



HAL
open science

Influence du déconfinement de mai 2020 sur l'activité gériatrique aux urgences de Pau : étude épidémiologique comparative

Ugo Justin-Gobert

► To cite this version:

Ugo Justin-Gobert. Influence du déconfinement de mai 2020 sur l'activité gériatrique aux urgences de Pau : étude épidémiologique comparative. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03500919

HAL Id: dumas-03500919

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03500919>

Submitted on 22 Dec 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 DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

THÈSE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Discipline : Médecine générale

Année 2021

Thèse n°153

Présentée et soutenue le 30 novembre 2021

Par M. Ugo JUSTIN-GOBERT

Né le 5 décembre 1991 à Châlons-sur-Marne

Influence du déconfinement de mai 2020 sur l'activité gériatrique aux urgences
de Pau : Étude épidémiologique comparative

Sous la direction du Dr Maxence COUDRAY

Membres du jury

Pr Claire ROUBAUD BAUDRON	Présidente
Pr Michel GALINSKI	Rapporteur
Pr François PETREGNE	Juge
Dr Nicolas MAURIET	Juge
Dr Maxence COUDRAY	Directeur

Table des matières

Abréviations	4
Introduction.....	5
Contexte.....	5
Influence de la pandémie sur les services d'urgences	5
Influence de la pandémie sur la santé des personnes âgées	5
Justification de l'étude	6
Matériel et méthode	7
Type d'étude.....	7
Population de l'étude	7
Critères de jugement	7
Définitions.....	8
Mode de recueil des données	8
Mode d'analyse des données	8
Résultats	9
Discussion	12
Forces de l'étude	12
Limites de l'étude	12
Résumé et interprétation des résultats.....	13
Étude descriptive de l'activité entre janvier 2019 et juillet 2020.....	13
Caractéristiques des patients.....	13
Caractéristiques des séjours	14
Critique des similarités entres les deux groupes	15
Conclusion	17
Bibliographie	18
Annexe 1.....	23
Annexe 2.....	24
Annexe 3.....	25
Annexe 4.....	26
Serment d'Hippocrate	27

Abréviations

AEG : Altération d'état général

AVC : Accident vasculaire cérébral

CCMU : Classification clinique des malades des urgences

CIRS-G : Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric, échelle cumulative d'évaluation des maladies – Version gériatrique

COVID-19 : Coronavirus disease 2019, maladie à coronavirus 2019

CH : Centre hospitalier

IAO : Infirmière.e d'accueil et d'orientation

ICC : Index de comorbidité de Charlson

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SARS-CoV-2 : Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère

SOFA : Sepsis-related Organ Failure Assessment, évaluation des défaillances d'organes liées au sepsis

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

Introduction

Contexte

Le SARS-CoV-2, nouveau coronavirus responsable du COVID-19, s'est rapidement propagé en Asie puis en Europe au début de l'année 2020. (1) L'état de pandémie a été déclaré par l'OMS le 11 mars 2020. (2)

Le 17 mars 2020, afin de limiter la propagation du virus, le gouvernement français a instauré le premier confinement. (3) Le pic épidémique a été atteint deux semaines plus tard, puis le nombre de nouvelles contaminations a progressivement diminué. (4–6) Le déconfinement a débuté le 11 mai 2020 : les restrictions de déplacement ont été progressivement levées à partir de cette date. (7)

La Nouvelle-Aquitaine a été l'une des régions les moins touchées par la première vague de COVID-19, comme le montre l'annexe 1. (8,9)

Lors du premier confinement, le CH de Pau a comptabilisé 94 hospitalisations pour COVID-19 : 74 en secteur traditionnel et 20 en réanimation.

Influence de la pandémie sur les services d'urgences

L'affluence totale dans les services d'urgences a chuté lors du confinement, sur l'ensemble du territoire français et pour toutes les tranches d'âge (annexe 2). (10,11) Ce phénomène a été observé dans de nombreux autres pays, y compris dans les régions les plus épargnées par la pandémie. (12–16) Un autre phénomène largement observé lors du premier confinement a été la diminution de l'incidence de certaines pathologies graves comme les infarctus du myocarde ou les AVC. (17–22)

Pour de nombreux auteurs, la peur de la contagion est le principal facteur expliquant la diminution de la fréquentation des urgences et la diminution de l'incidence de certaines pathologies graves non liées au COVID. (17,23–25)

Influence de la pandémie sur la santé des personnes âgées

Les personnes âgées ont un risque élevé de présenter des formes graves ou mortelles de COVID-19 (annexe 1). (8,26) Du fait de ce risque, les mesures de confinement ont été appliquées de manière particulièrement stricte à cette population. (27)

Plusieurs auteurs se sont inquiétés du risque d'effets indirects négatifs des mesures de confinement sur la santé des personnes âgées. (28–30) Plusieurs mécanismes peuvent expliquer ces effets :

D'abord, la sédentarité induite par le confinement a pu exposer à la survenue rapide d'une sarcopénie. (31–34) Celle-ci est associée à un plus grand risque de chutes, de fractures et de dépendance. (35,36)

Ensuite, le confinement a pu avoir un effet négatif sur la santé mentale des personnes âgées, se manifestant par une recrudescence de symptômes d'anxiété et de dépression. (37–39) Par ailleurs, les symptômes psycho-comportementaux des patients atteints de maladies neurocognitives chroniques ont pu s'aggraver lors du confinement. (40–42)

Enfin, la santé des personnes âgées a pu être affectée par un allongement des délais de prise en charge de leurs maladies non liées au COVID-19. (28,43) Lors du confinement, de nombreuses consultations, hospitalisations et interventions chirurgicales ont été déprogrammées. (24,44,45) Ces délais ont pu être à l'origine de décompensations de maladies chroniques ou de retards diagnostics de pathologies graves. (46–48)

Justification de l'étude

Le confinement a exercé une influence négative sur la santé des personnes âgées. L'activité gériatrique des urgences a pourtant décliné lors de cette période. Nous avons émis l'hypothèse que l'état de santé des personnes de plus de 75 ans et les caractéristiques de leur séjour aux urgences pourraient avoir été modifiés à la levée des mesures de confinement en mai 2020. La recherche de telles modifications pourrait être utile pour adapter la prise en charge des personnes âgées aux urgences, en cas de nouvelle crise comparable à la première vague de COVID-19.

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'influence du déconfinement de mai 2020 sur l'activité gériatrique aux urgences de Pau.

Matériel et méthode

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique rétrospective descriptive visant à étudier l'activité gériatrique aux urgences de Pau sur la période 11 mai – 11 juin 2020, correspondant à la phase de déconfinement de la première vague de la pandémie de COVID-19 ; et comparative, car l'activité de cette période a été comparée à celle de l'année précédente aux mêmes dates. Ainsi deux groupes de patients étaient formés : le groupe 2019 constitué des patients de plus de 75 ans admis aux urgences entre le 11 mai et le 11 juin 2019 (le groupe témoin), et le groupe 2020 constitué des patients de plus de 75 ans admis aux urgences entre le 11 mai et le 11 juin 2020.

Afin d'obtenir une approche globale de l'analyse précédemment décrite, le nombre mensuel de consultations totales et le nombre de patients de plus de 75 ans admis aux urgences ont été analysés de manière descriptive de janvier 2019 à juillet 2020.

