



HAL
open science

Altération de l'état général : quelles pathologies se cachent derrière ce motif d'hospitalisation pour la personne gériatrique ?

Adrian Lacaze

► To cite this version:

Adrian Lacaze. Altération de l'état général : quelles pathologies se cachent derrière ce motif d'hospitalisation pour la personne gériatrique ?. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03511135

HAL Id: dumas-03511135

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03511135v1>

Submitted on 4 Jan 2022

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

Année 2021

Thèse n°134

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement

Le 13/12/21

Par **Adrian Lacaze**

Né le 2 octobre 1990 à Pessac (33)

**Altération de l'état général : quelles pathologies se cachent
derrière ce motif d'hospitalisation pour la personne
gériatrique ?**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Calmus Adrien

Rapporteur de thèse

Madame le Professeur Bourdel-Marchasson Isabelle

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Joseph Jean-Philippe

Président

Madame le Professeur Roubaud Baudron Claire

Juge

Monsieur le Docteur Moneger Nicolas

Juge

Monsieur le Docteur Calmus Adrien

Directeur de thèse

Rapporteur : Madame le Professeur Bourdel-Marchasson Isabelle

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Joseph Jean-Philippe

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse. Merci également de votre engagement au sein du département de médecine générale pour l'amélioration de notre formation théorique et pratique. Soyez assuré de mon respect et de mon estime.

Au rapporteur de thèse,

Madame le Professeur Bourdel- Marchasson Isabelle

Merci d'avoir accepté de rapporter ce travail de thèse et d'y avoir apporté de précieuses corrections aussi rapidement. Veuillez trouver ici tout mon respect et ma reconnaissance.

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Roubaud Baudron Claire, merci de me faire l'honneur de votre présence dans ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes considérations respectueuses.

Monsieur le Docteur Moneger Nicolas, merci de l'honneur que tu me fais en participant à ce jury de thèse, de ton enseignement de la gériatrie et de l'envie de la pratiquer. J'ai été ton apprenti, maintenant ton remplaçant et collègue depuis quelques années. Sois assuré de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Docteur Calmus Adrien, merci de l'immense honneur que tu fais en dirigeant ce travail de thèse avec moi. Nous nous sommes connus quand j'étais interne, maintenant nous sommes collègues et amis. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu m'as apporté en tant que médecin et en tant que personne. Encore merci pour tout.

À **mes parents**, pour leur soutien tout au long de mes études dans les bons comme les mauvais moments, leur amour et les bons petits plats de maman qui m'ont permis d'aller jusqu'au bout.

À **mon frère Killian et à ma sœur Océane**, pour leur soutien et leur amour.

À **ma nièce Angela**, pour son sourire, sa bonne humeur, les danses acrobatiques sur Bella Ciao du samedi et à **sa sœur Alizée** pour les danses à venir.

À **Amandine**, merci pour ton soutien, ta présence au quotidien et de croire en moi plus que je n'y crois. Tu es ma merveilleuse « princesse patate ». J'ai hâte de poursuivre ma route avec toi. Je t'aime.

À **mes amis Basketteurs, Quentin, Alex, Greg, Eric, Yacine**, pour leur amitié ainsi que leur soutien autant sur le terrain de basket qu'autour d'un verre.

À **Adrien et Amélie** pour leur amitié et les nombreuses choses qu'ils m'ont apportées dans la vie. Je ne vous remercierai jamais assez.

À ma crew :

Vincent, le Tourangeau pour son amitié et sa sagesse précieuses.

Hugo, pour sa neutralité à toutes épreuves et les séances piscine du dimanche matin.

Sandy, pour sa bienveillance et les mots fléchés.

Ingrid, pour l'ensemble de ses expressions et son franc-parler.

Paulo, pour nos nombreuses soirées et son aide précieuse lors de mes difficultés aux urgences.

Annouette, pour sa gentillesse et son talent inné pour WordBlitz.

Un grand remerciement au **Docteur Penalva** qui m'a montré les ficelles du métier, m'a permis de prendre confiance en moi et a été d'un grand soutien, que ce soit professionnellement ou humainement. Je vous dois énormément et ne vous remercierai jamais assez.

À ma team Agenaise :

Elsouille, pour son rire reconnaissable entre mille et sa générosité.

Thomas, la réincarnation de Dalida, version Landaise.

Jojo, pour sa bonne humeur et son célèbre gâteau de l'amitié.

Camille, pour son incroyable talent au Blind test et nos discussions comicstiques.

Charly, pour nos nombreux moments de rigolade en stage comme en dehors et ses fameuses expressions dont il a le secret.

Louise, pour ses fous rires et notre duo Joker-Harley Queen.

Marion, pour sa joie de vivre et son « wowowowo ».

Léo, pour ses paris à 100 pesos.

Adrien, pour ses croque-monsieurs et nos parties de basket.

Florine, pour m'avoir prêté pendant 6 mois sa tasse « je suis une princesse ».

Basto, pour sa sagesse et sa fameuse coiffe à plumes.

John, pour l'ensemble de ses spécialités culinaires en attente de brevet.

Lucie, pour son franc-parler et son endurance à nos soirées agenaises.

Adèle, pour ses pancakes et son humour noir.

Martin, notre célèbre interne de statistique et testeur des repas de l'internat.

Pauline, notre célèbre « biloute ».

Marie, pour sa gentillesse.

Juju, pour nos nombreuses parties de basket.

Sarah, pour ses moments de décompensation qui nous ont bien fait rire et son fameux « Victooooor ».

Le nouveau membre **Victor** qui s'est parfaitement intégré à notre bande.

Jeremy, pour son fameux coca light ainsi que ses fameux dossiers compromettants.

Nadia, notre maman de l'internat et qui le sera toujours malgré la distance.

Amandine, notre rêveuse qu'on aime tous.

Soso et Clément, nos fêtards jusqu'au bout de la nuit.

Romain, notre cardiologue forever.

À la team d'excellence du Pôle de Bagatelle :

Jeremy, pour son franc-parler, les moments de décompensation et ses « exploits » au Bowling.

Laetitia, ma « femme » qui refuse toujours de m'épouser.

Charlie, mon ex-coach de Basket qui continue, même plus grand, à me donner des conseils.

Sarah, la surfeuse du dimanche et mon petit chat Cestadais.

Sophie et sa fameuse mère folle.

Betty, notre représentante de la ville de Fumel.

Michel, ma wakanda girl forever.

Viviane, ma chiti préférée et nos nombreuses joutes verbales.

Gogo et son partage de la culture portugaise.

Jordan dont la bonne humeur rend tout plus facile.

Nathalie Portafax, pour les Ricolas et ses fonds d'écran douteux.

Un remerciement également à toutes les équipes médicales et paramédicales des différents services qui m'ont accueilli au cours de mon internat, qui m'ont beaucoup appris, à la fois sur le plan professionnel et humain et avec lesquelles j'ai pu partager des bons moments de rigolade. Encore merci à tous.

TABLE DES MATIÈRES

Abréviations.....	6
Introduction	7
Matériel et méthodes.....	10
1) Type d'étude et population cible	10
2) Critères d'inclusion et d'exclusion.....	10
3) Critère de jugement principal.....	11
4) Critères de jugement secondaire de l'étude	11
5) Définition des grands cadres nosologiques retenus pour l'étude.....	11
6) Critères retenus pour l'interprétation des résultats.....	17
7) Analyse	23
8) Éthique.....	23
Résultats	24
1) Population étudiée	24
1.1) Inclusion	24
1.2) Caractéristiques de la population étudiée	27
1.3) Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population étudiée	34
2) Critère de jugement principal.....	37
3) Critères de jugement secondaire.....	38
3.1) Résultats selon les principaux cadres nosologiques	38
3.2) Saisonnalité et AEG	44
3.3) Durée d'hospitalisation et AEG	46
3.4) Analyse des pathologies diagnostiquées dans le cadre nosologique gériatrique	47
Discussion.....	48
Conclusion	57
Bibliographie	58
Annexes	61
Annexe 1 Classification de la CIM-10.....	61
Annexe 2 Échelles karnofsky	62
Annexe 3 Figure comparant la « sickness behaviour » et la dépression clinique.....	63
Serment médical	64
Résumé	65

ABRÉVIATIONS

AEG : Altération de l'État Général

AIT : Accident Ischémique Transitoire

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CRP : C-Reactive Protein

CSG : Court Séjour Gériatrique

EHPAD : Établissement Hospitalier pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

HIARP : Hôpital d'Instruction des Armées de Robert Picqué

HTA : Hypertension Artérielle

IDE : Infirmièr.e.s Diplômé.e.s d'État

IMC : Indice de Masse Corporelle

MAU : Médecine d'Aval des Urgences

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MSPB : Maison de Santé Protestante de Bagatelle

OAP : Œdème Aigu du Poumon

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPA : Résidence pour Personnes Âgées

PPR : Pseudo Polyarthrite Rhizomélique

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

INTRODUCTION

Au 1^{er} janvier 2021, la France compte 67 millions d'habitants : 65 millions résident en métropole et 2 millions dans les cinq départements d'outre-mer. [1]

La proportion des personnes âgées, de 75 ans et plus, est de 9,5 % [2], ce qui représente une population de 6,4 millions d'habitants.

La prise en charge de cette classe d'âge représente ainsi un enjeu majeur de santé publique. En effet, d'ici 2030, cette dernière passera de 6 à 8,4 millions en France.

En 2017, 6,7 millions de femmes et 5,6 millions d'hommes ont été hospitalisés en France. Parmi la population âgée de 80 ans et plus, deux personnes sur cinq ont été hospitalisées en 2017 (37% de la population féminine et 44% de la population masculine). Un patient hospitalisé sur huit est de fait, âgé de 80 ans et plus. [3]

En 2017, en service de médecine de court séjour, les personnes âgées, de 75 ans et plus, représentent 18,3% des patients mais 22% de l'activité, avec 4 millions de séjours. Le taux d'hospitalisation croît avec l'âge. [3]

D'une part, une telle évolution ne peut qu'avoir des conséquences sur l'augmentation des demandes de soins et de consommation des thérapeutiques. D'autre part, elle engendrera des effets économiques. Cette population représente déjà aujourd'hui, le premier pôle de dépenses de l'assurance maladie [4].

Le terme d'Altération de l'État Général (AEG) est un motif de recours extrêmement fréquent d'hospitalisation. Il en est question aux urgences, dans les différents services, dont la gériatrie. [5-9]

Au regard de ce constat, il est intéressant de s'interroger sur le sens de ce terme.

La Classification Internationale des Maladies CIM-10 en fait état mais ne le valorise pas vraiment.

Nous le retrouvons toutefois défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), au sein de cette classification, dans « malaise et fatigue », correspondant au codage R53 [10]

Ce n'est pas un signe clinique, ni même un syndrome. C'est pourtant une entité cliniquement évidente pour les personnels médicaux et paramédicaux. Il s'agit d'une donnée, non spécifique, très fréquemment utilisée dans la pratique médicale. [11]

Dans son livre *Redécouvrir l'examen clinique, clé du diagnostic* ; Dr Blétry [12] définit ainsi l'AEG : « L'atteinte de l'état général est constituée de trois signes : l'asthénie, l'anorexie et l'amaigrissement. Cette altération de l'état général peut souvent être le seul signe révélateur de nombreuses maladies organiques. Son évaluation est utile dans la surveillance et l'évaluation

thérapeutique des maladies chroniques en particulier les cancers ». Par exemple, une évaluation de l'asthénie est représentée par l'échelle Karnofsky (annexe 2).

L'amaigrissement involontaire [13-14] se caractérise par une perte de poids, non intentionnelle, de plus de 5% du poids du corps sur une période de quelques semaines à plusieurs mois.

Nous définissons l'anorexie par une perte ou une diminution de l'appétit de façon globale. [15]

L'asthénie [13,16] correspond à un état de faiblesse générale durable, qui persiste en marge de tout effort, insensible ou peu sensible au repos, contrairement à la « fatigue » qui désigne une sensation réversible, physiologique de lassitude physique et/ou psychique éprouvée après un effort ou un manque de sommeil.

Il s'agit d'un symptôme au carrefour de nombreuses pathologies [17]. Il serait l'un des nombreux mécanismes adaptatifs de l'organisme, utilisé afin de lutter contre les infections et diverses agressions de l'organisme en phase aiguë que l'on regroupe sous le terme de « sickness behaviour » [18] (annexe 3).

Nous retrouvons une autre définition grand public et non médical de l'AEG dans le Congrès de la société de médecine d'urgence, correspondant à une réduction des capacités fonctionnelles d'un individu. Toutes les capacités fonctionnelles peuvent être partiellement ou totalement atteintes, du domaine de la motricité aux fonctions cognitives, psychologiques ou encore sociales. [11]

Nous vivons dans une société où le nombre d'hospitalisations des personnes gériatriques va augmenter et parallèlement, celles au motif d'hospitalisation altération de l'état général.

Dans le cadre de notre pratique quotidienne, nous pouvons alors nous poser la question suivante : Quelles sont les pathologies diagnostiquées au cours d'une hospitalisation dont le motif est AEG ?

Nous avons souhaité réaliser une étude concernant uniquement les altérations de l'état général subaiguës et chroniques (parfois difficiles à dissocier uniquement à la lecture des dossiers médicaux informatisés) à l'exclusion des altérations de l'état général aiguës. D'une part, le tryptique asthénie, anorexie et amaigrissement en aigu peut uniquement être le premier symptôme annonciateur d'une pathologie aiguë qui secondairement sera davantage identifiable par l'apparition d'une sémiologie typique. C'est le cas du COVID avec l'altération de l'état général qui peut précéder une dyspnée fébrile aiguë orientant le diagnostic. D'autre part, nous nous sommes intéressés aux patients avec altération de l'état général ayant eu une ou plusieurs évaluations médicales ou paramédicales, sans qu'aucun diagnostic ou syndrome révélateur ne nous oriente et ce, malgré l'évolution dans le temps. Cela comporte en langage non médical la fameuse formule souvent entendue, notamment de la part des familles : « Il n'est pas bien. », « Il n'est pas comme d'habitude. »

Dans cette perspective, nous avons réalisé cette étude afin de rechercher chez le sujet gériatrique hospitalisé avec comme motif d'hospitalisation : altération de l'état général, les pathologies retrouvées et leurs proportions.

