

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE RANGUEIL

Année 2014

2014-TOU3-1049

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 juillet 2014

Par

Mr NEKKAZ Mohamed

**Analyse descriptive des différences de prise en charge des patients
de 75 ans ou plus venant du domicile à 48 h de leur admission aux
urgences selon qu'ils ont été repérés fragiles, dépendants ou
robustes**

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Dr Serge BISMUTH

JURY :

Président : Monsieur le Pr OUSTRIC

Assesseur : Monsieur le Pr LAUQUE

Assesseur : Monsieur le Pr ROLLAND

Assesseur : Monsieur le Dr BISMUTH

Membre invité : Monsieur le Dr CHICOULAA

Membre invité : Madame le Dr LECOULES



UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE RANGUEIL

Année 2014

2014-TOU3-1049

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 juillet 2014

Par

Mr NEKKAZ Mohamed

**Analyse descriptive des différences de prise en charge des patients
de 75 ans ou plus venant du domicile à 48 h de leur admission aux
urgences selon qu'ils ont été repérés fragiles, dépendants ou
robustes**

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Dr Serge BISMUTH

JURY :

Président : Monsieur le Pr OUSTRIC

Assesseur : Monsieur le Pr LAUQUE

Assesseur : Monsieur le Pr ROLLAND

Assesseur : Monsieur le Dr BISMUTH

Membre invité : Monsieur le Dr CHICOULAA

Membre invité : Madame le Dr LECOULES



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD B.	Urologie	M. PERON J.M.	Hépatogastro-Entérologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie	P.U.	
M. POURRAT J.	Néphrologie	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. PRADERE B.	Chirurgie générale		
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr. POUTRAIN J.Ch

Dr. MESTHÉ P.

Professeur Associé de Médecine du Travail

Dr NIEZBORALA M.

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. COURBON	Biophysique
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GERAUD G.	Neurologie	M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GRAND A. (C.E)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention	M. GOURDY P.	Endocrinologie
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	M. GROLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PLANTE P.	Urologie	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L. (C.E).	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SAMI E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.
Professeur Associé en O.R.L
WOISARD V.

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CORRE J.	Hématologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GANTET P.	Biophysique	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HAMDİ S.	Biochimie	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. LOPEZ R.	Anatomie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. MONTOYA R.	Physiologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. PILLARD F.	Physiologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme RAGAB J.	Biochimie		
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène		
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement	M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier tous les membres du jury qui me font aujourd'hui l'honneur d'assister à ma soutenance afin d'évaluer mon travail.

Je remercie le Pr Oustric d'avoir accepté de présider ce jury et de me donner l'avis fondamental du médecin généraliste dans ce travail.

Je remercie également le Pr Rolland pour sa présence et son aide précieuse dans la réalisation de ce travail en collaboration avec le gérontopôle.

Je remercie le Pr Lauque pour sa présence et son appréciation de médecin urgentiste, également indispensable dans ce travail.

Je remercie le Dr Basso et le Dr Fernandez pour l'aide apportée dans la réalisation de ce travail.

Je remercie l'ensemble du personnel des urgences de Toulouse pour leur accueil lors de la semaine de l'étude.

Je remercie le Dr Bismuth de m'avoir guidé tout au long de l'élaboration de ce travail de thèse et de m'avoir prodigué des remarques constructives pour perfectionner mon travail en exprimant le point de vue de médecin généraliste.

Je remercie également le Dr Chicoulaa de me faire l'honneur de juger notre travail.

Je remercie le Dr Tavassoli pour les conseils apportés qui ont permis la réalisation de ce travail.

Merci également au Dr Lecoules d'avoir accepté de prendre part à ce travail, pour son accompagnement, son avis et ses conseils qui m'ont beaucoup aidé tout au long de mon cursus.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout particulièrement à remercier le Dr Marty, le Dr Bouvier, le Dr Causse et le Dr Brunel, chez qui j'ai effectué mes stages libéraux et aux autres médecins que j'ai croisés au cours de mes différents stages d'internat.

Un grand merci à ma famille proche pour son amour, son soutien et ses encouragements depuis toujours. Un merci tout particulier à ma maman pour son dévouement, sa présence, sa patience tout au long de mon parcours et grâce à qui je suis ce que je suis aujourd'hui.

Merci à toi Pauline de partager ma vie et de croire en moi depuis le début. Merci pour ta patience, ton soutien et pour tout le bonheur que tu m'apportes chaque jour.

Merci à toi Marion : dix ans maintenant d'amitié débutée sur les bancs de la faculté de Toulouse.

Merci à mes amis.

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION	10
II - JUSTIFICATION DE L'ETUDE	12
III - MATERIEL ET METHODE	14
IV – RESULTATS	17
V – DISCUSSION	31
VI – CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIES	
ANNEXES	

I- INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un phénomène absolu et inévitable qui incombe à tous les pays industrialisés. Au 1er janvier 2014 le nombre de personnes âgées (PA) en France représentaient 18 % de la population totale (1).

En 2050, 32 % de la population aurait 60 ans ou plus, contre 35 % d'après les projections centrales de 2001 (2). A la même date, la France métropolitaine compterait 70 millions d'habitants, contre 64 millions d'après les anciennes projections. Les nouvelles projections atténuent le vieillissement, sans toutefois le remettre en cause.

Dans ce contexte, la région Midi-Pyrénées se situe au 5^{ème} rang des régions les plus âgées de France avec plus de 277 000 personnes âgées de plus de 75 ans en 2006 soit 10 % de la population régionale, avec une prévision à l'horizon 2030 à plus de 328 000 personnes âgées de plus de 75 ans soit 10.4 % de la population régionale (3).

D'après le centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, entre 525 et 570 000 personnes de 60 ans et plus vivent actuellement à domicile dans une situation de dépendance. La moitié d'entre elles souffrent d'une dépendance modérée, moins de 5% sont dans une situation de dépendance physique et psychique lourde. Dans les années à venir et notamment dans une vingtaine d'années, la génération du baby boom approchera des 80 ans. Même si les gains en espérance de vie continuent de s'accompagner d'une baisse de la prévalence de la dépendance (la durée de vie avec incapacité diminue), le nombre de personnes dépendantes va fortement croître : il est estimé à près d'un million en 2025 dans le scénario central de l'INSEE (4).

La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 la définition suivante de la fragilité : « *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 modelée 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 et notamment l'entrée en dépendance des personnes âgées. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible [Rolland 2011] (5).

Deux modèles de critères de fragilité sont validés. Un modèle fondé sur un phénotype « physique » qui évalue la présence chez les personnes d'un âge ≥ 65 ans de 5 critères : perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou ≥ 5 % du poids) depuis 1 an, épuisement ressenti par le patient, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité. Les patients sont dits fragiles en présence de 3 critères ou plus. Ils sont dits « pré-fragiles » si au

moins un des critères est présent. Si aucun des critères n'est présent ils sont considérés comme robustes (Fried 2001) (6).

Le gérontopôle de Toulouse a développé une grille de repérage de la fragilité en soins primaires (annexe 1) validée par la Haute Autorité de Santé (5).

Le repérage de la fragilité comme prévention de la dépendance est un enjeu de santé majeur tant sociodémographique qu'économique (7). La prévalence de la fragilité dans la population des personnes âgées de plus de 65 ans varie de 7 % à 20 % et croît avec l'âge pour atteindre 20 à 26 % chez les personnes de plus de 80 ans et 32 % chez les plus de 90 ans (6).

Chaque année environ, 12 % de la population indépendante de plus de 75 ans vivant à domicile, perd son autonomie pour une des activités de la vie quotidienne et bascule dans la fragilité (8).

Le maintien à domicile d'une personne âgée fait intervenir un certain nombre d'acteurs qui aident la personne âgée, qu'ils soient rémunérés ou non, et divers financeurs. Les organisations mises en place sont multiples, coordonnant souvent des aidants dits « naturels » (enfants, voisins) et des professionnels, l'allocation personnalisée d'autonomie ayant permis d'avoir recours plus facilement aux aidants professionnels. Depuis la création de l'allocation personnalisée d'autonomie, le département est pilote puisqu'il a en charge le dispositif, il attribue et verse les prestations. 5,4 milliards d'euros sont dépensés à ce titre, qui sont financés à hauteur d'un tiers par une dotation de l'Etat via la Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie (CNSA) et le reste par les impôts locaux (9).

II- JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Les services d'urgences (SU) sont confrontés aux conséquences médicales et sociales de cette démographie croissante de personnes âgées. Le passage aux urgences des personnes âgées est un mode d'entrée privilégié dans la filière gériatrique hospitalière, particulièrement dans le secteur public (10).

En 2002, 12 à 14% de la totalité des passages dans les structures d'accueil étaient représentés par des personnes âgées de plus de 75 ans. La moitié des PA de plus de 75 ans arrive aux urgences sans l'accompagnement d'un proche. Certaines de ces PA sont fragiles, dans un équilibre précaire sur le plan médical, psychologique et / ou social. L'entourage, voire même le médecin, recourent volontiers au SU lorsque cet équilibre est rompu, ce qui est souvent ressenti comme dramatique et urgent. L'admission aux urgences est souvent secondaire à un état de crise somatique, sociale et /ou psychologique s'aggravant en l'absence d'intervention. Il est fait recours aux services d'urgences si aucune alternative n'est organisée ou accessible. (11)

Les études ont montré que les services d'urgences n'étaient pas un lieu adapté à la prise en charge gériatrique. Le passage aux urgences est associé, pour la personne âgée, à un risque majoré de confusion, d'escarre, de chute, de iatrogénie médicamenteuse, d'incontinence, de déclin fonctionnel et d'augmentation de l'état de dépendance voire de décès (12) (13) (14).

Seulement 31.6% des patients récupèrent leur état antérieur après une hospitalisation (15).

Il n'y a actuellement pas d'étude complète sur la population âgée fragile, dépendante ou robuste admise dans les services d'urgences et venant du domicile.

Les quelques études réalisées concernent les personnes âgées de plus de 75 ans venant du domicile ou d'institutions avec pour la plupart des cas une orientation gériatrique minoritaire.

Une étude réalisée sur deux périodes (1995 et 1996) concernant les particularités de prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans ou plus, venant du domicile ou d'institutions, dans le secteur médical d'un Centre Hospitalo-universitaire montre : 54.9 % de problèmes aigus, 8.2 % de problèmes sociaux, 61.3 % ont une orientation en faveur des services de spécialités et 18.7 % des personnes sont destinées aux services gériatriques (16).

Une autre étude réalisée en 2008 a analysé les personnes âgées de 75 ans ou plus au service d'urgences du Centre Hospitalier de Macon : elle montre que 23 % des personnes sont rentrées à domicile, 49 % sont hospitalisées en médecine, 14 % sont orientées vers une unité d'hospitalisation gériatrique, 12 % sont hospitalisées en chirurgie, 2 % sont hospitalisées en réanimation et environ 1 % sont décédées avant l'hospitalisation (17).

L'objectif principal de notre étude a consisté à évaluer les différences de prise en charge des personnes de 75 ans ou plus venant du domicile et admises aux urgences pendant les premières 48 heures selon qu'elles ont été repérées fragiles, dépendantes ou robustes.

L'objectif secondaire a consisté à recueillir l'avis de l'urgentiste sur les mesures qui auraient pu être mises en place pour éviter cette hospitalisation aux urgences. Pour cela nous avons étudié les motifs de consultation et les conditions dans lesquelles les patients ont été adressés aux urgences.

III- MATERIEL et METHODE

Une étude prospective, observationnelle, descriptive, a été menée dans le service des urgences du Centre hospitalier Universitaire de Purpan à Toulouse du 25 novembre 8h30 au 1^{er} décembre 2013 8h30, soit durant une semaine complète.

L'étude a été menée en collaboration avec le Service des Urgences de Purpan, le Gérotopôle de Toulouse et le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse.

Les questionnaires utilisés pour le recueil des données ont été réalisés a priori et en concertation avec les Dr Serge Bismuth et Bruno Chicoulaa du DUMG, le Pr Rolland et le Dr Tavassoli du Gérotopôle de Toulouse et les Dr Sophie Fernandez et Marie-Hélène Basso du SAU Purpan.

Un questionnaire intitulé « Données patient » a été utilisé lors de l'interrogatoire de la PA, complété par les informations présentes dans le dossier médical et les informations recueillies auprès du médecin traitant contacté systématiquement par appel téléphonique.

Les données extraites pour tous les participants comprenaient : l'âge, le sexe, le nombre de comorbidités, le nombre de traitements, la qualité de la personne ayant adressé le patient aux urgences (médecin ou non), le score ADL pour l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, la présence ou non d'aides à domicile et leur nature, la présence ou non de troubles cognitifs et leur stade, la classification CCMU d'urgence pour l'hospitalisation, la présence d'une fragilité ou non, la présence d'un risque de chute et le nombre de chutes survenues dans les 3 derniers mois.

Un autre questionnaire intitulé « Personne adresseuse » a été utilisé pour connaître l'avis de la "personne adressant" (médecin ou non) concernant l'hospitalisation.

Les données extraites de l'entretien téléphonique avec la "personne adressant" comprenaient : le motif d'hospitalisation, la présence de signe de gravité ou non et leur description, la présence d'un pronostic vital engagé ou non, les raisons de l'hospitalisation aux urgences, l'essai de recours à un spécialiste par téléphone pour éviter l'admission aux urgences, l'essai préalable d'appel à un service hospitalier pour la planification d'une entrée directe.

Un dernier questionnaire intitulé « Médecin urgentiste » a été utilisé pour connaître l'avis de l'urgentiste sur l'hospitalisation.

Les données extraites comprenaient : le statut du médecin urgentiste, le motif d'hospitalisation, la présence de signes de gravité ou non et leur description, la présence d'un pronostic vital engagé ou non, les raisons de l'hospitalisation, le fait que l'hospitalisation soit justifiée ou non.

3 internes de médecine générale étaient présents sur place de 8h à 18h30 dans les secteurs de Soins Externes, d'Urgences Traumatologiques, d'Accueil Médico-Chirurgical pour le recueil des données.

Ils remplissaient chacun les questionnaires pour chaque patient admis. Les internes assistaient aux transmissions entre les équipes afin de sensibiliser les médecins et les internes de garde à l'étude. Les internes indiquaient la localisation des questionnaires, afin qu'ils puissent être remplis pendant la nuit. Le lendemain matin, les internes sur site participaient également aux transmissions afin de solliciter le médecin de garde s'il avait oublié de remplir les questionnaires pendant la nuit. Si cela était le cas, son avis était recueilli le matin pour remplir le questionnaire « Médecin urgentiste » et les deux autres questionnaires remplis par interrogatoire si le patient était toujours présent, sur étude du dossier si des informations complémentaires étaient nécessaires ou si le patient n'était plus dans le secteur des urgences, par appels téléphoniques systématiques du médecin traitant et de la personne adressant.

Il existe dans la littérature de multiples études recherchant l'outil de dépistage de la fragilité le plus approprié.

Nous pouvons citer par exemple l'utilisation de l'Identification of Senior At Risk (ISAR) pour dépister la fragilité au sein des services d'urgences, qui paraît être prédictive des événements indésirables et qui sélectionnerait une sous-population de patients la plus susceptible de bénéficier d'une intervention gériatrique (18).

L'outil que nous avons utilisé pour notre étude est celui recommandé par la Haute Autorité de Santé pour le repérage des patients fragiles en médecine ambulatoire (annexe 1) (5). Cet outil a été mis en œuvre avec le concours de médecins généralistes et de gériatres pour associer simplicité d'utilisation et pertinence. Nous avons tenu à l'utiliser dans ce contexte pour sa rapidité.

Le repérage de la dépendance était fait en prenant comme référence l'échelle validée ADL de Katz (voir annexe 2). Un patient était dépendant pour un ADL inférieur à 5.5.

Un patient robuste était un patient ni dépendant ni fragile.

