, constitue le premier motif de recours des personnes âgées (25 %), suivi par les motifs cardio-vasculaires (17 %), les motifs généraux divers (fièvre, AEG, etc.) venant ensuite (12%) (2).

Peu d'études ont évalué le risque de réhospitalisation des patients âgés admis aux urgences et rentrés à domicile sans avoir été hospitalisés. Mais plusieurs études ont recherché les facteurs de risque de réhospitalisation précoce non programmées au décours d'une hospitalisation.

Selon un rapport de la HAS, il n'existe pas de modèle unique de prédiction suffisamment fiable de réhospitalisation précoce des personnes âgées de plus de 75 ans ayant été hospitalisées. Il est proposé de se baser sur la présence des critères suivants, qui sont associés à un risque élevé de réhospitalisation précoce (< 1 mois) :

- Une hospitalisation en rapport avec une insuffisance cardiaque, une pneumonie ou une exacerbation de BPCO, un syndrome coronaire aigu
- Un « syndrome gériatrique » selon la présence d'un de ces facteurs : dénutrition, dépression, chute, confusion mentale, escarre ;
- L'existence d'une dépendance préexistante à l'hospitalisation selon l'anomalie d'au moins une activité de la vie quotidienne (AVQ), en particulier d'une incapacité à se nourrir soi-même de survenue récente ;
- Un antécédent d'hospitalisation non programmée depuis 6 mois ;
- Une situation sociale (précarité, isolement) défavorable (11).

La prise en charge des personnes âgées aux urgences est souvent plus longue, leur santé étant plus fragile. Elle est de 4 heures et 30 minutes, contre 2 heures et 20 minutes pour les patients plus jeunes (12).

## 2. Accueil des personnes âgées en médecine libérale.

L'une des principales caractéristiques de la médecine générale, selon la WONCA (l'organisation mondiale des médecins généralistes), est d'être le premier contact dans la gestion des soins de santé primaires, quel que soit le problème de santé, l'âge ou le sexe, en prenant le patient dans sa globalité, et avec une aptitude spécifique à la résolution des problèmes. Il coordonne les soins en travaillant avec les autres professionnels de soins primaires et en gérant le recours aux autres spécialités (13).

Au cours des 24 heures précédant le recours aux urgences, les personnes âgées ont, en général, effectué davantage de démarches que les plus jeunes, étant plus inscrites dans le système de soin que ces derniers (58% versus 35% pour les 15-74ans).

Quatre fois sur cinq ces démarches ont été réalisées auprès de médecins (médecin traitant ou autres tels que les médecins de garde, SOS médecin), en consultation ou par téléphone. Dans l'étude réalisée par la DREES, 20% des patients âgés étaient adressés aux urgences par un médecin libéral, et ces services étaient prévenus de leur arrivée dans 10% des cas (2).

Cette coopération entre secteurs (soins de ville, soins hospitaliers, soins médico-sociaux etc.) soulève de nouveau la question de l'organisation des soins en France. C'est dans cette optique qu'ont été élaborés les plans personnalisés de soins, visant une approche globale au plus près des patients, réunissant prévention, soins, suivi médico-social, supposant l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux.

### 3. Le PAERPA : le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent en France une personne sur dix. Selon le ministère de la santé, 85% d'entre elles ont au moins une pathologie, 57% sont en affection longue durée (ALD), 33% ont été hospitalisées au moins une fois en 2010 pour une durée de 12 jours en moyenne, 44% des personnes âgées hospitalisées ont connu un passage aux urgences.

Afin de prévenir et de limiter leur perte d'autonomie, il existe un dispositif : le PAERPA, le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, pour des raisons d'ordre médical et/ou social.

Son objectif est de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible, en faisant en sorte que les personnes âgées de plus de 75 ans, en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques, reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment, le tout au meilleur coût.

La démarche est d'agir en amont de la perte d'autonomie, par un repérage des quatre principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, dénutrition, chute, problèmes liés aux médicaments) et en optimisant la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée. Ni l'initiation, ni la réalisation, ni la validation du plan personnalisé de soins (PPS) ne peuvent avoir lieu sans la participation du médecin traitant (14).

Le dispositif est articulé autour de cinq actions clés :

- Renforcer le maintien à domicile, en s'appuyant sur les professionnels de santé de premier recours (médecin traitant, infirmier, pharmacien, kinésithérapeute, etc.) formant une coordination clinique de proximité.

- Améliorer la coordination des intervenants et des interventions : une plateforme d'appui, d'information et d'orientation, a été mise en place sur chaque territoire pilote, destinée aux professionnels, aux personnes âgées et à leurs aidants, appelée coordination territoriale d'appui, et est accessible par un numéro unique. Elle permet d'organiser au mieux les services proposés par les différents dispositifs/structures existants sur le territoire à destination des personnes âgées (information sur les places en EHPAD, sur les aides sociales, orientation vers une expertise gériatrique, etc.).
- Sécuriser la sortie d'hôpital, nécessitant l'anticipation et la préparation du retour à domicile, en repérant la perte d'autonomie, et en proposant par exemple une transition via un hébergement temporaire, la mobilisation d'un service d'aides et d'accompagnement à domicile (SAAD ou SPASAD), en transmettant les informations au médecin traitant par une lettre de liaison à la sortie.
- Eviter les passages aux urgences et les hospitalisations inutiles ou mal préparées, par le repérage des personnes âgées à risque, les actions d'éducation thérapeutique, la circulation d'informations entre professionnels (synthèse médicale établie par le médecin traitant, dossier de liaison d'urgence en EHPAD), l'accès simplifié à des expertises gériatriques ou à un numéro unique de gériatrie.
- Réduire le risque iatrogénique, le risque d'interaction médicamenteuse pour ces personnes âgées chez qui la polymédication est fréquente, d'où les actions de révision d'ordonnance proposées (14).

Le plan personnalisé de santé (PPS) est donc le plan d'action qui fait suite à une évaluation, permettant aux acteurs de proximité de recueillir les données nécessaires à sa mise en place. Cette évaluation demande une clarification des diagnostics et traitements par le médecin traitant, l'exploration des différentes dimensions des problèmes posés, un bilan de la situation sociale.

Elle permet ensuite la mise en œuvre d'actions concrètes et surtout leur suivi et réévaluation régulière à planifier. Le repérage de la personne âgée en difficulté est donc l'événement déclencheur de la démarche PPS. Un questionnaire d'aide à la décision d'initier cette démarche est disponible (annexe 1).

## **C. Offre de soins en Gironde.**

### 1. Démographie médicale

L'Agence régionale de santé recensait 1747 médecins généralistes libéraux en Gironde en 2016, soit une densité de 11.4 médecins pour 10000 habitants, légèrement supérieure à la moyenne nationale de 9.1, différence en partie expliquée par une installation globalement plus forte dans les villes du sud-ouest et du pourtour méditerranéen. La densité est néanmoins plus forte au niveau du pôle urbaine par rapport à la couronne périurbaine (15).

107 maisons de santé pluriprofessionnelles sont réparties en Nouvelle Aquitaine, dont 10 en Gironde, ce nombre ayant été multiplié par 3 entre 2012 et 2016.

Selon le rapport d'activité de l'observatoire régional des urgences de Nouvelle Aquitaine, en 2016, le département gironde compte 16 services d'urgences géographiques autorisés (1 à Arcachon, 1 à Arès, 1 à Libourne, 1 à Lesparre Médoc, 1 à Sainte-Foy-la-Grande, 1 à La Réole, 1 à Langon, 1 à Blaye, 8 en agglomération Bordelaise dont les services du CHU), avec 8 SMUR, soit 1.02 services d'urgences pour 100 000 habitant, la population girondine comprenant à ce moment 9% de personnes âgées de plus de 75 ans. Ces dernières représentent 15% des passages dans les services d'urgences de gironde en 2016.

### 2. Les services d'urgences du CHU de Bordeaux.

Le CHU de Bordeaux accueille chaque année plus de 120000 personnes au sein de ses différents services d'accueil des urgences, et traite toutes les urgences médicales et chirurgicales.

L'accueil des personnes âgées se fait dans les services d'urgences des sites Pellegrin, Saint-André, et Haut-Lévêque où sont exclusivement traitées des urgences cardiologiques. On compte 21303 passages aux urgences adultes de Saint-André en 2017, contre 56616 aux urgences adultes de Pellegrin.

Selon le rapport d'activité des Urgences du CHU de Bordeaux, les personnes âgées de 75 ans et plus représentaient sur le site Saint-André 26% des passages

en 2015, puis 24% en 2016 et 23% en 2017. Sur le site Pellegrin, elles présentaient respectivement 16%, 15%, et 14% des passages pour 2015, 2016 et 2017.

Le pourcentage d'hospitalisation des patients âgés de plus de 75 ans était de 80% en 2017, sur les 2 sites.

Afin d'améliorer la prise en charge de ces patients âgés, les médecins urgentistes disposent de l'appui de l'équipe mobile de gériatrie.

### 3. Description et rôle de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) aux urgences en France.

La mission essentielle d'une EMG est d'optimiser la prise en charge des malades très âgés dans les différents services : services d'accueil des urgences, services de spécialités médicales ou chirurgicales, par le biais d'une évaluation gériatrique globale. Les EMG ont aussi pour objectif d'améliorer la fluidité de la prise en charge hospitalière aigüe et de former ou de sensibiliser l'ensemble des soignants, médecins compris, au soin gériatrique. Elle est un élément à part entière de la filière gériatrique, qui apporte des réponses aux besoins spécifiques des personnes âgées lors de leur admission à l'hôpital. La connaissance du réseau de santé gérontologique du secteur géographique dont dépend le patient permet à cette équipe de coordonner, lors de son passage à l'hôpital, sa prise en charge et son orientation.

Une enquête rétrospective nationale sur les pratiques des EMG en France, menée en 2011, a permis d'analyser le fonctionnement des EMG, les caractéristiques des patients évalués ainsi que le type d'évaluation réalisée. Huit régions françaises et 18 EMG y ont participé. Elle a permis de montrer que plus de la moitié des EMG intervenait dans les services d'urgences (55,5%), les autres dans les unités médico-chirurgicales. Le délai moyen d'intervention était de  $0,7 \pm 2,1$  jours après demande des unités de soins. Les EMG réalisaient dans 97,5% des cas un document de synthèse, avec un courrier adressé au médecin traitant dans 72, 2% des cas. 40% des patients ont bénéficié d'un suivi systématique à 2 mois, et 28,2% à 1 mois. L'étude avait permis d'observer un taux de réadmission des patients à 1 mois de 12,1% et un taux de mortalité de 10,7%. On observe aussi que les EMG sont le plus souvent appelées pour un avis gériatrique ou une aide à l'orientation des patients très âgés et polypathologiques. Elles utilisent dans l'ensemble un nombre important d'échelles d'évaluation gérontologique aux urgences ou dans les différentes unités médico-chirurgicales, dont les ADL et IADL notamment (16).

Enfin, une méta-analyse de 29 études randomisées, recrutant 13766 participants dans neuf pays, a été publiée en 2017. Les résultats ont montré l'intérêt de réaliser une évaluation gériatrique des patients âgés, dès leur admission à l'hôpital. Elle permet de diminuer le risque d'institutionnalisation des patients âgés et d'augmenter la probabilité que les patients soient en vie et chez eux après 3 à 12 mois de suivi (17).

#### 4. Dépistage de la fragilité : l'évaluation gériatrique.

##### *a) Définitions.*

En 2011, la société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a défini la notion de fragilité de la personne âgée (18). Elle est « un syndrome clinique, conséquence d'une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux.

Le syndrome de fragilité constitue un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution ». L'un des points majeurs justifiant l'intérêt de dépister ce syndrome est le fait qu'il s'agisse d'un état potentiellement réversible, par la prise en charge adaptée de ses déterminants, en vue de retarder ou réduire ses conséquences.

Il existe plusieurs modèles de dépistage et de mesure de la fragilité, dont les principaux, ayant été validés, sont « le phénotype de fragilité de Fried », et « l'indice cumulé de fragilité de Rockwood » (8) (19) (20). Avec le phénotype de fragilité de Fried, pour être considéré fragile, la personne âgée de plus de 65 ans doit présenter 3 ou 5 critères suivants : un amaigrissement  $\geq 5\%$  par an, une sensation d'épuisement au moins 3 à 4 jours par semaine, une sédentarité, une vitesse de marche lente, une diminution de la force musculaire (annexe 9).

L'indice cumulé de fragilité de Rockwood, développé à partir de l'étude CSAH 5 (Canadian Study of Health and Aging) est une approche multidimensionnelle qui liste 70 items, regroupant différents signes, pathologies, symptômes et des dépendances, notés comme absents ou présents. La somme de toutes les variables présentes chez un patient divisée par 70 permet d'obtenir l'indice de fragilité, de compris entre 0 et 1. Plus le score est élevé, plus les sujets sont considérés comme fragiles (8) (21).

Néanmoins, le procédé le plus factuel permettant une mesure de la fragilité est bien l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) (8).

Elle est définie comme étant « une méthode de diagnostic multidimensionnelle et interdisciplinaire, dont le but est de déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales d'une personne âgée fragile, dans le but de développer un plan de soins coordonné et intégré, et un suivi à long terme » (22) [19]. Elle permet d'aborder la personne âgée dans sa globalité médico-psychosociale, avec pour objectif le dépistage précoce des déficits, afin de prévenir les décompensations ultérieures, capables d'altérer le pronostic vital (23).

Elle requiert d'importantes ressources, en termes de temps, de coût et d'expertise professionnelle, d'où l'intérêt d'un dépistage du syndrome de fragilité par des outils simples et rapides d'utilisation, adaptés à la pratique clinique, utilisables par tous les membres de l'équipe de soins en charge du patient, quelle que soit sa spécialité, permettant une meilleure sélection des candidats à une évaluation gériatrique plus globale (8).

De nombreuses études ont montré les bénéfices de l'EG, notamment celle de Rubenstein dans les années 80, une étude randomisée, contrôlée, comparant 63 sujets âgés fragiles hospitalisés, qui présentaient une forte probabilité d'entrée en institution, et ayant fait l'objet d'une évaluation gériatrique dans une unité spécialisée, à 60 patients bénéficiant de la prise en charge habituelle. Ils ont observé une diminution de la mortalité à un an (23,8 % contre 48,3%), du nombre de réhospitalisation (34,9% contre 50%), du nombre d'institutionnalisation (12,7% contre 30%) ainsi que de la dépendance (44% de personnes indépendantes contre 30% dans le groupe témoin) (24). Graf et al., dans une revue systématique de la littérature parue en 2010, ont fait ressortir que l'utilisation de l'EGS aux urgences permettait de diminuer le déclin fonctionnel et la réadmission. (25)

La revue systématique Cochrane parue en 2017 confirme (avec un haut niveau de preuve) la diminution du risque d'institutionnalisation et la probabilité plus importante d'être en vie après 3 à 12 mois de suivi, des patients âgés ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique complète (17).

#### *b) Modalités de l'évaluation gériatrique.*

L'évaluation gériatrique standardisée repose sur des tests validés sur le plan international, abordant la personne âgée dans toutes ses dimensions, physique, psychique et sociale. Bien qu'il soit difficile de la réaliser dans un contexte d'urgence, certains de ces tests permettront de repérer les personnes âgées

fragiles, plus à risque de réadmission. Ils explorent globalement l'autonomie, les fonctions cognitives, la nutrition, le statut socioéconomique que nous décrirons, mais aussi la marche, l'équilibre, la thymie, les fonctions sphinctériennes (23):

- L'évaluation de l'autonomie se fait par l'entretien avec le patient et les aidants, à l'aide des scores ADL et IADL utilisés pour cette thèse, qui permettent d'évaluer les capacités à réaliser les actes et activités, y compris instrumentales, de la vie quotidienne (annexes 2 et 3).
- Les fonctions cognitives, dont les déficits sont insuffisamment diagnostiqués, sont évaluées par le MMSE, test facile, fiable et validé, qui permet de suspecter une altération des fonctions cognitives si le score est inférieur à 26/30 ou 24/30 selon le niveau d'études. Il permet d'explorer l'orientation temporo-spatiale, la mémoire (encodage, restitution), le calcul, les praxies, les gnosies et le langage. Toutefois, il ne s'agit pas d'un test de dépistage précoce, pouvant être normal au stade débutant de certains troubles (annexe 4). Les cinq mots de Dubois, test rapide et simple, évalue la restitution de cinq mots de catégories sémantiques différentes après mémorisation. Le test de l'horloge étudie les praxies, l'attention, les capacités visuo-constructives, les stratégies d'élaboration.
- L'évaluation nutritionnelle se fait par la mesure du poids (perte significative si égale ou supérieure à 5 % du poids du corps en 1 mois, ou égale ou supérieure à 10 % du poids du corps en six mois), le calcul de l'indice de masse corporelle signe de dénutrition, si inférieur à 22 chez la personne âgée, le Mini Nutritionnel Assessment (MNA) (annexe 5)
- L'évaluation et la prise en charge de la douleur sont primordiales dans l'amélioration de la qualité de vie des patients. On dispose d'échelles d'auto-évaluation (Echelle Visuelle Simple EVS, Echelle Visuelle Analogique EVA, Echelle Numérique EN de 0 à 10) et d'hétéro-évaluation pour les patients peu ou non communiquant (Echelle d'Observation comportementale EOC (utilisée pour cette thèse) avec un seuil de douleur à 2 ( $\geq 2$ ) pour un score sur 10).
- L'évaluation sociale qui détermine les conditions de vie, le contexte socioaffectif et économique, afin de rechercher s'il existe un isolement social, si le patient bénéficie d'aides humaines, si les conditions d'aménagement du domicile sont adaptées, si la mise en place d'une mesure de protection juridique est nécessaire.

### *c) Détection de la fragilité aux urgences.*

Bien que l'utilisation de l'EGS ait démontré son intérêt dans la prise en charge des patients âgés aux urgences, elle demande du temps, sa réalisation restant compliquée dans les soins de routine aux urgences.

Plusieurs scores, plus courts, et plus couramment applicables que l'EGS, peuvent être utilisés aux urgences afin de détecter les personnes âgées à risque d'évènements défavorables et de réadmission. Parmi eux, deux ont été validés, à savoir l'ISAR (Identification of Seniors at Risk) et le TRST (Triage Risk screening Tool). (25)

Le score ISAR, développé par McCusker et al. en 2000, est un outil de dépistage simple des personnes âgées fragile ayant recours aux services d'urgences. Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation de 6 questions, qui permet de détecter les personnes âgées à risque d'évolution défavorable, à savoir à risque de déclin fonctionnel, d'hospitalisation, avec une sensibilité de 73% et une spécificité moyenne de 51%, à risque d'institutionnalisation et de décès dans les 6 mois après un passage aux urgences (26)(27) (annexe 7). Il a été validé et recommandé en 2003 par la Société Francophone de Médecine d'Urgence (3). Un score supérieur ou égal à 2/6 permet de mieux orienter la prise en charge en détectant les patients nécessitant une évaluation gériatrique par une EMG. Il permettrait aussi aux médecins urgentistes, en cas de négativité, de décider d'un retour à domicile avec plus de sécurité (27)(28).

Le Triage Risk screening Tool (TRST) est aussi un des tests les plus pertinents et performants pour prédire le risque de réadmission hospitalière chez les patients âgés, selon la méta-analyse de Cousins et al. (29). Il comprend 5 dimensions, dont les troubles cognitifs, les chutes, la polymédication, les antécédents d'hospitalisation, et une cinquième dimension comprenant plusieurs items dont la maltraitance, la perte d'autonomie, l'abus de substances, la mauvaise observance médicamenteuse. Selon Cousins et al., un score TRST  $\geq 2/6$  prédit le risque de réadmission et d'évènements défavorables à 1 mois avec une sensibilité de 58 % (52-65 %) et une spécificité de 61% (58-64 %) (29).

Cependant, il n'existe pas de modèle unique et fiable pour repérer les patients à haut risque de réadmission.

Cela nécessite une approche plurielle prenant en compte la ou les pathologies responsables de l'hospitalisation, l'existence d'une dépendance, un recours antérieur en urgence à l'hôpital et la situation sociale du patient.

Aussi, ces tests ne sont pas utilisés dans les services d'urgences du CHU de Bordeaux. En outre, une étude nationale, multicentrique et prospective, qui avait pour but d'évaluer le TRST pour le dépistage des personnes âgées nécessitant l'intervention d'une équipe mobile de gériatrie dans les établissements de santé, retrouvait une spécificité du test encore insuffisante dans les SAU. En effet, seuls 19% des patients ne nécessitant pas une évaluation par l'EMG étaient correctement identifiés par le TRST, ce qui rend sa généralisation difficile à envisager. (30)

## **D. Organisation du parcours de soins PAERPA à Bordeaux.**

Ce parcours de santé a été déployé sur plusieurs territoires pilotes, dont celui de Bordeaux, qui comptait en 2016 un peu moins de 20000 personnes âgées de plus de 75 ans et dont 1/3 avait été hospitalisé dans l'année pour une durée moyenne de 12 jours, avec près de la moitié des hospitalisations avaient été faites via les urgences. (31)

### 1. La plateforme autonomie séniors.

On dispose d'un point d'entrée unique dans le PAERPA Bordeaux, la Plateforme Autonomie Séniors, qui coordonne tous les moyens pour accompagner les professionnels de santé dans leurs démarches et mieux orienter les personnes âgées et leurs aidants. Cette plateforme est directement accessible par un numéro d'appel unique gratuit (0.800.625.885), par un site internet ([www.autonomieseniors-bordeaux.fr](http://www.autonomieseniors-bordeaux.fr)), par mail ([clicdebordeaux@mairie-bordeaux.fr](mailto:clicdebordeaux@mairie-bordeaux.fr)) ou en se rendant dans ses locaux à Bordeaux.