Population de l'étude

Tous les patients âgés de 75 ans et plus, ayant consulté aux urgences de Pau entre le 11 mai et le 11 juin 2019 et 2020 ont été inclus à l'étude.

Les dossiers médicaux ne comprenant pas le motif d'admission ou la conclusion médicale ont été considérés incomplets et n'ont pas été inclus à l'étude. Les patients en transit via les urgences en vue d'une hospitalisation programmée, les patients ayant fugué, les patients sortis contre avis médical et les patients réorientés vers un autre établissement avant leur admission n'ont pas été inclus à l'étude.

Lorsque la durée séparant la création du dossier médical et sa clôture était supérieure à 2 jours, il s'agissait d'un dossier non conclu repris en redressement. Lors de l'analyse ces dossiers ont été considérés non conclus et n'ont pas été inclus à l'étude.

Critères de jugement

Les informations recueillies étaient : l'âge, le sexe, le motif principal de recours aux soins, le nombre et l'importance des comorbidités estimés par l'ICC, la gravité de l'état clinique appréciée par la CCMU, la durée du séjour dans la structure d'urgence, ainsi que la décision

d'hospitalisation ou de poursuite des soins en ambulatoire. Le nombre d'hospitalisations en UHCD, en médecine, en chirurgie, en réanimation et le nombre d'hospitalisations « couloir » ont été recueillis. Le nombre de patients décédés au cours de leur prise en charge aux urgences a été recueilli, ainsi que le nombre de patients du groupe 2020 hospitalisés en service COVID.

Définitions

- **ICC** – Index de Comorbidité de Charlson (annexe 3) : Il s'agit d'une méthode de classification du niveau de comorbidité d'un patient à partir des informations disponibles dans son dossier médical. Un score pondéré de 1 à 6 est associé à chaque comorbidité parmi une liste prédéfinie de 19 pathologies. La somme de ces scores permet d'obtenir le score total allant de 0 à 33.
- **CCMU** – Classification Clinique des Malades des Urgences (annexe 4) : Il s'agit d'une codification de 1 à 5 évaluant l'état de gravité clinique d'un patient aux urgences ainsi que son pronostic médical. La gravité est croissante.
- La **durée de séjour** dans la structure d'urgences était définie par le temps séparant la création et la clôture du dossier médical des urgences.
- Une **hospitalisation « couloir »** est définie par une hospitalisation se poursuivant dans la structure d'urgence, malgré une décision d'hospitalisation prononcée par le médecin urgentiste.

Mode de recueil des données

Les données étaient issues du dossier médical des urgences via le logiciel Médiqua. Les caractéristiques des patients ont été anonymisées puis saisies informatiquement à l'aide du logiciel Excel (Version 2109 Build 16.0.14430.20292).

Mode d'analyse des données

Les variables quantitatives de distribution normale étaient représentées par leur moyenne et déviation standard et celles qui ne l'étaient pas, par leur médiane et percentile 25 et 75. Les premières étaient comparées par l'utilisation du test t de Student et les secondes par un test non paramétrique de Mann-Whitney. Les variables qualitatives étaient représentées par leur pourcentage et leur intervalle de confiance à 95% et étaient comparées par un test de Chi-2

ou de Fischer selon les effectifs attendus. Les calculs ont été effectués à l'aide du logiciel Excel (Version 2109 Build 16.0.14430.20292).

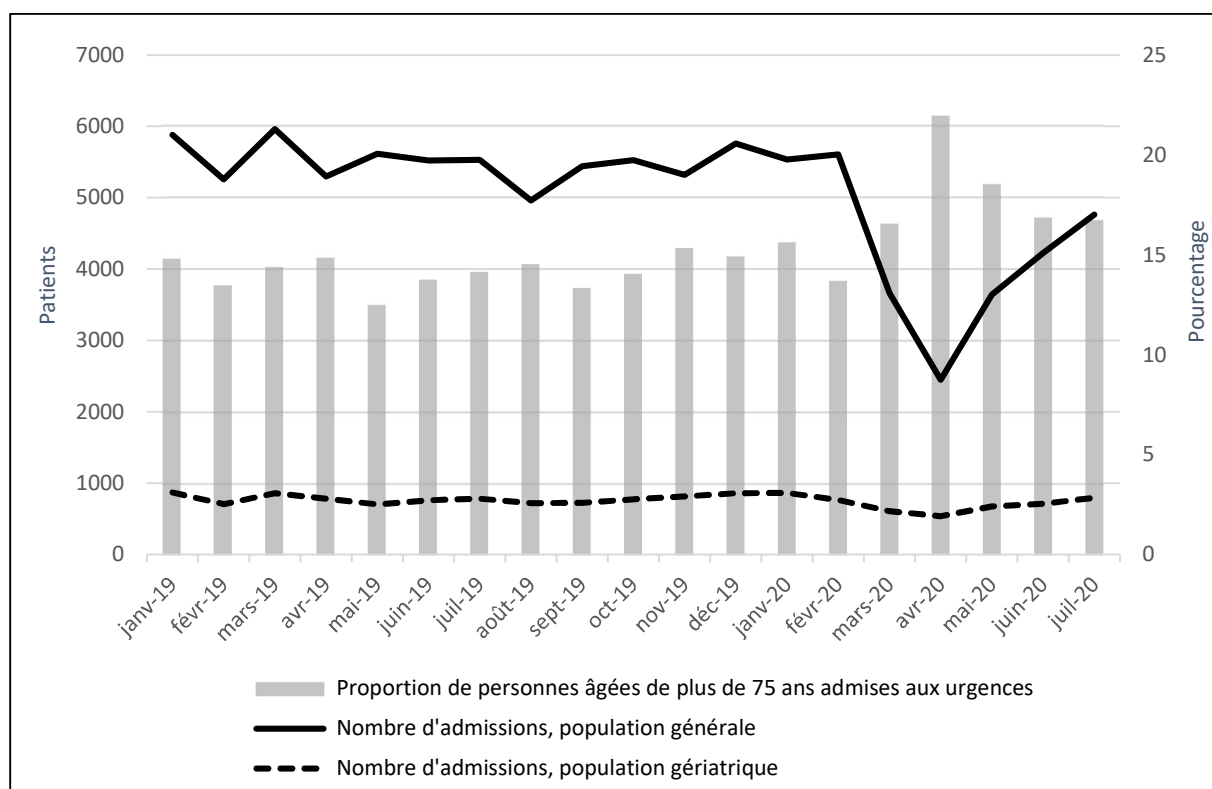
Résultats

En 2019, les urgences de Pau ont admis en moyenne 5506 patients par mois. Le nombre d'admissions gériatriques était en moyenne de 779 patients par mois, soit 14% des admissions totales.

Le nombre mensuel d'admissions a diminué à partir de mars 2020. Il a atteint sa valeur la plus basse en avril 2020 (2450 admissions).

