



HAL
open science

**Altération de l'état général chez le patient âgé: étude
du devenir à 6 mois de 77 patients hospitalisés pour ce
motif en court séjour gériatrique et recherche de
facteurs prédictifs d'évolution défavorable**

Clément Breuillac

► **To cite this version:**

Clément Breuillac. Altération de l'état général chez le patient âgé: étude du devenir à 6 mois de 77 patients hospitalisés pour ce motif en court séjour gériatrique et recherche de facteurs prédictifs d'évolution défavorable. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01969632

HAL Id: dumas-01969632

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01969632>

Submitted on 4 Jan 2019

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

Thèse n°164

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

Mr Clément BREUILLAC né le 08/11/1988 à Paris (XIVeme)

Présentée et soutenue publiquement le 07/11/2018

Altération de l'état général chez le patient âgé:

Étude du devenir à 6 mois de 77 patients hospitalisés pour ce motif en court séjour gériatrique et recherche de facteurs prédictifs d'évolution défavorable.

Directrice de thèse :

Dr GREGOIRE Marie-Alix

Membres du jury:

Pr RAINFRAY Muriel

Dr ROUBAUD-BAUDRON Claire

Pr CASTERA Philippe

Dr NASSER Noumer

Présidente

Rapporteur

Juge

Juge

REMERCIEMENTS:

A la présidente du jury:

Madame la Professeure Muriel RAINFRAY

Professeure des universités, Médecine gériatrique, CHU de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au rapporteur de thèse :

Madame le Docteur Claire ROUBAUD-BAUDRON

MCU-PH, Pôle de gériatrie clinique, CHU de Bordeaux.

Merci de me faire l'honneur d'être le rapporteur de ce travail, soyez assurée de tout mon respect.

A la directrice de thèse:

Madame le Docteur Marie-Alix GREGOIRE

Praticien hospitalier, Court séjour gériatrique, Centre hospitalier de la côte basque

Merci de ton soutien indéfectible, tes remarques pertinentes et tes réponses à mes questions sans lesquelles ce travail n'aurait pu aboutir.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Professeur des universités, Département de médecine générale, CHU de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur Noumer NASSER

Chef de clinique, Service médico-chirurgical de valvulopathies et cardiomyopathies, CHU de Bordeaux.

Tu me fais l'honneur de juger ce travail et je t'en remercie. Sois assuré de mon profond respect et de mon amitié.

A mes parents, éternel soutien, sans qui je ne serais vraisemblablement pas ici.

A mes sœurs: Camille, infatigable globe trotteuse, linguiste hors pair et Pauline, géographe ingénue.

Aux cousins à l'accent qui chante et leurs parents : Michèle, Jacques, Jérôme le néo-rochelais, Arnaud et son portable à l'utilité un peu floue.

A ma grand mère.

A ma belle famille :

Patrice et Marie (-F) qui m'avez fort bien et rapidement accueilli.

Xavier, notre colocataire et meilleur ami de Chatou.

Sophie, il y aura toujours un peu de vaisselle pour toi dans notre évier.

Aux Niortais : PDG qui ne dort presque jamais, Thomas la Vince Vincendeau et Vilaine. La Bin' et Jennifer, vive les mariés. François Cyrano de laboratoire, Fanny et leurs 2 filles. Charles, La Baud', J.P, Alex.

Aux animaux de Poitiers: Kiki et ses atours, Soussou et sa Graffen, Goutte d'O et ..., C.S et Shiny, Fanta aka L.Voulzy, Basile le beau, Pépé et son surf belligérant, Jeff qui n'a plus de dent contre moi, Noumer et ses anniversaires biannuels, Loïc postier de l'extrême, Fred c'est du propre, Light.

Aux autres Poitevins : Nono, Charlotte, Elise, Brice et Alice, Dekimpe.

Aux Bordelais :

La famille pirate Hélène et Floflo qui vont faire un tour du côté de leur fille.

Roxane et Pierre, amateurs de nourriture légère et sportifs à l'envi, Bretagne indépendante!

Justine/Charlie et Adèle: si vous lisez ceci vous êtes arrivés à l'heure. Bravo !

Jean, surfeur nomade, écrivain philanthrope.

Bisson, faux sosie de Mike Brant, Mathinois et Anais.

Ah Toto ah, Simon le Bescherelle ambulancier et Oriane.

Gab, psychiatre de la rime. Royale Debbie et Jaw Baptiste.

Raph/Charlotte et Juju, Clément/Pauline et Elise, Laurent espoir du tennis communal, Tonton Christos, Alex/Clemence.

Aux escargots des hauts, très belle rencontre réunionnaise !

Axel, qui partage mon amour des cheveux crantés.

Et enfin à mes amours :

Claire, tu n'as pas besoin de ces quelques lignes pour le savoir, néanmoins merci d'être cette formidable personne, attention toutefois aux excès d'optimisme.

Marceau: cette ligne est d'une utilité toute relative puisque tu ne sais pas lire, mais en toute objectivité tu es le plus beau des bébés.

TABLES DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS:	6
INTRODUCTION :	7
1) Données épidémiologiques :	7
2) L'altération de l'état général (AEG)	7
3) Aspect éthique :	9
4) Intérêts de l'étude:	9
MATERIEL ET METHODE :	10
1) Recueil de données :	10
2) Suivi du patient :	11
3) Analyse statistique :	12
4) Stratégie d'analyse	13
RÉSULTATS	15
1)Description	15
2)Tableaux et description analytique:	21
3)Analyse de régression logistique	33
DISCUSSION :	41
1)Population étudiée	41
2) Diversité étiologique :	42
3) Le pronostic vital:	44
4) La Réhospitalisation :	45
5) Devenir post hospitalier et institutionnalisation :	47
6) Forces et faiblesses de l'étude :	48
7) Ouverture:	49
CONCLUSION	50
Bibliographie	51
Annexes :	53

LISTE DES ABREVIATIONS:

AEG : Altération de l'état général

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante

SSR : Soins de suite et réadaptation

CHCB : Centre hospitalier de la côte basque

ADL : Activities of daily living

AIC: Akaike information criterion

CSG : Court séjour gériatrique

DMS : Durée moyenne de séjour

AIM : Accident iatrogène médicamenteux

RAD: Retour au domicile

INTRODUCTION :

1) Données épidémiologiques :

Le vieillissement de la population française est un sujet d'actualité. En 2060, d'après différentes projections réalisées par l'INSEE (1) la France comptera plus de 30% de sexagénaires (pour un pourcentage en 2007 évalué à 21 %). De concert avec la hausse de la population globale, l'inflation de cette population est évaluée à 10.4 millions de personnes. L'âge moyen de la population passerait de 39 ans en 2007 à 43 ans en 2035 puis 45 ans en 2060. Dans ce même document les conclusions sur l'espérance de vie selon les projections objectivent des valeurs de 86 à 88 ans pour les hommes et de 91 à 93 ans pour les femmes en 2060.

Les données plus spécifiques à l'Aquitaine (2011) prévoient le doublement de la population de plus de 80 ans d'ici 2040 via le nombre de bénéficiaires de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) (2).

La population française comptait 15 000 centenaires en 2010, les projections en prévoient de 120 000 à 380 000 en 2060 (3).

Le système de santé doit donc se préparer à des patients gériatriques plus nombreux et plus âgés. Pour cela il faut mieux connaître leurs spécificités, notamment définir avec plus de précision certains aspects de leur prise en charge en diminuant le mésusage de certains termes médicaux. C'est ici l'objet de notre travail avec la notion d'altération de l'état général.

2) L'altération de l'état général (AEG)

Le médecin généraliste est un pilier indispensable dans la prise en charge des personnes âgées. Son expérience et sa connaissance de l'environnement des patients en fait un maillon essentiel du système de santé.

Nous avons souhaité participer à une meilleure connaissance des personnes âgées en proposant une étude centrée sur le syndrome d'altération de l'état général. Ce terme est en effet fréquemment utilisé par les médecins généralistes en motif d'hospitalisation des personnes âgées. Cependant on n'en trouve pas de définition précise dans les grands ouvrages scientifiques, hors travaux de thèses pré-existants et une association à un codage R53 dans la classification statistique internationale des maladies ou CIM-10. La définition telle que nous la connaissons est visible principalement dans des sources non médicales type Wikipédia. Nous avons donc voulu préciser ce qui se cachait derrière cette notion.

Historiquement, la définition d'AEG accompagne les diagnostics cancérologiques. De nos jours, elle est fréquemment employée en équivalent d'un diagnostic plutôt que pour exprimer une triade

symptomatique. Le terme est toujours très présent lors des études de médecine, notamment lors des modules de gériatrie.

Certains auteurs qualifient cette triade de réel syndrome gériatrique, d'autres ne lui accordent qu'une utilité de vulgarisation médicale (4, 5).

Le syndrome d'altération de l'état général associe trois facteurs :

- l'anorexie: facteur soumis directement à l'appréciation du patient et de ses proches;
- l'asthénie: facteur subjectif; cependant certaines échelles nous permettent une quantification approximative : les échelles OMS et Karnofsky (annexe 1).
- l'amaigrissement (seule véritable donnée quantifiable).

Cette définition pose donc plusieurs problèmes dans son interprétation. Elle reste variable selon le praticien et on ne dispose pas de consensus ou de définition objective dans les sociétés savantes.

En pratique clinique, ce terme est largement utilisé comme motif d'hospitalisation pour les personnes âgées. Mais là encore, des paradoxes existent : dans les études de patients adressés aux urgences pour ce motif, seulement 19 % à 45 % présentent effectivement les signes cliniques de la triade (6,7,8,9) . Dans l'étude d'Andres qui recrute 200 patients, ce taux est même inférieur à 6 % (10).

Il renvoie certainement plus à un "ressenti" du médecin généraliste qu'à un réel diagnostic établi, l'étude Martzel en est une démonstration récente par ses questionnaires et l'étude qualitative auprès de médecins généralistes (11). C'est donc naturellement qu'on va retrouver ce terme fréquemment dans la prise en charge des patients gériatriques ; la présentation atypique et l'examen clinique souvent pauvre rendant dans cette population le diagnostic plus difficile.

De nombreuses thèses et études se sont intéressées au sujet, abordant cette question de la définition, mais également celle des explorations complémentaires adaptées. On retient particulièrement l'étude de Fauchais, qui valide la recherche étiologique ciblée par fibroscopie oeso-gastro duodénale (12). Mais la plupart des études sont réalisées exclusivement aux urgences, regroupant donc une population très variée (6, 7, 8, 9). Un autre élément peu abordé dans les études est le devenir de ces patients.

Dans cette perspective nous avons voulu aborder la notion d'AEG d'un point de vue "gériatrique". Nous avons choisi d'étudier un groupe de patients âgés, hospitalisés pour ce motif. Notre hypothèse de travail est la suivante : l'hospitalisation pour AEG est pourvoyeuse de nombreux événements péjoratifs dans les 6 mois qui suivent le séjour hospitalier.

L'objectif principal est donc de décrire cette population en s'appuyant sur des éléments tangibles : les taux de survie, de réhospitalisation et d'institutionnalisation à 6 mois. Nous avons secondairement recherché des facteurs explicatifs de ces derniers éléments, indépendamment et tous confondus. Dans ce dernier cas, la notion d'évolution péjorative retrouvée ci-après était définie par la présence d'un des trois éléments.

3) Aspect éthique :

Les données recueillies lors de notre étude ont toutes été anonymisées. Leur usage est limité à ce travail. Ce dernier a bénéficié de l'accord du comité de protection des personnes (CPP) et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), dans le cadre du protocole MR-003. Les patients ont pu bénéficier d'une information écrite (Annexe 2).

4) Intérêts de l'étude:

Notre travail doit permettre de décrire une population âgée qui prendra dans un futur proche une place importante, particulièrement dans notre région.

Ces patients sont hospitalisés pour un motif qui ne fait pas consensus et dont le devenir est mal connu. Nous décrirons donc le devenir de ces patients à 6 mois de leur sortie d'hospitalisation; en nous appuyant sur le médecin traitant. Les éléments de devenir retenus sont la ré-hospitalisation, l'entrée en institution, le décès. Nous souhaitons également avec ce travail découvrir des facteurs prédictifs d'une évolution péjorative.

MATERIEL ET METHODE :

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et analytique, prospective, monocentrique. Elle est menée chez les patients âgés de plus de 75 ans, admis dans le service de court séjour gériatrique (CSG) de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Age supérieur ou égal à 75 ans
- Adressés par leur médecin traitant via les urgences ou en entrée directe dans le service de court séjour gériatrique.
- Le courrier médical doit comporter le terme "altération de l'état général" ou "AEG" comme motif d'hospitalisation.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Autre motif d'hospitalisation précisé dans le courrier comme hypothèse diagnostique.
- Patient adressé via une autre structure (SOS médecin par exemple) devant les probables données manquantes du praticien ne suivant pas le patient au quotidien, responsables d'une difficulté diagnostique pouvant constituer un biais.
- Décès intra-hospitalier.

1) Recueil de données :

Les éléments recueillies contenaient des données concernant l'état civil, le mode de vie, certains antécédents et traitements. Ce dossier contenait également des données concernant l'hospitalisation et le mode de sortie.

Le recueil de données s'est basé sur l'observation médicale réalisée lors de l'entrée en hospitalisation du patient. Ces données étaient accessibles via le logiciel Trakcare, logiciel de données médicales utilisé au Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB).

Ces données ont été intégrées dans notre dossier de recueil, en utilisant le logiciel Excel©.

Modalités pratiques du recueil de données:

Les patients ont été inclus lors de leur passage dans le service de court séjour gériatrique de juillet 2016 à juillet 2017. Les patients éligibles étaient sélectionnés soit sur indication des médecins en charge des patients soit à la lecture des dossiers d'hospitalisation.

Etat civil et mode de vie:

Étaient consignés le sexe, l'âge et le lieu de vie du patient : foyer logement, établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD), domicile.