### 2. Le service DomCare.

La maison de santé protestante de Bordeaux-Bagatelle a créé, depuis 2014, le service DomCare, intégré dans le PAERPA, maintenant la continuité de l'accompagnement au domicile en se concentrant sur l'environnement : les aidants, l'adaptation du domicile. Il est composé de deux équipes :

- Une équipe urgence nuit ayant pour but de mieux préparer le retour à domicile des personnes âgées admises aux urgences de nuit, et ne nécessitant qu'une action ponctuelle (ex. chute, fracture). Ce binôme aide-soignant / infirmier intervient sur tous les sites d'urgences de Bordeaux Métropole, entre 17h00 et 3h00.
- Une équipe de soutien aux aidants à domicile, dont la situation est évaluée lors d'une visite à domicile dans les plus brefs délais et dont l'objectif est de prévenir les situations pouvant conduire à une hospitalisation. Elle est composée d'un technicien coordinateur d'aide psycho-sociale aux aidants à temps plein en première ligne qui pourra s'appuyer sur les compétences d'un ergothérapeute, une assistante sociale et une psychologue, à mi-temps.

### 3. Les EHPAD relais.

Il existe également la possibilité de faire appel à un EHPAD relais, pour un hébergement temporaire en urgence, à la suite d'une sortie d'hospitalisation ou après un passage aux urgences, des personnes âgées de plus de 75 ans, domiciliées à Bordeaux, et présentant une pathologie aiguë stabilisée responsable d'une perte d'autonomie, en passant par la plateforme autonomie sénior en journée, et par le centre 15 la nuit, les week-ends et jours fériés.

### 4. Actions au niveau du CHU de Bordeaux.

Le pôle gérontologie clinique a mis en place plusieurs actions dans le cadre du PAERPA.

#### *a) L'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle.*

Cette équipe se déplace au domicile des personnes âgées de plus de 75 ans, en risque de perte d'autonomie (chutes, dénutrition, troubles cognitifs, polymédication, isolement, etc.), résidant à Bordeaux. Elle est composée d'un médecin gériatre, d'un psychiatre, d'un pharmacien, d'une assistante sociale, d'une infirmière et d'un ergothérapeute. Cette équipe peut être sollicitée par le médecin traitant par téléphone au 05.57.82.18.71 ou par mail : emgdanslacite@chu-bordeaux.fr, ou via la plateforme autonomie séniors.

### *b) La télémédecine.*

Démarrée en 2014, elle permet d'améliorer le parcours de soins et la qualité de vie des patients âgés en leur évitant des transports itératifs. Elle permet à des professionnels de santé de fournir des actes médicaux (téléconsultation, téléassistance médicale, télé-expertise) à distance, par l'intermédiaire des technologies de télécommunication. En 2017, il existe 50 EHPAD équipées en Gironde et Dordogne, et on enregistre plus de 70 téléconsultations par mois au CHU de Bordeaux.

Une enquête menée par l'ARS sur les besoins en télémédecine, auprès de plus de 350 médecins coordonnateurs d'EHPAD, a permis de définir les motifs de consultations et leur répartition : les plaies chroniques complexes (30.4%), les situations d'hypertension déformante acquise (24.1%), les troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (23.6%), les pathologies psychiatriques (15.6%), les pathologies dermatologiques (4.3%), les situations palliatives ou de fin de vie complexes (2%).

### *c) La permanence téléphonique gériatrique.*

Nous savons que les personnes âgées de plus de 75 ans sont plus susceptibles que les plus jeunes d'être hospitalisées, et ce souvent de manière non planifiée et plus prolongée, conduisant à des complications iatrogènes, avec en particulier le déclin fonctionnel. De nombreuses études ont montré qu'une meilleure organisation de la sortie, mais aussi une meilleure communication entre hôpital et médecins libéraux, pouvaient améliorer les soins, réduire le taux d'admission aux urgences et de réhospitalisation précoces (11)(32). [9,22]

En Novembre 2010, à Bordeaux, l'Union régionale des médecins généralistes du sud-ouest de la France (Aquitaine) et le Département de gériatrie et l'administration du CHU de Bordeaux ont mis en place une permanence téléphonique, dont les objectifs sont de :

- Répondre aux attentes des médecins généralistes lors d'un contact téléphonique direct avec un gériatre, tous les jours, du lundi au vendredi (9 heures – 19 heures),
- Donner des conseils médicaux et des alternatives aux admissions aux urgences, afin de trouver les meilleures solutions possibles aux situations complexes, (consultations gériatriques prévues, évaluations en hôpital de jour, ou hospitalisations en médecine gériatrique).

Cette permanence téléphonique (05.57.82.22.22) a enregistré près de 714 appels pendant un peu plus d'un an, à la suite de son lancement, pour la prise en charge de 230 personnes âgées (86 ans en moyenne). Elle a permis de répondre rapidement aux questions des médecins généralistes, en les assistant dans leurs décisions. Les appels concernaient principalement la gestion de troubles du comportement (29,5%), d'asthénie inexplicée (17%), de chutes répétées (13%), le traitement des maladies aiguës comme une insuffisance cardiaque ou une infection (12,5%), et la gestion des problèmes sociaux complexes (10,3%) (12).

Un avis médical a pu être donné aux médecins généralistes dans 38.3% des cas. Des consultations gériatriques ont également pu être programmées (5.3%), ainsi que des évaluations en hôpital de jour (9.3%). Surtout, l'admission aux urgences (4.3%) a pu être évitée, dans 81.4% des cas, avec comme alternative principale une hospitalisation planifiée en service de gériatrie (42.9%) (12).

## **E. Question de recherche et objectifs de travail**

Notre travail s'est donc intéressé à la réadmission des patients âgés de plus de 75 ans et rentrés à leur domicile sans avoir été hospitalisés après un passage aux urgences.

**Notre question de recherche** était de savoir quels étaient la prévalence et les facteurs prédictifs de réadmission précoce à 1 mois des patients de plus de 75 ans n'ayant pas été hospitalisés après un passage aux urgences.

**Notre hypothèse de travail** était que les facteurs de risque de réadmission précoce ne seraient pas les mêmes chez les patients âgés adressés aux urgences et rentrés directement à domicile.

**L'objectif principal** était donc de rechercher les facteurs prédictifs de réadmission précoce à 1 mois des patients de plus de 75 ans n'ayant pas été hospitalisés après un passage aux urgences du CHU de Bordeaux (HP et HSA).

**L'objectif secondaire** était de décrire les caractéristiques de cette population gériatrique admise aux urgences du CHU de Bordeaux.

## **II. Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, observationnelle et descriptive d'une cohorte, les données ayant été recueillies de manière systématique sur 2 ans, en 2015 et 2016, dans deux services d'accueil des urgences du CHU de Bordeaux.

### **A. Population**

La population cible était représentée par toutes les personnes âgées de 75 ans et plus, le critère principal d'inclusion étant leur admission aux services des urgences du CHU de Bordeaux, sur les sites de l'Hôpital Saint-André (HSA) et de l'Hôpital Pellegrin (HP), du 1<sup>er</sup> Janvier 2015 au 31 Décembre 2016, associé au retour dans leur lieu de vie habituel sans avoir été hospitalisés. Ces patients ont été évalués aux Urgences par l'équipe mobile de gériatrie (EMG).

Les critères d'exclusion étaient l'hospitalisation quel que soit le service de destination, et le maintien aux Urgences pendant plus de 24 heures, considéré comme une hospitalisation.

Etaient donc incluses toutes les personnes âgées de plus de 75 ans, ayant été admises aux urgences pendant moins de 24 heures et retournées à leur lieu de vie habituel sans avoir été hospitalisées.

### **B. Méthodes**

Le recueil de données, socio-démographiques et médicales, a été effectué de manière systématique par les intervenants de l'EMG, lors de chaque évaluation de patient de plus de 75 ans, vus dans les services d'urgences de Pellegrin et Saint-André, et à l'aide des informations contenues dans les dossiers patients, répertoriés dans le logiciel DxCare®. Ce recueil, étant fait lors d'une démarche de soins de routine, avec les contraintes qu'il en résulte, contient des données manquantes. Ces données étaient ensuite saisies, au fur et à mesure, dans un tableur Excel depuis janvier 2015.

## C. Paramètres recueillis

Les données socio-démographiques courantes ont été répertoriées, à savoir l'âge, le sexe, le lieu de vie. La présence ou non d'une aide humaine à domicile a été renseignée (aide-ménagère, auxiliaire de vie, soins infirmiers, portage de repas...), ainsi que la présence d'une aide technique (tous matériels compris).

Les motifs d'admission aux urgences ont été recueillis grâce à la consultation des dossiers médicaux informatisés (logiciel DxCare®) remplis par l'équipe médicale. Ceux-ci ont été regroupés selon les catégories suivantes :

- Cardio-vasculaire
- Respiratoire
- Confusion
- Malaises
- Chutes
- Digestif
- Problème social
- Altération de l'état général.

En parallèle à ces groupes de motifs d'admission, la notion de iatrogénie a également été répertoriée.

D'autres données médicales ont aussi été renseignées, à savoir :

- La présence ou non d'une démence connue ou la présence de troubles cognitifs, le niveau d'orientation au moment de l'évaluation gériatrique aux urgences (score sur 10),
- Le MMSE (score sur 30), reflet des fonctions cognitives au moment de l'évaluation, et considéré comme anormal si inférieur ou égal à 24.
- Le score de douleur obtenu par hétéro-évaluation avec l'échelle d'observation comportementale de Boureau
- Le dépistage d'une éventuelle dénutrition protéino-énergétique pouvait également être effectué par le test MNA, ainsi que la mesure de l'IMC.

Le niveau de dépendance a été répertorié par le score ADL global (Activity of Daily Living ou Indice de Katz), et dont les différents items ont été renseignés, à savoir l'autonomie aux transferts, lors des repas, pour se rendre aux toilettes, à l'habillage, la continence. Le score était considéré comme normal égal à 6, et anormal si inférieur ou égal à 5, révélant une dépendance dans tout ou partie des activités de la vie quotidienne. Le score de dépendance habituel, c'est-à-dire précédant l'évènement aigu ayant entraîné l'admission aux urgences étant évalué

par interrogatoire du patient et des aidants, puis un score actuel, lors de la consultation, était évalué.

Egalement le score IADL global (Instrumental Activities of Daily Living ou échelle de Lawton) a été renseigné (score sur 8). Cette échelle évalue le niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne, à savoir l'aptitude à utiliser un téléphone, à faire les courses, à la préparation des aliments, à l'entretien ménager, à l'entretien du linge, à l'utilisation des moyens de transport, à gérer son traitement, et à manipuler de l'argent. Un score égal à 8 était considéré comme normal, et un score inférieur ou égal à 7 était considéré comme anormal, c'est-à-dire révélant une perte d'autonomie dans les activités instrumentales de la vie quotidienne.

Tous les patients n'ayant pas été hospitalisés, à l'issue de leur passage aux urgences, devaient bénéficier d'un suivi, par téléphone, permettant de recueillir les données relatives à la situation des patients, 1 mois après leur retour à domicile, à savoir s'ils avaient été hospitalisés ou pas au cours de cette période, admis en maison de retraite, ou s'ils étaient décédés.

#### **D. Analyse statistique**

Pour l'étude, nous avons filtré ces données pour ne conserver que celles des patients n'ayant pas été hospitalisés au décours de leur passage aux urgences et rentrés à leur domicile dans les 24 heures.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS.