Depuis le 1er juillet 2012 aux urgences de Purpan, une variable « Provenance » a été ajoutée lors de l'enregistrement administratif du patient par les agents d'accueil, permettant de savoir si le patient vient de son domicile, d'EHPAD, d'un autre établissement de santé, d'un lieu public ou autre. Le logiciel de tableau de bord des urgences a ensuite permis de localiser les patients venant du domicile sur la journée en cours, ou sur les deux ou quatorze derniers jours et de savoir s'ils étaient présents au sein des urgences, transférés dans un service spécialisé ou s'ils étaient retournés à leur domicile.

Nous avons utilisé ce logiciel d'identification mis en place par le Dr Azema pour connaître en temps réel les patients de plus de 75 ans venant du domicile ayant été admis aux urgences.

Le logiciel informatique a permis une localisation des différents patients à 48 heures de leurs admissions. Pour connaître les différentes prises en charge à 48 heures des patients, nous interrogeons d'abord l'occupation des lits du Centre hospitalo-universitaire pour savoir si le patient était toujours hospitalisé. S'il n'y était pas, nous rappelions le patient ou sa famille à domicile pour connaître le devenir. Si personne ne répondait, nous contactions le médecin traitant du patient.

A l'issue de ce recueil, nous avons sélectionné les patients en quatre catégories distinctes :

- Les patients de retour à domicile à 48 heures de leur prise en charge.
- Les patients hospitalisés dans le service de post urgence gériatrique
- Les patients hospitalisés dans le service de post urgence médical
- Les patients hospitalisés dans d'autres services médicaux au sein de l'hôpital.

Les questionnaires sous forme papier ont été conservés et la saisie informatique des données a été réalisée en temps réel.

Les dossiers patients étaient anonymisés, avec une classification par numéro chronologique d'admission aux urgences.

Les règles d'éthique ont été respectées lors du recueil de données, avec une présentation systématique des internes et de l'étude aux patients.

Les critères d'inclusion étaient les patients de 75 ans ou plus adressés aux urgences venant du domicile, quel que soit le motif.

Les critères d'exclusion étaient les patients vivant en institution, les patients admis directement en service de déchocage.

IV- RESULTATS

1. Population étudiée

- Inclusion

92 patients âgés de plus de 75 ans et venant du domicile ont été inclus au cours de la semaine d'étude.

Sur les 92 patients inclus :

- 61 patients (66.4 %) sont considérés fragiles dont 34 femmes (55.7 %) et 27 hommes (44.3%). L'âge moyen de la cohorte est d'environ 79.2 ans [75-97].
- 27 patients (29.3 %) sont considérés dépendants dont 18 femmes (66.7 %) et 9 hommes (33.3 %). L'âge moyen de la cohorte est d'environ 87.4 [75-97]
- 4 patients (4.3 %) sont considérés robustes dont 3 femmes (75 %) et 1 homme (25 %). L'âge moyen de la cohorte est d'environ 80.7 ans [78-85]

- Critères de fragilité

Parmi les patients fragiles 53 (86.9 %) présentaient comme critère de fragilité principal un isolement social, 38 patients (62.3 %) des troubles locomoteurs, 37 patients (60.6 %) de la fatigue, 25 patients (41 %) des troubles cognitifs et 22 patients (36.1 %) une perte de poids récente.

La figure 1 présente le taux de fragilité que présentaient les patients lors du recueil de données aux urgences.

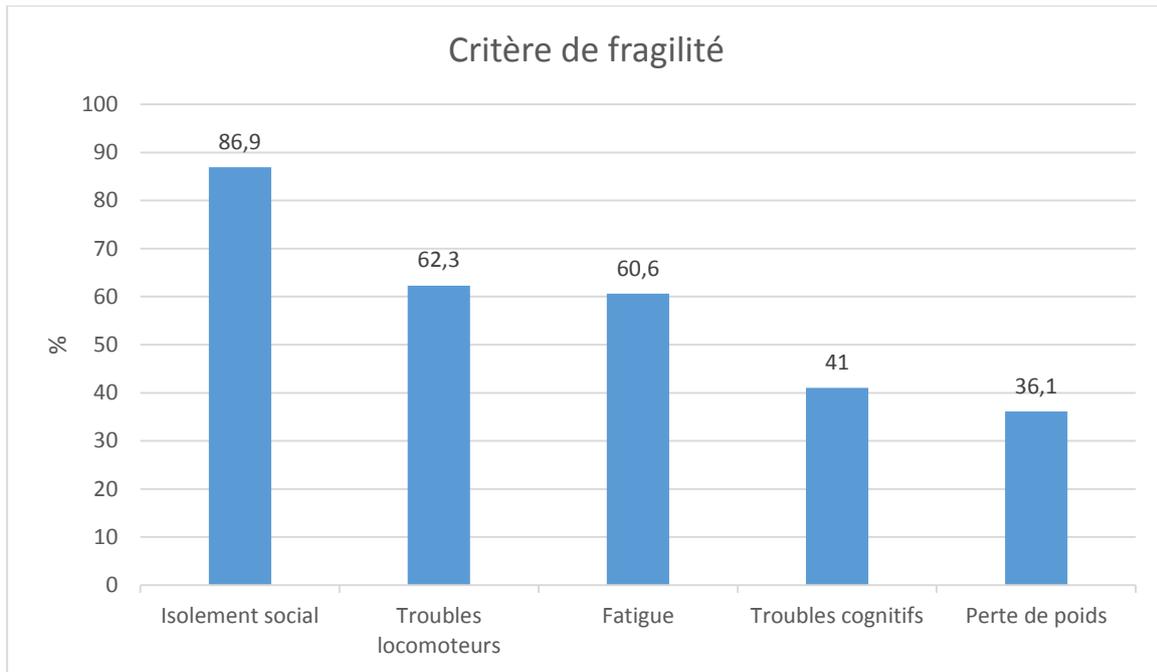


Figure 1

Le Figure 2 présente le type de critères de fragilité avec le nombre de patient présentant ces critères.

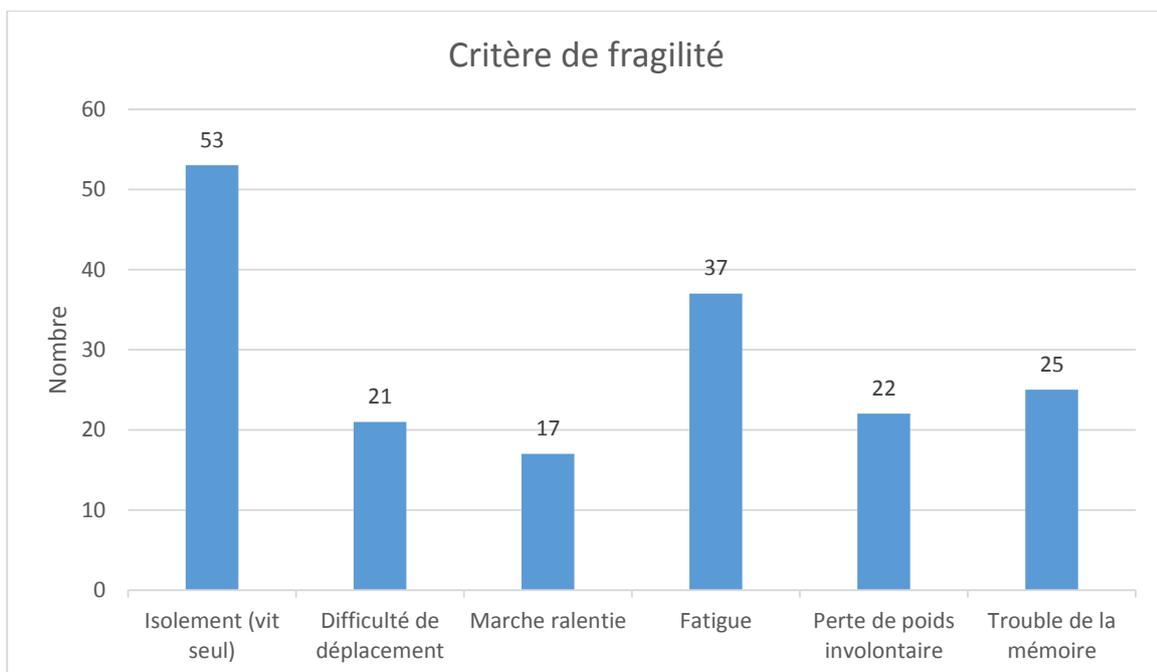


Figure 2

- **Degré de dépendance**

Le score ADL moyen dans la cohorte des patients dépendants est d'environ 3.6 [0-5].