Nous avons, par la suite, analysé le profil des patients dans les cinq principaux cadres nosologiques retrouvés afin de rechercher des spécificités propres à chaque cadre.

De plus, en se basant sur nos observations subjectives, nous avons l'impression que certaines pathologies étaient plus fréquentes selon les saisons de l'année mais également impactaient les durées d'hospitalisation dans les services de court séjour gériatrique (CSG). C'est pourquoi nous avons recherché ces éléments en tant qu'objectifs secondaires.

Cette étude étant réalisée en service de gériatrie, nous avons analysé de manière approfondie le cadre nosologique gériatrique par rapport aux autres cadres.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1) Type d'étude et population cible

Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle, multicentrique portant sur les patients de plus de 75 ans admis dans les services de Médecine d'Aval des Urgences (MAU), MAU 1 et MAU 2, sur l'Hôpital d'Instruction des Armées de Robert Picqué (HIARP) et de court séjour gériatrique sur l'hôpital de la Maison de Santé Protestante Bagatelle (MSPB), entre le 01/09/18 et le 01/09/19, avec comme motif d'hospitalisation initial : altération de l'état général.

2) Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons analysé l'ensemble des dossiers informatisés des patients hospitalisés, entre le 01/09/18 et le 01/09/19, dans les services du MAU 1 et du MAU 2, sur l'Hôpital d'Instruction des Armées de Robert Picqué et de court séjour gériatrique sur l'hôpital de la Maison de Santé Protestante Bagatelle.

Nous avons inclus l'ensemble des dossiers comportant comme motif d'hospitalisation : altération de l'état général, dégradation de l'état général.

Lorsque le motif d'hospitalisation n'était pas défini dans le dossier, nous sommes alors allés rechercher dans l'anamnèse, l'association des éléments suivants correspondant à la définition de l'AEG : l'asthénie, l'anorexie et l'amaigrissement depuis plusieurs semaines ou mois.

Nous avons exclu l'ensemble des dossiers ayant pour motif : altération de l'état général récente, altération de l'état général associée à un ou plusieurs symptômes type dyspnée, fébricule etc.

Parmi les symptômes cités ci-dessus, si un seul élément était manquant, alors le dossier était exclu.

Si cette triade était présente mais seulement depuis quelques jours, le dossier était également exclu.

3) Critère de jugement principal

Nous avons pris pour critère de jugement principal dans notre étude, la proportion en pourcentage des principaux types de pathologies, problèmes psychosociaux et/ou familiaux (définis en plusieurs grands cadres nosologiques), retrouvés au cours de la prise en charge hospitalière des patients dont le motif d'hospitalisation initial en gériatrie est : altération de l'état général.

4) Critères de jugement secondaire de l'étude

Les critères de jugement secondaire de l'étude sont :

- Analyse du profil des patients des cinq principaux cadres nosologiques retrouvés.
- Influence saisonnière sur les motifs d'hospitalisation pour AEG.
- Influence des pathologies sur la durée d'hospitalisation.
- Analyse des pathologies diagnostiquées dans le cadre nosologique gériatrique.

5) Définition des grands cadres nosologiques retenus pour l'étude

Nous avons défini plusieurs grands cadres nosologiques correspondant à l'ensemble des pathologies retrouvées pour altération de l'état général chez le sujet gériatrique.

5.1) Infectiologie

Dans ce cadre nosologique, nous avons regroupé l'ensemble des pathologies infectieuses de notre population étudiée.

Ainsi nous avons intégré les pathologies suivantes :

- Abscess
- Angiocholite
- Arthrite septique
- Bactériémie
- Bronchite
- Choc septique
- Cholécystite
- Colite infectieuse
- Endocardite

- Erysipèle
- Gastro-entérite
- Grippe
- Infection urinaire
- Kyste biliaire surinfecté
- Péricardite
- Pneumopathie
- Prostatite
- Pyélonéphrite
- Sigmoidite
- Tuberculose
- Zona

5.2) Oncologique

Nous avons regroupé dans ce cadre les pathologies suivantes :

- Lymphome
- Myélodysplasie
- Myélome
- Néoplasie anale
- Néoplasie cérébrale
- Néoplasie colique
- Néoplasie estomac
- Néoplasie intestin grêle
- Néoplasie mammaire
- Néoplasie œsophage
- Néoplasie osseuse
- Néoplasie ovarienne
- Néoplasie pancréatique
- Néoplasie pleurale
- Néoplasie prostate
- Néoplasie pulmonaire
- Néoplasie uretère
- Néoplasie utérine
- Néoplasie vésicale

5.3) Psychiatrique

Nous avons regroupé dans ce cadre les pathologies suivantes :

- Catatonie
- Dépression
- Fibromyalgie
- Psychose chronique
- Syndrome anxio-dépressif
- Troubles bipolaires

5.4) Cardiovasculaire

Nous avons regroupé dans ce cadre les pathologies suivantes :

- Anévrisme aortique
- Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI)
- Bradycardie sinusale
- Choc cardiogénique
- Dissection aortique
- Embolie pulmonaire
- Hypertension Artérielle (HTA)
- Infarctus du myocarde
- Insuffisance cardiaque
- Œdème Aigu du Poumon (OAP)
- Rétrécissement Aortique
- Troubles du rythme cardiaque

5.5) Gastro-entérologique

Nous avons regroupé dans ce cadre les pathologies suivantes :

- Achalasie œsophage
- Antro-bulbite
- Cirrhose
- Colopathie
- Cholangite sclérosante
- Douleurs abdominales
- Dysphagie

- Hématémèse
- Hémochromatose
- Paralysie intestinale
- Sténose radique œsophage
- Syndrome occlusif
- Syndrome subocclusif
- Ulcère gastroduodénal

5.6) Neurologique

Nous avons regroupé dans ce cadre les pathologies suivantes :

- Accident Ischémique Transitoire (AIT)
- Accident Vasculaire Cérébral (AVC)
- Contusions cérébrales
- Épilepsie
- Hématome intracérébral
- Hématomes sous-duraux
- Maladie de Parkinson
- Œdème cérébral sur macro-adénome hypophysaire
- Troubles de déglutition secondaires à une pathologie neurologique

5.7) Hématologique

Nous avons regroupé dans ce cadre les pathologies suivantes :

- Anémie plurifactorielle
- Bi-cytopénie

5.8) Pneumologique

Nous avons sélectionné dans ce cadre la pathologie suivante :

- Épanchement pleural abondant

5.9) Gériatrique

Nous avons regroupé dans ce cadre les pathologies suivantes :

- Altération de l'état bucco-dentaire (caries et édentation)
- Chutes à répétition (mécaniques, secondaires)
- Comportements moteurs inadaptés (déambulations)
- Déshydratation clinique ou biologique (associée parfois à une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle)
- Escarres stade II à IV
- Fécalome
- Hypotension orthostatique
- Pathologies neurodégénératives (Alzheimer, Démence fronto-temporale, Démence à corps de Lewy)
- Syndrome post-chute
- Troubles de la déglutition secondaires à une démence

5.10) Rhumatologique

Nous avons regroupé dans ce cadre les pathologies suivantes :

- Chondrocalcinose
- Coxarthrose
- Goutte
- Maladie de Horton
- Pseudopolyarthrite Rhizomélique (PPR)
- Polyarthrite rhumatoïde

5.11) Orthopédique

Nous avons regroupé dans ce cadre les pathologies suivantes :

- Canal lombaire étroit
- Fracture du bassin
- Tassements vertébraux

5.12) Endocrinologique

Nous avons regroupé dans ce cadre les pathologies suivantes :

- Diabète déséquilibré
- Hyperparathyroïdie primaire

5.13) Néphrologique

Nous avons sélectionné dans ce cadre la pathologie suivante :

- Insuffisance rénale terminale quelle que soit la cause

5.14) Iatrogène

Nous avons regroupé dans ce cadre les pathologies suivantes :

- Aplasie médullaire post-chimiothérapie
- Confusion iatrogène
- Hyperthyroïdie à la Cordarone
- Hyponatrémie iatrogène
- Surdosage en lithium

5.15) Social

Nous avons regroupé dans ce cadre les pathologies suivantes :

- Incurie
- Maintien à domicile difficile
- Majoration des aides à domicile

6) Critères retenus pour l'interprétation des résultats et définition

Nous avons sélectionné un certain nombre d'éléments sur les dossiers afin de pouvoir interpréter correctement les données de notre population étudiée.

Ainsi, nous avons retenu plusieurs critères qui sont représentés par :

- L'âge

Cette entité a pu être récupérée sur la partie administrative du dossier.

- Le sexe

Cette donnée était également présente dans la partie administrative du dossier.

- La saisonnalité

Les saisons étaient définies par :

- L'automne correspondant à la période du 23 Septembre 2018 au 20 décembre 2018.
- L'hiver correspondant à la période du 21 Décembre 2018 au 19 Mars 2019.
- Le printemps correspondant à la période du 20 Mars 2019 au 20 Juin 2019.
- L'été correspondant à la période du 21 Juin 2019 au 23 Septembre 2019.

Pour définir correctement la saison d'hospitalisation de nos patients, nous sommes allés repérer dans Crossway la date d'hospitalisation de ces derniers, tout en la confrontant aux périodes saisonnières citées ci-dessus.

- Le mode d'hospitalisation

Nous avons retrouvé cette information à partir de l'observation d'entrée des patients dans le logiciel Crossway.

- La durée d'hospitalisation

Cet élément a pu être récupéré sur l'en-tête du courrier de sortie de chaque patient.

- Le lieu de vie avant l'hospitalisation

Nous avons recueilli cette donnée à partir de l'observation d'entrée des patients dans le logiciel Crossway, sous l'intitulé « Mode de vie ».

- Le mode de sortie après hospitalisation

Cette information était présente dans le courrier de sortie de chaque patient, dans la partie « Évolution dans le service », sous l'intitulé « Sur le plan du devenir ».

- L'existence ou non de polyopathologies :

Le terme de polyopathie est variablement défini et non consensuel [19].

Selon Fortin [20], la définition la plus acceptée est « la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques chez le même individu sur la même période ».

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [21], « Par maladies chroniques, on entend des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme (pendant un certain nombre d'années ou de décennies) et qui comprennent par exemple : le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, le cancer, le VIH, la dépression et les incapacités physiques. Il existe de multiples autres affections chroniques mais leur point commun est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade ».

La définition la plus couramment admise est celle de la Haute Autorité de Santé (HAS) [19] mentionnant « la présence d'au moins 3 pathologies chroniques ».

C'est cette dernière définition que nous avons utilisée pour notre étude.

Ainsi, cette information a pu être intégrée en consultant l'observation d'entrée, sous l'intitulé « Antécédents ».

- L'existence ou non d'antécédent oncologique

Nous avons retrouvé cette information à partir de l'observation d'entrée, sous l'intitulé « Antécédents ».

- L'existence ou non d'antécédent diabétique

Nous avons retrouvé cette information à partir de l'observation d'entrée, sous l'intitulé « Antécédents » ou « Traitements d'entrée ».

- L'existence ou non d'antécédent psychiatrique

Nous avons retrouvé cette information à partir de l'observation d'entrée, sous l'intitulé « Antécédents » ou « Traitements d'entrée ».

- L'existence ou non d'antécédent de troubles cognitifs

Nous avons retrouvé cette information à partir de l'observation d'entrée, sous l'intitulé « Antécédents ».

- Soutien médico-social

Nous avons déterminé 3 niveaux de soutien médico-social pour notre étude : une absence totale de soutien, un soutien partiel et un soutien total.

Afin de les définir, nous avons regardé dans chaque dossier le mode de vie du patient et les aides dont il dispose.

Il existe plusieurs types d'aide :

- Le portage des repas
- La présence ou non d'une auxiliaire de vie
- La présence ou non d'une téléalarme
- La présence ou non d'une aide de nuit
- La réalisation ou non de kinésithérapie et le nombre de séances par semaine
- Le passage d'infirmier.e.s diplômé.e.s d'état (IDE) qui se distingue en plusieurs éléments : le nombre de passages journaliers, les missions effectuées (préparation du pilulier, prise des constantes, aide à la toilette, surveillance des glycémies et injection.s d'insuline, les injections diverses, la réalisation de pansements, les soins de sonde urinaire).
- La présence ou non d'aide.s soignant.e.s à domicile
- La présence ou non d'un aidant principal

Nous avons défini un soutien médico-social total par :

- Patient grabataire
- Patient vivant en EHPAD (GIR 1 à 3)
- La multiplicité des aides (au minimum 3) définies ci-dessus

Nous avons défini un soutien médico-social partiel par :

- Patient résidant en RPA
- Patient vivant en EHPAD (GIR 4 et 5)
- La présence de quelques aides définies ci-dessus (au maximum 2)

Nous avons défini l'absence de soutien médico-social par :

- Patient vivant à domicile sans aucune aide
- Patient vivant à domicile avec une seule aide définie ci-dessus
- L'existence ou non d'une polymédication

La polymédication n'a pas de définition consensuelle. Elle est définie par l'OMS comme « L'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments » [22].

L'HAS quant à elle propose une autre définition de la polymédication qui est « la prise régulière d'au moins cinq médicaments ». [22]

C'est cette dernière définition que nous avons retenue pour notre étude.

Ainsi, pour l'intégrer à notre étude, nous avons consulté les observations d'entrée des patients dans le logiciel Crossway, sous l'intitulé « Traitements d'entrée ».