Pour l'analyse, les données répertoriées sous forme de scores ont été réparties selon les seuils suivants :

- MMSE : score normal supérieur à 24, présence de troubles cognitifs si score inférieur à 24.
- Score d'orientation sur 10 : normal si supérieur à 8, désorientation si inférieur ou égal à 8.
- MNA : normal si supérieur à 11, possible malnutrition si score inférieur ou égal à 11.
- Echelle de douleur de Boureau : Pas de douleur si score inférieur ou égal à 1, et présence de douleur si score supérieur ou égal à 2.
- IMC : dénutrition si indice inférieur à 21.

- ADL : altération de l'autonomie si score inférieur ou égal à 5, autonomie normale si score à 6.
- IADL : altération de l'autonomie si score inférieur ou égal à 7, autonomie normale si score à 8.

Au premier temps de l'analyse, nous avons étudié les caractéristiques de la population, décrites sous forme de moyennes et de pourcentages, puis nous avons réalisé une comparaison des populations selon le lieu d'accueil, à savoir le SAU de l'hôpital Pellegrin (HP) et celui de l'hôpital Saint-André (HSA).

Pour cela, les variables quantitatives ont été décrites sous forme de moyennes et les comparaisons ont été réalisées à l'aide du test de Student. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme de nombres et de pourcentages. Les comparaisons ont été réalisées à l'aide du test du Chi<sup>2</sup>.

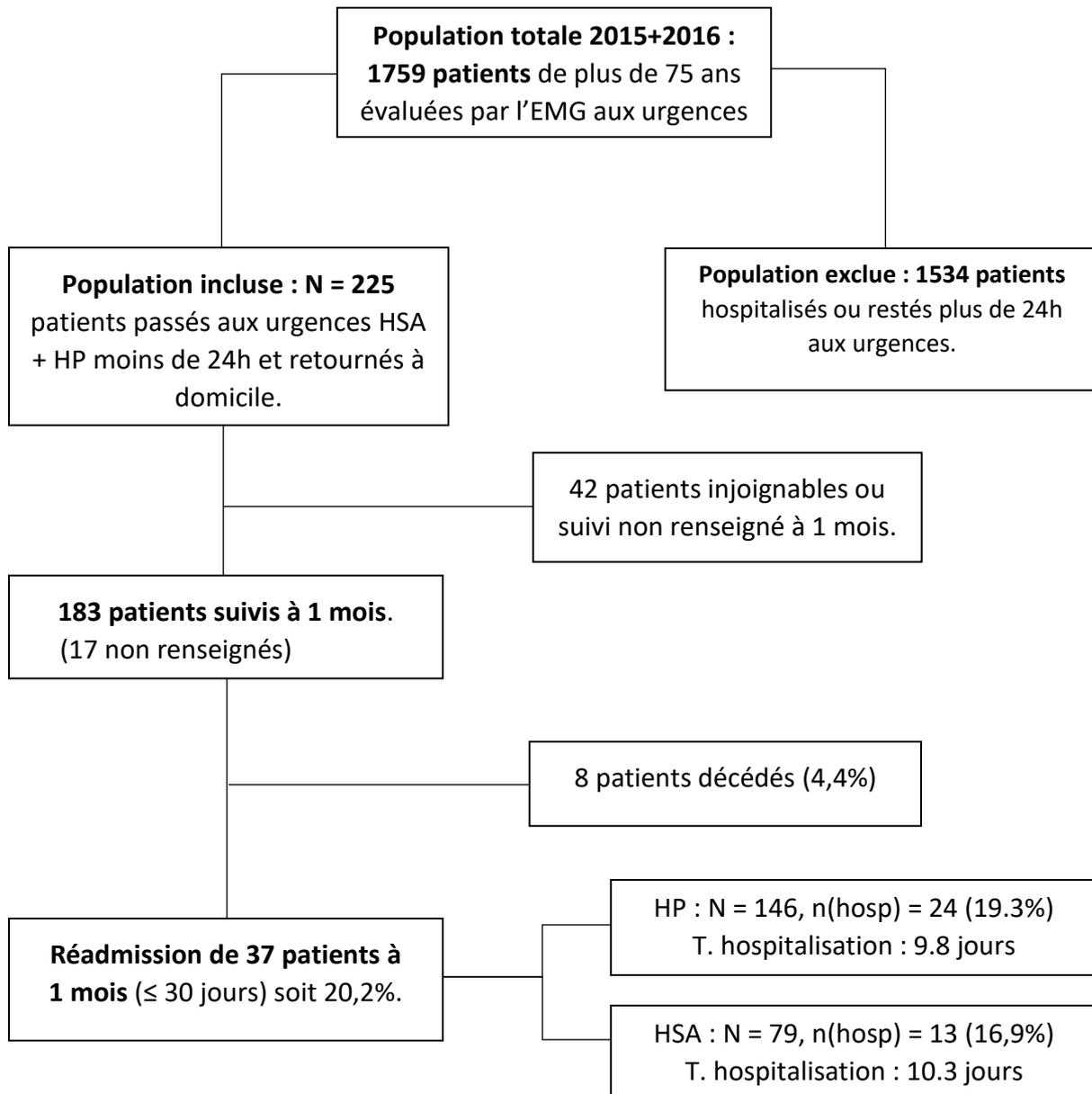
Une analyse univariée a ensuite été conduite indépendamment pour chaque facteur étudié avec par la suite une analyse multivariée.

L'influence indépendante des facteurs étudiés sur la survenue d'une hospitalisation précoce était mesurée par une régression logistique à l'aide de l'OR avec leur IC95 %. Le seuil de signification était fixé à  $p \leq 0,05$ .

### III. RESULTATS

**Figure 1**

Diagramme de flux des données.



HP : Hôpital Pellegrin  
HSA : Hôpital Saint-André  
hosp : hospitalisation

## **A. Population**

Du 1<sup>er</sup> Janvier 2015 au 31 Décembre 2016, un total de 1759 personnes âgées de plus de 75 ans ont été évaluées par les intervenants de l'EMG aux urgences des hôpitaux Pellegrin et Saint-André.

Seulement 225 patients ont été inclus, à savoir qu'ils sont rentrés à leur domicile, après un passage aux urgences de moins de 24 heures, sans avoir été hospitalisés. Les autres ont soit été hospitalisés en service conventionnel, soit étaient restés plus de 24h aux urgences. A un mois de leur retour à domicile, 183 patients ont pu être contactés pour un suivi de leur situation. 42 patients étaient injoignables ou n'ont pas eu de suivi renseigné. Sur ces 183 patients suivis, 37 ont été hospitalisés au cours du mois suivant leur retour à domicile, après un passage aux urgences, soit 20,2%. L'ensemble des étapes du processus est repris dans la figure 1.

## **B. Description de la population**

### 1. Population totale.

Les caractéristiques de la population étudiée avec les données manquantes sont présentées dans le Tableau 1 et la figure 2.

79 patients (35,1%) ont été évalués aux urgences HSA, et 146 patients (64,9%) aux urgences HP.

L'âge moyen était de  $87,7 \pm 5,4$  ans (extrêmes de 75 ans à 104 ans, dont la tranche 85-94 ans représente 60%), et les femmes représentaient 66,7% de la population. La très grande majorité de ces patients vivaient à leur domicile (89,7%) tandis que 10,3% vivaient en EHPAD. Presque la moitié des patients vivaient seuls à leur domicile (107 soit 47,8%). 179 patients bénéficiaient d'une aide humaine à domicile, soit 82,9% sur un total de 216 car cette information n'était pas renseignée pour 9 d'entre eux. En ce qui concerne la présence d'une aide technique, moins de la moitié en bénéficie, soit 97 (44,5%) sur un total de 218 pour 7 non renseignés.

**Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée**

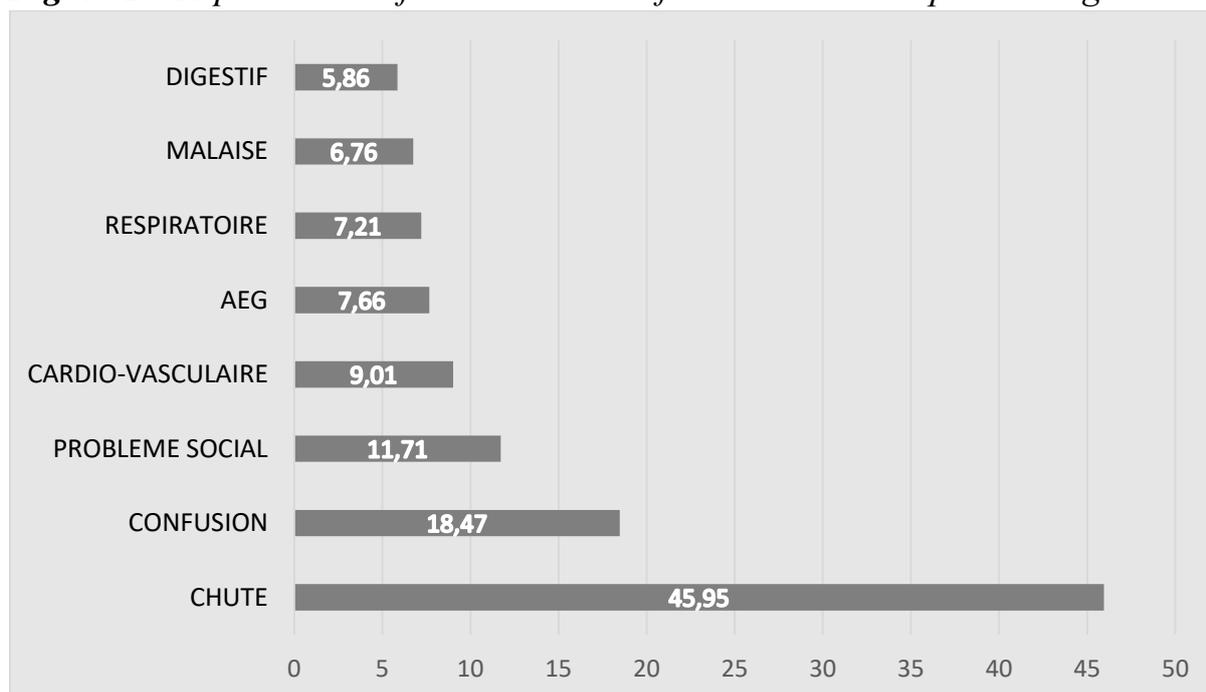
<b>Facteur étudié</b>	<b>Nombre ou moyenne +/- écart-type</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Données manquantes</b>
<b>Âge moyen</b>	87,7 +/- 5,3 ans		0
<b>75-84 ans</b>	70	31,1	
<b>85-94 ans</b>	135	60	
<b>&gt; 95 ans</b>	20	8,9	
<b>Sex-ratio F/H et %F</b>	150/75	66,7	0
<b>Lieu de vie</b>			0
Domicile	202	89,7	
EHPAD	23	10,3	
Vit seul	107	47,8	
<b>Aide technique</b>	97	44,5	7
<b>Aide humaine</b>	179	82,9	9
<b>ADL avant CS</b>	3,7/6 +/- 2		11
<b>ADL lors de la CS</b>	2,9/6 +/- 2		19
<b>IADL</b>	1,5 +/- 2,4		16
<b>Orientation</b>	4,7 +/- 3,3		50
<b>Démence connue ou présence de troubles cognitifs</b>	102	87,2	108
<b>Douleur (EOC)</b>	2,2 +/- 3		146
<b>Iatrogénie</b>	21	9,50	4
<b>Décès</b>	8	4,44	47
<b>Admission en EHPAD</b>	12	6,56	44

F : femme ; H : homme ;

En ce qui concerne les motifs principaux d'admission, seuls 3 patients n'étaient pas renseignés. 9% étaient d'origine cardio-vasculaire comprenant aussi les accidents vasculaires cérébraux, 7,2% étaient d'origine respiratoire, 18,5% présentaient une confusion, 45,9% venaient pour une chute, 6,8% venaient pour un malaise, 5,9% venaient pour un problème d'origine digestive, 7,7% présentaient une altération de l'état général, et 11,7% présentaient un problème social. A noter que parmi tous ces patients, 9,5% présentaient une notion de iatrogénie (4 non renseignés).