Pour tous les patients, en tenant compte des aides nécessaires au quotidien, une échelle ADL (Annexe 3) était réalisée à l'entrée en hospitalisation par le médecin responsable.

Les patients ont été classés en deux catégories :

- Autonome (indépendant) : ADL= 6
- Non complètement autonome (dépendant) : ADL<6

Éléments médicaux:

Concernant l'hospitalisation, les données recueillies comprenaient les antécédents notables, le nombre de médicaments habituels, la durée moyenne de séjour et le diagnostic final à la sortie.

Nous n'avons pas jugé pertinent d'analyser la présence de la triade AEG puisque les différents travaux réalisés jusqu'ici (6, 7, 8, 9, 10) avaient déjà démontré sa présence très variable et peu informative (présence variant de moins de 6 à 45 % sur l'ensemble des patient inclus).

Étaient considérés comme poly-pathologiques les patients présentant la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) sur la même période (13).

Pour la polymédication nous avons utilisé la grille SEGA (annexe 4). Étaient considérés comme polymédiqués les patients prenant plus de 3 médicaments. La polymédication grave était définie par la prise de plus de 6 médicaments.

L'étude s'est par ailleurs intéressée au devenir à la sortie :

- Lieu de vie antérieur (EHPAD ou domicile)
- Service de soins de suite et de réadaptation (SSR)
- Entrée en institution (EHPAD / ULSD)
- Décès dans le service.

2) Suivi du patient :

La réévaluation du patient était réalisée à 6 mois, au cours d'un entretien téléphonique avec le médecin traitant référencé lors de l'hospitalisation.

Ce suivi permettait de notifier les événements survenus depuis l'hospitalisation et particulièrement :

- une ré hospitalisation (pour tout motif)
- un décès
- une institutionnalisation.

Le questionnaire se déroulait de cette façon :

Concernant votre patient(e) Mr ou Mme X. avez vous noté depuis sa sortie d'hospitalisation les éléments suivants :

- Une ou plusieurs hospitalisations sans distinction de motif ? Réponse par oui ou par non
- Un changement de lieu de vie ? Réponse par Oui ou par Non
- Un décès ? Réponse par Oui ou par Non.

3) Analyse statistique :

La JISPED:

La partie statistique à été réalisée en collaboration avec la JISPED (La Junior de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement). Cette association a été créée au cours de l'année 2011. Implantée au sein de l'Université de Bordeaux, ses vocations principales sont d'ordres pédagogique, économique et non lucrative.

Elle se compose d'une équipe de membres actifs, tous étudiants à l'ISPED et volontaires, renouvelée chaque année. Un étudiant, supervisé par deux tutrices, nous a épaulé dans ce travail, en proposant les modèles statistiques les plus pertinents par rapport à nos objectifs.

Description:

Après recueil des données réalisées sur le serveur du CHCB et l'appel de leur médecin traitant, les patients se sont vu attribuer un chiffre ou nombre aléatoire pour anonymisation complète de celles-ci.

Les données ont été saisies sur un tableur Excel (Microsoft).

Dans un premier temps, une description de l'échantillon a été effectuée pour les variables d'intérêt (sexe, âge, autonomie, lieu de vie initial, polyopathie, polymédication, durée de séjour, diagnostic final et devenir post-hospitalier immédiat). Dans un second temps ces variables ont été comparées selon le sexe, l'évolution péjorative, la ré-hospitalisation, l'institutionnalisation et le décès dans les 6 mois suivants la première hospitalisation.

Dans cette analyse descriptive, les variables qualitatives ont été décrites en pourcentage de l'effectif global ou de la strate puis comparées par un test du χ^2 ou un test exact de Fisher si les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5. La normalité des variables quantitatives a été étudiée par un histogramme de leur distribution. Les variables quantitatives suivant une loi normale ont été décrites par leur moyenne et leur écart-type et comparées par un test de Student de comparaison de moyennes. Les variables quantitatives ne suivant pas une loi normale ont, quant à elles, été décrites par leur médiane et leur intervalle interquartile [Q1 ; Q3] et comparées par un test de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Régression logistique:

L'association entre les co-variables et les variables à expliquer prises individuellement a été étudiée grâce à des modèles de régression logistique.

Un modèle de régression logistique permet de quantifier la force de l'association entre la variable à expliquer Y et une ou plusieurs variables explicatives X. En régression logistique, l'interprétation des coefficients nécessite leur transformation. L'interprétation est alors effectuée en termes d'exponentielle des coefficients de régression e^{β} représentant le rapport de cotes de la maladie (ou Odds Ratio (OR) en anglais). Ainsi, la cote de maladie chez les exposés à un facteur est multipliée par $OR = e^{\beta}$ par rapport à la cote de maladie chez les non-exposés.

L'équation d'un modèle de régression logistique est :

$$\text{Logit } [P(Y_i = 1 | X_{1i}, \dots, X_{ni})] = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_n X_{ni}$$

Avec β_0 : l'intercept ; β_1, \dots, β_n : les paramètres estimés par le modèle associés aux variables explicatives X_1, \dots, X_n

4) Stratégie d'analyse

La stratégie d'analyse adoptée pour l'analyse a été la suivante :

- Etude de l'association brute entre chaque covariable et la variable à expliquer (analyse univariée) ;
- Application d'un modèle de régression multivarié afin d'ajuster la relation entre chaque covariable et la variable à expliquer sur les facteurs de confusion potentiels. Toutes les variables associées à la variable à expliquer au seuil conservateur de 20 % en analyse univariée ont été incluses dans le modèle multivarié. Le modèle final a été choisi en retirant une à une les variables explicatives non significativement associées à la variable à expliquer et en comparant les critères d'Akaike (AIC) obtenus pour chaque modèle. Le modèle retenu était celui présentant l'AIC le plus faible. Le test des interactions a ensuite été effectué sur le modèle final.

Variables à expliquer et variables explicatives

Variables à expliquer :

- Ré-hospitalisation dans les 6 mois
- Institutionnalisation dans les 6 mois
- Décès dans les 6 mois
- Évolution péjorative dans les 6 mois (présence d'au-moins un des trois critères précédents)

Variables explicatives :

- Sexe,
- Âge,
- Autonomie,
- Lieu de vie initial,
- Polypathologie,
- Polymédication,
- Durée de séjour,
- Diagnostic final
- Devenir post-hospitalier immédiat.

Variables quantitatives

Les variables quantitatives ont été transformées en qualitatives selon leurs quartiles pour vérifier la linéarité de leur effet. Si ces variables n'étaient pas linéaires, elles ont été étudiées en qualitatif soit suivant leurs quartiles, soit suivant leur médiane (selon les AIC obtenus). Si elles étaient linéaires, elles ont été étudiées en quantitatif, en qualitatif à 4 modalités ou en binaire selon la variable donnant le meilleur AIC.

Variables qualitatives:

Les variables qualitatives à plus de deux modalités ont été transformées en variables binaires si l'AIC de la variable binaire était plus faible (Devenir post hospitalier immédiat, Polymédication) ou traitées telles quelles en prenant une classe comme référence (Diagnostic final : référence = « Infection »).

Les variables binaires ont été étudiées en prenant une classe comme référence :

- Pour Sexe : « Femmes » ;
- Pour Âge ≥ 88 ans : « Non » ;
- Pour Autonomie : « Oui » ;
- Pour Lieu de vie initial : « Domicile » ;
- Pour Polypathologie : « Non » ;
- Pour Polymédication : « Non » ;
- Pour Durée de séjour > 10 jours : « Non » ;
- Pour devenir hospitalier immédiat : « Domicile ».

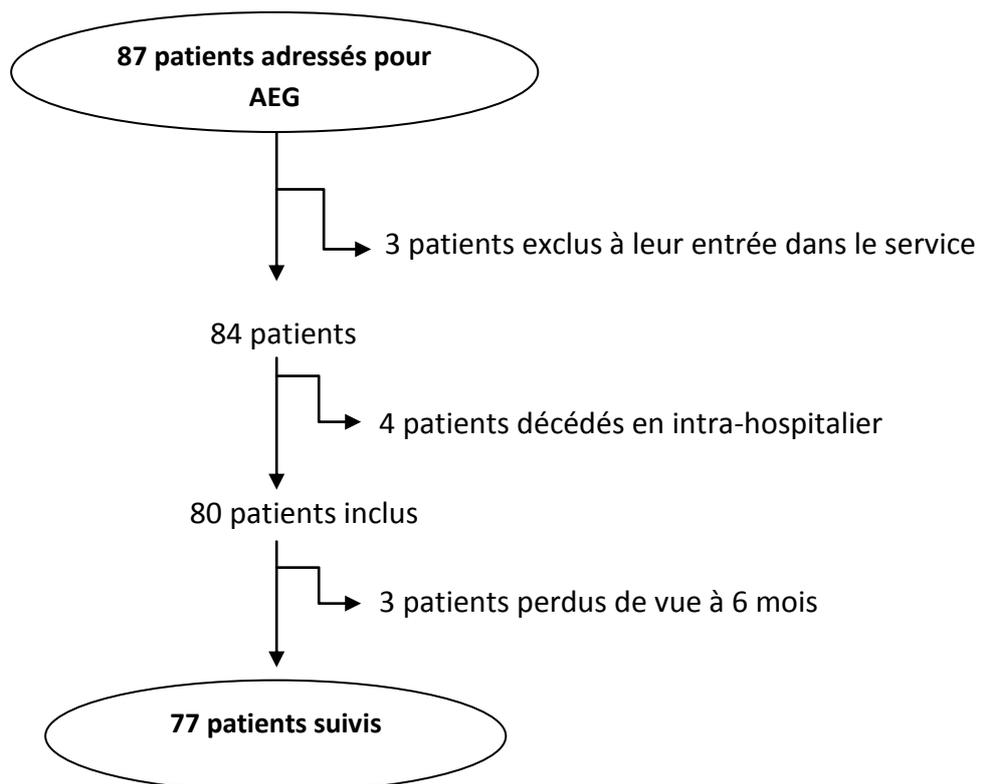
RÉSULTATS

1)Description

Au cours de la période de l'étude, 87 patients ont été hospitalisés pour altération de l'état général. Deux patients ont été exclus en raison de leur âge (moins de 75 ans) et un troisième car son admission émanait d'une structure annexe (SOS médecin).

Sur les 84 patients éligibles, 3 ont été perdus de vue pour diverses raisons (changement de médecin traitant ou départ à la retraite de celui-ci). Quatre sont décédés dans le service lors de leur premier séjour hospitalier sur cette période.

Figure 1: Diagramme de flux



Caractéristiques de la population étudiée :

Sur les 77 patients étudiés dans l'étude, 46 (59.7 %) étaient des femmes. La moyenne d'âge était de 87.4 ± 4.9 ans (moyenne \pm écart-type) ; avec des valeurs extrêmes de 78 à 95 ans. Soixante quatorze (96.1 %) patients vivaient au domicile, 3 (3.90 %) étaient en EHPAD. Dans l'effectif étudié, 24 (31.2 %) patients étaient considérés comme autonomes avant leur hospitalisation. 57 (74 %) d'entre eux remplissaient les critères de polypathologie. 12 patients (15.58 %) prenaient plus de trois médicaments au long court et 46 (59.74 %) en prenaient plus de six.

Tableau 1: Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population en fonction du sexe :

Données qualitatives

	N (% de l'effectif global)	Homme : n(%)	Femme : n (%)
Effectif global	77 (100)	31 (40.3)	46 (59.7)
Institutionnalisés	3 (3.9)	1 (33.3)	2 (66.7)
Au domicile	74 (96.1)	30 (40.5)	44 (59.5)
Polypathologique	57 (74)	26 (45.6)	31 (54.4)
Polymédication	12 (15.6)	10 (83.3)	3 (16.8)
Polymédication grave	46 (59.7)	17 (37)	29 (63)
Autonomes	24 (31.2)	13 (54.2)	11 (43.8)

Donnée quantitative

	Effectif Global	Homme	Femme
Moyenne d'âge	87.4	86.5	88,0

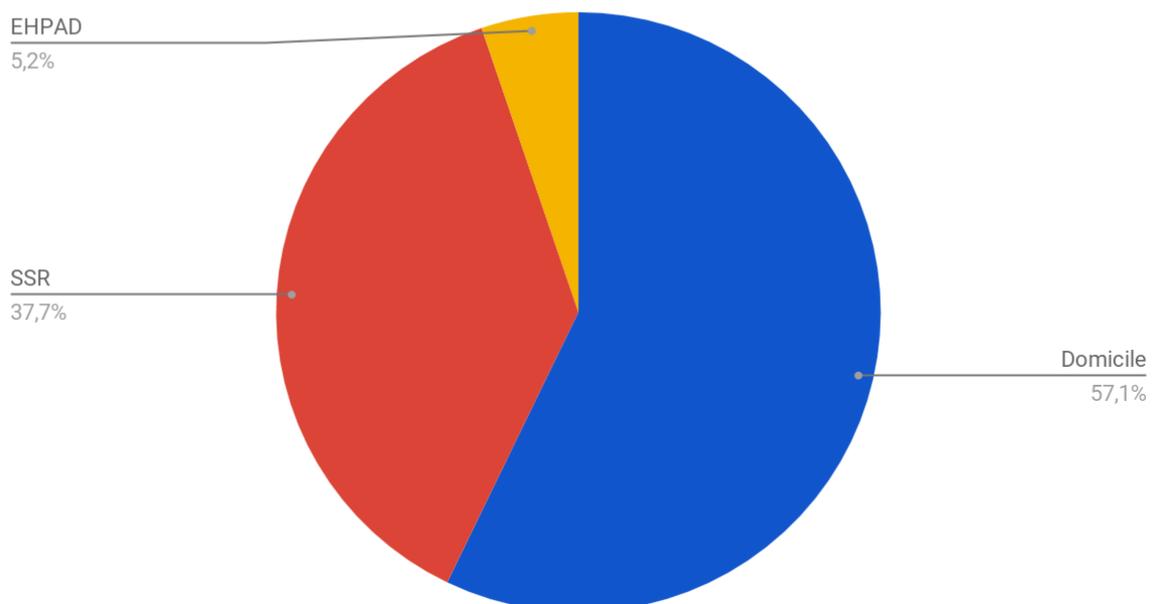
Hospitalisation et mode de sortie :

La durée moyenne de séjour en court séjour gériatrique était de 12.70 ± 6.54 jours. Les séjours s'étendent de 3 à 28 jours.