- La consommation de médicaments à visée psychiatrique

Nous avons sélectionné cet élément à partir de l'observation d'entrée, sous l'intitulé « Traitements d'entrée ».

- La consommation de médicaments à visée cardiologique

Nous avons sélectionné cet élément à partir de l'observation d'entrée, sous l'intitulé « Traitements d'entrée ».

- La consommation de médicaments à visée diabétique

Nous avons sélectionné cet élément à partir de l'observation d'entrée, sous l'intitulé « Traitements d'entrée ».

- L'Albuminémie

Pour l'albuminémie, nous avons pris les critères définis par la Haute autorité de santé (HAS) [23] qui sont :

Une albuminémie > 35 g/L considérée normale.

Une albuminémie comprise entre 30 g/L et 35 g/L considérée comme une hypoalbuminémie modérée.

Une albuminémie < 30 g/L considérée comme une hypoalbuminémie sévère.

Dans notre étude, nous avons pris comme critère l'albuminémie corrigée à la C-Reactive Protein (CRP). Cette donnée était présente dans le bilan biologique à l'admission sur Crossway.

- L'état nutritionnel selon l'indice de masse corporelle (IMC) après récupération de la taille et du poids

L'indice de masse corporelle a pour définition : poids (en Kg) / taille (en m²).

En rapport avec cette définition, l'organisation mondiale de la santé (OMS) [24] fournit une interprétation en fonction de l'IMC :

Insuffisance pondérale	< 18.5
Insuffisance pondérale sévère	< 16.5
Insuffisance pondérale modérée	16.00 – 16.99
Insuffisance pondérale légère	17.00 – 18.49
Corpulence normale	18.50 – 24.99
Surpoids	≥ 25.00
Pré-obésité	25.00 – 29.99
Obésité	≥ 30.00
Obésité de classe I	30.00 – 34.99
Obésité de classe II	35.00 – 39.99
Obésité de classe III	≥ 40.00

Cette donnée a été choisie en consultant l'onglet paramètres biométriques, sur le logiciel Crossway.

- La pathologie retrouvée et son intégration dans un grand cadre nosologique

Pour retrouver cette information, nous avons consulté le courrier de sortie des malades, sous l'intitulé « Conclusion » et nous avons retenu seulement le diagnostique principal (en opposition aux diagnostics associés qui n'ont pas été retenus). Cet élément a par la suite été intégré au sein d'un grand cadre nosologique, défini précédemment dans la partie 5.

7) Analyse

1) Recueil des données et mise en application

Le recueil des données a été réalisé sur le site de l'hôpital de la MSPB, à l'aide du logiciel Crossway (Cegedim Logiciels Médicaux, Cegedim) 2003.

Nous avons tout d'abord analysé l'ensemble des dossiers informatisés des patients hospitalisés entre le 01/09/18 et le 01/09/19 dans les services du MAU 1 et MAU 2 sur l'Hôpital d'Instruction des Armées de Robert Picqué et de gériatrie sur l'hôpital de la Maison de Santé Protestante Bagatelle. Ensuite, toutes les données ont été incorporées et traitées par le logiciel Microsoft Office Excel 2016 (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, USA).

L'interprétation a été enfin réalisée en mettant en évidence ou en croisant les résultats et en réalisant des tableaux, graphiques via Microsoft Office Excel 2016.

8) Éthique

Nous déclarons l'absence de conflit d'intérêt dans cette étude.

Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été réalisée le 18/03/21 et validée.

Le Comité de Protection des Personnes (CPP) nous a informés de l'absence de nécessité de réaliser une déclaration concernant cette étude (demande faite le 18/03/21).

RÉSULTATS

1) Population étudiée

1.1) Inclusion et exclusion

Entre le 01/09/2018 et le 01/09/2019, nous avons analysé au total 467 dossiers de patients dans les différents services de gériatrie, sur les sites de Bagatelle et de médecine d'aval des urgences MAU 1 et 2.

À l'issue de cette analyse, nous avons inclus 384 patients et exclu 83 patients.

Parmi les exclusions, nous n'avons pas intégré ces dossiers pour les raisons suivantes :

- Tout d'abord, pour 51 d'entre eux, ils répondaient à la définition d'une AEG aiguë.
- Ensuite, pour 17 d'entre eux, le seul motif retrouvé était celui d'une asthénie sans autres symptômes associés.
- Enfin, pour les 15 derniers, seulement 2 symptômes sur les 3 requis étaient présents. En effet, 11 dossiers avaient pour symptômes l'asthénie et l'anorexie sans l'amaigrissement et les 4 autres ne présentaient que l'anorexie et l'amaigrissement sans l'asthénie.

En ce qui concerne les inclusions, nous avons intégré 348 dossiers pour le motif AEG ou dégradation de l'état général. Pour 36 d'entre eux, le motif était bien défini par la triade asthénie, anorexie et amaigrissement.

Parmi l'ensemble des dossiers, 36 étaient incomplets.

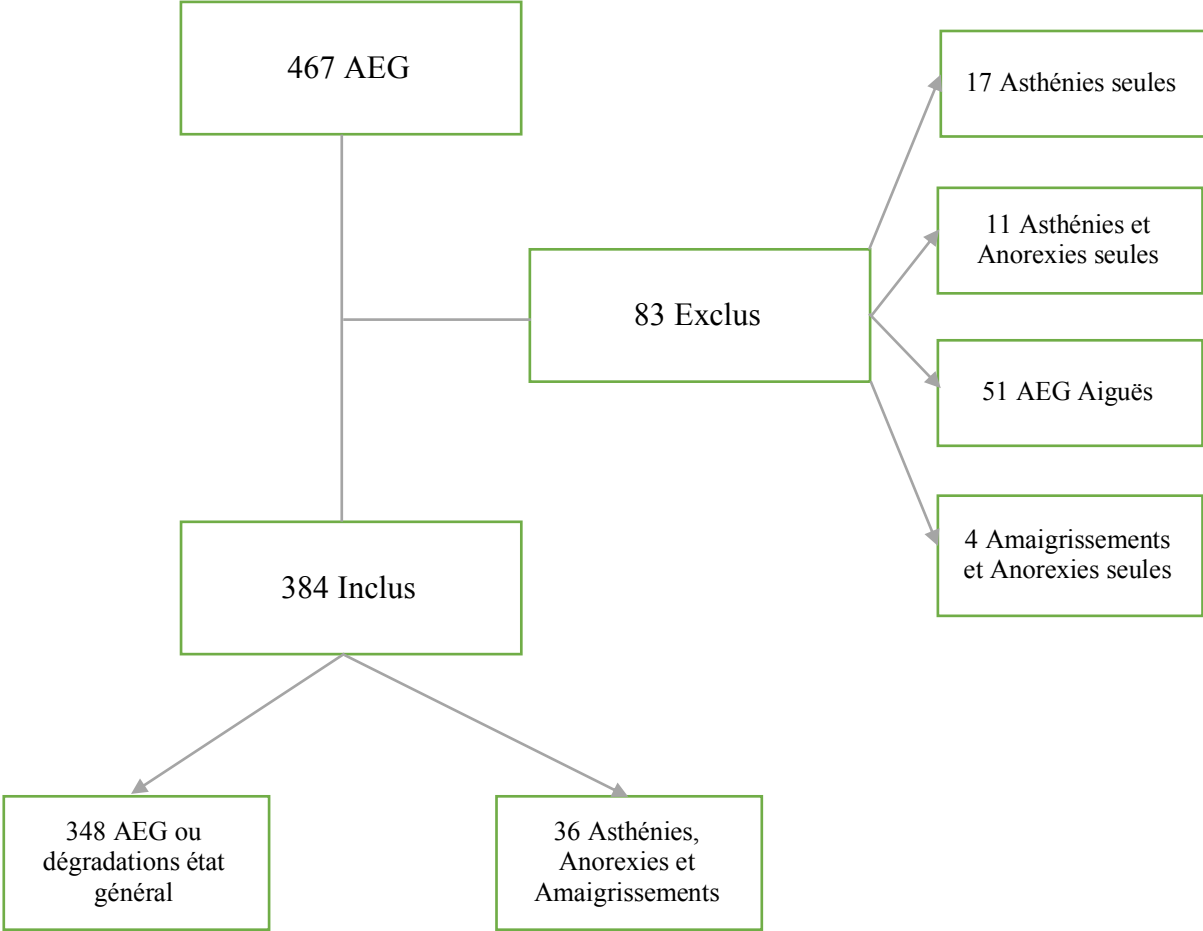
Pour 16 dossiers, les données manquantes concernaient le calcul de l'IMC : soit par absence de la taille, soit par absence du poids ou par l'absence de ces 2 éléments.

Pour 13 dossiers, les données manquantes concernaient le dosage de l'albuminémie.

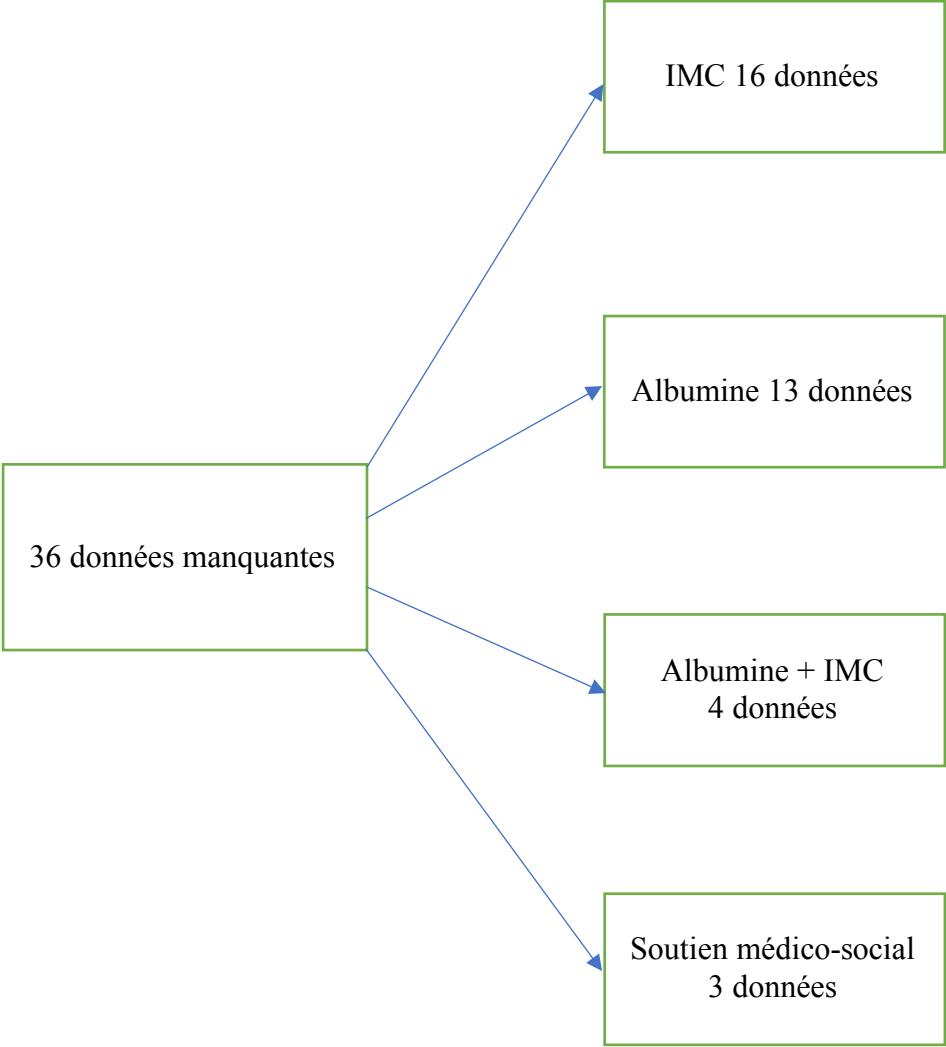
Pour 4 dossiers, les données manquantes concernaient à la fois le dosage de l'albuminémie et le calcul de l'IMC.

Pour 3 dossiers, les données manquantes concernaient le soutien médico-social du patient.

Graphique 1 : Diagramme de flux ou Flow-chart



Graphique 2 : Représentation graphique des données manquantes et leur proportion.



1.2) Caractéristiques de la population étudiée

1.2.1) Âge

La moyenne d'âge des patients de notre population est de 87 ans.

La médiane est également de 87 ans.

Tableau 1 : Âge de la population étudiée.

	Moyenne	Écart Type	Médiane	Valeur la plus basse	Valeur la plus haute	Étendue
Âge (en années)	87	5,75	87	75	100	25

1.2.2) Sexe

Notre population est composée de 144 hommes et de 240 femmes.

Tableau 2 : Effectif de la population en fonction du sexe.

	Effectif	Pourcentage
Homme / Femme	144 / 240	37,5 % / 62,5 %

Le sexe ratio, soit le rapport du nombre d'hommes/nombre de femmes, est de 0,6 dans notre étude.

1.2.3) Saisonnalité

Nous avons pris le soin d'observer la période saisonnière de recrutement de nos patients selon leur date d'admission dans les services de gériatrie, MAU 1 et MAU 2.

Les hospitalisations pour AEG au sein de notre population ont été approximativement réparties de façon équitable sur l'ensemble des saisons. Nous notons toutefois une majorité de patients hospitalisés en été, à hauteur de 28,2 % et une minorité en hiver, à raison de 22,1 %.

Tableau 3 : Effectif de la population en fonction de la saison de l'année.

	Effectif	Pourcentage
Printemps	91	23,7 %
Été	108	28,2 %
Automne	100	26 %
Hiver	85	22,1 %

1.2.4) Mode d'hospitalisation

La population étudiée a été majoritairement hospitalisée dans les services, par les Urgences à 50,26 % et par le médecin traitant à 41,15 %.

Nous avons également retrouvé d'autres modes d'hospitalisation moins importants par les médecins spécialistes à 8,07 % et par la famille à 0,52 %.

Tableau 4 : Effectif de la population selon le mode d'hospitalisation.

	Effectif	Pourcentage
Urgences	193	50,26 %
Médecin traitant	158	41,15 %
Médecin spécialiste	31	8,07 %
Famille	2	0,52 %

1.2.5) Durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation moyenne de notre population est de 9,33 jours, pour une médiane à 8 jours.

Tableau 5 : Effectif de la population selon la durée d'hospitalisation.

	Moyenne	Écart Type	Médiane	Valeur la plus basse	Valeur la plus haute	Étendue
Durée d'hospitalisation (en jours)	9,33	5,34	8	1	42	41

1.2.6) Lieu de vie avant et après hospitalisation

La population étudiée vient en grande majeure partie du domicile à 77,35 %.

Nous retrouvons par la suite les Établissements Hospitaliers pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) à 14,58 % et les Résidences pour Personnes Âgées (RPA) à 7,55 %.

De façon plus anecdotique, nous retrouvons pour finir les familles d'accueil à 0,52 %.

En ce qui concerne le lieu de vie après l'hospitalisation, le domicile est là aussi majoritaire à 55,73 %.

Après un taux de 16,93% pour les EHPAD, nous retrouvons les Services de Soins de suite et Réadaptation (SSR) ainsi que les décès à 8,07%, le transfert vers un autre service à 6,25 %, les RPA à 4,69 % et les familles d'accueil à 0,26 %.

Tableau 6 : Effectif de la population selon le lieu de vie avant et après hospitalisation.

	Lieu de vie avant l'hospitalisation		Lieu de vie après l'hospitalisation	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Domicile	297	77,35 %	214	55,73 %
EHPAD	56	14,58 %	65	16,93 %
RPA	29	7,55 %	18	4,69 %
Famille d'accueil	2	0,52 %	1	0,26 %
Transfert vers un autre service	0	0 %	24	6,25 %
SSR	0	0 %	31	8,07 %
Décès	0	0 %	31	8,07 %

1.2.7) Antécédents médico-chirurgicaux

La population étudiée est en grande partie atteinte par plusieurs pathologies, à 82,03 %. En revanche, elle ne présente pas, de manière prépondérante, d'antécédent oncologique à 72,66 %, de diabète à 77,86 %, de troubles psychiatriques à 68,49 % et de troubles cognitifs à 53,9 %.

En ce qui concerne l'existence d'une néoplasie récente ou ancienne, les résultats sont proches, à raison respectivement de 14,58 % et 12,76 %.

Tableau 7 : Effectif de la population selon l'existence ou l'absence d'antécédents médico-chirurgicaux.

	Présence		Absence	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Polypathologies	315	82,03 %	69	17,97 %
Néoplasie	105	27,34 %	279	72,66 %
- Récente	56	14,58 %	0	0 %
- Ancienne	49	12,76 %	0	0 %
Diabète	85	22,14 %	299	77,86 %
Troubles psychiatriques	121	31,51 %	263	68,49 %
Troubles cognitifs	177	46,1 %	207	53,9 %

1.2.8) Soutien médico-social

Les résultats sont assez proches. Nous constatons tout de même que notre population nécessite en majorité un soutien médico-social partiel à 37,24 %.

3 dossiers présentaient des données manquantes, à raison de 0,78 %.

Tableau 8 : Effectif de la population selon leur degré d'autonomie.

	Effectif	Pourcentage
Absence de soutien médico-social	113	29,43 %
Soutien médico-social partiel	143	37,24 %
Soutien médico-social complet	125	32,55 %
Données manquantes	3	0,78 %

1.2.9) Polymédication et consommation médicamenteuse

La population étudiée présente en très grande majorité une polymédication à 75,26 %. Parmi cette dernière, on retrouve une consommation importante de médicaments à visée psychiatrique à 54,17 % dont une consommation de benzodiazépines seules à 19,27 % et l'association de benzodiazépines avec un traitement antidépresseur à 19,27 %. Les médicaments à visée cardiologique sont également prépondérants à 60,68 %, avec une répartition à peu près homogène entre la consommation d'antiagrégants plaquettaires à 31,78 % et d'anticoagulants à 27,34 %.

Du fait du faible nombre de patients diabétiques dans notre étude (22,14%), la consommation de médicaments antidiabétiques est faible.

Tableau 9 : Effectif de la population selon l'existence ou l'absence d'une polymédication et de la consommation de médicaments psychotropes, cardiotropes et antidiabétiques.

	Présence		Absence	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Polymédication	289	75,26 %	95	24,74 %
Consommation de médicaments psychotropes	208	54,17 %	176	45,83 %
- Benzodiazépines seules	74	19,27 %	0	0 %
- Antidépresseurs seuls	60	15,63 %	0	0 %
- Association benzodiazépines et antidépresseurs	74	19,27 %	0	0 %
Consommation de médicaments cardiotropes	233	60,68 %	151	39,32 %
- Antiagrégants seuls	122	31,78 %	0	0 %
- Anticoagulants seuls	105	27,34 %	0	0 %
- Association antiagrégants et anticoagulants	6	1,56 %	0	0 %

Consommation de médicaments antidiabétiques	65	16,93 %	319	83,07 %
- Traitement antidiabétique oral	36	9,38 %	0	0 %
- Traitement par insuline	20	5,21 %	0	0 %
- Association d'un traitement antidiabétique oral et d'un traitement par insuline	9	2,34 %	0	0 %

1.2.10) État nutritionnel : Indice de Masse Corporelle (IMC) et albuminémie

En regardant l'indice de masse corporelle, la population étudiée présente en majorité une corpulence normale à 53,91 %.

Une masse excessive était retrouvée chez 38,73 %, avec une répartition de 21,88 % en surpoids et 8,85 % en obésité morbide.

L'insuffisance pondérale représentait quant à elle 10,16 %.

Pour l'albuminémie, nous constatons la présence en majorité d'une albuminémie < 30 g/L à 39,32 %.

Dans 28,13 % des cas, l'albuminémie est comprise entre 30 g/L et 35 g/L mais également au-dessus de 35 g/L.

Concernant les données manquantes, nous constatons une perte estimée à 5,26 % sur l'item IMC, soit 20 dossiers et de 4,42 % sur l'item albuminémie, soit 17 dossiers.

Tableau 10 : Effectif de la population selon l'IMC et l'albuminémie.

		Effectif	Pourcentage
Albuminémie (g/L)	Albumine > 35 g/L	108	28,13 %
	Albumine entre 30 g/L et 35 g/L	108	28,13 %
	Albumine < 30 g/L	151	39,32 %
	Manque de données	17	4,42 %
IMC (kg/m²)	Insuffisance pondérale	39	10,16 %
	Corpulence normale	207	53,91 %
	Surpoids	84	21,88 %
	Obésité	34	8,85 %
	Manque de données	20	5,21 %

L'IMC moyen dans la population étudiée est de 23,39 kg/m².

L'IMC médian dans la population étudiée est de 22,89 kg/m².

L'albuminémie moyenne dans la population étudiée est de 32,38 g/L.

L'albuminémie médiane dans la population étudiée est de 32,49 g/L.

Tableau 11 : IMC et albuminémie moyenne, médiane et son écart-type dans la population étudiée.

	Moyenne	Médiane	Écart-type
IMC (kg/m ²)	23,39	22,89	4,39
Albumine (g/L)	32,38	32,49	5,38

1.3) Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population étudiée (tableau 12)

	N
Age médian	87 ans
Sexe	
Homme / Femme	144 (37,5 %) / 240 (62,5 %)
Saisonnalité	
Printemps	91 (23,7 %)
Été	108 (28,2 %)
Automne	100 (26 %)
Hiver	85 (22,1 %)
Mode d'hospitalisation	
Urgences	193 (50,26 %)
Médecin traitant	158 (41,15 %)
Médecin spécialiste	31 (8,02 %)
Famille	2 (0,52 %)
Durée moyenne d'hospitalisation	9,33 jours
Lieu de vie avant hospitalisation	
Domicile	297 (77,35 %)
EHPAD	56 (14,58 %)
RPA	29 (7,55 %)
Famille d'accueil	2 (0,52%)
Lieu de vie après hospitalisation	
Domicile	214 (55,73 %)
EHPAD	65 (16,93 %)
SSR	31 (8,07 %)
Décès	31 (8,07 %)
Transfert vers un autre service	24 (6,25 %)
RPA	18 (4,69 %)
Famille d'accueil	1 (0,26 %)
Polypathologies	
Présence	315 (82,03 %)
Absence	69 (17,97 %)

Antécédent oncologique	
Absence de néoplasie	279 (72,66 %)
Existence d'une néoplasie récente	56 (14,58 %)
Existence d'une néoplasie ancienne	49 (12,76 %)
Antécédent diabétique	
Absence de diabète	299 (77,86 %)
Existence d'un diabète	85 (22,14 %)
Antécédent psychiatrique	
Absence de troubles psychiatriques	263 (68,49 %)
Existence de troubles psychiatriques	121 (31,51 %)
Antécédents de troubles cognitifs	
Absence de troubles cognitifs	207 (53,9 %)
Présence de troubles cognitifs	177 (46,1 %)
Soutien médico-social	
Absence de soutien médico-social	113 (29,43 %)
Soutien médico-social partiel	143 (37,24 %)
Soutien médico-social complet	125 (32,55 %)
Données manquantes	3 (0,78 %)
Polymédication	
Absence de polymédication	95 (24,74 %)
Existence d'une polymédication	289 (75,26 %)
Consommation de médicaments à visée psychiatrique	
Pas de consommation	176 (45,83 %)
Présence d'une consommation :	208 (54,17 %)
- Benzodiazépines seules	74 (19,27 %)
- Antidépresseurs seuls	60 (15,63 %)
- Association benzodiazépines et antidépresseurs	74 (19,27%)
Consommation de médicaments à visée cardiologique	
Pas de consommation	151 (39,32 %)
Présence d'une consommation :	233 (60,68 %)
- Antiagrégants seuls	122 (31,78 %)
- Anticoagulants seuls	105 (27,34 %)
- Association antiagrégants et anticoagulants	6 (1,56 %)

Consommation de médicaments
antidiabétiques

Pas de consommation	319 (83,07 %)
Présence d'une consommation	65 (16,93 %)
- Antidiabétiques oraux seuls	36 (9,38 %)
- Insuline seule	20 (5,21 %)
- Association antidiabétiques oraux et insuline	9 (2,34 %)

Albuminémie

Albumine > 35 g/L	108 (28,13 %)
Albumine comprise entre 30 g/L et 35 g/L	108 (28,13 %)
Albumine < 30 g/L	151 (39,32 %)
Manque de données	17 (4,42 %)

Albuminémie moyenne 32,38 g/L

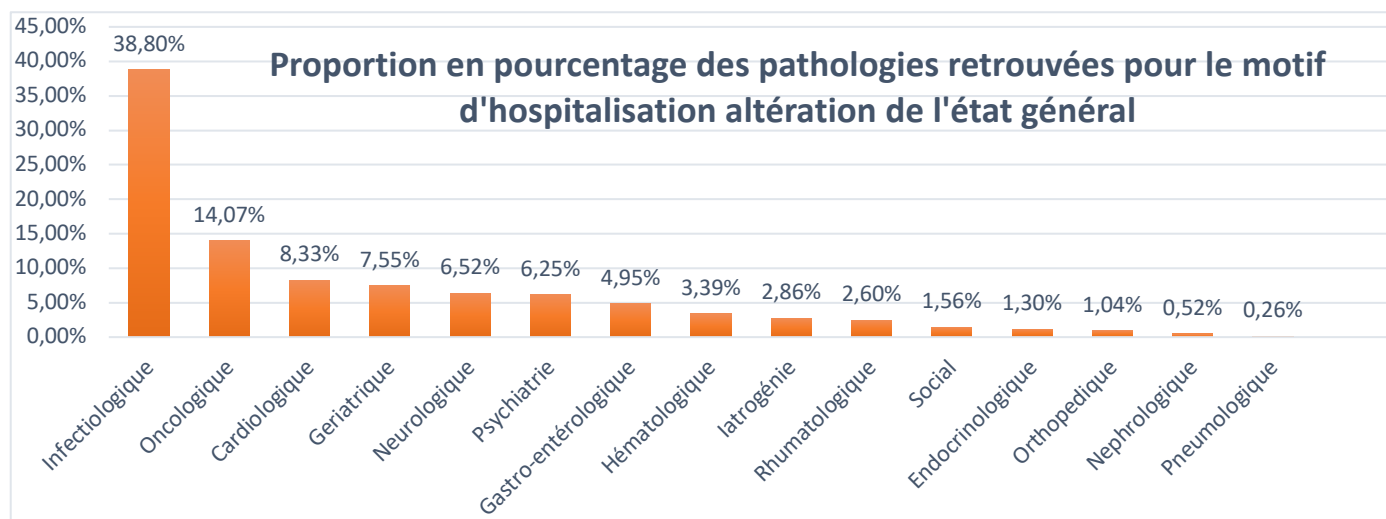
Indice de masse corporelle

Insuffisance pondérale	39 (10,16 %)
Corpulence normale	207 (53,91 %)
Surpoids	84 (21,88 %)
Obésité	34 (8,85 %)
Manque de données	20 (5,21 %)

IMC moyen 23,39 (kg/m²)

2) Critère de jugement principal

Graphique 3 : Proportion en pourcentage des pathologies retrouvées pour le motif d'hospitalisation : altération de l'état général.



Dans les principales pathologies retrouvées pour le motif d'hospitalisation altération de l'état général, nous retrouvons **le plus fréquemment et de façon très nette** le grand cadre nosologique représenté par les infections à 38,8 %.

Le deuxième grand cadre nosologique retrouvé est celui des cancers à 14,07 %.

Le troisième grand cadre nosologique est celui des pathologies cardiologiques à 8,33 %.

Le quatrième grand cadre nosologique est celui des pathologies dites gériatriques à 7,55 %.