Sur les 117 patients pour qui l'information était renseignée, 87,2% présentait une démence connue ou des troubles cognitifs non étiquetés.

**Figure 2 : Répartition en fonction des motifs d'admission en pourcentage.**



En ce qui concerne l'évaluation de l'autonomie, la population incluse présentait un score d'ADL avant consultation en moyenne de 3.7/6 (+/- 2 points), avec une médiane de 4/6 (11 patients non renseignés).

Le score ADL évalué lors de la consultation était en moyenne de 2.9/6 (+/- 2 points) avec une médiane de 3/6 (19 patients non renseignés). On observe donc une diminution d'1 point en moyenne à la survenue de l'évènement ayant conduit aux urgences.

Concernant les IADL, on a observé, pour les 209 patients pour qui le score était renseigné, un score moyen assez bas de 1.5/8 (+/- 2.4).

Lors de leur évaluation aux urgences, 123 (59,7%) patients étaient dépendants pour les activités de la vie quotidienne avec un score ADL inférieur ou égal à 3 et 160 (76,5%) patients étaient dépendants pour les activités de la vie domestique avec un score IADL à 0. (Tableau 2)

Ces scores ADL et IADL révèlent une population présentant une perte d'autonomie modérément majorée au moment de l'évaluation aux urgences.

Le niveau d'orientation temporo-spatiale a été renseigné pour 175 patients, et est en moyenne de 4.7/10 (+/- 3.3) avec une médiane à 5.

Concernant le MMS et les données de l'état nutritionnel (MNA et IMC) très peu de patients de la population incluse étaient renseignés (moins de 15), ces données ne sont donc pas exploitables.

**Tableau 2 : Autonomie ADL et IADL des patients évalués aux SAU par l'EMG.**

<b>ADL à l'admission N = 206</b>	<b>Patients évalués n (%)</b>	<b>IADL N = 209</b>	<b>Patients évalués n (%)</b>
<b>0</b>	26 (12,6)	<b>0</b>	124 (59,3)
<b>1</b>	35 (17)	<b>1</b>	26 (12,4)
<b>2</b>	35 (17)	<b>2</b>	10 (4,8)
<b>3</b>	27 (13,1)	<b>3</b>	12 (5,7)
<b>4</b>	34 (16,5)	<b>4</b>	6 (2,9)
<b>5</b>	17 (8,3)	<b>5</b>	8 (3,8)
<b>6</b>	32 (15,5)	<b>6</b>	9 (4,3)
		<b>7</b>	5 (2,4)
		<b>8</b>	9 (4,3)

2. Comparaison des patients vus aux urgences de Pellegrin avec ceux vus aux urgences de Saint-André.

Nous avons voulu comparer les populations de l'Hôpital Pellegrin et de l'Hôpital Saint-André, en comparant d'une part les variables quantitatives, et d'autre part les variables qualitatives, dont les résultats sont repris dans les tableaux 3 et 4.

**Tableau 3 : Comparaison des variables quantitatives (exprimées en moyennes) : test de Student.**

	<b>Urgences HP</b>	<b>Urgences HSA</b>	<b>p</b>
<b>Âge</b>	88,05	87,19	0,26
<b>ADL avant CS</b>	3,77	3,67	0,73
<b>ADL lors de la CS</b>	3,11	2,53	0,044
<b>IADL</b>	1,25	1,89	0,066
<b>Orientation</b>	4,54	5,11	0,29
<b>MMS</b>	13,66	19	0,19
<b>MNA</b>	7	9,6	0,15
<b>IMC</b>	23,88	20,05	0,18

L'analyse des données quantitatives des deux groupes, en ce qui concerne le score ADL mesuré lors de la consultation aux urgences, indique que les patients du groupe Pellegrin ont en moyenne un ADL à 3,11, contre 2,53 pour ceux du groupe HSA. La différence entre les deux groupes est donc significative (Test t = 2,03, ddl = 204, p = 0.044).

Pour l'âge, l'IADL, le score d'orientation, le score MMS, le score MNA, l'IMC, l'analyse des données ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes.

**Tableau 4 :** Comparaison des variables qualitatives (exprimées en pourcentages) : test du Chi<sup>2</sup>

	<b>Urgences HP</b>	<b>Urgences HSA</b>	<b>p</b>
<b>Sexe féminin</b>	65,75	68,35	0,69
<b>Lieu de vie</b>			
<i>EHPAD</i>	3,45	22,78	0,03
<i>Vit seul</i>	53,79	36,71	0,014
<b>Aides à domicile</b>			
<i>Aide technique</i>	52,82	28,95	0,0007
<i>Aide humaine</i>	84,89	79,22	0,29
<b>Motifs d'admission</b>			
<i>Cardiovasculaire</i>	6,85	13,16	0,12
<i>Respiratoire</i>	4,79	11,84	0,054
<i>Confusion</i>	12,33	30,26	0,001
<i>Chutes</i>	60,96	17,11	<0,0001
<i>Malaise</i>	4,11	11,84	0,03
<i>AEG</i>	3,42	15,79	0,001
<i>Digestif</i>	3,42	10,53	0,06*
<i>Problème social</i>	11,64	11,84	0,96
<b>Iatrogénie</b>	13,7	1,33	0,003
<b>Démence connue/Tr. C</b>	100*	54,55*	<0,001*
<b>Suivi à un mois</b>	87,02	87,34	0,95
<i>Hospitalisation à 1 mois</i>	21,05	18,84	0,72
<i>Admission en EHPAD</i>	9,65	1,45	0,03
<i>Décès</i>	4,42	4,48	0,99

HP : Hôpital Pellegrin ; HSA : Hôpital Saint-André ; Tr. C : troubles cognitifs

\* test de Fisher (Chi<sup>2</sup> non valable, effectif théorique < 25%)

L'analyse des données qualitatives montre qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes HP et HSA, quant à la proportion de patients de sexe féminin respectivement de 65,75% et 68,35% (Chi<sup>2</sup> = 0,156 ; ddl = 1 ; p = 0,69). Il n'y a donc pas de lien entre le lieu d'accueil et la répartition des sexes.

Il en est de même pour la présence d'une aide humaine, les motifs d'admission « cardio-vasculaire », « problème social » qui ne présentent pas de différence significative dans les deux groupes (cf. tableau 4).

Au contraire, il y a une différence significative entre les deux groupes, en ce qui concerne le lieu de vie des patients. Ceux résidant en EHPAD représentent 3,45% du groupe HP, et 22,78% du groupe HSA ( $\text{Chi}^2 = 20,75$  ; ddl = 1 ;  $p = 0,03$ ). De même, il existe une différence significative entre ceux vivant seuls à leur domicile, qui représentent 53,79% du groupe HP contre seulement 36,71% du groupe HSA ( $\text{Chi}^2 = 5,98$  ; ddl=1 ;  $p = 0,014$ ).

On peut aussi remarquer une différence très significative entre les deux centres, en ce qui concerne le motif d'admission CHUTES, nettement plus fréquent aux urgences HP qu'à celles de HSA (60,9% contre 17%,  $\text{Chi}^2=38,7$  ; ddl=1 ;  $p=<0,0001$ ). Il en est de même pour la présence d'un aide technique, significativement plus fréquente aux urgences HP ( $\text{Chi}^2= 11,4$  ; ddl=1 ;  $p=0,0007$ ), la iatrogénie ( $\text{Chi}^2=8,8$  ; ddl=1 ;  $p=0,003$ ).

Au contraire, les motifs d'admission CONFUSION et AEG sont significativement plus fréquemment rencontrés aux urgences HSA qu'aux urgences HP ( $p=0,001$ ), ce qui montre une orientation préférentielle de problèmes médicaux aux urgences HSA, alors que les urgences HP accueillent plus la traumatologie.

Il n'y a pas de différence significative entre les 2 centres, concernant l'accueil des personnes âgées pour le motif de problèmes sociaux. Cette problématique ne varie pas selon le lieu de prise en charge ( $\text{Chi}^2=0,002$  ; ddl=1 ;  $p=0,96$ ).

Concernant la réhospitalisation à 1 mois, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes, leurs taux respectifs étant de 21,05%, contre 18,84% dans le groupe Pellegrin ( $\text{Chi}^2 = 0.130$  ; ddl = 1 ;  $p = 0,72$ ).

### **C. Hospitalisation à 1 mois**

Le taux de réadmission précoce, c'est-à-dire à 1 mois du passage aux urgences, durant cette période, était de 20,2% (soit 37 patients hospitalisés sur 183 patients suivis à 1 mois pour 42 non renseignés). Le délai moyen de réadmission était de  $10.2 \pm 7,9$  jours.

Presque la moitié (43,8%) de ces réadmissions se sont faites durant la première semaine après le passage aux urgences. Parmi les patients suivis, 12 ont été admis en EHPAD dans ce délai, et 8 sont décédés soit 4,44%. (Tableau 1)

## D. Analyse univariée et multivariée : facteurs prédictifs de réhospitalisation.

**Tableau 5 :** Effets de l'ensemble des facteurs étudiés sur le risque d'hospitalisation à 1 mois d'un passage aux urgences. Analyse univariée.

Facteur étudié	OR	IC95%	<i>p</i>
<b>Âge</b>	0,97	[0,91-1,03]	0,42
75-84 ans	1 <sup>a</sup>		
85-94 ans	0,83	[0,36-1,90]	0,65
≥95 ans	0,41	[0,12-1,35]	0,14
<b>Sexe</b>			
Femmes	1		
Hommes	0,72	[0,33-1,57]	0,41
<b>Lieu de vie</b>			
Domicile	0,81		
EHPAD	1,197	[0,38-3,76]	0,76
Vit seul	0,72	[0,35-1,49]	0,37
<b>Aides à domicile</b>			
Aide technique	0,71	[0,34-1,49]	0,37
Aide humaine	1,39	[0,54-3,59]	0,49
<b>Lieu d'admission</b>			
Urgences Pellegrin	1		
Urgences HSA	1,15	[0,54-2,44]	0,72
<b>Perte d'autonomie</b>			
ADL ≤ 5 avant CS	0,98	[0,82-1,18]	0,85
ADL ≤ 5 lors de la CS	1,04	[0,85-1,26]	0,71
IADL ≤ 7	1,007	[0,86-1,18]	0,93
<b>Etat cognitif</b>			
Désorientation (≤ 8)	1,2	[0,40-3,58]	0,74
MMSE (≤24)	NC		
<b>Etat nutritionnel</b>			
IMC	NC		
MNA	NC		
<b>Motif Chutes</b>	0,82	[0,40-1,69]	0,59
<b>Iatrogénie identifiée</b>	0,82	[0,25-2,75]	0,74

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; NC : non calculé du fait d'un effectif insuffisant.