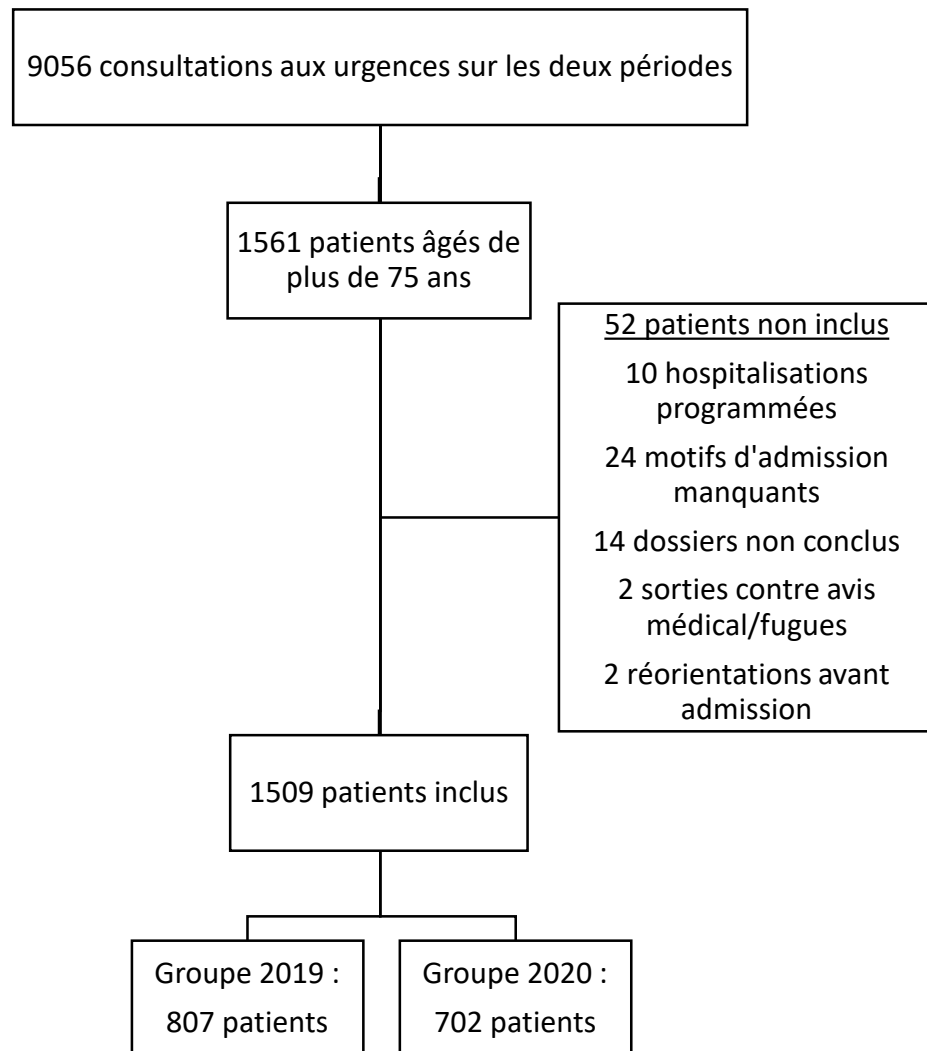
Lors du déconfinement, le nombre d'admissions a progressivement augmenté, sans atteindre sa valeur de 2019 à la même période. Entre le 11 mai et le 11 juin 2020, 3836 patients ont été admis aux urgences, dont 726 avaient plus de 75 ans. La population gériatrique représentait alors 18% des admissions totales.

Figure 1 : Nombre d'admissions aux urgences de Pau entre janvier 2019 et juillet 2020, pour la population générale et la population gériatrique



Sur les deux périodes, 1561 dossiers ont été analysés. Parmi ces dossiers, 1509 ont été inclus.
Sur 52 dossiers non inclus, 38 étaient incomplets.

Figure 2 : Diagramme de flux



Le groupe 2019 était composé de 807 patients et le groupe 2020 de 702 patients. L'âge médian de la population était de 86 ans.

Le recueil des antécédents manquait dans 8% des dossiers inclus.

La répartition des motifs d'admission, la CCMU, l'ICC, la durée de séjour et la proportion de patients hospitalisés n'étaient pas différents entre les deux groupes.

Tableau 1 : Caractéristiques des patients âgés de plus de 75 ans ayant consulté aux urgences de Pau, entre le 11 mai et le 11 juin, en 2019 et en 2020

	Groupe 2019	Groupe 2020	p-value
Nombre de patients	N = 807	N = 702	
Âge (années)	86 [81 ; 91]	87.5 [80 ; 90]	NS
Sexe			
<i>Féminin</i>	476 (59%)	402 (60%)	NS
<i>Masculin</i>	331 (41%)	300 (40%)	
Motif d'admission			
<i>Chute</i>	136 (17%)	145 (21%)	NS
<i>Dyspnée</i>	93 (12%)	86 (12%)	
<i>Trouble digestif</i>	83 (10%)	67 (9%)	
<i>Déficit neurologique</i>	64 (8%)	59 (8%)	
<i>Malaise</i>	51 (6%)	33 (5%)	
<i>AEG</i>	49 (6%)	64 (9%)	
<i>Douleur thoracique</i>	40 (5%)	32 (5%)	
<i>Fièvre</i>	25 (3%)	23 (3%)	
<i>Confusion</i>	24 (3%)	26 (4%)	
<i>Plaie</i>	20 (3%)	9 (1%)	
<i>Anomalie de bilan biologique</i>	17 (2%)	15 (2%)	
<i>Trouble urologique</i>	16 (2%)	11 (2%)	
<i>Autre</i>	189 (23%)	132 (19%)	
CCMU	2 [2 ; 3]	2 [2 ; 3]	NS
<i>CCMU 1-3</i>	759 (94%)	664 (95%)	NS
<i>CCMU 4,5</i>	47 (6%)	37 (5%)	
Index de Charlson	2 [1 ; 4]	2 [1 ; 4]	NS
<i>ICC 0</i>	148 (20%)	108 (17%)	NS
<i>ICC 1,2</i>	285 (40%)	277 (42%)	
<i>ICC 3,4</i>	167 (23%)	165 (25%)	
<i>ICC ≥ 5</i>	125 (17%)	103 (16 %)	
Durée de séjour (minutes)	297 [203 ; 408]	286 [180 ; 390]	NS
Mode de sortie			
<i>Retour à domicile</i>	305 (38%)	275 (40%)	NS
<i>Hospitalisation</i>	499 (62%)	422 (60%)	
<i>Décès aux urgences</i>	3	5	

Médiane [1^{er} quartile ; 3^{ème} quartile], valeur absolue (pourcentage), NS : Non significatif

Tableau 2 : Orientation des patients de plus de 75 ans hospitalisés après leur passage aux urgences de Pau entre le 11 mai et le 11 juin, en 2019 et en 2020

	Groupe 2019	Groupe 2020
Hospitalisations	N = 499	N = 422
<i>Médecine</i>	215 (43%)	155 (37%)
<i>UHCD</i>	127 (26%)	134 (32%)
<i>Chirurgie</i>	62 (12%)	57 (14%)
<i>Couloir</i>	47 (9%)	6 (1%)
<i>Transfert dans un autre établissement</i>	43 (9%)	27 (6%)
<i>Réanimation</i>	5 (1%)	13 (3%)
<i>Secteur COVID</i>	-	30 (7%)

Valeur absolue (pourcentage)

Discussion

Forces de l'étude

Il s'agissait d'une étude originale du fait de la période et de la population étudiée. Contrairement au confinement, le déconfinement est peu étudié dans la littérature. De la même manière, les études se concentrant sur la population gériatrique pendant la pandémie de COVID-19 sont plus rares que les études portant sur la population générale.