Le devenir immédiat était :

- Un retour à domicile pour 44 (57.1 %) patients.
- Un transfert en SSR pour 29 (37.7 %) patients dont 1 patient initialement en EHPAD.
- Un transfert en EHPAD pour 4 (5.2 %) patients dont 2 initialement en EHPAD.
- Un retour au lieu de vie antérieur pour 46 (59.7 %) patients : 44 au domicile et 2 en EHPAD.

Figure 2 : Devenir post hospitalier immédiat



Diagnostic de sortie :

Les différents diagnostics retrouvés étaient les suivants (figure 3):

- 25 (32.5 %) patients hospitalisés pour une cause infectieuse :
 - 9 pneumopathies
 - 4 cystites
 - 3 érysipèles
 - 2 prostatites
 - 1 sepsis d'origine indéterminée
 - 1 bronchite
 - 1 zona
 - 1 gastro-entérite
 - 1 arthrite septique
 - 1 surinfection d'escarre sacrée
 - 1 gastrite à Helicobacter pylori
 - 1 colite

- 13 (16.9 %) patients hospitalisés pour une cause en lien avec une iatrogénie :
 - 7 insuffisances rénales aiguës liées au traitement diurétique
 - 2 hyponatrémies liées au diurétique thiazidique
 - 1 confusion liée au benzodiazépine
 - 1 syndrome extrapyramidal lié à un traitement neuroleptique
 - 1 hypoglycémie liée à un traitement antidiabétique
 - 1 cytolyse hépatique liée à un traitement antifongique.

- Une néoplasie chez 9 patients (11.7 %):
 - 2 néoplasies de prostate
 - 2 cancers pulmonaires
 - 2 cancers de vessie
 - 1 cholangiocarcinome
 - 1 carcinome hépato-cellulaire
 - 1 lymphome

- Un syndrome algique sur une pathologie préexistante chez 6 patients(7.8 %)
 - 2 rhumatismes inflammatoires
 - 1 tassement vertébral ostéoporotique
 - 1 cas de douleurs neuropathiques post zostériennes
 - 1 canal lombaire étroit
 - 1 cas d'arthrose

- Une cause cardio-vasculaire chez 5 patients (6.5 %) :
 - 3 épisodes d'insuffisance cardiaque aiguë
 - 2 découvertes de fibrillation auriculaire

-Une pathologie psychiatrique chez 5 patients (6.5 %)

-4 épisodes dépressifs majeurs

-1 trouble panique

-Une situation sociale ou un maintien au domicile difficile sans étiologie aiguë dans 4 cas (5.2 %)

-3 découvertes de démence (3.9 %)

-2 démences vasculaires

-1 démence à Corps de Lewy

-2 cas d'anémies carencielles (2.6 %)

-1 cas de dysthyroïdie (1.3 %)

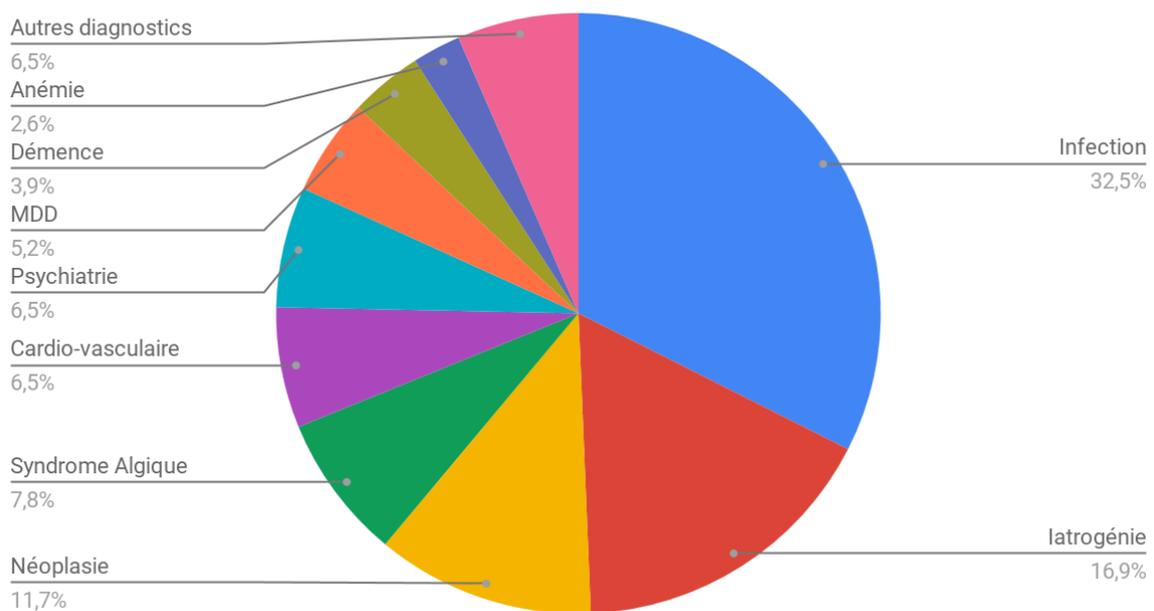
-1 cas de constipation sur fécalome (1.3 %)

-1 cas de comitialité (1.30 %)

-1 cas de vertige paroxystique bénin (1.3 %)

-Absence de diagnostic pour l'un d'entre eux (1.3 %)

Figure 3 : Etiologies de l'AEG (%)

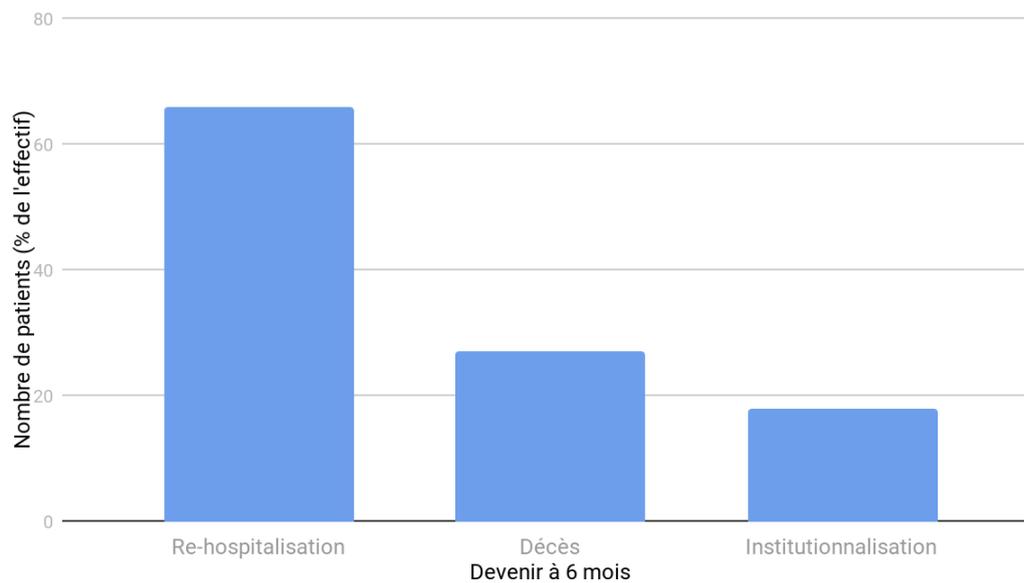


Devenir des patients à 6 mois post hospitalisation:

Dans notre population :

- 51 patients (66.2 %) ont été à nouveau hospitalisés dans les 6 mois.
- 21 (27.3 %) patients sont décédés dans les 6 mois qui ont suivi cette hospitalisation.
- 14 (18.2 %) patients ont été institutionnalisés dans les 6 mois qui ont suivi l'hospitalisation.

Figure 4 : Descriptif des événements péjoratifs



2) Tableaux et description analytique:

Les tableaux suivants se lisent de la manière suivante :

- Pour les variables qualitatives :
 - La valeur indiquée dans la colonne « n » représente l'effectif de la modalité de la variable dans l'échantillon (colonne la plus à gauche) ou celui de la strate concernée (selon la colonne de la variable à expliquer).
 - La valeur indiquée dans la colonne « % » représente la fréquence de la modalité de la variable dans l'échantillon (colonne la plus à gauche) ou celui de la strate concernée (selon la colonne de la variable à expliquer).
- Pour les variables quantitatives :
 - La valeur indiquée dans la colonne de gauche de chaque groupe représente la médiane dans l'échantillon global ou celle dans chaque groupe de la variable à expliquer.
 - La valeur indiquée dans la droite de chaque groupe représente l'intervalle interquartile [Q1 ; Q3] dans l'échantillon global ou celui dans chaque groupe de la variable à expliquer.
- Pour toutes les variables :
 - Si la p-valeur est inférieure à 0,05 : il y a une différence significative pour la variable considérée entre les 2 groupes de la variable à expliquer.
 - Si la p-valeur est supérieure ou égale à 0,05 : il n'y a pas de différence significative pour la variable considérée entre les 2 strates de la variable à expliquer.

Lorsqu'il n'y a aucune p-valeur affichée, les conditions d'application des tests statistiques n'étaient pas respectées et ils ne pouvaient donc pas être utilisés.

Pour l'évolution péjorative :

Choix de la variable âge :

- Quantitatif : AIC = 86,203 ; p = 0,2192
- Qualitatif quartiles : AIC = 86,976 ; p (RV) = 0,1897 => **Non linéaire**
- **Qualitatif médiane : AIC = 84,443 ; p = 0,0766**

Choix de la variable Durée de séjour :

- Quantitatif : AIC = 87,734 ; p = 0,9215
- Qualitatif quartiles : AIC = 88,506 ; p (RV) = 0,3564 => **Non linéaire**
- **Qualitatif médiane : AIC = 87,739 ; p = 0,9498**

Pour la ré-hospitalisation :

Choix de la variable âge :

- Quantitatif : AIC = 104,639 ; p = 0,5818
- Qualitatif quartiles : AIC = 105,533 ; p (RV) = 0,3325 => **Non linéaire**
- **Qualitatif médiane : AIC = 104,898 ; p = 0,8294**

Choix de la variable Durée de séjour :

- **Quantitatif : AIC = 98,374**; $p = 0,0135$
- Qualitatif quartiles : AIC = 103,420 ; p (RV) = 0,1372 => **Linéaire**
- Qualitatif médiane : AIC = 100,977 ; $p = 0,0502$

Pour l'institutionnalisation :

Choix de la variable âge :

- Quantitatif : AIC = 76,374 ; $p = 0,4273$
- Qualitatif quartiles : AIC = 78,538 ; p (RV) = 0,4789 => **Non linéaire**
- **Qualitatif médiane : AIC = 76,832** ; $p = 0,6676$

Choix de la variable Durée de séjour :

- Quantitatif : AIC = 74,718 ; $p = 0,1275$
- Qualitatif quartiles : **Pas de convergence**
- **Qualitatif médiane : AIC = 73,594** ; $p = 0,0767$

Pour le décès :

Choix de la variable âge :

- Quantitatif : AIC = 90,980 ; $p = 0,2741$
- Qualitatif quartiles : AIC = 93,961 ; p (RV) = 0,5226 => **Linéaire**
- **Qualitatif médiane : AIC = 90,340** ; $p = 0,1787$

Choix de la variable Durée de séjour :

- Quantitatif : AIC = 90,198 ; $p = 0,1557$
- Qualitatif quartiles : AIC = 90,524 ; p (RV) = 0,1280 => **Non linéaire**
- **Qualitatif médiane : AIC = 89,532** ; $p = 0,1085$

La distribution des variables et l'analyse de leur fréquence va être réalisée selon 5 éléments :

- **l'évolution péjorative (tableaux 2 et 3)** : survenue d'un des trois événements péjoratifs parmi les trois étudiés (hospitalisation, décès institutionnalisation à 6 mois) .
- **la réhospitalisation à 6 mois (tableaux 4 et 5).**
- **l'institutionnalisation à 6 mois (tableaux 6 et 7).**
- **le décès à 6 mois (tableaux 8 et 9).**
- **le sexe (tableaux 10 et 11).**

Tableau 2 : Distribution des variables qualitatives des patients et comparaison de la fréquence de ces caractéristiques selon l'évolution péjorative à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Total (n = 77)		Evolution péjorative (n = 59)		Pas d'évolution péjorative (n = 18)		p	
	n	%	n	%	n	%		
Sexe (n = 77)								
Hommes	31	40,3	22	37,3	9	50,0	0,3357	
Femmes	46	59,7	37	62,7	9	50,0		
Age (n = 77)								
≥ 88 ans	40	51,9	34	57,6	6	33,3	0,0709	
< 88 ans	37	48,1	25	42,4	12	66,7		
Autonomie (n = 77)								
Oui	24	31,2	17	28,8	7	38,9	0,4192	
Non	53	68,8	42	71,2	11	61,1		
Lieu de vie initial (n = 77)								
EHPAD	3	3,9	2	3,4	1	5,6	0,5556	
Domicile	74	96,1	57	96,6	17	94,4		
Polypathologie (n = 77)								
Oui	58	75,3	44	74,6	14	77,8	1,0000	
Non	19	24,7	15	25,4	4	22,2		
Polymédication (n = 77)								
Oui	59	76,6	44	74,6	15	83,3	0,5390	
Non	18	23,4	15	25,4	3	16,7		
Durée de séjour (n = 77)								
> 10 jours	38	49,4	29	49,2	9	50,0	0,9498	
≤ 10 jours	39	50,6	30	50,8	9	50,0		
Diagnostic final (n = 77)								
Infection	25	32,5	19	32,2	6	33,3		
Iatrogénie	13	16,9	9	15,3	4	22,2		
Néoplasie	9	11,7	7	11,9	2	11,1		
Evènement cardio-vasculaire	5	6,5	4	6,8	1	5,6		
Démences	3	3,9	3	5,1	0	0,0		
Psychiatrie	5	6,5	4	6,8	1	5,6		
Douleurs	6	7,8	5	8,5	1	5,6		
Maintien au domicile difficile	4	5,2	3	5,1	1	5,6		
Dysthyroïdie	1	1,3	1	1,7	0	0,0		
Fécalome	1	1,3	0	0,0	1	5,6		
Pas de diagnostic	1	1,3	1	1,7	0	0,0		
Anémie carencielle	2	2,6	2	3,4	0	0,0		
Comitialité	1	1,3	0	0,0	1	5,6		
VPPB	1	1,3	1	1,7	0	0,0		
Devenir post hospitalier immédiat								
EHPAD	4	5,2	3	5,1	1	5,6		
SSR	29	37,7	23	39,0	6	33,3		
Domicile	44	57,1	33	55,9	11	61,1		

On remarque que pour les variables testées, il n’y a pas de différence significative sur la survenue globale d’un événement péjoratif à 6 mois.

Tableau 3: Distribution des variables quantitatives des patients et comparaison de la fréquence de ces caractéristiques selon l’évolution péjorative à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l’hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Total (n = 77)		Evolution péjorative (n = 59)		Pas d'évolution péjorative (n = 18)	
	Médiane	[Q1 ; Q3]	Médiane	[Q1 ; Q3]	Médiane	[Q1 ; Q3]
Age (années) (n = 77)	88	[83 ; 91]	88	[84 ; 91]	85	[82 ; 92]
Durée de séjour (jours) (n = 77)	10	[8 ; 17]	10	[7 ; 19]	11	[9 ; 16]

Dans le groupe des patients avec une évolution péjorative, l'âge médian est de 88 ans, contre 85 dans le groupe des patients pour qui on ne retrouve pas d'évolution péjorative à 6 mois. Les patients avec une évolution péjorative ont une durée médiane de séjour de 10 jours, 11 jours pour les autres patients. La différence n'est toutefois pas significative comme démontré précédemment.

Tableau 4: Distribution des variables qualitatives des patients et comparaison de la fréquence de ces caractéristiques selon la ré-hospitalisation à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Total (n = 77)		Réhospitalisation à 6 mois (n = 49)		Pas de réhospitalisation à 6 mois (n = 28)		p	
	n	%	n	%	n	%		
Sexe (n = 77)								
Hommes	31	40,3	20	40,8	11	39,3	0,8952	
Femmes	46	59,7	29	59,2	17	60,7		
Age (n = 77)								
≥ 88 ans	40	51,9	25	51,0	15	53,6	0,8294	
< 88 ans	37	48,1	24	49,0	13	46,4		
Autonomie (n = 77)								
Oui	24	31,2	15	30,6	9	32,1	0,8891	
Non	53	68,8	34	69,4	19	67,9		
Lieu de vie initial (n = 77)								
EHPAD	3	3,9	2	4,1	1	3,6	1,0000	
Domicile	74	96,1	47	95,9	27	96,4		
Polypathologie (n = 77)								
Oui	58	75,3	37	75,5	21	75,0	0,9602	
Non	19	24,7	12	24,5	7	25,0		
Polymédication (n = 77)								
Oui	59	76,6	40	81,6	19	67,9	0,1695	
Non	18	23,4	9	18,4	9	32,1		
Durée de séjour (n = 77)								
> 10 jours	38	49,4	20	40,8	18	64,3	0,0475	
≤ 10 jours	39	50,6	29	59,2	10	35,7		
Diagnostic final (n = 77)								
Infection	25	32,5	17	34,7	8	28,6		
Iatrogénie	13	16,9	9	18,4	4	14,3		
Néoplasie	9	11,7	5	10,2	4	14,3		
Evènement cardio-vasculaire	5	6,5	3	6,1	2	7,1		
Démences	3	3,9	2	4,1	1	3,6		
Psychiatrie	5	6,5	2	4,1	3	10,7		
Douleurs	6	7,8	5	10,2	1	3,6		
Maintien au domicile difficile	4	5,2	2	4,1	2	7,1		
Dysthyroïdie	1	1,3	1	2,0	0	0,0		
Fécalome	1	1,3	0	0,0	1	3,6		
Pas de diagnostic	1	1,3	1	2,0	0	0,0		
Anémie carencielle	2	2,6	1	2,0	1	3,6		
Comitialité	1	1,3	0	0,0	1	3,6		
VPPB	1	1,3	1	2,0	0	0,0		
Devenir post hospitalier immédiat (n = 77)								
EHPAD	4	5,2	3	6,1	1	3,6		
SSR	29	37,7	17	34,7	12	42,9		
Domicile	44	57,1	29	59,2	15	53,6		

On note dans les résultats une variable significative dans la survenue de l'évènement péjoratif "hospitalisation dans les 6 mois". En effet une durée d'hospitalisation inférieure ou égale à 10 jours augmente significativement le risque d'une hospitalisation dans les 6 mois ($p=0.0475$). Cette statistique significative est confirmée par l'analyse des variables quantitatives suivantes.

Tableau 5 : Distribution des variables quantitatives des patients et comparaison de la fréquence de ces caractéristiques selon la ré-hospitalisation à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Total (n = 77)		Réhospitalisation à 6 mois (n = 49)		Pas de réhospitalisation à 6 mois (n = 28)		p-valeur
	Médiane [Q1 ; Q3]		Médiane [Q1 ; Q3]		Médiane [Q1 ; Q3]		
Age (années) (n = 77)	88	[83 ; 91]	88	[84 ; 91]	88	[83 ; 93]	0,5560
Durée de séjour (jours) (n = 77)	10	[8 ; 17]	9	[7 ; 13]	15	[10 ; 20]	0,0105

L'analyse des variables quantitatives confirme une différence significative liée à la durée moyenne de séjour pour la variable réhospitalisation. La population (n=49) qui a bénéficié d'un séjour initial médian de 9 jours a été significativement plus réhospitalisée qu'une population (n=28) de même âge médian (88 ans) qui a bénéficié d'un séjour médian de 15 jours d'hospitalisation initiale ($p=0.0105$).

Tableau 6 : Distribution des variables qualitatives des patients et comparaison de la fréquence de ces caractéristiques selon l'institutionnalisation à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Total (n = 77)		Institutionnalisation à 6 mois (n = 14)		Pas d'institutionnalisation à 6 mois (n = 63)		p	
	n	%	n	%	n	%		
Sexe (n = 77)								
Hommes	31	40,3	3	21,4	28	44,4	0,1122	
Femmes	46	59,7	11	78,6	35	55,6		
Age (n = 77)								
≥ 88 ans	40	51,9	8	57,1	32	50,8	0,6671	
< 88 ans	37	48,1	6	42,9	31	49,2		
Autonomie (n = 77)								
Oui	24	31,2	3	21,4	21	33,3	0,5291	
Non	53	68,8	11	78,6	42	66,7		
Lieu de vie initial (n = 77)								
EHPAD	3	3,9	0	0,0	3	4,8	1,0000	
Domicile	74	96,1	14	100,0	60	95,2		
Polypathologie (n = 77)								
Oui	58	75,3	11	78,6	47	74,6	1,0000	
Non	19	24,7	3	21,4	16	25,4		
Polymédication (n = 77)								
Oui	59	76,6	11	78,6	48	76,2	1,0000	
Non	18	23,4	3	21,4	15	23,8		
Durée de séjour (n = 77)								
> 10 jours	38	49,4	10	71,4	28	44,4	0,0677	
≤ 10 jours	39	50,6	4	28,6	35	55,6		
Diagnostic final (n = 77)								
Infection	25	32,5	3	21,4	22	34,9	0,0677	
Iatrogénie	13	16,9	1	7,1	12	19,0		
Néoplasie	9	11,7	1	7,1	8	12,7		
Evènement cardio-vasculaire	5	6,5	1	7,1	4	6,3		
Démences	3	3,9	1	7,1	2	3,2		
Psychiatrie	5	6,5	2	14,3	3	4,8		
Douleurs	6	7,8	2	14,3	4	6,3		
Maintien au domicile difficile	4	5,2	1	7,1	3	4,8		
Dysthyroïdie	1	1,3	0	0,0	1	1,6		
Fécalome	1	1,3	0	0,0	1	1,6		
Pas de diagnostic	1	1,3	0	0,0	1	1,6		
Anémie carencielle	2	2,6	1	7,1	1	1,6		
Comitialité	1	1,3	0	0,0	1	1,6		
VPPB	1	1,3	1	7,1	0	0,0		
Devenir post hospitalier immédiat (n = 77)								
EHPAD	4	5,2	0	0,0	4	6,3		0,0677
SSR	29	37,7	5	35,7	24	38,1		
Domicile	44	57,1	9	64,3	35	55,6		

Tableau 7: Distribution des variables quantitatives des patients et comparaison de la fréquence de ces caractéristiques selon l'institutionnalisation à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Total (n = 77)		Institutionnalisation à 6 mois (n = 14)		Pas d'institutionnalisation à 6 mois (n = 63)		p-valeur
	Médiane [Q1 ; Q3]		Médiane [Q1 ; Q3]		Médiane [Q1 ; Q3]		
Age (années) (n = 77)	88	[83 ; 91]	89	[82 ; 93]	88	[83 ; 91]	0,4272
Durée de séjour (jours) (n = 77)	10	[8 ; 17]	14	[8,0 ; 20,0]	10	[8 ; 17]	0,1770

L'analyse des variables qualitatives et quantitatives ne permet pas de déceler de différence significative pour l'événement institutionnalisation à 6 mois.

Tableau 8: Distribution des variables qualitatives des patients et comparaison de la fréquence de ces caractéristiques selon le décès à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Total (n = 77)		Décès à 6 mois (n = 20)		Pas de décès à 6 mois (n = 57)		p	
	n	%	n	%	n	%		
Sexe (n = 77)								
Hommes	31	40,3	7	35,0	24	42,1	0,5772	
Femmes	46	59,7	13	65,0	33	57,9		
Age (n = 77)								
≥ 88 ans	40	51,9	13	65,0	27	47,4	0,1745	
< 88 ans	37	48,1	7	35,0	30	52,6		
Autonomie (n = 77)								
Oui	24	31,2	7	35,0	17	29,8	0,6672	
Non	53	68,8	13	65,0	40	70,2		
Lieu de vie initial (n = 77)								
EHPAD	3	3,9	0	0,0	3	5,3	0,5636	
Domicile	74	96,1	20	100,0	54	94,7		
Polypathologie (n = 77)								
Oui	58	75,3	17	85,0	41	71,9	0,3677	
Non	19	24,7	3	15,0	16	28,1		
Polymédication (n = 77)								
Oui	59	76,6	12	60,0	47	82,5	0,0637	
Non	18	23,4	8	40,0	10	17,5		
Durée de séjour (n = 77)								
> 10 jours	38	49,4	13	65,0	25	43,9	0,1037	
≤ 10 jours	39	50,6	7	35,0	32	56,1		
Diagnostic final (n = 77)								
Infection	25	32,5	3	15,0	22	38,6		
Iatrogénie	13	16,9	3	15,0	10	17,5		
Néoplasie	9	11,7	6	30,0	3	5,3		
Evènement cardio-vasculaire	5	6,5	2	10,0	3	5,3		
Démences	3	3,9	0	0,0	3	5,3		
Psychiatrie	5	6,5	1	5,0	4	7,0		
Douleurs	6	7,8	1	5,0	5	8,8		
Maintien au domicile difficile	4	5,2	2	10,0	2	3,5		
Dysthyroïdie	1	1,3	0	0,0	1	1,8		
Fécalome	1	1,3	0	0,0	1	1,8		
Pas de diagnostic	1	1,3	0	0,0	1	1,8		
Anémie carencielle	2	2,6	2	10,0	0	0,0		
Comitialité	1	1,3	0	0,0	1	1,8		
VPPB	1	1,3	0	0,0	1	1,8		
Devenir post hospitalier immédiat (n = 77)								
EHPAD	4	5,2	0	0,0	4	7,0		
SSR	29	37,7	11	55,0	18	31,6		
Domicile	44	57,1	9	45,0	35	61,4		

Tableau 9: Distribution des variables quantitatives des patients et comparaison de la fréquence de ces caractéristiques selon le décès à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Total (n = 77)		Décès à 6 mois (n = 20)		Pas de décès à 6 mois (n = 57)		p-valeur
	Médiane [Q1 ; Q3]		Médiane [Q1 ; Q3]		Médiane [Q1 ; Q3]		
Age (années) (n = 77)	88	[83 ; 91]	90	[86 ; 93]	87	[83 ; 91]	0,2516
Durée de séjour (jours) (n = 77)	10	[8 ; 17]	12	[7 ; 21]	10	[8 ; 16]	0,3281

L'analyse des variables qualitatives et quantitatives ne permet pas de déceler de différence significative pour l'évènement décès à 6 mois.

Tableau 10 : Distribution des variables qualitatives des patients et comparaison de la fréquence de ces caractéristiques selon le sexe chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Total (n = 77)		Hommes (n = 31)		Femmes (n = 46)		p	
	n	%	n	%	n	%		
Age (n = 77)								
≥ 88 ans	40	51,9	13	41,9	27	58,7	0,1488	
< 88 ans	37	48,1	18	58,1	19	41,3		
Autonomie (n = 77)								
Oui	24	31,2	13	41,9	11	23,9	0,0940	
Non	53	68,8	18	58,1	35	76,1		
Lieu de vie initial (n = 77)								
EHPAD	3	3,9	1	3,2	2	4,3	1,0000	
Domicile	74	96,1	30	96,8	44	95,7		
Polypathologie (n = 77)								
Oui	58	75,3	26	83,9	32	69,6	0,1533	
Non	19	24,7	5	16,1	14	30,4		
Polymédication (n = 77)								
Oui	59	76,6	27	87,1	32	69,6	0,0746	
Non	18	23,4	4	12,9	14	30,4		
Durée de séjour (n = 77)								
> 10 jours	38	49,4	13	41,9	25	54,3	0,2853	
≤ 10 jours	39	50,6	18	58,1	21	45,7		
Diagnostic final (n = 77)								
Infection	25	32,5	10	32,3	15	32,6		
Iatrogénie	13	16,9	4	12,9	9	19,6		
Néoplasie	9	11,7	6	19,4	3	6,5		
Evènement cardio-vasculaire	5	6,5	3	9,7	2	4,3		
Démences	3	3,9	0	0,0	3	6,5		
Psychiatrie	5	6,5	1	3,2	4	8,7		
Douleurs	6	7,8	2	6,5	4	8,7		
Maintien au domicile difficile	4	5,2	2	6,5	2	4,3		
Dysthyroïdie	1	1,3	1	3,2	0	0,0		
Fécalome	1	1,3	0	0,0	1	2,2		
Pas de diagnostic	1	1,3	1	3,2	0	0,0		
Anémie carencielle	2	2,6	0	0,0	2	4,3		
Comitialité	1	1,3	0	0,0	1	2,2		
VPPB	1	1,3	1	3,2	0	0,0		
Devenir post hospitalier immédiat (n = 77)								
EHPAD	4	5,2	3	9,7	1	2,2		
SSR	29	37,7	10	32,3	19	41,3		
Domicile	44	57,1	18	58,1	26	56,5		
Evolution péjorative à 6 mois (n = 77)								
Oui	59	76,6	22	71,0	37	80,4	0,3357	
Non	18	23,4	9	29,0	9	19,6		
Réhospitalisation à 6 mois (n = 77)								
Oui	49	63,6	20	64,5	29	63,0	0,8952	
Non	28	36,4	11	35,5	17	37,0		

Institutionnalisation à 6 mois (n = 77)							
Oui	14	18,2	3	9,7	11	23,9	0,1122
Non	63	81,8	28	90,3	35	76,1	
Décès à 6 mois (n = 77)							
Oui	20	26,0	7	22,6	13	28,3	0,5772
Non	57	74,0	24	77,4	33	71,7	

Tableau 11 : Distribution des variables quantitatives des patients et comparaison de la fréquence de ces caractéristiques selon le sexe chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Total (n = 77)		Hommes (n = 31)		Femmes (n = 46)		p-valeur
	Médiane	[Q1 ; Q3]	Médiane	[Q1 ; Q3]	Médiane	[Q1 ; Q3]	
Age (années) (n = 77)	88	[83 ; 91]	87	[83 ; 90]	88	[84 ; 93]	0,1554
Durée de séjour (jours) (n = 77)	10	[8 ; 17]	10	[8 ; 16]	12	[8 ; 18]	0,3027

Il n'y a pas de différence significative liée au sexe pour les autres variables testées.

3) Analyse de régression logistique

Analyse univariée

Cette analyse a principalement pour but d'identifier les facteurs à inclure dans le modèle multivarié et non à interpréter une éventuelle association entre une variable explicative et une variable à expliquer.

Analyse multivariée

Le modèle à retenir est celui dont l'AIC est le plus faible (modèle qui s'adapte le mieux aux données),

- Pour les variables quantitatives (ex : la durée de séjour en jours et non en qualitatif) :
 - Si la p-valeur est inférieure à 0,05 : il y a une association significative entre la variable considérée et la variable à expliquer. La cote de maladie (variable à expliquer ; évolution péjorative par exemple) est multipliée par « l'OR » lorsque la variable explicative considérée augmente d'une unité, toutes choses étant égales par ailleurs (c'est-à-dire après avoir neutralisé l'effet des autres variables incluses dans le modèle).
 - $OR > 1$: Risque augmenté
 - $OR < 1$: Risque diminué
 - Si la p-valeur est supérieure ou égale à 0,05 : il n'y a pas d'association significative entre les deux variables.
- Pour les variables qualitatives binaires :
 - Si la p-valeur est inférieure à 0,05 : il y a une association significative entre la variable considérée et la variable à expliquer. La cote de maladie (variable à expliquer) chez les exposés à un facteur (variable explicative) est multipliée par « l'OR » par rapport à la cote de maladie chez les non-exposés, toutes choses étant égales par ailleurs.
 - $OR > 1$: Risque augmenté
 - $OR < 1$: Risque diminué
 - Si la p-valeur est supérieure ou égale à 0,05 : il n'y a pas d'association significative entre les deux variables.

- Pour les variables qualitatives à plus de 2 modalités :
 - Si la p-valeur est inférieure à 0,05 : il y a une association significative entre la variable considérée et la variable à expliquer. La cote de maladie (variable à expliquer) chez les individus présentant une certaine modalité d'une variable explicative est multipliée par « l'OR » par rapport à la cote de maladie chez les individus présentant la modalité de référence de cette même variable explicative, toutes choses étant égales par ailleurs.
 - $OR > 1$: Risque augmenté
 - $OR < 1$: Risque diminué
 - Si la p-valeur est supérieure ou égale à 0,05 : il n'y a pas d'association significative entre les deux variables.

Nous nous sommes intéressés pour la régression logistique aux éléments suivants:

- **évènement péjoratif à 6 mois (tableau 12)**
- **la réhospitalisation à 6 mois (tableaux 13 et 14)**
- **l'institutionnalisation à 6 mois (tableau 15)**
- **le décès à 6 mois (tableaux 16 et 17)**

Univariée

Tableau 12: Analyse de régression logistique univariée de l'association entre diverses variables et l'évolution péjorative à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Effectifs		Evolution péjorative à 6 mois		
	n	Fréquence	OR	IC 95 %	p
Sexe (n = 77)					
Hommes	31	40,3%	0,60	[0,21 ; 1,72]	0,3382
Femmes	46	59,7%	ref		
Age (n = 77)					
≥ 88	40	51,9%	2,72	[0,90 ; 8,24]	0,0766
< 88	37	48,1%	ref		
Autonomie (n = 77)					
Oui	24	31,2%	ref		0,4211
Non	53	68,8%	1,57	[0,52 ; 4,74]	
Lieu de vie initial (n = 77)					
EHPAD	3	3,9%	0,60	[0,05 ; 6,98]	0,6803
Domicile	74	96,1%	ref		
Polypathologie (n = 77)					
Oui	58	75,3%	0,84	[0,24 ; 2,94]	0,7829
Non	19	24,7%	ref		
Polymédication (n = 77)					
Oui	59	76,6%	0,59	[0,15 ; 2,31]	0,4459
Non	18	23,4%	ref		
Durée de séjour (jours) (n = 77)					
> 10	38	49,4%	0,97	[0,34 ; 2,78]	0,9498
≤ 10	39	50,6%	ref		
Diagnostic final (n = 77)					
Infection	25	32,5%	ref		0,9730
Iatrogénie	13	16,9%	0,71	[0,16 ; 3,16]	
Néoplasie	9	11,7%	1,11	[0,18 ; 6,82]	0,9142
Evènement cardio-vasculaire	5	6,5%	1,26	[0,12 ; 13,59]	0,8472
Démences ou Psychiatrie	8	10,4%	2,21	[0,22 ; 21,77]	0,4967
Douleurs	6	7,8%	1,58	[0,15 ; 16,31]	0,7014
Autres diagnostics	11	14,3%	0,84	[0,17 ; 4,23]	0,8346
Devenir post hospitalier immédiat (n = 77)					
SSR ou EHPAD	33	42,9%	1,24	[0,42 ; 3,64]	0,6978
Domicile	44	57,1%	ref		

Il n'y a pas d'association significative entre les variables explicatives et l'évolution péjorative dans les 6 mois suivant une hospitalisation en analyse univariée. Aucun ajustement ou analyse multivariée n'est donc nécessaire.

Univariée

Tableau 13 : Analyse de régression logistique univariée de l'association entre diverses variables et la ré-hospitalisation à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Effectifs		Ré-hospitalisation à 6 mois		
	n	Fréquence	OR	IC 95 %	p
Sexe (n = 77)					
Hommes	31	40,3%	1,07	[0,41 ; 2,75]	0,8954
Femmes	46	59,7%	ref		
Age (années) (n = 77)					
≥ 88	40	51,9%	0,90	[0,36 ; 2,29]	0,8294
< 88	37	48,1%	ref		
Autonomie (n = 77)					
Oui	24	31,2%	ref		
Non	53	68,8%	1,07	[0,40 ; 2,92]	0,8891
Lieu de vie initial (n = 77)					
EHPAD	3	3,9%	1,15	[0,10 ; 13,27]	0,9114
Domicile	74	96,1%	ref		
Polypathologie (n = 77)					
Oui	58	75,3%	1,03	[0,35 ; 3,01]	0,9601
Non	19	24,7%	ref		
Polymédication (n = 77)					
Oui	59	76,6%	2,11	[0,72 ; 6,16]	0,1740
Non	18	23,4%	ref		
Durée de séjour (jours) (n = 77)					
> 10	38	49,6%	0,91	[0,84 ; 0,98]	0,0135
≤ 10	39	50,4%	ref		
Diagnostic final (n = 77)					
Infection	25	32,5%	ref		0,8333
l'atrogénie	13	16,9%	1,06	[0,25 ; 4,50]	0,9383
Néoplasie	9	11,7%	0,59	[0,12 ; 2,80]	0,5051
Evènement cardio-vasculaire	5	6,5%	0,71	[0,10 ; 5,10]	0,7298
Démences ou Psychiatrie	8	10,4%	0,47	[0,09 ; 2,38]	0,3620
Douleurs	6	7,8%	2,35	[0,24 ; 23,60]	0,4670
Autres diagnostics	11	14,3%	0,57	[0,13 ; 2,42]	0,4412
Devenir post hospitalier immédiat (n = 77)					
SSR et EHPAD	33	42,9%	0,80	[0,31 ; 2,03]	0,6324
Domicile	44	57,1%	ref		

L'analyse univariée retrouve une variable significativement liée à la réhospitalisation à 6 mois : la durée de séjour. Après ajustement avec la polymédication, la régression logistique multivariée ne donne pas de meilleur AIC que la régression logistique univariée (Modèle 1 en annexe). Nous avons donc conservé le premier résultat.

Modèle 2 (AIC = 98,374) : **modèle retenu**

Tableau 14 : Analyse de régression logistique univariée de l'association entre la durée de séjour et la réhospitalisation à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Effectifs		Ré-hospitalisation à 6 mois		
	n	Fréquence	OR	IC 95 %	p
Durée de séjour (jours) (n = 77)			0,91	[0,84 ; 0,98]	0,0135

La cote d'hospitalisation à 6 mois est 0.91 fois moins élevée chez les patients qui bénéficient d'une hospitalisation de durée supérieure à 10 jours que chez les patients qui bénéficient d'une hospitalisation d'une durée inférieure ou égale à 10 jours.

Univariée

Tableau 15 : Analyse de régression logistique univariée de l'association entre diverses variables et l'institutionnalisation à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Effectifs		Institutionnalisation à 6 mois		
	n	Fréquence	OR	IC 95 %	p
Sexe (n = 77)					
Hommes	31	40,3%	0,34	[0,09 ; 1,34]	0,1237
Femmes	46	59,7%	ref		
Age (années) (n = 77)					
≥ 88	40	51,9%	1,29	[0,40 ; 4,15]	0,6676
< 88	37	48,1%	ref		
Autonomie (n = 77)					
Oui	24	31,2%	ref		0,3893
Non	53	68,8%	1,83	[0,46 ; 7,29]	
Lieu de vie initial (n = 77)					
EHPAD	3	3,9%	0,00	[0,00 ; 999,99]	0,9830
Domicile	74	96,1%	ref		
Polypathologie (n = 77)					
Oui	58	75,3%	1,25	[0,31 ; 5,05]	0,7558
Non	19	24,7%	ref		
Polymédication (n = 77)					
Oui	59	76,6%	1,15	[0,28 ; 4,66]	0,8491
Non	18	23,4%	ref		
Durée de séjour (jours) (n = 77)					
> 10	38	49,4%	3,13	[0,89 ; 11,03]	0,0767
≤ 10	39	50,6%	ref		
Diagnostic final (n = 77)					
Infection	25	32,5%	ref		0,5155
Iatrogénie	13	16,9%	0,61	[0,06 ; 6,54]	
Néoplasie	9	11,7%	0,92	[0,08 ; 10,14]	
Evènement cardio-vasculaire	5	6,5%	1,83	[0,15 ; 22,37]	
Démences ou Psychiatrie	8	10,4%	4,40	[0,68 ; 28,60]	
Douleurs	6	7,8%	3,67	[0,46 ; 29,42]	
Autres diagnostics	11	14,3%	2,75	[0,46 ; 16,53]	
Devenir post hospitalier immédiat (n = 77)					
SSR ou EHPAD	29	37,7%	0,69	[0,21 ; 2,31]	0,5518
Domicile	44	57,1%	ref		

Il n'y a pas d'association entre les variables explicatives et l'institutionnalisation dans les 6 mois suivant une hospitalisation en analyse univariée. Aucun ajustement n'est donc nécessaire.

Univariée

Tableau 16 : Analyse de régression logistique univariée de l'association entre diverses variables et le décès à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Effectifs		OR	Décès à 6 mois	
	n	Fréquence		IC 95 %	p
Sexe (n = 77)					
Hommes	31	40,3%	0,74	[0,26 ; 2,13]	0,5779
Femmes	46	59,7%	ref		
Age (années) (n = 77)					
≥ 88	40	51,9%	2,06	[0,72 ; 5,93]	0,1787
< 88	37	48,1%	ref		
Autonomie (n = 77)					
Oui	24	31,2%	ref		
Non	53	68,8%	0,79	[0,27 ; 2,32]	0,6676
Lieu de vie initial (n = 77)					
EHPAD	3	3,9%	0,00	[0,00 ; 999,99]	0,9801
Domicile	74	96,1%	ref		
Polypathologie (n = 77)					
Oui	58	75,3%	2,21	[0,57 ; 8,59]	0,2515
Non	19	24,7%	ref		
Polymédication (n = 77)					
Oui	59	76,6%	0,32	[0,10 ; 0,98]	0,0467
Non	18	23,4%	ref		
Durée de séjour (jours) (n = 77)					
> 10	38	49,4%	2,38	[0,83 ; 6,84]	0,1085
≤ 10	39	50,6%	ref		
Diagnostic final (n = 77)					
Infection	25	32,5%	ref		0,0672
latrogénie	13	16,9%	2,20	[0,38 ; 12,87]	0,3817
Néoplasie	9	11,7%	14,66	[2,34 ; 92,07]	0,0042
Evènement cardio-vasculaire	5	6,5%	4,89	[0,57 ; 42,30]	0,1495
Démences ou Psychiatrie	8	10,4%	1,05	[0,09 ; 11,75]	0,9699
Douleurs	6	7,8%	1,47	[0,13 ; 17,21]	0,7606
Autres diagnostics	11	14,3%	4,19	[0,75 ; 23,44]	0,1029
Devenir post hospitalier immédiat (n = 77)					
SSR ou EHPAD	33	42,9%	1,94	[0,69 ; 5,45]	0,2056
Domicile	44	57,1%	ref		

Deux variables ressortent de la régression univariée :

-Le diagnostic de néoplasie, significativement lié à des décès plus importants en comparaison du diagnostic infection (utilisé comme référence devant sa fréquence).

-La polypathologie : il existe une différence statistique pour les décès à 6 mois chez les patients polypathologiques versus les patients non polypathologiques (utilisés comme référence).

La régression logistique multivariée est donc justifiée et le modèle suivant choisi devant l'AIC le plus bas. Les autres modèles (6,8 et 9) sont visibles en annexe (annexe 5).

Multivariée

Modèle 7 (AIC = 87,341) : modèle retenu

Tableau 17 : Analyse de régression logistique multivariée de l'association entre l'âge, la polymédication, le diagnostic final et le décès à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Effectifs		OR	Décès à 6 mois	
	n	Fréquence		IC 95 %	p
Age (années) (n = 77)					
≥ 88	40	51,9%	2,72	[0,75 ; 9,93]	0,1297
< 88	37	48,1%	ref		
Polymédication (n = 77)					
Oui	59	76,6%	0,28	[0,07 ; 1,09]	0,0666
Non	18	23,4%	ref		
Diagnostic final (n = 77)					
Infection	25	32,5%	ref		0,0808
Iatrogénie	13	16,9%	3,23	[0,48 ; 21,82]	0,2291
Néoplasie	9	11,7%	23,65	[3,01 ; 185,68]	0,0026
Evènement cardio-vasculaire	5	6,5%	8,71	[0,85 ; 89,60]	0,0689
Démences ou Psychiatrie	8	10,4%	1,06	[0,09 ; 12,75]	0,9644
Douleurs	6	7,8%	3,03	[0,22 ; 42,43]	0,4111
Autres diagnostics	11	14,3%	5,82	[0,89 ; 37,96]	0,0656

La cote de décès à 6 mois chez les individus ayant présenté une néoplasie est 23,7 fois plus élevée que celle chez les individus ayant eu une infection, après ajustement sur l'âge et la polymédication.

Il n'existe pas de différence statistique selon la polymédication en analyse multivariée.

DISCUSSION :

Ce travail a permis de décrire le pronostic sombre des patients hospitalisés pour AEG. A six mois, plus d'un patient sur quatre décède (27.3 %), près d'un patient sur cinq sera institutionnalisé (18.2 %) et près de deux tiers d'entre eux se verront hospitalisés à nouveau (66.2 %).

Parmi les facteurs explicatifs étudiés, seule une hospitalisation d'une durée supérieure à 10 jours diminuerait significativement le nombre de réhospitalisation dans les 6 mois ; sans toutefois influencer le décès ou l'institutionnalisation.

1) Population étudiée

La moyenne d'âge de notre population (87.4 ans) est plus élevée que dans les autres travaux réalisés (7, 9, 12) ; hormis l'étude de Moreau (8). Dans cette dernière, qui n'inclut que des patients de plus de 75 ans, il n'était pas retrouvé de différence significative entre la moyenne d'âge du groupe "patients avec AEG" et le groupe témoin. Cette particularité de notre étude est donc plutôt liée aux critères d'inclusion (plus de 75 ans) et à notre recrutement (CSG) qu'à la population AEG.

Dans notre étude, on note un pourcentage plus important de femmes (59,74 %). La plupart des études sont dans le même cas (7, 8, 12). Ceci est concordant avec une estimation récente de l'INSEE qui évaluait à 60 % la part féminine des plus de 75 ans et s'explique par une espérance de vie des femmes plus élevée à l'heure actuelle (13)

Notre population provient majoritairement du domicile (96.1 %), les études Delage, Bachelet et Moreau retrouvaient une fréquence similaire (7, 8, 9).

A souligner également qu'après réalisation d'un test de Fischer (Annexe 6), on remarque que les individus polypathologiques ne sont pas statistiquement différents des patients polymédiqués (sans distinction de polymédication grave ou simple).

Il paraît logique que les patients avec le plus de comorbidités soient les mêmes que ceux qui prennent le plus de médicaments au long cours.

2) Diversité étiologique :

Analyse globale:

La multitude de diagnostics retrouvés dans cette étude est une illustration de l'absence de consensus du terme AEG. Ce caractère varié est également retrouvé dans les autres études. Cependant il existe des différences de fréquences.

L'étude de Fauchais (12) retrouvait 59 % de causes digestives, 22 % de causes infectieuses, 21 % de néoplasie et 26 % de causes diverses. Ces résultats sont assez différents des nôtres (2.6 % de cause digestive, 32,5 % de causes infectieuses, 11,7 % de néoplasies) avec pourtant une population assez proche de la nôtre (moyenne d'âge de 80 ans, patients hospitalisés dans un service de médecine interne et gériatrie, que l'on peut considérer comme un service d'hospitalisation courte proche d'un CSG). La différence la plus significative porte sur les étiologies digestives.

Plusieurs explications plausibles apparaissent :

- un biais de recrutement possible dans l'étude de Fauchais. En effet les critères d'inclusion étaient : une asthénie et/ou amaigrissement évoluant depuis plus d'un mois après réalisation d'un bilan exhaustif par le médecin traitant, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier. Ceci a pu entraîner une diminution des diagnostics infectieux traités en amont et des autres étiologies aiguës.
- un sur-diagnostic de pathologies digestives, potentiellement asymptomatiques et non responsable de l'AEG en premier lieu.
- trop peu d'exploration digestive dans notre étude, cependant 1 seul patient sans diagnostic.
- l'année de ce travail (années 1995 à 1997) avec des méthodes de prévention moins développées pour le tabac et l'alcool notamment, ce qui peut expliquer la plus grande fréquence des néoplasies.
- la différence de population entre le CHU de Lille et CHCB de la côte Basque : autre biais de sélection probable.

L'étude de Delage (9), plus récente, retrouvait 32.8 % de causes infectieuses, mais 38 % de causes néoplasiques avec une majorité de localisation digestive. Le phénomène de iatrogénie apparaît également à la différence des autres études, avec une fréquence de 9.5 % des cas.

Les différences par rapport à notre étude peuvent s'expliquer par :

- un biais de sélection lié au recrutement exclusivement aux urgences
- une différence de population : population plus jeune avec une moyenne d'âge à 76 ans, non exclusivement gériatrique
- un fort pourcentage de patients sans diagnostic précis (53.7 %)

L'étude de Bachelet (7) retrouvait comme étiologies principales les infections (38.5 %) et la néoplasie (10.9 %), sans spécifier la iatrogénie comme étiologie à part entière. Encore une fois il s'agit d'une population plus jeune avec une moyenne d'âge de 73.4 ans.

Même si les fréquences varient, les différentes études rappellent l'importance des étiologies infectieuses et néoplasiques des patients hospitalisés pour AEG. Une étude multicentrique adaptée à une population gériatrique comprenant les patients ne transitant pas exclusivement par les urgences permettrait d'obtenir des informations plus fiables sur un échantillon plus fourni, en évitant les principaux biais de sélection.

Une étiologie d'importance : la iatrogénie

Dans notre étude la iatrogénie apparaît comme seconde cause d'AEG, avec une fréquence non négligeable de 16.9 %. Dans leur travail, Cecile et al rapportent un pourcentage proche : 13.6 % (15). Les symptômes dépressifs, la malnutrition, les troubles de la mobilité, le sexe féminin, le nombre de médicaments, le nombre de comorbidités et enfin la prise de diurétique sont les facteurs retrouvés dans ces populations à risque d'accident iatrogène médicamenteux (AIM). Notre population majoritairement polypathologique, polymédiquée, féminine et dépendante se retrouve dans ces critères. Nous constatons d'ailleurs une majorité d'AIM liés aux diurétiques dans notre étude. La iatrogénie est donc un facteur non négligeable, pourtant peu d'études sur l'AEG le mentionnent. Il est certain que c'est une notion plus récente. Notre étude rappelle que la iatrogénie est souvent "déguisée" et difficilement évitable. C'est un élément d'autant plus important qu'il représente une cause curable d'AEG. C'est également un facteur qu'il apparaît plus aisé de modifier dans notre pratique de tous les jours, en médecine gériatrique.

3) Le pronostic vital:

Dans notre étude, nous nous sommes concentrés exclusivement sur le devenir post hospitalier mais pouvons citer les décès intra hospitaliers dans notre population initiale qui correspond à 4.94 % de celle ci.

Ces chiffres sont assez proches des études de Fauchais avec 2.6 % (12), Bleher (16) avec 3.9 %, Dickes Sotty et al (17) avec 3.1 %. Ces deux dernières études abordent des populations gériatriques: patients tout venant pour la première et patients chuteurs pour la deuxième.

Les chiffres des études de Delage (9) et Bachelet (7) s'en éloignent cependant, avec 28 % et 15 % de décès intra hospitalier probablement liés au recrutement exclusif aux urgences et à la majorité de néoplasie pour l'étude Delage.

Le taux de décès à 6 mois (26 %) est proche de celui obtenu (24 %) dans l'étude de Bleher (16), qui concerne une population gériatrique.

Dans l'étude de Fauchais (12) 37.6 % des patients sont décédés à 6 mois. Le taux de retour à domicile est de 74 % dans cette étude (contre 57.2 dans notre étude), avec une DMS de 20.4 jours. L'évolution de la prise en charge post hospitalière a sans doute permis de réduire ce taux depuis l'année de réalisation de cette étude.

Dans une population de moyenne d'âge proche (85 ans), polymédiquée, gériatrique, hospitalisée pour chute, l'étude de Dickes Sotty et al retrouve un taux de décès à 6 mois de 14.9 % (17). La forte proportion de patients initialement institutionnalisés (15.4 %) a probablement diminué cet événement péjoratif.

Notre population ne semble pas se démarquer des différents travaux réalisés dans la population gériatrique hospitalisée, avec un pronostic très sombre inhérent à celle-ci.

4) La Réhospitalisation :

Le taux de réhospitalisation à 6 mois dans notre population est de 66.2 %. Ce chiffre semble supérieur à celui d'une population gériatrique standard.

Ceci est un élément important car la réhospitalisation des personnes âgées reste une problématique complexe en gériatrie. Dans la littérature, les études rapportent un taux variable de réhospitalisation de 5 à 35 % à un mois et de 25 à 50 % à un an.

Citons l'étude de Bleher qui a regardé le devenir des patients de plus de 75 ans hospitalisés en service de médecine interne post urgence (pas de service de court séjour dans l'établissement) (16). Elle rapporte un taux de réhospitalisation de 14 % à 1 mois, 37 % à six mois et 53 % à un an. L'étude Dickes-Sotty publie un résultat similaire à 39.4 % à 6 mois avec une DMS à 12.7 jours mais encore une fois avec une proportion plus importante de patients initialement institutionnalisés (17).

La régression logistique dans notre étude a corrélé un risque de réhospitalisation élevé avec une durée de séjour inférieure à dix jours. Il est donc pertinent de s'intéresser au taux de réhospitalisation après un séjour hospitalier plus long. Deux études ont analysé le devenir des patients après un passage en SSR, qui par définition présente une DMS longue. Citons l'étude très récente de Tardivel, qui rapporte un taux de réhospitalisation à un mois de 10 % et à trois mois de 18 % (18). Ce chiffre est donc plus bas que ceux retrouvés en médecine aiguë, mais reste élevé, et montre que la problématique de la réhospitalisation est plus complexe, probablement plurifactorielle.

C'est dans ce sens que les facteurs de risque de réhospitalisation ont été recherchés, afin de les modifier, citons notamment l'étude Perez K et al (19). La HAS a également publié une fiche en 2013, reprenant les critères validés exposant à un risque de réhospitalisation (insuffisance cardiaque ou coronarienne aiguë, pneumopathie ou exacerbation de BPCO, syndrome gériatrique, une dépendance préexistante, une hospitalisation non programmée de moins de 6 mois, une situation sociale défavorable) (20). En 2015 des recommandations sur la prise en charge des personnes âgées en soins primaires y sont associées (21). Des actions pour réduire ce risque y sont proposées. Citons : l'établissement d'un plan personnalisé de soins (avec le dépistage des sujets à risque), l'éducation thérapeutique et la lutte contre la iatrogénie, la préparation de la sortie, le lien avec le médecin traitant et les soignants du domicile, le suivi post hospitalisation.

Il est probable que notre population de patients cristallise ces facteurs de risque de réhospitalisation, il serait intéressant de poursuivre ce travail en isolant dans notre population cette sous population, afin de pouvoir proposer des actions de prévention et de juger de leur efficacité.

Notre étude illustre qu'une DMS courte expose cette population à de fréquentes hospitalisations dans les 6 mois.

Quelques études ont cherché à analyser le rapport entre DMS et réhospitalisations. Citons particulièrement la thèse récente de S. Arruabarrena (22). Cette étude de 2015 a regardé le taux de réhospitalisations à un mois de 191 patients, hospitalisés en unité de gériatrie aiguë au CHU de Bordeaux. Le taux de réhospitalisation était de 20 % à un mois avec une DMS de 6 jours. L'analyse statistique a montré qu'une DMS courte était significativement liée à un taux de réhospitalisation plus bas. Les patients de cette étude sont proches de notre population pour certains critères : moyenne d'âge 88 ans, 50 % de patients dépendants (avec ADL<3). Certains motifs d'hospitalisation étaient semblables : infections dans 30 % des cas. On note tout de même des différences importantes. Tout d'abord le suivi n'est que d'un mois, on ne dispose pas du taux de réhospitalisations à 6 mois. De plus on ne dénombre pas de pathologies néoplasiques, qui signent dans notre étude une gravité puisque significativement plus de décès dans cette population. De même les patients orientés en SSR étaient exclus. On peut penser qu'ils représentent les patients les plus fragiles, avec plus de risque de réhospitalisations. Enfin ce travail était réalisé au CHU ou une alternative avec d'autres services gériatriques était choisie si le temps d'hospitalisation était estimé supérieur à 8 jours lors du passage aux urgences. L'alternative est moins présente et/ou disponible au CHCB.

Le travail de thèse de S. Arruabarrena, en validant des DMS très courtes, va dans le sens de l'efficacité des méthodes de préparation de la sortie, notamment par la communication ville/hôpital. Notre étude, quant à elle, vient plutôt conforter la fragilité extrême d'une population gériatrique particulière.

Le besoin de prise en charge hospitalière pour la population gériatrique s'accroît avec le vieillissement de celle-ci, les projections pour 2030 ne sont pas encourageantes (23). En Aquitaine par exemple la proportion des patients de plus de 75 ans sur l'ensemble des hospitalisations va augmenter de 25 à 33.2% d'ici 2030. Les capacités d'hospitalisation en 2015 (unités gériatriques comprises) de 24408 (dont 1207 lits dédiés à la gériatrie) devront être majorées de 46.1% : 10520 lits selon les projections.

Cet élément associé à la tarification à l'acte rend difficile l'allongement de cette DMS. Paradoxalement en diminuant celle-ci on s'expose à des hospitalisations plus fréquentes dans les 6 mois, au moins dans notre population.

L'augmentation des places ambulatoires ou d'hospitalisation partielle apparaît comme une alternative intéressante pour prévenir ces réadmissions. Les chiffres de la DREES objectivent en effet une augmentation des lits dans ces services à prise en charge courte (type hôpital de jour) plus importante que ceux des services d'hospitalisation classique (24). Le développement des solutions d'hébergement temporaire en EHPAD est également une alternative viable dans la prévention de ces hospitalisations.

5) Devenir post hospitalier et institutionnalisation :

Devenir post hospitalier:

Dans notre population le devenir hospitalier immédiat est un retour au domicile (RAD) dans 57.1 % des cas. Cette fréquence est assez éloignée des travaux de Moreau (8) avec 82.8% de RAD (après hospitalisation) et Fauchais (12) avec 74 %. La différence pour cette dernière peut s'expliquer par la DMS plus longue et les moyens d'hébergement en SSR moins développés en 1995. De 2003 à 2015 par exemple le nombre de lits en SSR a augmenté de 14000 places (24). En revanche la différence avec l'étude de Moreau (8) s'explique plus difficilement ; cependant le fait qu'il s'agisse de patients hospitalisés dans différents services notamment l'UHCD peut partiellement l'expliquer.

Les études Jainsky, Bleher, Dickes-Sotty et al. sont en accord avec notre étude avec respectivement des RAD à 51 %, 59.3 % et un retour au lieu de vie antérieur à 49.5% pour cette dernière (dans notre étude le retour au lieu de vie antérieur correspond à 59.7% des patients) (6,16,17).

Le devenir immédiat de notre population ne semble pas varier de façon significative en comparaison des autres travaux réalisés.

Institutionnalisation :

L'institutionnalisation à 6 mois n'est que peu retrouvée dans les différentes études. Dans notre population, 18.2 % des patients sont institutionnalisés à 6 mois. Dans l'étude de Bleher, ce taux est de 18.5 % à 6 mois (16). Dickes-Sotty et al rapportent un taux d'entrée en institution de 25.8 % également à 6 mois (17). Citons à nouveau l'étude Bachelet (7) qui retrouve une institutionnalisation à 1 an de 16 % mais pour une population plus jeune que la nôtre et exclusivement recrutée aux urgences.

A titre de comparaison et pour une pathologie bien connue sur le plan gériatrique, la fracture de hanche est responsable de l'institutionnalisation de 25 % des patients dans l'année qui suit, pour une moyenne d'âge de 83 ans chez la femme et 80 ans chez l'homme (25). Dans nos cours et lors de nos stages hospitaliers, le pronostic vital et fonctionnel assez dramatique de cette pathologie nous est souvent rappelé. Cela confirme encore une fois le pronostic péjoratif à court et moyen terme de notre population.

6) Forces et faiblesses de l'étude :

Forces :

- L'étude réalisée sur un an limite les variations liées aux mois de l'année.
- Le nombre minime de perdu de vue.
- Le recueil prospectif : nous avons limité la sous-évaluation des événements péjoratifs.

Faiblesses :

- Biais de sélection : étude monocentrique liée à un seul service de court séjour gériatrique.
- Biais d'information : L'entretien téléphonique avec le médecin traitant peut avoir sous-évalué les ré-hospitalisations (méconnaissance d'une hospitalisation hors résidence ou retard d'un courrier par exemple). Les communications étaient exclusivement téléphoniques, sans contrôle par l'interrogateur.
- Biais de confusion:
 - une distinction a été faite entre le RAD (mésusé puisque seul le retour à un domicile privé à été comptabilisé) et le retour au lieu de vie antérieur dans le modèle statistique. Les patients déjà présents en EHPAD (2 sur les 4 en post hospitalier immédiat) n'ont pas été inclus dans la sous variable domicile mais dans celle des patients en EHPAD.
 - Les patients décédés lors de l'hospitalisation initiale n'ont pas été inclus puisque notre étude se concentrait sur les éléments post-hospitalisation. La comparaison des statistiques post-hospitalières avec les autres études est probablement impactée par cet élément et constitue un biais important bien que nous ayons essayé d'en tenir compte dans nos comparaisons.
- Nombres de sujets inclus : le faible nombre de sujets ne nous a pas permis d'exploiter statistiquement toutes les variables notamment les différences entre polymédication grave et polymédication.

7) Ouverture:

Plusieurs éléments, mis en évidence dans notre étude, invitent à de nouveaux travaux. L'un d'entre eux est en cours, plusieurs autres axes de développement sont intéressants.

-En premier lieu, une étude qualitative sur les raisons qui ont poussé les médecins généralistes à noter ce motif d'hospitalisation AEG pourrait apporter des réponses intéressantes. Un travail de thèse est en cours, réalisé en parallèle de cette étude, celui-ci est effectué dans le même bassin de population, avec les médecins généralistes dans la zone du CHCB, qui sont les plus à même d'avoir adressé ces patients. L'association de notre étude et de ces questionnaires qualitatifs pourrait faire l'objet d'un travail particulier.

-Un nouveau travail, ciblé sur la même population (AEG), centré sur le problème de ré-hospitalisation. Il devra être multicentrique et en effectif suffisant. Cela permettrait sans doute de rechercher d'autres facteurs que notre effectif réduit n'a pu mettre en valeur.

-Des études sur d'autres populations avec des effectifs plus importants à la recherche d'une iatrogénie pourraient permettre d'adapter la mise en place de certaines thérapeutiques et de prévenir au mieux les AIM en sensibilisant les prescripteurs. C'est le socle de notre pratique: primum non nocere. Dans notre étude près d'un patient sur 6 est hospitalisé pour un AIM, l'impact en terme de santé publique justifierait ces travaux.

-Un travail multicentrique, comparant notre population avec une population témoin, d'effectif plus important. En retirant les principaux biais, nous aurions une représentation plus précise de notre population et de ses différences avec la population gériatrique commune. Ces éléments nous permettraient sans doute d'améliorer la prise en charge en amont des hospitalisations dans notre population au pronostic sombre.

CONCLUSION

Notre travail portait sur une population de 77 patients âgés, hospitalisés pour un motif d'altération de l'état général. L'âge moyen était de 87.4 ans dans notre population majoritairement polymédiquée, polypathologique, dépendante et vivant au domicile.

L'étude a, tout d'abord, rappelé la diversité des étiologies diagnostiques derrière cette entité : 32,5 % de causes infectieuses, 16,9 % de causes liées à une iatrogénie, 11,7 % de causes néoplasiques, 7,8 % de syndromes douloureux, 6,5 % de causes cardio vasculaires, 6,5 % de causes psychiatriques, 5,2 % de difficultés sociales, 3,9 % de causes démentielles, 2,7 % d'anémies (et 6,5 % de causes autres, isolées).

Nous avons ensuite choisi de rapporter le devenir de ces patients à 6 mois, élément peu présent dans la littérature, en nous basant sur 3 éléments péjoratifs importants : le décès, la réhospitalisation, l'entrée en institution. A 6 mois, le taux d'entrée en institution était de 18.2 %, celui de réhospitalisation à 66.2 % et celui de décès à 27.3 %. Ces éléments confortent l'idée d'un risque élevé d'évolution péjorative dans cette population.

Enfin, nous avons recherché des facteurs explicatifs de cette évolution péjorative. L'analyse statistique a permis de montrer qu'une DMS de moins de dix jours augmentait significativement le risque de réhospitalisation à 6 mois sans différence statistique pour les deux autres événements. La régression logistique a confirmé le caractère significatif de cet élément. Elle a également objectivé un risque de décès significativement plus élevé en cas de diagnostic de néoplasie que dans la population hospitalisée pour un syndrome infectieux (étiologie la plus fréquente dans la plupart des travaux).

Bibliographie

- 1) BLANPAIN N, Chardon O. Projections de population 2007-2060 pour la France: méthode et principaux résultats. 2010.
Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1380813>
- 2) DUBREUIL J. Dépendance des personnes âgées en Aquitaine: des dépenses en constante progression, des enjeux pour les 30 ans à venir. Insee Aquitaine-e-publications. 2011.
Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1293832>
- 3) BLANPAIN N. 15000 centenaires en 2010 en France, 200000 en 2060? Insee Première, Enquêtes et études démographiques. N°1319. 2010.
Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281153>
- 4) AOUANECHÉ M, PEPERSACK T. Altération ou dégradation de l'état général : un « syndrome gériatrique » ? Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, vol.10, numéro 1, p. 33-38. 2012.
- 5) BERRUT G. Altération de l'état général ou altération de la pertinence clinique ? Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, vol. 10, numéro 1, p.4 .2012.
- 6) JAISKY L, TAZÉ S, SCHMIDT J. Altération de l'état général : un motif de passage fréquent aux urgences pour des personnes âgées. Journal Européen des Urgences Volume 21 , numéro S1 , p-149 . Mars 2008
- 7) BACHELET J. Parcours de soins des patients consultant au Service d'accueil des Urgences du Centre hospitalier d'Arras pour altération de l'état général et leur devenir à 1 an. Thèse de médecine générale , Lille II , 2014.
- 8) MOREAU S. Impact de l'altération de l'état général sur la durée d'hospitalisation. Etude à partir de 86 patients de plus de 75 ans admis dans le service d'accueil des urgences Trousseau de Tours. Thèse de médecine générale, Tours , 2011
- 9) DELAGE M. Etude descriptive et analytique des patients adressés aux urgences pour altération de l'état général . Thèse de médecine générale, Limoges, 2015
- 10) ANDRES E, MECILI M, CIOBANU E. Que cache le concept d'altération de l'état général? Étude de 200 cas Rev Med Interne, 31 : S54, 2010.
- 11) MARTZEL L. Altération de l'état général : quelle signification pour les médecins généralistes? Thèse de médecine générale , Montpellier-Nîmes, 2017
- 12) FAUCHAIS AL, PUISIEUX F, WOESTELANDT H, SALOMEZ F, DÉFAILLIE P .Altération de l'état général inexpliquée du sujet âgé. Intérêt de la fibroscopie gastrique. Étude d'une cohorte de 77 patients avec un suivi à 13 mois. Revue de Médecine Interne 1997
- 13) ALMIRALL J, FORTIN M. The co existence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases. Journal of Comorbidity, v.3, n.1, p.-4-9, oct.2013.
- 14) Estimation de population par région, sexe et grande classe d'âge - Années 1975 à 2018 .
Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>.

15) CECILE M, SEUX V, PAULY V, TASSY S, REYNAUD-LEVY O, DALCO X, THIRION J, SOUBEYRAND F. Accidents iatrogènes médicamenteux chez le sujet âgé hospitalisé en court séjour gériatrique : étude de prévalence et des facteurs de risques . Revue de Médecine interne . p 393-400 . Mai 2009

16) BLEHER Y, DIMET J, GUIMARD T, PERRE P, FÉVRIER R. Elderly subjects hospitalised in acute care medical unit: baseline data and on-year follow-up . Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. Numéro 1, p 47–54. Mars 2012:

17) DICKES-SOTTY H, CHEVALET P, FIX M, RIAUDEL T, SERRE-SAHEL C, OULD-AOUDIA V, BERRUT G, DE DECKER L. Devenir à 6 mois après une hospitalisation en court séjour gériatrique à la suite d'une chute .Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil; 10 (4):391-401. 2012.

18) TARDIVEL M, MULLER F, TORTRAT D, LECHOWSKI L, TEILLET L. Réhospitalisations dans les suites d'un séjour en soins de suite et de réadaptation gériatrique : taux et facteurs prédictifs .Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement .Volume 16, numéro 3, Septembre 2018

19) PERES K, RAINFRAY M, PERRIÉ N, EMERIAU J.P, CHÊNE G, BARBERGER-GATEAU P . Incidence, facteurs de risque et adéquation des réhospitalisations à court terme de personnes âgées. Revue épidémiologique de santé publique n°50 p 109-119 . 2002

20) HAS. Comment réduire le risque de réhospitalisation évitables des personnes âgées ? 2013

21) HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Mars 2015 .

Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf

22) ARRUBARRENA S. Lien entre durée de séjour et taux de réhospitalisation à un mois chez les patients âgés hospitalisés à l'unité de gériatrie aiguë de l'Hôpital Saint-André du centre hospitalo-universitaire de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2015.

23) OBSERVATOIRE 2017 CAP RETRAITE. L'hôpital face au vieillissement de la population française; situation actuelle et à venir , à l'échelle régionale et départementale . 2017 .

Disponible sur:

<https://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2017/03/etude-2017-Observatoire-Cap-Retraite.pdf>

24) DREES. Les établissements de santé. Les capacités d'accueil à l'hôpital. p24-27. 2017

25) HAS. Orthogériatrie et fracture de la hanche .Juin 2017.

Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801173/fr/orthogeriatrie-et-fracture-de-la-hanche

Annexes :

Annexe 1

Index Karnofsky

Description simple	%	Critères
Peut mener une activité normale	100%	Etat général normal - Pas de plaintes, ni signes de maladie
Pas de prise en charge particulière	90%	Activité normale - Symptômes mineurs - Signes mineurs de maladie
	80%	Activité normale avec difficultés - Symptômes de la maladie
Incapable de travailler	70%	Capable de s'occuper de lui-même - Incapable de travailler normalement
Séjour possible à la maison	60%	Besoin intermittent d'une assistance mais de soins médicaux fréquents
Soins personnels possibles	50%	Besoin constant d'une assistance avec des soins médicaux fréquents
Incapable de s'occuper de lui-même	40%	Invalide - Besoin de soins spécifiques et d'assistance
Soins institutionnels souhaitables	30%	Complètement invalide - Indication d'hospitalisation - Pas de risque imminent de mort
	20%	Très invalide - Hospitalisation nécessaire - Traitement intensif
Etats terminaux	10%	Moribond
	0%	Décédé

Echelle de l'OMS

	Echelle de l'OMS
Capacité d'activité professionnelle ou physique	0 – Activité extérieure normale sans restriction 1 – Réduction des efforts physiques intenses
Capacité d'activité domestique	2 – pas d'activité extérieure mais ambulatoire 3 – besoins personnels stricts: alitement > 50% des heures de veille
Incapacité pour les besoins élémentaires	4 – Incapacité totale; alitement fréquent ou permanent

Interprétation des résultats : 0-1: état général normal; 2-3: patient incapable d'activité physique ou professionnelle mais autonome ; 4: patient grabataire

Annexe 2 : Courrier d'information



Madame , Monsieur

Vous êtes invités à prendre part à une étude menée par le Docteur GREGOIRE et son thésard , Monsieur Clément BREUILLAC dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale rattachée à l'université de Bordeaux .

Il est important que vous preniez le temps de lire et comprendre les informations suivantes . Elles décrivent l'objectif et les bénéfices attendus de ce travail de recherche .

S'il y a quoique ce soit dans ce document que vous ne comprenez pas , veuillez vous mettre en contact avec le secrétariat du Dr GREGOIRE au CHCB (court séjour gériatrique de saint Jean de LUZ) qui vous orientera au besoin vers celle-ci ou son thésard .

Cette étude et ce protocole ont été autorisés par le CPP(Comité de protection des personnes) et la CNIL (comité national informatique et libertés) au titre des recherches non interventionnelles et du protocole MR003.

Cette étude a pour but d'étudier le devenir de patients adressés par leur médecin traitant pour altération de l'état général (fatigue, perte de poids et d'appétit) dans le service de court séjour gériatrique après leur sortie du service et ce sur une durée de 6 mois .

C'est une étude non interventionnelle, aucun examen ou traitement ne sera testé lors de celle-ci . La durée de l'étude est d'un an (de juillet 2016 à juillet 2018). Un entretien téléphonique avec votre médecin traitant aura lieu 6 mois après votre sortie du service afin de recueillir les éléments de votre devenir. Seules les données utiles et nécessaires à l'étude seront exploitées .

Par ailleurs , les informations exploitées seront soumises au secret médical .

Nous espérons mettre en évidence des éléments en commun chez ces patients . Ces éléments s'ils sont significatifs et péjoratifs pourraient être mieux dépistés et pris en charge en amont . A terme ces éléments seront donc utiles pour une meilleure prise en charge .

Conformément à « la loi informatique et libertés » du 06 janvier 1978 , vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données enregistrées sur informatique , à tout moment , par l'intermédiaire de Monsieur Clément BREUILLAC . Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche . Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès du centre hospitalier de la côte basque .

Merci de nous avoir lu .

Docteur Marie-Alix GREGOIRE et Monsieur Clément BREUILLAC (doctorant en médecine) .

Annexe 3 :

Evaluation et autonomie - ADL

HYGIENE CORPOREELLE (haut et/ou bas du corps)	
Se lave sans aide	1
Se lave avec aide partielle ou totale	0
SOINS D'APPARENCE CORPOREELLE (ongles, cheveux, visage, vêtements)	
Sans aide	1
Avec aide partielle ou totale	0
HABILLAGE (haut et/ou bas du corps)	
S'habille sans aide	1
S'habille avec aide partielle ou totale	0
MICITION ET OU DEFECATION	
Continent	1
Incontinence partielle ou totale	0
LOCOMOTION (intérieur et/ou extérieur du domicile)	
Se déplace sans aide	1
Se déplace avec aide / grabataire	0
ALIMENTATION :	
Mange seul	1
Mange avec aide partielle ou totale	0
<i>Score total (/6)</i>	
NB : une seule réponse par item.	

Annexe 4: GRILLE SEGA

Volet A	Profil gériatrique et facteurs de risques			Score
	0	1	2	
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)	
Total			 / 2

TOTAL Volet A		
Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile

Annexe 5:

Modèle 1 (AIC = 99,689) :

Analyse de régression logistique multivariée de l'association entre la polymédication, la durée de séjour et la réhospitalisation à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Effectifs		Ré-hospitalisation à 6 mois		
	n	Fréquence	OR	IC 95 %	p
Polymédication (n = 77)					
Oui	59	76,6%	1,62	[0,52 ; 5,08]	0,4051
Non	18	23,4%	ref		
Durée de séjour (jours) (n = 77)					
			0,92	[0,85 ; 0,99]	0,0240

Modèle 5 (AIC = 90,315) :

Analyse de régression logistique multivariée de l'association entre l'âge, la polymédication, la durée de séjour, le diagnostic final, le devenir post hospitalier immédiat et le décès à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Effectifs		Décès à 6 mois		
	n	Fréquence	OR	IC 95 %	p
Age (années) (n = 77)					
≥ 88	40	51,9%	2,76	[0,73 ; 10,47]	0,1344
< 88	37	48,1%	ref		
Polymédication (n = 77)					
Oui	59	76,6%	0,31	[0,07 ; 1,30]	0,1092
Non	18	23,4%	ref		
Durée de séjour (jours) (n = 77)					
> 10	38	49,4%	1,59	[0,42 ; 5,98]	0,4957
≤ 10	39	50,6%	ref		
Diagnostic final (n = 77)					
Infection	25	32,5%	ref		0,1084
Intoxication	13	16,9%	3,49	[0,50 ; 24,23]	0,2061
Néoplasie	9	11,7%	20,11	[2,57 ; 157,14]	0,0042
Evènement cardio-vasculaire	5	6,5%	9,99	[0,90 ; 111,11]	0,0611
Démences ou Psychiatrie	8	10,4%	1,16	[0,10 ; 14,27]	0,9063
Douleurs	6	7,8%	3,35	[0,23 ; 48,29]	0,3741
Autres diagnostics	11	14,3%	5,83	[0,86 ; 39,38]	0,0705
Devenir post hospitalier immédiat (n = 77)					
SSR ou EHPAD	33	42,9%	1,40	[0,38 ; 5,12]	0,6098
Domicile	44	57,1%	ref		

Modèle 6 (AIC = 88,575) :

Analyse de régression logistique multivariée de l'association entre l'âge, la polymédication, la durée de séjour, le diagnostic final et le décès à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Effectifs		OR	Décès à 6 mois	
	n	Fréquence		IC 95 %	p
Age (années) (n = 77)					
≥ 88	40	51,9%	2,91	[0,78 ; 10,86]	0,1116
< 88	37	48,1%	ref		
Polymédication (n = 77)					
Oui	59	76,6%	0,32	[0,08 ; 1,33]	0,1185
Non	18	23,4%	ref		
Durée de séjour (jours) (n = 77)					
> 10	38	49,4%	1,76	[0,50 ; 6,25]	0,3831
≤ 10	39	50,6%	ref		
Diagnostic final (n = 77)					
Infection	25	32,5%	ref		0,0980
Iatrogénie	13	16,9%	3,48	[0,51 ; 23,83]	0,2038
Néoplasie	9	11,7%	21,13	[2,71 ; 164,42]	0,0036
Evènement cardio-vasculaire	5	6,5%	9,03	[0,87 ; 93,84]	0,0654
Démences ou Psychiatrie	8	10,4%	1,07	[0,09 ; 12,73]	0,9560
Douleurs	6	7,8%	3,33	[0,23 ; 48,52]	0,3784
Autres diagnostics	11	14,3%	5,88	[0,87 ; 39,61]	0,0688

Modèle 8 (AIC = 87,773) :

Analyse de régression logistique multivariée de l'association entre la polymédication, le diagnostic final et le décès à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Effectifs		OR	Décès à 6 mois	
	n	Fréquence		IC 95 %	p
Polymédication (n = 77)					
Oui	59	76,6%	0,24	[0,06 ; 0,89]	0,0330
Non	18	23,4%	ref		
Diagnostic final (n = 77)					
Infection	25	32,5%	ref		0,1020
Iatrogénie	13	16,9%	2,94	[0,46 ; 19,01]	0,2570
Néoplasie	9	11,7%	17,62	[2,51 ; 123,92]	0,0039
Evènement cardio-vasculaire	5	6,5%	8,71	[0,89 ; 85,78]	0,0635
Démences ou Psychiatrie	8	10,4%	1,11	[0,09 ; 13,43]	0,9354
Douleurs	6	7,8%	1,86	[0,14 ; 24,06]	0,6350
Autres diagnostics	11	14,3%	4,84	[0,79 ; 29,81]	0,0888

Modèle 9 (AIC = 88,328) :

Analyse de régression logistique univariée de l'association entre la polymédication et le décès à 6 mois chez 77 patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans le service de court séjour gériatrique de l'hôpital de Saint Jean de Luz entre juillet 2016 et juillet 2017

Variables	Effectifs		OR	Décès à 6 mois IC 95 %	p
	n	Fréquence			
Polymédication (n = 77)					
Oui	59	76,6%	0,32	[0,10 ; 0,98]	0,0467
Non	18	23,4%	ref		

Annexe 6 :

Test de Fischer : recherche d'une différence statistique entre la population polymédiquée et polypathologique .

		Polypathologie		Total	p
		oui	non		
Polymédication	oui	48	11	59	0,0571
	non	10	8	18	
Total		58	19	77	

Altération de l'état général chez le patient âgé :

Étude du devenir à 6 mois de 77 patients hospitalisés pour ce motif en court séjour gériatrique et recherche de facteurs prédictifs d'évolution défavorable.

Introduction: L'altération de l'état général est un terme mésusé dans la pratique quotidienne. De nombreuses études ont déjà démontré l'absence de la triade diagnostique chez de nombreux patients hospitalisés pour ce motif.

Objectif principal: Décrire le devenir à 6 mois des patients hospitalisés pour ce motif en court séjour gériatrique.

Objectif secondaire: Rechercher des facteurs favorisant la survenue d'événements péjoratifs (décès, institutionnalisation, hospitalisation).

Matériel et méthode : Etude prospective, observationnelle, monocentrique menée de juillet 2016 à juillet 2017 chez des patients âgés de plus de 75 ans hospitalisés au court séjour gériatrique de St-Jean de Luz pour altération de l'état général. Étaient recueillies les données suivantes: âge, sexe, autonomie, polyopathie, polymédication, lieu de vie, durée de séjour, diagnostic final et devenir post-hospitalier. Un appel au médecin traitant à 6 mois de la sortie d'hospitalisation permettait de recueillir la survenue éventuelle des événements péjoratifs étudiés: le décès, l'institutionnalisation et la réhospitalisation. Les caractéristiques de la population ont bénéficié d'une analyse descriptive, mais également uni et multivariée pour déterminer l'existence d'un facteur favorisant ces évolutions péjoratives.

Résultats : Soixante dix-sept patients ont été inclus. A 6 mois 18,2% sont institutionnalisés; 27,3% sont décédés; 66,2% ont été ré-hospitalisés. Les diagnostics dominants sont les infections (32, 5%) puis la iatrogénie (16,9%) et les néoplasies (11,7%). Une durée de séjour inférieure à 10 jours est significativement associée à des réhospitalisations dans notre population ($p=0,0475$).

Conclusion : Le pronostic vital et fonctionnel de notre population est sévère, une étude multicentrique avec un effectif plus fourni permettrait de statuer sur l'influence de la durée de séjour. La iatrogénie est responsable de nombreuses hospitalisations et doit certainement nous amener à modifier nos pratiques.

Mots-clés: AEG, Durée de séjour, iatrogénie, Gériatrie.