



HAL
open science

Étude comparative des patients adressés par le médecin généraliste pour hospitalisation en court séjour gériatrique : via le service d'accueil des urgences ou par admission directe via une ligne téléphonique dédiée

Antoine Delpech

► To cite this version:

Antoine Delpech. Étude comparative des patients adressés par le médecin généraliste pour hospitalisation en court séjour gériatrique : via le service d'accueil des urgences ou par admission directe via une ligne téléphonique dédiée. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03701690

HAL Id: dumas-03701690

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03701690>

Submitted on 22 Jun 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 CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

DELPECH Antoine

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2022

**ÉTUDE COMPARATIVE DES PATIENTS ADRESSÉS PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE POUR
HOSPITALISATION EN COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE : VIA LE SERVICE D'ACCUEIL DES
URGENCES OU PAR ADMISSION DIRECTE VIA UNE LIGNE TÉLÉPHONIQUE DÉDIÉE**

Directeur de thèse : Madame BILLAULT Claire, Docteur, Gérontopôle CHU Clermont-Ferrand

Président du jury : Madame LAPORTE Catherine, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur SCHMIDT Jeannot, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

DELPECH Antoine

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2022

**ÉTUDE COMPARATIVE DES PATIENTS ADRESSÉS PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE POUR
HOSPITALISATION EN COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE : VIA LE SERVICE D'ACCUEIL DES
URGENCES OU PAR ADMISSION DIRECTE VIA UNE LIGNE TÉLÉPHONIQUE DÉDIÉE**

Directeur de thèse : Madame BILLAULT Claire, Docteur, Gérontopôle CHU Clermont-Ferrand

Président du jury : Madame LAPORTE Catherine, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur SCHMIDT Jeannot, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE
PREMIERE VICE-PRESIDENTE
CHARGEE DU PILOTAGE ET DES MOYENS
VICE PRESIDENTE CHARGEE DE LA FORMATION
VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA RECHERCHE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **FOGLI** Anne
: **PEYRARD** Françoise
: **PREVOT** Vanessa
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAMOIX Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mme VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - CAILLAUD Denis - DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - POULY Jean-Luc

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie

M. SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
Mme BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. MOISSET Xavier	Neurologie
M. SAMALIN Ludovic	Psychiatrie d'Adultes
M. THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M. VORILHON Philippe	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne Nutrition Humaine

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne Médecine Générale
M. CAMBON Benoît Médecine Générale
M. TANGUY Gilles Médecine Générale
M. BERNARD Pierre Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne Nutrition
Mme FOGLI Anne Biochimie Biologie Moléculaire
Mme GOUAS Laetitia Cytologie et Histologie, Cytogénétique

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel Biophysique et Traitement de l'Image
Mme GOUY Carole Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric Bactériologie
Mme VERONESE Lauren Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien Bactériologie
Mme MIRAND Audrey Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric Pharmacologie Médicale
Mme COSTE Karen Pédiatrie
Mme AUMERAN Claire Hygiène Hospitalière
Mme NOURRISSON Céline Parasitologie - Mycologie
Mme PONS Hanaë Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction

2ème CLASSE

M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence
M. CHENAF Chouki	Pharmacologie Clinique

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
DE MEDECINE GENERALE**

1ère CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mme AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mme GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. PIZON Frank	Santé Publique
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme ESCHALIER Bénédicte

Mme RICHARD Amélie

M. TESSIERES Frédéric

Mme ROUGE Laure

Mme BERTRAND-JARROUSSE Véronique

Mme VICARD-OLAGNE Mathilde

Médecine Générale

Médecine Générale

Médecine Générale

Médecine Générale

Médecine Générale

Médecine Générale

Remerciements au jury

À Madame le Professeur Catherine LAPORTE, merci d'avoir accepté de présider ce jury en tant que Professeur en Médecine Générale, et d'y apporter votre regard et votre expertise. Soyez certaine de mon estime et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Jeannot SCHMIDT, merci de siéger parmi ce jury. Soyez assuré de ma gratitude quant à l'intérêt que vous portez à mon travail, ainsi que pour votre enseignement tout au long de mes études.

À Monsieur le Professeur Laurent GERBAUD, merci de siéger parmi ce jury. Je vous suis très reconnaissant pour votre pédagogie, votre disponibilité et pour vos précieux conseils dans la réalisation de cette thèse.

À Madame le Docteur Claire BILLAULT, merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, et de m'avoir accompagné dans ce travail avec patience et rigueur. Merci pour les conseils, les relectures et les corrections. Merci enfin pour ta bienveillance et ta disponibilité.

Remerciements personnels

À Élodie, parce que tu as changé ma vie. Merci pour ta patience, ta douceur, ton intelligence. Merci de m'accompagner au quotidien et de me soutenir dans ce que j'entreprends. Merci pour toute l'aide que tu m'as apportée dans la réalisation de cette thèse. Et puis surtout, merci pour le bonheur qui nous attend ensemble. Je t'aime.

À Clélie, parce que toi aussi, tu as changé ma vie. Ton sourire et ton affection dissipent tellement facilement le cynisme et les aigreurs. Merci de faire de moi « le meilleur des Antoine ».

À mes parents, Gilles et Nathalie, pour tout ce que vous m'avez apporté et appris depuis mon enfance. Merci d'avoir enduré mon inconstance tout au long de mes études. Merci surtout de votre amour et votre soutien permanents.

À ma sœur, Cécile, merci de m'avoir aidé dans les moments difficiles, de m'avoir montré le chemin quand j'étais perdu, et de m'accompagner toujours avec ton dynamisme et ta bonne humeur. Merci à Vincent, qui sait cumuler avec brio ses fonctions d'ami et de beau-frère. Et merci à mes neveux Edgar et Georges pour leurs rires et leur affection.

Aux autres membres de ma famille, oncles, tantes et cousins qui m'ont accompagné. Je pense particulièrement à mes grands-parents Paul, Geneviève, André et Monette à qui je dois tant et qui, je le sais, auraient été heureux d'être présents aujourd'hui.

À Guy et Bernadette, merci de votre accueil et de votre bienveillance à mon égard. Je suis très flatté d'avoir eu si rapidement ma paire de pantoufles personnelle à Borne.

Aux amis de toujours, Arthur et Charles évidemment avec qui j'ai partagé tant de choses depuis l'enfance. Merci aussi à Caroline, Agathe, Adrien et Louis pour tous les souvenirs. Et merci bien sûr à Béatrice, Jean-Luc, Fred et Valérie de nous avoir supportés.

À Jérémy, le graphiste, le musicien, mais surtout le présentateur d'émissions culinaires, et à Léa.

À Seb, presque mon homonyme mais complètement mon ami, pendant les cours à la fac parfois et les soirées pizza souvent. À Luc et Émilie, pour les jeux de société dont les règles deviennent plus simples après quelques bières (belges bien sûr), et au petit Arthur.

À Guillaume, éminent joueur de squash mont-dorien, pour les bières et les soirées blind-test.

À Claire, pour sa bonne humeur pendant l'externat (et bien après), malgré mes retards matinaux pour aller à Cébazat. À Xavier, évidemment, qui a su profiter de ces retards. Et à Juliette enfin, qui ne serait peut-être pas là si j'avais été à l'heure.

À Camille, auditrice passionnée des staffs de néphrologie et, avec Tim, championne de ski de descente en Basse-Normandie.

À Stéphane, étudiant en médecine à temps partiel, attracteur de carapaces bleues, et animateur infatigable de soirées aussi invraisemblables que houblonnées.

À Vladimir, contremaitre fourminaire, élu de la République, mais surtout le plus grand exégète de Claude François de sa génération.

Aux amis de Montélimar, Simon, Sophie, Hélène, Romain, Léa et tous les autres, pour un stage de FFI très intense, surtout en barbecues. C'est toujours un plaisir de crapahuter un peu partout avec vous.

Aux médecins et au personnel du pôle urgences du CH de Moulins, aux docteurs Sylvie MEUNIER et Jonathan LYON-BILGER, aux médecins et au personnel du service de pédiatrie du CH d'Aurillac, ainsi que du service de médecine du CH du Mont-Dore, pour leur compétence et leur implication au cours de ma formation d'interne.

Aux docteurs Bruno BOUVIER et Maxence BOUVIER, ainsi qu'aux autres médecins et personnels de la maison de santé de Saint-Pourçain-sur-Sioule, pour leur professionnalisme et leur bienveillance, y compris après la fin de mon internat.

Aux médecins du pôle de gériatrie du CHU de Clermont-Ferrand, autant pour leur implication dans ma formation d'interne que pour leur participation à mon travail de thèse. Merci aux docteurs Jérôme BOHATIER, Valérie MACTOUX, Tiphaine VERMEERSCH, Angeline GUYOT-LENAT, Camille JOYON, Julia DESBONNET, Marion DE ROSA.

Au docteur Gilles DUFAYET, pour sa sympathie et sa bienveillance lors de mon arrivée à Cournon. Aux docteurs Pierre CHAPUT, Sophie DUBREUIL et Romain DUTHOY, avec qui j'ai hâte de continuer à travailler.

Table des matières

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....	13
LISTE DES ABREVIATIONS	13
1. INTRODUCTION	15
1.1. Démographie.....	15
1.2. Le patient âgé.....	16
1.3. Le Service d'Accueil des Urgences	16
1.4. La filière gériatrique	18
1.5. Le COGERT.....	19
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES	20
2.1. Nature de l'étude et objectif principal.....	20
2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion	20
2.3. Variables étudiées.....	21
2.3.1. <i>Données démographiques</i>	21
2.3.2. <i>Évaluation de l'autonomie et existence d'un plan d'aide à domicile</i>	21
2.3.3. <i>État cognitif</i>	22
2.3.4. <i>État nutritionnel</i>	23
2.3.5. <i>Antécédents médicaux</i>	24
2.3.6. <i>Motif d'admission et durée de l'hospitalisation</i>	25
2.3.7. <i>Mode de sortie</i>	25
2.4. Objectif secondaire	25
2.5. Analyse statistique	26
3. RÉSULTATS	28
3.1. Description des groupes	28
3.2. Résultats des variables étudiées.....	29
3.2.1. <i>Données démographiques</i>	29
3.2.2. <i>Évaluation de l'autonomie et existence d'un plan d'aide à domicile</i>	31
3.2.3. <i>État cognitif</i>	33
3.2.4. <i>État nutritionnel</i>	33
3.2.5. <i>Antécédents médicaux</i>	33
3.2.6. <i>Motif d'admission et durée d'hospitalisation</i>	35
3.2.7. <i>Mode de sortie</i>	38
3.3. Objectif secondaire	40
4. DISCUSSION.....	42
4.1. Analyse des résultats	42
4.2. Points forts et faiblesses de l'étude.....	46
4.3. Impact clinique et perspectives	48
5. CONCLUSION	51
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52