L'inclusion d'un grand nombre de patients a augmenté la puissance de l'étude.

La faible proportion de dossiers non inclus a renforcé la représentativité de l'échantillon.

Limites de l'étude

Notre étude a souffert d'un biais d'information inhérent à toute étude rétrospective. Cependant, nous n'avions pas de raison de retrouver ce biais dans un groupe étudié plus que dans l'autre. Nous n'attendions pas qu'il affecte la comparaison des deux groupes.

L'échantillon était représentatif de la population âgée qui consulte aux urgences et non de la population âgée en général.

La CCMU a été calculée de manière rétrospective à partir des observations des urgences, car elle n'apparaissait pas dans les dossiers analysés. Notre évaluation n'a donc pas reflété la véritable classification des patients lors de leur accueil. Ces éléments constituaient un biais d'évaluation. C'est pour cette raison que nous avons créé les sous-groupes « CCMU 1-3 » et

« CCMU 4,5 ». L'inclusion dans le sous-groupe « CCMU 4,5 » reposant sur des éléments objectifs facilement identifiables (sepsis sévère, choc, détresse respiratoire, mise en œuvre de mesures de réanimation), nous espérons ainsi limiter ce biais.

Résumé et interprétation des résultats

Étude descriptive de l'activité entre janvier 2019 et juillet 2020

Le nombre mensuel d'admissions de patients âgés aux urgences de Pau a diminué à partir de mars 2020. Cette diminution était toutefois moins marquée que pour la population générale. La proportion de patients âgés ayant consulté aux urgences a donc augmenté lors de cette période. Nous n'avons pas observé de pic d'admissions de patients âgés lors des trois mois suivant le déconfinement. Ces données sont conformes à celles issues de la littérature. (annexe 2) (49)

Les patients âgés consultant aux urgences sont généralement des malades plus fragiles, nécessitant plus souvent une hospitalisation que la population adulte jeune. (50) Il pourrait donc être plus difficile pour la population gériatrique de renoncer à consulter aux urgences. Par ailleurs, le nombre de COVID grave est plus élevé chez les malades âgés. Ces éléments pourraient expliquer l'augmentation de la proportion de patients âgés que nous avons observée lors de la première vague de la pandémie.

Caractéristiques des patients

La distribution des motifs d'admission n'était pas différente entre les deux groupes. Elle était proche de celle décrite par l'enquête nationale sur les structures d'urgences hospitalières de juin 2013. (50)

Du fait de l'influence du confinement sur la santé des personnes âgées, décrite en introduction, nous attendions une augmentation de la représentation de syndromes gériatriques comme les chutes ou la confusion dans le groupe 2020. D'autre part, le contexte pandémique aurait pu être à l'origine d'une augmentation de la proportion d'admissions pour dyspnée dans le groupe 2020.

L'étude Howley et al. (49) publiée en juillet 2021 a utilisé une méthode proche de la nôtre mais sa période de recueil s'étendait de mars à août 2020. D'après les auteurs de cette étude,

l'augmentation du nombre d'admissions pour chute et pour confusion n'est pas survenue directement après la levée du confinement mais plus tard, entre juin et août 2020.

Par ailleurs, nous nous attendions à retrouver des patients avec plus de comorbidités et dans un état clinique plus grave dans le groupe 2020. Nos résultats ont infirmé cette hypothèse. L'étude Howley et al. a quant à elle mis en évidence une diminution faible mais significative de la gravité de l'état des patients âgés admis aux urgences lors de la pandémie.

Caractéristiques des séjours

La proportion de patients âgés hospitalisés après leur passage aux urgences était comparable aux données issues de la littérature. (50) La proportion de patients pris en charge en UHCD et la durée de séjour aux urgences semblaient supérieures dans notre étude que dans l'enquête nationale sur les structures d'urgences de 2013. (50,51) Ces différences peuvent être liées en partie au caractère monocentrique de notre étude. L'organisation et les besoins spécifiques du CH de Pau peuvent expliquer les différences entre notre étude et les données nationales.

Nous n'avons pas observé de modification des durées de séjour des patients âgés lors du déconfinement. L'interprétation de ce résultat est rendue compliquée par le grand nombre de facteurs pouvant influencer sur cette variable. D'une part, on pourrait supposer que les durées de séjour aux urgences ont été réduites lors de la pandémie, du fait de la réduction du nombre de passages ou de l'augmentation des ressources humaines. (10) D'autre part, l'intensification des mesures de protection et d'hygiène, notamment en filière COVID, pourrait avoir ralenti les prises en charge. Enfin, les séjours des patients âgés nécessitent plus d'exams complémentaires et d'hospitalisations que ceux des patients plus jeunes. (51) Ces éléments peuvent expliquer la difficulté de réduire la durée de leurs séjours aux urgences.

Du fait des hospitalisations en secteur COVID dans le groupe 2020, qui n'existaient pas en 2019, l'orientation des patients hospitalisés n'était pas comparable entre les deux groupes. C'est pourquoi nous en sommes restés à une étude descriptive de l'orientation de ces patients.

La proportion d'hospitalisations « couloir » semblait plus fréquente dans le groupe 2019 que dans le groupe 2020. Ce résultat est probablement lié à la réorganisation du service lors de la

pandémie. Afin de limiter le risque d'infection nosocomiale par le SARS-CoV-2, le nombre de malades stationnant dans des zones à fort passage a été réduit. (52)

Le reste de la distribution des orientations des patients hospitalisés ne semble pas différer fortement entre les deux groupes.

Analyse critique des similarités entre les deux groupes

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer l'absence de différence significative que nous avons observée entre les deux groupes :

1. Notre hypothèse de départ était correcte, mais la méthode choisie ne nous a pas permis de la confirmer.

La modification de l'état de santé des patients âgés admis aux urgences au décours du confinement pourrait avoir eu lieu. Toutefois, le caractère rétrospectif de l'étude nous a contraint à utiliser des scores imparfaits pour évaluer le degré de comorbidité et la gravité de l'état clinique des patients inclus. Une étude prospective nous aurait permis d'utiliser des scores plus précis comme le CIRS-G pour évaluer le degré de comorbidité (53), ou le score SOFA pour évaluer la gravité. (54) L'utilisation de ces scores aurait peut-être permis de mettre en évidence des différences passées inaperçues dans notre étude.

Par ailleurs, prolonger la période de recueil au-delà du 11 juin 2020 aurait peut-être pu nous permettre d'observer des différences entre les deux groupes. L'étude Howley et al. a mis en évidence une augmentation de la proportion de patients âgés admis pour chute en juillet et en août 2020. La même tendance a été observée pour les patients admis pour confusion. Il est donc possible que nous ayons choisi une période de recueil trop restreinte pour mettre en évidence les résultats que nous attendions.

2. Notre hypothèse de départ était fautive.

Le confinement de mars 2020 a pu être trop court pour dégrader la santé des personnes âgées de manière patente. Les effets négatifs des mesures de confinement sur la santé restent vraisemblables, mais il est possible que seule la prolongation de ces mesures puisse causer une modification significative de l'état de santé des patients consultant aux urgences.