Enfin le cinquième grand cadre nosologique retrouvé est celui des pathologies neurologiques à 6,52 %.

Au total, l'ensemble de ces 5 motifs réunis représente 75,27 % des motifs d'hospitalisation pour AEG dans notre population étudiée.

Pour ce qui est du reste des résultats, nous retrouvons respectivement les pathologies psychiatriques à 6,25 %, les pathologies gastroentérologiques à 4,96 %, les pathologies hématologiques à 3,39 %, la iatrogénie à 2,86 %, les pathologies rhumatologiques à 2,6 %, les problèmes sociaux à 1,56 %, les pathologies endocrinologiques à 1,3 %, les pathologies orthopédiques à 1,04 %, les pathologies néphrologiques à 0,52 % et les pathologies pneumologiques à 0,26 %.

3) Critères de jugement secondaire

3.1) Résultats selon les principaux cadres nosologiques

Tableau 13 : Tableau comparatif des résultats de la population générale et des principaux cadres nosologiques.

	Population d'étude	Cadre infectiologique	Cadre oncologique	Cadre cardiologique	Cadre gériatrique	Cadre neurologique
Âge moyen (en années)	87	86,84	88,06	88,47	87,39	85,88
Sexe	144 (37,5 %) / 240 (62,5 %)	61 (40,94 %) / 88 (59,06 %)	26 (48,15 %) / 28(51,85 %)	10 (31,25 %) / 22 (68,75 %)	11 (37,93 %) / 18 (62,07 %)	10 (40 %) / 15 (60 %)
Saisonnalité						
- Printemps	91 (23,7 %)	39 (26,17 %)	14 (25,93 %)	6 (18,75 %)	6 (20,69 %)	6 (24 %)
- Été	108 (28,2 %)	32 (21,48 %)	24 (44,44 %)	5 (15,63 %)	11 (37,93 %)	9 (36 %)
- Automne	100 (26 %)	41 (27,52 %)	6 (11,11 %)	10 (31,25 %)	8 (27,6 %)	8 (32 %)
- Hiver	85 (22,1 %)	37 (24,83 %)	10 (18,52 %)	11 (34,37 %)	4 (13,78 %)	2 (8 %)
Mode d'hospitalisation						
- Urgences	193 (50,26 %)	101 (67,78 %)	22 (40,74 %)	9 (28,13 %)	14 (48,28 %)	11 (44 %)
- Médecin traitant	158 (41,15 %)	41 (27,52 %)	25 (46,3 %)	21 (65,62 %)	12 (41,37 %)	13 (52 %)
- Médecin spécialiste	31 (8,07 %)	7 (4,7 %)	7 (12,96 %)	2 (6,25 %)	3 (10,35 %)	1 (4 %)
- Famille	2 (0,52 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Durée d'hospitalisation moyenne (en jours)	9,33	9,15	11,04	8,47	9,14	10,36
Lieu de vie avant hospitalisation						
- Domicile	297 (77,35 %)	118 (79,19 %)	47 (87,04 %)	23 (71,87 %)	22 (75,86 %)	19 (76 %)
- EHPAD	56 (14,58 %)	21 (14,09 %)	3 (5,56 %)	4 (12,5 %)	5 (17,24 %)	4 (16 %)
- RPA	29 (7,55 %)	10 (6,72 %)	3 (5,56 %)	4 (12,5 %)	2 (6,9 %)	2 (8 %)
- Famille d'accueil	2 (0,52 %)	0 (0 %)	1 (1,84 %)	1 (3,13 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

	Population d'étude	Cadre infectiologique	Cadre oncologique	Cadre cardiologique	Cadre gériatrique	Cadre neurologique
Lieu de vie après hospitalisation						
- Domicile	214 (55,73 %)	87 (58,39 %)	23 (42,59 %)	12 (37,5 %)	14 (48,28 %)	14 (56 %)
- EHPAD	65 (16,93 %)	28 (18,79 %)	5 (9,26 %)	5 (15,63 %)	9 (31,03 %)	7 (28 %)
- SSR	31 (8,07 %)	9 (6,04 %)	5 (9,26 %)	6 (18,75 %)	3 (10,35 %)	2 (8 %)
- Décès	31 (8,07 %)	14 (9,4 %)	9 (16,67 %)	4 (12,5 %)	1 (3,44 %)	1 (4 %)
- Transfert vers un autre service	24 (6,25 %)	6 (4,02 %)	10 (18,52 %)	2 (6,25 %)	0 (0 %)	1 (4 %)
- RPA	18 (4,69 %)	5 (3,36 %)	1 (1,85 %)	3 (9,37 %)	2 (6,9 %)	0 (0 %)
- Familles d'accueil	1 (0,26 %)	0 (0 %)	1 (1,85 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Polypathologies						
- Présence	315 (82,03 %)	112 (75,17 %)	42 (91,53 %)	31 (96,88 %)	24 (82,76 %)	20 (80 %)
- Absence	69 (17,97 %)	37 (24,83 %)	12 (8,47 %)	1 (3,12 %)	5 (17,24 %)	5 (20 %)
Antécédent oncologique						
- Présence	105 (27,34 %)	36 (24,16 %)	29 (53,7 %)	9 (28,13 %)	6 (20,68 %)	7 (28 %)
* Néoplasie récente	56 (14,58 %)	17 (11,41 %)	25 (46,3 %)	5 (15,63 %)	3 (10,34 %)	5 (20 %)
* Néoplasie ancienne	49 (12,76 %)	19 (12,75 %)	4 (7,4 %)	4 (12,5 %)	3 (10,34 %)	2 (8 %)
- Absence	279 (72,66 %)	113 (75,84 %)	25 (46,3 %)	23 (71,87 %)	23 (79,32 %)	18 (72 %)
Antécédent diabétique						
- Présence	85 (22,14 %)	34 (22,82 %)	14 (25,93 %)	6 (18,75 %)	7 (24,14 %)	5 (20 %)
- Absence	299 (77,86 %)	115 (77,18 %)	40 (74,07 %)	26 (81,25 %)	22 (75,86 %)	20 (80 %)
Antécédent psychiatrique						
- Présence	121 (31,51 %)	38 (25,5 %)	16 (29,63 %)	12 (37,5 %)	9 (31,03 %)	6 (24 %)
- Absence	263 (68,49 %)	111 (74,5 %)	38 (70,37 %)	20 (62,5 %)	20 (68,97 %)	19 (76 %)

	Population d'étude	Cadre infectiologique	Cadre oncologique	Cadre cardiologique	Cadre gériatrique	Cadre neurologique
Antécédent de troubles cognitifs						
- Présence	177 (46,1 %)	64 (42,95 %)	21 (38,89 %)	16 (50 %)	20 (68,97 %)	17 (68 %)
- Absence	207 (53,9 %)	85 (57,05 %)	33 (61,11 %)	16 (50 %)	9 (31,03 %)	8 (32 %)
Soutien médico-social						
- Absence de soutien médico-social	113 (29,43 %)	38 (25,5 %)	18 (33,33 %)	8 (25 %)	4 (13,79 %)	5 (20 %)
- Soutien médico-social partiel	143 (37,24 %)	63 (42,28 %)	17 (31,5 %)	13 (40,63 %)	8 (27,59 %)	11 (44 %)
- Soutien médico-social total	125 (32,55 %)	46 (30,88 %)	18 (33,33 %)	11 (34,37 %)	17 (58,62 %)	9 (36 %)
- Données manquantes	3 (0,78 %)	2 (1,34 %)	1 (1,84 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Polymédication						
- Présence	289 (75,26 %)	116 (77,85 %)	38 (70,37 %)	27 (84,38 %)	19 (65,52 %)	17 (68 %)
- Absence	95 (24,74 %)	32 (22,15 %)	16 (29,63 %)	5 (15,62 %)	10 (34,48 %)	8 (32 %)
Consommation de médicaments à visée psychiatrique						
- Présence	208 (54,17 %)	81 (54,36 %)	23 (42,59 %)	18 (56,25 %)	14 (48,28 %)	11 (44 %)
* Benzodiazépines seules	74 (19,27 %)	34 (22,82 %)	9 (16,67 %)	8 (25 %)	5 (17,24 %)	2 (8 %)
* Antidépresseurs seuls	60 (15,63 %)	21 (14,09 %)	9 (16,67 %)	7 (21,88 %)	6 (20,69 %)	6 (24 %)
* Association benzodiazépines et antidépresseurs	74 (19,27 %)	26 (17,45 %)	5 (9,26 %)	3 (9,37 %)	3 (10,35)	3 (12 %)
- Absence	176 (45,83 %)	68 (45,64 %)	31 (57,41 %)	14 (43,75 %)	15 (51,72 %)	14 (56 %)

	Population d'étude	Cadre infectiologique	Cadre oncologique	Cadre cardiologique	Cadre gériatrique	Cadre neurologique
Consommation de médicaments à visée cardiologique						
- Présence	233 (60,68 %)	110 (73,83 %)	28 (51,85 %)	25 (78,13 %)	21 (72,41 %)	12 (48 %)
* Antiagrégants seuls	122 (31,78 %)	59 (39,6 %)	15 (27,78 %)	13 (40,62 %)	5 (17,24 %)	9 (36 %)
* Anticoagulants seuls	105 (27,34 %)	49 (32,89 %)	11 (20,37 %)	11 (34,38 %)	15 (51,72 %)	2 (8 %)
* Associations antiagrégants et anticoagulants	6 (1,56 %)	2 (1,34 %)	2 (3,7 %)	1 (3,13 %)	1 (3,45 %)	1 (4 %)
- Absence	151 (39,32 %)	39 (26,17 %)	26 (48,15 %)	7 (21,87 %)	8 (27,59 %)	13 (52 %)
Consommation de médicaments antidiabétiques						
- Présence	65 (16,93 %)	24 (16,11 %)	9 (16,67 %)	4 (12,5 %)	4 (13,79 %)	4 (16 %)
* Antidiabétiques oraux seuls	36 (9,38 %)	12 (8,05 %)	5 (9,26 %)	2 (6,25 %)	2 (6,89 %)	4 (16 %)
* Insuline seule	20 (5,21 %)	10 (6,71 %)	1 (1,85 %)	2 (6,25 %)	1 (3,45 %)	0 (0 %)
* Association des antidiabétiques oraux et de l'insuline	9 (2,34 %)	2 (1,34 %)	3 (5,56 %)	0 (0 %)	1 (3,45 %)	0 (0 %)
- Absence	319 (83,07 %)	125 (83,89 %)	45 (83,33 %)	28 (87,5 %)	25 (86,21 %)	21 (84 %)
Albuminémie						
- > 35 g/L	108 (28,13 %)	19 (12,75 %)	11 (20,37 %)	13 (40,63 %)	9 (31,03 %)	13 (52 %)
- Entre 30 g/L et 35 g/L	108 (28,13 %)	53 (35,57 %)	15 (27,78 %)	11 (34,37 %)	6 (20,69 %)	7 (28 %)
- < 30 g/L	151 (39,32 %)	66 (44,3 %)	25 (46,3 %)	8 (25 %)	14 (48,28 %)	5 (20 %)
- Manque de données	17 (4,42 %)	11 (7,38 %)	3 (5,55 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Albuminémie moyenne (g/L)	32,38	29,84 g/L	30,32	33,38	30,29	34,68

	Population d'étude	Cadre infectiologique	Cadre oncologique	Cadre cardiologique	Cadre gériatrique	Cadre neurologique
IMC (kg/ m²)						
- Insuffisance pondérale	39 (10,16 %)	29 (19,46 %)	15 (27,78 %)	6 (18,75 %)	7 (16,67 %)	4 (16 %)
- Corpulence normale	207 (53,91 %)	53 (35,57 %)	20 (37,04 %)	11 (34,38 %)	12 (45,83 %)	11 (44 %)
- Surpoids	84 (21,88 %)	46 (30,87 %)	11 (20,37 %)	7 (21,87 %)	6 (25 %)	5 (20 %)
- Obésité	34 (8,85 %)	16 (10,74 %)	3 (5,56 %)	8 (25 %)	3 (12,5 %)	2 (8 %)
- Manque de données	20 (5,2 %)	5 (3,36 %)	5 (9,25 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (12 %)
IMC moyen (kg/ m²)	23,39	24,3	22,77	25,25	22,61	23,67

Notre population étudiée avait pour principales caractéristiques d'être en majorité des femmes à 62,5%, très âgées 87 ans, provenant du domicile à 77,35 %, polyopathologiques à 82,03 %, polymédiquées à 75,26 %, ne présentant pas de néoplasie sous-jacente à 72,66 %, de diabète à 77,86 %, de troubles psychiatriques à 68,49 % et de troubles cognitifs à 53,9 %. La durée moyenne d'hospitalisation était de 9,33 jours. Cette population était adressée par les urgences dans 50,26 % des cas et dans 41,15 % par les médecins traitants. Un soutien médico-social était retrouvé pour 70 % d'entre elles majoritairement de façon partielle. Elle présentait également une nette augmentation de la consommation de médicaments cardiotropes à 60,68 %, ainsi que de médicaments à visée psychiatrique dans 54,17 % des cas. Une hypoalbuminémie était présente dans 67,45 % des cas et la corpulence était normale dans 53,91% des cas.

En reprenant l'ensemble de ces caractéristiques selon les grands cadres nosologiques, nous avons retrouvé pour :

- Le motif infectiologique : une majorité de femmes à 59,06 %, en moyenne âgées de 86,84 ans, provenant du domicile à 79,19 %, polyopathologiques à 75,17 %, polymédiquées à 77,85 %. Cette population ne présentait pas en grande majorité d'antécédents psychiatriques, diabétiques, oncologiques ou de troubles cognitifs et était adressée par le biais des urgences à 67,78 %. La durée moyenne d'hospitalisation était de 9,15 jours. De plus, nous avons relevé une augmentation de la consommation de médicaments psychotropes à 54,36 % et de médicaments cardiotropes à 73,83 %. Nous avons remarqué en grande majorité la présence d'un soutien médico-social à 73,16 %, ainsi qu'une hypoalbuminémie à 79,87 %. La corpulence, quant à elle, était normale dans 35,57 % des cas.

- Le motif oncologique : une population équitablement répartie entre les hommes et les femmes en moyenne âgées de 88,06 ans, majoritairement hospitalisées durant l'été à 44,44 %, provenant

massivement du domicile à 87,04 %, polypathologiques à 91,53 % et polymédiquées à 70,37 %. Il n'y avait pas d'antécédents de diabète, de troubles psychiatriques et de troubles cognitifs. Les antécédents néoplasiques étaient présents chez 53,7 % des patients. Le mode d'adressage était quasi identique entre les urgences et les médecins traitants. Cette population venait massivement du domicile à 87,04 %. La durée moyenne d'hospitalisation était de 11,04 jours. La présence d'un soutien médico-social était relevée pour 64,83 % d'entre eux. Il n'y avait pas de consommation de médicaments à visée psychiatrique à 57,41 % et de médicaments antidiabétiques à 83,3 %. Une hypoalbuminémie était retrouvée chez 74,08 % des patients. Une corpulence normale était retrouvée pour 37,04 % d'entre eux.

- Le motif cardiologique : une majorité de femmes à 68,75 %, en moyenne âgées de 88,47 ans, provenant du domicile à 71,87 %, polymédiquées à 84,38 %, polypathologiques à 96,88 %. Nous n'avons pas noté d'antécédents néoplasiques, diabétiques ou de troubles psychiatriques. Cette population était adressée par le biais des médecins traitants à 65,62 %. La durée d'hospitalisation moyenne était de 8,47 jours. La présence d'un soutien médico-social était avérée dans 75 % des cas. Il existe une forte consommation de médicaments cardiotropes à 78,13 % mais également, dans une moindre mesure, de médicaments psychiatriques à 56,25 %. La population présentait une hypoalbuminémie à 59,37 % alors que la majorité avait une masse excessive pour 46,87 % d'entre eux.

- Le motif gériatrique : une majorité de femmes à 62,07 %, en moyenne âgées de 87,39 ans, provenant du domicile à 75,86 %, polymédiquées à 65,52 %, polypathologiques à 82,76 %, ne présentant pas d'antécédents néoplasiques dans 79,32 %, d'antécédents diabétiques à 75,86 %, d'antécédents psychiatriques à 68,97 %. Cette population était adressée par le biais des urgences à 48,28 %. La durée d'hospitalisation moyenne était de 9,14 jours. La présence d'un soutien médico-social était établie pour 86,21 % de cette population. Une hypoalbuminémie était retrouvée dans 68,97 % des cas, surtout inférieure à 30 g/L. La corpulence était normale dans 45,83 % des cas.

Nous constatons dans cette population une majorité de troubles cognitifs à 68,97 % et une nette consommation de médicaments cardiotropes à 72,41 % prédominant sur les anticoagulants à 51,72 %.

- Le motif neurologique : une majorité de femmes à 60 %, en moyenne âgées de 85,88 ans, provenant du domicile à 76 %, polymédiquées à 68 %, polypathologiques à 80 %, ne présentant pas d'antécédents néoplasiques, diabétiques ou psychiatriques. En revanche, la présence d'antécédents de troubles cognitifs apparaissait pour 68 % de cette population. Cette dernière était adressée de façon équivalente par les urgences ou les médecins traitants. La durée moyenne de séjour était de 10,36 jours. La présence d'un soutien médico-social était avérée chez 80 % d'entre eux. En outre, l'albuminémie était normale dans 52 % des cas, ainsi que la corpulence dans 44 % des cas.

3.2) Saisonnalité et AEG

Tableau 14 : Proportion d'hospitalisations pour AEG selon la saisonnalité de la population étudiée et des cinq principaux grands cadres nosologiques.

	Printemps		Été		Automne		Hiver	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Population étudiée	91	23,7 %	108	28,2 %	100	26 %	85	22,1 %
Cadre infectiologique	39	26,17 %	32	21,48 %	41	27,52 %	37	24,83 %
Cadre oncologique	14	25,93 %	24	44,44 %	6	11,11 %	10	18,52 %
Cadre cardiologique	6	18,75 %	5	15,63 %	10	31,25 %	11	34,37 %
Cadre gériatrique	6	20,69 %	11	37,93 %	8	27,6 %	4	13,78 %
Cadre neurologique	6	24 %	9	36 %	8	32 %	2	8 %

Dans la population étudiée, nous notons que les hospitalisations pour AEG sont globalement proches selon les 4 saisons.

Dans la catégorie infectiologique, les résultats sont quasi équivalents entre les 4 saisons.

Toutefois, pour les autres grands cadres nosologiques, nous constatons des disparités.

En effet, pour le grand cadre nosologique oncologique, nous remarquons que les hospitalisations pour AEG étaient plus importantes l'été, avec 44,44 % et moins importantes en automne et en hiver, à raison de 11,11 % et 18,52 %. Pour le printemps, nous étions à 25,93%.

Pour ce qui est du grand cadre cardiologique, les hospitalisations pour AEG étaient plus importantes en automne et en hiver, à raison de 31,25 % et 34,37 % et moins importantes au printemps et en été, à raison de 18,75% et 15,63%.

Pour la catégorie gériatrique, les hospitalisations étaient plus importantes en été à 37,93 % et en automne à 27,6 %, avec une très nette diminution à 13,78 % pour l'hiver. Au printemps, les hospitalisations étaient à 20,69 %.

Pour la catégorie neurologique, les hospitalisations étaient plus importantes en été à 36 % et en automne à 32 %. En revanche, une très nette diminution apparaît en hiver à 8 %. Pour ce qui est du printemps, les hospitalisations étaient de 24%.

3.3) Durée d'hospitalisation et AEG

Tableau 15 : Durée d'hospitalisation pour AEG en fonction de la population étudiée et des cinq principaux grands cadres nosologiques.

	Moyenne	Médiane	Écart-type	Étendue
Population étudiée	9,33	8	5,34	41
Cadre infectiologique	9,15	8	5,35	26
Cadre oncologique	11,04	10,5	7,16	41
Cadre cardiologique	8,47	8	4,77	20
Cadre gériatrique	9,14	8	4,6	21
Cadre neurologique	10,36	9	4,4	14

Dans la population étudiée, la durée moyenne d'hospitalisation est de 9,33 jours pour une durée médiane de 8 jours. L'écart-type standard est de 5,34 jours².

Quand nous comparons les données de la population étudiée par rapport aux 5 principaux cadres nosologiques retrouvés, nous constatons que les résultats sont approximativement homogènes.

Toutefois la moyenne des durées d'hospitalisation dans la catégorie oncologique est plus longue d'environ 2 jours, comparativement à la population étudiée et celle de la catégorie neurologique, plus longue d'1 jour.

Pour la catégorie cardiologique, nous restons sur une durée moyenne d'hospitalisation plus courtes d'environ 1 jour.

Pour la catégorie infectiologique et gériatrique, la durée moyenne d'hospitalisation est à peu près identique à celle de la population étudiée.

3.4) Analyse des pathologies diagnostiquées dans le cadre nosologique gériatrique.

Tableau 16 : Pathologies diagnostiquées dans le cadre nosologique gériatrique.

	Effectif	Pourcentage
Pathologies neurodégénératives	7	24,13 %
Chutes à répétition (mécaniques, secondaires)	5	17,24 %
Déshydratation clinique et/ou biologique	4	13,79 %
Hypotension orthostatique	4	13,79 %
Comportements moteurs inadaptés	2	6,9 %
Syndrome post-chute	2	6,9 %
Troubles de déglutition secondaires à une démence	2	6,9 %
Altération de l'état bucco-dentaire (caries et édentation)	1	3,45 %
Escarres stade II à IV	1	3,45 %
Fécalome	1	3,45 %

Nous constatons que la plupart des pathologies intégrées dans ce grand cadre nosologique gériatrique concernent majoritairement les pathologies neurodégénératives à 24,13 %.

Par la suite, nous retrouvons les chutes à répétition à 17,24 %, la déshydratation clinique et/ou biologique à 13,79 %, une hypotension orthostatique à 13,79 %, les comportements moteurs inadaptés à 6,9 %, l'existence d'un syndrome post-chute à 6,9 %, les troubles de déglutition secondaires à une démence à 6,9 %, l'existence d'une altération de l'état bucco-dentaire (caries et édentation) à 3,45 %, la présence d'escarres allant du stade II au stade IV à 3,45 % et la découverte d'un fécalome à 3,45 %.

DISCUSSION

Cette étude porte sur les pathologies diagnostiquées d'après le motif d'hospitalisation AEG chez la personne gériatrique.

Elle a permis de montrer que le principal motif d'hospitalisation dans notre étude est celui des pathologies infectieuses à 38,8%, **ce qui représente plus d'1/3 des patients.**

1) Population étudiée

La moyenne d'âge de notre population (87 ans) est plus élevée que dans les autres études [8, 25, 26], hormis l'étude de Moreau S. [27] et Breuillac C. [28]. Ces résultats, dans notre étude, doivent s'expliquer par notre mode de recrutement réalisé exclusivement en service de court séjour gériatrique, ce qui n'est pas le cas dans les études [8,25,26]. Ceci a été conforté après avoir consulté *Le livre blanc de la gériatrie Française* de 2011 [29].

Dans notre travail, nous notons un pourcentage plus important de femmes (62,5 %). La plupart des études sont dans le même cas [25, 26, 27]. Ces résultats sont concordants avec une estimation de l'INSEE qui évaluait à 60 % la part féminine des plus de 75 ans et s'explique par une espérance de vie des femmes plus élevée à l'heure actuelle [29,30].

Le mode d'hospitalisation des patients retrouvé est majoritairement inhérent aux urgences à 50,26 % et celui des médecins traitants à 41,15 %. Ces résultats s'expliquent par le fait que les services de MAU sont des services, comme leur nom l'indique, de post-urgences donc le recrutement est lié quasi exclusivement aux urgences. Le site Bagatelle, quant à lui, recrute par les médecins traitants principalement mais également via le biais des urgences, ce qui explique que les urgences sont le mode d'entrée le plus fréquent dans notre étude.

Nous retrouvons comme autre mode d'admission : les centres de rééducation et les autres services de l'établissement.

La durée moyenne d'hospitalisation dans notre étude est de 9,33 jours contre 8,46 jours en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), après 90 ans [3]. Ces données ne peuvent malheureusement pas être comparées entre elles du fait que l'activité de MCO est très large et ne concerne pas seulement le court séjour gériatrique. En effet, elle concerne de nombreux

autres services dont l'ambulatoire par exemple, où la durée d'hospitalisation est très courte, ce qui a pour conséquence de diminuer drastiquement la durée moyenne de séjour. De plus, notre population comprend des patients de plus de 75 ans, ce qui ne rend pas possible l'interprétation. Nous ne pouvons donc en tirer aucune conclusion.

Notre population provient majoritairement du domicile (77,35 %). Cette analyse concorde avec celle retrouvée dans les études de Jolly C. et Brunache L. [6,7] et dans *Le livre blanc de la gériatrie Française* de 2011 [29].

En revanche, dans les études de Delage M. , Bachelet J. , Moreau S. et Breuillac C. [8,25, 27, 28], les résultats étaient plus importants (environ 95 %). Nous n'avons pas de réelle explication au sujet de cette variation.

Les patients de notre étude sont très largement polymédiqués (75,26 %) et polypathologiques (82,03 %). Cela est concordant avec l'ensemble des études citées [6,7,8,25,27,28] ainsi qu'avec *Le livre blanc de la gériatrie Française* de 2011 [29].

De fait, dans sa globalité, la population incluse dans notre étude est représentative de la population gériatrique générale.

2) Critère de jugement principal

Si nous analysons de plus près nos résultats, nous constatons une grande diversité des pathologies retrouvées au seul motif d'AEG. En effet, dans notre étude, nous avons retrouvé au total 115 pathologies différentes que nous avons par la suite regroupées dans 15 grands cadres nosologiques. Plusieurs études attestent de cette variabilité, comme celle réalisée par Fauchais AL. [26] sur l'altération de l'état général inexplicée du sujet âgé ; celle d'Andres E. [31] sur 200 cas dans un service de médecine interne ; celle de Jansky L. [32] portant sur le passage des personnes âgées aux urgences ; celle de Baya W et al [9] entre 2005-2016 portant sur le profil étiologique des patients hospitalisés pour AEG dans un service de médecine interne. Il existe en outre deux thèses : la thèse du Docteur Delage M. [8], portant sur une étude analytique et descriptive des patients adressés aux urgences pour AEG ou encore la thèse du Docteur Breuillac C. [28], portant sur l'étude du devenir à 6 mois de 77 patients hospitalisés pour le motif AEG en court séjour gériatrique et la recherche de facteurs prédictifs d'évolution défavorable.

Dans notre étude, les principales pathologies retrouvées étaient infectieuses à 38,8 %, oncologiques à 14,09 %, cardiologiques à 8,33 %, gériatriques à 7,55 % (que nous discuterons par la suite) et neurologiques à 6,52 %.

Si nous comparons nos données à celles de la littérature [8,9,26,28], nous repérons dans les principales étiologies, les pathologies infectieuses et oncologiques comme nous les avons retrouvées dans notre étude, avec tout de même quelques différences.

Effectivement, les pathologies oncologiques étaient plus importantes dans les études citées, avec respectivement 38 %, 27,87 % et 21 % alors que l'étude [28] n'en retrouvait qu' 11,7 %. Notre étude quant à elle en retrouvait 14,09 %.

Pour ce qui est des pathologies infectieuses, nos résultats étaient proches de ceux des études [8] et [28] qui en retrouvaient 32,8 % et 32,5 %. En revanche, pour les deux autres études, les résultats étaient moindres avec 22 % pour chacune d'entre elles. De plus, elles représentaient la deuxième cause en terme de fréquence par rapport à notre étude où elles dominaient.

Concernant les pathologies digestives, les études [8], [26], [28] et la nôtre révélaient des résultats également différents. En effet, notre étude en retrouvait 4,96 % et se plaçait en septième position par ordre de fréquence alors que dans l'étude de Fauchais AL. [26], cette dernière était en première position avec 59 %, celle de Delage M. [8] en troisième position avec 18,2 %. Dans l'étude de Breuillac C. [28], les étiologies digestives représentaient 2,6 %.

Dans l'étude [8], les pathologies cardio-vasculaires étaient situées en quatrième position, soit à 16,8 % et dans l'étude [28], elles se plaçaient en septième position à 6,5 % ; contrairement à la nôtre où elles se situaient en troisième position avec 8,33 %.

Les pathologies neurologiques (à 15,3 %) étaient quant à elle situées en cinquième position [8], à l'instar de notre étude qui n'en comptait que 6,52 %.

Nous remarquons également que l'étude [28] retrouvait un nombre important de causes iatrogènes à 16,9 % alors que la nôtre n'en retrouvait que 2,86 %.

Cette discordance dans les résultats peut avoir plusieurs explications.

La première est que les populations étudiées sont différentes. Notre thèse s'est principalement orientée sur le patient gériatrique tandis que les études [8,9,26] s'intéressaient davantage aux patients adultes.

La deuxième est que nous avons fait le choix de retenir quinze grandes classifications nosologiques alors que certaines études en ont moins sélectionné, comme celle de Delage M. [8] (12) ou Breuillac C. [28] (10). De plus, il existe une variabilité dans la classification des étiologies selon les études. Ainsi, selon la méthodologie des études, une cholécystite peut être rangée dans le cadre nosologique infectiologique alors que dans une autre, elle sera intégrée dans le cadre nosologique gastro-entérologique. Cela aboutit à des différences potentiellement drastiques dans les résultats.

Un autre élément de réponse est que nos critères d'inclusion comportaient comme motif d'hospitalisation « altération de l'état général » ou « dégradation de l'état général » mais aussi la triade asthénie, anorexie et amaigrissement qui a dû parfois être recherchée dans l'ensemble de la partie anamnèse du dossier médical.

Comme nous avons uniquement sélectionné en terme de temporalité une évolution subaiguë et chronique, en excluant le caractère aigu des pathologies subies par les patients dans les dossiers médicaux, cela modifie les résultats obtenus en terme de pourcentage des différents cadres nosologiques. La discordance dans la catégorie iatrogène en est une bonne illustration. Nous pouvons l'expliquer par le fait que les manifestations de la iatrogénie sont souvent aiguës tandis que nous avons fait le choix d'exclure toutes les AEG aiguës, d'où ce pourcentage faible.

En conclusion, après analyse de nos résultats et de la littérature le mentionnant, nous remarquons qu'un même motif AEG peut se traduire chez nos malades par des pathologies, des cadres nosologiques, mais également des niveaux de gravité extrêmement différents.

Ainsi, ce terme d'altération de l'état général ne permet aucunement d'aider à la prise en charge médicale des patients car il n'est pas informatif.

Il vaudrait mieux donc détailler les symptômes mêmes vagues ou non typiques des patients, ou encore les observations et ressentis des médecins traitants lors de l'évaluation des malades, plutôt qu'utiliser ce terme inutile pour la suite de la prise en charge médicale.

3) Critères de jugement secondaires

3.1) Interprétation des résultats des principaux cadres nosologiques

Le mode d'hospitalisation majoritaire est celui des urgences pour la population générale, le cadre infectiologique et gériatrique.

Pour les cadres oncologique, cardiologique et neurologique, le mode d'hospitalisation majoritaire est l'admission directe par le biais des médecins traitants. Nous n'avons pas retrouvé d'explication évidente à cette différence.

Pour les motifs gériatrique et neurologique, nous retenons une large majorité de troubles cognitifs.

Nous pouvons expliquer ce résultat par le fait que les différentes pathologies retrouvées au sein de ces cadres ont tendance à être associées aux troubles cognitifs ou à les majorer.

Concernant le soutien médico-social, tous les cadres en bénéficient de façon au moins partielle. Cependant, les cadres oncologique et gériatrique se distinguent des autres par la nécessité d'un soutien médico-social plus important. Nous pouvons l'expliquer par le fait que les malades inclus dans ces cadres nosologiques présentent des pathologies altérant davantage l'autonomie que dans les autres cadres nosologiques, d'où cette variation.

Dans notre étude, nous remarquons une large consommation de médicaments cardiologiques. Pour la plupart, cela porte surtout sur les antiagrégants, sauf en gériatrie où cela concerne les anticoagulants.

Nous pouvons l'expliquer de deux manières dans cette population gériatrique :

- d'une part, la prévalence des pathologies cardio-vasculaires type fibrillation auriculaire, nécessitant une anticoagulation, est très importante ;
- d'autre part, s'il faut faire un choix entre un antiagrégant plaquettaire et un anticoagulant, c'est préférentiellement ce dernier qui sera instauré.

Concernant l'albuminémie, nous remarquons une hypoalbuminémie assez importante avec une albumine < 30 g/L retrouvée pour la population générale, le cadre infectiologique, le cadre oncologique et le cadre gériatrique. En revanche, pour les cadres cardiologique et neurologique,

l'albuminémie était correcte. Cela provient potentiellement du syndrome inflammatoire provoqué par les pathologies incluses dans les cadres nosologiques infectiologique, oncologique ou encore gériatrique.

3.2) Interprétation de l'influence saisonnière

La répartition des hospitalisations pour AEG durant l'année en fonction des saisons était légèrement plus importante en été et en automne à 28,2 % et 26 %. Si nous regardons bien le détail selon les cinq principaux cadres, nous relevons tout de même des hospitalisations prépondérantes en été pour l'oncologie à 44,44%. Pour ce qui est de la cardiologie, les hospitalisations étaient plus importantes en automne et en hiver à 34,25% et 34,37%.

Pour les cadres neurologique et gériatrique, ces dernières étaient plus importantes en été et en automne, avec une très nette baisse en hiver avec respectivement 8 % et 13,78 %.

Pour la cardiologie, nous pouvons nous demander si ces résultats ne sont pas en lien avec une augmentation des pathologies infectieuses connues pour être davantage prépondérantes en automne et en hiver, ce qui favoriserait l'apparition de pathologies cardiaques et notamment les décompensations. En effet, notre étude a sélectionné un seul diagnostique, le diagnostique principal mais comme nous l'avons vu précédemment, en gériatrie, il existe le plus souvent plusieurs diagnostics associés. Ainsi, pour une décompensation cardiaque sur pneumopathie, nous n'avons retenu dans notre étude que le diagnostique principal de décompensation cardiaque et non celui de pneumopathie. Cela a pour effet de majorer statistiquement l'incidence des pathologies cardiaques durant cette période et de diminuer l'incidence des pathologies infectieuses.

Pour l'oncologie, la gériatrie et la neurologie, nous pouvons nous demander si le nombre d'hospitalisations n'est pas plus important sur la période d'été car la grande majorité des patients dans ces catégories sont des patients fragiles nécessitant un soutien médico-social important. Durant l'été, ces patients ont un risque majeur de dénutrition et de déshydratation conduisant, du fait de leur fragilité, à une augmentation des hospitalisations. De plus, un autre phénomène peut se surajouter par le fait que la plupart de ces patients dépendants nécessitent des aides à domicile ou un soutien familial. En période estivale, nous notons une diminution de ces aides, conduisant à aggraver la situation de ces patients déjà fragilisés durant cette période.

3.3) Interprétation des durées d'hospitalisation en fonction du cadre nosologique

La durée d'hospitalisation pour AEG, était en moyenne plus longue pour les patients hospitalisés pour un motif oncologique à 11,04 jours, neurologique à 10,36 jours et moins longue pour le motif cardiologique à 8,47 jours.

Pour les motifs infectiologique et gériatrique, cette dernière était de 9,15 jours et 9,14 jours.

Nous pouvons interpréter ces résultats de différentes manières :

- une intensité de soins importante conduisant, soit à une augmentation de la demande de soutien médico-social à domicile ; soit à un retour à domicile précoce trop complexe pour les patients au motif oncologique et neurologique.

En effet, pour le motif oncologique, 47 patients proviennent du domicile et à la sortie nous n'en retrouvons plus que 23, soit la moitié environ. Les autres patients ont été soit transférés dans un autre service, soit admis en institution, soit malheureusement décédés. Ces difficultés sociales secondaires à l'AEG et à l'autonomie des patients atteints par ces pathologies allongent, comme nous le savons, considérablement les durées d'hospitalisation, d'où nos résultats.

Il en va même pour le motif neurologique même si les proportions sont moins importantes.

- une surveillance médicale plus longue pour les pathologies neurologiques.

Ce phénomène en s'ajoutant au précédent conduit à l'allongement de la durée d'hospitalisation.

En revanche, la durée moyenne d'hospitalisation plus courte en cardiologie et gériatrie peut s'expliquer par la présence de pathologies permettant rapidement un retour à l'autonomie antérieure avec une prise en charge adéquate mise en place.

3.4) Interprétation des pathologies retrouvées dans le cadre gériatrique

Nous avons intégré 10 pathologies différentes qui représentaient pour nous des pathologies gériatriques. La plupart sont en lien avec une pathologie neurodégénérative. C'est tout à fait normal car nous avons fait le choix d'intégrer ces pathologies dans ce cadre et que ces dernières sont fréquentes dans la population gériatrique.

En revanche, nous n'avons pas intégré les pathologies iatrogènes et les problèmes sociaux en les distinguant dans d'autres cadres. Celles-ci sont respectivement au nombre de 11 et 3 soit 2,86 % et 1,56 %. C'est un choix de notre part.

Si nous avions associé ces 3 cadres, comme cela peut être le cas dans la pratique quotidienne d'un service de gériatrie ; le cadre gériatrique se serait retrouvé en troisième position et non en quatrième.

Forces et limites de l'étude

Concernant notre étude, nous constatons plusieurs limites :

La première limite de notre étude est liée au fait qu'un patient en gériatrie est rarement hospitalisé pour un seul motif d'hospitalisation. Ainsi, nous n'avons retenu que le diagnostique principal afin d'établir nos grands cadres nosologiques mais d'autres diagnostics étaient souvent associés. Par exemple, il n'est pas rare de retrouver comme diagnostics de sortie, une infection associée à un ou plusieurs problème(s) qu'il soit social, cardiologique, oncologique ou autre. De ce fait, dans l'exemple cité, le véritable problème motivant l'hospitalisation est l'infection mais il associe de façon moindre un maintien à domicile compliqué qui n'apparaît pas dans nos résultats. Par conséquent, certains de nos résultats ont pu être surestimés et d'autres sous-estimés.

Une autre limite de notre étude s'explique par sa nature même, à savoir une étude observationnelle et rétrospective. Par conséquent, le niveau de preuve de nos résultats est faible (niveau 4). Une autre étude du même type, réalisée de manière prospective serait intéressante afin de comparer les résultats à la nôtre et apporter plus de robustesse.

De plus, une part de la collecte des données dans notre étude est soumise à l'interprétation de l'expérimentateur, comme le mode d'autonomie ou la conception des cadres nosologiques, ce qui confère un biais de subjectivité.

Malgré certaines limites, elle présente tout de même plusieurs forces.

La première est que peu d'études se sont intéressées aux pathologies diagnostiquées d'après le motif d'hospitalisation altération de l'état général chez les patients de plus de 75 ans, dans un service de médecine gériatrique. En effet, la plupart des études ou thèses se sont intéressées

surtout aux patients adressés pour altération de l'état général aux urgences, peu importe leur âge.

Nous n'avons trouvé que 2 thèses dédiées au motif d'AEG chez les personnes gériatriques. La première a été réalisée par Moreau S. mais portait sur des patients admis aux urgences [27] et la deuxième, beaucoup plus représentative, a été réalisée par Breuillac C. et portait sur des patients admis en court séjour gériatrique. Nous n'avons retrouvé également qu'une seule publication réalisée par Aouaneche M. et Pepersack T. [33] qui, quant à elle, s'interrogeait sur le concept d'AEG comme motif d'admission au sein d'une unité aiguë de gériatrie.

Une autre force de notre étude est que nous avons recueilli au total 384 patients, ce qui représente une population nettement supérieure à celle de toutes les autres études. Comparativement, celle de Aouaneche M. n'en comptait que 211, celle de Moreau S. n'en comptait que 75 et celle de Breuillac C. seulement 77.

De plus, quand nous comparons les données de notre population à celles retrouvées dans les services de court séjour gériatrique français détaillées dans *Le livre blanc de la gériatrie française* [29], nous nous rendons compte que notre population est représentative de la population des patients admis en court séjour gériatrique.

Parmi l'ensemble des dossiers retenus dans notre étude, la grande majorité était très bien renseignée. De fait, pour seulement 23 dossiers, quelques données étaient manquantes, soit environ 6 %.

Par conséquent, cela confère une plus grande pertinence dans l'interprétation de nos résultats.

Notre analyse a été réalisée sur plusieurs centres, à savoir la gériatrie aiguë de Bagatelle et les services de MAU 1 et MAU 2 de Robert Picqué. Cette démarche nous a permis d'étayer nos résultats et de limiter un biais par « effet centre ».

Une autre force est représentée par notre critère de jugement principal. Il est unique, objectif dans sa classification parmi les cadres nosologiques, bien défini et quantifiable.

Par la suite, il serait intéressant de mener une étude afin de rechercher la définition que revêt l'altération de l'état général chez la personne gériatrique auprès des médecins généralistes et des urgentistes. Cela permettrait de comparer la vision théorique de ce terme de la part de ces médecins dans la pratique clinique à la véracité du terrain et des diagnostics retrouvés dans notre étude.

CONCLUSION

L'enjeu de ce travail était de rechercher les pathologies diagnostiquées derrière le motif d'hospitalisation altération de l'état général chez la personne gériatrique.

Nous avons montré dans notre étude que les principales pathologies retrouvées étaient infectieuses à 38,8 %, oncologiques à 14,09 %, cardiologiques à 8,33 %, gériatriques à 7,55 % et neurologiques à 6,52 %.

Ces résultats étaient à peu près comparables pour les motifs infectiologiques et oncologiques aux autres études. Pour les autres motifs, nous avons retrouvé des différences qui pouvaient être en lien avec des populations d'étude ainsi que des modes de classification différents.

Nous concluons, d'après les résultats obtenus dans notre étude, qu'un même motif l'AEG peut se traduire chez nos malades par des pathologies, des cadres nosologiques et des niveaux de gravité extrêmement différents.

Ainsi, ce terme d'altération de l'état général ne permet aucunement d'aider à la prise en charge médicale des patients car il n'est pas informatif.

Par la suite, il serait intéressant de mener une étude afin de rechercher la définition que revêt l'altération de l'état général chez la personne gériatrique, auprès des médecins généralistes et des urgentistes. Cela permettrait de comparer la vision théorique de ce terme de la part de ces médecins dans la pratique clinique, la véracité du terrain et des diagnostics retrouvés dans notre étude.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Insee. Evolution de la population [Internet]. Insee ;2020 [Consulté le 08 Décembre 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277615?sommaire=4318291#consulter>
- [2] Insee. Estimation de la population [Internet]. Insee ;2020 [Consulté le 08 Décembre 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
- [3] Ministère des solidarités et de la santé. Rapport de l'atelier 10 Hôpital et personne âgée [Internet]. 14 février 2018 [Consulté le 02/09/2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf
- [4] Roussel R. Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060. Etudes et Résultats. 2017 Octobre;1032:1-6.
- [5] Durand S. Altération de l'état général au SAU de l'hôpital de Mont-de-Marsan. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2001
- [6] Brunache L. Altération de l'état général : un terme à abolir ? Thèse de médecine, Clermont-ferrand: Université de Clermont-ferrand; 2006.
- [7] Jolly C. Le syndrome d'altération de l'état général au SAU de Nice : pertinence des admissions et pathologies causales. Thèse de médecine, Nice: Université de Nice; 2009.
- [8] Delage M. Etude descriptive et analytique des patients adressés aux urgences pour altération de l'état général. Thèse de médecine, Limoges: Université de Limoges; 2015
- [9] Baya W, Rezgui A, Karmani M, Ben Frej Ismail F, Mzabi A, Mrad B et al. « Altération de l'état général » : profil étiologique dans un service de médecine interne. j.revmed.2017.03.163
- [10] SFMU. Thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence. SFMU ;2010 [consulté le 03 septembre 2020]. Disponible sur : https://www.sfm.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm/le-thesaurus-des-motifs-de-recours/ref_id/22
- [11] Geist C. Admission pour altération de « l'état général ». Urgences de la personne âgée : existe-il des spécificités ? 8^{ème} congrès de la société française de médecine d'urgence. 2014
- [12] Blétry O, Cosserrat J, Laraki R. Redécouvrir l'examen clinique, clé du diagnostic. Paris:Doin, 1995

- [13] Rousset H, Vital Durand D, Dupond JL. Diagnostics difficiles en médecine interne. 2008.
- [14] Bossu-Estour C, Leduc D, Massot C. Amaigrissements involontaires isolés. Diagnostics difficiles en médecine interne. 2^{ème} éd. 1999. 65-73 p.
- [15] OMS. Aide au codage [Internet]. Classification internationale des maladies 10 [Consulté le 08 Décembre 2020]. Disponible sur : <https://www.aideaucodage.fr/cim-r630>
- [16] Cathebras P, Rousset H. Asthénie. Diagnostics difficiles en médecine interne. 2^{ème} éd. 1999. 86-95 p.
- [17] Le Quellec A. Asthénie [Internet]. Collège national des enseignants de médecine interne ;2013 [Consulté le 09 Septembre 2021]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/semiologie/enseignement/esemio12/site/html/cours.pdf>
- [18] Maes et al. BMC Medicine 2012, 10:66
- [19] Haute autorité de santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. Mars 2015 [Consulté le 08 Décembre 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
- [20] Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. Ann Fam Med. juin 2005;3(3):223-8
- [21] OMS. Former les personnels de santé au XXI^{ème} siècle [Internet]. OMS ;2005 [Consulté le 08 Décembre 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report_fre.pdf
- [22] IRDES. La polymédication : définitions, mesures et enjeux [Internet]. IRDES ;décembre 2014 [Consulté le 08 Décembre 2020]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>
- [23] Haute autorité de santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. Haute autorité de santé ;2007 [Consulté le 08 Décembre 2020]. Disponible sur : https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf

[24] Organisation Mondiale de la Santé. International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI [Internet]. [Consulté le 19 avril 2021]. Disponible sur : http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

[25] Bachelet J. Parcours de soins des patients consultant au service d'accueil des Urgences du centre hospitalier d'Arras pour altération de l'état général et leur devenir à 1 an. Thèse de médecine générale, Lille II ; 2014.

[26] Fauchais AL, Puisieux F, Woestelandt H, Salomez F, Défaillie P. Altération de l'état général inexplicée du sujet âgé. Intérêt de la fibroscopie gastrique. Étude d'une cohorte de 77 patients avec un suivi à 13 mois. Rev Med Interne. 1997;18:490S-491S

[27] MOREAU S. Impact de l'altération de l'état général sur la durée d'hospitalisation. Etude à partir de 86 patients de plus de 75 ans admis dans le service d'accueil des urgences. Thèse de médecine, Tours : Université François Rabelais; 2011.

[28] Breuillac C. Altération de l'état général chez le patient âgé : Étude du devenir à 6 mois de 77 patients hospitalisés pour ce motif en court séjour gériatrique et recherche de facteurs prédictifs d'évolution défavorable. Thèse de médecine générale, Bordeaux : Université de Bordeaux; 2018

[29] Activité de court séjour gériatrique. Jeandel C, Aquino JP, Berrut G, Chassagne P, Emeriau JP, Maubourguet N et al. Livre blanc de la gériatrie française. Paris : ESVproductions; 2011. p. 1-300

[30] Almirall J, Fortin M. The co existence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases. Journal of Comorbidity, v.3, n.1, p.-4-9, oct.2013

[31] Andres E, Mecili M, Ciobanu E. Que cache le concept d'altération de l'état général ? Étude de 200 cas. La revue de médecine interne. 2010 Juin;31:54

[32] Jansky L, Taizé S, Schmid J. Altération de l'état général : un motif de passage fréquent aux urgences pour des personnes âgées. Journal Européen des Urgences. 2008;21:A149.

ANNEXES

Annexe 1 : Classification de la CIM-10

R53 Malaise et fatigue

Inclus :

Altération de l'état général

Asthénie:

- SAI
- chronique
- nerveuse

Fatigabilité

Léthargie

Excl.:

Débilité:

- congénitale ([P96.9](#))
- sénile ([R54](#))

Épuisement et fatigue (dus à) (au cours de):

- asthénie sénile ([R54](#))
- chaleur ([T67.-](#))
- combat ([F43.0](#))
- exercice physique excessif ([T73.3](#))
- exposition aux éléments ([T73.2](#))
- grossesse ([O26.8](#))
- neurasthénie ([F48.0](#))

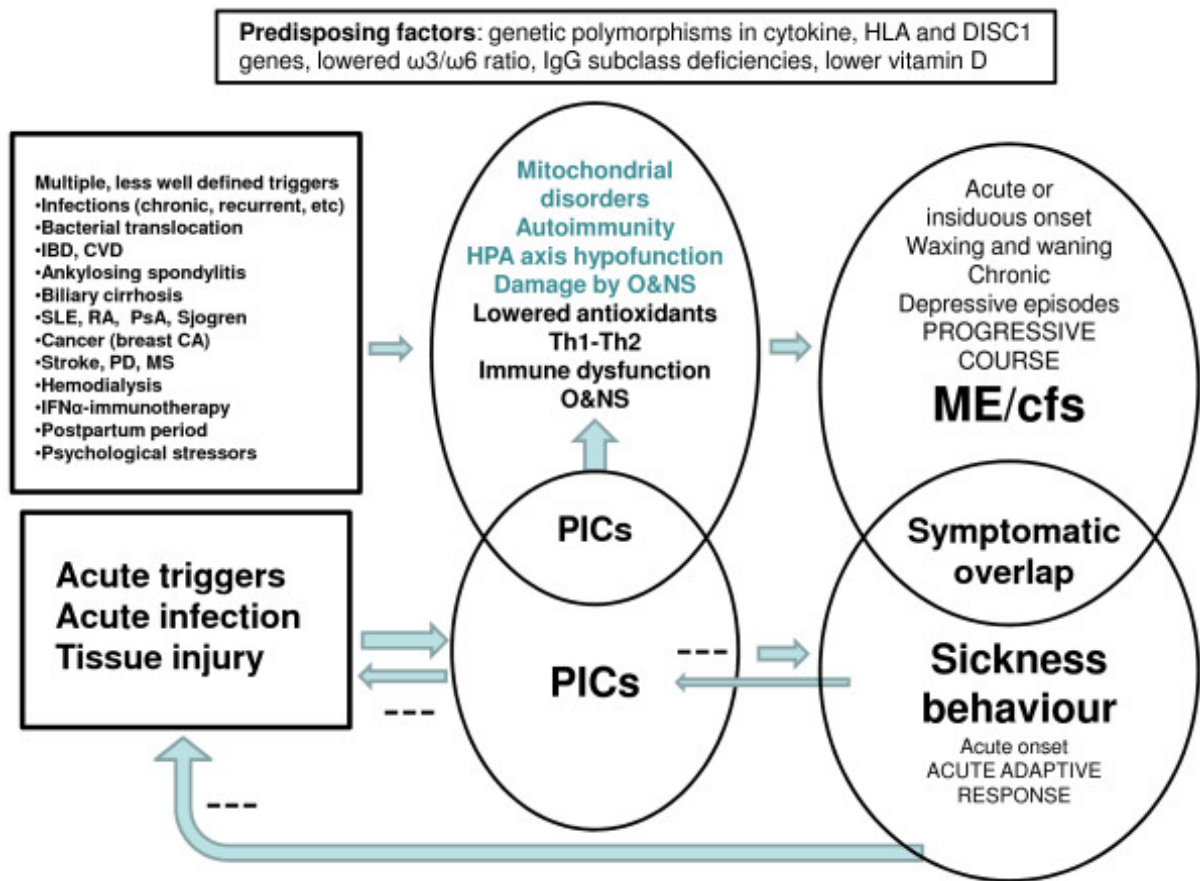
Syndrome de fatigue ([F48.0](#))

- post-virale ([G93.3](#))

Annexe 2 : Échelle de Karnofsky

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

Annexe 3 : Figure comparant la « sickness behaviour » et la dépression clinique



SERMENT MÉDICAL

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

Résumé :

Date de soutenance : 13/12/2021

Titre en Français : Altération de l'état général : quelles pathologies se cachent derrière ce motif d'hospitalisation pour la personne gériatrique ?

Introduction : L'objectif de notre étude est de rechercher chez le sujet gériatrique hospitalisé avec comme motif d'hospitalisation : Altération de l'État Général (AEG), les pathologies retrouvées et leurs proportions.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective, observationnelle, multicentrique portant sur les patients de plus de 75 ans admis dans les services de médecine d'aval des urgences MAU 1 et MAU 2 sur l'hôpital d'Instruction des Armées de Robert Picqué et de court séjour gériatrique sur l'hôpital de la Maison de santé protestante Bagatelle entre le 01/09/18 et le 01/09/19, avec comme motif d'hospitalisation initial : AEG.

Nous avons inclus tous les dossiers comportant comme motif d'hospitalisation : AEG, dégradation de l'état général. Lorsque le motif d'hospitalisation n'était pas défini dans le dossier, nous sommes alors allés rechercher dans l'anamnèse, l'association des éléments suivants correspondant à la définition de l'AEG : à savoir l'asthénie, l'anorexie et l'amaigrissement depuis plusieurs semaines ou mois.

Nous avons exclu tous les dossiers retrouvant pour motif : AEG récente, AEG associé à un ou plusieurs symptômes type dyspnée, fébricule etc...

Parmi les symptômes évoqués précédemment (asthénie, anorexie et amaigrissement), si un seul élément était manquant, alors le dossier était exclu. Si cette triade était présente mais seulement depuis quelques jours, le dossier était également exclu.

Le critère de jugement principal était : la proportion en pourcentage des principaux types de pathologies et/ou problèmes psychosociaux et familiaux retrouvés au cours de la prise en charge hospitalière des patients dont le motif d'hospitalisation initial en gériatrie est : AEG.

Résultats : L'étude montre que les principales pathologies retrouvées étaient infectieuses à 38,8 %, oncologique à 14,09 %, cardiologique à 8,33 %, gériatrique à 7,55 % et neurologique à 6,52 %, soit 75,27 % des motifs d'AEG.

Discussion/Conclusion : Nous concluons d'après les résultats obtenus dans notre étude qu'un même motif l'AEG peut se traduire chez nos malades par des pathologies, des cadres nosologiques, mais également des niveaux de gravité extrêmement différents.

Titre en Anglais : Deterioration of general condition: what diseases are hiding behind this hospitalization admission for geriatric person?

Disciplines : Médecine générale, Gériatrie

Mots clés : altération de l'état général, personne âgée

Intitulé et adresse de l'UFR :

Thèse de doctorat en médecine

Spécialité : MÉDECINE GÉNÉRALE

UFR des SCIENCES MÉDICALES, Département de Médecine Générale, Université de Bordeaux

146, rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux