

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2021

2021 TOU3 1590

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement par

Charles BERTIN

le 02 juillet 2021

Description rétrospective des caractéristiques et de la prise en charge de la population admise en Hospitalisation de Jour post-urgences.

Directeur de thèse : Dr Xavier DUBUCS

JURY

Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER	Président
Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE	Assesseur
Monsieur le Professeur Yves ROLLAND	Assesseur
Madame le Docteur Hélène VILLARS	Assesseur
Monsieur le Docteur Xavier DUBUCS	Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GERAUD Giles
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LANG Thierry
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur RIVIERE Daniel
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur JOFFRE Francis	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BONNEVIALLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie		
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie		
M. GAME Xavier	Urologie	P.U. Médecine générale	
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. MESTHÉ Pierre	
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OUSTRIC Stéphane (C.E)	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	Professeur Associé Médecine générale	
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. ABITTEBOUL Yves	
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Mme IRI-DELAHAYE Motoko	
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière	
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses	Mme MALAVAUD Sandra	
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. GARRIDO-STÔWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. PUGNET Grégory	Médecine interne, Gériatrie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
Mme GUMBAUD Rosine	Cancérologie		
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie	P.U. Médecine générale	
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie	Professeur Associé de Médecine	
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	M. BOYER Pierre	
M. OTAL Philippe	Radiologie		M. STILLMUNKES André
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Remerciements

À **Madame le Pr Sandrine Charpentier**, merci de m'avoir permis de découvrir les Urgences pendant mon externat puis de m'avoir accueilli dans votre spécialité ainsi qu'aujourd'hui de me faire l'honneur de présider ma thèse.

À **Monsieur le Pr Dominique Lauque**, je vous remercie de m'avoir accueilli dans votre service des Urgences. Je vous remercie d'avoir accepté mon invitation et je suis honoré de votre présence.

À **Monsieur le Pr Yves Rolland**, merci de me faire l'honneur d'assister à ma thèse, j'ai découvert et aimé la gériatrie par mon stage au PUG. J'espère que ce sujet vous intéressera.

À **Madame le Dr Hélène Villars**, merci de m'avoir ouvert les portes de votre service. Merci aussi de votre aide durant ces 3 dernières années où vous avez su prendre le temps de répondre à mes questions. Je suis honoré de votre présence pour ma soutenance.

À **Monsieur le Dr Xavier Dubucs**, merci d'avoir accepté d'encadrer ce travail. Ce fut une réelle chance de t'avoir comme directeur. Toujours disponible et perfectionniste malgré ton travail et ta famille qui s'agrandit. Tes relectures attentives m'ont été d'une grande aide.

À **l'ensemble des équipes médicales et paramédicales des Urgences/SAMU du CHU Toulouse** que je côtoie depuis des nombreuses années et qui m'ont fait aimer ce travail.

Au service du post-urgences gériatrique de Rangueil avec le Dr PIAU, le Dr SECHER, le Dr STEINMEYER et l'ensemble de l'équipe paramédicale. Il restera comme un de mes meilleurs semestres.

Au service des urgences du CH de Tarbes, je rêvais de venir travailler près des montagnes et j'ai découvert une équipe formidable et incroyablement compétente. Peut-être à très vite !

Au service de Réanimation du CH de Tarbes, merci de m'avoir accueilli pour mon dernier semestre et de m'avoir tant appris.

Aux médecins montagnes, Manu, Rémi, Jules, Pascal, merci de m'avoir accueilli et transmis votre passion que ce soit pour un semestre mais aussi dans votre DU.

À ma famille,

À ma maman Valérie, tu es présente pour moi, pour nous, sans compter chaque jour. Tu nous as remplis d'amour depuis notre plus jeune âge. Tu répètes que nous sommes ta fierté, mais au contraire c'est moi qui suis fier d'être un de tes petits garçons !

À mon papa Joël, si j'en suis là c'est grâce à toi ! Que ce soit en médecine ou en dehors, tu m'as toujours soutenu. Quelle chance on a d'avoir un papa comme toi !

À mes frères et sœurs,

Tout d'abord Alexandre les kilomètres et les histoires nous séparent, mais pas un jour ne passe sans avoir une pensée pour toi. Mon soutien est infailible. Je n'oublie pas Tina qui est une personne formidable.

Puis Frédéric, the artist, notre conseiller en patrimoine, notre conseiller fiscal. Toujours pleins de bons plans. Quelle belle famille vous avez avec Jen et Timoumou.

À Camille, ma sœur quasi jumelle, on grandit ensemble sans jamais se séparer. De la chambre commune à la colocation, que de souvenirs ! Surtout un grand merci pour ton aide lors de l'écriture de ma thèse : ton schéma est magnifique et tes remarques pertinentes !

Et enfin, le petit dernier notre raphou, le petit prince qui m'a rempli de joie lors de sa naissance. J'ai enfin moi aussi un petit frère que je peux embêter !

À mamie Nanar, les vacances chez toi que ce soit à la mer ou à la montagne font partie de mes plus beaux souvenirs d'enfance et m'ont permis de découvrir ma plus grande passion !

Une pensée pour mamie Bordeaux et Grand père qui nous ont quittés. Vous nous manquez !

À mes amis,

Fabien depuis les bancs du lycée à maintenant, on a partagé tellement de choses ! Quand je repense à toutes les histoires qu'on a pu avoir. Je suis tellement fier de ton nouveau projet que tu mènes avec Yolaine !

Mika l'homme le plus drôle et aux plus belles fesses ! Tu me surprendras toujours par ta force de volonté. Ce que tu as fait pour ton boulot ces dernières années est fantastique ! Une pensée pour ta moitié Aude, promis on arrivera à battre Voldemort la prochaine fois !

Emilie et Stéphanie, les 2 sœurs qui m'ont vu grandir et supporter. Malgré nos errances avec Fabien vous avez toujours pris le bon côté. Une pensée aussi à vos parents Pascale et François, vous m'avez accueilli un nombre de fois incalculable toujours les bras ouverts !

Quentin, Rémi, Timothée, des années qu'on se connaît et qu'on partage des souvenirs incroyables. Vous supportez toujours mon absence. Malgré tout ça, je suis tellement heureux de vous retrouver !

À **Guilhem** mon ami in utero, des châteaux de sable sur Pereire à des sorties de ski rando dans les Alpes, on en a traversé des années sans jamais se quitter. Une amitié en or. Et au fait, Pink Floyd > Green Day.

À **la coloc du marbre**,

Thomas, mon chef préféré à l'enthousiasme débordant. Tu es d'abord un ami avant d'avoir su m'aiguiller tant de fois pendant mes études. Je pense aussi à Clémence qui partage aujourd'hui ta vie.

Yohan et Clément, tellement heureux de vous compter parmi mes amis aujourd'hui. Votre gentillesse est sans égale.

Lucie, girl power toujours souriante ! Je suis content de te compter parmi mes amis proches. Merci de ton aide précieuse pour les cadeaux de Pauline.

À **mes compères de médecine**,

Ronan/Prêtre Anthony, inséparable pendant l'externat, tu m'as tellement apporté. Je te dois tellement. Quand je repense à notre tour de Corse : Magique ! Une pensée pour Emma qui partage ta vie.