ANNEXE I : ÉCHELLE ADL.....	54
ANNEXE II : ÉCHELLE MMSE.....	55
ANNEXE III : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA DÉNUTRITION DE LA PERSONNE ÂGÉE (HAS 2007).....	56
ANNEXE IV : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA DÉNUTRITION DE LA PERSONNE ÂGÉE (HAS 2021).....	57
ANNEXE V : SCORE DE COMORBIDITES DE CHARLSON	58
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	59

Liste des figures et des tableaux

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de flux	29
Figure 2 : Existence d'un plan d'aide à domicile en fonction du mode d'admission.....	32
Figure 3 : Polymédication et hospitalisation récente par mode d'admission	34
Figure 4 : Répartition des motifs d'admission dans le groupe COGERT	36
Figure 5 : Répartition des motifs d'admission dans le groupe URGENCES.....	36
Figure 6 : Comparaison de l'orientation des patients en fonction du mode d'admission	38

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des sexes en fonction du mode d'admission	29
Tableau 2 : Patients résidant à plus de 30 km du SAU en fonction du mode d'admission	30
Tableau 3 : Statut marital en fonction du mode d'admission.....	30
Tableau 4 : Mode de vie en fonction du mode d'admission.....	30
Tableau 5 : Passage infirmier en fonction du mode d'admission	31
Tableau 6 : Passage d'une aide-ménagère en fonction du mode d'admission	31
Tableau 7 : Portage des repas en fonction du mode d'admission.....	31
Tableau 8 : Présence des aidants au quotidien en fonction du mode d'admission	32
Tableau 9 : Polymédication en fonction du mode d'admission.....	34
Tableau 10 : Hospitalisation dans l'année précédente en fonction du mode d'admission.....	34
Tableau 11 : Motif d'admission en fonction du mode d'admission	35
Tableau 12 : Orientation des patients en fonction du mode d'admission	38
Tableau 13 : Comparaison des décès et des motifs correspondants en fonction du mode d'admission	39
Tableau 14 : Pertinence du passage au SAU en fonction du mode d'admission.....	40
Tableau 15 : Motivations des avis du comité d'experts.....	41

Liste des abréviations

ADL : Activités de la Vie Quotidienne

AEG : Altération de l'État Général

AIT : Accident Ischémique Transitoire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CEGERM : Centre d'Évaluation Gériatrique Et des troubles de la Mémoire

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COGERT : Coordination Gériatrique par Télé-médecine

CRP : C Réactive Protéine

CSG : Court Séjour Gériatrique

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de confiance (à 95 %)

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État

IPA : Infirmier(ère) en Pratique Avancée

MMSE : Mini Mental State Examination

MNA : Mini Nutritional Assessment

OR : Odds Ratio (Rapport de Cotes)

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

UMG : Unité Mobile de Gériatrie

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquises

1. Introduction

1.1. Démographie

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation de la charge en soins du système de santé. Cela concerne autant les médecins de ville que les hospitaliers. Ce constat est amené à s'amplifier dans les années à venir du fait de considérations démographiques. En France, les 75 ans et plus représentent aujourd'hui 6 millions de personnes; ils représenteront 8.4 millions de personnes à l'horizon 2030 (1).

Dans le département du Puy-de-Dôme que concerne cette étude, les 75 ans et plus représentent plus de 65000 personnes (soit 10,0% de la population) au recensement de 2018, soit une croissance de 12% en 10 ans (2).

Si on élargit à l'ensemble de la région Auvergne, les 75 ans et plus représentent plus de 160000 personnes (soit 11,9% de la population) au recensement de 2018, soit une croissance de 11,9% en 10 ans (2-5).

En 2017, ce sont 39.8 % des personnes âgées de 80 ans et plus qui ont été hospitalisées, et ce chiffre est en forte croissance (1). Au-delà du simple critère d'âge, cette statistique dissimule une grande diversité de situations allant de la personne âgée mais autonome, à la personne âgée polypathologique, en perte d'autonomie, vulnérable ou fragile à des degrés divers, pour laquelle l'orientation dans le système hospitalier est plus problématique.

1.2. Le patient âgé

En plus du vieillissement physiologique, l'allongement de l'espérance de vie va de pair avec une majoration de la prévalence des pathologies chroniques. Chez le patient âgé, ici défini comme ayant 75 ans ou plus, il n'est pas rare de constater la présence simultanée de plusieurs pathologies chroniques, à l'origine d'un risque accru de complications aiguës et d'hospitalisations (6). De plus, la polypathologie implique souvent en parallèle une polymédication (avec potentiellement des prescripteurs multiples) qui est en elle-même un facteur de risque d'interactions médicamenteuses parfois sévères (7) et de décompensations.

Du fait du vieillissement et des pathologies qui y sont associées, le patient âgé est à même d'être confronté à la perte d'autonomie et à la dépendance (8), définies comme suit.

L'autonomie est la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement et la liberté de pouvoir agir. Elle relève donc à la fois des aptitudes physiques et mentales de la personne.

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

1.3. Le Service d'Accueil des Urgences

Pour ce qui est des Services d'Accueil des Urgences (SAU), ils sont concernés au premier chef par l'afflux de patients âgés, qui est amené à s'amplifier au cours des années à venir (1,9,10).

De fait, au niveau national, ce sont 25 % des passages au SAU suivis d'une hospitalisation qui

concernent des patients de 80 ans et plus, et 46 % des admissions en Court Séjour Gériatrique (CSG) se font par les urgences (1).

Évidemment, certaines situations médicales d'urgence rendent indispensable le passage des patients, y compris des patients âgés, par le SAU. Cela étant dit, les personnes âgées polypathologiques, pour lesquelles les problématiques médicales, d'autonomie et sociales ont tendance à s'enchevêtrer, sont à l'origine de passages aux urgences longs et complexes par rapport à la population générale (10,11). En moyenne, 23 % des 75 ans et plus passent au moins 8 heures au SAU contre 10 % pour les 15-74 ans (1). Pire encore, cette inflation du temps de passage au SAU est pourvoyeuse d'effets indésirables, en particulier de syndromes confusionnels, de complications de décubitus, de iatrogénie, et de perte d'autonomie (12,13).

Cela constitue une perte de chance importante pour les patients âgés et ce d'autant plus que ces derniers représentent une part importante de passages inappropriés au SAU, où ils sont parfois adressés par les médecins généralistes dans une optique d'hospitalisation, sans critère d'urgence avéré, en particulier ceux présentant le plus de comorbidités, isolés socialement ou en perte d'autonomie (14).

De cela, nous pouvons conclure qu'un parcours d'hospitalisation évitant aux patients âgés un passage par un service d'urgence est utile et souhaitable pour eux, dans la mesure où celui-ci ne s'impose pas médicalement.

1.4. La filière gériatrique

La Durée Moyenne de Séjour (DMS) des personnes âgées est supérieure à celle de la population générale, et les hospitalisations longues ont des conséquences néfastes par la suite, avec iatrogénie, perte d'autonomie et ré-hospitalisations fréquentes (15).

Le bénéfice qu'ont les patients âgés à être pris en charge dans une filière gériatrique spécialisée a été démontré, que ce soit dans la durée de séjour, la survenue d'évènements indésirables, la perte d'autonomie, les ré-hospitalisations ou la mortalité (16–19).

Au CHU de Clermont-Ferrand, la filière gériatrique est située sur trois sites : CH Guy Thomas de Riom, CHU Louise Michel à Cébazat et CHU Gabriel Montpied à Clermont-Ferrand. On compte :

- 3 services de CSG de 75 lits
- 2 services de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) de 56 lits
- une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) de 24 lits
- des services d'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) de 114 lits, d'USLD (Unité de Soins de Longue Durée) de 110 lits, et une UHR (Unité d'Hébergement Renforcée) de 12 lits
- une unité de Consultations d'Evaluation Gérontologique et des troubles de la Mémoire (CEGERM)
- une Unité Mobile de Gériatrie (UMG) et une antenne d'onco-gériatrie
- la Coordination Gérontologique par Télémédecine (COGERT)

1.5. Le COGERT

Le COGERT est une permanence téléphonique assurée par les médecins du Court Séjour Gériatrique du CHU, créée en 2012. Il est disponible les jours de semaine, du lundi au vendredi, de 9h à 18h30 pour les médecins généralistes des secteurs de Clermont-Ferrand et de Riom. Il met en relation les médecins appelants avec les médecins gériatres du CHU par le biais d'une ligne téléphonique directe. Son objectif est de mettre à disposition du médecin demandeur facilement et sans intermédiaire une évaluation gériatrique, qui peut déboucher ou non sur une proposition d'hospitalisation, le médecin du COGERT ayant accès en temps réel aux lits disponibles en Court Séjour Gériatrique.

Par conséquent, le COGERT permet pour les patients âgés de bénéficier facilement d'un avis gériatrique et éventuellement de se voir proposer une place en hospitalisation directe, et donc d'éviter d'un passage au Service d'Accueil des Urgences dans la mesure où celui-ci ne s'imposerait pas.

Sur l'année 2020, 1812 patients ont été hospitalisés au CSG. Parmi eux, 409 l'ont été directement depuis leur lieu de vie suite à un appel au COGERT, et 1208 depuis le SAU ou l'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) du CHU de Clermont-Ferrand ou du CH de Riom.

2. Matériel et méthodes

2.1. Nature de l'étude et objectif principal

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, rétrospective et monocentrique.

L'objectif principal de cette étude est de comparer la population des patients adressés en hospitalisation dans un CSG par un médecin généraliste après appel au COGERT ou par un passage au SAU.

2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Sont inclus dans l'étude les patients de 75 ans et plus, admis en CSG au CHU de Clermont-Ferrand à la demande d'un médecin généraliste (médecin traitant, médecin remplaçant, de garde, ou membre d'une structure de soins ambulatoires d'urgences type SOS médecins), via le COGERT ou via les urgences, entre le 21 janvier et le 3 mai 2019.

Ne sont pas inclus dans l'étude les patients admis sans être adressés par le médecin généraliste (amenés aux urgences par le SMUR ou les sapeurs-pompiers par exemple), ou admis à partir d'autres services hospitaliers (transférés depuis les services de réanimation par exemple).

A partir de ces critères, nous distinguerons deux groupes : celui des patients admis au CSG après appel du COGERT par le médecin, et celui des patients adressés par le médecin aux urgences du CHU de Clermont-Ferrand ou du CH de Riom puis admis au CSG.

2.3. Variables étudiées

2.3.1. Données démographiques

Les groupes sont comparés selon l'âge et le sexe. Pour les patients résidant à domicile, on compare aussi la présence d'un conjoint, par opposition à une vie seule au domicile (célibat, séparation ou veuvage).

On distingue également les patients selon leur lieu de vie : domicile (ici défini comme un domicile individuel privé, maison ou appartement) ou vie en collectivité (principalement en EHPAD, éventuellement foyer logement), ainsi qu'en fonction de l'isolement géographique. Le critère retenu pour cette dernière variable est une distance de plus de 30 kilomètres du SAU le plus proche (Clermont-Ferrand ou Riom).

