



HAL
open science

Caractéristiques des patients âgés de 75 ans et plus consultant de manière récurrente aux Urgences de Périgueux

Hugo Jourdain

► **To cite this version:**

Hugo Jourdain. Caractéristiques des patients âgés de 75 ans et plus consultant de manière récurrente aux Urgences de Périgueux. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03735817

HAL Id: dumas-03735817

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03735817v1>

Submitted on 21 Jul 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.



U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES
THÈSE POUR L'OBTENTION DU
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité : Médecine Générale

Année 2022

N° 65

Présentée et soutenue publiquement

Le 16 juin 2022 à Bordeaux

Par **Hugo JOURDAIN**

Né le 17 février 1992 à Reims

**Caractéristiques des patients âgés de 75 ans et plus
consultant de manière récurrente aux Urgences de
Périgueux.**

Sous la direction du Docteur Boris OUDIN

Membres du jury

Pr Jean-Philippe JOSEPH

Président

Dr Christèle BLANC-BISSON

Rapporteuse

Dr Laëtizia PEREIRA

Juge

Dr Yves MONTARIOL

Juge

Dr David CHEVILLOT

Juge

Dr Boris OUDIN

Directeur de Thèse

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Monsieur le professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Madame la docteure Christèle BLANC-BISSON,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être la rapporteuse de ce travail et de me faire l'honneur de siéger à mon jury.

Madame la docteure Laëtitia PEREIRA,

Je te remercie d'avoir accepté de participer au jury de ma thèse et je te remercie particulièrement de prendre soin quotidiennement de nos aïeux Périgourdins.

Monsieur le docteur Yves MONTARIOL,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de ma thèse.

Monsieur le docteur David CHEVILLOT,

Je vous remercie d'avoir accepté, au pied levé, de siéger au sein de mon jury et d'avoir permis le maintien de la soutenance de thèse.

Monsieur le docteur Boris OUDIN,

Je te remercie de m'avoir fait l'honneur d'être mon directeur de thèse et de m'avoir accordé du temps pour me guider tout au long de ce travail. Merci pour tes nombreux conseils et relectures.

Et

À Monsieur le docteur Jean-Paul LORENDEAU,

Qui, bien que ne siégeant pas au sein du jury, a été d'une aide précieuse à l'élaboration de cette thèse. Merci pour ton soutien logistique et ton professionnalisme.

Tout d'abord un grand merci à tous ceux qui ont pu se déplacer aujourd'hui pour partager ce moment avec moi. Je vous suis extrêmement reconnaissant puisque vous le savez aussi bien que moi, il y a quelques étapes importantes dans une vie et la fin des études de médecine en est une. Je n'oublie pas non plus ceux suivent cela de plus loin mais qui m'ont toujours soutenu depuis le début.

Un merci tout particulier :

À mes parents,

Vous m'avez guidé, appris et transmis des valeurs précieuses.
Le souci de l'autre et l'écoute, la persévérance et le travail, la joie et le reste.
Vous avez fait en sorte que je m'épanouisse en tant qu'enfant puis en tant qu'homme.
Je vous sais d'un soutien indéfectible et j'espère pouvoir vous rendre la pareille.

À ma sœur et mon frère,

Ils sont tout simplement tout.
Je suis un peu eux et ils sont un peu moi. On rigole, on se chahute, on se crie, on se console, on se surprend, on se serre dans les bras et surtout on s'aime.

À Mamie et à Maman,

Je vous embrasse tendrement.
Si j'aime autant m'occuper des anciens et que je leur ai consacré mon sujet de thèse, elles n'y sont pas pour rien. Aimantes et bienveillantes comme peut en rêver un petit-fils. Je les vois comme des livres d'Histoire, moins poussiéreuses bien entendu mais si précieuses.

À Papi et à Papé,

Je mesure la chance infinie que j'ai eu de vous connaître.
Aussi loin que vous soyez maintenant, je ne vous oublie pas.
Vous continuez à briller dans mes yeux, Papi par ton humour et ton sens de la famille, Papé par ta sagesse et ta sensibilité.

À l'ensemble de ma famille,

Que j'estime énormément.
Vous êtes drôles, un peu fous, stimulants, motivés et aimants.
Mes oncles et tantes, cousins, cousine, Doudou, Lulu, mes trois magnifiques nièces,
Je vous embrasse fort.

À ma belle-famille,

Véronique, Jean-Paul, Juliette et Antoine, Monique et Gilbert,

Merci de m'avoir accueilli dans votre famille,
Vous avez été, dès le début, prévenants et aimants avec moi.
Je tiens fort à vous.

Après la famille, voici les amis.

À Pépère et Pierrot, qui ne sont autres que mes deux « petits » frères de cœur.

Vous êtes là depuis environ 25 ans, sur 30 ans ... c'est dire !
Non seulement, on a grandi et mûri ensemble mais en plus on va vieillir ensemble.
Je compte fort sur vous dans ma vie de tous les jours et vous pourrez toujours faire de même.
Merci beaucoup.

À mes copains du Nord (faut bien sectoriser que voulez-vous), Seb, Raphi, mon Ju', le Pial, Dany, Chopin, Nuchos, Titou, Doudoune, Dudu, Paulette, Cec', Alice, Solène, Chloé, Clotilde, Mathilde, et puis toutes celles et ceux qui sont arrivés au fil des années, la liste est longue. Et bien à vous tous, je dis un grand merci car nous l'avons fait ensemble ce chemin et vous l'avez rendu bien plus digeste !

À mes copains du Sud, Polo, Toté, Phil, Vivi, Anais, Cece, Clarisse, Alice, les Mainmains, Camille, Sarah, toute la team de Nouméa, et tant d'autres (c'est pire que le magazine La Redoute ces remerciements). Merci à vous aussi, nous avons vécu un bel internat et vous nous avez accueilli comme il se doit dans votre pays où il fait beau et chaud, entre mer et montagne, et où les chocolatinnes ressemblent atrocement à des pains au chocolat.

Je remercie également **David GOYER** pour son apport technique et arithmétique sur ce travail de thèse.

Enfin, je lui dois bien plus que quelques lignes :

À ma complice, ma coloc', ma beauté, et bien plus encore,

Que te dire ici, que tu ne saches pas déjà.

Je veux surtout te remercier pour ton soutien sans faille depuis 10 ans, d'abord dans les études mais surtout dans la vie.

Il nous reste encore beaucoup de choses à découvrir ensemble.

Je t'aime fort.

Ça n'a peut-être rien à faire là, mais je remercie également l'OM, Zidane, Jamel, Eric et Ramzy, pas mal de footballeurs et d'humoristes, puisqu'ils représentent mes deux passions et exutoires.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I. ÉTAT DES LIEUX	1
A. <i>Démographie nationale et locale</i>	1
B. <i>L'offre de soins</i>	1
1) Ambulatoire	1
2) Hospitalière	3
II. LE PATIENT GERIATRIQUE	5
A. <i>Caractéristiques</i>	5
B. <i>Le patient gériatrique aux urgences</i>	6
1) Évaluation spécifique liée à l'âge	6
2) Impact du passage aux urgences	8
III. LA GERIATRIE	8
A. <i>Définition</i>	8
B. <i>Structure</i>	9
C. <i>L'équipe mobile de gériatrie</i>	9
D. <i>Apport de l'EMOG</i>	10
IV. JUSTIFICATION ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE	11
MATÉRIEL ET MÉTHODES	12
V. POPULATION	12
VI. METHODE	12
VII. PARAMETRES RECUEILLIS	13
VIII. ANALYSE STATISTIQUE	14
RÉSULTATS	15
IX. POPULATION TOTALE	15
X. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	15
XI. PASSAGES AUX URGENCES ET HOSPITALISATIONS	19
XII. AVIS EMOG	20
DISCUSSION ET PERSPECTIVES	23
XIII. RESULTATS ET IMPLICATIONS	23
XIV. FORCES ET FAIBLESSES	26
XV. PERSPECTIVES	27
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	32
ANNEXES	37

Liste des abréviations

AGGIR : Autonomie Gérontologique, Groupes Iso-Ressources

ARS : Agence Régionale de Santé

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

CHP : Centre Hospitalier Publique

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DES : Diplôme d'Études Supérieures

DRESS : Direction de la Recherche de la Statistique et des Études Économiques

ECN : Examen Classant National

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMOG : Équipe Mobile à Orientation Gériatrique

HAD : hospitalisation à domicile

GIR : Groupe Iso-Ressources

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IOA : Infirmier Organisateur de l'Accueil

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

SAE : Statistique Annuelle des Établissements de santé

SAFEs : Sujets Âgés Fragiles, Évaluation et suivi

SAU : Services d'Accueil d'Urgence

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SFMU : Société Francophone de Médecine d'Urgences

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

I. État des lieux

D'ici à 2050, la population mondiale âgée de 60 ans et plus devrait doubler, jusqu'à atteindre 2 milliards de personnes, contre 900 millions en 2015 (1)(2). Parallèlement, le nombre de personnes âgées dépendantes ne cesse de croître, passant de 14 à 33% de 2000 à 2020 (3).

L'allongement de la vie ouvre des possibilités, pour les personnes âgées, leur famille, mais aussi pour la société dans son ensemble. Les personnes âgées apportent des contributions très variées à leur famille et à leur communauté. Néanmoins, l'ampleur de ces possibilités et contributions est largement tributaire d'un facteur : la santé (1).

A. Démographie nationale et locale

Au 1er janvier 2021, la France compte un peu plus de 67 millions d'habitants dont près de 6,5 millions de personnes âgées de plus de 75 ans, soit environ 9,5% de la population nationale, contre 3,75 millions (6,3%) en 1996. En constante augmentation, cette part de la population devrait représenter 16,1% de la population française en 2040, selon les projections de l'INSEE (4).

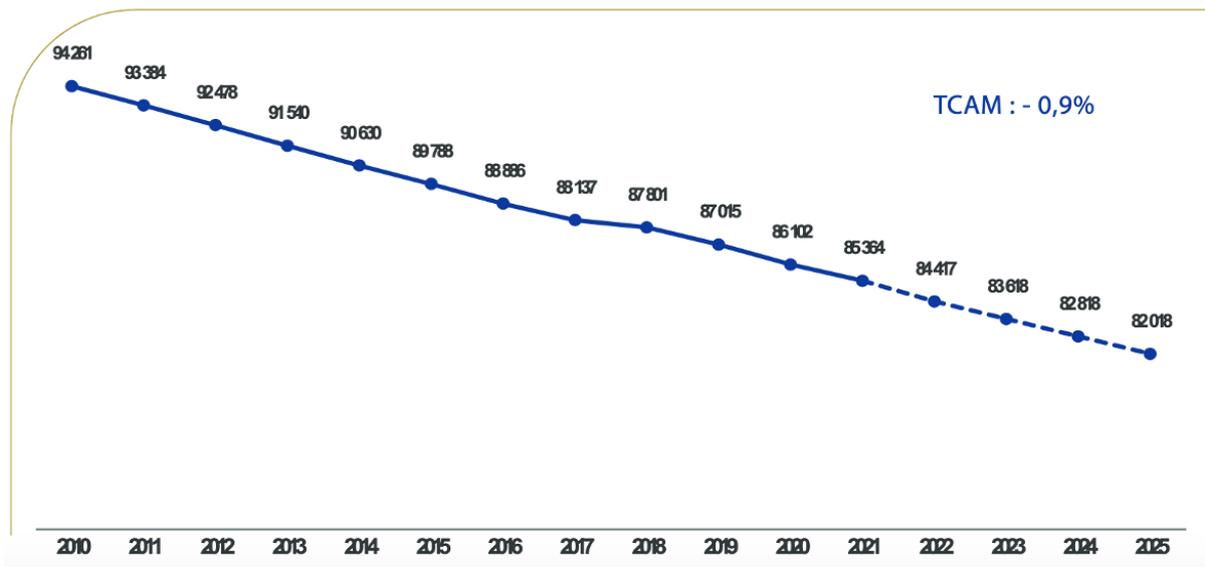
En 2021, le bassin de population en Dordogne est estimé à 411 087 personnes dont 14,8% de plus de 75 ans. Parmi cette frange de la population, il est intéressant de remarquer qu'environ 11 à 12% sont institutionnalisées tandis que 36% vivent seules (5)(6).

B. L'offre de soins

1) *Ambulatoire*

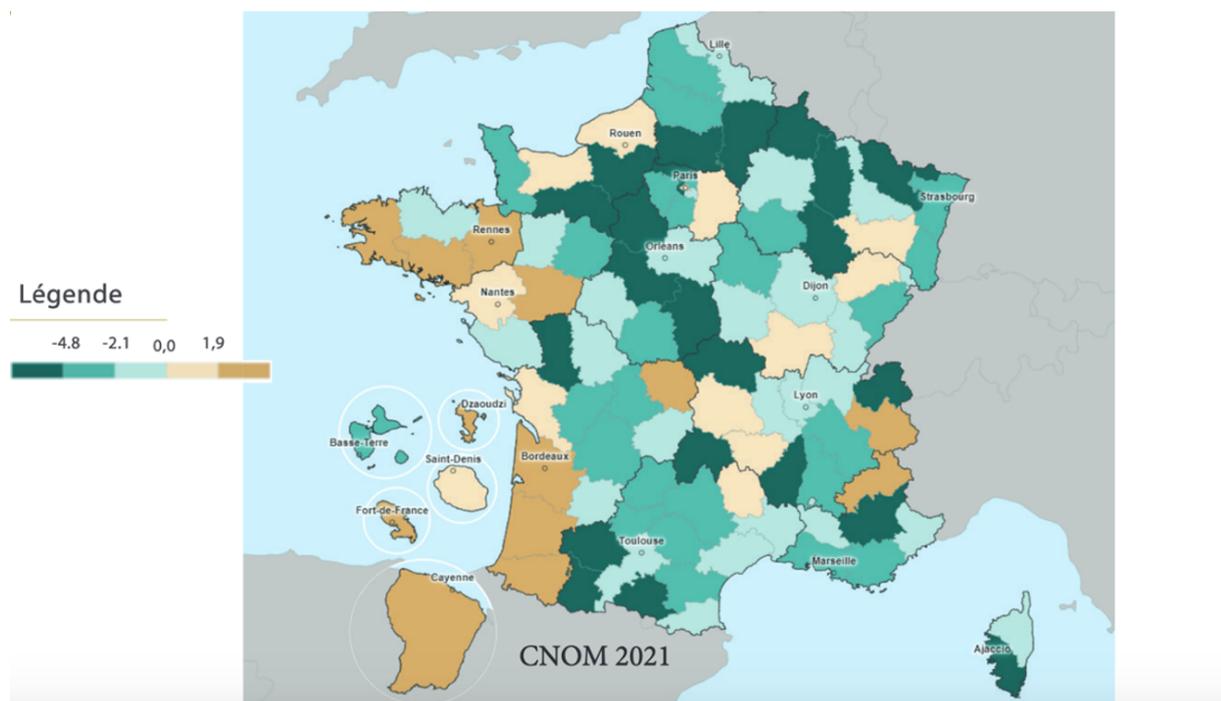
Au 1er janvier 2021, la France compte en moyenne 122,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants, soit 85 364 médecins généralistes en activité régulière. Cela représente une diminution de 9% des effectifs depuis 2010 et une diminution de 0.9% depuis 2020. Cette tendance tend à se majorer comme le montre la Figure 1.

Figure 1 : Prédiction du nombre de médecins généralistes en activité jusqu'en 2025 (7).



La région Nouvelle-Aquitaine a réussi à stabiliser son nombre de médecins généralistes en activité régulière entre 2020 et 2021 (+0.2%) avec cependant des inégalités départementales, notamment en Dordogne avec une perte de -3.8% (7) (Figure 2).

Figure 2 : Variations (%) départementales du nombre de médecins généralistes en activité régulière entre 2020 et 2021 (CNOM).



La Dordogne cumule une perte de 19,6% de médecins généralistes en activité depuis 2010. Cela représente une moyenne de 8,3 médecins pour 10 000 habitants, soit une densité inférieure à la moyenne nationale se situant à 8,9 médecins pour 10 000 habitants.

De surcroît, ces médecins sont pour la plupart en milieu ou fin de carrière avec très peu d'arrivées de jeunes médecins dans le territoire. En effet, 35% d'entre eux ont plus de 60 ans et seulement 13% ont moins de 40 ans. Notons que la moyenne d'âge nationale des médecins généralistes s'établit à 50 ans tandis qu'elle est de 52 ans en Dordogne (7).

Par ailleurs, 95 % du département de Dordogne est caractérisé par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins : 30 % du territoire est classé en zone d'intervention prioritaire et 65 % en zone d'action complémentaire (8).

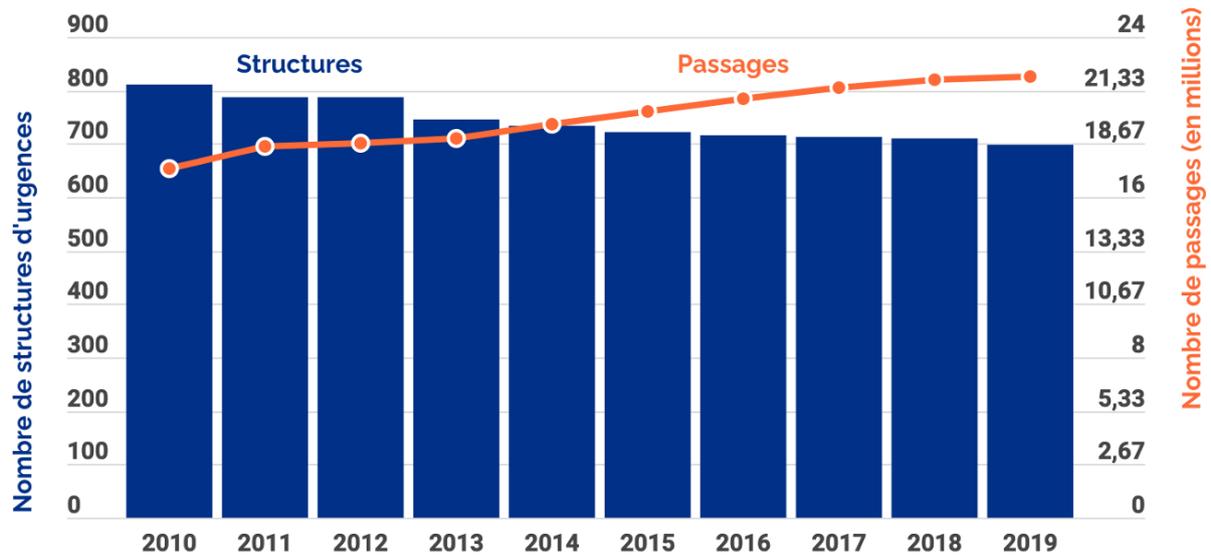
Il est intéressant de remarquer que la densité d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est également plus faible en Dordogne (respectivement 196 IDEL et 71 masseurs kinésithérapeutes pour 100 000 habitants) qu'au niveau régional (respectivement 205 IDEL et 110 masseurs kinésithérapeutes pour 100 000 habitants) (5).

2) *Hospitalière*

En France, les structures d'urgences accueillent chacune, en moyenne, 30 800 patients par an (cette moyenne est plus élevée pour le secteur public seul : 33 700 patients/an). Depuis 2010, le nombre de structures d'urgences a diminué de près de 14%, pour atteindre 698 structures en 2019 (11 structures de moins qu'en 2018) (9).

A contrario, en France métropolitaine, le nombre annuel de passages aux urgences est en augmentation constante de 3,6 % en moyenne chaque année, excepté en 2010 et 2019, atteignant 22 millions de passages en 2019 comme le montre la Figure 3 (10).

Figure 3 : SAU publics et privés : nombre de structures et de passages (DRESS-SAE).



Source : Drees-SAE (statistique annuelle des établissements) 2010-2019

En 2019, la Dordogne dispose de trois SAU en Centre Hospitalier Public (Périgueux, Bergerac et Sarlat) ainsi qu'un centre privé, la Clinique Périgueux Francheville. Le nombre de passages annuels aux urgences en Dordogne s'élève à 106 152 dont 48 242 sont enregistrés pour le CHP de Périgueux. La part des 75 ans et plus représente 18% des passages aux urgences du CHP de Périgueux, là où elle est de l'ordre de 12% à l'échelle nationale (10)(11).

En France, la part des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation reste stable en 2019 et concerne 19,1% des passages dans les structures d'urgences générales. Parmi les patients âgés de 75 ans et plus, 56% sont hospitalisés à l'issue de leur consultation au SAU, ce nombre culmine à 63% au CHP de Périgueux (9)(12).

Depuis les années 2000, les établissements médicaux publics français ont perdu 79 896 lits d'hospitalisation complète, c'est-à-dire environ 20% de leur capacité d'accueil. Cette baisse s'observe sur l'ensemble du territoire et a principalement impacté les capacités d'accueil dans les services de long séjour. Nous remarquons également une réduction d'environ 4% du nombre d'établissements hospitaliers entre 2003 et 2019 (13). Cependant, sur la même période, le développement de l'hospitalisation partielle (hôpital de jour, chirurgie ambulatoire, dialyse, cancérologie) a permis la création de 30 000 lits supplémentaires dédiés à cette activité (14)(15).

II. Le patient gériatrique

A. Caractéristiques

L'OMS retient le critère d'âge de 65 ans comme définition de la vieillesse. Dans le domaine médical, notamment pour l'orientation des patients dans les services destinés, l'âge de 75 ans semble plus pertinent. L'âge n'est cependant pas le critère de définition d'un patient gériatrique (16).

Le vieillissement est défini par l'association de processus physiologiques et psychologiques accompagnant l'avancée en âge. Il s'agit d'un processus lent et progressif, soumis aux facteurs génétiques et environnementaux. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées ou actuelles (17).

Le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme, le rendant plus vulnérable aux situations d'agressions. Cependant, cette réduction fonctionnelle liée au vieillissement est très variable d'un organe à l'autre (vieillissement différentiel inter-organe) mais également d'un individu à l'autre (vieillissement interindividuel) (18).

Entre ces atteintes physiologiques liées à l'âge et l'association à différentes comorbidités évolutives, le vieillissement est souvent décrit comme un état de transition. Cet équilibre instable représente l'un des concepts majeurs en gériatrie : la fragilité. Intervenir sur les critères de fragilité d'un patient permet d'éviter un vieillissement pathologique et de prévenir ainsi la dépendance (19).

La fragilité, la confusion, la dénutrition, l'incontinence urinaire, les chutes, les escarres mais aussi la iatrogénie, découlent souvent de plusieurs facteurs sous-jacents et forment ce que nous appelons communément les *syndromes gériatriques* (20).

Nous retenons que 85% des personnes âgées de plus de 75 ans sont atteintes d'au moins une affection chronique, ces dernières déclarant en moyenne 7,6 maladies (3). Les principales pathologies sont d'origines cardio-vasculaires, métaboliques et nutritionnelles, mais également des troubles odontologiques et ophtalmiques (21).

Pour lutter contre ces pathologies chroniques, les sujets de 75 ans et plus consomment en moyenne 5 médicaments différents par jour (22)(23).

B. Le patient gériatrique aux urgences

La prévalence des admissions de personnes âgées de plus de 75 ans dans les services d'urgences en France varie selon les études de 10 à 30%, avec une nette prépondérance féminine (reflet de la différence d'espérance de vie selon le sexe) variant de 55 à 78% et des patients vivants seuls à domicile dans une proportion de 26 à 37% (3)(24)(25).

Sur l'ensemble du territoire français, les principaux motifs de recours aux urgences des personnes âgées sont d'abord la traumatologie (25%), suivie des motifs cardio-vasculaires (17%) (12). La plupart des études révèlent que la poly-pathologie est dominante parmi les motifs d'admission (60 à 80%) mais s'accordent cependant à placer les pathologies traumatologiques, cardiovasculaires et respiratoires, au premier plan, représentant respectivement en moyenne 20 à 30% des motifs d'admission, et la proportion des motifs sociaux ou médico-sociaux à moins de 10% (24)(26).

L'étude DRESS réalisée en 2017 retrouve qu'au décours d'un passage aux urgences, 56% des patients âgés de plus de 75 ans sont hospitalisés dans un service conventionnel, alors que 38% regagnent leur domicile et 5 % leur EHPAD. La probabilité d'hospitalisation à la sortie des urgences est 2,6 fois plus élevée que celle des 15-74 ans (12). Dans diverses études françaises, les taux d'hospitalisations pour les plus de 75 ans vont de 62 à 93 % (24)(27).

Récemment, l'ARS a mené une étude sur l'ensemble des établissements de santé d'Ile de France, retrouvant que 24% des patients âgés de 80 ans et plus ayant bénéficié d'un premier séjour hospitalier en 2016, ont été de nouveau hospitalisés dans un délai de 90 jours, dont près de 45% via les urgences (28).

1) *Évaluation spécifique liée à l'âge*

D'un point de vue somatique, les maladies se présentent de manière différente chez la personne âgée, les symptômes sont plus vagues. Il existe un risque que cet état pathologique soit considéré uniquement comme des manifestations liées au vieillissement, négligeant alors le traitement de la maladie causale. A l'inverse, il existe un risque d'investiguer de manière acharnée un diagnostic, soumettant ainsi la personne âgée à de nombreux désagréments.

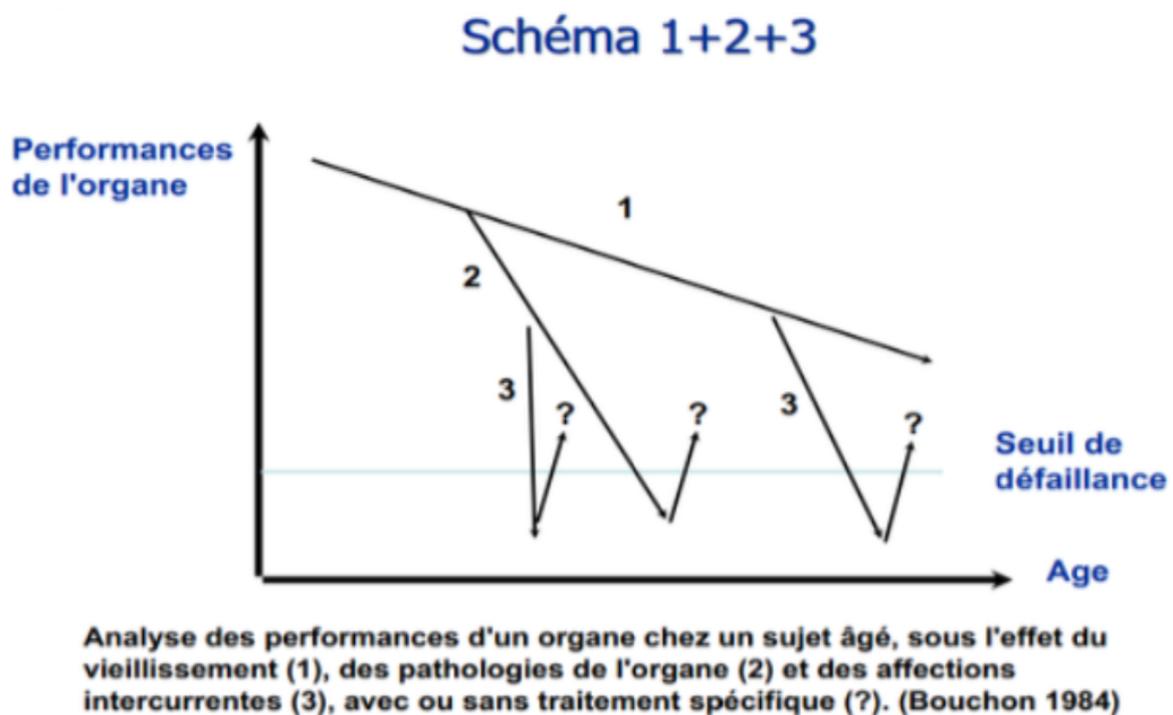
Pour cette raison, il est nécessaire avant tout de connaître l'autonomie de la personne âgée. Cette dernière représente une base pour la prise en charge et un objectif pour la sortie d'hospitalisation.

Pour ce faire, l'évaluation doit être pluridisciplinaire : médicale, infirmière, sociale et psychologique et s'appuyer sur des outils de dépistage validés, regroupés au sein de ce que l'on appelle l'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) (29)(30)(31)(32).

En France, l'évaluation de l'autonomie permet de compléter la grille AGGIR et ainsi de classer les patients en GIR, de 1 à 6, soit du plus dépendant au plus autonome.

La priorité de l'évaluation du patient gériatrique étant de prévenir la « décompensation en cascade des pathologies », illustrée par le modèle de BOUCHON (33)(34).

Figure 4 : Modèle de BOUCHON



Nos confrères européens, américains et canadiens, décrivent également une certaine complexité dans la prise en charge de cette population âgée, chez qui coexistent plusieurs pathologies associées aux composantes psychologiques et sociales. Le passage aux urgences doit être l'occasion de remettre la personne âgée dans sa trajectoire de soins voire de l'initier, d'où la nécessité d'interaction entre les structures d'urgences et de gériatrie (35)(36).

2) *Impact du passage aux urgences*

Le passage aux urgences représente un facteur de risque pour les personnes âgées. Rappelons qu'un passage prolongé supérieur à 10 heures multiplie par plus de deux le risque de syndrome confusionnel secondaire, or 23% des personnes de plus de 75 ans passent plus de 8 heures aux urgences (contre 10% des 15-74 ans) (37).

Les sujets âgés sont à risque élevé d'évènements indésirables lors de l'entrée aux urgences comme la non-reconduction de prescription, la iatrogénie due aux traitements instaurés ou encore les infections nosocomiales (38).

L'environnement inhabituel de l'hôpital et l'alitement prolongé sont autant d'obstacles à la bonne mobilité du patient et peuvent avoir de nombreuses complications néfastes, telles que la perte de masse musculaire, l'apparition d'escarres, l'augmentation du risque d'hypotension orthostatique et donc de chute (39)(40). Ce changement d'environnement favoriserait également l'accroissement de l'incontinence et la survenue d'état de confusionnel (41).

A partir de l'analyse d'un sous-groupe de 514 patients totalement indépendants pour la réalisation des AVQ avant leur hospitalisation, il a été montré que seul un tiers restait indépendant à la fin de leur séjour (42)(43).

La cohorte SAFE réalisée sur un échantillon de 1047 patients a évalué le risque de réhospitalisation précoce non programmée (dans les 30 jours suivant la sortie) à 14%, là où d'autres études retrouvaient des résultats variant entre 4 et 20%, selon les paramètres pris en compte (24)(26)(44). Ce risque serait lié, selon certaines études, à une durée d'hospitalisation prolongée (26)(45).

III. La Gériatrie

A. Définition

Du grec *geros* « homme âgé » et *iatros* « guérisseur », le terme « gériatrie » apparaît au début du XXe siècle et est attribué au médecin autrichien, le Dr Ignatz Leo Nascher. En France, la gériatrie ne sera reconnue comme une spécialité à part entière qu'en 2004 (46).

L'objectif principal de cette discipline est de préserver la meilleure qualité de vie possible dans la dernière phase de vie. L'expression « ajouter de la vie aux années » prend tout son sens (47). La gériatrie a développé un modèle de prise en charge pluridisciplinaire, adapté aux caractéristiques et aux complications, tant somatiques que psychosociales, de ces patients.

B. Structure

Du fait de sa dimension territoriale, la filière gériatrique doit s'organiser en plusieurs « maillons » que sont :

- Le court séjour gériatrique,
- L'équipe mobile de gériatrie,
- Les unités de consultations et d'hospitalisations de jour gériatrique,
- Les soins de suite et de réadaptation adaptés aux personnes âgées polypathologiques,
- Les unités de soins de longue durée.

Comme le rappelle la circulaire du 28 mars 2007, il est nécessaire que la filière gériatrique développe des conventions de coopération entre les établissements de santé et les EHPAD (48).

C. L'équipe mobile de gériatrie

L'organisation de l'EMOG a été définie dans la circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007, relative à la filière de soins gériatriques (48). Elle stipule notamment que la mission essentielle d'une EMOG est d'optimiser la prise en charge des malades très âgés dans les différents services : services d'accueil des urgences, services de spécialités médicales ou chirurgicales, par le biais d'une évaluation gériatrique globale. Les EMOG doivent également assurer un continuum entre la médecine de ville et l'hôpital en améliorant la fluidité de la prise en charge hospitalière aiguë et en sensibilisant l'ensemble des soignants, médecins libéraux compris, au soin gériatrique.

La composition d'une EMOG est variable d'un centre hospitalier à l'autre, bien souvent à minima constituée d'un IDE et d'un médecin, il n'existe cependant pas de consensus d'organisation. Faisant partie intégrante de la filière gériatrique, elle apporte des réponses aux besoins spécifiques des personnes âgées lors de leur admission à l'hôpital.

La connaissance du réseau de santé gériatrique du secteur géographique dont dépend le patient, permet à cette équipe de coordonner la prise en charge et l'orientation du patient (49). Elle peut notamment participer à l'organisation du retour à domicile en s'articulant avec les dispositifs de soutien tels que le CLIC (centre local d'information et de coordination), le SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) et les services sociaux.

D. Apport de l'EMOG

La Société Française de Gériatrie et de Gériatrie a réalisé, en 2011, une enquête nationale sur les pratiques des EMOG, montrant que la chute était le premier motif d'admission des patients évalués par ces équipes mobiles, suivie par les pathologies cardiopulmonaires et l'altération de l'état général. Dans un peu plus de la moitié des cas, elles interviennent dans les services d'urgences. Le délai moyen d'intervention de l'EMOG est de 2,1 jours pour un délai moyen de demande de la part des diverses unités de 14,8 jours (49).

Dans cette même étude, le suivi des patients évalués par l'EMOG retrouve un taux de réadmission non programmée supérieur à 10% à 1 et 2 mois après la sortie de l'hôpital, associés au nombre plus élevé de comorbidités et de médicaments pris quotidiennement mais également à l'absence d'envoi du courrier de synthèse au médecin traitant.

Les résultats d'une méta analyse montrent que l'évaluation gériatrique réalisée par une EMOG dès l'admission aux urgences apporte un réel bénéfice en permettant de diminuer le risque d'institutionnalisation, d'améliorer l'état cognitif des patients âgés et diminuer la mortalité à 6 et 12 mois de suivi (50)(51).

Dans le cas de patients qui ne seraient pas hospitalisés à l'issue de leurs passages aux urgences ou qui n'auraient pu être évalués convenablement, l'EMOG peut organiser une consultation externe, voire une hospitalisation programmée en court séjour gériatrique, en établissant un lien avec le médecin traitant.

Il est également important de ne pas méconnaître l'impact économique des frais de santé des personnes âgées prises en charge à l'hôpital. En ce sens, le CHP de la Côte Basque a mis en valeur, lors d'une étude réalisée en 2012, l'apport de l'EMOG sur la valorisation du PMSI via la cotation de la sévérité du séjour et donc un gain financier pour les services hébergeurs (52).

IV. Justification et objectif de l'étude

Comme l'attestent les chiffres, l'hôpital et plus particulièrement les urgences, subissent l'afflux d'un nombre croissant de patients, représenté par une population de plus en plus vieillissante. En parallèle, nous pouvons constater depuis quelques années une diminution du nombre de structures d'urgences susceptibles d'absorber ce passage, mais également un recul du nombre de lits d'aval capables d'accueillir ces patients en hospitalisation conventionnelle.

Notre travail s'intéresse donc spécifiquement à cette population âgée, en recueillant les caractéristiques des patients de plus de 75 ans amenés à consulter aux urgences de manière récurrente, dans le but d'établir un profil-type. In fine, notre volonté serait que ces patients « consommateurs de soins » puissent bénéficier d'une prise en charge optimale, en lien direct avec l'équipe mobile de gériatrie, dans l'espoir de diminuer leur fréquence de passages aux urgences et le nombre d'hospitalisations qui en découle.

Question de recherche :

Quels sont les caractéristiques des patients âgés de 75 ans et plus ayant consulté au moins quatre fois au SAU durant l'année 2019, au CHP de Périgueux ?

Nos hypothèses de travail sont que les patients concernés pourraient être des personnes âgées isolées, vivant seules et sans aide à domicile ou bien, au contraire, être des résidents d'EHPAD adressés aux urgences au moindre problème médical non résolutif dans la structure d'accueil.

Objectif principal :

- ➔ Décrire les caractéristiques des patients âgés de plus de 75 ans, consultant de manière récurrente aux urgences du CHP de Périgueux.

Objectif secondaire :

- ➔ Évaluer la fréquence d'intervention de l'EMOG chez cette population ainsi que la répercussion de l'avis EMOG sur le nombre de passages et d'hospitalisation à venir.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale, monocentrique, observationnelle et descriptive.

V. Population

La population cible était représentée par l'ensemble des patients âgés de 75 ans et plus, avec pour critère d'inclusion le fait d'avoir consulté au moins quatre fois aux urgences du CHP de Périgueux entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2019.

Les patients dont le dossier médical ou administratif était incomplet n'ont pas été inclus.

Les critères de non-inclusion concernaient :

- Les patients consultants pour des soins infirmiers programmés récurrents et ne nécessitant pas l'intervention d'un médecin (type réfection de pansements de brûlures) ;
- Les erreurs administratives (doublon de dossier, erreur dans le service de soin destinataire) qui auraient entraîné un nombre incorrect de passages aux urgences.

VI. Méthode

Le recueil de données sociodémographiques et médicales a été réalisé par l'ensemble des intervenants du parcours de soin au sein du CHP de Périgueux, de manière systématique pour tous les patients âgés de 75 ans et plus entrés via les urgences.

Les données ont ensuite été recueillies de façon rétrospective par un opérateur dépendant de l'étude. Les dossiers médicaux de consultations aux urgences ont été extraits à partir d'une requête de la base de données de DxCare® utilisée au CHP de Périgueux. Les données ont ensuite été intégrées dans un tableur du Logiciel Microsoft Excel 2021® pour Mac.

Aucune information ni consentement n'a été donné aux patients avant inclusion. Les données personnelles ont été anonymisées conformément à la réglementation en vigueur.

Aucune des variables recueillies n'était spécifique à l'étude. Les données récoltées dans le cadre de l'étude observationnelle rétrospective réalisée, étaient issues des pratiques effectuées quotidiennement dans le service des urgences de Périgueux.

L'ensemble des informations recueillies lors de l'étude avait pour but l'optimisation de la prise en charge des patients et des pratiques du personnel au sein d'un service d'urgences.

Conformément à la réglementation, une déclaration à la CNIL a été réalisée.

VII. Paramètres recueillis

Les données sociodémographiques courantes ont été répertoriées, à savoir :

- L'âge
- Le sexe
- La présence ou non d'une mesure de protection (tutelle/curatelle)
- La présence ou non d'une famille proche aidante
- Patient vivant en EHPAD/SSR/USLD ou à domicile
- Patient vivant seul
- La présence d'aides à domicile :
 - o Aide-ménagère
 - o Aide-soignant(e)
 - o Infirmier(e)
 - o Portage des repas
- Patient vivant en milieu rural ou urbain

D'autres données médicales ont aussi été renseignées concernant les caractéristiques suivantes :

- Le score GIR
- Le nombre de traitements habituels
- Le nombre d'avis EMOG
- Le nombre de passages totaux
- Le nombre de passages après avis EMOG (si au moins un avis EMOG était délivré)
- Le nombre d'hospitalisations totales
- Le nombre d'hospitalisations après avis EMOG (si au moins un avis EMOG était délivré)
- Le suivi par un médecin traitant
- Le décès au dernier passage
- Le nombre de passages et d'hospitalisations après institutionnalisation (pour les patients ayant été nouvellement institutionnalisés au cours de l'année étudiée).

Précisons quelques paramètres pris en compte pour définir certains critères :

- La caractéristique « famille proche aidante » était définie par la présence d'au moins un membre de la famille, à proximité géographique du patient et venant proposer son aide à minima de manière bihebdomadaire (gestion des courses, des repas, des documents administratifs, etc...).
- Le lieu de vie « rural ou urbain » était défini en fonction :
Soit du nombre d'habitants < ou > à 5000 habitants
Soit de la distance séparant le lieu de vie du premier CHP < ou > à 20 minutes de route.
- Les patients vivants en structure médicalisée ou sous la surveillance d'une équipe soignante étaient regroupés en un seul et même groupe : « EHPAD/SSR/USLD ».
- Tous les avis EMOG délivrés durant l'année 2019 ont été pris en compte, qu'ils aient eu lieu lors du passage aux urgences ou lors d'une hospitalisation.

VIII. Analyse statistique

Suite au recueil de données, nous avons réalisé une analyse descriptive de la population globale. Dans notre étude, l'autonomie était évaluée selon le niveau de GIR (annexe 1), que nous avons ensuite classé en 3 groupes distincts :

- Les patients très dépendants (GIR 1-2)
- Les patients moyennement dépendants (GIR 3-4)
- Les patients quasiment autonomes (GIR 5-6)

Les variables quantitatives étaient représentées par leur médiane et les percentiles 25 et 75 (écart interquartile). Elles étaient comparées par l'utilisation d'un test t de Student ou par un test non paramétrique de Mann-Whitney.

Les variables qualitatives étaient représentées par leur pourcentage et leur intervalle de confiance à 95% (IC95) et étaient comparées avec un test de Chi², un test corrigé de Yates ou bien un test de Fisher si indiqué.

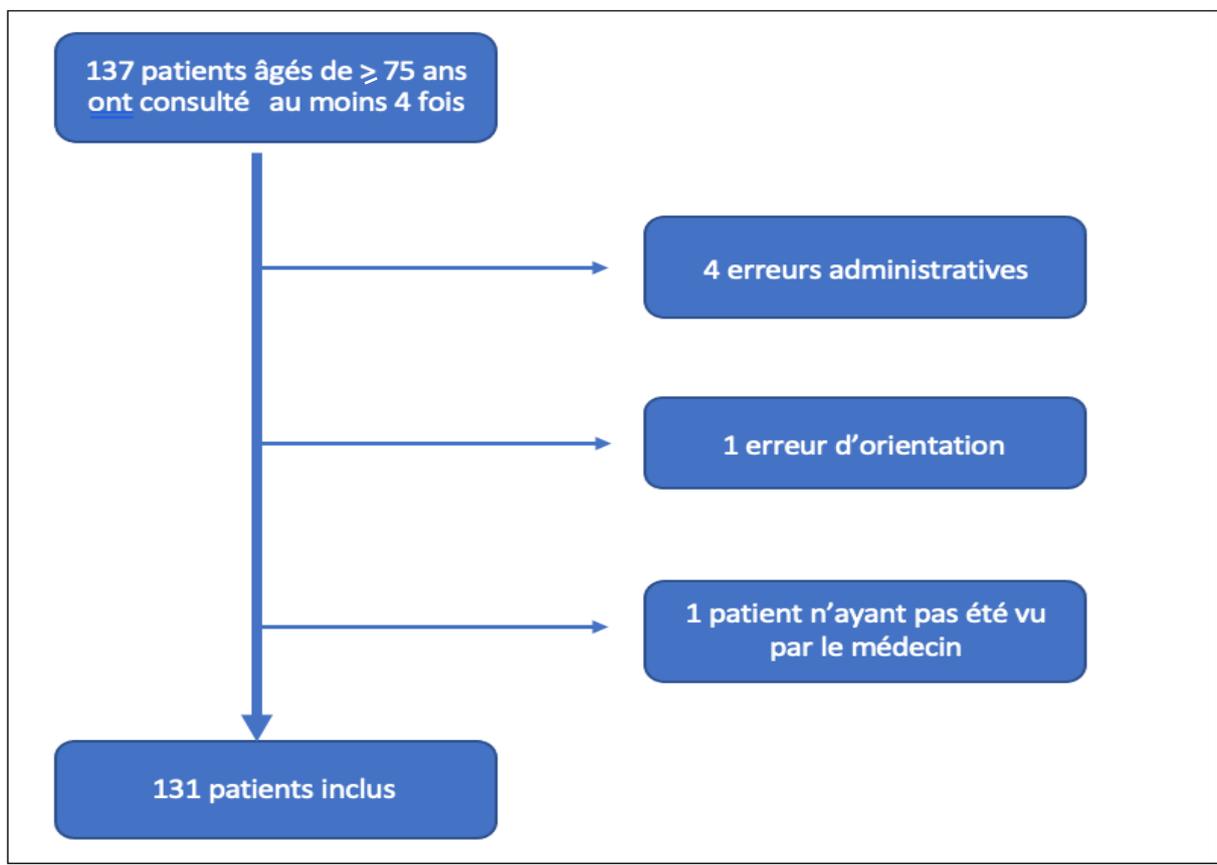
Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de la plateforme BiostatTGV®.

RÉSULTATS

IX. Population totale

Nous avons retenu 131 patients sur la période du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2019, dont les critères d'inclusions et de non-inclusions ont été rappelés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Diagramme de flux des dossiers inclus dans l'étude.



X. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques de la population ainsi que la répartition en fonction de l'âge et du sexe, sont respectivement détaillées dans le tableau 2 et la figure 5.

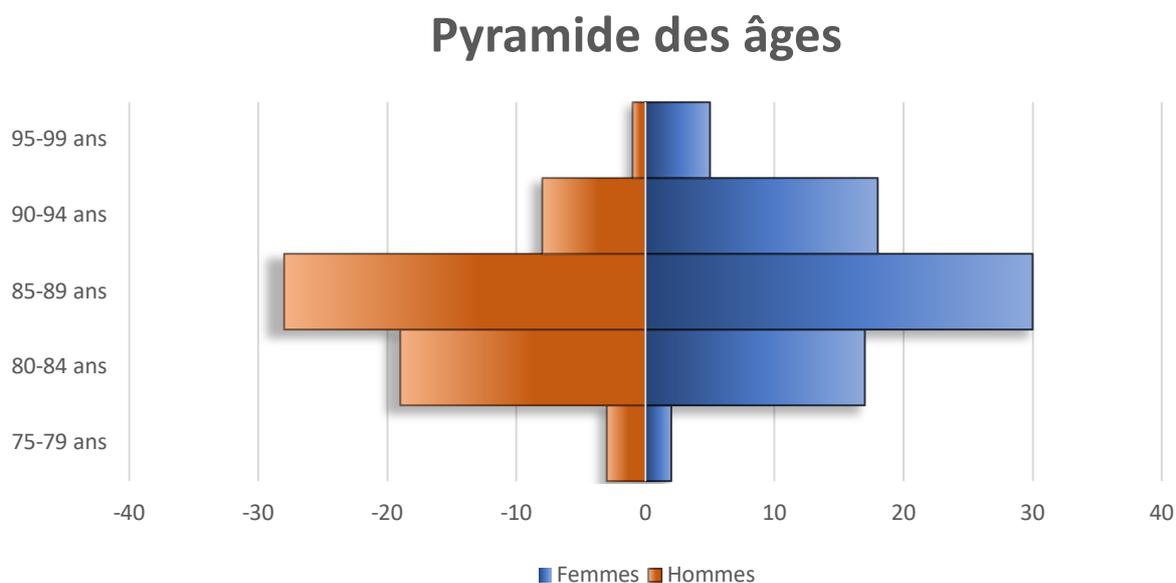
Tableau 2 : Caractéristiques de la population.

Variabiles	Effectif : N = 131
Age ; Médiane [EIQ 25-75]	87 [83-89]
Sexe :	
- Hommes	59 (45%)
- Femmes	72 (55%)
Patient sous mesure de protection	7 (5,3%)
Présence d'une famille proche aidante	82 (63%)
Milieu de vie :	
- Domicile	112 (85,5%)
- EHPAD	19 (14,5%)
Lieu d'habitation :	
- Rural	107 (82%)
- Urbain	24 (18%)
Patient vivant seul	56 (43%)
Présence d'aides à domicile :	74 (66%)
- Aide-ménagère	61 (82%)
- Aide-soignant	34 (46%)
- IDE	53 (72%)
- Portage des repas	21 (28%)
Médecin traitant connu	129 (98,5%)
Nombre de traitements	
- 0 à 3	12 (9%)
- 4 à 6	30 (23%)
- 7 à 9	47 (36%)
- > 9	42 (32%)
Décès au dernier passage	21 (16%)

La présence d'aides à domicile tout comme la présence d'une famille proche aidante, concernait respectivement deux tiers des patients vivants à domicile.

Les patients avaient environ 8 médicaments (EIQ [6-10]) au long cours sur leur ordonnance habituelle.

Figure 5 : Répartition de l'âge en fonction du sexe.



L'âge médian de notre population était de 87 ans pour un sex ratio femmes/hommes de 1,22. Sachant que 43% de la population étudiée était représentée par des patients vivants seuls, nous avons détaillé leurs caractéristiques dans le tableau 3.

Tableau 3 : Principales caractéristiques des patients vivants seuls.

Variables	Effectif : N = 56
Age ; Médiane [EIQ 25-75]	88 [86-90]
Sexe :	
- Hommes	19 (34%)
- Femmes	37 (66%)
Présence d'une famille proche aidante	39 (70%)
Présence d'aide(s) à domicile	44 (79%)
Lieu d'habitation :	
- Rural	47 (84%)
- Urbain	9 (16%)
Médecin traitant connu	55 (98%)
Niveau de GIR :	
- Dépendant	3 (5,5%)
- Moyennement dépendant	18 (32%)
- Autonome	35 (62,5%)

Les patients les plus isolés, c'est-à-dire vivants seuls à domicile en milieu rural représentaient un peu plus d'un tiers (36%) de la population totale. Parmi eux, 28% n'avaient pas de famille proche aidante et 9% n'avaient pas d'aide à domicile.

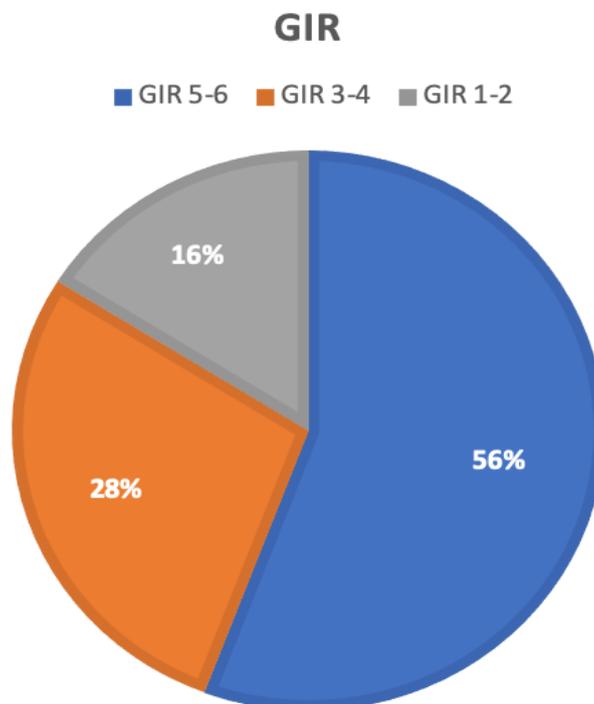
Au début de l'étude 112 patients vivaient à domicile dont la moitié seuls ; tandis qu'à la fin de l'étude ils n'étaient plus que 97 patients à vivre à domicile et 47% seuls.

En effet, 14 patients ont été institutionnalisés au cours de l'année et 1 patient est parti vivre en famille d'accueil. Parmi ces 14 patients, 9 vivaient seuls jusqu'alors. Concernant l'unique patient parti vivre en famille d'accueil, il était seul à domicile auparavant.

Le pourcentage de patients institutionnalisés est donc passé de 14,5% à 25% respectivement entre le début et la fin de l'étude.

Comme l'illustre la Figure 6, la majorité de la population étudiée présentait une autonomie conservée (GIR 5-6).

Figure 6 : Répartition de la population selon le niveau d'autonomie (GIR)



Au total sur l'année étudiée, nous avons déploré 21 patients décédés. Parmi eux, 38% vivaient seuls et 43% vivaient en EHPAD. 81% des patients décédés appartenaient aux groupes de patients moyennement et très dépendants (GIR 1 à 4).

XI. Passages aux urgences et hospitalisations

Le tableau 4 décrit la moyenne de passages et d'hospitalisations par patient selon son milieu de vie et sa prise en charge ou non par l'EMOG.

Tableau 4 : Caractéristiques de la prise en charge.

Variables	Moyenne	IC à 95%
Nombre de passages :		
- Totaux	4,6	[4,4 - 4,8]
- Patients vivants seuls	4,7	[4,25 - 5,2]
- Patients institutionnalisés de base	4,5	[4,0 - 4,9]
- Avant / Après avis EMOG	2,5 / 2,3	[1,2 - 3] / [1,5 - 3]
- Avant / Après institutionnalisation	2,1 / 2,1	[1,6 - 2,5] / [1,8 - 2,5]
Hospitalisations :		
- Totales	2,3	[2,05 - 2,5]
- Patients vivants seuls	2,5	[2,1 - 2,8]
- Patients institutionnalisés de base	1,8	[1,2 - 2,4]
- Avant / Après avis EMOG	1 / 1,8	[0,6 - 1,5] / [1,2 - 2,3]
- Avant / Après institutionnalisation	1,3 / 0,9	[0,7 - 1,8] / [0,5 - 1,3]

Concernant la moyenne de passages chez les patients institutionnalisés (4,47) et celle des patients vivants seuls (4,73), nous n'avons pas mis en évidence de différence significative ($p=0,69$).

Pour l'échantillon global, nous retrouvons qu'un passage sur deux aux urgences s'était conclu par une hospitalisation. La moyenne était de 1,8 hospitalisations chez les patients institutionnalisés, contre 2,5 hospitalisations chez les patients vivants seuls ($p=0,13$).

Si nous nous intéressons spécifiquement aux patients qui ont été institutionnalisés au cours de l'année, nous pouvons remarquer qu'il n'y a pas de différence significative ($p=0,66$) entre la moyenne de passages par patient avant et après institutionnalisation.

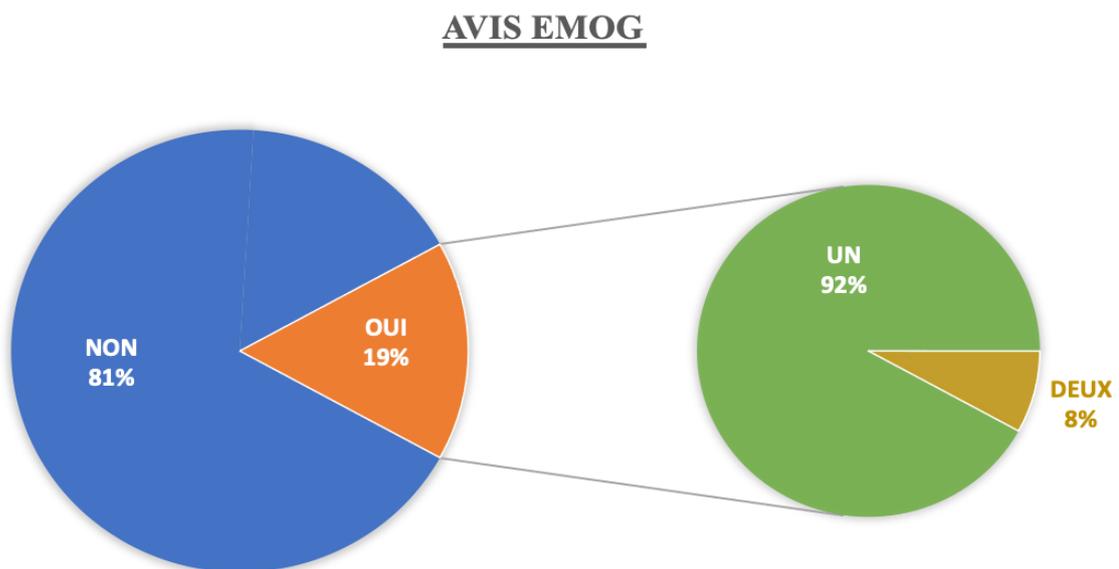
Nous n'avons pas non plus trouvé de différence significative ($p=0,52$) entre la moyenne d'hospitalisations par patient avant et après institutionnalisation.

Parmi les patients ayant bénéficié d'un avis EMOG nous ne trouvons pas de différence significative ($p=0,44$) entre la moyenne de passages avant (2,5) et après (2,3) cet avis spécialisé. En revanche il existe bien une différence significative ($p=0,03$) entre la moyenne d'hospitalisation avant (1) et après (1,8) l'évaluation de l'EMOG.

XII. Avis EMOG

Comme le montre la figure 7, la grande majorité de la population étudiée n'a pas bénéficié d'une prise en charge par l'EMOG.

Figure 7 : Pourcentage de patients ayant bénéficié d'avis EMOG.



L'âge médian des patients ayant bénéficié d'au moins un avis EMOG était de 87 ans [EIQ 85-90,25].

Afin d'évaluer les conditions de prise en charge par l'EMOG, nous nous sommes intéressés spécifiquement aux caractéristiques des patients ayant ou non bénéficié de cet avis spécialisé (tableau 5).

Tableau 5 : Comparaison des caractéristiques selon l'avis EMOG.

	Avis EMOG	Ø d'avis EMOG	ρ
Sexe :			
- Masculin	11 (8,4%)	48 (36,6%)	0,908
- Féminin	14 (10,7%)	56 (44,3%)	
Aide(s) à domicile :			
- Présente	18 (16,1%)	56 (50%)	0,142
- Absente	4 (3,6%)	34 (30,3%)	
Lieu d'habitation :			
- Rural	20 (15,3%)	87 (66,4%)	0,809
- Urbain	5 (3,8%)	19 (14,5%)	
Milieu de vie :			
- EHPAD	3 (2,3%)	16 (12,2%)	0,464
- Domicile	22 (16,8%)	90 (68,7%)	
Condition de vie :			
- Seul	18 (13,8%)	38 (29%)	0,001
- Accompagné	7 (5,3%)	68 (51,9%)	
Famille proche :			
- Présente	20 (15,3%)	62 (47,3%)	0,045
- Absente	5 (3,8%)	44 (33,6%)	
Hospitalisés :			
- Oui	25 (19,1%)	95 (72,5%)	0,505
- Non	0 (0%)	11 (8,4%)	
Décès au dernier passage :			
- Oui	5 (3,8%)	16 (12,2%)	0,765
- Non	20 (15,3%)	90 (68,7%)	

Près d'un tiers des patients vivants seuls ont reçu au moins un avis EMOG tout comme les patients secondairement institutionnalisés, tandis qu'ils sont 16% pour les patients institutionnalisés.

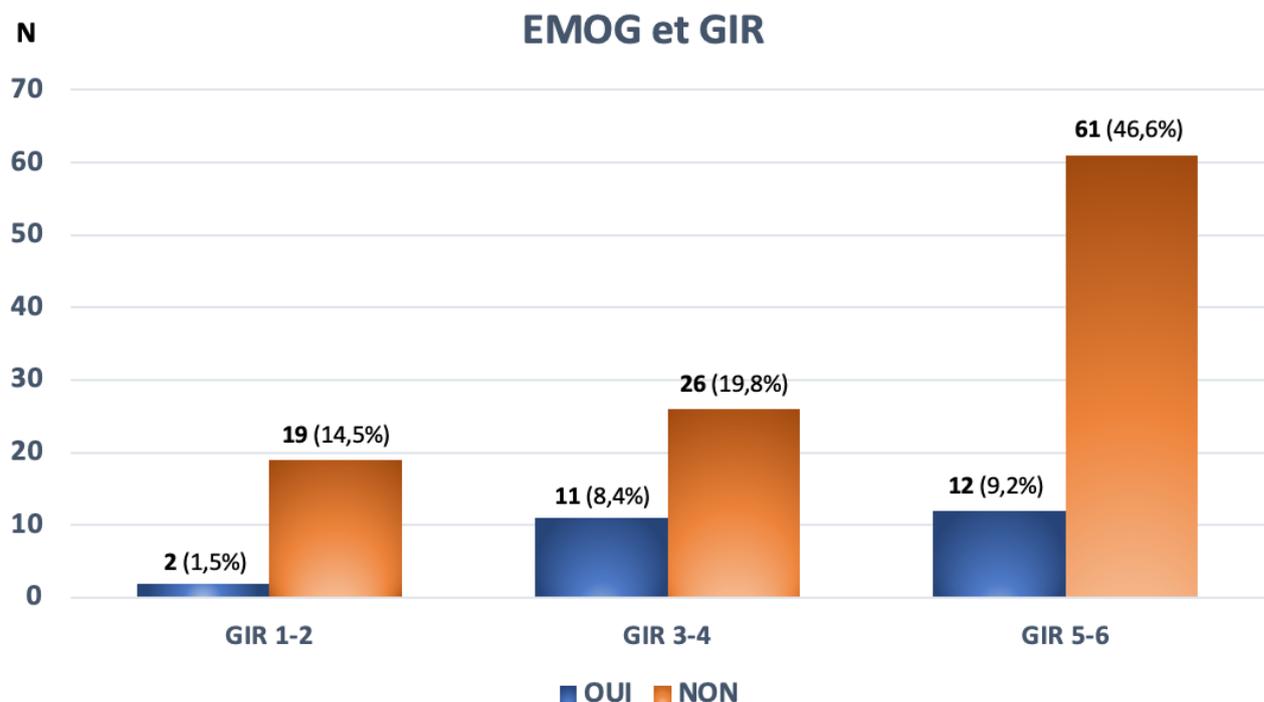
D'après l'analyse du tableau 5, parmi les patients vivant à domicile, le fait de vivre seul aurait un impact significatif sur la possibilité de recevoir un avis EMOG ($p = 0,001$).

Nous avons également retrouvé un lien significatif entre le fait d'avoir une famille proche aidante et la possibilité de bénéficier d'un avis EMOG ($p = 0,045$).

Le sexe, le décès, le lieu d'habitation, le milieu de vie ou bien la présence d'aide à domicile, s'avéraient être des facteurs indépendants de l'avis EMOG.

Parmi les patients bénéficiant déjà d'aides à domicile, 24% ont reçu un avis EMOG, tandis qu'ils étaient 10,5% pour ceux n'ayant aucune aide.

Figure 8 : Répartition des avis EMOG parmi les différents groupes GIR.



En étudiant la répartition des avis EMOG, nous remarquons que les patients les plus dépendants étaient ceux ayant reçu le moins d'avis EMOG. Cependant l'analyse statistique ne retrouvait pas de différence significative ($p = 0,196$) parmi ces différentes populations.

Notons par ailleurs que parmi les 11 patients n'ayant jamais été hospitalisés au décours de leurs passages aux urgences, aucun n'avait bénéficié d'avis EMOG. A ce titre, nous avons remarqué que le pourcentage d'avis EMOG semblait augmenter avec le nombre d'hospitalisations.

DISCUSSION ET PERSPECTIVES

XIII. Résultats et implications

L'analyse descriptive de notre population permet d'établir un profil type de patient. Effectivement, la population étudiée est relativement âgée (médiane de 87 ans), à prédominance féminine (55%) et vit majoritairement à domicile (85,5%). Bien qu'un peu plus âgée, notre population est comparable à la plupart des études de gériatrie, dont la moyenne d'âge est de 84 ans (53)(54)(55).

Ces patients vivent bien souvent seuls (43%), à la campagne (82%) tout en conservant une autonomie satisfaisante. En effet, 56% d'entre eux appartiennent au groupe GIR 5-6, en partie grâce aux aides humaines (famille proche ou personnels qualifiés) mises en place à domicile pour près de deux tiers d'entre eux. A ce titre, nous remarquons que seulement 5% des patients bénéficient d'une mesure de protection.

Au sein de notre population, 14,5% des patients sont institutionnalisés, ce qui est comparable aux 14% retrouvés dans l'étude de la DRESS publiée en 2017. Cette dernière s'intéressait à la même population mais sur l'ensemble des structures d'urgences du territoire français, à un jour donné (12).

La quasi-totalité des patients ont un médecin traitant (98,5%). Les deux tiers de notre population s'avèrent être polymédiqués, puisque prenant plus de 7 médicaments quotidiennement, là où la moyenne se situe plutôt à 5 médicaments dans la population du même âge (22)(23).

Contrairement à nos hypothèses de travail, les patients concernés sont effectivement des personnes relativement âgées, vivant seules, mais encore globalement autonomes. De même, elles sont moins isolées que nous le supposions puisque bénéficiant en grande majorité d'une famille proche aidante, d'un médecin traitant et d'un réseau d'aides à domicile.

Cependant le ressenti sur le terrain permet d'apporter une nuance à ces résultats. Nous avons l'impression que ces patients fragiles rapportent une difficulté d'accès à leur médecin traitant pour les demandes de consultations en urgences et notamment en cas de besoin de visite à domicile.

Effectivement, face à une patientèle grandissante, les médecins généralistes semblent parfois manquer de temps pour pouvoir répondre favorablement aux demandes de visites en urgence. En face, la population âgée fragile n'est pas toujours en capacité de se rendre au cabinet et est alors réorientée vers les urgences.

Il serait cependant intéressant d'étudier si les patients âgés sollicitent effectivement systématiquement leur médecin traitant avant d'aller aux urgences et quelle orientation ce dernier propose-t-il.

Par ailleurs, notre seconde hypothèse concernant les patients institutionnalisés s'avère erronée. En effet, les résidents d'EHPAD représentent seulement 14,5% de la population étudiée. Cela correspond à la moyenne basse, entre 10 et 30%, observée dans divers études récentes, notamment sur la région Aquitaine (26)(56)(57).

Au sein de notre population, le taux d'hospitalisation rapporté aux nombres de passages est de 50%, ce qui est comparable avec la population globale des patients âgés de 75 ans et plus à l'échelle nationale (12).

Nous ne retrouvons pas de différence significative concernant le nombre de passages et d'hospitalisation entre les patients vivants seuls et les patients institutionnalisés.

La mortalité observée durant notre étude est relativement importante puisqu'elle représente 4% des passages, probablement du fait de la fragilité de la population choisie.

Cette donnée est difficilement comparable à d'autres études compte tenu de l'étroitesse de l'échantillon étudié. Effectivement, diverses études menées au sein de SAU en France retrouvent une incidence moyenne allant de 0,2 à 0,5 décès pour 100 passages dans la population générale, spécifiant que l'âge moyen des patients décédés se situe entre 70 et 75 ans selon les études (58)(59)(60).

Concernant la prise en charge par l'EMOG, seulement 19% de la population étudiée a pu en bénéficier. Ce faible pourcentage peut être en partie expliqué par une difficulté d'identification, de la part des médecins urgentistes, des patients nécessitant un avis spécialisé, mais également par un manque de disponibilité de l'EMOG. Il est cependant à relativiser puisque dans les autres études menées sur le plan national, l'activité de l'EMOG varie entre 8% et 36% au sein des SAU (61)(62).

Notre étude permet de retrouver une différence significative ($p=0,03$) entre la moyenne d'hospitalisation avant (1) et après (1,8) l'évaluation de l'EMOG. Cela soulève la question de savoir si parmi les patients ne bénéficiant pas d'avis EMOG, certains ne seraient pas renvoyés trop précocement à domicile. En effet, si l'avis EMOG a tendance à augmenter le nombre d'hospitalisations, c'est potentiellement parce que l'examen effectué permet de déceler des patients fragiles non étiquetés comme tels jusqu'alors.

Une méta-analyse de 22 études randomisées contrôlées publiée dans la revue Cochrane en 2011 a montré l'intérêt de réaliser une évaluation gérontologique des patients âgés notamment lors de leur admission aux urgences (50). Effectivement, les résultats de cette dernière montrent que l'évaluation gérontologique réalisée par une EMOG aux urgences permet de diminuer le risque d'institutionnalisation des patients âgés, d'améliorer leur état cognitif et de diminuer la mortalité à 6 et 12 mois de suivi.

Nous avons également étudié la population ayant bénéficié d'un avis EMOG. Cette dernière est sensiblement identique à celle observée dans l'étude nationale de 2011 menée par la SFGG, à savoir essentiellement constituée de patients vivants à domicile, le plus souvent seuls mais bénéficiant déjà de certaines aides humaines et techniques (49). De même, cette population est âgée en moyenne de 87 ans et représentée majoritairement par des femmes, tout comme à l'échelle nationale (49)(61). Concernant ces critères, nous ne trouvons pas de différence significative avec la population totale.

En revanche, les patients très dépendants (GIR 1-2) et les patients institutionnalisés bénéficient plus rarement de l'avis EMOG. Nous supposons que l'une des raisons est qu'ils soient, pour la plupart, déjà pris en charge par diverses structures d'aide à la personne.

Notons également que parmi les rares patients n'ayant jamais été hospitalisés, aucun d'entre eux n'a reçu d'avis EMOG. A ce titre, nous pouvons remarquer qu'il existe une relation proportionnelle non négligeable entre le nombre croissant d'hospitalisations et la possibilité de bénéficier d'un avis EMOG. Nous pourrions alors nous demander si le fait d'être hospitalisé donnerait plus de chance de bénéficier d'une prise en charge par l'EMOG. Effectivement cette dernière aurait peut-être plus de temps pour intervenir si le patient était hospitalisé.

L'enquête nationale sur les pratiques des EMOG en France décrit une sollicitation quasiment équivalente de la part des services d'urgences et des unités médico-chirurgicales (49). Cependant il pourrait être intéressant de comparer ces taux de sollicitation au sein des différents services du CHP de Périgueux.

Notre ressenti sur le terrain révèle que l'hospitalisation en UHCD à l'issue de la prise en charge au SAU semble être un bon compromis pour garder en surveillance les patients fragiles, afin de leur faire bénéficier d'une évaluation EMOG dès que possible. Une récente étude a effectivement montré que 56% des patients hospitalisés à l'UHCD avaient pu profiter d'un entretien avec l'EMOG, permettant ensuite dans près de deux tiers des cas une hospitalisation au Court Séjour Gériatrique (61).

XIV. Forces et faiblesses

Une des forces de notre étude repose sur son originalité puisqu'il s'agit de la première étude du genre réalisée au sein du service d'urgences du CHP de Périgueux mais également au sein de la Dordogne qui, en tant que quatrième département avec la population la plus âgée de France semblait être le lieu idéal pour réaliser ce type d'étude. D'autant plus que le CHP de Périgueux représente la structure enregistrant le plus grand nombre de passages aux urgences en Dordogne.

Le nombre de patients inclus est quantitativement satisfaisant et nous avons pu recueillir un grand nombre de données grâce à une bonne tenue des dossiers.

Réaliser cette étude sur une année entière est également gage de qualité, permettant de prendre en compte les variations saisonnières des passages aux urgences.

Par ailleurs, nous relevons quelques limites à cette étude. Ces dernières découlent principalement du fait qu'il s'agisse d'une étude rétrospective, avec tous les biais que cela comporte, notamment un biais de sélection (biais de survie sélective) puisqu'effectivement un pourcentage non négligeable de patients n'a pu être observé sur l'intégralité de l'année 2019.

Il peut également exister un biais d'information dans le recueil de données, toutefois modéré du fait d'un nombre de passages et d'hospitalisations conséquents permettant in fine la constitution d'un dossier relativement complet.

Le caractère mono-centrique de notre étude constitue une limite. Un travail regroupant les admissions dans les différents SAU de Périgueux, Sarlat et Bergerac aurait probablement permis d'obtenir une population plus représentative de la Dordogne.

Dans notre étude, les caractéristiques des aidants (âge, état de santé), pouvant aussi contribuer à expliquer la réadmission, n'ont pas été étudiées et pourraient être prises en compte dans de prochaines recherches. Les comorbidités, les motifs d'admissions ainsi que les hospitalisations antérieures récentes (dans les 6 derniers mois), n'ont pas non plus été étudiés, mais auraient également pu avoir un impact sur notre étude.

XV. Perspectives

Les consultations en médecine générale et aux SAU doivent être des moments propices au dépistage de la personne âgée fragile, afin de prévenir la perte d'autonomie, l'institutionnalisation ou l'hospitalisation, en permettant la mise en place d'aides et de soins appropriés (63).

Nous pourrions imaginer que chaque patient âgé de plus de 75 ans puissent bénéficier systématiquement d'une consultation gériatrique à l'issue de leur passage aux urgences. Cependant cela engendrerait probablement quelques difficultés d'organisation et de délai, compte tenu du nombre croissant de demandes et du manque de moyen pour y répondre. Il nous paraîtrait donc plus opportun de prioriser l'accès à l'évaluation gériatrique à certains patients détectés comme fragiles.

A ce jour, il n'existe pas de modèle unique et fiable pour repérer les patients à haut risque de réadmission. Cependant, différents outils de détection de la fragilité et de prédiction du risque d'hospitalisation de la personne âgée ont été développés.

En ce sens, la dixième conférence de consensus de la SFMU propose le score ISAR «Identification of senior at risk» (annexe 2) comme outil de dépistage validé (3)(64). Il est le test le plus communément utilisé et étudié (65)(66)(67). Son principal intérêt étant d'être rapide d'exécution et adapté aux différents acteurs de la santé, afin de dépister les patients âgés fragiles nécessitant d'un avis EMOG en priorité.

De son côté, le Gérotopôle de Toulouse a développé une grille de repérage de la fragilité en soins primaires, nommée GFST « Gérotopôle Frailty Screening Tool » (annexe 3), qui a été retenue par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie et par le Collège National des Professionnels de Gériatrie, et recommandée par la HAS (68)(69). Elle permet la détection de la fragilité chez les patients de 65 ans et plus, autonomes ($ADL \geq 5/6$) et en dehors de toute pathologie aiguë (70). En partenariat avec l'OMS, le Gérotopôle de Toulouse a également lancé fin 2019, une application connectée appelée ICOPE MONITOR (annexe 4) permettant de mesurer en quelques minutes les capacités nécessaires à la prévention de la dépendance chez la personne âgée (71).

Il existe encore d'autres outils élaborés pour le dépistage de la fragilité chez la personne âgée, tels que le score TRST (Annexe 5), le score SEGA (Annexe 6) ou l'outil ABCDEF (Annexe 7) adapté à la médecine générale, cependant aucun ne fait l'unanimité (20)(72)(73). Tous ont démontré une certaine compétence au dépistage, avec pour projet commun de limiter le nombre de patients fragiles échappant à une évaluation gériatrique standardisée, qu'ils soient hospitalisés ou non (74)(75).

En pratique, ces outils sont assez peu utilisés car souvent jugés comme étant trop chronophages. En médecine générale, les facteurs pouvant faciliter l'implémentation d'un test lors de la consultation sont un temps de réalisation rapide, un faible nombre de composants, et l'intégration dans une routine de travail (76).

Le premier problème est effectivement de détecter correctement et rapidement les patients en perte d'autonomie. En s'appuyant sur les résultats de notre étude, nous pourrions proposer d'effectuer un premier tri au sein de notre population, afin de cerner au mieux les patients qui nécessiteraient en priorité d'un dépistage de la fragilité.

Aux urgences, ce tri pourrait être effectué par l'IOA ou intégré directement dans le logiciel de l'établissement, tandis qu'au cabinet libéral, le bon renseignement du dossier médical permettrait de déclencher automatiquement un message d'alerte sur le dossier patient si ce dernier présentait plusieurs de ces critères :

- L'âge supérieur à 85 ans,
- Le fait de vivre seul à domicile,
- Le nombre de traitement supérieur ou égal à 7,
- Être passé au moins 4 fois aux urgences sur la dernière année,
- Avoir été hospitalisé au moins 2 fois sur la dernière année.

Les patients détectés par ce premier tri pourraient alors prétendre à une évaluation plus approfondie par l'un des tests de dépistage de la fragilité décrit ci-dessus.

Le second problème serait ensuite d'optimiser la prise en charge des patients fragiles, notamment par le biais de l'EMOG. Comme évoqué précédemment, la question se pose concernant la disponibilité de cette équipe en urgence. L'hospitalisation en UHCD dans l'attente d'un avis EMOG ne peut être la seule solution, tant le nombre de lits y est limité et précieux au bon fonctionnement des urgences.

Nous pourrions réfléchir à une organisation qui consisterait à alerter automatiquement l'EMOG dès la suspicion de patient fragile lors du premier tri à l'IOA. Si l'investigation était effectivement en faveur d'une fragilité, l'EMOG pourrait alors intervenir dans un délai optimal ou, le cas échéant, remettre une convocation au patient à la sortie du SAU pour une consultation à distance.

Concernant les cabinets de médecine libérale, nous pourrions imaginer qu'en cas de score positif au test de fragilité réalisé, un mail associé au compte rendu du test soit automatiquement envoyé à l'EMOG de l'hôpital de référence, via une messagerie sécurisée.

En confrontant nos résultats à ceux de la littérature, il paraîtrait opportun de favoriser les avis EMOG pour les patients sortants plutôt que ceux hospitalisés. Cela permettrait de limiter le risque de renvoyer un patient fragile à domicile sans évaluation gériatrique.

D'autres alternatives existent et commencent à se développer :

- Les Unités de Post Urgences Gériatriques (UPUG) qui s'adressent aux personnes âgées de plus de 75 ans en provenance du SAU nécessitant d'une hospitalisation de courte durée ;
- L'hôpital de jour de gériatrie pour les patients éligibles à une prise en charge ambulatoire (61).

Le développement d'une EMOG de ville mais aussi la création d'une filière d'urgences gériatriques avec des équipes formées à la gériatrie, sont d'autres solutions pouvant également améliorer la prise en charge de ces patients (56).

A ce titre, sur le plan gouvernemental, certains efforts semblent se mettre en place pour renforcer les effectifs des EMOG afin de leur permettre d'intervenir tant en intra hospitalier qu'auprès des EHPAD et des professionnels libéraux. Cette démarche ayant pour but de limiter au maximum le recours aux urgences, afin de favoriser plutôt les admissions directes en service hospitalier depuis le domicile ou l'EHPAD (77). Effectivement, en 2019 le ministère de la santé a proposé, dans le pacte de refondation des urgences, la création de CPTS et d'EMOG de ville afin d'optimiser la prise en charge des patients âgés fragiles en libéral. Le but étant de structurer les soins sans rendez-vous en ville à partir des CPTS, mais également de développer des EMOG de ville pour venir en appui aux EHPAD et professionnels libéraux (78).

Une expérimentation nommée PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) a été déployée par le biais des ARS dans certaines villes, notamment à Bordeaux depuis 2014, afin d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et celle de leurs aidants, en améliorant l'efficience de leur prise en charge dans une logique de parcours de soin, dont le médecin traitant tient le rôle pivot (79). Le but étant de prévenir la perte d'autonomie de ces patients et de favoriser leur maintien à domicile.

Une étude qualitative réalisée en 2019 a permis d'observer que les médecins généralistes étaient globalement satisfaits par le projet PAERPA, qui leur apportait des solutions pertinentes pour la prise en charge de leurs patients âgés fragiles, mais rapportaient cependant une surcharge administrative pouvant limiter son utilisation (80).

CONCLUSION

Le vieillissement de la population et l'afflux important de patients âgés aux urgences qui en découle représentent un réel problème de santé publique. En effet, plus la personne âgée consulte aux urgences, plus elle a de risque de se fragiliser mais plus sa fragilité a de chances d'être repérée.

Bien qu'ayant conservé une certaine autonomie, la population que nous avons étudiée semble présenter les premiers signes d'une certaine fragilité. Notre étude a permis d'isoler plusieurs critères d'alertes, comme l'âge supérieur à 85 ans, la polymédication et le fait de vivre seule à domicile.

Pour cela, il paraît nécessaire d'apporter des outils adaptés à l'ensemble des professionnels de santé, dans le but d'identifier au mieux les patients les plus fragiles. Une fois identifiés, ces derniers pourraient alors bénéficier d'une prise en charge optimale, notamment par le biais de l'EMOG mais également via des services qui leurs seraient pleinement dédiés (UPUG, urgences gériatriques, etc ...).

En adaptant et en protocolisant cette prise en charge, nous pourrions également diminuer les tensions subies par l'ensemble du système de soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Vieillesse et santé [Internet]. [Cité 28 sept 2021]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Duong H, Herrera L, Moore J, Donnelly J, Jacobson K, Carlson JN, et al. National Characteristics of Emergency Medical Services Responses for Older Adults in the United States. *Prehosp Emerg Care*. 2018 ; 22(1) :7-14.
3. SFMU. 10ème conférence de consensus : Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. 2003 Dec 5. [Internet]. [Cité 22 oct 2021]. Disponible sur : https://www.sfm.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf
4. INSEE. Blanpain N., Chardon O. 2010 Oct 10. Projections de population à l'horizon 2060. [Internet]. [Cité 24 oct 2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
5. ARS Nouvelle Aquitaine. 2016. Statistiques et indicateurs de la santé et du social. [Internet]. [Cité 15 nov 2021]. Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-01/STATISS_ARS_NA_2016.pdf
6. INSEE. 2022 Mar 3. Estimations de population par sexe et âge au 1^{er} janvier 2022. [Internet]. [Cité 25 mars 2022]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692>
7. CNOM. 2021. Atlas de la démographie médicale en France. [Internet]. [Cité 14 nov 2021]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
8. ARS Nouvelle Aquitaine. 2019 Nov 30. Les premières Assises de la démographie médicale en Dordogne. [Internet]. [Cité 28 sept 2021]. Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-12/CP_Assises_Demographie_Medicale_24_30_11_2019.pdf
9. APM. 2020 Oct 27. Actualités de l'Urgence. [Internet]. [Cité 26 janv. 2022]. Disponible sur : https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/la-hausse-des-passages-aux-urgences-a-ralenti-en-2019-analyse-apmnews/-new_id/66734
10. DREES. 2020. Fiche 26 : La médecine d'urgence. [Internet]. [Cité 28 sept 2021]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche_26_-_La_m%C3%A9decine_d'urgence.pdf
11. ORU ARS Nouvelle Aquitaine. 2020 Jui 2. Activité des structures d'urgences. [Internet]. [Cité 26 janv. 2022]. Disponible sur : https://www.oruna.fr/system/files/public/2020_07_02_PANORAMA_WEB_compressed.pdf
12. DREES. 2017 Mar. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. [Internet]. [Cité 31 oct. 2021]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1007.pdf>
13. SAE DREES. 2021. Bases statistiques SAE [Internet]. [Cité 26 janv 2022]. Disponible sur : https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/708_bases-statistiques-sae/information/
14. DREES. 2021. Fiche 02 : Les capacités d'accueil à l'hôpital [Internet]. [Cité 26 janv. 2022]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-Fiche_02-Les_capacit%C3%A9s_d'accueil_%C3%A0_l'h%C3%B4pital.pdf
15. DREES. 2021. Hôpitaux et cliniques : les chiffres clés de l'année 2019 [Internet]. Vie publique.fr. [Cité 26 janv. 2022]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/en-bref/281507-hopitaux-et-cliniques-les-chiffres-cles-de-lannee-2019>
16. Pelemans W, Swine Ch, Cornette P. Le patient gériatrique. 2019. [Internet]. [Cité 28 sept 2021]. Disponible sur : https://geriatrie.be/media/2019/04/vol01_chap02_fr.pdf

17. CNEG. 2009. Le vieillissement humain. [Internet]. [Cité 15 nov. 2021]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>
18. Vellas B, Gillette S, Rolland Y, Lauque S, Ousset PJ, Moulias S, et al. Chutes, fragilité et ostéoporose chez la personne âgée : un problème de santé publique. *La Revue de Médecine Interne*. 1 juill 2000 ; 21(7):608-13.
19. Morley Je, Vellas B, Van Kan Ga, Anker Sd, Bauer Jm, Bernabei R, et al. Frailty Consensus: A Call to Action. *J Am Med Dir Assoc*. juin 2013;14(6):392-7.
20. Vincent L. Dépistage de la fragilité par l’outil “ ABCDEF ” dans une population de sujets âgés en consultation de médecine générale. Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales. Bordeaux : 2017. dumas-01592149. :90.
21. Auvray L, Doussin A, Fur L. Enquête sur la santé et la protection sociale en France en 2002. [Internet]. 2003. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2003/rap1509.pdf>
22. Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. HAS ; 2005 p. 16. (2005/09, pages 18p., tabl., ann., 88 réf.).
23. Petermans J, Wotquenne P, J. Scheen A. La prescription médicamenteuse chez la personne âgée : que devons-nous savoir ? *Revue Medicale Suisse* [Internet]. 23 août 2006 [cité 27 janv 2022] ; Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-76/la-prescription-medicamenteuse-chez-la-personne-agee-que-devons-nous-savoir>
24. Trognon P. L’admission des personnes âgées aux urgences : l’expérience d’un centre hospitalier général. Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales. Nancy : 2005. hal-01732118.
25. Fouquet A, Tregoaat JJ. L’impact des modes d’organisation sur la prise en charge du grand âge. 2011 mai. IGAS, RAPPORT N°RM2011-064P [Internet]. [Cité 2 févr. 2022]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000408.pdf>
26. Saint-Pierre T. Facteurs prédictifs de réadmission à 1 mois des patients âgés de plus de 75 ans, évalués par l’équipe mobile de gériatrie lors d’un passage aux urgences et rentrés à domicile sans avoir été hospitalisés. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie. Bordeaux. 2018. dumas-01956067.
27. Moritz F, Benez F., Verspyck V., Lemarchand P., Noel D. Quelle prise en charge des personnes très âgées aux urgences ? Evaluation de 150 patients très âgés au CHU de Rouen. *LA PRESSE MEDICALE*. 2001 ; Vol 30(N° 2):pages 51-54.
28. ARS île de France. 2018 Dec. Réhospitalisation des patients âgés de 80 ans et plus en Ile-de-France. [Internet]. [Cité 2 févr. 2022]. Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-12/Rapport-Rehospitalisations-80ans-court-2018.pdf>
29. Auxire P. Patients chuteurs de plus de 75 ans aux urgences du centre hospitalier d’Angoulême : impact de l’intervention de l’antenne gérontologique d’évaluation sur la réhospitalisation précoce et la mortalité. Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales. Poitiers : 2017.
30. Yesavage Ja, Brink Tl, Rose Tl, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983 1982;17(1):37-49.
31. Podsiadlo D, Richardson S. The Timed “Up & Go”: A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1991;39(2):142-8.
32. Vellas B, Guigoz Y, Garry Pj, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, et al. The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. 1 févr 1999 ;15(2) :116-22.

33. Duquesne F. Vulnérabilité de la personne âgée [Internet]. 2011. Disponible sur : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Vulnerabilite_de_la_personnes_agee.pdf
34. Kogel D. La prise en charge médicale de la personne âgée. *Revue Francophone d'Orthoptie*. juill 2015;8(3):204-8.
35. McCusker J, Karp I, Cardin S, Durand P, Morin J. Determinants of Emergency Department Visits by Older Adults: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine*. 2003;10(12):1362-70.
36. Vilpert S, Ruedin HJ, Trueb L, Monod-Zorzi S, Yersin B, Bula C. Emergency department use by oldest-old patients from 2005 to 2010 in a Swiss university hospital. *BMC Health Services Research*. 8 sept 2013 ;13(1) :344.
37. Boisguerin B., Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. DREES n°1008. 2018 Mar. [Internet]. [Cité 5 févr 2022]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1008.pdf>
38. HAS. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. 2017 Oct 27. [Internet]. [Cité 5 févr. 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801190/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-agees
39. HAS. 2020 Sep. Évaluation de la prise en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification. [Internet]. [Cité 28 sept 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_personnes_agees_certification.pdf
40. Morton C. Hazards of Hospitalization of the Elderly. *Ann Intern Med*. 1 févr 1993 ;118(3) :219-23.
41. Buchon D, Buisson Jg, Druet-Cabanac M, Faucher M, Menard D, Moulin JI, et al. Hospitalisation des personnes âgées de plus de 70 ans. Une étude sur les causes et les conséquences d'une telle décision. *La revue du praticien - Médecine générale*. 27 mars 2000;(vol. 14, n° 494) :651-5.
42. Roucher D., Escalon S., Vigouroux P. Rapport de l'atelier 10 : Hôpital et personne âgée. 2018. Ministère des solidarités et de la santé. [Internet]. [Cité 26 janv. 2022]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf
43. Lang Po, Meyer N, Heitz D, Drame M, Jovenin N, Ankri J, et al. Loss of independence in Katz's ADL ability in connection with an acute hospitalization: early clinical markers in French older people. *Eur J Epidemiol*. 25 juill 2007;22(9):621.
44. Drame M, Fierobe F, Lang Po, Jolly D, Boyer F, Mahmoudi R, et al. Predictors of institution admission in the year following acute hospitalisation of elderly people. *J Nutr Health Aging*. 1 mai 2011;15(5):399-403.
45. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert Mo, Rockwood K. Frailty in elderly people. *The Lancet*. Mars 2013 ;381(9868) :752-62.
46. De Blauwe T. La gériatrie, essor d'une «jeune» spécialité. *Louvain Med* 2020. [Internet]. [Cité 9 févr. 2022]. Disponible sur : https://www.louvainmedical.be/sites/default/files/content/article/pdf/04-lmed-01-2020-de_blauwe.pdf
47. Pelemans W, Swine Ch, Cornette P. Le patient gériatrique. 2019. [Internet]. [cité 29 nov 2021]. Disponible sur : https://geriatrie.be/media/2019/04/vol01_chap02_fr.pdf
48. Podeur A. Plan solidarité grand âge 2007-2012. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD. 5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. [Internet]. [Cité 28 nov. 2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>

49. Salles N. Enquête nationale sur les pratiques des Equipes Mobiles de Gériatrie en France. Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG. La Revue de Gériatrie. 2012;31.
50. Ellis G, Whitehead Ma, Robinsons D, O'neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 27 oct 2011;343: d6553.
51. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database Syst Rev. 12 sept 2017;2017(9):CD006211.
52. Bosco-Levy P. Evaluation des Interventions intra hospitalières de l'Equipe Mobile de Gériatrie. Centre hospitalier de la Côte Basque. 2012. [Internet]. [Cité 9 févr. 2022]. Disponible sur : <https://docplayer.fr/69855753-Evaluation-des-interventions-intra-hospitalieres-de-l-equipe-mobile-de-geriatrie-emog-centre-hospitalier-de-la-cote-basque-2012-p.html>
53. Gauthier J, Kisterman Jp, Chapalain F, Texier A, Manckoundia P. Réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises dans un service de médecine polyvalente post-urgence : taux et facteurs prédictifs. La Revue de Médecine Interne. 1 août 2016 ;37(8) :521-8.
54. Laniece I, Couturier P, Drame M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. Age and Ageing. 1 juill 2008 ;37(4) :416-22.
55. Malerba G. Les passages itératifs des personnes âgées aux urgences. SFMU 2009. Nancy. [Internet]. Disponible sur : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Les_passages_iteratifs_des_personnes_agees_aux_urgences.pdf
56. Fanello S, Moutel L, Houssin L, Durand C, Roy Pm. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des Admissions et Urgences d'un grand Hôpital. Santé publique 1999, volume 11, no 4, pp. 465-482.
57. Jacquot A. Les transferts aux urgences des patients venant d'EHPAD : étude descriptive durant trois mois aux urgences du centre hospitalier universitaire de Saint-André à Bordeaux. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01679123.
58. Destephen C. Décès des patients admis aux urgences : étude rétrospective monocentrique aux urgences du CHU de Pellegrin. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas01374626.
59. Le Conte P., Amelineau M., Treweek D., Batard E. Décès survenus dans un service d'accueil et d'urgence. La Presse Médicale. Avr. 2005 ;34(8) :566-8.
60. Rothmann C, Evrard D. La mort aux urgences. Journal Européen des Urgences. Mars 2005 ;18(1) :3-9.
61. Dubos AC. Évaluation des pratiques professionnelles concernant la prise en charge du sujet âgé chuteur aux urgences du Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02510545.
62. Couturier P. Equipe Mobile de Gériatrie et Urgences. 45èmes Journée de la Société de Gériatrie de l'ouest et du centre. La Rochelle : Juin 2013. [Internet]. Disponible sur : https://sgoc.fr/IMG/pdf/equipes_mobiles_et_urgences_pr_p_couturier_chu_grenoble.pdf
63. Michel A. Évaluation du dépistage de la fragilité des personnes âgées dans le Médoc consultant aux SAU de Lesparre, au travers des scores ISAR aux urgences et GFST en soins primaires. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01635859.
64. Yao JI, Fang J, Lou Qq, Anderson Rm. A systematic review of the identification of seniors at risk (ISAR) tool for the prediction of adverse outcome in elderly patients seen in the emergency department. Int J Clin Exp Med. 15 avr. 2015 ;8(4) :4778-86.

65. Galvin R, Gillet Y, Wallace E, Cousins G, Bolmer M, Rainer T, et al. Adverse outcomes in older adults attending emergency departments: a systematic review and meta-analysis of the Identification of Seniors At Risk (ISAR) screening tool. *Age and Ageing*. 1 mars 2017 ;46(2) :179-86.
66. Mazowiecki S, Berranger C. Intérêt du score ISAR dans l'évaluation et l'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans au SAU. *Journal Européen des Urgences*. mai 2007;20(1S):114.
67. Mccusker J, Bellavance F, Cardin S, Trepanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of Older People at Increased Risk of Adverse Health Outcomes After an Emergency Visit: The ISAR Screening Tool. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1999;47(10):1229-37.
68. IAGG-GARN. Gerontopole Frailty Screening Tool. [Internet]. [Cité 12 nov 2021]. Disponible sur : https://www.frailty.net/wp-content/uploads/Gerontopole_Frailty_Screening_Tool_French.pdf
69. HAS. Juin 2013. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. [Cité 10 avr. 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_fragilite_vf.pdf
70. Rouge Bugat Me, Subra J, Oustric S, et al. Les outils de dépistage de la fragilité : un enjeu pour la médecine générale. *Les cahiers de l'année gérontologique*. 1 sept 2012 ;4.
71. ICOPE MONITOR, une application pour prévenir le déclin des fonctions chez les personnes âgées - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. [Cité 12 nov. 2021]. Disponible sur : <https://www.chu-toulouse.fr/icope-monitor-une-application-pour-prevenir-le>
72. Cousin G, Bennett Z, Dillon G, Smith Sm, Galvin R. Adverse outcomes in older adults attending emergency department: systematic review and meta-analysis of the Triage Risk Stratification Tool. *Eur J Emerg Med*. Août 2013 ;20(4) :230-9.
73. Schoevaerds D, Bietlot S, Malhomme B, Rezette C, Gillet Jb, Vanpee D, et al. Identification précoce du profil gériatrique en salle d'urgences : Présentation de la grille SEGA. *Revue de Geriatrie*. 2004 ;29(3) :169.
74. Duc S, Fernandez C, Moheb B, Videau Mn, Tournier Louvel S. et al. Évaluation du Triage risk screening tool pour le dépistage des personnes âgées nécessitant l'intervention d'une équipe mobile de gériatrie dans les établissements de santé : résultats d'une étude pilote. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2015 ; 13(1) : 55-62.
75. Sourdet S., Scemama A. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. Sept 2017. [Internet]. Disponible sur : http://annee-gerontologique.com/wp-content/uploads/2017/11/MC_208_NOTE_IATROGENIE_.pdf
76. El Mamouni S. Faisabilité et implémentation des outils de dépistage de la fragilité chez les personnes âgées de plus de 65 ans en médecine générale, revue systématique. Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales. Lyon : 2020 ; N°083.
77. ARS. Juillet 2020. Expérimentations Paerpa 2013-2019 : Bilan et perspectives du parcours des aînés. [Internet]. [Cité 10 avr. 2022]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_paerpa_10_juillet_2020.pdf
78. Ministère des Solidarités et de la Santé. Pacte de refondation des urgences. Sept 2019 [Internet]. [Cité 22 mai 2022]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf
79. Gand S, Periac E, Bloch Ma, Henaut L. Évaluation qualitative PAERPA. Mai 2017 ; DREES (135). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/evaluation-qualitative-paerpa-rapport-final>
80. Dulau P. Le projet PAERPA sur le territoire de la ville de Bordeaux : étude qualitative auprès de médecins généralistes. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie. Bordeaux : 2019 ; 53. Dumas-02161063.

ANNEXES

Annexe 1 : Niveaux de GIR.

GROUPE*	NIVEAU DE DÉPENDANCE
GIR 1	Personne en fin de vie, ou confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées, et qui nécessite de ce fait une aide en permanence.
GIR 2	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, et qui exige une prise en charge pour la plupart des activités.
GIR 3	Personne ayant conservé une autonomie mentale, et partiellement sa capacité à se déplacer, mais qui a besoin, plusieurs fois par jour, d'une aide pour les soins corporels.
GIR 4	Personne qu'il faut aider à se coucher et à se lever, et qui peut ensuite se déplacer seule dans son logement. Doit être aidée pour la toilette et l'habillage, voire les repas.
GIR 5	Personne pouvant se déplacer seule dans son logement, et qui a seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
GIR 6	Personne qui est encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante (toilette, habillage, préparation et prise des repas, déplacements dans son logement).

Annexe 2 : Score ISAR.

QUESTIONS	
1- Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?	Oui /Non
2- Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?	Oui/Non
3- Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?	Oui /Non
4- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ?	Oui/Non
5- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoires ?	Oui/Non
6- Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?	Oui/Non
Questionnaire de dépistage des patients âgés à risque d'évènements indésirables Un patient est considéré à risque d'évènement indésirable (déclin fonctionnel réadmission) avec plus de 2 réponses positives	

A noter cependant que cet outil n'a pas été élaboré pour les patients adressés aux urgences via un EHPAD ou une USLD ; ces personnes étant déjà considérées comme fragiles.

Annexe 3 : Le score GFST.

Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

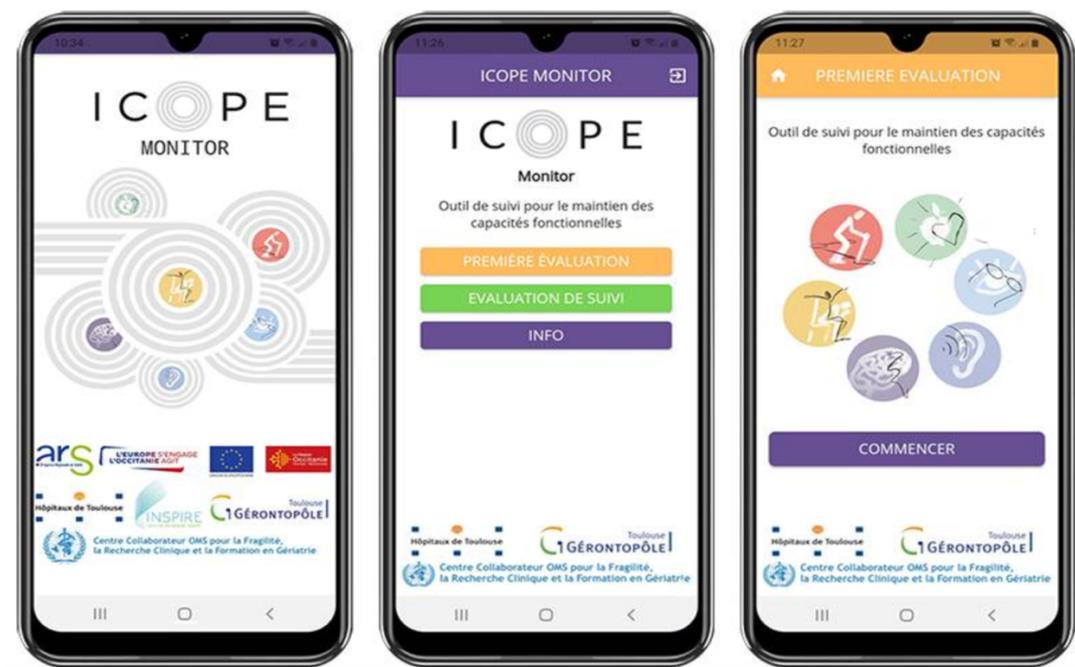
Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL \geq 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

	OUI	NON	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Annexe 4 : Application ICOPE MONITOR (Integrated Care for Older People).



Annexe 5 : Score TRTS « Triage Risk Screening Tool ».

	OUI = 1 point	NON = 0 point
Présence de troubles cognitifs <i>Diagnostic connu de démence, syndrome confusionnel, ou troubles cognitifs avec perte de mémoire des faits récents +/- troubles de l'orientation temporo spatiale relevés par les soignants de l'unité)</i>		
Troubles de la marche, difficultés de transfert ou chutes		
Polymédication (utilisation de cinq médicaments ou plus)		
Antécédents d'hospitalisation (3 mois) ou d'admission aux urgences (1 mois)		
Evaluation fonctionnelle réalisée par une infirmière <i>Perte d'autonomie présente si diminution d'au moins 2 points dans l'échelle ADL ci-dessous entre l'évaluation et les 15 j précédant l'admission</i>		
TOTAL/5 points		

Ce

test permet d'obtenir un score allant de 1 à 5, un score \geq à 2 indique la nécessité d'intervention de l'équipe mobile de gériatrie.

Annexe 6 : Score SEGA « Short Emergency Geriatric Assessment ou Sommaire Évaluation du profil Gériatrique à l'Admission ».

Volet A	Profil gériatrique et facteurs de risques			Score
	0	1	2	
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Contenance (urinaire et/ou fécale)	Contenance	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
Total			 / 26

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

Annexe 7 : Outil ABCDEF.

Outil ABCDEF

Autonomie diminuée : score ≤ 3

OUI NON

- *Justification* : une baisse d'au moins une de ces 4 fonctions traduit une perte d'autonomie c'est à dire l'incapacité pour un sujet de planifier une action.

- *Cotation* : noter 1 point si réalisation possible et 0 si impossible

- *Score ≤ 3* = perte d'autonomie débutante

INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (IADL)

<i>Téléphone</i>	
Se sert normalement du téléphone	1
Ou compose quelques numéros très connus	1
Ou répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1
N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0
Ou incapable d'utiliser le téléphone	0
<i>Moyens de transport</i>	
Utilise les moyens de transport public de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1
Ou organise un déplacement en taxi mais autrement n'utilise aucun transport public	1
Ou utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	1
Déplacements <u>limités</u> en taxi ou en voiture avec l'aide ou l'accompagnement de quelqu'un	0
<i>Traitement</i>	
Responsable de la prise de son traitement (dose et rythme)	1
Est responsable de son traitement si doses préparées à l'avance	0
Ou est incapable de prendre seul ses médicaments même si préparés à l'avance	0
<i>Argent</i>	
Non applicable, n'a jamais manipulé l'argent	NA
Gère ses finances de façon autonome	1
Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1
Incapable de manipuler l'argent	0
TOTAL	... / 4

	OUI	NON
<u>BMI (IMC marqueur de l'état Nutritionnel)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amaigrissement (involontaire) ≥ 10 % du poids en 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>ou</u>		
BMI (IMC en français) (poids/taille ²) $\leq 18,5$ Kg/m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <u>Comorbidité : ≥ 3 conditions</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance respiratoire chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale chronique (cl Créat ≤ 30 ml/mn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression- Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
≥ 2 hospitalisations non programmées ≤ 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <u>« Drugs » (Médicaments)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
≥ 10 médicaments par jour		
 <u>Equilibre. Marche. Fracture</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une chute (au moins) au cours de 6 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>ou</u>		
Vitesse de marche sur 4 mètres < 0.65 m/seconde (soit plus de 6 secondes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Ou</u> Antécédent fracture (poignet, rachis, col fémoral, bassin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <u>Fonctions cognitives</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles cognitifs patents (préexistants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Ou</u> Mini Cog pathologique (dépistage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Valeur pathologique $< 3 / 5$ pts</i>		
Mini Cog :		
- rappel libre immédiat des 3 mots (exemple : clé-citron-ballon)		
- test de l'horloge (2 consignes successives 1) présenter sur une feuille un cercle de 10 cm de diamètre et demander au sujet de placer quadrant par quadrant tous les chiffres des heures, 2) insérer la petite et la grande aiguille en privilégiant 2 quadrants opposés (ex : 4 heures moins le quart)		
- rappel différé des 3 mots éventuellement avec indiçage.		
Score global : 5 points (un point par mot rappelé et 2 points pour l'horloge, valeur seuil < 3 pts)		

Title - Characteristics of patients aged 75 years and over recurrently consulting the emergency department of Périgueux.

Abstract

Introduction – Emergency departments are experiencing the influx of a growing number of patients, represented by an increasingly aging population. At the same time, for several years we have noticed a reduction in the capacity to accommodate these patients in the hospital. The objective of this work is to collect the characteristics of patients over the age of 75 who have to consult the emergency room on a recurrent basis, with the aim of establishing a typical profile in order to improve their care and treatment of care. **Tools and Methods** – We carried out a retrospective cross-sectional, monocentric, observational and descriptive study. The target population was represented by all patients aged 75 and over, having consulted at least four times in the emergency room of the Périgueux CHP between January 1, 2019 and December 31, 2019. **Results** – The population studied is relatively old (median of 87 years), predominantly female (55%) and living mainly at home (85.5%). These patients very often live alone (43%), in the countryside (82%) and maintain satisfactory autonomy (56% belonged to the GIR 5-6 group). About 14.5% of patients are institutionalized. Almost all patients have a general practitioner (98.5%) and two thirds of them are polymedicated (> 7 drugs per day). The hospitalization rate related to the number of passages is 50% and the mortality observed during our study represents 4% of the passages. **Conclusion** – The more the elderly person consults in the emergency room, the more they are at risk of being fragile, but the more likely this fragility is to be detected. Our study made it possible to isolate several warning criteria, such as age over 85, polymedication and living alone at home. The provision of detection tools for this fragile population, adapted to all health professionals, would probably improve its management.

Keywords : frail elderly, mobile geriatrics team, quantitative study.

Titre - Caractéristiques des patients âgés de 75 ans et plus consultant de manière récurrente aux Urgences de Périgueux.

Résumé

Introduction - Les services d'urgences subissent l'afflux d'un nombre croissant de patients, représenté par une population de plus en plus vieillissante. En parallèle, nous constatons depuis quelques années une diminution des capacités d'accueil de ces patients à l'hôpital. L'objectif de ce travail est de recueillir les caractéristiques des patients âgés de plus de 75 ans amenés à consulter aux urgences de manière récurrente, dans le but d'établir un profil-type afin d'en améliorer la prise en charge et le parcours de soins. **Population et Méthode** – Nous avons réalisé une étude rétrospective transversale, monocentrique, observationnelle et descriptive. La population cible était représentée par l'ensemble des patients âgés de 75 ans et plus, ayant consulté au moins quatre fois aux urgences du CHP de Périgueux entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2019. **Résultats** – La population étudiée est relativement âgée (médiane de 87 ans), à prédominance féminine (55%) et vivant majoritairement à domicile (85,5%). Ces patients vivent bien souvent seuls (43%), à la campagne (82%) et conservent une autonomie satisfaisante (56% appartenaient au groupe GIR 5-6). Environ 14,5% des patients sont institutionnalisés. La quasi-totalité des patients ont un médecin traitant (98,5%) et deux tiers d'entre eux sont polymédiqués (> 7 médicaments par jour). Le taux d'hospitalisation rapporté aux nombres de passages est de 50% et la mortalité observée durant notre étude représente 4% des passages. **Conclusion** - Plus la personne âgée consulte aux urgences, plus elle a de risque d'être fragile mais plus cette fragilité a de chances d'être repérée. Notre étude a permis d'isoler plusieurs critères d'alertes, comme l'âge supérieur à 85 ans, la polymédication et le fait de vivre seule à domicile. L'apport d'outils de détection de cette population fragile, adaptés à l'ensemble des professionnels de santé, permettrait vraisemblablement d'en améliorer la prise en charge.

Mots clefs : personnes âgées fragiles, équipe mobile de gériatrie, étude quantitative.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE
Directeur de thèse : Docteur Boris OUDIN