Parmi les dépendants 6 (22.2 %) patients présentaient une altération sévère des activités de la vie quotidienne, 9 patients (33.3 %) une altération moyenne et 12 patients (44.4 %) une altération légère.

La figure 3 représente le score ADL par patient.

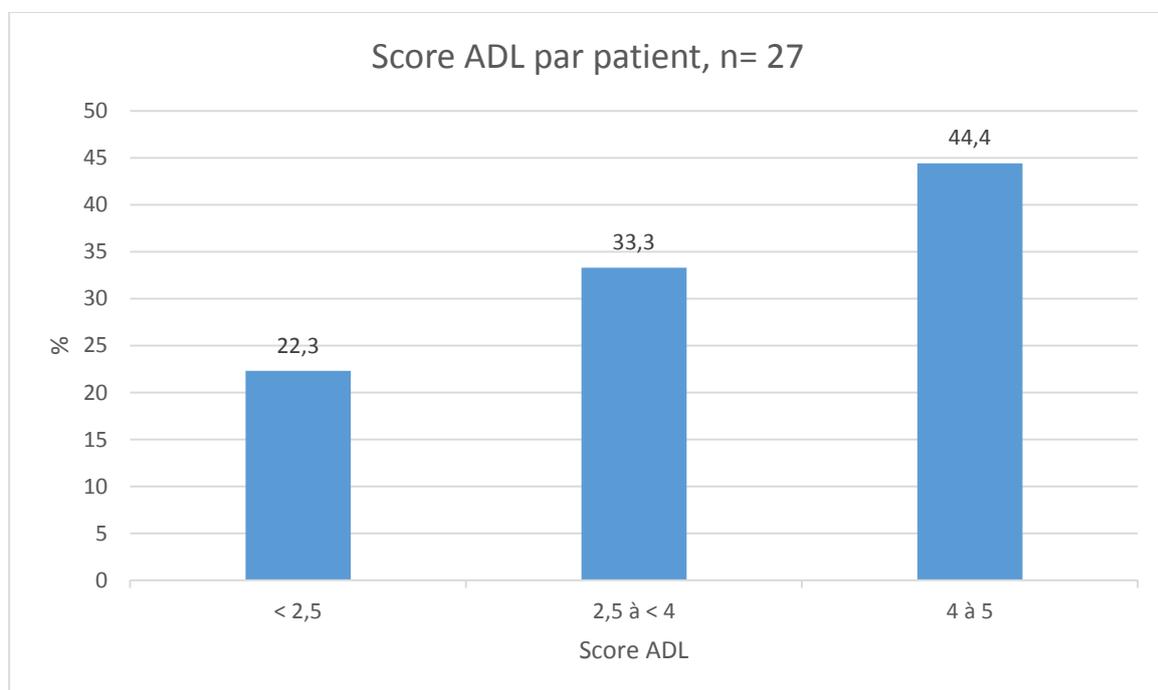


Figure 3

2. Données ‘personne adresseuse’

- Motifs d’hospitalisations

Les motifs d’hospitalisation ont été inclus selon le type d’organe auquel ils faisaient référence. Par exemple un patient admis pour un infarctus du myocarde a été catégorisé dans le motif cardio-vasculaire.

Lorsqu’il y avait plusieurs motifs d’hospitalisations, les patients ont été catégorisés en fonction du motif principal d’admission. Par exemple un patient entré pour chute/suspicion de fracture apparaît dans le motif d’admission « traumatologie ».

Les causes traumatiques avec les chutes sont responsables de la majorité des hospitalisations aux urgences dans les trois différentes catégories de patients.

Les tableaux ci-dessous résument les différents motifs d’hospitalisations des patients selon qu’ils ont été repérés fragiles, dépendants ou robustes.

Tableau 1 : nombre de patients fragiles et pourcentage du nombre de patients selon le motif d’hospitalisation

Motifs d’hospitalisations patients fragiles	Nombre de patients (dont chute)	% du nombre de patients
Traumatologie	26 (20)	42.6
Cardio-pulmonaire	8	13.1
Neurologie	15(7)	24.6
Infectieux	4	6.6
ORL	3	4.9
Intoxication CO	2	3.3
Psychiatrie	2	3.3
Hépto-gastro-entérologie	1	1.6

Tableau 2 : nombre de patients dépendants et pourcentage du nombre de patients selon le motif d'hospitalisation.

Motifs d'hospitalisations patients dépendants	Nombre de patients (dont chute)	% du nombre de patients (dont chute)
Traumatologie	11(7)	40.7
Neurologie	8(3)	29.6
Maintien domicile impossible	4	14.8
Cardio-pulmonaire	3	11.1
Infectieux	1	3.8

Tableau 3 : nombre de patients robustes et pourcentage du nombre de patients selon le motif d'hospitalisation.

Motifs d'hospitalisations	Nombre de patients (dont chute)	% du nombre de patients (dont chute)
Traumatologie	2(1)	50
Cardio-pulmonaire	1	25
Hépto-gastro-entérologie	1	25

- **Qui décide du transfert vers les urgences ?**

24 transferts (39.3 %) dans le groupe 'patient fragile', 11 (40.7 %) chez les patients dépendants et 2 (50 %) chez les robustes sont ordonnés par le médecin traitant. Le médecin régulateur du SAMU arrive en deuxième position avec 22 transferts (36.1 %) chez les fragiles, 8 (29.6 %) chez les patients dépendants et 1 (25 %) dans le groupe robuste.

La figure 4 représente les pourcentages des différentes personnes adressant le patient aux urgences selon le groupe.

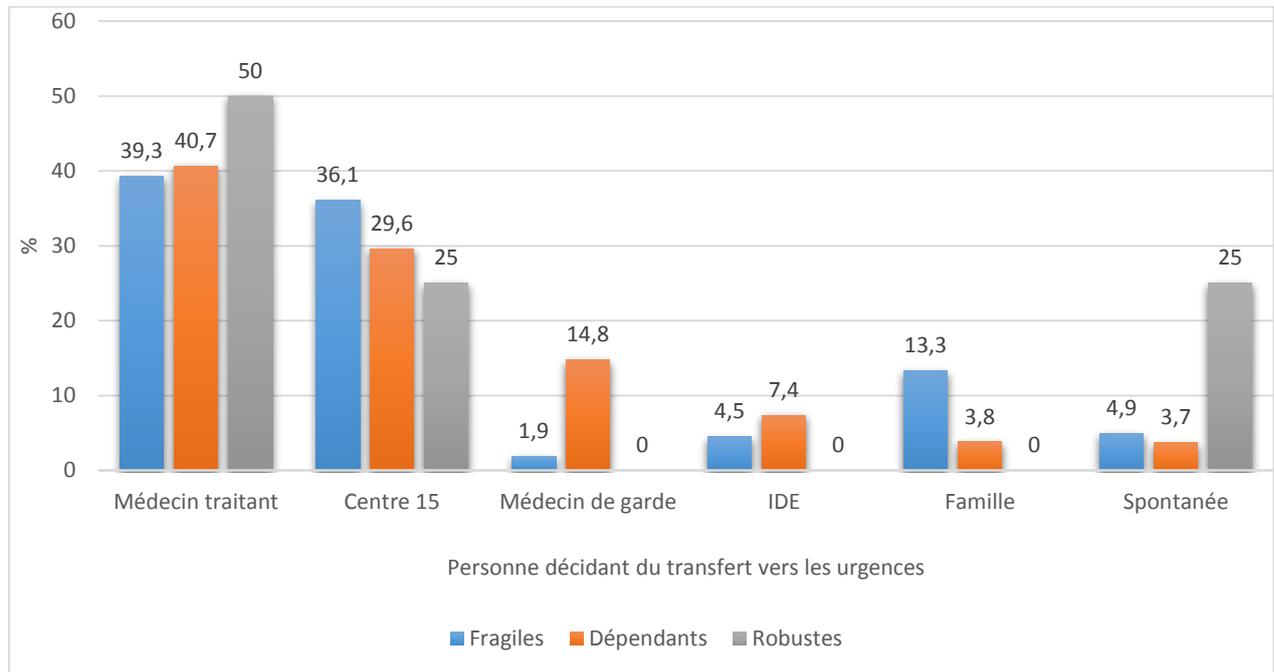


Figure 4

- **Signes de gravité**

31 patients fragiles (50.8 %), 11 patients dépendants (40.8 %) et 3 patients robustes (75 %) ont des signes de gravité lors du transfert vers les urgences Les différents signes de gravité selon les groupes de patient sont détaillés tableau 4.

Les signes vitaux de gravité représentent 6 transferts (9.8 %) aux urgences chez les patients fragiles, 1 transfert (3.7 %) chez les dépendants et pour 1 patient (25 %) chez les robustes.

Tableau 4 : ensemble de signes de gravité selon la catégorie de patients.

Signes de gravité	Nombre patients fragiles (%)	Nombre patients dépendants (%)	Nombre patients robustes (%)
Signes vitaux	6(9.8)	1(3.7)	1(25)
Suspicion de fracture	9(14.8)	3(11.1)	0(0)
Douleur non soulagée par traitement antalgique bien conduit	3(4.9)	0(0)	1(25)
Signes neurologiques	6(9.8)	3(11.1)	1(25)
Troubles hydro-electrolytiques	1(1.6)	1(3.7)	0(0)
Risque de passage à l'acte	2(3.3)	1(3.7)	0(0)
Atteinte des fonctions essentielles	4(6.6)	2(7.5)	0(0)

- **Raisons d'hospitalisations**

Les raisons d'hospitalisations sont multiples, cependant la nécessité d'imagerie, de biologie en urgences et la présence de signes de gravité prédominent.

En effet chez les patients fragiles 31 hospitalisations (50.8 %) sont dues à la présence de signes de gravité, 31 patients (50.8 %) nécessiteraient une imagerie en urgence et 14 patients (22.9 %) un bilan biologique.

Dans le groupe des patients dépendants 13 patients (48.1 %) auraient besoin d'une imagerie en urgence et 11 patients (40.7 %) présenteraient des signes de gravité.

Tableau 5 : raisons et nombre d'hospitalisations selon la catégorie de patients.

Raisons D'hospitalisations	Nombre patients fragiles (%)	Nombre patients dépendants (%)	Nombre patients robustes (%)
Signes de gravité	31(50.8)	11(40.7)	3(75)
Nécessité d'une imagerie	31(50.8)	13(48.1)	1(25)
Nécessité d'un bilan biologique	14(22.9)	4(14.8)	0(0)
Manque de moyen à domicile	9(14.8)	4(14.8)	1(25)
Inquiétude sur une pathologie relevant d'une pathologie aux urgences	21(34.4)	9(33.3)	0(0)
Assurance	9(14.8)	2(7.4)	0(0)

- **Y'a-t-il eu un appel préalable dans un service pour une entrée directe ?**

L'appel à un service hospitalier afin de programmer une entrée directe dans un service hospitalier est très minoritaire dans les différents groupes :

- Dans le 'groupe fragile' 4 appels (8.2 %)
- Dans le 'groupe dépendants' 2 appels (8.8 %)
- Dans le 'groupe robuste' 0 appel (0 %)

Pour ces appels aucun service n'a voulu programmer une entrée directe. Le principal motif évoqué était un passage obligatoire par les urgences afin d'éliminer les étiologies autres.

Pour 68 patients (91.9 %), toutes classes confondues, la réponse était 'non' pour diverses raisons qui sont détaillées tableau 6.

La majorité des réponses négatives était une nécessité de prise en charge de la pathologie aux urgences pour 33 patients fragiles (68.8 %), 13 patients dépendants (56.5 %) et enfin pour 2 patients robustes (66.7 %).

Tableau 6 : Raisons et nombre d'appel dans un service par catégorie de patients.

Appel dans un service pour entrée directe	Nombre patients fragiles (%)	Nombre patients dépendants (%)	Nombre patients robustes (%)
Non, car nécessité prise en charge aux urgences	33(68.8)	13(56.5)	2(66.7)
Non, car urgences chirurgicales	1(2.1)	0(0)	0(0)
Non, car présence de signes de gravité	1(2.1)	1(4.3)	1(33.3)
Décision du Centre 15	9(18.8)	7(30.4)	0(0)
Oui	4(8.2)	2(8.8)	0(0)

3. Devenir des patients à 48 heures de leur entrée

- **Données générales**

48 heures après leur passage aux urgences, 34 patients (37 %) avaient regagné leur domicile et 58 patients (63 %) étaient toujours hospitalisés.

➤ **Patients fragiles**

24 patients (39.3 %) sont rentrés à domicile.

14 patients (23 %) ont eu une évaluation gériatrique globale à l'unité de post urgence gériatrique.

Ensuite arrivent les hospitalisations au post urgence médical pour 6 patients (9.9 %).

En quatrième position, on retrouve les hospitalisations en chirurgie orthopédique pour 5 patients (8.2 %).

Les hospitalisations dans les autres spécialités concernent 12 patients (19.6 %).

Le tableau 7 résume le devenir des patients fragiles à 48 heures de leur admission.

Tableau 7 : Devenir à 48 heures des patients fragiles.

Devenir à 48 heures des patients fragiles	Nombre de patients	% du nombre de patients
Domicile	24	39.3
Post urgence gériatrique	14	23
Post urgence médical	6	9.9
Chirurgie orthopédique	5	8.2
Neurologie	4	6.6
Cardiologie	2	3.3
Médecine interne	2	3.3
Pneumologie	1	1.6
Psychiatrie	1	1.6
Diabétologie	1	1.6
Rhumatologie	1	1.6

➤ **Patients dépendants**

Parmi la cohorte de patients dépendants la majorité, 12 patients (44.5 %), sont hospitalisés au post urgence gériatrique à 48 heures de leur admission.

9 patients (33.3 %) sont rentrés à domicile.

3 patients (11.1 %) sont hospitalisés en chirurgie orthopédique.

1 patient (3.7 %) au post urgence médical, 1 patient en neurologie (3.7 %) et 1 patient (3.7 %) est décédé.

Tableau 8 : devenir à 48 heures des patients dépendants.

Devenir à 48 heures des patients dépendants	Nombre de patients	% du nombre de patients
Post urgence gériatrique	12	44.5
Domicile	9	33.3
Chirurgie orthopédique	3	11.1
Post urgence médical	1	3.7
Neurologie	1	3.7
Décès	1	3.7

➤ **Patients robustes**

2 patients (50 %) ont été hospitalisés au post urgence médical, 1 patient (25 %) hospitalisé en neurologie et 1 patient (25 %) est rentré à domicile.

Tableau 9 : devenir à 48 heures des patients robustes.

Devenir à 48 heures des patients robustes	Nombre de patients	% du nombre de patients
Post urgence médical	2	50
Neurologie	1	25
Domicile	1	25

4. Données médecin urgentiste

- Hospitalisation justifiée ?

La très grande majorité des hospitalisations sont justifiées d'après le médecin urgentiste, quel que soit le statut du patient.

En effet chez les patients fragiles, 50 hospitalisations (82 %) et chez les patients dépendants 17 (63 %) sont justifiées.

Tableau 10 : Justification et nombre d'hospitalisations selon la catégorie de patient.

Hospitalisations justifiées ?	Nombre patients fragiles (%)	Nombre patients dépendants (%)	Nombre patients robustes (%)
Oui	50(82)	17(63)	4(100)
Non	11(18)	10(37)	0(0)

- Pronostic vital engagé ?

Au total 84 (91.3 %) patients ont un pronostic vital non engagé durant leur hospitalisation.

Ce qui représente 55 patients (90.2 %) chez les personnes fragiles, 25 (92.6 %) chez les dépendants et 4 (100 %) chez les robustes.

Tableau 11 : nombre de patient par catégorie selon leur pronostic vital.

Pronostic vital engagé ?	Nombre patients fragiles (%)	Nombre patients dépendants (%)	Nombre patients robustes (%)
Non	55(90.2)	25(92.6)	4(100)
Oui	6(9.8)	2(7.4)	0(0)

5. Avis du médecin urgentiste sur les mesures qui auraient pu éviter cette hospitalisation

Pour 47 patients (51.1 %), les urgentistes pensent qu'aucune mesure n'aurait pu éviter une hospitalisation aux urgences, ce qui par catégorie de patient représente 33 patients (54.1 %) fragiles, 11 patients (40.1 %) dépendants et 3 patients (75 %) robustes.

Pour les 45 patients restants, l'essentiel des mesures se résumait à une hospitalisation programmée en gériatrie pour 8 patients (29.9 %) dépendants et 5 patients (8.2 %) fragiles et à un bilan radiologique ou scannographique pour 8 patients (13.1 %) fragiles et 3 patients (11.2 %) dépendants.

Les autres avis sont : l'avis de spécialité en ville, le bilan biologique à faire en externe avec si besoin une hospitalisation et la présence du médecin traitant.

Tableau 12 : avis du médecin urgentiste sur les mesures pouvant éviter l'hospitalisation

Avis du médecin urgentiste	Nombre patients fragiles (%)	Nombre patients dépendants (%)	Nombre patients robustes (%)
Hospitalisation aux urgences nécessaire	33(54.1)	11(40.1)	3(75)
Radiographie/Scanner en externe	8(13.1)	3(11.2)	1(25)
Hospitalisation programmée en gériatrie	5(8.2)	8(29.9)	0(0)
Avis spécialiste en externe	2(3.3)	0(0)	0(0)
Avis psychiatrique en externe	3(4.9)	0(0)	0(0)
Bilan biologique à faire en externe et hospitalisation si nécessaire	4(6.6)	2(7.6)	0(0)
Présence du médecin traitant	6(9.8)	3(11.2)	0(0)

V- DISCUSSION

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les différences de prise en charge des personnes de 75 ans ou plus venant du domicile et admises aux urgences pendant les premières 48 heures selon qu'elles ont été repérées fragiles, dépendantes ou robustes.

Durant la semaine d'inclusion du 25 novembre 2013 au 1^{er} décembre 2013, 92 patients ont été inclus dont 61 sujets fragiles, 27 dépendants et 4 repérés robustes.

Notre étude montre chez les sujets fragiles que 24 d'entre eux sur 61 (39.3 %) sont rentrés à domicile en lien avec un fort pourcentage de pathologies traumatiques légères, 20 patients sur 61 (32.9 %) ont été hospitalisés en gériatrie et 17 sur 61 (27.8 %) dans des services de spécialités.

Chez les dépendants, 9 patients sur 27 (33.3 %) sont rentrés à domicile, 13 sur 27 (48.2%) ont été hospitalisés en gériatrie et 4 sur 27 (14.8 %) dans des services de spécialités.

Chez les robustes, 2 patients sur 4 (50 %) ont été hospitalisés en gériatrie, 1 sur 4 (25 %) est rentré à domicile et 1 sur 4 (25 %) a été hospitalisé en neurologie.

Ce travail montre que le motif principal d'hospitalisation est représenté par la traumatologie avec 26 sujets fragiles sur 61 (42.6 %) dont 20 patients (32.8 %) admis pour chutes, 11 sujets dépendants sur 27 (40.7 %) dont 7 (25.9 %) chutes et 2 sujets robustes sur 4 (50 %) dont 1 (25 %) de chute. Nos résultats retrouvant majoritairement une cause traumatologique, et de façon équivalente selon qu'ils sont dépendants ou fragiles, s'accordent avec ceux de la littérature. En effet, la pathologie traumatique du sujet âgé de plus de 75 ans comme motif d'hospitalisation aux urgences est dominante dans la littérature (19). Nous constatons que les chutes sont également un motif fréquent d'admission aux urgences des personnes âgées. Elles représentent environ 10 % des motifs de recours des personnes âgées se présentant aux urgences (20).

Arrivent en deuxième position les pathologies neurologiques avec essentiellement des syndromes confusionnels révélant parfois des pathologies vasculaires cérébrales. La prévalence du syndrome confusionnel des personnes de plus de 75 ans aux urgences retrouvée dans la littérature est d'environ 30 % (21).

Pour 4 personnes dépendantes sur 27 (14.8 %), le motif d'hospitalisation aux urgences est un « maintien à domicile impossible » avec pour origine un isolement social empêchant le retour à domicile. Toute la difficulté réside pour le médecin généraliste dans les relations mutuelles entre l'élément « médical » et « social ». Les difficultés sociales sont souvent le reflet de la pathologie en cours (22). Par contre ce motif d'hospitalisation n'est pas retrouvé chez le sujet fragile. L'isolement social est un élément de la fragilité, il aggrave les autres critères mais seul il n'empêche pas le retour à domicile du sujet fragile.

Concernant les personnes responsables d'une hospitalisation aux urgences, le médecin traitant et le centre 15 sont impliqués dans la majorité des transferts et en proportion équivalente avec respectivement 38 % et 33 % pour l'ensemble des catégories de patients. Le reste des transferts est décidé soit par les infirmières à domicile, soit par le médecin de garde, la famille ou encore il peut s'agir de venues spontanées. On note une prépondérance des sujets fragiles (9 sur 61, soit 13.3 %) amenés aux urgences par leur famille par rapport aux autres groupes.

Les raisons d'hospitalisations sont principalement liées à la présence de signes de gravité pour les différentes catégories de patients. Cependant la nécessité d'une imagerie en urgence représente une part équivalente des raisons d'hospitalisations avec 45 patients sur 92 (48.9 %). On sait que l'obtention en ville d'une imagerie en urgence n'est pas toujours facile et que la réalisation d'une radiographie ou d'un scanner en urgence prescrite par un médecin de ville à l'hôpital n'est pas autorisée. C'est une des raisons pour laquelle ces patients sont envoyés aux urgences avec par conséquent un nouvel examen clinique et souvent une hospitalisation. En sachant que celle-ci pourrait être toxique pour les personnes âgées avec une augmentation du risque d'entrée dans la dépendance pour les sujets fragiles, d'autres solutions pourraient éviter ces hospitalisations inutiles. Ce flux de patients venant pour une imagerie aux urgences pourrait être géré par la création d'un centre d'imagerie de garde ou d'un accès à l'imagerie de l'hôpital aux médecins généralistes sans passer par le service des urgences.

Dans notre étude, 57 patients sur 92 (62 %) restent hospitalisés à 48 heures de leur admission quelle que soit leur catégorie et sans compter la part importante de patients qui avaient besoin d'une imagerie en urgence et qui n'ont pas été hospitalisés. Cela montre que le passage par l'hôpital et l'hospitalisation était nécessaires dans la plupart des cas. Les "personnes adressant" n'ont pas essayé bien souvent de contacter un service approprié à la pathologie pour une entrée directe.

Les résultats montrent que les taux d'hospitalisations à 48 heures de leur passage aux urgences des personnes dépendantes et fragiles sont à peu près similaires avec respectivement 17 patients hospitalisés sur 27 (63 %) et 37 sur 61 (60.7 %).

La relation entre patient fragile et durée d'hospitalisation est retrouvée dans la littérature. L'étude de KHANDELWAL et al de 2012 montrait que la fragilité était corrélée de façon significative à la durée d'hospitalisation (23). Une autre étude plus ancienne de 1991 de WINOGRAD et al menée sur 985 patients montrait également ce lien (24).

A 48 heures les sujets fragiles et les dépendants sont hospitalisés essentiellement et de manière équivalente au post urgence médical et gériatrique, qui sont des services adaptés à la prise en charge gériatrique. Néanmoins, la porte d'entrée est représentée par les urgences, ce qui n'est pas une solution adaptée.

Le retour à domicile des patients fragiles et dépendants est aussi équivalent en pourcentage, mais pas selon les causes comme nous l'avons vu.

Les résultats des sujets robustes sont difficilement interprétables du fait du faible échantillon.

On sait que la fragilité est une porte d'entrée vers la dépendance (25). Cependant, notre travail montre que le parcours des populations fragiles et dépendantes est relativement équivalent, du moins dans les 48 h suivant l'admission aux urgences.

Les données de la littérature montrent que le repérage de la fragilité doit conduire à une évaluation gériatrique et sociale globale. Ces patients doivent être évalués en secteur gériatrique ou avoir une évaluation gérontologique s'ils sont hospitalisés dans un service de spécialité, afin de prévenir l'entrée dans la dépendance (11) (26).

Le dépistage de la fragilité dans les services d'urgences est peu adapté. La littérature nous apprend à ce sujet qu'aucun outil n'est validé en France à l'heure actuelle pour repérer la fragilité dans les services d'urgences mais que tous les urgentistes s'accordent pour dire qu'il faudrait la repérer (27).

Un travail de thèse comparant un échantillon de patients ne présentant aucun critère de fragilité par rapport à un échantillon de patients présentant au moins un critère de fragilité a montré que ces derniers ont un pourcentage d'hospitalisation à 30 jours plus important que les autres, et cela de façon significative. Cette conclusion aboutissait donc à la nécessité de repérer les patients fragiles en amont des urgences ou pendant leur hospitalisation aux urgences par les urgentistes. Ce repérage pouvait également être réalisé par l'intervention d'une équipe mobile de gériatrie en urgence, afin d'apporter une capacité d'analyse complémentaire, une expertise pour la meilleure orientation possible, une connaissance des différents services d'aval et donc une facilité d'admission dans ces structures, et par conséquent d'essayer de diminuer la durée d'hospitalisation (28) (11).

Concernant notre objectif secondaire, les urgentistes estiment que pour environ 72.2 % des patients, quelle que soit leur catégorie, une hospitalisation au sein d'une structure médicale est justifiée, dont environ 51.1 % dans un service d'urgences avec dans ce cas-là un besoin de soins qui ne soit ni programmé ni programmable (29).

Ce résultat souligne que le ressenti des urgentistes est comparable au taux d'hospitalisation à 48 heures. Pour le tiers restant il y a forcément des patients dont la consultation aux urgences est obligatoire afin de dédouaner des pathologies vitales avec par conséquent un pourcentage incompressible d'hospitalisations non justifiées.

Pour les urgentistes, de multiples solutions existent en amont des urgences avec leurs difficultés respectives.

Le recours direct aux réseaux gérontologiques via une hospitalisation programmée ou une entrée directe est évoqué pour 29.9 % des patients dépendants et 8.2 % des fragiles. Souvent les places dans ces réseaux sont manquantes et doivent être anticipées. Une hospitalisation s'avère donc souvent difficile, ce qui suggère l'intérêt de la mise en place d'actions d'améliorations de la gestion des flux non programmés (30).

Le médecin traitant et le centre 15 sont responsables d'environ 73.9 % des transferts aux urgences des trois catégories de patients. Il s'avère donc indispensable qu'une information soit donnée à ces intervenants sur les filières de soins gériatriques existantes (30) (29).

La réalisation d'un bilan d'imagerie en ville est une des mesures évoquées pour 13.1 % des patients fragiles, 11.2 % dépendants et 25 % des personnes robustes. Cependant en pratique courante cela devient difficile pour le médecin généraliste d'avoir une imagerie le jour même ou les week ends et jours fériés.

Pour des affections virales sans éléments clinique de gravité, la présence du médecin traitant pourrait éviter une hospitalisation aux urgences pour 9.2 % des patients fragiles et 11.2 % des dépendants. Il est tout à fait légitime de s'interroger sur l'absence du médecin traitant. Les contraintes occasionnées par les longues journées de consultations en cabinet empêchent les médecins à se détacher sur un imprévu tel qu'une consultation en urgence à domicile d'une personne âgée fragile ou dépendante. Ces personnes là ne peuvent souvent se déplacer au cabinet. Devant la pression occasionnée la solution de facilité est d'hospitaliser ces personnes âgées aux urgences.

Les avis de spécialistes pris en ville représenteraient 5.4 % d'hospitalisations aux urgences en moins. Toutefois, en pratique courante, réussir à avoir un spécialiste en ville pour un médecin généraliste relève du défi.

VI- CONCLUSION

A 48 heures de l'admission aux urgences nous ne retrouvons pas de différence importante entre les retours à domicile et les taux d'hospitalisations en secteur gériatrique des patients fragiles et dépendants.

Les médecins traitants et les médecins régulateurs du Samu sont responsables de manière comparable de la majorité de ces hospitalisations. Cependant, on remarque que les familles sont responsables d'une part importante d'admissions aux urgences des sujets fragiles par rapport aux autres groupes de sujets.

La traumatologie est fréquemment responsable d'hospitalisation en urgence, souvent pour obtenir une imagerie difficile à obtenir par d'autres moyens.

L'estimation des urgentistes des hospitalisations justifiées au moment de l'admission des patients est en accord avec le taux d'hospitalisation à 48h.

Au vu de ces résultats nous pouvons définir le profil de la problématique qui va se retrouver aux urgences à 48 heures de l'admission : si le patient a été amené par la famille, il est sans doute fragile et le retour à domicile pour les patients dépendants risque d'être difficile s'ils sont en isolement social.

BIBLIOGRAPHIE

1. Insee - Population totale par sexe et age au 1 er janvier 2014, France métropolitaine [en ligne]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm (page consultée le 05/02/2014)
2. Insee – Projections de population pour la France métropolitaine à l’horizon 2050 [en ligne]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=IP1089 (page consultée le 05/02/2014)
3. Midi-Pyrénées ARS - Tableau de bord sur la santé: statistiques et indicateurs 2010 [en ligne]. Disponible sur : http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/L_ARS_MP/REPERES_STATISTIQUES/TABdeBORD_SANTE_092011.pdf (Page consultée le 05/02/2014)
4. Credoc – Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile, Volume de personnes concernées [en ligne]. Disponible sur : <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C221.pdf> (page consultée le 05/02/2014)
5. HAS- Comment repérer la fragilité en soins ambulatoire ? [en ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_fragilite_vf.pdf (page consultée le 05/02/2014)
6. Fried.LP, Ferrucci.L, Darer.J, Williamson.JD, Anderson.G
Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 2004 59(3) : 255-263.
7. Boyd.CM, Xue.QL, Simpson.CF, Guralnik.JM, Fried.LP, Frailty, hospitalization, and progression of disability in a cohort of disabled older women. *Am J Med* 2005; 118(11): 1225-31.
8. Sauvel.C, Barberger-Gateau.V, Dequae.L, Letenneur.L, Dartigues.JF. Facteurs associés à l'évolution à un an de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant à leur domicile. *Rev Epidemiol Santé Publique* 1994 ; 42 : 13-23.

9. Credoc – Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile, Masses financières [en ligne]. Disponible sur : <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C221.pdf> (page consultée le 05/02/2014)
10. Laplanche.D, Devillard.A, Monneret.T, Malbrancque.A, Berhier.G. Gériatrie et Urgences : Peut-on Optimiser la filière ? Urgence Pratique 20055 : 33-6
11. SFMU- 10ème Conférence de consensus sur la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences [en ligne]. Disponible sur : http://www.sfm.org/documents/consensus/pa_urgs_long.pdf (page consultée le 06/02/2014)
12. Rothschild.JM, Bates.DW, Leape.LL. Preventable medical injuries in older patients Arch Intern Med. 9 oct 2000;160(18):2717-2728
13. Ramanath.R, Hendra.TJ. How safe are our hospitals? Age Ageing. 5 janv 2008;37(3):243-245.
14. Covinsky.KE, Palmer.RM, Fortinsky.RH, Counsell.SR, Stewart.AL, Kresevic.D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. J Am Geriatr Soc. avr 2003;51(4):451-458.
15. Gill.TM, Gahbauer.EA, Han.L, Allore.HG. Factors Associated With Recovery of Prehospital Function Among Older Persons Admitted to a Nursing Home With Disability After an Acute Hospitalization. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1 déc 2009;64A(12):1296-1303.
16. Fanello.S, Moutel.L, Houssin.L, Durand-Stocco.C, Roy.P.M, Analyse care provided by the admitting and emergency unit of a large Hospital for People 75 and older. Santé publique 1999, volume 11, n° 4, pp. 465-482
17. Sough.B, Gouthier.T, Clair.D, Le Gall.P. Menecier, Mangola.B « Les personnes âgées de 75 ans ou plus en service d'urgences », John Libbey Eurotext, 10.1684/pnv.2012.0351
18. Cigolle.CT, Ofstedal.MB, Tian.Z, Blaum.CS, Comparing models of frailty: the Health and Retirement Study. J Am Geriatr Soc 2009 57:830–9

19. Dubois C. Recours aux services d'urgences des patients du centre hospitalier intercommunal de Wasquehal. Thèse d'exercice de médecine générale, Université de Lille II ; 2012
20. Dress – Les usagers des urgences [en ligne]. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/usagers_urgences.pdf (page consultée le 15/04/2014)
21. Greffard.S, Dieudonné.B, Boddaert.J. Confusion : Traité de médecine d'urgence de la personne âgée. Paris, Arnette 2011 ; 247-253
22. Fanello.S, Moutel.L, Houssin.L, Durand-Stocco.C, Roy P.M, 1999 , « Analyse care provided by the admitting and emergency unit of a large hospital for people 75 and older », Santé publique, volume 11, pp.465-482
23. Khandelwad.D, Goel.A, [Kumar.U](#) et Al, Frailty is associated with longer hospital stay and increased mortality in hospitalized older patients, The journal of nutrition, health & aging_October 2012, Volume 16, Issue 8, pp 732
24. [Winograd.CH](#), [Gerety.MB](#), [Chung.M](#), Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes, [Journal of the American Geriatrics Society](#) [1991, 39(8):778-784]
25. CEAS- De la fragilité de la personne âgée à l'évaluation gériatrique [en ligne]. Disponible sur : http://www.chd-vendee.fr/espace/fichier/chd/journee_des_professionnels_de_la_filiere_gerontologique/338_approche_psychosociale.pdf (page consultée le 22/04/2014)
26. HAS- Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? [en ligne]. Disponible sur : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf (page consultée le 23/04/2014)
27. Lacroix.O, Bonin-Guillaume.S, Durand.AC et Al, Repérage aux urgences des sujets âgés fragiles, étude monocentrique, février 2011. (résultats de l'étude multicentrique communiqués le 4 avril 2014 au 2^{ème} congrès francophone fragilité et prévention de la dépendance du sujet âgé)

28. Dodier V. Devenir à 30 jours suivant un passage aux urgences des patients âgés de plus de 75 ans, autonomes en provenance du domicile, selon qu'ils étaient repérés fragiles ou robustes. Thèse d'exercice de médecine générale, Université Paul Sabatier ; 2013
29. La personne âgée aux urgences [en ligne]. Disponible sur : <http://smurbmpm.fr/upload/FMC/2010-2011/geriatrie/pdf/douplat.pdf> (page consultée le 30/04/2014)
30. SENAT- Accompagnement des personnes âgées aux urgences hospitalières [en ligne]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/questions/base/2013/qSEQ130205017.html> (page consultée le 01/05/2014)

ANNEXES

PROGRAMMATION HOPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITES ET DE PREVENTION DE LA DEPENDANCE

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

REPERAGE

	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 NON

Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

ANNEXE 1 : questionnaire « comment repérer la fragilité en médecine ambulatoire ? », HAS 2013, Gérontopôle de Toulouse.

Echelle d'autonomie (ADL)

ECHELLE A.D.L		Nom
		Prénom
		Date
		Score
Hygiène Corporelle	Autonome	1
	Aide partielle	½
	Dépendant	0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage	1
	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser.	½
	Dépendant	0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite.	1
	Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller.	½
	Ne peut aller seul aux toilettes	0
Locomotion	Autonomie	1
	A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant)	½
	Grabataire	0
Continence	Continent	1
	Incontinence occasionnelle	½
	Incontinent	0

Repas	Se sert et mange seul	1
	Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit	½
	Dépendant	0

Score /6

ANNEXE 2 : échelle d'autonomie de Katz.

NOM : NEKKAZ

PRENOM : Mohamed

TITRE DE LA THESE : Analyse descriptive des différences de prise en charge des patients de 75 ans ou plus venant du domicile à 48 h de leur admission aux urgences selon qu'ils ont été repérés fragiles, dépendants ou robustes et avis du médecin urgentiste sur les mesures qui auraient pu éviter cette hospitalisation.

Toulouse le 8 Juillet 2014

RESUME :

Objectifs : Décrire les différences de prise en charge des personnes de 75 ans ou plus venant du domicile et admis aux urgences pendant les premières 48 heures selon qu'ils ont été repérés fragiles, dépendants ou robustes. **Matériels et Méthodes** : étude prospective menée aux urgences du CHU de Toulouse-Purpan du 25 novembre 2013 au 1^{er} décembre 2013. Inclusion de tous les patients de plus de 75 ans, en provenance du domicile et indépendamment du motif d'hospitalisation sur cette période. Recueil des données aux urgences et fait par trois questionnaires intitulés : 'Données patient' - 'Personne adresseuse' - 'Médecin urgentiste'. Les patients âgés « fragiles » étaient repérés à l'aide d'un outil validé par la HAS. Le repérage de la dépendance était fait en prenant comme référence l'échelle validée ADL. Un patient robuste est ni fragile ni dépendant. **Résultats** : 61 patients sur 92 ont été repérés fragiles, 27 dépendants et 4 robustes. Retour à domicile pour 39.3 % (24/61) des sujets fragiles, hospitalisations en gériatrie pour 32.9 % (20/61) et 27.8 % (17/61) dans des services de spécialités. 33.3 % (9/27) des sujets dépendants sont retournés à domicile, 48.2 % (13/27) ont été hospitalisés en gériatrie et 14.8 % (4/27) dans des services de spécialités. Au sein des robustes 50 % (2/4) sont hospitalisés en gériatrie, 25 % (1/4) en neurologie et 25% (1/4) rentrés à domicile. **Conclusion** : il n'existe pas de différence importante entre les retours à domicile et les taux d'hospitalisations en gériatrie des patients fragiles et dépendants.

Mots-clés : Dépistage fragilité, personne âgée, urgences, domicile, soins primaires, médecine générale.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Directeurs de thèse : Docteur BISMUTH Serge

Intitulé et adresse de l'UFR : Faculté de médecine de Toulouse-Rangueil-133 route de Narbonne-31062 TOULOUSE Cedex 04- France

Descriptive analysis of differences between medical care in patients aged 75 or more, coming from home, 48 hours after their emergency admission, depending on whether they were considered frail, dependent or fit, and emergency doctor's opinion concerning proceedings which could avoid these hospitalizations.

ABSTRACT

Objectives: Describe differences between medical care in patients aged 75 or more coming from home and admitted in the emergency department, during the first 48 hours, depending on whether they were considered frail, dependent or fit.

Material and methods: : Prospective study conducted in CHU Toulouse Purpan emergency department from November 25th 2013 to December 1st 2013. Inclusion of all patients aged 75 or more, coming from home, whatever their hospitalization's pattern, during this period. Data collection in emergency department thanks to three questionnaires titled "Patients data", "Directing person", "Emergency doctor". Frail elderly patients were defined thanks to HAS effective tool. Effective ADL scale was used to spot dependance. A fit patient is neither frail nor dependent.

Results: 61 patients among 92 were spotted frail, 27 dependent and 4 fit. IN frail patients we noticed a discharge for 39.3% (24/61), geriatrics hospitalizations for 32.9% (20/61) and 27.8% (17/61) in specialty departments. 33.3% of dependent patients returned home, 48.2% (13/27) were hospitalized in geriatrics and 14.8% (4/27) in specialty departments. Among the fit patients, 50% (2/4) were admitted in geriatrics, 25% (1/4) in neurology and 25% (1/4) were discharged.

Conclusion: There's no important difference between discharge and geriatrics hospitalization rates for frail and dependent patients.

Key words: frailty detection, older person, emergency, home, primary care, general medicine.