Clément/Timour, sans toi la galaxie n'existe pas ! T'es une personne formidable avec qui je partage tellement de passions ! Je suis chanceux de t'avoir comme un de mes amis. Je pense aussi à ta famille qui a su m'accueillir si souvent, et bien sur à Lolo .

Jokin, le plus basque de mes amis. Merci pour toutes les fois où toi et ta famille vous m'avez accueilli ! Tu es un mec en or toujours pleins d'idées, de ressources. Chaque projet que tu mènes est incroyable. Une pensée pour ta Béré qui comme toi virevolte sans cesse.

Maxime/Tibalt, le federer de Lisbonne. J'aimerais qu'on se voie plus souvent pour échanger quelques coups de raquettes ou quelques bières. Je suis heureux de te compter parmi mes proches.

Louise, Mathilde, Céline, on a passé tellement de bons moments ensemble ces dernières années. Il me tarde de pouvoir vous retrouver !

À **Quentin** mon compagnon de cordée, qu'est-ce qu'on n'a pas fait ensemble en montagne ? Toujours pleins d'idées, tu m'as permis de me lancer dans des activités que je n'aurais jamais osé faire seul. Merci ! Une pensée pour Chloé qui partage ta vie et qui traverse les Pyrénées : quelle chance !

À mes co-internes,

Gabriel, toujours présent pour des sorties vélo ou course. J'espère que tu m'attendras toujours 1h en haut du Tourmalet !

Hugo, quand est ce qu'on se fait une sortie escalade ?

Madeleine, heureusement que tu étais là sur ce semestre de pédiat.

Tom, ce semestre de PUG avec toi a été incroyable.

Je n'oublie pas l'ensemble de ma promotion. Une pensée va à chacun de vous.

Mais aussi Xavier, Rebecca, Medhi, et Antoine lors de mon semestre en réa. Vous avez su endurer mes nombreuses conversations sur ma thèse. Merci !

À ma belle-famille Marie-Pierre, Franck, Hugo et Mélanie qui porte si bien son nom. Vous m'accueillez toujours comme un roi. J'ai hâte de passer 1 semaine cet été dans votre petit royaume à Montalivet en votre compagnie !

À Pauline l'amour de ma vie, on s'est rencontré lors d'une période difficile tous les deux dans des circonstances qui me feront toujours autant rire. 3 ans et demi après nous voilà encore ensemble, franchissant les épreuves pas à pas. Je ne me vois pas un jour sans toi à mes côtés.

Liste des Abréviations

ADL	Activity Daily Living
BREF	Batterie Rapide d'Efficience Frontale
ECG	Electrocardiogramme
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETT	Echographie TransThoracique
HDJ	Hospitalisation de Jour
IOA	Infirmière d'Orientation et d'Accueil
IRM	Imagerie par Raisonance Magnétique
IMC	Indice Masse Corporelle
ISAR	Identification of Senior At Risk
MOCA	Montreal Cognitive Assessment
MMSE	Mental State Examination
SU	Structure d'Urgences
TRST	Triage Risk Screening Tool
UHCD	Unité d'Hospitalisation Courte Durée

Table des matières

INTRODUCTION	2
MATERIEL ET METHODES	6
SCHEMA DE L'ETUDE.....	6
CONTEXTE DE L'ETUDE	6
OBJECTIF PRINCIPAL.....	6
POPULATION ETUDIEE.....	7
CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL	7
CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRE.....	8
RECUEIL DE DONNEES	9
STATISTIQUES.....	10
RESULTATS	11
DISCUSSION.....	18
CONCLUSION	23
BIBLIOGRAPHIE	24
ANNEXES.....	27

INTRODUCTION

La population française ne cesse de croître ces dernières années avec un vieillissement qui s'accélère. Selon les récentes données de l'INSEE de 2020, les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20,5% de la population (1). Cette tranche de la population augmente avec l'arrivée des populations nées après-guerre. Les projections pour les décennies futures suivraient les mêmes tendances avec une hausse de la population française et majoritairement dans la catégorie des plus de 75 ans.

Notre système de soins fait donc face à un nouveau défi. Et plus singulièrement les structures d'urgences (SU) devant cette démographie particulière.

Devant l'absence de données réelles démontrant cette tendance depuis 2002, la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a initié un colloque en 2013 (2) sur plus de 700 centres. Ceci a permis de faire un état des structures d'urgences hospitalières en France. On notait notamment que 19% des passages aux urgences concernaient des personnes de plus de 65 ans avec une différence sensible de prise en charge. Ceci se confirmait aussi dans une étude de 2010 publiée dans *Annals of Emergency Medicine* (3), où on retrouvait des résultats similaires : 25% de personnes âgées étaient admises en SU en Suisse, preuve d'une tendance Européenne plus globale.

À partir de ce colloque de 2013, deux études ont été publiées en 2017 et 2018 sur la tranche de sujets supérieure à 75 ans comparativement aux 15-74ans (4) permettant d'expliquer la complexité de prise en charge de cette population. Les principaux résultats objectivaient une prise en charge significativement plus longue (plus de 8 heures pour 23 % d'entre eux versus 10 %), avec plus d'actes (diagnostics ou de soins). Le parcours de soin était lui aussi différent avec plus de séjours en Unité d'Hospitalisation Courte Durée (20% versus 13%) et un taux d'hospitalisation 2,6 fois plus élevé que les patients plus jeunes.

La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 une définition de la fragilité : (16) « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est

un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible »

De part cette définition, on comprend l'enjeu et l'importance de la détecter au plus vite afin de prévenir les nombreux événements indésirables pouvant mener notamment à la consultation en SU.

Ainsi, le passage en SU des personnes âgées pose plusieurs problématiques que l'on retrouve dans cette méta-analyse de 2002 (7). Elle recense 3 grandes problématiques :

- ➔ La morbidité avec une augmentation de la dépendance
- ➔ La réadmission précoce ou non à l'hôpital
- ➔ La mortalité

Tout d'abord, cette admission dans les SU est source de multiples comorbidités parmi une population présentant une fragilité physique, psychique et socio-économique plus importante. (7,17) Confusion, chutes, infections nosocomiales, iatrogénie et déclin fonctionnel (5-6) sont notamment décrites et peuvent précipiter dans la dépendance des personnes jusqu'ici autonome au domicile. (7)

On note aussi que cette population présente une réadmission importante dans les SU. Selon les cohortes, dans les 3 mois elles objectivaient un taux proche des 24 %, et jusqu'à 44 % dans les 6 mois (7). Ceci a été un axe de réflexion de plusieurs études. Un des objectifs était d'identifier les facteurs de risque amenant ces personnes à reconsulter. On retrouvait notamment les admissions répétées, les comorbidités, la durée d'hospitalisation, le déclin fonctionnel, et les conditions socio-économiques défavorables (7,10-11, 29).

Et enfin, suite au passage dans une SU, le taux de mortalité a été décrit comme augmenté (7,13). Comme pour les réadmissions, le risque est particulièrement présent les 3 premiers mois après un passage en SU avec un taux de mortalité proche des 10 % (7).

En France, ce constat a pu être mis en évidence avec la cohorte SAFEs (13) en 2011. Cette étude incluant plus de 1000 patients s'est intéressée au risque de mortalité et

d'institutionnalisation à 6 mois après une admission aux urgences avec des résultats montrant respectivement des taux bruts à 24 et 18 %.