2.3.2. Évaluation de l'autonomie et existence d'un plan d'aide à domicile

L'autonomie est évaluée selon l'échelle ADL, qui permet l'estimation de l'autonomie des patients dans les Activités de la Vie Quotidienne. Cette échelle prévoit une cotation sur 6 items : alimentation, toilette, habillage, transfert, continence, utilisation des toilettes.

Pour chaque item, on attribue un score de 0 pour une dépendance totale, 0.5 pour une dépendance partielle et 1 pour l'indépendance. Cela donne un score compris entre 0 et 6. (Cf Annexe I). Ce score ADL est réalisé à l'admission pour tous les patients admis au CSG.

La présence d'aides a été évaluée pour les patients résidant à leur domicile selon quatre modalités : passage d'une infirmière, passage d'une aide-ménagère, livraison de repas à domicile, et présence d'aidants (par exemple des enfants).

2.3.3. État cognitif

L'état cognitif des patients a été estimé par le MMSE (Mini Mental State Examination), test d'évaluation rapide des facultés cognitives des patients. La réalisation d'un MMSE fait partie de l'évaluation gériatrique de tous les patients hospitalisés au CSG.

Ce test est recommandé en première intention par la Haute Autorité de Santé dans le dépistage des troubles cognitifs. Il est donc utilisé de manière courante en gériatrie pour le repérage et l'orientation diagnostique de troubles cognitifs. Il est composé de 6 items :

- Orientation dans le temps (sur 5 points) et dans l'espace (sur 5 points)
- Apprentissage d'une liste de trois mots (sur 3 points)
- Attention et calcul (sur 5 points)
- Rappel des 3 mots précédents (sur 3 points)
- Évaluation des capacités de langage (sur 8 points)
- Évaluation des praxies (sur 1 point)

Ces différents items donnent un score sur 30 points (Cf **annexe II**). Le test doit au mieux être effectué à distance d'un évènement aigu pouvant être à l'origine d'un syndrome confusionnel. On suspecte des troubles cognitifs avérés en deçà de 24/30. Le résultat est à corrélérer au niveau socio-éducatif du patient.

2.3.4. État nutritionnel

L'état nutritionnel des patients a été évalué selon des critères cliniques et biologiques, en accord avec les recommandations de la HAS de 2007 (Cf **annexe III**).

Cliniquement, le critère d'évaluation retenu est l'IMC (Indice de Masse Corporelle), défini selon la formule « $IMC = \text{poids} / (\text{taille})^2$ », où le poids est donné en kilogrammes et la taille en mètres.

Biologiquement, l'état nutritionnel des patients a été évalué par le dosage de l'albuminémie.

Les recommandations de la HAS de 2007 font reposer le diagnostic de dénutrition sur la présence d'au moins un critère parmi :

- Une perte de poids de plus de 5 % de la masse corporelle en 1 mois ou de plus de 10 % de la masse corporelle en 6 mois (dénutrition sévère si plus de 10 % sur 1 mois ou plus de 15 % sur 6 mois)
- Un IMC inférieur à 21 kg/m² (dénutrition sévère si inférieur à 18 kg/m²)
- Une albuminémie (corrigée) inférieure à 35 g/L (dénutrition sévère si inférieure à 30 g/L)
- Un MNA (Mini Nutritional Assessment : questionnaire de dépistage de la dénutrition) global inférieur à 17

Il faut noter que de nouvelles recommandations de la HAS concernant le diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée ont été publiées en 2021, après la période du recueil de données de cette étude (Cf **annexe IV**).

2.3.5. Antécédents médicaux

Les antécédents personnels des patients ont été quantifiés en utilisant le score de Charlson (Cf **annexe V**), qui est un index pondéré de comorbidités permettant d'évaluer l'état de santé des patients, également utilisé comme facteur prédictif de mortalité à un an.

Il prend en compte l'âge des patients, ainsi que leurs différents antécédents et pathologies chroniques en attribuant à chacun un score pondéré par leur sévérité :

- 1 point par décennie après l'âge de 40 ans (par exemple 4 points de 71 à 80 ans, 5 points de 81 à 90 ans, etc.)
- 1 point par pathologie parmi : SCA (Syndrome Coronarien Aigu), angor, AVC (Accident Vasculaire Cérébral) ou AIT (Accident Ischémique Transitoire), démence, troubles pulmonaires obstructifs, connectivite ou maladie de système, ulcère gastro-duodéal, pathologie hépatique sans gravité
- 2 points par pathologie parmi : diabète avec complication, hémiplégie, maladie rénale chronique modérée ou sévère, tumeur solide non métastatique, leucémie, lymphome
- 3 points si pathologie hépatique modérée ou sévère
- 6 points par pathologie parmi : tumeur solide métastatique, SIDA (Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquises)

Les autres facteurs étudiés sont la polymédication des patients, potentiellement iatrogène, et définie comme la présence de 4 molécules différentes ou plus en prise quotidienne sur l'ordonnance des patients, ainsi que l'existence d'une hospitalisation récente (datant de moins d'un an) dans les services de CSG.

2.3.6. Motif d'admission et durée de l'hospitalisation

Le motif d'admission a été recueilli sur le compte-rendu d'hospitalisation du CSG de chaque patient, en même temps que la durée de l'hospitalisation. Les motifs d'hospitalisation proches ont été regroupés en catégories.

2.3.7. Mode de sortie

Quatre modes de sortie possibles ont été retenus : retour à domicile (y compris retour en EHPAD pour les patients y résidant déjà avant l'hospitalisation), nouvelle institutionnalisation en EHPAD (ou dans une autre structure de vie en collectivité), transfert dans un autre service (dont SSR), et décès.

En ce qui concerne les décès, leurs causes seront répertoriées et comparées dans l'hypothèse d'une surmortalité dans l'un des deux groupes.

2.4. Objectif secondaire

En ce qui concerne le groupe de patients URGENCES, il a été décidé d'évaluer en objectif secondaire la pertinence de leur passage aux urgences (contre une admission directe via le COGERT) par un comité d'experts. Il s'agit bien d'établir cette pertinence a priori, sur les critères accessibles au médecin généraliste au moment d'adresser le patient aux urgences (motif d'admission, critères cliniques, durée de l'évolution des symptômes, date et heure de l'admission au SAU), et non pas a posteriori en fonction des éventuels résultats d'examens complémentaires ou d'un diagnostic final.

Ce comité d'experts était composé de médecins du CSG qui intervenaient régulièrement dans le cadre du COGERT, donc à même de juger en connaissance de l'utilité qu'aurait pu avoir un recours au COGERT par le médecin généraliste pour éviter le passage au SAU des patients.

2.5. Analyse statistique

Les données des variables précédemment citées sont comparées dans l'hypothèse que les deux groupes sont similaires dans leur structure. On suppose une absence de différence dans les données démographiques, l'évaluation de l'autonomie, l'état cognitif, l'état nutritionnel et les antécédents médicaux. On suppose également que les motifs d'admission, la durée d'hospitalisation et le mode de sortie seront identiques.

Les données quantitatives continues ont été décrites par leurs moyennes et écarts-types (notés σ), comparées par le test de Student.

Les données quantitatives discrètes ont été décrites par leurs occurrences dans chaque groupe, comparées par le test du Khi-2.

Les résultats des données discrètes sont présentés sous la forme de leur rapport de cote (OR pour Odds Ratio), associés à leur intervalle de confiance à 95 % (IC). C'est l'ampleur des écarts ainsi obtenus qui permet de mettre en évidence une différence statistique entre les deux groupes.

La valeur de p est calculée dans tous les cas pour éliminer une erreur liée au hasard, le seuil de significativité statistique retenu étant $p < 0,05$.

Les analyses statistiques ont été effectués par mes soins, sous la supervision du Professeur Laurent Gerbaud, chef du service de Santé Publique au CHU de Clermont-Ferrand. Les données ont été recueillies et traitées informatiquement, grâce au logiciel Epi-Info v. 7.2.5.

3. Résultats

3.1. Description des groupes

485 patients ont été admis dans les services de CSG du CHU de Clermont-Ferrand entre le 21 janvier et le 3 mai 2019. Parmi eux, 319 ont été admis via les urgences du CHU de Clermont-Ferrand ou du CH de Riom, 106 ont été admis via le COGERT et 60 ont été transférés depuis d'autres services ou avaient un mode d'entrée inconnu.

Parmi les 319 patients admis via les urgences, nous avons pu identifier 86 patients adressés aux urgences par leur médecin traitant, cela étant mentionné dans l'observation du SAU ou dans le compte-rendu d'hospitalisation du CSG.

Les patients restants sont passés par les urgences en étant amenés par les sapeurs-pompiers, le SMUR, de leur propre chef, ou leur mode d'arrivée aux urgences n'était pas mentionné dans les observations.

Nous avons donc établi deux groupes de patients :

- Le groupe COGERT, composé de 106 patients admis en Court Séjour Gériatrique via le COGERT après appel d'un médecin, sans passage par les urgences.
- Le groupe URGENCES, composé de 86 patients admis en Court Séjour Gériatrique après avoir été adressés au Service d'Accueil des Urgences par un médecin.

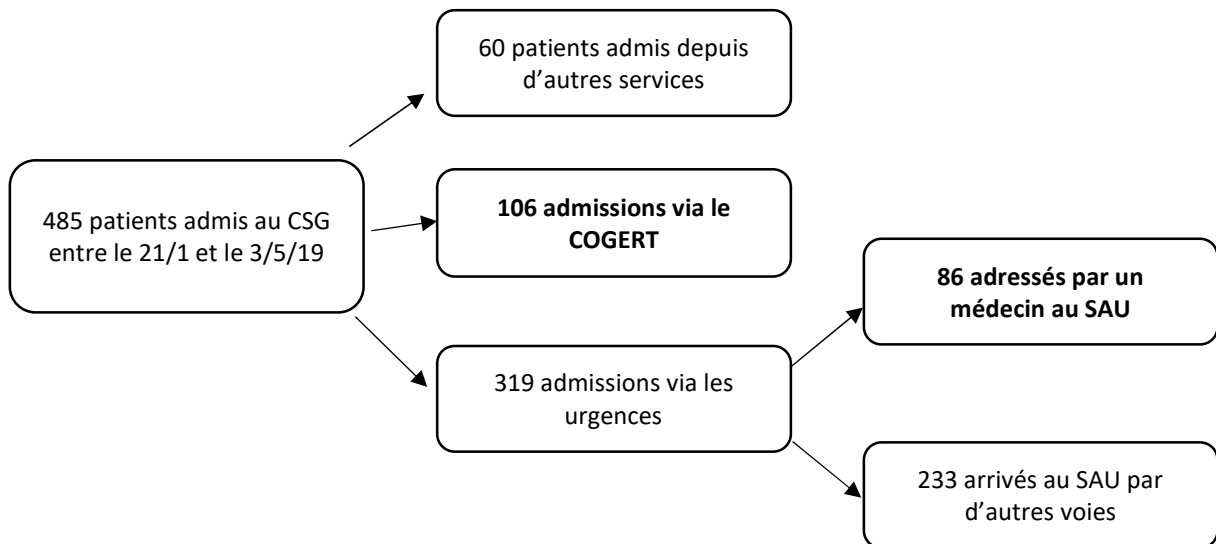


Figure 1 : Diagramme de flux

3.2. Résultats des variables étudiées

3.2.1. Données démographiques

Les données étudiées ne mettent pas en évidence de différence dans l'âge des patients des deux groupes (moyenne COGERT = 86,39 / σ = 5,89 ; moyenne URGENCES = 86,26 / σ = 5,54 ; p = 0,88), ni dans la répartition des sexes (COGERT : 74% de femmes et 26% d'hommes ; URGENCES : 70% de femmes et 30% d'hommes ; p = 0,56).

