



**HAL**  
open science

# Le confinement, quel impact sur l'entrée aux urgences des seniors non Covid-19 à Fréjus ?

Amélia Mahdjoub

► **To cite this version:**

Amélia Mahdjoub. Le confinement, quel impact sur l'entrée aux urgences des seniors non Covid-19 à Fréjus ?. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03220595

**HAL Id: dumas-03220595**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03220595>**

Submitted on 7 May 2021

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

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

UNIVERSITÉ NICE CÔTE D'AZUR  
FACULTE DE MÉDECINE

THÈSE D'EXERCICE  
pour le  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
par

**MAHDJOUR Amélia**

Née le 11 mai 1994, à Besançon (25)

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 29 avril 2021 à Nice

LE CONFINEMENT, QUEL IMPACT SUR L'ENTRÉE AUX URGENCES DES  
SENIORS NON COVID-19 À FRÉJUS ?

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur HOGU Nicolas

Président du jury :

Monsieur le Professeur DARMON David

Membres du jury :

Monsieur le Docteur DIEBOLD Frédéric

Monsieur le Docteur GASPERINI Fabrice

Madame le Docteur GUERVILLE Véronique

Monsieur le Docteur JAMMES Didier



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	Pr. ALUNNI Véronique
Recherche Pr. DELLAMONICA jean	Etudiants M. JOUAN Robin
Chargé de mission projet Campus	Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
---------------------------------	---------------------

Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
--	---------------------

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)

M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

### Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

#### PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

### Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

#### PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)

M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

#### MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence ( 48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale ( 52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie ( 49-04)

M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

#### PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)
----	--------------	---------------------------

#### MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)
-----	--------------	------------------

#### PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
-----	---------------	---------

#### PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

#### PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

#### MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

#### Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude

M. BRUNETON Jean-Noël  
 Mme BUSSIERE Françoise  
 M. CAMOUS Jean-Pierre  
 M. CANIVET Bertrand  
 M. CASSUTO Jill-patrice  
 M. CHATEL Marcel  
 M. COUSSEMENT Alain  
 Mme CRENESSE Dominique  
 M. DAR COURT Guy  
 M. DELLAMONICA Pierre  
 M. DELMONT Jean  
 M. DEMARD François  
 M. DESNUELLE Claude  
 M. DOLISI Claude  
 Mme EULLER-ZIEGLER Liana  
 M. FENICHEL Patrick  
 M. FUZIBET Jean-Gabriel  
 M. FRANCO Alain  
 M. FREYCHET Pierre  
 M. GASTAUD Pierre

M. LAZDUNSKI Michel  
 M. LEFEBVRE Jean-Claude  
 M. LE FICHOUX Yves  
 Mme LEBRETON Elisabeth  
 M. MARIANI Roger  
 M. MASSEYEFF René  
 M. MATTEI Mathieu  
 M. MOUIEL Jean  
 Mme MYQUEL Martine  
 M. ORTONNE Jean-Paul  
 M. PRINGUEY Dominique  
 M. SANTINI Joseph  
 M. SAUTRON Jean Baptiste  
 M. SCHNEIDER Maurice  
 M. THYSS Antoine  
 M. TOUBOL Jacques  
 M. TRAN Dinh Khiem  
 M. VAN OBBERGHEN  
 Emmanuel

#### M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques  
 M. BASTERIS Bernard  
 M. BENOLIEL José  
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie  
 Mme DONZEAU Michèle  
 M. EMILIOZZI Roméo  
 M. FRANKEN Philippe  
 M. GASTAUD Marcel

M. GIUDICELLI Jean  
 M. MAGNÉ Jacques  
 Mme MEMRAN Nadine  
 M. MENGUAL Raymond  
 M. PHILIP Patrick  
 M. POIRÉE Jean-Claude  
 Mme ROURE Marie-Claire

### Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

#### PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

## Remerciements

Au Pr David Darmon, pour avoir accepté de présider ce jury de thèse,

Au Dr Nicolas Hogu, pour m'avoir encadrée avec une disponibilité sans égale tout au long de la réalisation de ce travail,

Aux Drs Frédéric Diebold, Fabrice Gasperini, Véronique Guerville et Didier Jammes, pour avoir accepté d'être membres de ce jury de thèse,

A mes co-internes et ami(e)s, pour m'avoir accompagnée de stage en stage, toujours dans la bonne humeur, et à mes ami(e)s de Besançon pour tous les bons moments passés,

A mes colocataires, grâce à qui mes semestres en Corse et à Breil-sur-Roya ont été humainement très enrichissants,

A Mme Monique Gilly, qui m'a appris le violon, et à mes ami(e)s musiciens, grâce à qui je comprends mieux Nietzsche : « la vie sans musique est tout simplement une erreur, une fatigue, un exil »,

A mes grands-parents, qui resteront toujours dans mon cœur,

A mes parents, pour leur amour et leurs encouragements à toute épreuve,

A mon frère Elyas et ma soeur Samia, qui m'ont toujours soutenue et qui comptent beaucoup pour moi.



## Résumé

**Introduction :** Le confinement du 17 mars au 11 mai 2020 lié à la Covid-19 a eu des conséquences sur la population française. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'impact de ce confinement sur les caractéristiques et la gravité des patients âgés pris en charge dans le secteur non Covid-19 des urgences de Fréjus.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective unicentrique s'étant déroulée au CHI Bonnet de Fréjus-St Raphaël. L'évaluation de l'impact a été effectuée à partir des mesures d'incidence, des motifs d'admission, des diagnostics retenus et de la gravité des patients entre 2019 et 2020. Une évaluation concomitante de la mention du médecin traitant a été réalisée.

**Résultats :** 698 et 497 patients de 75 ans et plus ont été inclus du 17 mars au 11 mai 2019 et 2020 respectivement. Une baisse de fréquentation des patients est objectivée entre 2019 et 2020. L'analyse comparative des motifs d'admission met en évidence une baisse significative de patients venant pour altération de l'état général et une augmentation significative de patients venant pour anémie, céphalées et angoisse/syndrome dépressif entre 2019 et 2020. L'analyse comparative des diagnostics retenus montre une baisse significative de patients venus pour douleur thoracique pariétale, inquiétude, démence et trouble psychiatrique et une augmentation significative de patients venus pour plaie de membre/tête/face, fracture de membre, contusion, iatrogénie médicamenteuse et tentative de suicide entre 2019 et 2020. La gravité des patients venus en 2020 était significativement supérieure à celle de 2019. La mention du médecin traitant était significativement mieux renseignée en 2020 qu'en 2019.

**Discussion :** Notre étude confirme les hypothèses initiales : le confinement a provoqué une baisse d'incidence et une hausse de la gravité diagnostique des personnes âgées admises aux urgences non-Covid-19 entre 2019 et 2020. Les comparaisons des motifs et diagnostics item par item entre 2019 et 2020 permettent d'anticiper d'une part une hausse de consultations au cabinet et aux urgences pour les motifs impactés par le confinement, et d'autre part de sensibiliser les patients vulnérables venus aux urgences pour des motifs non graves.

## Abstract

**Introduction :** The lockdown linked to the Covid-19 impacted the French population from the March 17th to the May 11th. The main objective of this research is to assess the impact of this lockdown on the characteristics and severity of the non Covid-19 elderly patients in Fréjus Emergency.

**Matériel et méthode :** This is a unicenter retrospective descriptive study carried out at the CHI Bonnet de Fréjus-St Raphaël. The impact assessment was based on incidence measurements, causes of admission, diagnoses and severity between 2019 and 2020. A concomitant evaluation of the general practitioner's mention was performed.

**Résultats :** 698 and 497 patients aged 75 and over were hospitalized from the March 17th to the May 11th 2019 and 2020 respectively. A drop in the number of patients was noticed between 2019 and 2020. The comparative analysis of the causes of admissions shows a decrease of patients suffering from alteration of the general condition and an increase of patients suffering from anemia, headache, anxiety, depressive syndrome between 2019 and 2020. The comparative analysis of the diagnoses shows a significant drop in the number of patients suffering from parietal chest pain, anguish, dementia, psychiatric disorder and a marked increase of patients with wounds of limbs, head, face, fracture of a limb, contusion drug iatrogenesis and suicide attempts between 2019 and 2020. The severity of patients in 2020 was much higher than 2019. The mention of the family doctor was better informed in 2020 than in 2019.

**Discussion :** Our study reaffirms the initial hypotheses : the lockdown resulted in a decrease of incidence and an increase of the diagnostic severity of old people admitted at the non Covid19 emergencies between 2019 and 2020. The comparisons of the motives and diagnoses item by item between 2019 and 2020 enables us to anticipate on the one hand an increase in the number of consultations at the medical office and admissions to emergency hospital department caused by the lockdown and on the other hand raise awareness of vulnerable patients admitted at the emergency for non serious motives.

## Sommaire

1	Introduction.....	13
1.1	Généralités sur la Covid-19.....	13
1.2	Conséquences du confinement sur la population française.....	13
1.3	Epidémiologie des personnes âgées dans le département du Var.....	14
1.4	Organisation du service des Urgences du CHI Bonnet.....	14
1.5	Objectifs et hypothèse.....	15
2	Matériel et méthode.....	16
2.1	Conception de l'étude.....	16
2.2	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	16
2.3	Recueil des données.....	16
2.4	Analyse statistique.....	17
3	Résultats.....	18
3.1	Caractéristiques de la population.....	18
3.2	Analyse de l'effet du confinement sur les motifs d'admission et diagnostics retenus.....	18
3.3	Analyse de l'effet du confinement sur la gravité et le devenir des patients.....	20
3.4	Analyse de l'effet du confinement sur la mention du médecin traitant.....	20
4	Discussion.....	21
5	Conclusion.....	24
6	Index des figures .....	25
7	Bibliographie.....	26
8	Annexes.....	28
8.1	Annexe A : Fiche de synthèse.....	28
8.2	Annexe B : Liste d'ALD 30.....	29
8.3	Annexe C : Classification clinique des malades aux urgences.....	30
8.4	Annexe D : Tableaux comparatifs des motifs et diagnostics entre 2019 et 2020.....	31
8.5	Annexe E : Tableau comparatif de la gravité des patients entre 2019 et 2020.....	36
8.6	Annexe F : Tableau comparatif du devenir des patients entre 2019 et 2020.....	36

## Abréviations

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**PACA** : Provence-Alpes-Côte d'Azur

**INSEE** : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques

**CHI** : Centre Hospitalier Inter-Communal

**CDOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé

**BPCO** : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

**TU** : Terminal Urgences

**IPP** : Identifiant Permanent du Patient

**ALD** : Affection de Longue Durée

**USCD** : Unité de Soins de Courte Durée

**CIM-10** : Classification Internationale des Maladies, 10<sup>ème</sup> révision

**SM** : Sensitivo-Moteur

**PC** : Perte de Connaissance

**HTA** : Hypertension Artérielle

**CO** : Monoxyde de Carbone

**IMV** : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

**ORL** : Oto-rhino-Laryngologie

**AEG** : Altération de l'Etat Général

**SCA ST+** : Syndrome Coronarien Aigü avec sus-décalage

**SCA ST-** : Syndrome Coronarien Aigü sans sus-décalage

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral

**HSD** : Hématome Sous-Dural

**AIT** : Accident Ischémique Transitoire

**EP** : Embolie Pulmonaire

**TC** : Traumatisme Crânien

**OPN** : Os Propres du Nez

**RGO** : Reflux Gastro-Œsophagien

**RAU** : Rétention Aiguë d'Urines

## 1 Introduction

### 1. 1 Généralités sur la COVID-19

La Covid-19 est une maladie infectieuse causée par un virus de la famille des coronavirus, nommé Sars-Cov2. Il a été identifié pour la 1<sup>ère</sup> fois en décembre 2019 à Wuhan dans la province de Hubei en Chine centrale, avant de se propager rapidement dans le monde.

Le 11 mars 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclare l'épidémie de Covid-19 comme pandémie, et préconise des mesures de protection afin de prévenir la saturation des services hospitaliers et renforcer l'hygiène préventive par l'instauration de gestes dits barrières : suppression des contacts physiques, abolition des regroupements, manifestations, déplacements et voyages non indispensables, promotion du lavage des mains, port du masque... (1)

Le 18 mars 2020, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) recommande aux personnes disposant de symptômes évocateurs de Covid-19 (toux et fièvre principalement) de rester à domicile, éviter les contacts, appeler un médecin sans se rendre à son cabinet pour bénéficier d'une téléconsultation, et en cas de difficulté respiratoire appeler le SAMU-Centre 15. (2)

Du 17 mars 2020 au 11 mai 2020, un confinement de la population est mis en place sur le territoire français afin de limiter la propagation du virus. Les sorties pour raison médicale sont limitées aux cas d'urgence ou nécessitent une convocation médicale. (3)

### 1. 2 Conséquences du confinement sur la population française

Bien que le confinement et la distanciation sociale soient synonymes de protection pour soi et pour autrui, ils sont aussi responsables d'isolement, de sentiment d'exclusion et d'une majoration des troubles psychopathologiques (4). Ces phénomènes sont particulièrement observés chez les personnes âgées, moins adeptes des nouveaux dispositifs et services offerts par la technologie pour consulter les médecins (5) et dont le suivi médical a été lourdement impacté. (6)

Le suivi médical traditionnel n'est pas le seul domaine à avoir été bouleversé pendant le confinement. En effet, le Groupe Hospitalier Universitaire de Paris recense une nette diminution du nombre de patients consultant aux urgences psychiatriques pendant le confinement par rapport à 2019 (7), une baisse de l'activité globale en urologie de 55 % entre 2019 et 2020 (8), et une diminution de deux-tiers du taux d'urgences des membres supérieurs en particulier liée à une baisse drastique du taux d'accidents de la route, du travail et des loisirs (9). Aux Hospices Civils de Lyon, la prise en charge

thérapeutique a été reportée voire annulée chez 40% des patientes atteintes de cancers gynécologiques (10). De plus, le registre France PCI (Percutaneous Coronary Intervention) a mis en exergue une baisse significative du nombre d'infarctus du myocarde aux urgences entre 2019 et 2020, principalement liée aux réticences des patients à venir à l'hôpital et d'y être contaminés. (11,12)

Aucune donnée actuelle ne nous renseigne sur les caractéristiques des patients âgés admis aux urgences pendant le confinement pour des symptômes non liés à la Covid-19.

### *1. 3 Epidémiologie des personnes âgées dans le département du Var*

Le département du Var, en région PACA, recense un nombre de personnes âgées particulièrement important avec une incidence de 13% de personnes âgées de 75 ans ou plus, pour une moyenne nationale de 9,5%. En effet, le 1er janvier 2020, l'INSEE estime le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus dans le département du Var à 139 178, pour un total de 1 073 836 habitants. (13)

### *1. 4 Organisation du service des Urgences du CHI Bonnet*

Les urgences du Centre Hospitalier inter-communal (CHI) Bonnet de Fréjus-St Raphaël accueillent chaque année 35 000 patients environ. Pendant la période de confinement, les urgences du CHI Bonnet étaient séparées en 2 secteurs : un secteur Covid-19 dans lequel les patients suspects de Covid-19 étaient accueillis, et un secteur non Covid-19 dans lequel les patients non suspects de Covid-19 étaient admis. L'orientation du patient dans le secteur approprié était décidée par le médecin d'accueil et d'orientation urgentiste en fonction des symptômes présentés par les patients. Les caractéristiques des personnes âgées admis aux urgences non Covid-19 du CHI Bonnet pendant le confinement n'ont pas été étudiées.

On ignore si le nombre d'admission, le motif et la gravité des patients âgés admis dans le secteur non Covid-19 des urgences du CHI Bonnet a diminué de façon significative pendant le confinement. Pour cela, il serait intéressant de comparer ces critères avec les patients admis aux urgences en dehors de la période de pandémie (période similaire en 2019).

Identifier d'éventuelles différences entre ces deux périodes permettrait d'anticiper une éventuelle recrudescence de patients en externe ainsi qu'une meilleure gestion de leurs pathologies. Effectivement, si l'on observe une forte baisse de certaines pathologies pendant la période de confinement 2020 par rapport à une période similaire en 2019, il faudra certainement s'attendre à une hausse de consultations pour ces pathologies au cabinet après le confinement.

De plus, informer les médecins généralistes varois des plaintes fréquentes non graves des patients se présentant aux urgences serait utile afin d'assurer plus facilement en amont un rôle de prévention, dans le but de désengorger les urgences en cas de forte affluence liée à la pandémie, et par conséquent de garantir la santé publique. Une fiche de synthèse (Annexe A) sera transmise au Conseil Départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) du Var, à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de PACA et aux médecins généralistes varois.

### *1. 5 Objectifs et hypothèse*

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'impact du confinement sur les caractéristiques et la gravité des patients âgés pris en charge dans le secteur non Covid-19 des urgences de Fréjus. L'objectif secondaire est d'évaluer le taux de renseignement de l'identité du médecin traitant chez ces patients à l'admission aux urgences et de le comparer à 2019 afin de mettre en évidence ou non la nécessité d'une amélioration de l'identification du médecin traitant.

Notre hypothèse est que le confinement est associé à une diminution de la fréquentation des personnes âgées aux urgences pour des symptômes autres que la Covid-19 par rapport à 2019, ainsi qu'une augmentation proportionnelle de la gravité de ces patients.



## 2 Matériel et méthode

### 2. 1 *Conception de l'étude*

Cette étude repose sur une analyse observationnelle descriptive rétrospective des données collectées au CHI Bonnet de Fréjus-St Raphaël pendant le confinement, et concerne l'activité des urgences adultes de 75 ans et plus. Nous avons recueilli et analysé les caractéristiques des patients âgés de 75 ans et plus admis au sein de notre établissement pour des symptômes non liés à la Covid-19 pendant la période de confinement entre le 17 mars 2020 et le 11 mai 2020, et les avons comparées à celles du 17 mars au 11 mai 2019, soit un an auparavant.

### 2. 2 *Critères d'inclusion et d'exclusion*

Les critères d'inclusion étaient un âge de 75 ans ou plus, et une admission du patient dans le secteur non Covid-19 des urgences du CHI Bonnet entre le 17 mars et le 11 mai 2020, et la même période en 2019.

Le critère d'exclusion était un motif d'admission en zone Covid-19, soit : fièvre, dyspnée, toux, vertiges, nausées, désaturation  $SpO_2 < 95\%$  (ou  $< 92\%$  si patient atteint de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)) et éruption cutanée.

### 2. 3 *Recueil des données*

Les données relatives aux caractéristiques des patients ont été collectées à partir du « Terminal Urgences » (TU), système informatique utilisé en pratique courante retraçant les admissions des patients aux urgences. Pour chaque patient, nous avons recueilli de manière rétrospective des éléments démographiques tels que le numéro d'identifiant permanent du patient (IPP), le sexe, l'âge et les affections de longue durée (ALD) (Annexe B).

Puis, pour chaque patient, nous avons recueilli le motif d'admission, le diagnostic retenu, la gravité (de un à cinq) (Annexe C), la nécessité d'hospitalisation ou non et si oui dans quel service (unité de soins de court séjour (USCD), service conventionnel ou soins intensifs/réanimation), la durée

d'hospitalisation et enfin le nom du médecin traitant s'il était mentionné. La durée d'hospitalisation nous est renseignée à partir du système informatique « Easily » utilisé par les médecins prenant en charge les patients hospitalisés au CHI. Les motifs d'admission et diagnostics retenus ont été regroupés en respectivement 39 et 88 catégories selon la classification internationale des maladies CIM-10 (14), et énumérées dans l'Annexe D.

## 2. 4 *Analyse statistique*

L'analyse des données démographiques et des critères de jugement a été réalisée sur tous les patients inclus dans l'étude. Les données anonymisées ont été exploitées par un tableur EXCEL.

Toutes les variables quantitatives sont présentées en utilisant des statistiques descriptives (nombres de sujets (N), moyenne, écart-types). L'analyse du critère de jugement principal a été réalisée à l'aide de test de Chi2 pour séries indépendantes. Les variables qualitatives ont été décrites par des fréquences absolues, relatives sur des histogrammes et par le pourcentage de données manquantes. Les différentes proportions ont été comparées à l'aide d'un test de Chi2. Les graphiques ont été réalisés à l'aide du tableur EXCEL.

Tous les tests statistiques ont été interprétés en utilisant un risque alpha à 5%.

## 3 Résultats

### 3. 1 *Caractéristiques de la population*

Du 17 mars au 11 mai 2019, les urgences du CHI Bonnet ont enregistré 1308 passages de personnes âgées de 75 ans et plus, dont 698 non suspects de Covid-19 ; et 867 seniors dont 497 non suspects de Covid-19 du 17 mars au 11 mai 2020. Une baisse d'incidence de 33,7% est objectivée entre 2019 et 2020 pour tous les seniors confondus, et de 28,8% pour les seniors non suspects de Covid-19.

Sur les 698 patients inclus pendant la période de 2019, 44,3% étaient des hommes, tandis que sur les 497 patients inclus en 2020, 47,1% étaient des hommes. La distribution des genres est similaire entre les deux populations ( $p=0,34$ ).

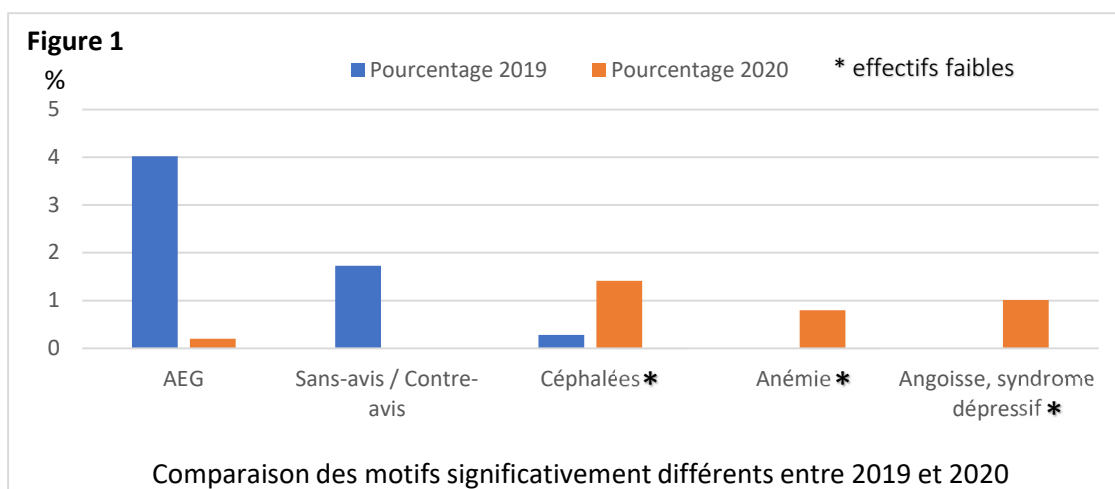
Les moyennes d'âge étaient de 84,88 ans +/- 5,88 en 2019 et de 85,02 ans +/- 6,14 en 2020, avec un âge médian de 85 ans pour les deux populations.

Les patients présentaient en moyenne 1,5 +/- 1,16 ALD en 2019, et 1,3 +/- 1,08 ALD en 2020. Les principales ALD retrouvées en 2019 étaient « insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires » (34,67%), « tumeur maligne » (17,91%) et « diabète de type 1 et 2 » (16,61%), et celles objectivées en 2020 étaient « insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires » (29,98%), « tumeur maligne » (25,96%) et « maladie coronaire » (16,29%).

### 3. 2 *Analyse de l'effet du confinement sur les motifs d'admission et diagnostics retenus*

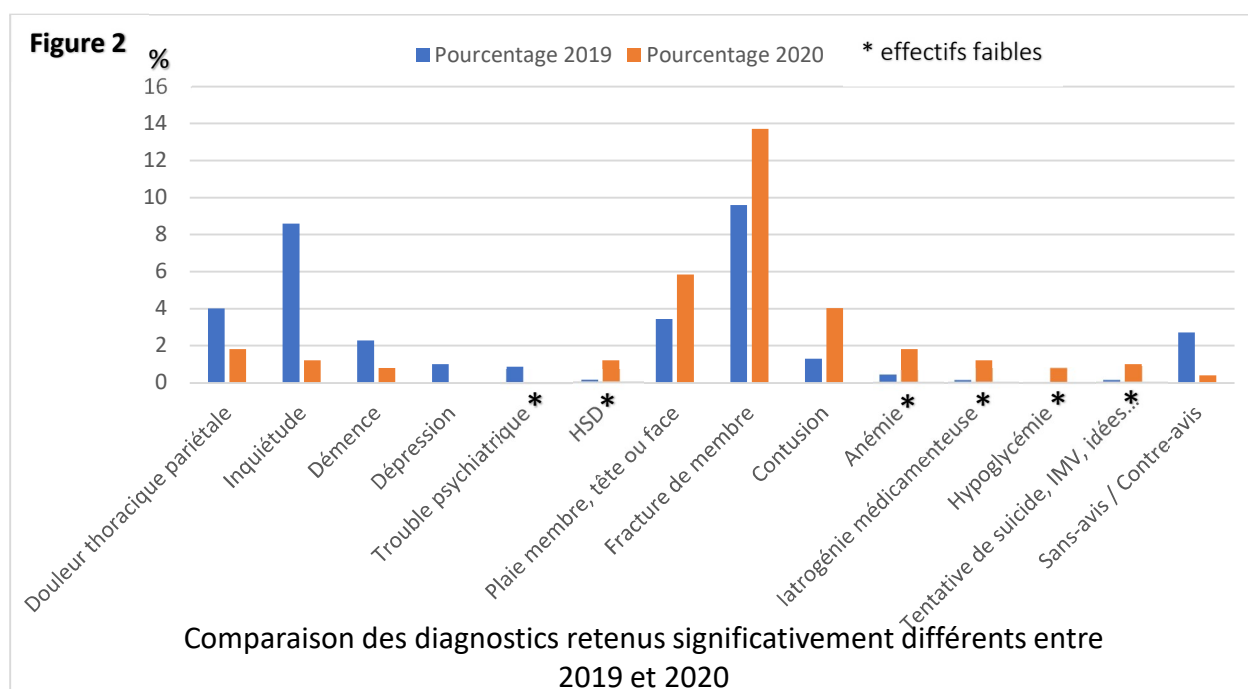
En 2019 et 2020, les trois motifs d'admission les plus fréquents étaient les mêmes et dans le même ordre de fréquence : chute (208 soit 29,79% en 2019 et 163 soit 32,8% en 2020), douleur thoracique (59 soit 8,46% en 2019 et 41 soit 8,25% en 2020) et douleur abdominale (58 soit 8,32% en 2019 et 35 soit 7,04% en 2020). (Annexe D)

L'analyse comparative des motifs d'admission a montré une diminution significative de patients consultant pour AEG ( $p=2,45.10^{-5}$ ) et partant sans ou contre avis médical ( $p=3,3.10^{-3}$ ) entre 2019 et 2020, et une augmentation de patients consultant pour céphalées ( $p=0,03$ ), anémie ( $p=0,02$ ) et angoisse/syndrome dépressif ( $p=0,01$ ). (Figure 1)



En 2019, les diagnostics retenus principaux étaient : fracture de membre (67 soit 9,6%), inquiétude (60 soit 8,6%) et TC léger (35 soit 5,01%), tandis qu'en 2020, ceux-ci étaient : fracture de membre (68 soit 13,7%), plaie de membre/tête/face (29 soit 5,84%) et contusion (20 soit 4,02%). (Annexe D)

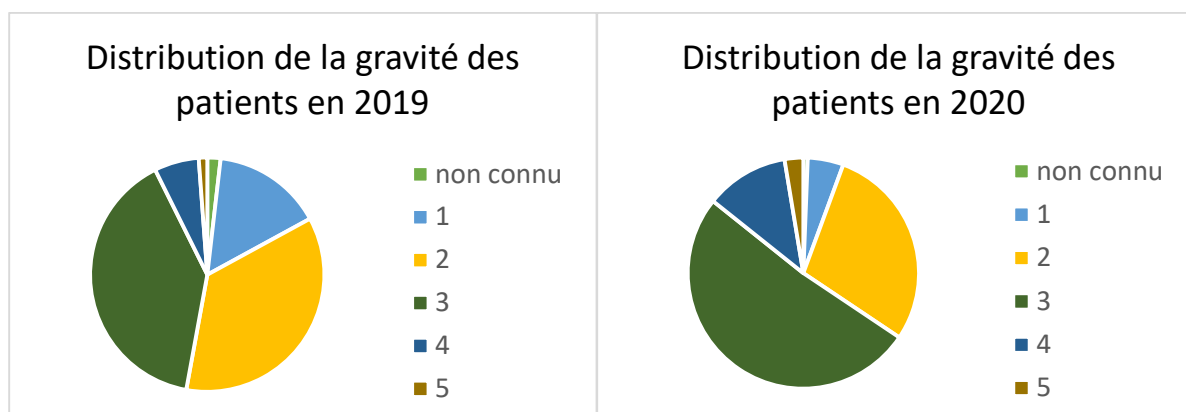
L'analyse comparative des diagnostics retenus a montré une diminution significative de douleur thoracique pariétale ( $p=0,03$ ), d'inquiétude ( $p=3,56.10^{-8}$ ), de démence ( $p=0,04$ ), de dépression ( $p=0,03$ ), de trouble psychiatrique ( $p=0,04$ ) et de patients partis sans ou contre avis ( $p=0,03$ ) entre 2019 et 2020. En revanche, une augmentation significative d'HSD ( $p=0,02$ ), de plaies de membre/tête/face ( $p=0,05$ ), de fractures de membre ( $p=0,03$ ), de contusions ( $p=2,5.10^{-3}$ ), d'anémies ( $p=0,02$ ), d'iatrogénies médicamenteuses ( $p=0,02$ ), d'hypoglycémies ( $p=0,02$ ) et de TS/IMV/idées suicidaires ( $p=0,04$ ) a été objectivée entre 2019 et 2020. (Figure 2)



### 3. 3 Analyse de l'effet du confinement sur la gravité et le devenir des patients

Les patients dont les scores de gravité sont 1 et 2 sont significativement moins nombreux en 2020 qu'en 2019 ( $p=3,5.10^{-9}$ ), contrairement aux patients dont les scores de gravité sont 3 et 4 étant significativement plus nombreux en 2020 qu'en 2019 ( $p=6,6.10^{-9}$ ). En revanche, les patients dont le score de gravité est 5 sont plus nombreux en 2020 qu'en 2019 de façon non significative toutefois ( $p=0,06$ ). Par conséquent, nous pouvons conclure que les patients ayant consulté en 2020 étaient significativement plus graves qu'en 2019. (Figure 3 et Annexe E)

**Figure 3**



Sur la période de 2019, 44% des seniors inclus ont été hospitalisés versus 54% pendant le confinement de 2020. Les patients ont été significativement plus hospitalisés en 2020 qu'en 2019 ( $p=7,26.10^{-4}$ ). Les durées d'hospitalisation étaient en moyenne de 8,2 +/- 7,75 jours en 2019 et 6,2 +/- 5,61 jours en 2020.

Les patients admis aux urgences en 2020 ont été plus souvent hospitalisés en service conventionnel qu'en 2019 (51,71% vs 33,10%). (Annexe F)

En revanche, il n'est pas possible de comparer les distributions de patients adressés à la MMG ou à l'USCD entre 2019 et 2020 car la MMG était fermée et l'USCD était une unité Covid-19 en 2020.

### 3. 4 Analyse de l'effet du confinement sur la mention du médecin traitant

En 2019, le médecin traitant était mentionné chez 361 patients (soit 51,7%), versus 286 patients (soit 57,5%) en 2020. Le renseignement du médecin traitant a été significativement plus important en 2020 qu'en 2019 ( $p=0,046$ ).

## 4 Discussion

Notre étude a permis d'objectiver une baisse significative de la fréquentation aux urgences de tous les seniors confondus ainsi que des seniors non suspects de Covid-19, entre 2019 et 2020. Cette forte variation peut s'expliquer par le respect du confinement chez les personnes âgées suite à la politique gouvernementale nationale préconisant de rester chez soi et d'appliquer les gestes barrières, mais également par leur isolement durant la période de confinement. De plus, notre étude souligne une hausse de la gravité des diagnostics retenus chez les patients non suspects de Covid-19 et une augmentation d'hospitalisation en service conventionnel entre 2019 et 2020. En effet, ceci peut s'expliquer par le fait que les patients retardent leur arrivée aux urgences par la peur d'y être contaminés. Nos résultats concordent avec les études scientifiques nationales et internationales (15).

De plus, notre étude révèle une augmentation significative de patients venus pour les motifs : céphalées, anémie et angoisse/syndrome dépressif entre 2019 et 2020, et une hausse significative de patients venus pour les diagnostics de plaie de membre/tête/face, fracture de membre, contusion, hématome sous-dural, anémie, iatrogénie médicamenteuse, hypoglycémie et tentative de suicide entre 2019 et 2020. Ces résultats sont probablement la conséquence d'un manque de soutien et d'accompagnement des personnes âgées les conduisant à s'occuper d'elles seules et d'un manque de suivi médical causant une mauvaise gestion de leurs médicaments et une décompensation de leurs maladies chroniques durant la période de confinement. Il est donc nécessaire de prendre en charge de manière préventive cette population, vulnérable en cas de reconfinement.

Enfin, notre étude met en lumière une baisse significative de patients venus pour AEG, inquiétude, douleur thoracique pariétale, démence, dépression et trouble psychiatrique calme entre 2019 et 2020. Une baisse de venue aux urgences pour trouble psychiatrique pendant le confinement est également observée à l'AP-HP (16). Il faut donc s'attendre à une hausse de consultations pour ces motifs et pathologies au cabinet après le confinement. A notre connaissance, il s'agit du premier travail montrant l'impact du confinement sur les patients âgés de 75 ans et plus sur les motifs d'admission et diagnostics retenus aux urgences. Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec mesure

compte tenu des faibles effectifs et du caractère unicentrique constituant une limite méthodologique de ce travail.

Par ailleurs, bien que les patients soient plus graves en 2020 qu'en 2019, notre étude n'admet pas de différence significative sur la mortalité et les transferts en réanimation ou à l'USIC des seniors non Covid-19 entre 2019 et 2020 au CHI Bonnet. Cette absence de variation peut s'expliquer par le fait que les patients venus consulter ont été pris en charge de façon rapide et efficace, et que les places en réanimation étaient en majeure partie occupées par des patients atteints de Covid-19.

La littérature scientifique européenne met en avant une baisse draconienne de SCA (11), d'AVC (17) et d'EP (18) entre 2019 et 2020 que nous n'observons pas dans cette étude. En effet, ceci peut s'expliquer par le fait que certains patients présentant un SCA ST+ sont directement admis à l'USIC sans passer par le service des urgences et donc ne sont pas enregistrés sur le TU. Par conséquent, ces derniers n'ont malheureusement pas pu être inclus dans notre étude. Par ailleurs, le CHI Bonnet ne disposant pas d'unité neuro-vasculaire, les patients présentant des signes d'AVC récent sont directement envoyés à l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV) de Cannes ou de Nice et ne sont donc pas répertoriés sur le TU du CHI Bonnet. Enfin, les résultats d'EP de notre étude sont difficilement interprétables car tous les patients dyspnéiques étaient exclus de l'étude et la dyspnée est un des symptômes principaux de l'EP.

Notre étude dévoile une augmentation significative du taux de renseignement du médecin traitant des patients sur le TU entre 2019 et 2020, passant de 51,7% à 57,5%. Ce nombre – bien que convenable - peut toutefois être amélioré.

En revanche, notre étude présente un biais de mesure car la mesure du facteur d'exposition (la Covid-19) était imprécise. En effet, bien que l'adressage en zone Covid-19 était réalisé à partir des critères de l'OMS (fièvre, dyspnée, toux, vertiges, nausées, désaturation  $SpO_2 < 95\%$  et éruption cutanée), certains patients présentaient des critères de classement en zone Covid-19 sans être porteur du virus et n'ont donc pas pu être sélectionnés, tandis que d'autres étaient porteurs du virus mais asymptomatiques donc admis en zone non Covid-19 et sélectionnés dans notre étude. De surcroît, les tests PCR étaient rares au début de la pandémie et réservés aux patients suspects de Covid-19. De plus, les mentions d'ALD et de médecin traitant recueillies sur le TU ne sont pas toujours exhaustives car

basées principalement sur les informations données oralement par les patients, et biaisées selon l'état clinique du patient à son arrivée aux urgences. En effet, un patient présentant des troubles cognitifs et non accompagné omettra certainement de nous préciser une part des renseignements demandés. De plus, un biais de classement est présent car la MMG était fermée et l'USCD était une zone Covid pendant le confinement de 2020. Par conséquent, les patients non suspects de Covid-19 de 2020 qui auraient normalement été pris en charge en USCD ont été hospitalisés en service conventionnel. Notre étude présente également un biais de sélection car est unicentrique et l'échantillon recueilli n'est pas forcément représentatif au niveau national. En outre, certains résultats significatifs concernent de très faibles effectifs et sont donc peu pertinents. Il est par conséquent nécessaire de réaliser une étude multicentrique pour limiter le biais d'échantillonnage et confirmer nos résultats obtenus.

Les points forts de notre étude reposent sur l'identification des principaux motifs d'admission et diagnostics retenus des seniors non Covid-19 pendant le confinement de 2020 (soient respectivement : chute, douleur thoracique, douleur abdominale et déficit sensitivo-moteur ; et fracture de membre, plaie membre/tête/face, contusion et saignement digestif), nous permettant de prévenir les médecins généralistes varois d'une nécessité de prise en charge préventive en amont pour ces motifs, afin de désengorger les urgences en cas de forte affluence liée à la pandémie.



## 5 Conclusion

En conclusion, le confinement a eu une véritable influence sur l'incidence et la gravité des seniors non Covid-19 admis aux urgences du CHI Bonnet. Cet impact est lié à un retard de présentation aux urgences, à un suivi médical lacunaire et à une majoration de l'isolement des seniors pendant la période de confinement de 2020. Notre étude montre la nécessité de renforcer et faciliter l'accès aux téléconsultations des personnes âgées isolées afin d'assurer un suivi médical adapté et préventif en cas de reconfinement et dans le but de ne pas saturer les services d'urgence.

Notre recherche a permis la conception d'une fiche de synthèse (Annexe A) adressée aux médecins généralistes et urgentistes varois mettant en évidence les différents motifs d'admission et diagnostics retenus entre les périodes de 2019 et 2020 chez les seniors de 75 ans et plus. Ce travail permet d'anticiper une éventuelle hausse de consultations pour altération de l'état général, douleur thoracique pariétale, inquiétude, démence et trouble psychiatrique calme au cabinet et aux urgences après le confinement ; et révèle la nécessité d'agir en prévention auprès des patients venus pour fracture de membre, plaie de membre/tête/face et contusion. Notre étude suscite l'intérêt d'organiser des campagnes d'information (relayées par la presse, les médias et les réseaux sociaux) visant le grand public, sur les critères nécessitant une prise en charge aux urgences. En effet, une bonne éducation des patients permettrait une prise en charge adaptée et précoce et limiterait le nombre de patients graves évitables dans les situations de pandémie.

Enfin, nous espérons que cette étude ouvrira des perspectives de recherche sur une éventuelle recrudescence des pathologies pour lesquelles les seniors n'ont pas consulté pendant le confinement, aux urgences et au cabinet en France.

## 6 Index des figures

Figure 1 : Comparaison des motifs d'admission significativement différents entre 2019 et 2020

Figure 2 : Comparaison des diagnostics retenus significativement différents entre 2019 et 2020

Figure 3 : Comparaison de la gravité des patients entre 2019 et 2020

## 7 Bibliographie

1. COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS [Internet]. [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
  
2. Coronavirus en Provence-Alpes-Côte d'Azur : point de situation au 18 mars [Internet]. [cité 3 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/coronavirus-en-provence-alpes-cote-dazur-point-de-situation-au-18-mars>
  
3. JOE\_TEXTE.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/\\_OM0aowJhCyfJwlpPPeet-YiF3mTkUVDd1KHOMS6u0s=/JOE\\_TEXTE](https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/_OM0aowJhCyfJwlpPPeet-YiF3mTkUVDd1KHOMS6u0s=/JOE_TEXTE)
  
4. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale*. 1 juin 2020;46(3, Supplement):S43-52.
  
5. Laila M. La télémédecine et les technologies d'assistance pour la prise en charge des personnes âgées fragiles à domicile et en institution: modélisation du besoin, de la prescription et du suivi. :385.
  
6. covid-19\_outil\_deplacement\_v3.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2021]. Disponible sur: [https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-06/covid-19\\_outil\\_deplacement\\_v3.pdf](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-06/covid-19_outil_deplacement_v3.pdf)
  
7. Flevaud L, Pham A, Gourevitch R. [À sharp drop in psychiatric emergency admissions during lockdown]. *Ann Med Psychol (Paris)*. 20 août 2020;
  
8. Pinar U, Anract J, Duquesne I, Dariane C, Chartier-Kastler E, Cussenot O, et al. [Impact of the COVID-19 pandemic on surgical activity within academic urological departments in Paris]. *Prog Urol*. juill 2020;30(8-9):439-47.
  
9. Pichard R, Kopel L, Lejeune Q, Masmoudi R, Masmajeun EH. Impact of the CORonaVirus Disease 2019 lockdown on hand and upper limb emergencies: experience of a referred university trauma hand centre in Paris, France. *Int Orthop*. 2020;44(8):1497-501.
  
10. Lamblin G, Golfier F, Peron J, Moret S, Chene G, Nohuz E, et al. [Impact of the COVID-19 Outbreak on the management of patients with gynecological cancers]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2020;48(11):777-83.

11. Hakim R, Motreff P, Rangé G. [COVID-19 and STEMI]. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. déc 2020;69(6):355-9.
12. Lantelme P, Couray Targe S, Metral P, Bochaton T, Ranc S, Le Bourhis Zaimi M, et al. Worrying decrease in hospital admissions for myocardial infarction during the COVID-19 pandemic. *Arch Cardiovasc Dis*. juill 2020;113(6-7):443-7.
13. Estimations de population par sexe et âge au 1er janvier 2020 | Insee [Internet]. [cité 1 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692#tableau-TCRD\\_021\\_tab1\\_departements](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692#tableau-TCRD_021_tab1_departements)
14. cim-10fr-2021.pdf [Internet]. [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3963/cim-10fr-2021.pdf>
15. Hartnett KP. Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits — United States, January 1, 2019–May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2020 [cité 20 févr 2021];69.
16. Pignon B, Gourevitch R, Tebeka S, Dubertret C, Cardot H, Dauriac-Le Masson V, et al. Dramatic reduction of psychiatric emergency consultations during lockdown linked to COVID-19 in Paris and suburbs. *Psychiatry Clin Neurosci*. oct 2020;74(10):557-9.
17. Bersano A, Kraemer M, Touzé E, Weber R, Alamowitch S, Sibon I, et al. Stroke care during the COVID-19 pandemic: experience from three large European countries. *Eur J Neurol*. sept 2020;27(9):1794-800.
18. Nopp S, Janata-Schwatzek K, Prosch H, Shulym I, Königsbrügge O, Pabinger I, et al. Pulmonary embolism during the COVID-19 pandemic: Decline in diagnostic procedures and incidence at a university hospital. *Res Pract Thromb Haemost*. juill 2020;4(5):835-41.

## 8 Annexes

### Annexe A : Fiche de synthèse

<p><b>Principaux motifs d'admission retrouvés chez les patients de 75 ans ou plus aux urgences du CHI Bonnet pendant le confinement du 17 mars au 11 mai 2020 :</b></p> <p>Chute, douleur thoracique, douleur abdominale, déficit sensitivo-moteur.</p> <p><b>Principaux diagnostics retenus chez les mêmes patients sur les mêmes périodes :</b></p> <p>Fracture de membre, plaie membre/tête/face, contusion, saignement digestif.</p>
<p><b>Motifs moins fréquents en 2020 qu'en 2019 :</b></p> <p>AEG</p> <p><b>Diagnostics moins fréquents en 2020 qu'en 2019 :</b></p> <p>Douleur thoracique pariétale, inquiétude, démence, dépression, trouble psychiatrique.</p> <p>⇒ S'attendre à une hausse de consultations pour ces motifs et pathologies au cabinet après le confinement.</p>
<p><b>Motifs plus fréquents en 2020 qu'en 2019 :</b></p> <p>Céphalées, anémie, angoisse/syndrome dépressif</p> <p><b>Diagnostics plus fréquents en 2020 qu'en 2019 :</b></p> <p>Fracture de membre, plaie membre/tête/face, contusion, HSD, anémie, iatrogénie médicamenteuse, hypoglycémie, TS/IMV/idées suicidaires.</p> <p>⇒ Nécessité de prévention et sensibilisation auprès de cette population car vulnérable en cas de reconfinement.</p>

## Annexe B : Liste d'ALD 30

ALD n°1 Accident vasculaire cérébral invalidant

ALD n°2 Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques

ALD n° 3 Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques

ALD n°4 Bilharziose compliquée

ALD n° 5 Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves

ALD n°6 Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses

ALD n°7 Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

ALD n°8 Diabète de type 1 et diabète de type 2

ALD n° 9 Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave

ALD n° 10 Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères

ALD n° 11 Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves

ALD n° 13 Maladie coronaire

ALD n° 14 Insuffisance respiratoire chronique grave

ALD n° 15 Maladie d'Alzheimer et autres démences\*\* (voir ci-dessous « carte d'urgence maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées »)

ALD n° 16 Maladie de Parkinson

ALD n°17 Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé

ALD n°18 Mucoviscidose

ALD n° 19 Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif

ALD n° 20 Paraplégie

ALD n° 21 Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique

ALD n° 22 Polyarthrite rhumatoïde évolutive

ALD n° 23 Affections psychiatriques de longue durée

ALD n° 24 Recto-colite hémorragique et maladie de Crohn évolutives

ALD n° 25 Sclérose en plaques

ALD n° 26 Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne

ALD n° 27 Spondylarthrite grave

ALD n° 28 Suites de transplantation d'organe

ALD n° 29 Tuberculose active, lèpre

ALD n° 30 Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

Référence : article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004 publié au JO du 5 octobre 2004, et par décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 publié au JO du 21 janvier 2011

Annexe C : Classification clinique des malades aux urgences

#### Classification clinique des malades aux urgences

<b>CCMU 1</b>	état clinique stable aucun acte diagnostique ou thérapeutique
<b>CCMU 2</b>	état clinique stable acte diagnostique ou thérapeutique complémentaire
<b>CCMU 3</b>	état clinique instable pas de mise en jeu du pronostic vital
<b>CCMU 4</b>	mise en jeu du pronostic vital pas de manœuvre de réanimation immédiate
<b>CCMU 5</b>	mise en jeu du pronostic vital manœuvres de réanimation immédiates

## Annexe D : Tableaux comparatifs des motifs d'admission et diagnostics retenus entre 2019 et 2020

Motif	2019		2020		P Chi2
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Chute	208	29,79	163	32,80	0,27
Douleur thoracique	59	8,46	41	8,25	0,90
Douleur abdominale	58	8,32	35	7,04	0,42
Malaise ou PC	36	5,16	25	5,03	0,92
Douleur de membre	29	4,16	17	3,42	0,52
AEG	28	4,02	1	0,20	2,45.10 <sup>-5</sup>
Déficit SM	27	3,87	29	5,85	0,11
Bilan biologique perturbé	23	3,30	15	3,02	0,79
Hyperglycémie	5	0,72	0	0	0,06
Coma, trouble de la vigilance, confusion	22	3,16	21	4,22	0,33
Plaie membre, tête ou face	19	2,72	16	3,22	0,62
Affections de l'œil	18	2,58	10	2,01	0,52
Problème technique (sonde, pansement,...)	15	2,15	11	2,21	0,94
Rectorragie, méléna, hématomèse	15	2,15	14	2,82	0,46
Epistaxis	14	2,00	15	3,02	0,26
Hématurie	13	1,86	12	2,41	0,51
Constipation	13	1,86	4	0,80	0,13
Sans-avis / Contre-avis	12	1,73	0	0	3,3.10 <sup>-3</sup>
Dysurie, brûlures mictionnelles	12	1,73	11	2,21	0,54
Rachialgies	11	1,57	4	0,80	0,24
Palpitations	10	1,43	5	1,01	0,51
Agitation	8	1,14	2	0,40	0,16
HTA	7	1,00	1	0,20	0,09
Tentative de suicide, IMV, idées suicidaires	6	0,86	5	1,01	0,79
Douleur fosse lombaire	5	0,72	8	1,61	0,14



Œdème d'un ou des membre(s) inférieur(s)	4	0,57	6	1,21	0,24
Complication post-opératoire	3	0,43	2	0,40	0,94
Demande de placement	3	0,43	2	0,40	0,94
Intoxication au CO	3	0,43	1	0,20	0,50
Céphalées	2	0,28	7	1,41	0,03
Mouvements anormaux	2	0,28	1	0,20	0,77
Œdème ORL	2	0,28	1	0,20	0,77
Saignement endobuccal	2	0,28	1	0,20	0,77
Agression	2	0,28	0	0	0,23
Métrorragie	1	0,14	0	0	0,40
Fausse-route	1	0,14	0	0	0,40
Anémie	0	0	4	0,80	0,02
Piqûre, morsure par animal	0	0	2	0,20	0,09
Angoisse, syndrome dépressif	0	0	5	1,01	0,01
TOTAL	698	100%	497	100%	

Diagnostic	2019		2020		P Chi2
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Décompensation cardiaque	11	1,57	10	2,01	0,57
Poussée HTA	13	1,86	12	2,41	0,51
SCA ST+	5	0,72	2	0,40	0,48
SCA ST-	9	1,29	11	2,21	0,22
Douleur thoracique pariétale	28	4,01	9	1,81	0,03
Phlébite	2	0,29	1	0,20	0,77
Embolie pulmonaire	1	0,14	3	0,60	0,17
Trouble du rythme	8	1,14	6	1,21	0,92
Bloc de conduction	7	1	4	0,80	0,72
Péricardite	0	0	1	0,20	0,24
Arrêt cardio-respiratoire	1	0,14	1	0,20	0,81

Dissection aortique	1	0,14	0	0	0,40
Rupture d'anévrisme membre	1	0,14	0	0	0,40
Ischémie aiguë de membre	0	0	1	0,20	0,24
Rupture varices membre inférieur	3	0,43	4	0,80	0,40
AVC	15	2,15	15	3,02	0,34
HSD	1	0,14	6	1,21	0,02
AIT	11	1,57	8	1,61	0,96
Crise comitiale	4	0,57	1	0,20	0,33
Névralgie	6	0,86	3	0,60	0,61
Ictus amnésique	1	0,14	3	0,60	0,17
Paralysie faciale a frigore	1	0,14	2	0,40	0,38
Maladie de Parkinson	1	0,14	0	0	0,40
Malaise vagal	16	2,29	7	1,41	0,27
TC léger	35	5,01	15	3,02	0,09
TC plaie scalp	17	2,45	14	2,82	0,68
TC fracture OPN	2	0,29	1	0,20	0,77
TC grave	4	0,57	2	0,40	0,68
Plaie membre, tête ou face	24	3,44	29	5,84	0,05
Fracture de membre	67	9,6	68	13,70	0,03
Luxation épaule/hanche	5	0,72	8	1,61	0,14
Tassement vertébral	7	1	9	1,81	0,23
Fracture du bassin	6	0,86	3	0,60	0,61
Fracture costale	4	0,57	6	1,21	0,24
Hémo-pneumothorax	1	0,14	4	0,80	0,08
Contusion	9	1,29	20	4,02	2,5.10 <sup>-3</sup>
Gingivorragie	2	0,29	1	0,20	0,77
Douleur abdominale idiopathique	8	1,14	3	0,60	0,33
Occlusion intestinale	10	1,43	6	1,21	0,74
Fécalome	7	1	4	0,80	0,72
Saignement digestif	25	3,58	17	3,42	0,88
Constipation	9	1,29	5	1,01	0,65
RGO	4	0,57	2	0,40	0,68

Intoxication alimentaire	2	0,29	1	0,20	0,77
Péritonite	2	0,29	1	0,20	0,77
Ischémie mésentérique	1	0,14	0	0	0,40
Hernie intestinale étranglée	2	0,29	2	0,40	0,73
Hernie intestinale simple	2	0,29	1	0,20	0,77
Colite	3	0,43	0	0	0,14
Hémopéritoine	1	0,14	0	0	0,40
Pancréatite	0	0	2	0,40	0,90
Cholécystite	7	1	4	0,80	0,72
Décompensation ascitique	1	0,14	0	0	0,40
Colique néphrétique	3	0,43	7	1,41	0,07
Cystite	8	1,14	2	0,40	0,16
Pyélonéphrite	8	1,14	5	1,01	0,82
Prostatite	5	0,72	4	0,80	0,86
RAU	22	3,15	15	3,02	0,90
Kyste ovarien	1	0,14	0	0	0,40
Dénutrition, déshydratation, rhabdomyolyse	28	4,01	13	2,62	0,19
Anémie	3	0,43	9	1,81	0,02
Troubles électrolytiques	2	0,29	1	0,20	0,77
Sepsis bactérien sans point d'appel	1	0,14	0	0	0,40
Iatrogénie médicamenteuse	1	0,14	6	1,21	0,02
Dysthyroïdie	1	0,14	0	0	0,40
Acidocétose diabétique	5	0,72	1	0,20	0,21
Hypoglycémie	0	0	4	0,80	0,02
Affections de l'œil	22	3,15	10	2,01	0,23
Affections cutanées chroniques	6	0,86	2	0,40	0,34
Inquiétude	60	8,6	6	1,21	3,56.10 <sup>-8</sup>
Démence	16	2,29	4	0,80	0,04
Dépression	7	1	0	0	0,03
Trouble psychiatrique	6	0,86	0	0	0,04

Bouffée délirante aiguë	2	0,29	4	0,80	0,21
Tentative de suicide, IMV, idées suicidaires	1	0,14	5	1,01	0,04
Trouble anxieux	1	0,14	4	0,80	0,08
Intoxication alcoolique	1	0,14	0	0	0,40
Découverte de cancer ou métastases	14	2,10	17	3,42	0,13
Epistaxis	12	1,72	14	2,82	0,20
Abcès	1	0,14	0	0	0,40
Arthrite microcristalline	4	0,57	5	1,01	0,39
Intoxication au CO	3	0,43	2	0,40	0,94
Spondylodiscite	2	0,29	0	0	0,23
Fausse route	1	0,14	0	0	0,4
Allergie	1	0,14	1	0,20	0,81
Agression	1	0,14	0	0	0,40
Reconvocation	1	0,14	0	0	0,40
Sans-avis / Contre-avis	19	2,72	2	0,40	0,03
TOTAL	698	100%	497	100%	

## Annexe E : Tableau comparatif de la gravité des patients entre 2019 et 2020

Gravité	2019 (n)	2019 (%)	2020	2020 (%)	p Chi2
Non connue	13	18,62	3	0,60	0,06
1	106	15,19	25	5,03	$3,05.10^{-8}$
2	250	35,82	143	28,77	0,01
3	278	39,83	255	51,31	$8,32.10^{-5}$
4	43	6,16	58	11,67	$7,39.10^{-4}$
5	8	1,15	13	2,61	0,06
	698		497		

## Annexe F : Tableau comparatif du devenir des patients entre 2019 et 2020

Devenir des patients	2019		2020		p Chi2
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Retour à domicile	388	55,59	227	45,67	$7,26.10^{-4}$
MMG	6	0,86	X		
Surveillance urgences	25	3,58	14	2,82	0,46
USCD	52	7,45	X		
Conventionnel	231	33,10	257	51,71	$1,10.10^{-10}$
USIC	15	2,15	9	1,81	0,68
Réanimation	1	0,14	3	0,60	0,17
Transfert	8	1,15	10	2,01	0,23
Décès	14	2,00	9	1,81	0,81

MAHDJOUR A. Le confinement, quel impact sur l'entrée aux urgences des seniors non Covid-19 à Fréjus ?

Thèse de médecine générale. NICE. 19 Avril 2021

Résumé

**Introduction :** Le confinement du 17 mars au 11 mai 2020 lié à la Covid-19 a eu des conséquences sur la population française. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'impact de ce confinement sur les caractéristiques et la gravité des patients âgés pris en charge dans le secteur non Covid-19 des urgences de Fréjus.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective unicentrique s'étant déroulée au CHI Bonnet de Fréjus-St Raphaël. L'évaluation de l'impact a été effectuée à partir des mesures d'incidence, des motifs d'admission, des diagnostics retenus et de la gravité des patients entre 2019 et 2020. Une évaluation concomitante de la mention du médecin traitant a été réalisée.

**Résultats :** 698 et 497 patients de 75 ans et plus ont été inclus du 17 mars au 11 mai 2019 et 2020 respectivement. Une baisse de fréquentation des patients est objectivée entre 2019 et 2020. L'analyse comparative des motifs d'admission met en évidence une baisse significative de patients venant pour altération de l'état général et une augmentation significative de patients venant pour anémie, céphalées et angoisse/syndrome dépressif entre 2019 et 2020. L'analyse comparative des diagnostics retenus montre une baisse significative de patients venus pour douleur thoracique pariétale, inquiétude, démence et trouble psychiatrique et une augmentation significative de patients venus pour plaie de membre/tête/face, fracture de membre, contusion, iatrogénie médicamenteuse et tentative de suicide entre 2019 et 2020. La gravité des patients venus en 2020 était significativement supérieure à celle de 2019. La mention du médecin traitant était significativement mieux renseignée en 2020 qu'en 2019.

**Discussion :** Notre étude confirme les hypothèses initiales : le confinement a provoqué une baisse d'incidence et une hausse de la gravité diagnostique des personnes âgées admises aux urgences non Covid-19 entre 2019 et 2020. Les comparaisons des motifs et diagnostics item par item entre 2019 et 2020 permettent d'anticiper d'une part une hausse de consultations au cabinet et aux urgences pour les motifs impactés par le confinement, et d'autre part de sensibiliser les patients vulnérables venus aux urgences pour des motifs non graves.

Président du jury

M. le Professeur David DARMON

Assesseurs

M. le Docteur Frédéric DIEBOLD

M. le Docteur Fabrice GASPERINI

Mme le Docteur Véronique GUERVILLE

M. le Docteur Didier JAMMES

Directeur de thèse

M. le Docteur Nicolas HOGU

Mots-clés

confinement - senior – urgences – Covid-19 –  
diagnostic – incidence – gravité - Fréjus