Cette hypothèse est soutenue par le fait que les services d'urgences et les services hospitaliers de médecine ont retrouvé progressivement leur activité habituelle dans les mois suivant la levée du premier confinement, sans toutefois dépasser leur activité habituelle. (18,49,55)

3. Il existe des facteurs confondants que nous n'avons pas pris en compte.

Une partie de la population âgée a fait face à la pandémie de manière plus résiliente que nous l'avions imaginé lors de l'élaboration de notre étude. Par exemple, une partie non négligeable des personnes âgées déclare avoir augmenté son activité physique lors du confinement. (32) Par ailleurs, toutes les études ne s'accordent pas sur les effets psycho-sociaux du confinement. Selon l'enquête PACOVID (56), menée en France sur plusieurs cohortes de personnes de plus de 65 ans, la majorité des participants a déclaré n'avoir présenté aucun symptôme de dépression lors du confinement. La majorité des participants a estimé être soutenue sur le plan social et n'a pas modifié ses activités habituelles.

Enfin, la portion de patients âgés dont l'état de santé s'est dégradé lors du confinement a pu être pris en charge ailleurs qu'aux urgences. Lors du déconfinement, les médecins généralistes français ont déclaré que la proportion de consultations de médecine générale pour « complications de maladies chroniques jusqu'ici stables » avait augmenté. (57) Ainsi, la prise en charge ambulatoire de la population gériatrique a pu permettre d'éviter la venue aux urgences de patients âgés dont l'état de santé s'était dégradé lors du confinement. Une étude de l'activité gériatrique en médecine générale lors de la pandémie apporterait un complément utile à l'interprétation de notre étude.

Conclusion

Nous avons cherché à identifier si l'état de santé de la population gériatrique qui a consulté aux urgences de Pau, ainsi que les caractéristiques de leurs séjours, ont été influencés par le déconfinement de mai 2020.

Après avoir diminué lors du confinement, le nombre d'admissions de patients âgés aux urgences a re-augmenté lors du déconfinement, sans qu'un pic de consultations gériatriques n'apparaisse.

Nous n'avons pas identifié de différence entre les caractéristiques des patients âgés admis aux urgences lors du déconfinement, et celles des patients admis lors de la même période en 2019.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce résultat : des défauts méthodologiques de notre étude, un confinement trop court pour réellement affecter la santé des patients âgés, la prise en charge ambulatoire de ces patients, ou encore la résilience de la population âgée qui lui a permis de faire face à la crise.

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. WHO Timeline - COVID-19 [Internet]. 2020 [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
2. Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomed.* 19 mars 2020;91(1):157-60.
3. Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19.
4. Santé Publique France. COVID-19 : Point épidémiologique hebdomadaire du 02 avril 2020 [Internet]. 2020 [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-2-avril-2020>
5. Santé Publique France. COVID-19 : Point épidémiologique hebdomadaire du 09 avril 2020 [Internet]. 2020 [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-9-avril-2020>
6. Santé Publique France. COVID-19 : Point épidémiologique hebdomadaire du 14 mai 2020 [Internet]. 2020 [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-7-mai-2020>
7. Décret n° 2020-545 du 11 mai 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.
8. Salje H, Tran Kiem C, Lefrancq N, Courtejoie N, Bosetti P, Paireau J, et al. Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France. *Science.* 10 juill 2020;369(6500):208-11.
9. Carrat F, de Lamballerie X, Rahib D, Blanché H, Lapidus N, Artaud F, et al. Antibody status and cumulative incidence of SARS-CoV-2 infection among adults in three regions of France following the first lockdown and associated risk factors: a multicohort study. *Int J Epidemiol.* 19 juill 2021;dyab110.
10. Devaux A. Les différents impacts de la COVID-19 sur l'activité des services d'urgences (Etude rétrospective dans le département de médecine d'urgences de Marseille) [Thèse d'exercice]. Marseille, France: Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix-Marseille; 2020.

11. Casalino E, Choquet C, Bouzid D, Peyrony O, Curac S, Revue E, et al. Analysis of Emergency Department Visits and Hospital Activity during Influenza Season, COVID-19 Epidemic, and Lockdown Periods in View of Managing a Future Disaster Risk: A Multicenter Observational Study. *Int J Environ Res Public Health*. 10 nov 2020;17(22).
12. Franchini S, Spessot M, Landoni G, Piani C, Cappelletti C, Mariani F, et al. Stranger Months: How SARS-CoV-2, Fear of Contagion, and Lockdown Measures Impacted Attendance and Clinical Activity During February and March 2020 at an Urban Emergency Department in Milan. *Disaster Med Public Health Prep*. 27 juill 2020;1-10.
13. Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, Coletta MA, Boehmer TK, Adjemian J, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits - United States, January 1, 2019-May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 12 juin 2020;69(23):699-704.
14. Jeffery MM, D'Onofrio G, Paek H, Platts-Mills TF, Soares WE, Hoppe JA, et al. Trends in Emergency Department Visits and Hospital Admissions in Health Care Systems in 5 States in the First Months of the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA Intern Med*. 1 oct 2020;180(10):1328-33.
15. Boserup B, McKenney M, Elkbuli A. The impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits and patient safety in the United States. *Am J Emerg Med*. sept 2020;38(9):1732-6.
16. Kastritis E, Tsitsimpis K, Anninos E, Stamatelopoulos K, Kanakakis I, Lampropoulos C, et al. Significant reduction in the visits to the emergency room department during the COVID-19 pandemic in a tertiary hospital in Greece: Indirect victims of the pandemic? *Medicine (Baltimore)*. 24 déc 2020;99(52):e23845.
17. Mesnier J, Cottin Y, Coste P, Ferrari E, Schiele F, Lemesle G, et al. Hospital admissions for acute myocardial infarction before and after lockdown according to regional prevalence of COVID-19 and patient profile in France: a registry study. *Lancet Public Health*. oct 2020;5(10):e536-42.
18. Olié V, Carcaillon-Bentata L, Thiam M-M, Haeghebaert S, Caserio-Schönemann C. Emergency department admissions for myocardial infarction and stroke in France during the first wave of the COVID-19 pandemic: National temporal trends and regional disparities. *Arch Cardiovasc Dis*. mai 2021;114(5):371-80.
19. De Rosa S, Spaccarotella C, Basso C, Calabrò MP, Curcio A, Filardi PP, et al. Reduction of hospitalizations for myocardial infarction in Italy in the COVID-19 era. *Eur Heart J*. 7 juin 2020;41(22):2083-8.
20. Metzler B, Siostrzonek P, Binder RK, Bauer A, Reinstadler SJ. Decline of acute coronary syndrome admissions in Austria since the outbreak of COVID-19: the pandemic response causes cardiac collateral damage. *Eur Heart J*. 14 mai 2020;41(19):1852-3.
21. Solomon MD, McNulty EJ, Rana JS, Leong TK, Lee C, Sung S-H, et al. The Covid-19 Pandemic and the Incidence of Acute Myocardial Infarction. *N Engl J Med*. 13 août 2020;383(7):691-3.