Ce premier contact par les urgences est donc une opportunité (12) pour chaque prise en charge. Il peut être un mode d'entrée dans la filière gériatrique hospitalière mais aussi un temps pour détecter la fragilité et les facteurs de risque d'admission et de réadmission de ces patients ce qui en diminuerait les conséquences. (17) Ceci ressemble à un vrai défi quand on connaît les contraintes de temps habituelles aux urgences.

En 2003, la Société Française de Médecine d'Urgences (14) lors de la 10eme conférence de consensus tente de proposer des outils pour identifier la fragilité de cette population (Activities of Daily Living qui évalue la dépendance calculée à l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil, calcul du score ISAR). Mais aussi de rappeler les différentes aides disponibles pour le praticien : notamment le recours à l'équipe mobile de gériatrie présente à la fois pour optimiser l'orientation et également évaluer le risque de dépendance.

Depuis quelques années, il existe un moyen émergent de prise en charge de la patientèle gériatrique avec la possibilité de proposer une évaluation gériatrique rapide au domicile du patient. Cela a permis de démontrer notamment une diminution du temps d'hospitalisation mais aussi une diminution des réadmissions (15). Ce qui est comme nous l'avons vu précédemment un facteur de risque important de mortalité (8).

Le Gérontopole de Toulouse propose une filière novatrice Post-Urgences à l'hôpital de jour de Médecine Gériatrique du pavillon Albarède lancée en début d'année 2018. Ce dispositif s'inclue dans une offre ambulatoire gériatrique plus large, comprenant :

- Un Centre Mémoire dédié aux troubles cognitifs et au syndrome démentiel avec des complications psycho-comportementales
- Un Hôpital de Jour d'Évaluation de la Fragilité pour les patients ambulatoires autonomes, aux problématiques médicales et gériatriques multiples sans caractère d'urgence
- Un Hôpital de Jour dédié aux résidents d'EHPAD
- Un Hôpital de Jour d'Oncogériatrie
- Un Hôpital de Jour de Médecine Gériatrique polyvalent. Ce dernier, accueille donc la Filière Post-Urgences.

À l'heure actuelle, nous n'avons pas de données sur ce mode de prise en charge émergent.

L'objectif principal de notre travail était de décrire la filière de prise en charge des patients âgés non institutionnalisés adressés en HDJ post-urgences.

Matériel et Méthode

Schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive rétrospective réalisée au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse entre le service des Urgences et l'Hospitalisation de Jour gériatrique au pavillon Albarède. Elle a été effectuée sur une période de 18 mois entre le 01 octobre 2018 et le 31 mars 2020.

Contexte de l'étude

L'HdJ post urgences a été créée en 2018. Elle avait pour objectif de répondre à des demandes émanant des SU. Initialement, la cible était une population âgée supérieure à 65 ans présentant les motifs suivants : chutes à répétition, malaises et problématiques sociales.

La demande était faite des SU vers l'HdJ post-urgences par fax puis de manière informatique sur le logiciel Orbis©. L'infirmière de programmation de l'hôpital de jour, selon le caractère urgent et le délai demandé par les urgences, planifie la venue du patient. Initialement, deux lits par jour étaient dédiés à cette activité puis progressivement un seul en raison de l'importance des autres filières dans cet hôpital de jour et de la déprogrammation liée au COVID. Il a été observé qu'environ 40% des demandes de prise en charge à la Filière Post-Urgences n'aboutissaient pas : soit car le patient ne souhaitait pas venir à l'issue de son passage aux Urgences, soit il était dans l'intervalle revenu à l'hôpital, soit il était injoignable.

Objectif principal

L'objectif principal de notre étude était d'analyser les caractéristiques des patients admis dans la filière HDJ post-urgence ainsi que l'analyse de la prise en charge par l'expertise gériatrique : modification et acte thérapeutique, prise en charge sociale, examens complémentaires effectués, avis spécialisés.

Secondairement, nous nous sommes intéressés :

- Au parcours de soins de chaque patient (le délai de consultation, le passage aux urgences dans les 6 mois précédents et suivants la demande d'HdJ en précisant s'il y avait eu une réadmission précoce avant la consultation, les hospitalisations dans les 6 mois précédents et suivants la demande d'HdJ)
- Comparaison des caractéristiques des patients réadmis en SU et ceux non réadmis après une évaluation en HDJ post-urgence

Population étudiée

Nous avons inclus dans cette étude tous les patients pris en charge en Structure d'Urgences (SU) du CHU venant du domicile, non hospitalisés et ayant bénéficié d'un passage en hospitalisation de jour au décours.

Les critères de non -inclusion concernaient :

- Les patients venus d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD),
- HdJ post-urgences programmée sans consultation au décours,
- Les patients décédés avant la consultation.

Critère de jugement principal

Les caractéristiques des patients et les actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés par la filière d'HDJ post-urgence ont été reportés à partir du compte rendu de passage aux urgences et du compte rendu du passage en HDJ sur le logiciel ORBIS©.

Critères de jugements secondaires

- Description du parcours de soins hospitalier 6 mois avant/après la consultation en HDJ post-urgence :
 - d'un passage en SU dans les 6 mois précédents la demande d'HdJ post-urgences (en dehors du passage en SU durant laquelle la demande d'HdJ a été faite)
 - d'un passage dans les 6 mois suivant la consultation HdJ post-urgences,
 - d'une réadmission au SU entre la demande et la consultation en HdJ post-urgences,
 - D'une hospitalisation dans les 6 mois précédents la demande d'HdJ post-urgences,
 - D'une hospitalisation dans les 6 mois suivant la consultation d'HdJ post-urgences,
- Comparaison des caractéristiques des patients réadmis en SU et ceux non réadmis 6 mois après une évaluation en HDJ post-urgence

Recueil de données

À partir de l'agenda de programmation de l'HDJ post-urgence, nous avons relevé manuellement tous les dossiers des patients ayant bénéficié d'une consultation en HdJ post urgences. Les variables d'intérêt ont été récupérées rétrospectivement à partir du compte rendu de passage aux urgences et du compte rendu du passage en HDJ sur le logiciel ORBIS©.

Description des caractéristiques des patients

Nous avons recueilli pour chaque patient le sexe, l'âge, le mode de vie (seul, ou en famille), s'il bénéficiait d'aides professionnelles (infirmière libérale, auxiliaire de vie, aides ménagères, kinésithérapeute), le score Activity Daily Living (calculé lors de la consultation en HdJ), la capacité de marche décrite en HdJ (seul, avec aide, ou non), si le patient a subi une chute récente (décrit dans les 6 mois précédents le passage aux urgences), l'Indice Masse Corporel (calculé lors de la consultation en HdJ) et l'antécédent de troubles cognitifs avant la consultation en HdJ (défini par un MMSE < 20/30). De plus, étaient rapportées l'existence d'une polymédication définie par plus de 4 médicaments lors de la consultation en HDJ et la prise de médicaments cardiotropes (antihypertenseurs, bêtabloquants, diurétiques, patch de nitrés) et psychotropes (benzodiazépines, inhibiteur sélectif de la sérotonine, neuroleptiques).

Nous avons identifié le motif principal de recours en SU classé en 7 catégories :

- Chute (Traumatisme crânien sans/avec perte de connaissance, chutes à répétition, fractures de membre)
- Cardio-respiratoire (douleur thoracique, dyspnée)
- Troubles neurologiques (hallucinations visuelles, confusion, troubles de l'équilibre, vertige, tremblements)
- Troubles du comportement (déambulation, agitation, hétéro agressivité)
- Digestif (douleurs abdominales, constipation, syndrome occlusif)
- Malaise
- Altération de l'état général

Description de la prise en charge en HDJ

Concernant l'analyse de la prise en charge en HdJ post-urgence, nous avons étudié le délai entre la demande émanant des urgences et la consultation en HdJ. Nous avons aussi étudié l'expertise gériatrique en évaluant les pratiques avec l'optimisation thérapeutique (arrêt ou diminution d'un traitement), l'arrêt de traitement, la prise en charge sociale (mise en place d'aides, demande d'allocation personnalisée d'autonomie, instauration des journées accueil jour, hébergement temporaire, demande d'institutionnalisation), les examens para-cliniques effectués avec la biologie, le test d'hypotension orthostatique, l'évaluation neuropsychologique (MMSE, BREF, MOCA), les imageries (scanner, Imagerie par Raisonance Magnétique, radiographie), échographie trans thoracique, l'holter ECG et tensionnel, l'électroencéphalogramme.

De plus, nous avons recensé les intervenants lors de cette hospitalisation avec la demande d'un avis spécialisé (qu'il soit auprès d'un autre gériatre ou d'un spécialiste d'organes), les avis auprès d'une diététicienne.

Et enfin, nous avons recueilli des informations sur les demandes effectuées à la fin de l'hospitalisation de jour. A savoir, si des examens complémentaires étaient souhaités en externe, s'il y avait une demande d'hospitalisation immédiate après la consultation, ou si une deuxième HdJ était nécessaire.

Statistiques

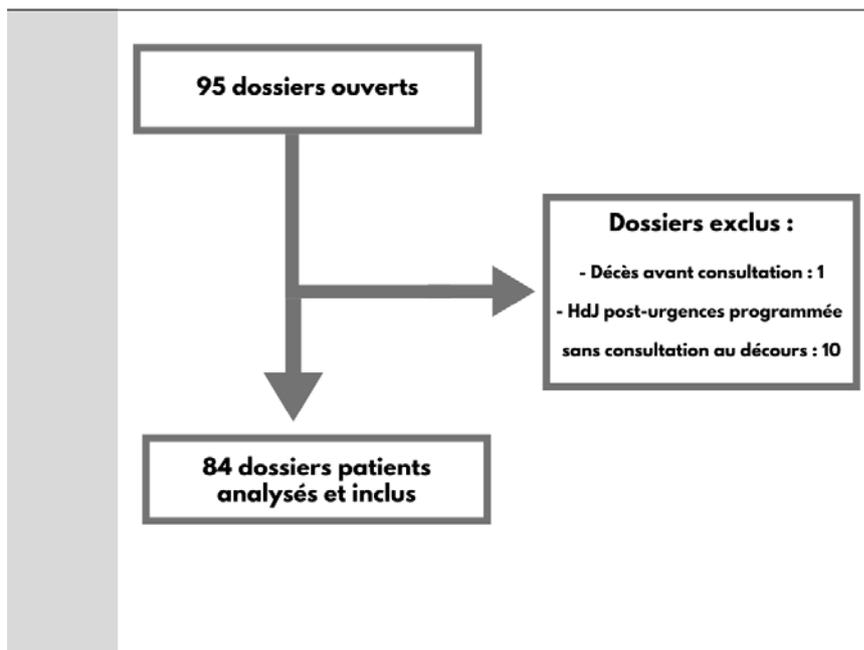
L'analyse statistique des données anonymisées a été réalisée à l'aide du logiciel STATA version 11. La distribution des variables quantitatives est représentée par la médiane suivie du 1er quartile (p 25 %) et du 3ème quartile de distribution (p 75 %) si la distribution n'est pas normale : médiane (p 25 % - p 75 %). Elle est représentée par la moyenne suivie de l'écart type si la distribution est normale. Les données qualitatives sont exprimées en nombre et pourcentage. La comparaison des caractéristiques des patients réadmis aux urgences dans les 6 mois à ceux non réadmis après passage en HDJ a été faite par analyse univariée. Les comparaisons entre variables quantitatives ont été réalisées en utilisant le test de Student. Les comparaisons de proportions ont été analysées par le test du Chi-2. La significativité statistique retenue était un $p < 0,05$.

Résultats

Les patients ont été inclus de manière rétrospective du 01 octobre 2018 au 31 mars 2020.

Durant cette période 84 patients ont été inclus sur 95. Parmi les patients exclus, 1 est décédé avant la consultation, et 10 ont bénéficié d'une HdJ post-urgences programmée sans consultation au décours.

Figure 1 :



Caractéristiques générales des patients

Tableau 1 :

	N= 84
Age en années (écrt-type)	83,4 (8)
Femme, n (%)	57 (67,9)
IMC (écart-type)	26,0 (5,2)
Polymédications > 4 (%)	50 (59,5)
Cardiotrope (%)	64 (76,2)
Psychotrope (%)	48 (57,1)
Chute dans les 6 mois (%)	38 (45,2)
Troubles cognitifs présents au SU (%)	21 (25,0)
Mode de vie	
Domicile seul (%)	43 (51,2)
Domicile avec famille (%)	41 (48,8)
Aides professionnelles (%)	52 (61,9)
Score ADL calculé en HdJ (écart-type)	4,8 (0,4)

ADL = Activity Daily Living / IMC = Indice Masse Corporel

Les caractéristiques des patients consultant dans la filière HdJ post-urgences retrouvaient un âge moyen de 83,4 ans avec une proportion de 67,9% (n=57) de femmes et un ADL médian à 4,8 (+/- 0,4).

De plus, 59,5% (n=50) d'entre eux présentaient une polymédication avec une forte proportion de psychotropes (57,1% n= 48) et de cardiotropes (76,2% n=64)

L'ensemble des données est représenté dans le tableau 1.

Motif de recours aux urgences

Tableau 2 :

Motifs recours Service d'Urgences n (%)	
Chute	24 (28,6)
Troubles neurologiques	19 (22,6)
Cardiorespiratoire	10 (11,9)
Malaise	10 (11,9)
Altération Etat Général	9 (10,7)
Troubles du comportement	8 (9,5)
Digestif	4 (4,8)

Nous avons étudié parallèlement les motifs de recours aux urgences. On a constaté 2 motifs prédominants : 28,6% (n=24) de consultation pour chutes et 22,6% (n=19) pour troubles neurologiques.

L'ensemble des motifs est représenté dans le tableau 2.

Prise en charge gériatrique

Tableau 3:

Prise en charge gériatrique (n,%)	
Optimisation thérapeutique	34 (40,5)
Introduction traitement	28 (33,3)
Prise en charge sociale	31 (36,9)
Examen biologique	83 (98,8)
Test hypotension orthostatique	26 (30,9)
évaluation neuropsychologique	45 (53,6)
avis diététique	17 (20,2)
ETT	14 (16,7)
Holter ECG ou tensionnel	10 (11,9)
Electroencéphalogramme	4 (4,8)
Imagerie	11 (13,1)
Avis spécialisé en HdJ	27 (32,1)
Examens complémentaires en externe	19 (22,6)
Demande hospitalisation urgente	3 (3,6%)

ETT=échographie transthoracique / ECG= électrocardiogramme

Le tableau 3 représentait l'expertise gériatrique. Il recensait l'ensemble de la prise en charge effectuée lors des consultations ayant pour objectif une évaluation gériatrique globale.

On a observé que 98,8% (n=83) des patients ont bénéficié une biologie lors de la consultation.

Une simplification d'ordonnances est faite avec 40,5% (n=34) d'optimisation thérapeutique et 33,3% (n=28) d'introduction de traitement.

La prise en charge est variée avec la possibilité d'avoir une imagerie pour 13,1% (n=11) d'entre eux et un avis spécialisé pour 32,1% (n=27).

L'ensemble des données est représenté dans le tableau 3.

Parcours Patient

Tableau 4 :

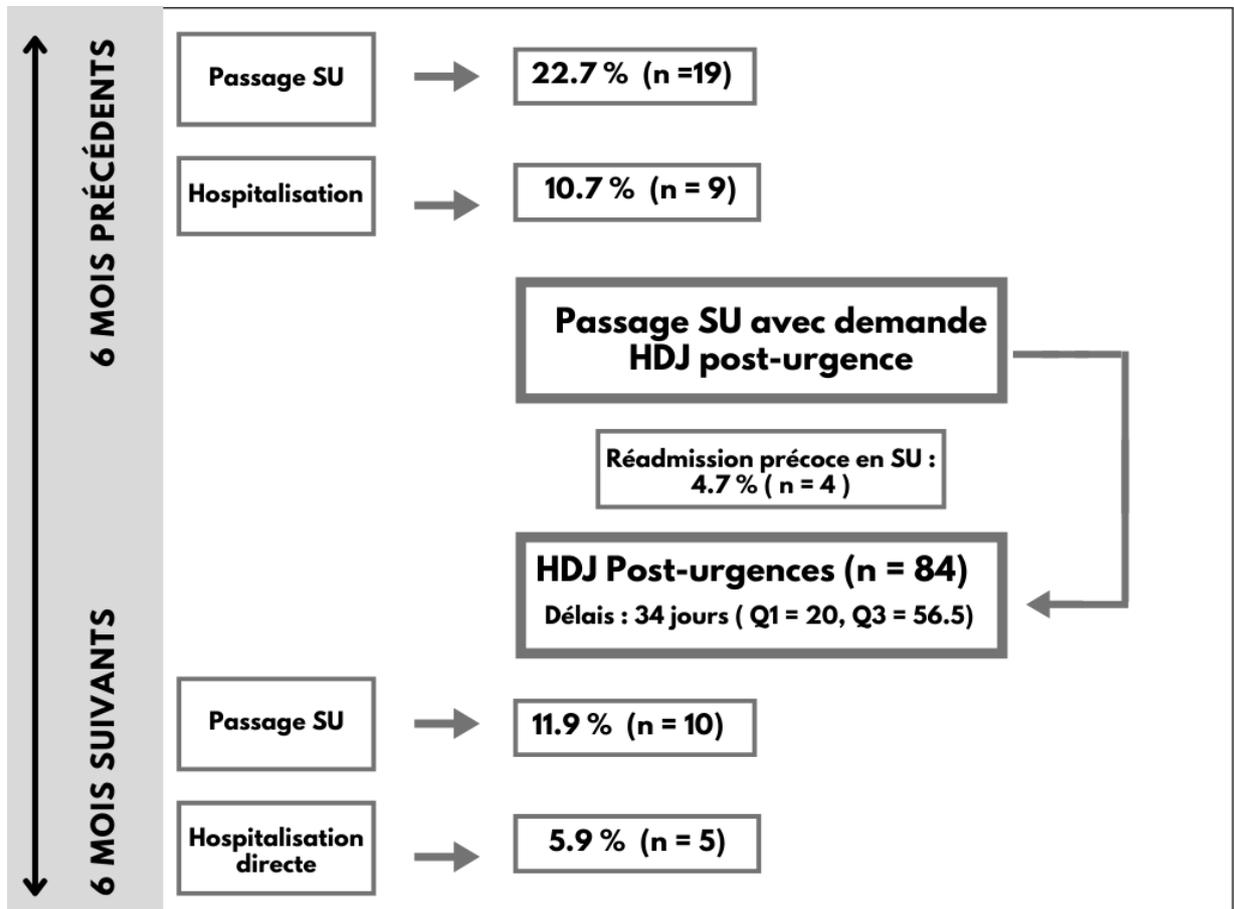
Parcours patient	
Délai HdJ en jours	34 (Q1=20 ; Q3=56,5)
Passage SU dans les 6 mois précédents (%)	19 (22,7)
Passage SU dans les 6 mois suivants la consultation (%)	10 (11,9)
Réadmission entre demande et consultation (%)	4 (4,7)
Hospitalisation dans les 6 mois précédents (%)	9 (10,7)
Hospitalisation directe dans les 6 mois suivants (%)	5 (5,9)

Secondairement, nous nous sommes intéressés au parcours de soins de ces patients évalués en HdJ post-urgences. Tout d'abord, le délai entre la demande et la consultation est de 34 jours (Q1=20 ; Q3=56,5). De plus, on objective 11,9 % (n= 10) de réadmission en SU dans les 6 mois et 5,9% (n=5) d'hospitalisation dans les 6 mois suivants l'évaluation en HdJ post-urgences. On observe par ailleurs 4,7% (n=4) de réadmission précoce entre la demande et la consultation HdJ post-urgences.

L'ensemble des données est représenté par le tableau 4.

Nous avons décrit le parcours patient intra-hospitalier par la figure 2 afin d'avoir une vision chronologique des évènements.

Figure 2 :



Analyse univariée des caractéristiques des patients réadmis aux urgences après passage en HDJ comparée aux patients non réadmis

	Total N=84	Réadmission n = 10	Pas de réadmission n= 74	p- value
Age en années (écart-type)	83,4	86,2 (SD=1,9)	83,4 (SD=1,0)	0,24
Femmes (%)	57	6 (60,0)	51 (68,9)	0,57
IMC (écart-type)	26	24,6 (2,2)	26,4 (0,7)	0,29
Polymédication (%)	50	7 (70,0)	43 (58,1)	0,47
Cardiotropes (%)	64	7 (70,0)	57 (77,0)	0,62
Psychotropes (%)	48	6 (60,0)	42 (56,8)	0,84
Chute récente (%)	38	4 (40,0)	34 (45,9)	0,72
Troubles cognitifs (%)	21	2 (20,0)	19 (25,7)	0,69
Mode de vie				0,45
Domicile seule (%)	43	4 (40)	39 (52,7)	
Domicile avec famille (%)	41	6 (60,0)	35 (47,3)	
Aides professionnelles (%)	52	7 (70,0)	45 (60,8)	0,57
ADL (écart-types)	4,8	4,9 (0,3)	4,8 (0,2)	0,9
Motifs recours Service d'Urgences (n,%)				0,8
Chute	24	3 (30,0)	21 (28,4)	
Troubles neurologiques	19	2 (20,0)	17 (22,9)	
Malaise	10		0 10 (13,5)	
Cardiorespiratoire	10	1 (10,0)	9 (12,2)	
AEG	9	2 (20,0)	7 (9,4)	
Troubles du comportement	8	1 (10,0)	7 (9,4)	
Digestif	4	2 (14,3)	2 (2,9)	
Prise en charge gériatrique (n, %)				
Optimisation thérapeutique	34	5 (50,0)	29 (39,9)	0,51
Introduction traitement	28	4 (40,0)	24 (32,4)	0,63
Prise en charge sociale	31	4 (40,0)	27 (36,5)	0,83
Evaluation		7 (70,0)	38 (51,4)	0,27
Neuropsychologique	45			
Avis diététique	17	3 (30,0)	14 (18,9)	0,41
Imagerie	11	1 (7,2)	10 (14,3)	0,47
Avis spécialisé	27	5 (50,0)	22 (29,7)	0,2

Nous avons effectué une analyse univarié entre 2 groupes : patients réadmis aux urgences et non réadmis à la suite de la consultation en HdJ post-urgences. Aucune variable ne démontre une significativité. De manière brute, nous constatons une prévalence basse de la réadmission pour le motif malaise après intervention de l'HdJ post-urgences (0% versus 14.3%). A contrario, le motif AEG est lui légèrement plus prévalent dans le groupe réadmis (20% versus 9.4%).

Discussion

Notre étude est la première concernant l'HdJ post-urgences créée par le Gérontopole de Toulouse. Elle a pu décrire un profil de patients admis en consultation HdJ post-urgences précis. Les caractéristiques principales de cette population étaient une majorité de femmes (67,9% n=57), d'âge médian a 83,4 ans (+/- 8) avec un ADL médian a 4,8 (+/- 0,4).

Lorsque nous comparons notre population à la filière HdJ EHPAD du Gérontopole (18) étudiée en 2018, les caractéristiques retrouvées étaient une proportion de femmes (67,9% versus 72,2% dans la filière EHPAD) et âge moyen (83,4 ans versus 86,2 ans dans la filière EHPAD) quasi similaire dans les 2 filières. Ceci correspondant grandement à la démographie française avec un vieillissement plus important chez les femmes (1). Cependant, on note une différence d'ADL médian assez important (4,8 versus 2,75). Ceci répond à la population cible de la filière HdJ post-urgences avec une patientèle de patients âgés venant du domicile et donc présentant une autonomie supérieure à ceux d'EHPAD. Malgré tout, cet indicateur (ADL= 4,8) associé 61,9% (n=52) d'entre eux à des aides professionnelles au domicile nous laisse penser que la population admise en HdJ post-urgences présentait déjà une autonomie partielle pour les activités du quotidien.

Cette étude des caractéristiques de patients nous a permis d'observer aussi une forte polymédication dans cette population (59,5% n=54) avec présence de cardiotropes pour 76,2% (n=64) et de psychotropes pour 57,1% (n=48) d'entre eux. Cette polymédication chez les personnes âgées est bien décrite dans la littérature (19) avec une augmentation du nombre de traitement corrélée à l'avancée en âge et expliquée par la multiplication des comorbidités.

Elle est aussi source d'une augmentation de la morbi mortalité dans cette population de par la multiplication des effets secondaires (24). Les psychotropes sont notamment décrits comme confusio-gène (24), les cardiotropes comme facteurs de risque de chutes (25).

L'étude du motif de recours de cette population a été un axe important de notre travail. Le premier motif est donc la chute pour 28,6% (n=24) comparable à l'article de Davenport et al paru en 2020 dans *Annals of Emergency Medicine* (12) qui décrit la chute et ses conséquences comme motif prédominant de recours aux urgences vérifié aussi sur le colloque de 2013 menée par la DRESS (4). Ceci répond à une des missions fixées lors de

la création de l'HdJ post-urgences qui était justement de répondre à cette demande-là d'admissions nombreuses en SU pour chutes.

Concernant les actes diagnostiques et thérapeutiques effectués au cours de l'HDJ post-urgences, le constat est celui d'une prise en charge globale du patient se rapprochant d'une évaluation gériatrique standardisée. Les HdJ sont organisées afin d'y effectuer :

- une évaluation de l'autonomie et de l'environnement du patient (Mesure de l'ADL, des aides en place), rencontre avec un membre de la famille, évaluation du statut de marche, et possibilité de rencontrer l'assistante sociale pour optimiser le domicile (36,9% n=31)
- une évaluation de la cognition pour 53,6% (n=45) d'entre eux.
- Prévention et recherche de dénutrition avec calcul de l'IMC systématique, mesure de l'albumine et possibilité de l'avis d'une diététicienne (20,2% n=17)
- un bilan biologique large est effectuée pour 98,8% (n=83) des patients.
- Décision d'examens complémentaires avec de nombreuses possibilités (16,7% d'ETT, imagerie 13,1%)
- Et enfin, l'accessibilité à des avis spécialisés variés (32,1% n=27)

Cette offre de soins est un réel avantage comparé à d'autres solutions émises dans la littérature comme le suivi par appel téléphonique (30). Lorsqu'on regarde l'étude de Pedersen en 2016 *Early geriatric follow-up after discharge reduces readmissions* (15), elle proposait l'intervention d'une équipe de gériatrie lors de l'admission en SU puis en fonction de son orientation (domicile/hospitalisation) une nouvelle intervention précoce (mois d'une semaine) d'une équipe de gériatrie. Ce qui nous paraît intéressant dans ce travail, c'est qu'il propose une prise en charge similaire à l'HdJ post-urgences (examens complémentaires aussi variés et une prise en charge globale du patient) avec comme résultat principal une diminution des réadmissions en SU.

Cette prévalence haute de recours à examens complémentaires traduit probablement la complexité de l'évaluation gériatrique et renforce la nécessité d'un plateau technique hospitalier pour mener cette évaluation. Ainsi, de part une description précise du profil des patients admis en HdJ post-urgences, de leur recours et d'autre part d'analyser la prise en charge par l'expertise gériatrique pourrait nous permettre de promouvoir et affiner les demandes émanant des urgences.

Secondairement, notre travail s'est intéressé à l'histoire médicale récente des patients admis en HdJ post-urgences sur le CHU de Toulouse. Tout d'abord, le délai entre le moment où la demande est effectuée et la consultation HdJ post-urgences est de 34 jours. De nombreuses interventions préventives (21) sont décrites dans la littérature par exemple le rappel téléphonique (délai de 2 jours) (30), l'intervention gériatrique à domicile (délai inférieur à une semaine) (15). Ce délai est plus long dans notre étude. Cela est à pondérer du fait qu'en Hdj post-urgences, il existe des contraintes organisationnelles avec notamment la famille afin qu'un représentant soit présent mais aussi pour les rendez-vous d'examens sans caractère d'urgences. Contrairement, au rappel téléphonique (2) décrit plus haut avec un délai très court de 2 jours où seulement une infirmière interrogeait le patient. Il est à noter que nous avons pu observer un taux de réadmission précoce en SU de 4,7% (n=4) avant consultation HdJ. Cela suggérait une HdJ plus réactive pour éviter ce retour trop précoce. Mais cela est-il possible ?

Dans les suites, nous voulions observer le parcours de soins effectué par cette population. En effet, une des problématiques que nous avons retrouvé dans la littérature était un taux important de réadmission en SU des personnes âgées (7,20) variable selon les études. Dans notre travail, 19 patients (22.7%) ont fréquenté au moins une fois les urgences 6 mois avant la demande d'HdJ et 10 patients (11.9%) au moins une fois après intervention lors de l'HDJ. Cette prévalence basse de réadmission est en accord avec les données récents de la littérature (7). En effet, l'intervention d'une équipe gériatrique a déjà montré son efficacité sur les réadmissions en SU (7,20,21,31). Nous nous sommes intéressés à l'étude DEED II (31), l'intervention d'une équipe multidisciplinaire était effectuée pendant les 28 jours suivants une admission en SU des patients > 75 ans et rentrant au domicile. Les résultats sont ceux d'une diminution significative des réadmissions (16.5% vs 22.2% à 30 jours et 44.4% vs 54.3% à 18 mois). De même, lorsqu'on s'intéresse aux hospitalisations directes. Les résultats bruts nous montrent une prévalence plus basse du nombre d'hospitalisation (9 versus 5 après consultation en HdJ post-urgence). Ces 2 constats nous laissent supposer un impact de cette HdJ post-urgences.

L'objectif de nombreuses études (8,9,11-12,16,20-21,27) a été d'étudier, par la suite, les facteurs de risque de réadmission en SU et d'apporter des solutions pour les combattre. Quand on reprend l'étude *Incidence and main factors associated with early unplanned*

hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units (11), les conditions socioéconomiques défavorable, et les hospitalisations antérieures font partie notamment des facteurs décrits et sur lesquels l'HdJ pourrait intervenir.

De plus une étude de 2020, *Missed Opportunities to Diagnose and Intervene in Modifiable Risk Factors for Older Emergency Department Patients Presenting After a Fall* (12) a étudié la chute chez les personnes âgées menant à une admission dans une SU. Il est retrouvé que 96% de ces chutes présentaient un facteur de risque modifiable présent en SU. Cela nous laisse penser, qu'avec une intervention bien menée comme en HdJ post-urgences, nous puissions prévenir par la correction de ses facteurs le nombre de chutes et ses conséquences : morbi mortalité importante chez les personnes âgées. (28)

Nous pouvons donc facilement comprendre que les urgences jouent un rôle clé pour intervenir auprès de ces populations fragiles (26). Le repérage de la fragilité aux urgences ou en soins primaires permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans. (16)

L'enjeu pour notre spécialité quand on voit cette patientèle variée chaque jour va être donc de pouvoir détecter les patients éligibles à cette nouvelle prise en charge en HdJ post-urgences.

Dans ce sens, des outils ont été proposé comme aide au clinicien. Les scores Identification of Senior At Risk (ISAR) and Triage Risk Screening Tool (TRST) sont un exemple (22-23). Ils ont été validés pour identifier les personnes risque de réadmission non programmée dans les 30 jours. Ils présentent notamment une très bonne sensibilité avec une spécificité moindre : ISAR Se (0.79-0.978) Spe (0.19-0.4). Enfin, en plus des avantages précédemment cités, l'utilisation du score ISAR pour dépister la population fragile aux urgences est actuellement suggérée par la dixième conférence de consensus de la SFMU du 5 décembre 2003 (14).

Forces de l'étude :

Notre travail est le premier concernant cette HdJ post-urgences créée par le Gérontopole de Toulouse. Il apporte une description précise de l'intervention gériatrique et du parcours de soins pré et post HdJ post-urgences sur cette filière novatrice.

Limites de l'étude :

A contrario, notre travail était rétrospectif et concernait un faible nombre de patients (n=84) rendant les analyses statistiques et la significativité peu interprétable. De même, pour l'interprétation des taux bruts d'admission/réadmission en SU ou en hospitalisation, notre étude était monocentrique. Elle n'impliquait pas l'ensemble des structures hospitalières environnantes pouvant expliquer un faible taux de réadmission dans notre étude. Ces 2 écueils peuvent expliquer l'absence de significativité de l'intervention gériatrique sur les réadmissions en analyse univariée entre ces 2 groupes (réadmis en SU après HdJ post-urgences et non réadmis après HdJ post-urgence).

Perspectives :

Nous pourrions imaginer l'instauration du score ISAR dans les pratiques courantes du service des urgences du CHU de Toulouse. Son apport aiderait probablement le clinicien à sa prise de décision concernant la population cible de l'HdJ post-urgences. De plus, nous pourrions mener une nouvelle étude idéalement prospective et comparative de plus grande échelle pour évaluer l'impact de l'HdJ post-urgences sur les réadmissions en SU.

Conclusion

L'Hôpital de jour (HDJ) post-urgence, mise en place depuis 2018 sur le CHU de Toulouse est une plateforme innovante d'évaluation gériatrique des patients âgés vivants en communauté admis aux urgences sans hospitalisation au décours. Le principal motif de recours aux urgences des patients adressés en HDJ était la chute (n=24, 28.6%) et le délai médian de programmation de l'HDJ était de 34 jours. L'intervention gériatrique était variée avec accès à des examens cliniques et paracliniques multiples : optimisation thérapeutiques (n=34, 40.5%), imagerie (n=11, 13.1%) et avis spécialisée (n=27, 32.1%). L'analyse du parcours de soins intra-hospitalier a révélé une diminution de 47 % des réadmissions aux urgences 6 mois avant et après le passage en HDJ-post urgence. Ces données observationnelles et rétrospectives, nécessitent d'être confrontées à une étude prospective pour mieux évaluer l'effet d'une évaluation gériatrique post-urgence chez ces patients. De plus, l'identification du profil type des patients relevant d'une évaluation post-urgence est nécessaire pour standardiser l'accès à cette filière post urgence.



Professeur Sandrine Charpentier
Cheffe de service des Urgences adultes
1 av. du Pr Jean Poulhès CHU Toulouse Rangueil
Place du Dr Baylac CHU Toulouse Purpan
31059 TOULOUSE Cedex 9 - Tél. : 05 61 32 33 54
RPPS 10002872827

*Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse - Purpan*



Didier CARRIÉ

Bibliographie

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 16 avr 2021].
2. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss63.pdf>
3. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older patients in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med.* sept 2010;56(3):261-9.
4. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 16 avr 2021].
5. Lemoyne SE, Herbots HH, De Blick D, Remmen R, Monsieurs KG, Van Bogaert P. Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review. *BMC Geriatr* [Internet]. 21 janv 2019 [cité 12 juin 2021];19.
6. Briggs R, Coughlan T, Collins R, O'Neill D, Kennelly SP. Nursing home residents attending the emergency department: clinical characteristics and outcomes. *QJM.* sept 2013;106(9):803-8.
7. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Annals of Emergency Medicine.* mars 2002;39(3):238-47.
8. Lum HD, Studenski SA, Degenholtz HB, Hardy SE. Early Hospital Readmission is a Predictor of One-Year Mortality in Community-Dwelling Older Medicare Beneficiaries. *J GEN INTERN MED.* 1 nov 2012;27(11):1467-74.
9. García-Pérez L, Linertová R, Lorenzo-Riera A, Vázquez-Díaz JR, Duque-González B, Sarría-Santamera A. Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: a systematic review. *QJM.* août 2011;104(8):639-51.
10. Jørgensen R, Brabrand M. Screening of the frail patient in the emergency department: A systematic review. *Eur J Intern Med.* nov 2017;45:71-3.
11. Lanièce I, Couturier P, Dramé 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 Ageing.* juill 2008;37(4):416-22.
12. Davenport K, Alazemi M, Sri-On J, Liu S. Missed Opportunities to Diagnose and Intervene in Modifiable Risk Factors for Older Emergency Department Patients Presenting After a Fall. *Ann Emerg Med.* déc 2020;76(6):730-8.

13. Dramé M, Lang PO, Novella J-L, Narbey D, Mahmoudi R, Lanièce I, et al. Six-month outcome of elderly people hospitalized via the emergency department: The SAFES cohort. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 juin 2012;60(3):189-96.
14. 10ème CONFERENCE DE CONSENSUS PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEÉE DE PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES 5 Décembre 2003- STRASBOURG par la Société Française de Médecine d'Urgences.
15. Early geriatric follow-up after discharge reduces mortality among patients living in their own home. A randomised controlled trial.
16. fiche_parcours_fragilite_vf https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
17. Pérez-Zepeda MU, Carrillo-Vega MF, Theou O, Jácome-Maldonado LD, García-Peña C. Hospital Complications and Frailty in Mexican Older Adults: An Emergency Care Cohort Analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2020;7:505.
18. Laffon de Mazières C, Romain M, Hermabessière S, Abellan G, Gerard S, Castex A, et al. An Innovative Day Hospital Dedicated to Nursing Home Resident: A Descriptive Study of 1306 Residents Referred by their Physicians. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(9):1138-43.
19. Payne RA. The epidemiology of polypharmacy. *Clin Med (Lond)*. oct 2016;16(5):465-9.
20. Benbassat J, Taragin M. Hospital Readmissions as a Measure of Quality of Health Care: Advantages and Limitations. *Archives of Internal Medicine*. 24 avr 2000;160(8):1074-81.
21. Linertová R, García-Pérez L, Vázquez-Díaz JR, Lorenzo-Riera A, Sarría-Santamera A. Interventions to reduce hospital readmissions in the elderly: in-hospital or home care. A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011;17(6):1167-75.
22. Meldon SW, Mion LC, Palmer RM, Drew BL, Connor JT, Lewicki LJ, et al. A brief risk-stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med*. mars 2003;10(3):224-32.
23. Schwab C, Hindlet P, Sabatier B, Fernandez C, Korb-Savoldelli V. Risk scores identifying elderly inpatients at risk of 30-day unplanned readmission and accident and emergency department visit: a systematic review. *BMJ Open*. 1 juill 2019;9(7):e028302.
24. Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ*. 3 juill 2004;329(7456):15-9.

25. de Vries M, Seppala LJ, Daams JG, van de Glind EMM, Masud T, van der Velde N, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: I. Cardiovascular Drugs. *J Am Med Dir Assoc.* avr 2018;19(4):371.e1-371.e9.
26. van Dam CS, Hoogendijk EO, Mooijaart SP, Smulders YM, Vet RCW de, Lucke JA, et al. A narrative review of frailty assessment in older patients at the emergency department. *European Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 31 mai 2021 [cité 9 juin 2021]; Publish Ahead of Print. Disponible sur: <https://journals.lww.com/euro-emergencymed/pages/articleviewer.aspx?year=9000&issue=00000&article=99038&type=Abstract>
27. Friedmann PD, Jin L, Karrison TG, Hayley DC, Mulliken R, Walter J, et al. Early revisit, hospitalization, or death among older persons discharged from the ED. *The American Journal of Emergency Medicine.* 1 mars 2001;19(2):125-9.
28. Evans D, Pester J, Vera L, Jeanmonod D, Jeanmonod R. Elderly fall patients triaged to the trauma bay: age, injury patterns, and mortality risk. *Am J Emerg Med.* nov 2015;33(11):1635-8.
29. Chu LW, Pei CK. Risk factors for early emergency hospital readmission in elderly medical patients. *Gerontology.* août 1999;45(4):220-6.
30. Morse L, Xiong L, Ramirez-Zohfeld V, Dresden S, Lindquist LA. Tele-Follow-Up of Older Adult Patients from the Geriatric Emergency Department Innovation (GEDI) Program. *Geriatrics (Basel)* [Internet]. 29 janv 2019 [cité 14 juin 2021];4(1).
31. Caplan GA, Williams AJ, Daly B, Abraham K. A Randomized, Controlled Trial of Comprehensive Geriatric Assessment and Multidisciplinary Intervention After Discharge of Elderly from the Emergency Department—The DEED II Study. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2004;52(9):1417-23.

Annexes

Annexe 1 :

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

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

Meilleur score = 6. Score < 3 = dépendance majeure ;
score = 0 : dépendance totale pour toutes ces activités.

Source : Katz S, et al. Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist. 1970; 10 : 20-30.

Annexe 2 :

Score ISAR (identification of seniors at risk)



- 1 Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?**
- 2 Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?**
- 3 Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?**
- 4 Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ?**
- 5 Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoire ?**
- 6 Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?**

Interprétation : Un patient est considéré à risque d'événement indésirable (déclin fonctionnel réadmission) avec ≥ 2 réponses positives et nécessite une évaluation gériatrique plus poussée

Source : Société Francophone de Médecine d'Urgence – <http://www.sfm.u.org>

Annexe 3

Item	Score	
	Yes	No
1. Presence of cognitive impairment (disorientation, diagnosis of dementia, or delirium)	2	0
2. Lives alone or no caregiver available, willing, or able	1	0
3. Difficulty with walking or transfers or falls in the past 6 months	1	0
4. Hospitalized in the last 3 months	1	0
5. Polypharmacy: ≥ 5 medications	1	0

Abbreviation: fTRST, Flemish version of the Triage Risk Screening Tool.

Description rétrospective des caractéristiques et de la prise en charge de la population admise en Hospitalisation de Jour post-urgences.

RESUME EN FRANÇAIS : La patientèle gériatrique augmente dans les Structures d'Urgences SU du fait notamment d'un vieillissement de la population. Le recours aux urgences et à l'hôpital est source de morbi mortalité importante pour cette population. Depuis 2018, une filière émergente d'Hospitalisation de jour post-urgences (HdJ) a pour objectif de prendre en charge les patients venant du domicile et bénéficiant d'une demande d'évaluation émanant des SU du CHU de Toulouse. Objectif : Décrire la filière de prise en charge des patients âgés non institutionnalisés adressés en HDJ post-urgences. Méthode : Etude rétrospective monocentrique de tous les patients ayant bénéficié d'une HdJ post-urgences entre octobre 2018 et mars 2020. Résultats : 84 patients inclus avec un âge moyen de 83.4 ans, 67.9% de femmes, un ADL médian de 4.8 et une polymédication pour 59.5% d'entre eux. La première cause de recours était la chute (n=24, 28.6%). Délai médian HdJ est de 34 jours. Description précise de l'intervention gériatrique. Description parcours de soins avec réadmission et hospitalisation 6 mois pré et post HdJ. Discussion : L'HdJ post-urgences permet une évaluation gériatrique standardisée avec accès à une plateforme pluridisciplinaire. Notre étude suggère une prévalence basse des réadmissions en SU après intervention de l'HdJ post-urgences à 6 mois.

TITRE EN ANGLAIS: Retrospective description of the characteristics and management of the population admitted to post-emergency day hospitalization.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Urgences, hospitalisation de jour, fragilité, réadmission, hospitalisation polymédication, chute, évaluation gériatrique standardisée

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Dr Xavier DUBUCS