<sup>a</sup> Modalité de référence

Le tableau 5 reprend l'ensemble des résultats de l'analyse univariée.

Parmi les données socio-démographiques et médicales, aucune n'était significativement associée à un risque d'hospitalisation précoce à un mois plus élevé. Certains facteurs n'étaient pas associés significativement au risque d'hospitalisation précoce à 1 mois du passage aux urgences, tels que le fait de vivre en EHPAD (OR=1,197 ; IC [0,38-3,76]), la présence d'une aide humaine à domicile (OR=1,39 ; IC [0,54-3,59]), le lieu d'admission Urgences HSA (OR=1,15 ; IC [0,54-2,44]), la désorientation temporo-spatiale (OR=1,2 ; IC [0,40-3,58]).

Les motifs d'hospitalisation n'ont pas été pris en compte dans l'analyse univariée hormis la chute qui représentait plus de 45% des motifs d'admission, ce qui n'est pas négligeable.

L'analyse multivariée n'a pas pu être faite du fait de la non positivité de l'analyse univariée (aucun facteur significativement associé au risque d'hospitalisation précoce à 1 mois).

## IV. DISCUSSION – PERSPECTIVES

Cette étude a trouvé un taux de réadmission des personnes âgées de 75 ans et plus, à 1 mois d'un passage aux urgences, de 20,2%, dans un délai moyen de 10 jours, ce qui n'est pas négligeable. La prévention de cette complication est donc primordiale dans le parcours de santé des patients âgés, quand on sait que leur hospitalisation peut être responsable de complications nosocomiales, de perte d'autonomie, voire du décès.

L'analyse descriptive de la population nous a révélé qu'il s'agit d'une population majoritairement féminine, dont plus de 40% vit seule, et la majorité à son domicile, comparable aux populations étudiées en gériatrie, bien qu'étant en moyenne plus âgée de presque 4 ans, avec une majorité de patients de la tranche 85-94 ans (7) (33) (34). On retrouve également des marqueurs de perte d'autonomie similaires, avec la présence d'une aide humaine nécessaire dans plus de 80% des cas, et la vie en EHPAD dans plus de 10% des cas.

Bien que l'analyse n'ait pas permis d'identifier des facteurs prédictifs significatifs d'une réadmission précoce en milieu hospitalier de personnes âgées de plus de 75 ans, après un passage aux urgences, elle possède plusieurs points forts.

D'une part, il s'agit d'un sujet peu abordé, sans recherche vraiment similaire à notre connaissance. Une étude menée par K. Rowland et al. en 1990 avait recherché les changements de capacités fonctionnelles et les facteurs de risques de réadmission après un passage aux urgences sans être hospitalisés, retrouvant un taux de réadmission précoce de 5,6% à J15, d'une population de 450 personnes âgées toutes rentrées à leur domicile. Il ont observé que le groupe de patients réadmis présentait une altération plus importante des capacités fonctionnelles que le groupe non réadmis, suggérant une relation entre le déclin de ces capacités et le risque de réadmission, d'où l'importance du dépistage de ces troubles lors du passage dans les services d'urgences, par un simple questionnaire réalisé par l'infirmière (identification du risque de 85% du groupe réadmis contre 28% du groupe non réadmis) (10).

Une autre étude, un peu différente, ayant fait l'objet d'une thèse s'était intéressée à décrire la population gériatrique et rechercher les facteurs influençant les ré-hospitalisations précoces à quinze jours chez les personnes âgées passant aux urgences de Montbéliard, hospitalisées ou non. Elle avait uniquement permis de dégager des manques dans la prise en charge (manque de formation du personnel, de préparation de la sortie) comme facteurs favorisant la réhospitalisation avec un taux de réhospitalisation de 9,17%, données dont nous ne disposons pas dans

notre étude. Une très faible proportion (4,5%) des patients avaient bénéficié d'une évaluation gériatrique (9).

D'autre part nous avons pu disposer d'un effectif relativement satisfaisant. Enfin, bien qu'il s'agisse d'un seul CHU, cette étude est non monocentrique pure, puisque qu'ayant eu lieu dans deux des trois groupes hospitaliers d'un CHU important, disposant chacun de leur service d'accueil des urgences. Ces services diffèrent par la composition des services de spécialités médico-chirurgicales auxquels ils ont accès, leur conférant une orientation différente. En effet, le groupe hospitalier Pellegrin dispose de différents services d'orthopédie-traumatologie et de la neurologie, alors que le groupe hospitalier Saint-André dispose de services de médecine interne. On peut aussi relever le fait que le lieu de réadmission n'était pas limité au CHU, mais concernait toutes structures de soins (hôpital public ou privé et SSR).

Ces différences dans l'offre de soins de ces deux centres sont sans aucun doute en lien avec les différences observées en comparant les motifs d'admission des deux groupes de patients. En effet, les patients étaient plus fréquemment admis aux urgences HP pour chute, alors qu'aux urgences HSA les motifs médicaux divers sont plus fréquents, en particulier la confusion, l'altération de l'état général ou un problème digestif. En revanche, il n'y a aucune différence concernant les problèmes sociaux, qui sont admis de manière équivalente dans les deux centres.

On peut également relever quelques limites à cette étude. Elles découlent principalement du fait qu'il s'agisse d'une étude rétrospective, avec tous les biais que cela comporte, notamment un biais de suivi responsable de données manquantes. C'était particulièrement le cas de certains critères étudiés, à savoir le MMS, le MNA, l'IMC notamment dont nous ne disposions que de 15 données renseignées. En outre, on comptabilise près de 42 patients dont on ne sait pas le devenir. Il existe également un biais de sélection, les seuls patients inclus ayant été évalués par l'EMG, excluant de ce fait tous les patients âgés renvoyés à leur domicile sans évaluation gériatrique.

Dans notre cohorte, les caractéristiques des aidants (âge, état de santé), des aides humaines et techniques à domicile, qui peuvent aussi contribuer à expliquer la réadmission, n'ont pas été étudiées et pourraient être prises en compte dans de prochaines recherches. Les hospitalisations antérieures récentes (dans les 6 derniers mois), le nombre de médicaments, n'ont pas non plus été étudiées, et pourraient également avoir un impact sur le taux de réadmission. Ces critères peuvent être renseignés par le test de dépistage des personnes âgées à risque ISAR (3) (26) (annexe 7).

Comme dit précédemment, aucun résultat significatif n'est ressorti de l'analyse univariée, tant au niveau des caractéristiques socio-démographiques, du cadre de

vie et des caractéristiques cliniques et fonctionnelle. Elle n'a pas pu tenir compte des motifs d'admission aux urgences, hormis les chutes du fait d'un effectif important. En effet, ils avaient été déterminés pour permettre une classification clinique globale, mais n'ont pas pu être inclus dans l'analyse du fait du nombre excessif de pathologies que cela peut représenter, risquant d'en fausser l'interprétation. On peut aussi retenir qu'aucun des déterminants socio-démographiques ne semble influencer la réadmission précoce à 1 mois. De même, ni une altération de l'état fonctionnel, responsable perte d'autonomie représentée par une baisse des score ADL et IADL, mais aussi par la présence d'une aide à domicile, ni l'altération des fonctions cognitives, ne constituent des facteurs de risque de réadmission. Aussi, nous pouvons dire que se présenter pour une chute aux urgences n'était pas prédictif de réadmission dans le mois qui suit.

Plusieurs études montrent qu'une majorité des ré-hospitalisations pourraient être en lien avec la façon dont s'est déroulée l'hospitalisation de référence (amélioration de la qualité des soins, organisation de la sortie, meilleure communication entre hôpital et médecins libéraux).

Dans le cas où une admission aux Urgences n'a pas pu être évitée, la détection de facteurs pouvant augmenter le risque d'une réadmission précoce pourrait influencer l'orientation des patients.

Une étude de la cohorte multicentrique SAFES (« sujet âgé et fragile : évaluation et suivi »), bien qu'elle ne soit pas tout à fait similaire à notre étude, son objectif étant de déterminer les facteurs associés à la réadmission précoce non planifiée des patients de plus de 75 ans ayant été hospitalisés via un service d'urgences, et disposant pour cela d'une population de plus de 1000 patients, retrouve un taux de réadmission de 14,2%, soit un patient sur 6, comparable au taux rapporté en France, variant de 10,8 à 17%. Le même résultat a été obtenu à la suite de l'analyse des caractéristiques socio-démographiques et du cadre de vie, dont aucune n'était liée au risque de réadmission, bien que d'autres analyses multivariées eussent identifié le sexe masculin, l'âge avancé, l'isolement ou une problématique sociale (7) (26) (35). De même, l'état neuropsychologique (troubles cognitifs) ou la sévérité des comorbidités ne semblent pas non plus être associées au risque de réadmission précoce (33) (36) (37).

En revanche, elle a inclus dans son analyse les principaux syndromes gériatriques comme facteurs potentiels de réhospitalisation précoce et il en est ressorti que les patients les plus à risque sont ceux présentant une perte d'autonomie récente à l'alimentation, des escarres, un état général médiocre, nécessitant par conséquent des soins prolongés et une assistance dans les activités de la vie quotidienne. Une hospitalisation antérieure récente (< 3 mois) augmentait aussi le risque de réadmission, facteur fréquemment évoqué dans les études (33) (36) (35).

L'étude de la cohorte SAFES a également montré que la réhospitalisation précoce était liée à une vulnérabilité accrue. La mortalité était 6 fois plus élevée chez les patients réadmis à un stade précoce (< 1 mois) que chez d'autres patients (26,0% contre 3,9%) au cours des 3 mois suivant leur admission initiale.

Dans notre étude, le taux de décès à 1 mois de la sortie des urgences a été nettement plus faible à 4,4%, équivalent à leur taux de mortalité à un stade plus tardif de 3 mois.

Dans notre cohorte, les caractéristiques des aidants (âge, état de santé), des aides humaines et techniques à domicile, qui peuvent aussi contribuer à expliquer la réadmission, n'ont pas été étudiées et pourraient être prises en compte dans de prochaines recherches.

Les hospitalisations antérieures récentes (dans les 6 derniers mois), le nombre de médicaments, n'ont pas non plus été étudiées, et pourraient également avoir un impact sur le taux de réadmission. Ces critères sont deux des six facteurs de risque constituant le score d'identification des personnes âgées à risque (ISAR), instrument de détection de la fragilité et de prédiction du risque d'hospitalisation, chez les personnes de 65 ans et plus (26). L'utilisation de ce score, bien qu'il ait une spécificité modeste, pourrait, donc, avoir toute sa place dans la prévention de la réadmission au décours d'un passage aux urgences, en aidant à décider du retour à domicile des patients âgés avec plus de sécurité. (28) Rappelons qu'il n'existe pas de modèle unique et fiable pour repérer les patients à haut risque de réadmission. Cela nécessite une approche plurielle prenant en compte la ou les pathologies responsables de l'hospitalisation, l'existence d'une dépendance, un recours antérieur en urgence à l'hôpital et la situation sociale du patient, considéré ainsi dans sa globalité.

Ainsi, notre étude n'a pas mis en évidence de facteurs prédictifs de réadmission soit parce que nous n'avons pas pris en considération les bons facteurs, soit du fait d'un impondérable.

Enfin, nous pouvons nous poser la question de savoir si la décision de ne pas hospitaliser a été juste. La prévalence de 20% de réadmissions à 1 mois peut sembler importante et pourrait remettre en cause la décision initiale de non hospitalisation. Cependant, un certain nombre de ces hospitalisations a pu être programmé par l'EMG et ne pas correspondre à un nouvel épisode médical.

## V. CONCLUSION

Cette étude nous a permis de décrire une population très âgée, présentant des signes de déclin fonctionnel, adressée aux urgences pour différents motifs médicaux ne nécessitant pas une hospitalisation immédiate.

La prévalence des hospitalisations à un mois est de 20% et aucun facteur de risque n'a pu être mis en évidence, ce qui ne permet pas de mettre en place une stratégie de prévention particulière de nouvelles hospitalisations.

## VI. ANNEXES

### 1. Questionnaire d'aide à l'initiation d'un PPS

Questionnaire d'aide à la décision d'initier une démarche de type PPS chez des patients de plus de 75 ans			
La personne :	O	N	?
➤ a-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
➤ a-t-elle une polyopathie (n ≥ 3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n ≥ 10) ?			
➤ a-t-elle une restriction de ses déplacements, dont un antécédent de chute grave ?			
➤ a-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions) ne lui permettant pas de gérer son parcours, ou mettant en difficulté l'aidant / l'entourage ?			
➤ a-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
➤ a-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?			

<sup>1</sup>insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

Si vous avez répondu OUI à ces deux questions		
	O	N
➤ La personne vous paraît-elle nécessiter l'élaboration d'un PPS <sup>1</sup> (suivi pluriprofessionnel impliquant le médecin traitant et au moins 2 autres professionnels) ?		
➤ Si oui, accepte-t-elle l'initiation d'un PPS ?		

## 2. Activities of Daily Living (Echelle de Katz, ADL)

### **Echelle d'autonomie (ADL)**

<b>ECHELLE A.D.L</b>		Nom .....
		Prénom .....
		Date .....
		Score .....
<b>Hygiène Corporelle</b>	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
<b>Habillage</b>	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage  Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser.  Dépendant	1  ½  0
<b>Aller aux toilettes</b>	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite.  Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller.  Ne peut aller aux toilettes seul	1  ½  0
<b>Locomotion</b>	Autonomie  A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant)  Grabataire	1  ½  0
<b>Continence</b>	Continent  Incontinence occasionnelle  Incontinent	1  ½  0
<b>Repas</b>	Se sert et mange seul  Aide pour se servir, couper la viande ou peler un fruit  Dépendant	1  ½  0

Total = /6

### 3. IADL: Instrumental activities of daily living (Echelle de Lawton).

#### IADL: INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (Echelle de LAWTON)

Evaluation du niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne

##### 1. Aptitude à utiliser le téléphone

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Se sert normalement du téléphone	1	
2. Compose quelques numéros très connus	1	
3. Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1	
4. N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0	
5. Incapable d'utiliser le téléphone	0	

##### 2. Courses

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Fait les courses	1	
2. Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats)	0	
3. Doit être accompagné pour faire ses courses	0	
4. Complètement incapable de faire ses courses	0	

##### 3. Préparation des aliments

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais préparé de repas		
1. Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1	
2. Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0	
3. Réchauffe ou sert des repas qui sont préparés, ou prépare de façon inadéquate les repas	0	
4. Il est nécessaire de lui préparer les repas et de les lui servir	0	

##### 4. Entretien ménager

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais eu d'activités ménagères		
1. Entretien sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1	
2. Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que faire les lits, laver la vaisselle	1	
3. Effectue quelques tâches quotidiennes, mais ne peut maintenir un état de propreté normal	1	
4. A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien ménager	1	
5. Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0	

##### 5. Blanchisserie

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais effectué de blanchisserie		
1. Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1	
2. Lave des petits articles (chaussettes, bas)	1	
3. Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0	

##### 6. Moyens de transport

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Utilise les moyens de transports de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1	
2. Organise ses déplacements en taxi ou n'utilise aucun moyen de transport public	1	
3. Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	1	
4. Déplacement limité en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0	

##### 7. Responsabilité à l'égard de son traitement

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1	
2. Est responsable de la prise de ses médicaments si les doses ont été préparées à l'avance	0	
3. Est incapable de prendre seul ses médicaments même si ceux-ci ont été préparés à l'avance	0	

##### 8. Aptitude à manipuler l'argent

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais manipulé d'argent		
1. Gère ses finances de façon autonome	1	
2. Se débrouille pour les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1	
3. Incapable de manipuler l'argent	0	

Total score IADL	...../ 8
Nombre items non applicables	...../ 8

## 4. MMSE : Mini Mental State Examination

### Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

#### Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.  
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.  
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? \_\_\_\_\_

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

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

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

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

#### Apprentissage

/ 3

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

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

Répéter les 3 mots.

#### Attention et calcul

/ 5

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

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

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

#### Rappel

/ 3

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

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

#### Langage

/ 8

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| Montrer un crayon.  | 22. Quel est le nom de cet objet ?*  |
| Montrer votre montre.   | 23. Quel est le nom de cet objet ?** |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** |                                      |

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

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »\*\*\*\*

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

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

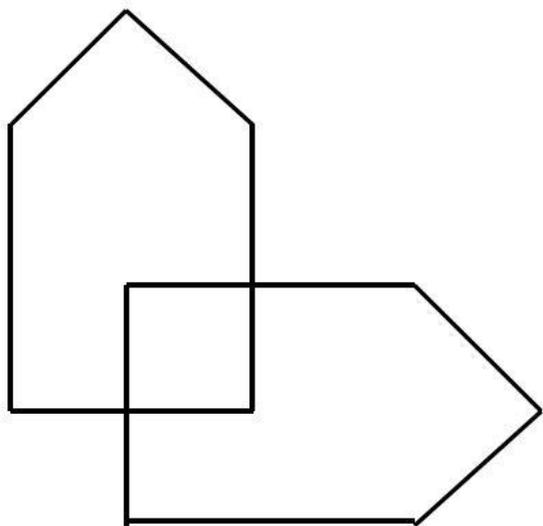
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »\*\*\*\*\*

#### Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

**« FERMEZ LES YEUX »**



5. MNA simplifié Score sur 14.

**EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL AVEC LE  
M.N.A. SIMPLIFIE**

**Questionnaire de dépistage**

	<b>Echelle</b>	<b>Score</b>
<b>Le patient présente t'il une perte d'appétit ?</b> (A-t-il moins mangé des 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, de mastication de déglutition ?)	<b>0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie</b>	
<b>Perte récente de poids (&lt; 3 mois)</b>	<b>0 : &gt; 3 kg 1 : ne sait pas 2 : 1 à 3 kg 3 : aucune</b>	
<b>Motricité actuelle</b>	<b>0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 3 : sort du domicile</b>	
<b>Maladie aigue ou stress psychologique dans les 3 derniers mois</b>	<b>0 : oui 1 : non</b>	
<b>Problèmes neuropsychologiques</b>	<b>0 : démence ou dépression sévères 1 : démence ou dépression modérées 2 : aucun</b>	
<b>Indice de Masse Corporelle (IMC = poids/(taille<sup>2</sup>) en kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>0 : IMC &lt; 19 1 : 19 &lt;= IMC &lt; 21 2 : 21 &lt;= IMC &lt; 23 3 : IMC &gt;= 23</b>	
<b>SCORE TOTAL DE DEPISTAGE (Maximum 14 points)</b>	<b>-----&gt;</b>	

**INTERPRETATION :**

**12 points ou plus → Normal**

**11 points ou moins → possibilité de malnutrition, faire le MNA intégral**

## 6. EOC ou échelle de Bourreau

<b>Echelle d'Observation Comportementale modifiée</b> <i>Noter pour chaque item la situation caractérisant au mieux le patient.</i>			<b>Score</b>
<b>Pousse des gémissements, des plaintes</b> <small>(Expression de pleurs, de gémissements, de cris avec ou sans larmes)</small>	Absent Faible Marqué	0 1 2	
<b>Front plissé, crispation du visage</b> <small>(Expression du visage, du regard, et mimiques douloureuses)</small>	Absent Faible Marqué	0 1 2	
<b>Attitudes antalgiques visant à la protection d'une zone en position de repos "assis ou allongé"</b> <small>(Recherche active d'une posture inhabituelle ou adoption spontanée et continue d'une position de protection d'une zone présumée douloureuse)</small>	Absent Faible Marqué	0 1 2	
<b>Mouvements précautionneux</b> <small>(A la sollicitation, réaction de défense coordonnée ou non d'une zone présumée douloureuse, ou évitement de la mobilisation d'une zone présumée douloureuse)</small>	Absent Faible Marqué	0 1 2	
<b>Agressivité/agitation ou mutisme/prostration</b> <small>(Communication intensifiée traduite par une forte agitation ou absence/refus de communication traduit par une absence de mouvements ou replis sur soi)</small>	Absent Faible Marqué	0 1 2	
<b>Score total</b> <i>Le patient est considéré comme douloureux si le score total est supérieur ou égal à 2.</i>			<b>/10</b>

## 7. Score ISAR (Identification of seniors at risk)

### **Score ISAR (identification of seniors at risk)**

- 1 Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?**
  - 2 Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?**
  - 3 Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?**
  - 4 Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ?**
  - 5 Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoire ?**
  - 6 Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?**
- 

**Interprétation : Un patient est considéré à risque d'événement indésirable ( déclin fonctionnel réadmission) avec  $\geq 2$  réponses positives et nécessite une évaluation gériatrique plus poussée**

## 8. TRST : Triage Risk Screening Tool.

- 1) Troubles cognitifs (troubles mnésiques ou désorientation)
- 2) Difficulté à la marche, à se déplacer ou chute
- 3) Cinq médicaments ou plus
- 4) Consultation aux urgences dans les 30 jours ou hospitalisation dans les 90 jours précédents
- 5) Recommandation professionnelle : crainte de la part du professionnel faisant le test (infirmière) concernant le sujet âgé, qui nécessiterait un suivi :
  - Abus ou négligence
  - Abus de substance (alcool ou drogue)
  - Mauvaise observance médicamenteuse
  - Difficulté dans les IADL
  - Ou autre.

Présence de 2 critères ou plus sur 5 = risque de consultations ultérieures aux urgences, d'être hospitalisé ou institutionnalisé

TRST	YES	NO
1. Presence of cognitive impairment. Example, disorientation, unable to follow directions, diagnosis of dementia or delirium.	1	0
2. Lives alone or no caregiver available, willing or able.	1	0
3. Difficulty with walking or transfers or history of recent falls.	1	0
4. Not counting this ED visit, patient/family states has used ED within past 30 days or has been hospitalized within last 3 months.	1	0
5. Five or more different medications.	1	0
6. Professional Recommendations: nurse believes this patients requires further follow-up at home for any of the following: a) suspected abuse, neglect, self-neglect, exploitation b) noncompliant patient with <5 medications who keeps coming back to ED c) suspected substance abuse (alcohol or drug) d) problems with meeting instrumental ADL e) other (please specify)	1	0

## 9. Critères de Fried

Indicateurs	Mesures associées
Amaigrissement	Perte de poids de plus de 4,5 kg ou $\geq 5\%$ par an
Faiblesse/fatigue/symptomatologie dépressive	Sensation d'épuisement 3-4 jours par semaine ou plus selon l'échelle d'autoévaluation <i>US Center for Epidemiological Studies depression scale</i> (Radloff, 1977)
Sédentarité	Dépense d'énergie : < 383 Kcal/semaine (homme) < 270 Kcal/semaine (femme)
Vitesse de marche lente	Temps de parcours de 4,57 m sans arrêt, modulé selon le sexe et la taille
Faible force de préhension	Force de préhension, modulée selon la taille et l'indice de masse corporelle

## VII. LISTE DES ABREVIATIONS

ADL : Activities Of Daily Living

AEG : Altération de l'Etat Général

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CS : Consultation Spécialisée

DDL : Degré De Liberté

DRESS : Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

EOC : Echelle d'Observation Comportementale

HAS : Haute Autorité de Santé

HP : Hôpital Pellegrin

HSA : Hôpital Saint-André

IADL : Instrumental Activities Of Daily Living

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISAR : Identification of Senior At Risk

MMSE : Mini-Mental State Examination

MNA : Mini Nutritional Assessment

OR : Odd Ratio

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PPS : Plan Personnalisé de Santé

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

TRST : Triage Risk Screening Tool

## VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Population par âge – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 8 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288324?sommaire=1288404>
2. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-aux-urgences-une-patientele-au-profil-particulier>
3. Recommandations de la SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/fr/publications/recommandations-de-la-sfm/prise-en-charge-de-la-personne-agee-de-plus-de-75-ans-aux-urgences/con\\_id/245](http://www.sfm.org/fr/publications/recommandations-de-la-sfm/prise-en-charge-de-la-personne-agee-de-plus-de-75-ans-aux-urgences/con_id/245)
4. Lang P-O, Dramé M, Jolly D, Novella J-L, Blanchard F, Michel J-P. Que nous apprend la cohorte SAFEs sur l'adaptation des filières de soins intra-hospitalières à la prise en charge des patients âgés ? Presse Médicale. 1 nov 2010;39(11):1132-42.
5. Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060 - Dossiers solidarité et santé - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 11 févr 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/le-compte-de-la-dependance-en-2011-et-a-l-horizon-2060>
6. Lang P-O, Heitz D, Hédelin G, Dramé M, Jovenin N, Ankri J, et al. Early Markers of Prolonged Hospital Stays in Older People: A Prospective, Multicenter Study of 908 Inpatients in French Acute Hospitals: PROLONGED HOSPITAL STAYS. J Am Geriatr Soc. juill 2006;54(7):1031-9.
7. Gauthier J, Kisterman JP, Chapalain F, Texier A, Manckoundia P. Réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises dans un service de médecine polyvalente post-urgence : taux et facteurs prédictifs. Rev Médecine Interne. août 2016;37(8):521-8.
8. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. The Lancet. mars 2013;381(9868):752-62.

9. Gillet J. Ré-hospitalisation des personnes âgées de plus de 75 ans : passage aux Urgences, état des lieux et facteurs favorisant : étude rétrospective sur une année à l'HNFC site de. 2015.
10. Rowland K, Maitra AK, Richardson DA, Hudson K, Woodhouse KW. The discharge of elderly patients from an accident and emergency department: functional changes and risk of readmission. *Age Ageing*. nov 1990;19(6):415-8.
11. Haute Autorité de Santé - Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? [Internet]. [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees)
12. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-aux-urgences-une-sante-plus-fragile-necessitant-une-prise>
13. Allen DJ, Heyrman PJ. WONCA une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. :52.
14. Haute Autorité de Santé - Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa)
15. Démographie des professionnels de santé | Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/demographie-des-professionnels-de-sante-0>
16. Salles N. Enquête nationale sur les pratiques des Equipes Mobiles de Gériatrie en France. Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG. *Rev Gériatrie*. 2012;31.

17. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 12 sept 2017 [cité 25 oct 2018]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006211.pub3>
18. Yves Rolland, Athanase Benetos, Armelle Gentric, Joël Ankri, François Blanchard, Marc Bonnefoy, Laure de Decker, Monique Ferry, Régis Gonthier, Olivier Hanon, Claude Jeandel, Fathi Nourhashemi, Christine Perret-Guillaume, Frédérique Retornaz, Hélène Bouvier, Geneviève Ruault, Gilles Berrut. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2011;9(4):387-390. doi:10.1684/pnv.2011.0311
19. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 mars 2001;56(3):M146-57.
20. Rockwood K. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Can Med Assoc J*. 30 août 2005;173(5):489-95.
21. Maturin Tabue-Teguio, Nadine Simo, Magali Gonzalez-Colaço Harmand, Matteo Cesari, Jose-Alberto Avila-Funes, Catherine Féart, Hélène Amiéva, Jean-François Dartigues. Fragilité de la personne âgée : mise au point. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2017;15(2):127-137. doi:10.1684/pnv.2017.0670
22. Wieland D, Hirth V. Comprehensive Geriatric Assessment. *Cancer Control*. nov 2003;10(6):454-62.
23. Paule Le Deun, Armelle Gentric. L'évaluation gériatrique standardisée : intérêt et modalités. *Médecine thérapeutique*. 2004;10(4):229-236.
24. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a Geriatric Evaluation Unit: A Randomized Clinical Trial. *N Engl J Med*. 27 déc 1984;311(26):1664-70.
25. Graf CE, Zekry D, Giannelli S, Michel J-P, Chevalley T. Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the Emergency Department: a systematic review. *Aging Clin Exp Res*. août 2011;23(4):244-54.

26. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Belzile E, Verdon J. Prediction of hospital utilization among elderly patients during the 6 months after an emergency department visit. *Ann Emerg Med.* nov 2000;36(5):438-45.
27. al GC et. Identification of older patients at risk of unplanned readmission after discharge from the emergency department - comparison of two screening tools. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 26 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22252274>
28. Galvin R, Gillett Y, Wallace E, Cousins G, Bolmer M, Rainer T, et al. Adverse outcomes in older adults attending emergency departments: a systematic review and meta-analysis of the Identification of Seniors At Risk (ISAR) screening tool. *Age Ageing* [Internet]. 17 déc 2016 [cité 18 nov 2018]; Disponible sur: <https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/afw233>
29. Cousins G, Bennett Z, Dillon G, Smith SM, Galvin R. Adverse outcomes in older adults attending emergency department: systematic review and meta-analysis of the Triage Risk Stratification Tool. *Eur J Emerg Med.* août 2013;20(4):230-9.
30. Duc S, Fernandez C, Moheb B, Dang VM, Bloch F, Floccia M, et al. Triage risk screening tool (TRST) in screening elderly patients requiring the intervention of a mobile geriatric team: results of a pilot study. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement.* mars 2015;(1):55–62.
31. PAERPA : Parcours de santé des aînés - Ville de Bordeaux | Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/paerpa-parcours-de-sante-des-aines-ville-de-bordeaux>
32. Salles N, Floccia M, Videau M-N, Diallo L, Guérin D, Valentin V, et al. Avoiding Emergency Department Admissions Using Telephonic Consultations Between General Practitioners and Hospital Geriatricians. *J Am Geriatr Soc.* avr 2014;62(4):782-4.
33. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing.* 1 juill 2008;37(4):416-22.

34. Lazarovici C, Carrasco V, Baubeau D, Somme D, Saint-Jean O. Question 2 : enquête sur les utilisateurs des services d'urgences, profil des usagers de plus de 75 ans. *J Eur Urgences*. sept 2004;17(3):209-14.
35. Cornette P, D'Hoore W, Malhomme B, Van Pee D, Meert P, Swine C. Differential risk factors for early and later hospital readmission of older patients. *Aging Clin Exp Res*. août 2005;17(4):322-8.
36. Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitch H. Screening Elders for Risk of Hospital Admission. *J Am Geriatr Soc*. août 1993;41(8):811-7.
37. Di Iorio A, Longo AL, Costanza AM, Bandinelli S, Capasso S, Gigante M, et al. Characteristics of geriatric patients related to early and late readmissions to hospital. *Aging Clin Exp Res*. août 1998;10(4):339-46.

## **IX. SERMENT D'HIPPOCRATE**

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

## RESUME :

---

**Facteurs prédictifs de réadmission à 1 mois des patients âgés de plus de 75 ans, évalués par l'équipe mobile de gériatrie lors d'un passage aux urgences et rentrés à domicile sans être hospitalisés : étude au CHU de Bordeaux (2015-2016).**

### **Introduction :**

Le nombre de personnes âgées (PA) de plus de 75 ans admises aux urgences est en constante augmentation. Cependant, on ne connaît pas bien le devenir de ceux rentrés à leur domicile sans avoir été hospitalisés. Nos objectifs étaient donc de déterminer la prévalence et les facteurs prédictifs de réadmission précoce à 1 mois des patients de plus de 75 ans n'ayant pas été hospitalisés après un passage aux urgences, et de décrire dans le même temps cette population.

### **Matériel et méthodes :**

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, observationnelle et descriptive de type cohorte, incluant tous les patients de plus de 75 ans vus par l'équipe mobile de gériatrie (EMG), lors d'un passage aux urgences et rentrés à leur domicile sans être hospitalisé en 2015 et 2016. L'influence sur la réadmission à un mois de données sociodémographiques et médicales a été analysée.

### **Résultats :**

Sur les 1759 patients évalués par l'EMG en 2015 et 2016, 225 patients âgés de 87,7 ( $\pm$  5,4) ans ont été inclus. Une très grande majorité (89,7%) d'entre eux vivaient à domicile, 59,7% étaient dépendants pour les activités de la vie quotidienne ( $ADL \leq 3$ ) et 76,5% pour les activités instrumentales ( $IADL \leq 3$ ). Le taux de réadmission précoce à 1 mois était de 20,2%, dans un délai moyen de 10,2 jours. Aucun facteur prédictif de réadmission n'a été mis en évidence lors de l'analyse.

### **Conclusion :**

La réadmission des PA après un passage aux urgences est fréquente et difficile à anticiper. Cette étude a permis de décrire une population très âgée, présentant des signes de déclin fonctionnel, adressée aux urgences pour différents motifs médicaux ne nécessitant pas une hospitalisation immédiate. Aucun facteur prédictif de réadmission n'a pu être mis en évidence, ce qui ne permet pas de mettre en place une stratégie de prévention particulière de nouvelles hospitalisations.

---

## DISCIPLINE :

Médecine générale, Gériatrie.

## MOTS-CLES:

Patients âgés, services d'urgences, réadmission, fragilité, évaluation gériatrique.

---

UNIVERSITE DE BORDEAUX