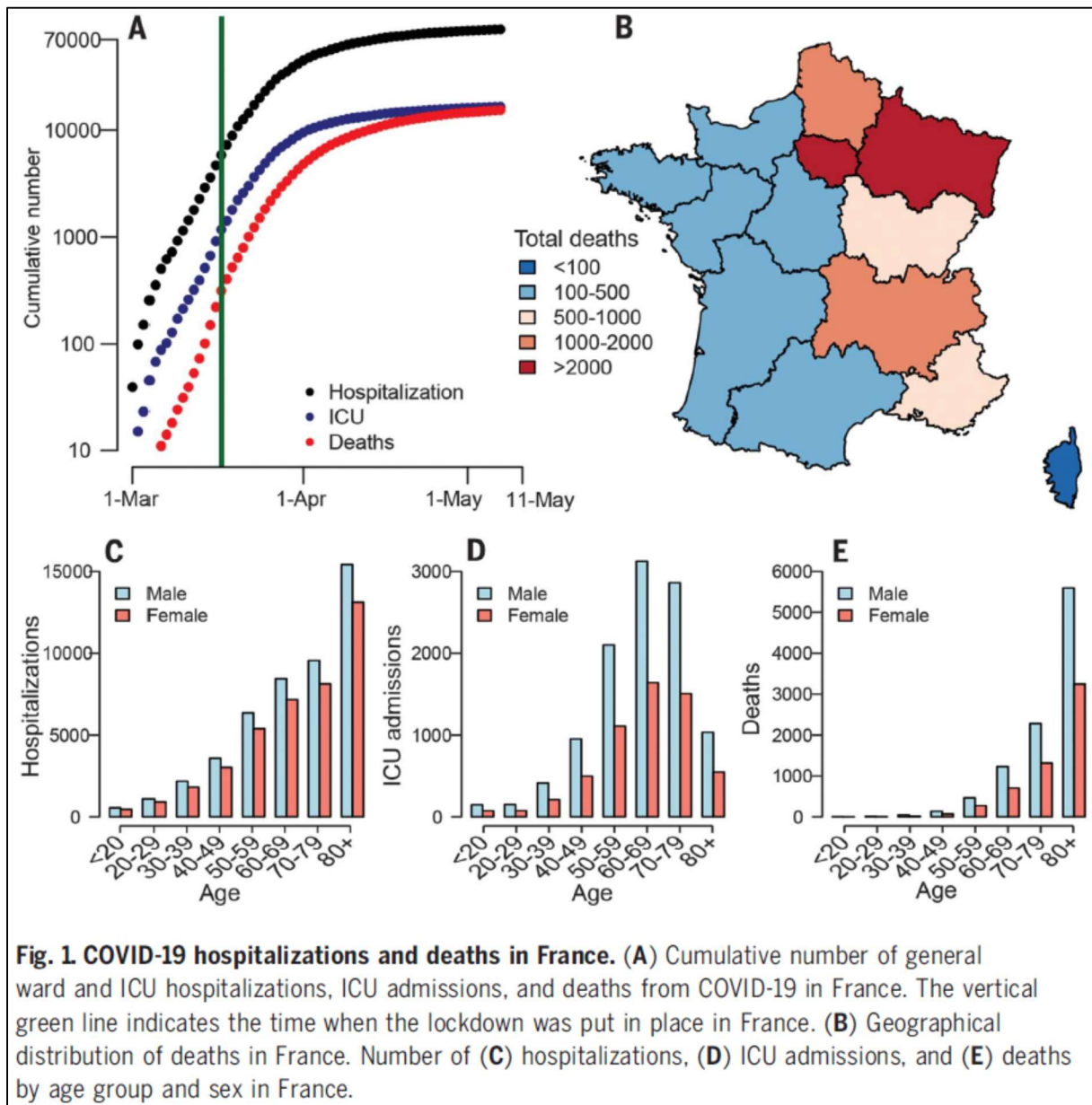
22. Nogueira RG, Abdalkader M, Qureshi MM, Frankel MR, Mansour OY, Yamagami H, et al. Global impact of COVID-19 on stroke care. *Int J Stroke*. 29 mars 2021;1747493021991652.
23. Giamello JD, Abram S, Bernardi S, Lauria G. The emergency department in the COVID-19 era. Who are we missing? *Eur J Emerg Med*. août 2020;27(4):305-6.
24. Smolić Š, Čipin I, Međimurec P. Access to healthcare for people aged 50+ in Europe during the COVID-19 outbreak. *Eur J Ageing*. 11 juin 2021;1-17.
25. Kim HS, Cruz DS, Conrardy MJ, Gandhi KR, Seltzer JA, Loftus TM, et al. Emergency Department Visits for Serious Diagnoses During the COVID-19 Pandemic. *Acad Emerg Med*. sept 2020;27(9):910-3.
26. Semenzato L, Botton J, Drouin J, Cuenot F, Dray-Spira R, Weill A, et al. Chronic diseases, health conditions and risk of COVID-19-related hospitalization and in-hospital mortality during the first wave of the epidemic in France: a cohort study of 66 million people. *Lancet Reg Health Eur*. sept 2021;8:100158.
27. Delfraissy JF, Atlani-Duault L, Benamouzig D, Bouadma L, Cauchemez S, Druais PL, et al. Avis du Conseil scientifique COVID-19 [Internet]. 2020 [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_16_mars_2020.pdf
28. Palmer K, Monaco A, Kivipelto M, Onder G, Maggi S, Michel J-P, et al. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clin Exp Res*. juill 2020;32(7):1189-94.
29. Maamar M, Khibri H, Harmouche H, Ammouri W, Tazi-Mezalek Z, Adnaoui M. Impact du confinement sur la santé des personnes âgées durant la pandémie COVID-19. *Npg*. déc 2020;20(120):322-5.
30. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira DV, et al. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *J Nutr Health Aging*. 2020;24(9):938-47.
31. Cheval B, Sivaramakrishnan H, Maltagliati S, Fessler L, Forestier C, Sarrazin P, et al. Relationships between changes in self-reported physical activity, sedentary behaviour and health during the coronavirus (COVID-19) pandemic in France and Switzerland. *J Sports Sci*. mars 2021;39(6):699-704.
32. Chambonniere C, Lambert C, Tardieu M, Fillon A, Genin P, Larras B, et al. Physical Activity and Sedentary Behavior of Elderly Populations during Confinement: Results from the FRENCH COVID-19 ONAPS Survey. *Exp Aging Res*. déc 2021;47(5):401-13.
33. Gianoudis J, Bailey CA, Daly RM. Associations between sedentary behaviour and body composition, muscle function and sarcopenia in community-dwelling older adults. *Osteoporos Int*. févr 2015;26(2):571-9.