	Femmes	Hommes	TOTAL
COGERT	78	28	106
Urgences	60	26	86
TOTAL	138	54	192

Tableau 1 : Répartition des sexes en fonction du mode d'admission

Il est difficile de conclure quant à une sur-représentation significative dans le groupe URGENCES de patients vivant à plus de 30 kilomètres du SAU (OR = 1,60 ; IC = [0,63 ; 4,06] ; p = 0,32), ni quant à une sous-représentation de patients vivant en couple (OR = 0,78 ; IC = [0,40 ; 1,54] ; p = 0,47).

	Moins de 30 km	Plus de 30 km	TOTAL
COGERT	97	9	106
Urgences	74	11	85
TOTAL	171	20	191

Tableau 2 : Patients résidant à plus de 30 km du SAU en fonction du mode d'admission

	Seul, veuf ou séparé	Vie en couple	TOTAL
COGERT	40	29	69
Urgences	46	26	72
TOTAL	86	55	141

Tableau 3 : Statut marital en fonction du mode d'admission

On note toutefois une sur-représentation significative des patients vivant en EHPAD (et autres modes de vie en collectivité) dans le groupe COGERT (OR = 0,36 ; IC = [0,18 ; 0,74] ; p = 0,004).

	Vie à domicile	EHPAD	TOTAL
COGERT	71	35	106
Urgences	73	13	86
TOTAL	144	48	192

Tableau 4 : Mode de vie en fonction du mode d'admission

3.2.2. Évaluation de l'autonomie et existence d'un plan d'aide à domicile

La comparaison de l'échelle d'autonomie ADL ne montre pas de différence significative entre les deux groupes (moyenne COGERT = 3,79 / σ = 2,11 ; moyenne URGENCES = 4,11 / σ = 1,97 ; $p = 0,33$).

On ne peut pas affirmer qu'il y ait une différence entre les groupes dans le passage infirmier (OR = 0,84 ; IC = [0,44 ; 1,63] ; $p = 0,61$), le passage d'une aide-ménagère (OR = 1,72 ; IC = [0,87 ; 3,39] ; $p = 0,11$), ou le portage des repas (OR = 1,83 ; IC = [0,81 ; 4,10] ; $p = 0,14$).

	Pas de passage infirmier	Passage infirmier	TOTAL
COGERT	33	36	69
Urgences	38	35	73
TOTAL	71	71	142

Tableau 5 : Passage infirmier en fonction du mode d'admission

	Pas d'aide-ménagère	Aide-ménagère	TOTAL
COGERT	33	36	69
Urgences	25	47	72
TOTAL	58	83	141

Tableau 6 : Passage d'une aide-ménagère en fonction du mode d'admission

	Pas de portage des repas	Portage des repas	TOTAL
COGERT	57	12	69
Urgences	52	20	72
TOTAL	109	32	141

Tableau 7 : Portage des repas en fonction du mode d'admission

Il apparaît cependant une sur-représentation significative des patients bénéficiant du soutien d'un aidant à domicile dans le groupe COGERT (OR = 0,25 ; IC = [0,12 ; 0,50] ; p = 0,00007).

	Pas d'aidants présents	Aidants présents	TOTAL
COGERT	24	46	70
Urgences	48	23	71
TOTAL	72	69	141

Tableau 8 : Présence des aidants au quotidien en fonction du mode d'admission

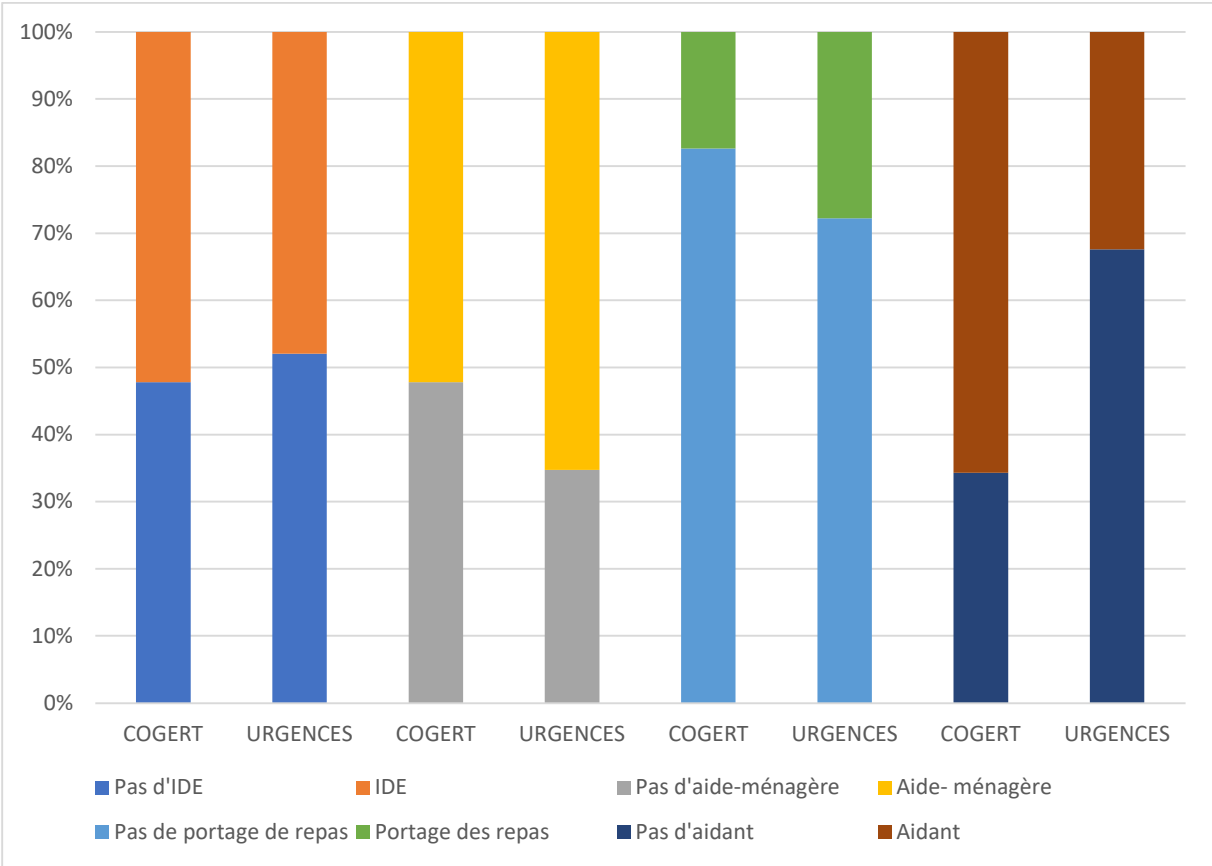


Figure 2 : Existence d'un plan d'aide à domicile en fonction du mode d'admission

3.2.3. État cognitif

La comparaison de l'état cognitif par le MMSE moyen des deux groupes montre une différence de 2 points, mais non statistiquement significative (moyenne COGERT = 18,36 / σ = 5,85 ; moyenne URGENCES = 20,35 / σ = 6,04 ; p = 0,10).

3.2.4. État nutritionnel

L'étude de l'IMC semble montrer une différence d'environ 2 points entre les deux groupes, mais cette différence n'est pas statistiquement significative (moyenne COGERT = 24,6 / σ = 6,4 ; moyenne URGENCES = 26,7 / σ = 6,0 ; p = 0,18). L'étude du poids seul ne montre pas de différence notable (moyenne COGERT = 63,3 / σ = 14,9 ; moyenne URGENCES = 64,8 / σ = 16,0 ; p = 0,50).

En ce qui concerne les critères biologiques, l'albuminémie n'est pas significativement différente entre les deux groupes (moyenne COGERT = 29,7 / σ = 4,9 ; moyenne URGENCES = 30,9 / σ = 5,6 ; p = 0,12).

3.2.5. Antécédents médicaux

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les estimations de l'état de santé des deux groupes par le score de Charlson (moyenne COGERT = 7,4 / σ = 2,5 ; moyenne URGENCES = 6,9 / σ = 2,1 ; p = 0,14).

En revanche, on remarque une sous-représentation statistiquement significative des patients avec une polymédication dans le groupe URGENCES (OR = 0,48 ; IC = [0,25 ; 0,93] ; p = 0,03).

Il en va de même concernant les patients ayant été hospitalisés en CSG dans l'année précédente (OR = 0,44 ; IC = [0,24 ; 0,80] ; p = 0,006).

	Pas de polymédication	Polymédication	TOTAL
COGERT	21	85	106
Urgences	29	57	86
TOTAL	50	142	192

Tableau 9 : Polymédication en fonction du mode d'admission

	Pas d'hospitalisation dans l'année	Hospitalisation dans l'année	TOTAL
COGERT	47	57	104
Urgences	56	30	86
TOTAL	103	87	190

Tableau 10 : Hospitalisation dans l'année précédente en fonction du mode d'admission

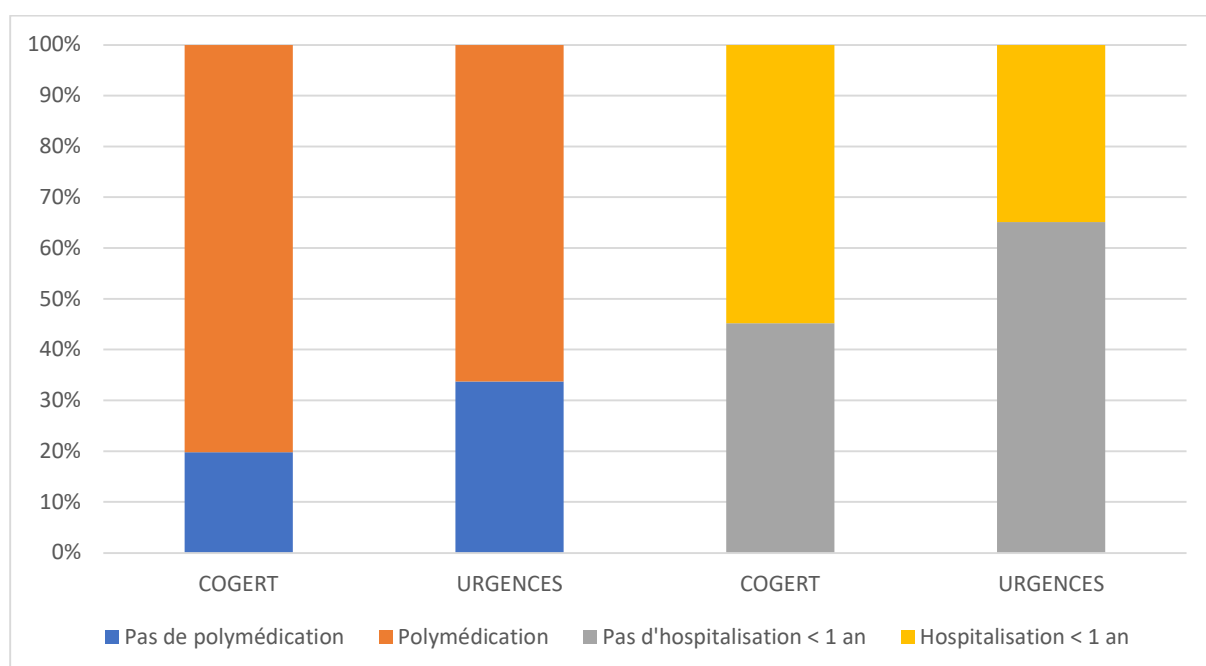


Figure 3 : Polymédication et hospitalisation récente par mode d'admission

3.2.6. Motif d'admission et durée d'hospitalisation

La répartition des motifs d'admission est explicitée dans le tableau suivant :

Catégorie	Motif	COGERT	Urgences	TOTAL
Motif neurologique	Confusion / troubles du comportement *	15	17	32
	Malaise avec chute	4	1	5
	Malaise sans chute	1	0	1
	AVC	0	1	1
	Vertiges	0	2	2
	Déficit neurologique	1	0	1
	Pathologie neurologique	1	1	2
Motif infectieux	Sepsis	4	0	4
	Pneumopathie	1	0	1
	Prostatite	1	0	1
	Infection (sans précision) *	4	14	18
	Hyperthermie	1	0	1
Motif orthopédique ou traumatologique	Chute et conséquences	2	6	8
	Fracture	1	0	1
	Tassement vertébral	0	1	1
	Hématome sous AVK	1	0	1
Motif cardio-respiratoire	Décompensation cardiaque *	8	8	16
	Décompensation respiratoire	1	1	2
	Embolie pulmonaire	1	0	1
	Dyspnée (sans précision)	1	3	4
Motif rhumatologique	Lombalgie	1	1	2
	Troubles de la marche	0	2	2
	Arthropathie	0	1	1
	Douleur (sans précision)	3	0	3
Pathologie digestive		0	6	6
Pathologie dermatologique		1	0	1
Néoplasie		4	2	6
Syndromes généraux	Pathologie métabolique	1	1	2
	Hypertension artérielle	0	2	2
	Défaillance multiviscérale	1	0	1
	Anémie *	15	3	18
	Déshydratation	0	2	2
	Perte d'autonomie	5	3	8
	AEG *	26	8	34
	Troubles cognitifs	0	1	1
TOTAL		106	85	191

Tableau 11 : Motif d'admission en fonction du mode d'admission

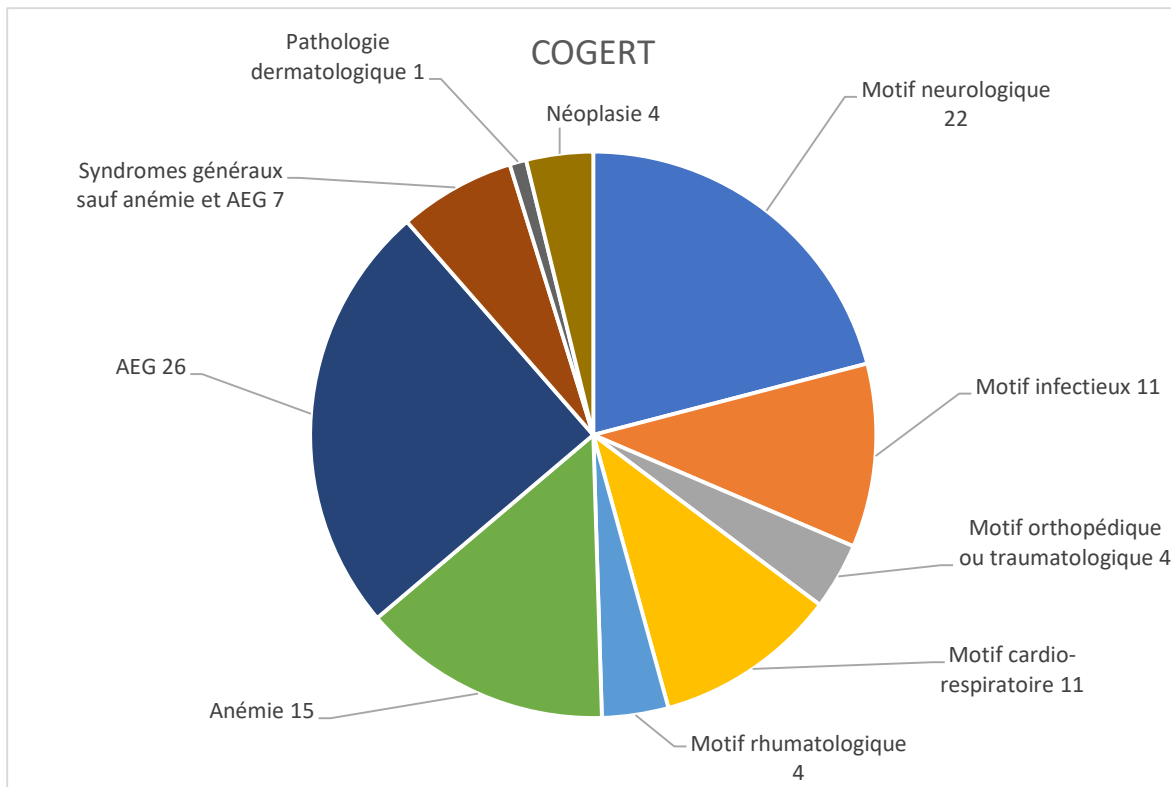


Figure 4 : Répartition des motifs d'admission dans le groupe COGERT

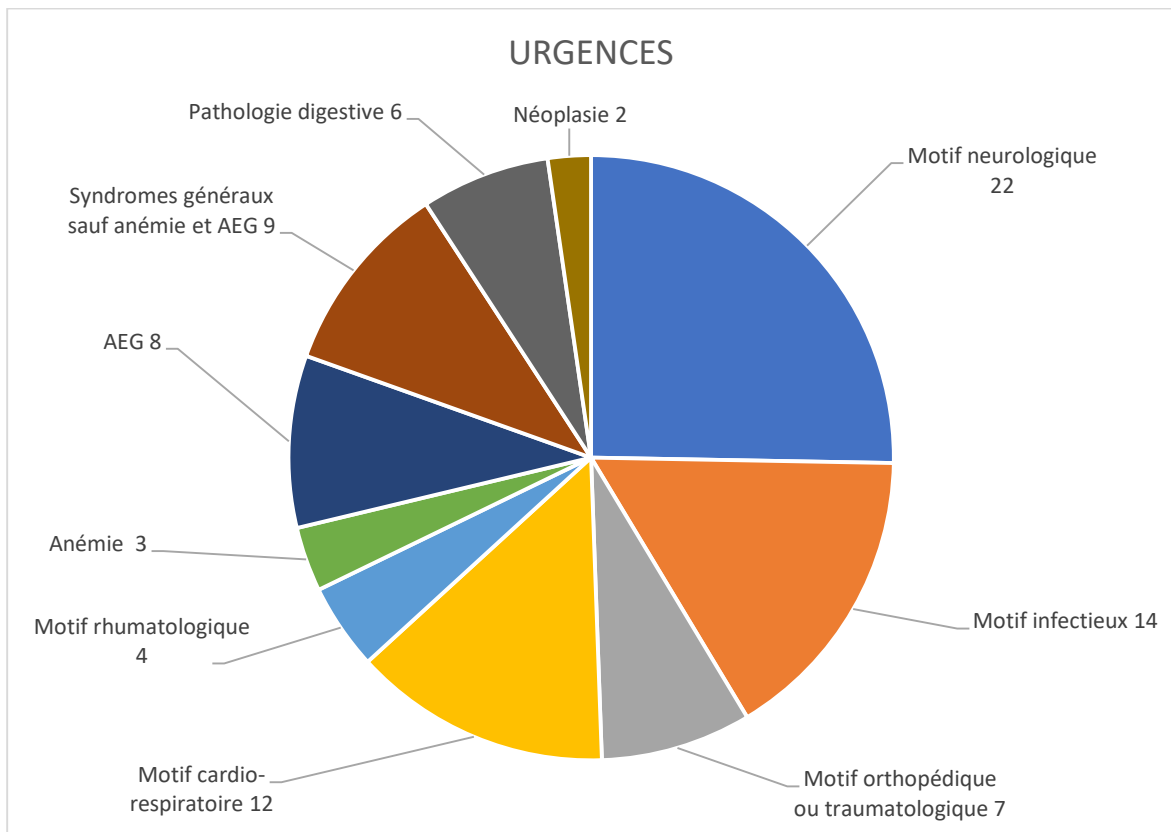


Figure 5 : Répartition des motifs d'admission dans le groupe URGENCES

Parmi ces motifs, il y en a deux pour lesquels une sur-représentation dans le groupe COGERT est mise en évidence :

- Anémie (OR = 0,21 ; IC = [0,06 ; 0,78] ; p = 0,01)
- Altération de l'État Général (AEG) (OR = 0,32 ; IC = [0,13 ; 0,74] ; p = 0,005)

On remarque également un motif sur-représenté dans le groupe URGENCES :

- Motif infectieux sans précision (OR = 4,95 ; IC = [1,57 ; 15,68] ; p = 0,003)

On ne note aucune autre différence statistiquement significative pour les autres motifs d'admission. Parmi les motifs les plus fréquents, on ne peut conclure à une différence ni pour la confusion et les troubles du comportement (OR = 1,49 ; IC = [0,70 ; 3,20] ; p = 0,30), ni pour la décompensation cardiaque (OR = 1,25 ; IC = [0,45 ; 3,50] ; p = 0,66).

Parmi les grandes catégories, il existe des différences parfois importantes entre les deux groupes mais elles échouent à se montrer statistiquement significatives :

- Motif neurologique (OR = 1,30 ; IC = [0,65 ; 2,59] ; p = 0,44)
- Motif infectieux (OR = 1,68 ; IC = [0,72 ; 3,91] ; p = 0,22)
- Motif orthopédique ou traumatologique (OR = 2,26 ; IC = [0,64 ; 7,99] ; p = 0,19)
- Motif cardio-respiratoire (OR = 1,40 ; IC = [0,58 ; 3,35] ; p = 0,44)
- Rhumatologie (OR = 1,24 ; IC = [0,30 ; 1,12] ; p = 0,76)

En ce qui concerne la durée d'hospitalisation, la moyenne du groupe COGERT est moindre d'environ 2 jours par rapport au groupe URGENCES, mais cette différence échoue à être

statistiquement significative (moyenne COGERT = 13,2 / σ = 7,2 ; moyenne URGENCES = 15,4 / σ = 10,8 ; p = 0,09).

3.2.7. Mode de sortie

L'orientation des patients à leur sortie est représentée dans le tableau suivant :

	COGERT	Urgences	TOTAL
Domicile	72	53	135
EHPAD	6	11	25
Décès	13	6	19
Transfert	14	16	12
TOTAL	105	86	191

Tableau 12 : Orientation des patients en fonction du mode d'admission

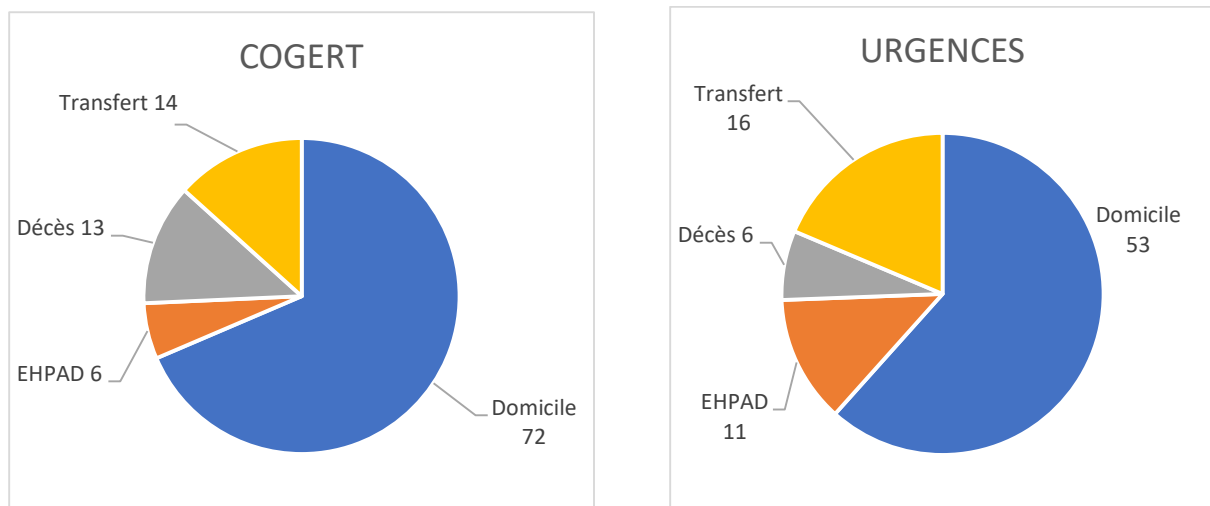


Figure 6 : Comparaison de l'orientation des patients en fonction du mode d'admission

On relève une sur-représentation pour deux modes de sortie dans le groupe COGERT :

- Retour à domicile (OR = 0,76 ; IC = [0,42 ; 1,38] ; p = 0,36).
- Décès (OR = 0,54 ; IC = [0,19 ; 1,48] ; p = 0,22).

À l'inverse, les modes de sortie restants sont sur-représentés dans le groupe URGENCES :

- EHPAD (OR = 2,44 ; IC = [0,87 ; 6,91] ; p = 0,08).
- Transfert (OR = 1,50 ; IC = [0,69 ; 3,28] ; p = 0,31)

Le décompte des décès dans chaque groupe et les motifs d'admission correspondants sont explicités ci-après :

Catégorie	Motif	COGERT	URGENCES	TOTAL
Motif neurologique	Confusion ou troubles du comportement	1	0	1
Motif infectieux	Pneumopathie	1	0	3
	Infection (sans précision)	0	2	
Motif orthopédique ou traumatologique	Chute et conséquences	1	0	1
Motif cardio-respiratoire	Décompensation cardiaque	2	0	3
	Dyspnée	0	1	
Motifs autres / syndromes généraux	Néoplasie	4	0	11
	Défaillance multiviscérale	1	0	
	AEG	3	0	
	Pathologie métabolique	0	1	
	Déshydratation	0	2	
TOTAL		13	6	19

Tableau 13 : Comparaison des décès et des motifs correspondants en fonction du mode d'admission

3.3. Objectif secondaire

Parmi les 86 passages aux urgences recensés dans l'étude, le comité d'experts en a jugé 48 comme étant justifiés (soit 55,8 %), et 38 comme étant injustifiés (soit 44,2 %).

Le comité d'experts définit comme injustifiés les passages aux urgences pour lesquels les éléments du dossier ne mettent pas en évidence de situations d'urgence médicale les rendant inévitables, ou bien lorsqu'un appel anticipé au COGERT aurait permis de s'en dispenser au vu de la durée d'évolution des symptômes.

Motif d'admission	SAU non justifié	SAU justifié	TOTAL
Confusion / troubles du comportement	9	8	17
Malaise avec chute	0	1	1
AVC	0	1	1
Vertiges	1	1	2
Infection (sans précision)	3	11	14
Chute et conséquences	3	3	6
Tassement vertébral	0	1	1
Décompensation cardiaque	2	6	8
Décompensation respiratoire	0	1	1
Dyspnée	0	3	3
Anémie	3	0	3
Déshydratation	0	2	2
Pathologie métabolique	0	1	1
Lombalgie	1	0	1
Troubles de la marche	2	0	2
Arthropathie	0	1	1
Pathologie neurologique	0	1	1
Pathologie digestive	3	3	6
Néoplasie	2	0	2
Perte d'autonomie	3	0	3
AEG	5	3	8
Troubles cognitifs	1	0	1
TOTAL	38	47	85

Tableau 14 : Pertinence du passage au SAU en fonction du mode d'admission

Les motifs d'admission les plus fréquents parmi les passages non justifiés au SAU sont dominés par la confusion ou les troubles du comportement, et l'AEG.

Pour ce qui est des motifs d'admission fréquents, la majorité des passages au SAU pour motifs infectieux ou décompensation cardiaque sont considérés comme justifiés par le comité. À l'inverse, les passages pour AEG sont plus souvent considérés comme injustifiés.

Les avis du comité d'experts concernant les passages au SAU considérés injustifiés sont motivés selon les critères suivants :

Motivation du comité d'experts	Détail des admissions
Symptômes subaigus évoluant depuis 7 jours ou moins TOTAL 14	<ul style="list-style-type: none"> - Confusion ou troubles du comportement 3 - Infection (sans précision) 1 - Décompensation cardiaque 2 - Anémie 2 - Pathologie digestive 2 - Néoplasie 2 - AEG 2
Symptômes subaigus évoluant depuis plus de 7 jours TOTAL 4	<ul style="list-style-type: none"> - Vertiges 1 - Troubles de la marche 2 - Pathologie digestive 1
Majoration lente de troubles cognitifs TOTAL 2	<ul style="list-style-type: none"> - Confusion 1 - Chute 1
Problématique médicale sans critère d'urgence TOTAL 14	<ul style="list-style-type: none"> - Confusion ou troubles du comportement 3 - Infection (sans précision) 2 - Chute 2 - Anémie 1 - Lombalgie 1 - Perte d'autonomie 1 - AEG 3 - Troubles cognitifs 1
Motif social TOTAL 4	<ul style="list-style-type: none"> - Confusion ou troubles du comportement 2 - Perte d'autonomie 2

Tableau 15 : Motivations des avis du comité d'experts

4. Discussion

4.1. Analyse des résultats

En premier lieu, on constate que parmi les 485 patients admis sur la période de notre étude, 233 (soit quasiment la moitié) sont des patients admis via les urgences sans être adressés par un médecin. Nous ne pouvons pas savoir dans quelle mesure le recours à un médecin aurait permis une admission directe.

Du point de vue de la démographie et du mode de vie des patients, on n'observe pas de différence dans l'âge moyen ni dans la répartition des sexes entre les deux groupes. Dans une étude portant sur le même sujet réalisée à Paris en 2012, les patients admis via les urgences s'étaient révélés plus âgés que ceux admis directement dans les services (20).

En revanche, il semble que les patients résidant en EHPAD soient plus nombreux à être admis via le COGERT, et ce de manière nettement significative.

Une hypothèse pour l'expliquer est que les patients institutionnalisés bénéficient d'un suivi médical et paramédical rapproché. De ce fait, la demande en soins peut être anticipée et le recours au SAU évité, surtout en l'existence de protocoles et de prescriptions médicales anticipées (21).

Il se peut également que ces patients soient davantage perçus par les médecins comme relevant de la filière gériatrique et donc du COGERT, par rapport à des patients vivant à domicile et plus autonomes.

Il apparaît également que parmi les patients résidant à domicile, ceux bénéficiant du soutien d'un aidant soient plus susceptibles d'être admis en CSG via le COGERT plutôt que via les

urgences. On peut y voir le rôle facilitateur de l'aidant dans l'accès aux soins. De plus, la nécessité de la présence d'un aidant laisse supposer des patients fragiles, potentiellement en perte d'autonomie ou atteints de troubles cognitifs. Comme les patients résidant en EHPAD, le recours à la filière gériatrique peut alors sembler plus évident pour le médecin généraliste.

Enfin, il se peut que l'isolement géographique soit un facteur favorisant le recours au SAU plutôt qu'au COGERT. L'échantillon dans notre étude se montre cependant trop réduit pour conclure à ce sujet.

En ce qui concerne les antécédents médicaux, on peut noter que les patients sous polymédication sont plus représentés dans le groupe COGERT.

La polymédication dans cette étude est définie de manière strictement quantitative (4 médicaments quotidiens ou plus sur l'ordonnance du patient). Il pourrait être utile d'approfondir le sujet avec une étude prenant en compte la nature des traitements, et en particulier ceux fortement pourvoyeurs d'effets indésirables chez les personnes âgées comme les benzodiazépines.

On remarque aussi que les patients déjà hospitalisés dans l'année précédente dans les services de CSG du CHU sont plus souvent admis via le COGERT.

On peut supposer que les médecins cherchant à faire hospitaliser des patients qui ont déjà été admis en CSG vont tenter de contacter un service où le patient est déjà connu et vont donc logiquement contacter le COGERT.

Les motifs d'admission les plus fréquents dans le groupe COGERT en comparaison avec le groupe URGENCES sont l'anémie et l'Altération de l'État Général, c'est-à-dire deux motifs

d'aggravation progressive pour lequel le recours au COGERT semble plus aisé. Cela avait déjà été mis en évidence dans plusieurs études (20,22).

L'analyse de notre objectif secondaire montre même que certains patients adressés au SAU pour AEG auraient pu s'ajouter aux patients déjà admis via le COGERT.

À l'inverse, les études menées antérieurement montraient un plus grand nombre de passages aux urgences suite à des chutes (20), ce que notre présente étude semble confirmer. Cela s'explique logiquement car il s'agit d'évènements brutaux, pouvant conduire à une impotence fonctionnelle retentissant sur l'autonomie de la personne âgée à domicile, et nécessitant souvent des examens complémentaires urgents (notamment d'imagerie).

Cela étant dit, les traumatismes nécessitant une prise en charge chirurgicale ne sont pas pris en compte dans cette étude, car les patients inclus ont été, par définition, finalement admis dans un service de médecine. On peut également supposer que la chute est un motif d'admission pour lequel l'appel au médecin généraliste est moins fréquent, et que beaucoup de patients admis pour ce motif arrivent aux urgences par d'autres moyens, notamment suite à un appel au SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) ou aux sapeurs-pompiers.

De la même manière, on remarque que les motifs d'admission infectieux sont plus représentés parmi les patients admis via les urgences. Ce constat avait déjà été posé dans une étude portant sur les patients institutionnalisés (22).

L'analyse des résultats de notre objectif secondaire nous permet de constater que la plupart de ces admissions pour motif infectieux sont justifiées. En effet, il n'y a que 3 cas parmi les 14 recensés pour lesquels le comité d'experts a jugé que le COGERT aurait pu éviter le passage par le SAU.

La durée d'hospitalisation des patients admis via le COGERT semble dans notre étude inférieure de 2 jours à celle des patients admis via les urgences. Cela vient étayer les résultats d'une étude similaire de 2018 menée à Saint-Etienne, qui concluait à une réduction de la DMS chez les patients admis directement par rapport à ceux admis via les urgences, dans des proportions équivalentes à notre étude (23).

On peut mettre cette différence sur le compte des évènements indésirables susceptibles de survenir chez les patients âgés passant par le SAU (12).

D'autre part, les patients du groupe COGERT semblent avoir plus de chance de retourner à domicile que les patients admis par les urgences, bien que la puissance statistique nous manque pour l'affirmer avec certitude. On rappellera tout de même que les patients résidant à l'EHPAD y retournant suite à leur hospitalisation sont comptabilisés comme des retours à domicile, ce qui peut constituer un biais dans cette circonstance.

Malgré cela, il semble tout de même que les nouvelles admissions en EHPAD soient moins nombreuses parmi les patients admis par le COGERT, ce qui corrobore notre propos.

Plus étonnamment, les décès semblent plus nombreux dans le groupe COGERT que dans le groupe URGENCES. L'analyse de la cause des décès en fonction du mode d'entrée nous aide à mieux comprendre cette situation.

Deux motifs seulement représentent 7 décès, soit plus de la moitié des 13 décès de patients du groupe COGERT. Il s'agit de néoplasies pour 4 décès et d'AEG pour 3 décès. On remarque même que les 4 patients admis pour des motifs néoplasiques via le COGERT sont tous décédés.

Ces deux situations laissent envisager qu'il s'agissait de patients en situation de fin de vie ou, plus largement, à l'état général très altéré. Dans ce type de problématique où une hospitalisation dans une optique de soins palliatifs est souhaitée, on comprend que les médecins appelant le COGERT cherchent particulièrement à éviter un passage aux urgences à leur patient. De plus, il s'agit souvent de cas d'aggravation progressive, ce qui laisse le temps au médecin d'organiser une hospitalisation programmée.

Il ne semble pas y avoir dans la littérature d'études concernant l'admission des patients âgés en fin de vie pour venir corroborer ces hypothèses.

4.2. Points forts et faiblesses de l'étude

Nous pouvons retenir plusieurs points forts de cette étude.

En premier lieu, elle aborde le sujet de la relation ville-hôpital qui est un sujet majeur de l'organisation du système de santé. C'est une question importante du fait du vieillissement actuel de la population, qui est amené à s'accroître dans les années à venir, et des problématiques d'accès aux soins.

De plus, le sujet de l'étude revêt un caractère très concret d'amélioration de ce lien ville-hôpital, en se plaçant du point de vue du médecin de ville cherchant à faire hospitaliser un patient âgé, ce qui est une situation assez commune.

Elle met en lumière un système simple, proposant un lien direct entre le médecin de ville et le médecin hospitalier, via un numéro unique, et suggère le bénéfice que les patients et le système de soins peuvent en tirer.

La comparaison des populations s'est faite selon de nombreux paramètres. Cela inclut des données intrinsèques aux patients, ainsi que des données concernant l'hospitalisation elle-même et le devenir des patients.

Enfin, le sujet du mode d'admission hospitalier des patients reste assez peu étudié, en particulier en ce qui concerne la filière gériatrique.

D'autre part, plusieurs faiblesses sont à mentionner.

Il s'agit d'une étude rétrospective, donc d'un niveau de preuve moindre qu'une étude prospective.

On remarque également dans l'étude de certaines données un manque de puissance statistique. Cela empêche de dépasser le seuil de significativité statistique ($p < 0,05$), malgré des différences notables mises en évidence par l'ampleur de l'Odds Ratio. C'est le cas notamment de la comparaison du MMSE, de l'IMC, de l'admission pour des motifs orthopédiques ou traumatologiques, ou de l'entrée en EHPAD dans les suites de l'hospitalisation.

Ce manque de puissance peut en partie être dû à certaines données manquantes dans les observations des urgences ou dans les compte-rendu d'hospitalisation.

Nous avons retenu dans cette étude pour le groupe URGENCES les patients adressés par un médecin. Pour ce faire, il fallait que le courrier ou la mention de l'adressage par le médecin du

patient soit présent dans le dossier. Mais le recours ou non à un médecin avant l'arrivée du patient au SAU n'était pas systématiquement noté dans l'observation.

De la même manière, les compte-rendu d'hospitalisation ne mentionnaient pas toujours l'IMC du patient en même temps que le poids (ou la taille permettant de le calculer), ni le score ADL, le MMSE, ou l'albuminémie.

Enfin, le recueil des données concerne une période assez courte d'un peu plus de trois mois, entre l'hiver et le printemps. Il est possible que les motifs infectieux y soient sur-représentés (du fait des épidémies hivernales et en particulier de la grippe), alors que les motifs plus fréquents l'été, comme la déshydratation, soient à l'inverse sous-représentés.

4.3. Impact clinique et perspectives

Finalement, nous ne pouvons pas affirmer que notre hypothèse de départ soit vérifiée. En effet, nos résultats tendent à montrer que les populations admises en CSG via les urgences et via le COGERT sont différentes à la fois dans leur structure, dans les motifs d'admission, dans la durée d'hospitalisation et dans le devenir.

Il apparaît que le recours au COGERT est plus utilisé chez les patients vivant en EHPAD, déjà hospitalisés récemment en CSG, pour des motifs généraux comme l'AEG et l'anémie.

Cela implique qu'il pourrait être davantage sollicité pour les patients vivant à domicile, ou pour d'autres motifs comme les syndromes confusionnels. Dans ces cas pour lesquels le recours au COGERT apparaît peut-être moins évident au médecin généraliste, un appel anticipé au COGERT pourrait permettre d'éviter une hospitalisation par le biais des urgences. C'est ce que tendent à montrer les avis du comité d'experts dans l'étude de notre objectif secondaire.

Une étude menée auprès des médecins généralistes pour évaluer leur connaissance du COGERT et les critères qui les amènent à y recourir permettrait d'explorer cette hypothèse.

Cela étant dit, les différences mises en évidence n'affectent pas la structure des populations étudiées dans l'âge, le sexe, ou dans les antécédents médicaux évalués par le score de comorbidités de Charlson. Elles restent donc comparables, à défaut d'être identiques.

Il est problématique de constater le nombre de patients qui se présentent aux urgences sans avis médical préalable et la proportion des hospitalisations en CSG qu'ils représentent. Une étude à propos des profils de patients âgés consultant au SAU sans passer par le médecin généraliste permettrait de mieux connaître ces patients et d'envisager des moyens de mieux les intégrer dans les filières d'admission à l'hôpital.

En ce qui concerne l'organisation structurelle du COGERT, plusieurs pistes pourraient être envisagées pour optimiser son efficacité.

D'abord, le COGERT est actuellement disponible du lundi au vendredi, de 9h à 18h30. Une extension de ses horaires de fonctionnement pourrait permettre davantage d'admissions directes, en particulier les jours de week-end via les médecins généralistes de garde.

On peut aussi se poser la question de l'extension des professionnels de santé habilités à appeler le COGERT. Dans l'état actuel des choses, seuls les médecins le sont. Le développement des infirmiers coordonnateurs en EHPAD et des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) semble aller dans le sens d'une ouverture de la ligne, en particulier en ce qui concerne les structures comme les EHPAD. Cela dit, la décision d'hospitaliser des patients relève d'une expertise médicale et devrait être supervisée par un médecin.

Enfin, une amélioration dans la coordination des lits pourrait contribuer à optimiser la filière d'hospitalisation des patients. L'extension du domaine d'action du COGERT aux lits de gériatrie des établissements privés de la région pourrait s'avérer utile en cas de saturation des lits au CHU. On pourrait également envisager que des patients âgés puissent retourner à domicile après consultation au SAU si la situation le permet, puis qu'une hospitalisation en CSG soit programmée dans les jours qui suivent via le COGERT, afin de raccourcir la durée de leur passage au SAU.

Pour finir, notre étude suggère que les patients autant que le système de soins ont à bénéficier d'un recours optimisé au COGERT.

Les patients âgés peuvent être admis dans le cadre de la filière gériatrique, en évitant le passage par les urgences quand il n'est pas nécessaire et les effets indésirables qui l'accompagnent. Leur durée moyenne de séjour s'en voit diminuée, diminuant ainsi la iatrogénie et la perte d'autonomie.

Le médecin généraliste bénéficie d'un lien direct avec le médecin hospitalier, ce qui lui permet d'avoir accès facilement à un avis spécialisé pour étayer sa pratique, avec possibilité de programmer une hospitalisation rapide.

Le Service d'Accueil des Urgences est moins sollicité comme « porte d'entrée » pour des motifs non urgents, ce qui le soulage d'une charge de soins superflue pour accorder plus d'attention aux soins urgents.

Le Court Séjour Gériatrique bénéficie d'hospitalisations programmées à l'avance, et voit sa Durée Moyenne de Séjour diminuer. Cela diminue également les coûts pour le système de santé.

Conclusion

Notre étude posait l'hypothèse d'une similarité entre les groupes de patients admis directement en hospitalisation grâce au COGERT et ceux admis par les urgences.

Il s'avère que les populations comparées montraient plusieurs différences. Les patients admis via le COGERT étaient plus nombreux à vivre en EHPAD ou, pour ceux vivant à domicile, à bénéficier du soutien d'un aidant. Ils étaient également plus susceptibles de présenter une polymédication et d'avoir déjà été hospitalisés dans les services de Court Séjour Gériatrique dans l'année précédente. On remarque également que les médecins avaient davantage recours au COGERT pour les motifs d'anémie et d'altération de l'état général, et moins pour des motifs infectieux.

De plus, il semble que les patients admis via le COGERT aient une durée moyenne de séjour hospitalier plus courte que ceux admis par les urgences, ce qui limiterait la perte d'autonomie et diminuerait la charge en soins ainsi que le coût des hospitalisations.

On peut en conclure que les admissions directes via le COGERT pourraient être optimisées en ciblant davantage des patients résidant à domicile, et pour des motifs bien plus larges que ceux cités précédemment.

Des travaux restent à faire pour sensibiliser les médecins généralistes à l'intérêt de recourir à une filière gériatrique spécialisée. Une étude directement menée auprès des médecins généralistes au sujet de leur connaissance du COGERT et de son mode d'utilisation pourrait aider à compléter ces résultats. Cela pose également la question d'une réorganisation du COGERT pour optimiser son efficacité.



31.05.22
Présente
P.C. M...
[Signature]

Références bibliographiques

1. synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf
2. Dossier complet – Département du Puy-de-Dôme (63) | Insee [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-63>
3. Dossier complet – Département de l’Allier (03) | Insee [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-03>
4. Dossier complet – Département du Cantal (15) | Insee [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-15>
5. Dossier complet – Département de la Haute-Loire (43) | Insee [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-43>
6. Jacob L, Breuer J, Kostev K. Prevalence of chronic diseases among older patients in German general practices. *GMS Ger Med Sci.* 3 mars 2016;14:Doc03.
7. Petrini E, Caviglia GP, Pellicano R, Saracco GM, Morino M, Ribaldone DG. Risk of drug interactions and prescription appropriateness in elderly patients. *Ir J Med Sci* 1971 -. août 2020;189(3):953-9.
8. Fong JH. Disability incidence and functional decline among older adults with major chronic diseases. *BMC Geriatr.* 21 nov 2019;19:323.
9. Ukkonen M. Emergency department visits in older patients: a population-based survey. 2019;8.
10. Schoenenberger A, Exadaktylos A. Can geriatric approaches support the care of old patients in emergency departments? *Swiss Med Wkly* [Internet]. 4 déc 2014 [cité 16 mai 2022]; Disponible sur: <http://doi.emh.ch/smw.2014.14040>
11. Wang HE, Shah MN, Allman RM, Kilgore M. Emergency Department Visits by Nursing Home Residents in the United States. *J Am Geriatr Soc.* oct 2011;59(10):1864-72.
12. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med.* mars 2002;39(3):238-47.
13. Nagurney JM, Fleischman W, Han L, Leo-Summers L, Allore HG, Gill TM. Emergency Department Visits Without Hospitalization Are Associated With Functional Decline in Older Persons. *Ann Emerg Med.* avr 2017;69(4):426-33.
14. Gentili S, Emberti Gialloreti L, Riccardi F, Scarcella P, Liotta G. Predictors of Emergency Room Access and Not Urgent Emergency Room Access by the Frail Older Adults. *Front Public Health.* 2021;9:721634.

15. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. *J Am Geriatr Soc.* avr 2003;51(4):451-8.
16. Fox MT, Persaud M, Maimets I, O'Brien K, Brooks D, Tregunno D, et al. Effectiveness of Acute Geriatric Unit Care Using Acute Care for Elders Components: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(12):2237-45.
17. O'Shaughnessy Í, Robinson K, O'Connor M, Conneely M, Ryan D, Steed F, et al. Effectiveness of acute geriatric unit care on functional decline, clinical and process outcomes among hospitalised older adults with acute medical complaints: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 1 avr 2022;51(4):afac081.
18. Ekerstad N, Karlson B, Dahlin Ivanoff S, Landahl S, Andersson D, Heintz E, et al. Is the acute care of frail elderly patients in a comprehensive geriatric assessment unit superior to conventional acute medical care? *Clin Interv Aging.* déc 2016;Volume 12:1-9.
19. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. In: *The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [cité 16 mai 2022]. p. CD006211.pub2. Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006211.pub2>
20. Neouze A, Dechartres A, Legrain S, Raynaud-Simon A, Gaubert-Dahan ML, Bonnet-Zamponi D. Hospitalization of elderly in an Acute-Care Geriatric Department. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement.* juin 2012;10(2):143-50.
21. Kirsebom M, Hedström M, Pöder U, Wadensten B. Transfer of nursing home residents to emergency departments: organizational differences between nursing homes with high vs. low transfer rates. *Nurs Open.* 25 oct 2016;4(1):41-8.
22. IMAJ | The Israel Medicine Association Journal | Volume , Number 10, October 2001 | Hospitalization of nursing home residents in an acute-care geriatric department: direct versus emergency room admission [Internet]. [cité 19 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ima.org.il/MedicineIMAJ/viewarticle.aspx?year=2001&month=10&page=734>
23. Dijon J, Sarazin M, Augusto V, Franck T, Gonthier R, Célarier T. Comparison of two hospitalization modes in geriatrics either directly via a hotline or after an emergency unit admission. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement.* sept 2018;16(3):255-62.

Annexes
Annexe I : Echelle ADL

Tableau 110.1 Les 6 items des activités de la vie quotidienne (ADL).

1. Hygiène corporelle	
Indépendance	1
Aide partielle	0,5
Dépendance	0
2. Habillage	
Indépendance pour le choix des vêtements et l'habillage	1
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser	0,5
Dépendant	0
3. Aller aux toilettes	
Indépendance pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1
Besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller aux toilettes	0,5
Ne peut aller aux toilettes seul	0
4. Transfert	
Indépendance	1
A besoin d'aide	0,5
Grabataire	0
5. Continence	
Continent	1
Incontinence urinaire ou fécale occasionnelle	0,5
Incontinence urinaire ou fécale	0
6. Repas	
Mange seul	1
Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0,5
Dépendant	0
Total des points	

Meilleur score = 6. Score < 3 = dépendance majeure;
score = 0 : dépendance totale pour toutes ces activités.
Source : Katz S, et al. *Progress in the development of the index of ADL.*
Gerontologist. 1970; 10 : 20-30.

Annexe II : Echelle MMSE

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

Orientation

/ 10

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

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

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

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

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

Apprentissage

/ 3

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

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

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

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

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

Rappel

/ 3

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

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Langage

/ 8

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

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

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

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

28. « Faites ce qui est écrit ».

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

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

Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

Annexe III : Critères diagnostiques de la dénutrition de la personne âgée (HAS 2007)

Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou de plusieurs des critères ci-dessous.

Dénutrition	Dénutrition sévère
<ul style="list-style-type: none">• Perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois• Indice de masse corporelle : IMC < 21• Albuminémie¹ < 35 g/l• MNA global < 17	<ul style="list-style-type: none">• Perte de poids : $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois• IMC < 18• Albuminémie < 30 g/l

1. Interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive.

Annexe IV : Critères diagnostiques de la dénutrition de la personne âgée (HAS 2021)

Diagnostic de dénutrition		
≥ 1 critère phénotypique	+ ≥ 1 critère étiologique	Sévérité
Perte de poids : <ul style="list-style-type: none"> - ≥ 5 % en 1 mois - ou ≥ 10 % en 6 mois - ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie 	Réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport : <ul style="list-style-type: none"> - à la consommation alimentaire habituelle - ou aux besoins protéino-énergétiques 	Perte de poids : <ul style="list-style-type: none"> - ≥ 10 % en 1 mois - ou ≥ 15 % en 6 mois - ou ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
IMC < 22 kg/m ²	Absorption réduite (malabsorption/maldigestion)	IMC < 20 kg/m ²
Sarcopénie confirmée	Situation d'agression (avec ou sans syndrome inflammatoire) : <ul style="list-style-type: none"> - pathologie aiguë - ou pathologie chronique - ou pathologie maligne évolutive 	Albuminémie ≤ 30 g/L

Annexe V : Score de comorbidités de Charlson

Score	Comorbid condition
1	Myocardial infarction (MI) Congestive heart failure (CHF) Cerebral vascular disease Peripheral vascular disease Dementia Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Connective tissue disease Peptic ulcer disease (PUD) Mild liver disease Age ^a
2	Diabetes Hemiplegia Moderate/severe renal disease Diabetes with end-organ damage Any solid tumor Leukemia Lymphoma
3	Moderate/severe liver disease
6	Metastatic solid tumor Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)

^a For each decade after 40 years, a point is added (1 point for age group 41–50, 2 points for age group 51–60, 3 points for 61–70, 4 points for 71 or older).

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

Nom, Prénom

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

Étude comparative des patients adressés par le médecin généraliste pour hospitalisation en Court Séjour Gériatrique : via le service d'accueil des urgences ou par admission directe via une ligne téléphonique dédiée

Résumé :

CONTEXTE : Le vieillissement de la population entraîne une augmentation de la charge en soins du système de santé. Les patients âgés sont plus fréquemment hospitalisés, et subissent de fait la iatrogénie et la perte d'autonomie, en particulier après passage par le Service d'Accueil des Urgences (SAU). Le lien ville-hôpital doit être optimisé pour permettre un maximum d'admissions directes dans la filière gériatrique.

OBJECTIF : Comparer les populations de patients adressés en hospitalisation par un médecin généraliste en Court Séjour Gériatrique via le SAU ou en admission directe via une ligne téléphonique appelée COGERT, dans l'hypothèse qu'elles sont similaires et que certains patients admis par les urgences pourraient l'être directement grâce au COGERT.

METHODE : Étude observationnelle, quantitative, rétrospective et monocentrique menée auprès des patients adressés par un médecin généraliste et admis en Court Séjour Gériatrique au CHU de Clermont-Ferrand du 21 janvier au 3 mai 2019, répartis en deux groupes (URGENCES et COGERT). Les groupes sont comparés selon des données démographiques, leur mode de vie, leurs antécédents médicaux, leur motif d'admission, leur durée d'hospitalisation et leur mode de sortie.

RESULTATS : 192 patients ont été inclus dans l'étude, 106 dans le groupe COGERT et 86 dans le groupe URGENCES. La comparaison des groupes montre certaines différences. Les patients sont plus susceptibles d'être adressés directement par le COGERT s'ils vivent en EHPAD, ou s'ils bénéficient du passage d'un aidant dans le cas où ils vivent à domicile. Le COGERT est plus sollicité dans les cas d'anémie ou d'altération de l'état général, les passages par le SAU sont plus fréquents pour des motifs infectieux. Il semble également que la durée moyenne de séjour soit moins longue, et les entrées en EHPAD moins fréquentes chez les patients admis via le COGERT.

CONCLUSION : Les populations comparées ne peuvent pas être considérées comme similaires. Cela étant dit, on peut en conclure que le recours au COGERT par le médecin traitant mérite d'être élargi, en particulier parmi les patients résidant à domicile, et dans le cadre de certains motifs comme les syndromes confusionnels.

Mots-clés :

- Lien ville-hôpital
- Personnes âgées
- Service d'Accueil des Urgences
- Médecine générale
- Hospitalisation
- Filière Gériatrique