34. Breen L, Stokes KA, Churchward-Venne TA, Moore DR, Baker SK, Smith K, et al. Two weeks of reduced activity decreases leg lean mass and induces « anabolic resistance » of myofibrillar protein synthesis in healthy elderly. *J Clin Endocrinol Metab.* juin 2013;98(6):2604-12.
35. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing.* 1 janv 2019;48(1):16-31.
36. Kirwan R, McCullough D, Butler T, Perez de Heredia F, Davies IG, Stewart C. Sarcopenia during COVID-19 lockdown restrictions: long-term health effects of short-term muscle loss. *Geroscience.* déc 2020;42(6):1547-78.
37. Maggi G, Baldassarre I, Barbaro A, Cavallo ND, Cropano M, Nappo R, et al. Mental health status of Italian elderly subjects during and after quarantine for the COVID-19 pandemic: a cross-sectional and longitudinal study. *Psychogeriatrics.* juill 2021;21(4):540-51.
38. Grolli RE, Mingoti MED, Bertollo AG, Luzardo AR, Quevedo J, Réus GZ, et al. Impact of COVID-19 in the Mental Health in Elderly: Psychological and Biological Updates. *Mol Neurobiol.* mai 2021;58(5):1905-16.
39. Meng H, Xu Y, Dai J, Zhang Y, Liu B, Yang H. Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions. *Psychiatry Res.* 11 avr 2020;289:112983.
40. Dellazizzo L, Léveillé N, Landry C, Dumais A. Systematic Review on the Mental Health and Treatment Impacts of COVID-19 on Neurocognitive Disorders. *J Pers Med.* 29 juill 2021;11(8):746.
41. Lara B, Carnes A, Dakterzada F, Benitez I, Piñol-Ripoll G. Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Spanish patients with Alzheimer's disease during the COVID-19 lockdown. *Eur J Neurol.* sept 2020;27(9):1744-7.
42. Barguilla A, Fernández-Lebrero A, Estragués-Gázquez I, García-Escobar G, Navalpotro-Gómez I, Manero RM, et al. Effects of COVID-19 Pandemic Confinement in Patients With Cognitive Impairment. *Front Neurol.* 2020;11:589901.
43. Pécout C, Pain E, Chekroun M, Champeix C, Kulak C, Prieto R, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Patients Affected by Non-Communicable Diseases in Europe and in the USA. *Int J Environ Res Public Health.* 22 juin 2021;18(13):6697.
44. COVIDSurg Collaborative. Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *Br J Surg.* oct 2020;107(11):1440-9.
45. Monziols M, Chaput H, Verger P, Scronias D, Ventelou B, Barlet M, et al. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? Études et Résultats, DREES. mai 2020;(1150):1-5.

46. de Rus Jacquet A, Bogard S, Normandeau CP, Degroot C, Postuma RB, Dupré N, et al. Clinical perception and management of Parkinson's disease during the COVID-19 pandemic: A Canadian experience. *Parkinsonism Relat Disord*. 1 sept 2021;91:66-76.
47. Blay JY, Boucher S, Le Vu B, Cropet C, Chabaud S, Perol D, et al. Delayed care for patients with newly diagnosed cancer due to COVID-19 and estimated impact on cancer mortality in France. *ESMO Open*. juin 2021;6(3):100134.
48. Patt D, Gordan L, Diaz M, Okon T, Grady L, Harmison M, et al. Impact of COVID-19 on Cancer Care: How the Pandemic Is Delaying Cancer Diagnosis and Treatment for American Seniors. *JCO Clin Cancer Inform*. nov 2020;4:1059-71.
49. Howley F, Lavan A, Connolly E, McMahon G, Mehmood M, Briggs R. Trends in emergency department use by older people during the COVID-19 pandemic. *Eur Geriatr Med*. 17 juill 2021;1-9.
50. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. *Études et Résultats, DREES*. mars 2017;(1007):1-6.
51. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. *Études et Résultats, DREES*. (1008):1-6.
52. Drogrey M, Pernet J, Hausfater P. Retour d'expérience sur la réorganisation d'un service d'urgence de centre hospitalo-universitaire en réponse à l'épidémie de Covid-19. *Ann Fr Med Urgence*. sept 2020;10(4-5):233-42.
53. Salvi F, Miller MD, Grilli A, Giorgi R, Towers AL, Morichi V, et al. A manual of guidelines to score the modified cumulative illness rating scale and its validation in acute hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. oct 2008;56(10):1926-31.
54. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM, Rea TD, Scherag A, et al. Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 23 févr 2016;315(8):762-74.
55. Rognoni A, D'Ascenzo F, Solli M, Mennuni MG, Galiffa V, Rosso R, et al. Return towards normality in admissions for myocardial infarction after the lockdown removal for COVID-19 outbreak in Italy. *Int J Cardiol*. 1 juin 2021;332:235-7.
56. Hernández-Ruiz V, Meillon C, Avila-Funes J-A, Bergua V, Dartigues J-F, Koleck M, et al. Older Adults and the COVID-19 Pandemic, What About the Oldest Old? The PACOVID Population-Based Survey. *Front Psychiatry*. 2021;12:711583.
57. Monziols M, Chaput H, Verger P, Scronias D, Ventelou B, Barlet M, et al. Après le confinement, les médecins généralistes ne reviennent que progressivement à une activité normale. *Études et Résultats, DREES*. sept 2020;(1160):1-4.

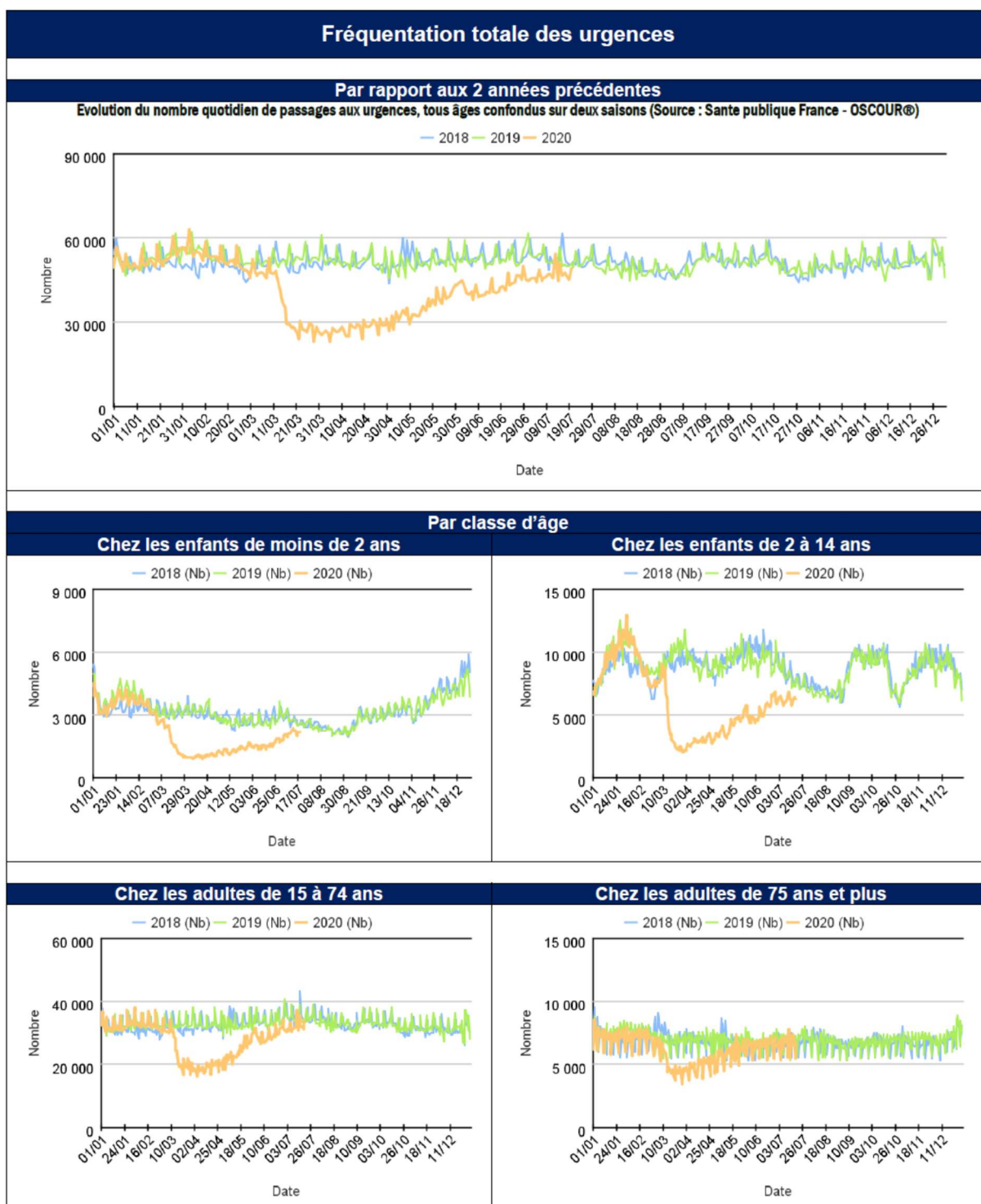
Annexe 1

Source : Salje H, Tran Kiem C, Lefrancq N, Courtejoie N, Bosetti P, Paireau J, et al. Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France. Science. 10 juill 2020;369(6500):208-11.



Annexe 2

Source : Santé publique France. Point hebdomadaire numéro 798 du 21/07/2020. Le point épidémiologique hebdomadaire du réseau OSCOUR. 21 juill 2020;(798):1-20.



Annexe 3

Source : Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83.

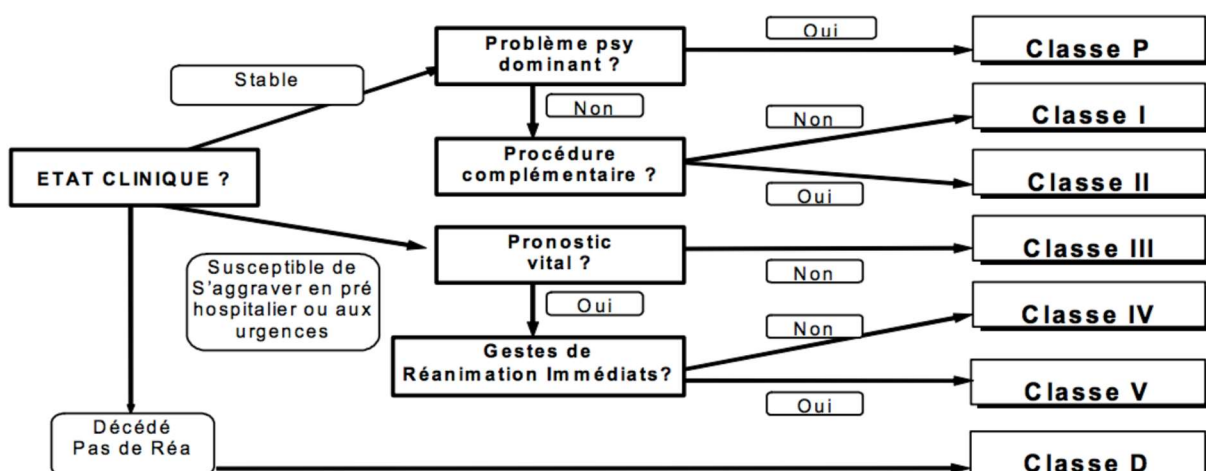
INDEX DE COMORBIDITE CHARLSON

Items	Pondération	Score
Infarctus du myocarde	1 point	
Insuffisance cardiaque congestive	1 point	
Maladies vasculaires périphériques	1 point	
Maladies cérébro-vasculaires (sauf hémiplégie)	1 point	
Démence	1 point	
Maladies pulmonaires chroniques	1 point	
Maladies du tissu conjonctif	1 point	
Ulcères oeso-gastro-duodénaux	1 point	
Diabète sans complication	1 point	
Maladies hépatiques légères	1 point	
Hémiplégie	2 points	
Maladies rénales modérées ou sévères	2 points	
Diabète avec atteinte d'organe cible	2 points	
Cancer	2 points	
Leucémie	2 points	
Lymphome	2 points	
Myélome Multiple	2 points	
Maladie hépatique modérée ou sévère	3 points	
Tumeur métastasée	6 points	
SIDA	6 points	

Annexe 4

Source : Fourestié V, Roussignol E, Elkharrat D, Rauss A, Simon N. Classification clinique des malades des urgences: Définition et reproductibilité. Réanimation Urgences. 1 janv 1994;3(5):573-8.

- **CCMU P** : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.
- **CCMU 1** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- **CCMU 2** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- **CCMU 3** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- **CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
- **CCMU 5** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
- **CCMU D** : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.



Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

RÉSUMÉ

Introduction : Le confinement de mars 2020 a pu altérer la santé des personnes âgées. Pourtant, l'activité gériatrique aux urgences a diminué lors de cette période. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'influence du déconfinement de mai 2020 sur l'activité gériatrique des urgences de Pau.

Méthode : Les données suivantes ont été recueillies de manière rétrospective : l'âge, le sexe, le motif d'admission, la CCMU, l'ICC et le mode de sortie de tous les patients de plus de 75 ans qui ont été admis aux urgences de Pau entre le 11 mai et le 11 juin 2019, puis lors de la même période en 2020. Les données issues de ces deux groupes ont ensuite été comparées.

Résultats : Sur 1561 dossiers analysés, 1509 ont été inclus : 807 dans le groupe 2019 et 702 dans le groupe 2020. La comparaison des deux groupes n'a mis en évidence aucune différence significative.

Discussion : Plusieurs hypothèses peuvent expliquer l'absence de différence entre les deux groupes. Une modification de l'activité gériatrique aux urgences a pu survenir après le 11 juin 2020. Le confinement a pu être trop court pour avoir causé une modification de l'état de santé des personnes âgées. La prise en charge ambulatoire de ces patients a pu leur éviter de consulter aux urgences. La résilience de la population âgée a pu lui permettre de faire face à la pandémie.

TITLE: Influence of May 2020 lockdown withdrawal on geriatric activity in Pau emergency department: a comparative epidemiologic study.

ABSTRACT

Introduction: March 2020 lockdown may have altered elderly's health. However, geriatric activity in emergency departments has lowered during this period. The purpose of this study was to assess the influence of May 2020 lockdown withdrawal on geriatric activity in Pau emergency department.

Method: Following data were retrospectively collected: age, sex, presentation complaint, emergency patients clinical classification, CCI and admission/discharge decision of every ≥ 75 years-old patient who was admitted in Pau emergency department between May 11th and June 11th, 2019, then during the same period in 2020. Data from both groups were then compared.

Results: On 1561 analyzed files, 1509 were included: 807 in 2019 group and 702 in 2020 group. There was no difference between groups.

Discussion: Several factors may explain the absence of difference between groups. Geriatric activity may have been modified after June 11th, 2020. Lockdown may have been too short to alter elderly's health. Outpatient care of these patients may have avoided emergency presentations. Elderly's resilience may have enabled them to cope with the pandemic.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS-CLÉS : COVID-19, déconfinement, personnes âgées, urgences

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX, U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES