

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

2014-TOU3-1059

THÈSE

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

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11 septembre 2014

Par

M. CORTADA Bastien

**Caractéristiques de la population fragile âgée de plus de 75 ans
venant du domicile adressée aux urgences du CHU de Purpan
Toulouse**

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Dr Bruno CHICOULAA

JURY :

**Président : Monsieur le Pr OUSTRIC
Assesseur : Monsieur le Pr LAUQUE
Assesseur : Monsieur le Pr ROLLAND
Assesseur : Monsieur le Dr BISMUTH
Assesseur : Monsieur le Dr CHICOULAA**



UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE RANGUEIL

Année 2014

2014-TOU3-1059

THÈSE

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

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11 septembre 2014

Par

M. CORTADA Bastien

**Caractéristiques de la population fragile âgée de plus de 75 ans
venant du domicile adressée aux urgences du CHU de Purpan
Toulouse**

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Dr Bruno CHICOULAA

JURY :

**Président : Monsieur le Pr OUSTRIC
Assesseur : Monsieur le Pr LAUQUE
Assesseur : Monsieur le Pr ROLLAND
Assesseur : Monsieur le Dr BISMUTH
Assesseur : Monsieur le Dr CHICOULAA**



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. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. DURAND
		Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
		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

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : JP. VINEL

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
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
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

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PERON J.M	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S. Médecine Générale

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

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOULTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L. (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
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

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON F.	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREUEW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.

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

Maîtres 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 Stéphane Oustric d'avoir accepté sans hésitation de présider ce jury et de me donner l'avis fondamental du médecin généraliste dans ce travail.

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

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

Je remercie le Dr Bruno Chicoulaa de m'avoir guidée 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 et en me faisant partager son expérience dans le domaine de la fragilité de la personne âgée.

Merci également au Dr Serge Bismuth d'avoir été l'instigateur principal de ce projet et de m'avoir guidé depuis le commencement de ce travail en me faisant part de son expérience dans les domaines de la médecine générale et de la gériatrie.

Je remercie chaleureusement le Dr Tavassoli pour son accompagnement, son avis et ses conseils qui m'ont beaucoup aidée et surtout pour sa gentillesse et sa patience.

REMERCIEMENTS

Je remercie l'ensemble du personnel des urgences de Toulouse pour son accueil lors de la semaine de l'étude et particulièrement le Dr Sophie Fernandez et le Dr Marie-Hélène Basso sans qui l'organisation du recueil de données n'aurait pas été possible.

Je tiens également à remercier le Dr François Viatgé, le Dr Marielle Puech, le Dr Christophe Canel, le Dr André Fortis, le Dr André Stillmunkés, le Dr Pierre Razongles, chez qui j'ai effectué mes stages libéraux et qui m'ont tous largement conforté dans mon choix d'exercer la médecine générale.

Merci à tous les autres médecins que j'ai croisés au cours de mes différents stages d'internat et qui m'ont beaucoup apporté dans ma formation.

REMERCIEMENTS

A ma mère,

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.

A ma sœur Emeline,

Pour tous nos moments de complicité passés et à venir.

A ma grand-mère Carmen,

Pour sa présence, ses encouragements, son soutien de tous les instants.

A mes grands-parents Lucie, Louis, Salvador,

Partis trop tôt, pour leur patience, leur tolérance, leur générosité.

A ma famille,

Pour son amour, son soutien et ses encouragements depuis toujours.

A mes amis gersois,

Pour toutes ces années d'amitié, de partage.

A mes amis toulousains, cadurciens et agenais,

Pour votre soutien, votre présence, votre sincérité.

A Marion, Thomas, Mohamed, et tous ceux qui m'ont aidé dans ce travail,

Cela n'aurait pas été possible sans vous.

A Chrystel, Mélanie,

Pour notre future collaboration professionnelle qui s'annonce haute en couleurs.

Enfin à toi Virginie,

Merci de partager ma vie et de croire en moi depuis le début.

Merci pour ta patience, ton soutien et tout le bonheur que tu m'apportes chaque jour.

Merci pour ton amour qui a changé ma vie.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	12
1.1 Le vieillissement de la population	12
1.2 Le concept de fragilité	12
1.3 Personnes âgées et urgences	13
1.4 Rationnel de l'étude	14
1.5 Objectifs	14
II. MATERIEL ET METHODE	15
2.1 Type d'étude	15
2.2 Sélection de l'échantillon	15
2.3 Recueil des données	15
2.4 Description des populations dépendantes, fragiles, robustes	16
2.5 Critères de l'étude	17
2.6 Règles d'éthique	17
2.7 Analyse statistique	18
III. RESULTATS	19
3.1 Patients inclus	19
3.2 Populations dépendantes, fragiles, robustes	19
3.3 Critères de fragilité repérés dans la population fragile	19
3.4 Caractéristiques des populations fragile et dépendante et comparaison	21
3.4.1 Population fragile	21
3.4.2 Population dépendante	21
3.4.3 Comparaison des populations fragile et dépendante	21
3.5 Données de l'adressage aux urgences concernant les patients fragiles selon la personne ayant adressé	24
3.5.1 Données manquantes	24
3.5.2 Pathologie ayant motivé l'hospitalisation	24
3.5.3 Signes de gravité selon la personne ayant adressé	25
3.5.4 Pronostic vital	26
3.5.5 Raisons de l'hospitalisation	26

3.5.6	Intérêt d'un appel spécialisé.....	27
3.5.7	Essai d'appel pour entrée directe en service	27
3.6	Portrait type d'un patient âgé fragile admis aux urgences et venant du domicile	28
IV.	DISCUSSION	29
4.1	Les idées fortes	29
4.2	Forces du travail	29
4.3	Faiblesses du travail.....	30
4.4	Discussion.....	31
4.4.1	Place du médecin traitant	31
4.4.2	Place du gériatre.....	32
4.4.3	Gestion des chutes.....	32
4.4.4	Absence d'appel pour une entrée directe	32
4.4.5	Pistes possibles pour améliorer la prise en charge.....	32
V.	CONCLUSION	Erreur ! Signet non défini.
VI.	ANNEXES	35
7.1	Annexe 1 : Questionnaire Données patient	35
7.2	Annexe 2 : Questionnaire Personne qui adresse.....	38
7.3	Annexe 3 : Questionnaire Médecin urgentiste	40
7.4	Annexe 4 : Echelle Activity Daily Living (ADL)	42
7.5	Annexe 5 : Grille de repérage de la fragilité en soins primaires de l'HAS	44
7.6	Annexe 6 : Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU).....	45
VII.	BIBLIOGRAPHIE.....	46

I. INTRODUCTION

1.1 Le vieillissement de la population

Le vieillissement de la population est un phénomène récent et qui s'accroît. Il est la conséquence de l'augmentation de l'espérance de vie, à 78.7 ans pour les hommes et 85 pour les femmes en 2013 contre 76.8 et 83.9 en 2005, qui est commune à tous les pays industrialisés [1]. Au 1^{er} janvier 2014 en France, les personnes âgées de 65 ans ou plus représentaient 18.2 % de la population générale (soit une hausse de 3.4 % en 20 ans) et les plus de 75 ans 9.1 % (soit une hausse de 3 % en 20 ans) [2].

Les projections actuelles estiment qu'en 2050 en France, un habitant sur trois sera âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005 [3].

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. Les prévisions à l'horizon 2030 estiment qu'il y aura en Midi-Pyrénées plus de 418 000 personnes âgées de plus de 75 ans soit 12.5 % de la population régionale, ce qui correspondra à une augmentation d'environ 51 % [4].

1.2 Le concept de fragilité

Le concept de fragilité des personnes âgées et leur prise en charge sont devenues un enjeu récent majeur des sociétés occidentales vieillissantes [5], car il constitue un état potentiellement réversible.

Un consensus international sur un modèle de fragilité a été difficile à obtenir [6], [7], [8], [9].

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 et donc d'entrée dans la dépendance. 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 » [10].

Deux modèles de critères de fragilité sont validés.

Le modèle de Fried, fondé sur un phénotype « physique », évalue la présence chez les personnes âgées de 65 ans ou plus 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 un ou deux des critères sont présents. Si aucun des critères n'est présent, ils sont considérés comme robustes [11], [12], [13], [14].

Un autre modèle de fragilité décrit par Rockwood prend en compte des critères fondés sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de « fragilité multi-domaine » intégrant : cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités [15].

La prévalence de la fragilité dépend de la définition utilisée et de l'âge. Cela est souligné par l'analyse de la littérature avec une prévalence moyenne de 10 %, mais des variations qui peuvent aller de 5 à 58 %. Dans l'étude SHARE réalisée dans 10 pays européens, la prévalence de la fragilité selon le phénotype de Fried a été évaluée pour la France à 15,5 % parmi les sujets âgés de plus de 65 ans vivant à domicile [16, 17]. Cette prévalence augmente avec l'âge et elle est plus importante chez les femmes.

La connaissance des facteurs associés au déclin fonctionnel chez les personnes âgées rentre dans le cadre du repérage de la fragilité et permet d'agir pour le prévenir [18], [19].

Ce repérage permet d'anticiper le risque de perte d'autonomie et donc de basculement dans la dépendance, de chutes [20], d'institutionnalisation, de décès [21], et d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans ou plus dans un délai de 1 à 3 ans [22], [23].

1.3 Personnes âgées et urgences

En 2002, 12 à 14% de la totalité des passages dans les structures d'accueil d'urgences en France étaient représentées par des personnes âgées de plus de 75 ans [23].

Des études ont montré que les services d'urgences n'étaient pas un lieu adapté à la prise en charge gériatrique [24-26]. 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 [27], [28], [29], [30], [31]. Seulement 31.6% des patients récupèrent leur état antérieur après une hospitalisation [32].

Il est montré dans la littérature que 49 % à 58.5 % des patients de 75 ans ou plus admis aux urgences sont fragiles [33], [34].

1.4 Rationnel de l'étude

Il n'y a actuellement pas à notre connaissance d'étude sur la population âgée fragile admise dans les services d'urgence et venant exclusivement du domicile.

La prise en charge précoce de la fragilité, pour éviter les hospitalisations, semble avoir un triple intérêt concernant ces admissions. Un intérêt humain en diminuant les hospitalisations, nocives pour les personnes âgées, donc en réalisant une prise en charge globale plus efficace [35]. Un intérêt organisationnel au niveau du service public hospitalier en soulageant les services d'accueil des urgences, de plus en plus surchargés [36]. Enfin cela aurait un intérêt économique par une action bénéfique sur les coûts de santé publique [37], [38].

Il semble également judicieux de s'intéresser à la vision de la personne qui adresse le patient âgé fragile aux urgences, et de savoir si des alternatives à l'hospitalisation auraient pu être trouvées. Si elles existent, pourquoi ne sont-elles pas réalisées ? Sinon, quelles sont celles qui pourraient être mises en place ? [39].

1.5 Objectifs

L'objectif principal de mon travail est de quantifier et de caractériser la population de patients fragiles âgés de 75 ans ou plus adressés aux urgences du CHU de Purpan-Toulouse et venant du domicile.

Les objectifs secondaires sont :

- de caractériser la population de patients dépendants âgés de 75 ans ou plus adressés aux urgences du CHU de Purpan-Toulouse, de la comparer à la population de patients fragiles,
- de décrire les circonstances de l'adressage des patients âgés fragiles aux urgences du point de vue de la personne qui l'a initiée.

II. MATERIEL ET METHODE

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale qui a été menée dans le service des urgences du CHU de Purpan à Toulouse du 25/11/2013 8h30 au 01/12/13 8h30, soit une semaine complète.

L'étude a été menée en collaboration avec le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse, le Gérotopôle de Toulouse et le service d'accueil des urgences (SAU) de Purpan.

Ma thèse s'intègre comme la première partie de cette étude qui a permis de dégager trois sujets distincts. Les objectifs de la deuxième partie sont de décrire le devenir à 48 heures des patients âgés de 75 ans ou plus adressés aux urgences et venant du domicile selon qu'ils sont dépendants, fragiles ou robustes et de décrire le point de vue du médecin urgentiste qui a pris en charge le patient sur le caractère justifié de l'hospitalisation. Les objectifs de la troisième partie sont de décrire le devenir à 1 mois de ces patients, leur parcours depuis leur hospitalisation et la survenue de chute chez les fragiles.

2.2 Sélection de l'échantillon

Les patients inclus étaient tous les patients de 75 ans ou plus adressés aux urgences venant du domicile, quel que soit le motif.

Les patients venant d'EHPAD ou d'autres institutions et ceux relevant du déchocage ont été exclus.

2.3 Recueil des données

Trois 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 du SAU de Purpan pour le recueil des données.

Nous avons utilisé un 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 admis aux urgences. 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 retournés à leur domicile.

Les questionnaires utilisés pour le recueil des données ont été réalisés sans modification ultérieure 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 de Purpan.

Les ressources utilisées en systématique pour compléter les questionnaires étaient l'interrogatoire du patient et/ou de la famille, l'examen de son dossier médical, l'appel téléphonique à son médecin traitant et l'appel téléphonique à la personne l'ayant adressé aux urgences (si elle était différente).

Les questionnaires utilisés pour le recueil des données étaient intitulés « Données patient » (annexe 1), « Personne ayant adressé » (annexe 2), « Médecin urgentiste » (annexe 3).

Chaque interne remplissait l'ensemble des questionnaires pour chaque patient admis. Ils assistaient aux transmissions à 8h, 8h30, 18h et 18h30 (en fonction des secteurs), afin de sensibiliser les médecins et les internes de garde à l'étude et de leur montrer la localisation des questionnaires, afin qu'ils puissent les remplir 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 même pour remplir le questionnaire « Médecin urgentiste ». Les deux autres questionnaires étaient remplis par interrogatoire si le patient était toujours présent, sur étude du dossier si des informations complémentaires étaient nécessaires. Si le patient n'était plus dans le secteur des urgences, ils l'étaient par appels téléphoniques systématiques du médecin traitant et de la personne ayant adressé.

Les dossiers patients classés par numéro chronologique d'admission aux urgences.

2.4 Description des populations dépendantes, fragiles, robustes

Il a été décidé avec l'accord du DUMG et du Gérotopôle que les patients dépendants étaient les patients avec un score « Activity Daily Living » ou ADL (annexe 4) inférieur strict à 5.5 sur 6.

La population fragile a été décrite grâce à l'utilisation de la grille de repérage de la fragilité en soins primaires du Gérotopôle validée par l'HAS (annexe 5). Les critères de fragilité présents chez les patients ont été recueillis. Nous avons ajouté un item à la grille après accord avec le Gérotopôle qui est l'isolement familial. Un patient était considéré comme fragile si au moins un critère était présent. Si tel était le cas, nous demandions au médecin traitant s'il

considérerait son patient comme fragile. Cette grille n'était utilisée que pour les patients avec un score ADL supérieur ou égal à 5.5 sur 6.

Un patient robuste était un patient ni dépendant ni fragile.

2.5 Critères de l'étude

La population fragile a été caractérisée en prenant en compte le score ADL, l'âge, le sexe, le nombre de comorbidités et leur nature, le nombre de traitements médicamenteux égal ou supérieur à cinq, le statut cognitif, la personne ayant adressé le patient aux urgences, la présence d'aides à domicile et leur nature, la classification CCMU pour l'hospitalisation (annexe 6), le nombre de critères de fragilité et leur nature, la présence d'un risque de chute et le nombre de chutes depuis 3 mois.

La caractérisation de la population dépendante a été effectuée sur les mêmes critères que la population fragile, hormis les critères de fragilité.

La comparaison de ces deux populations a été effectuée sur des critères sélectionnés qui étaient la personne ayant adressé le patient, la présence d'un risque de chute selon le médecin traitant, le nombre de chutes depuis 3 mois et le nombre de traitements.

Les circonstances de l'adressage du patient aux urgences du point de vue de la personne qui l'a initié ont été décrites selon le motif d'hospitalisation (à noter que les troubles psycho-comportementaux regroupent les situations de confusion et d'agitation), la présence de signe de gravité et leur description (utilisation des mêmes signes que dans l'étude Flux EHPAD-Urgences [40]), la présence d'un pronostic vital engagé, 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.

2.6 Règles d'éthique

Lors de l'inclusion des patients et du recueil de données, une présentation systématique des internes et de l'étude faite au patient. Son consentement oral à la participation à l'étude était recueilli systématiquement. Les dossiers patients étaient anonymisés avant le recueil des données.

2.7 Analyse statistique

Une analyse univariée des différentes variables a été réalisée avec l'utilisation du logiciel Excel. Les résultats ont été donnés sous forme de pourcentages, de valeurs minimales et maximales dans chaque échantillon étudié.

Pour réaliser la comparaison des populations fragile et dépendante, une analyse bivariée a été effectuée grâce au test du chi deux associé à la correction de Yates. Quand cela n'était pas possible pour cause d'effectif inférieur à 5, nous avons réalisé le test de Fisher. Les résultats étaient retenus statistiquement significatifs pour un p calculé inférieur à 0.05.

III. RESULTATS

3.1 Patients inclus

92 patients ont été inclus durant la semaine de l'étude.

3.2 Populations dépendantes, fragiles, robustes

61 patients sont repérés fragiles (66.3 %).

Le nombre de patients dépendants est de 27 (29.3 %).

Les patients robustes sont au nombre de 4 (4.3 %).

Le score moyen ADL est de 5 [0-6].

3.3 Critères de fragilité repérés dans la population fragile

Un isolement social est présent chez 52 patients (85.2 %) : une absence de soutien familial proche est présente chez 40 patients (65.6 %), 34 patients (55.7 %) vivent seuls.

Des troubles locomoteurs sont décrits chez 34 patients (55.7 %) : une majoration des difficultés de déplacement au cours des trois derniers mois est présente chez 32 patients (52.5 %), 28 patients (45.9 %) ont une vitesse de marche ralentie.

La répartition en fonction du type de critère de fragilité est représentée dans la figure 1.

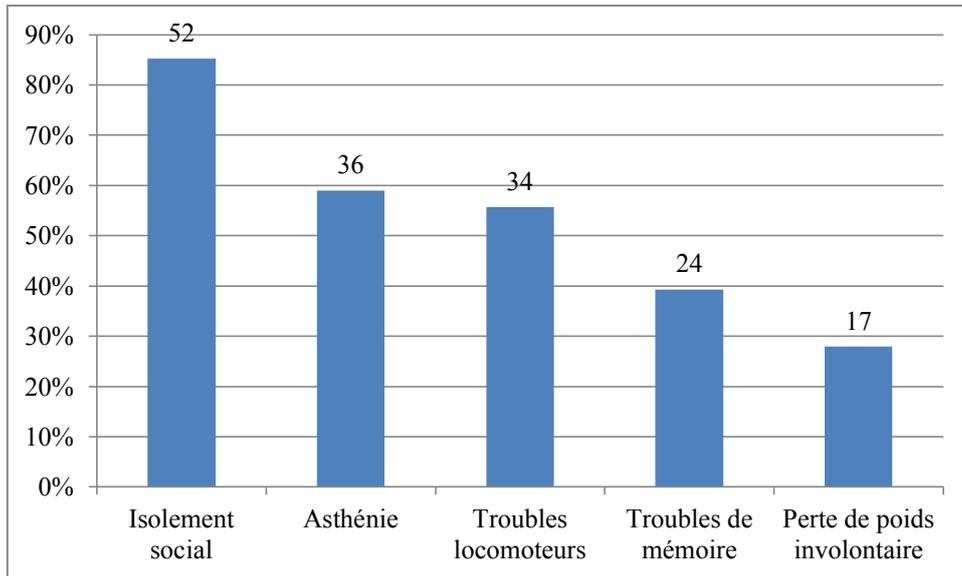


Figure 1 : Type de critère de fragilité

Le nombre moyen de critères de fragilité par patient fragile est de 3.5 [1-6]. La répartition du nombre de critères est représentée dans la figure 2.

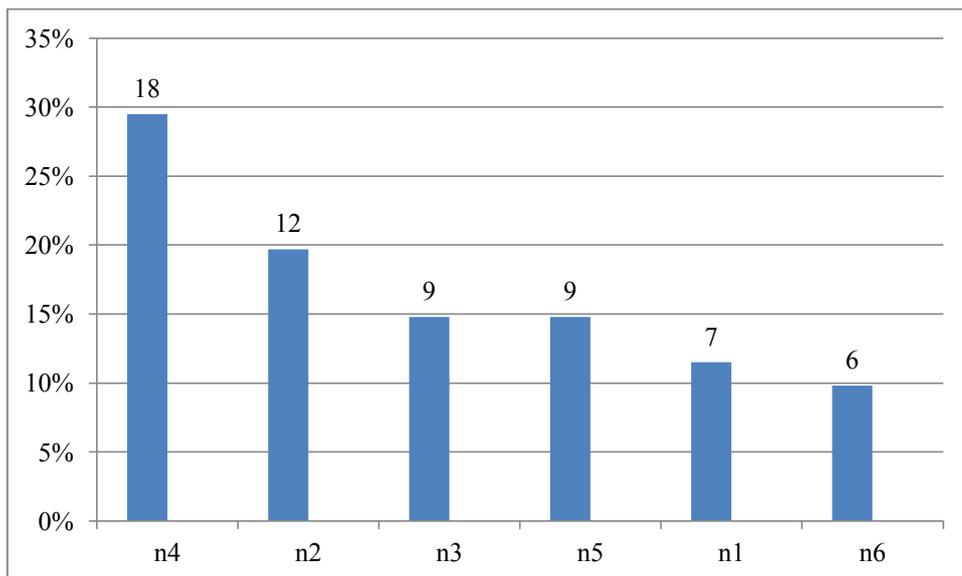


Figure 2 : Nombre de critères de fragilité par patient fragile

Parmi les 61 patients repérés fragiles ou pré fragiles, 43 (70.5 %) paraissent fragiles à leur médecin traitant, 18 (29.5 %) lui paraissent robustes.

3.4 Caractéristiques des populations fragile et dépendante et comparaison

3.4.1 Population fragile

Sur les 61 patients fragiles, 33 sont des femmes (45.9 %) et 38 des hommes (54.1 %).

Leur âge moyen est de 83.2 ans [75-97].

L'âge moyen des femmes est de 82.9 ans [75-94], celui des hommes 83.5 ans [75-97].

En moyenne, les patients présentent 2.7 comorbidités [0-5].

Le nombre de patients fragiles bénéficiant d'au moins une aide à domicile est de 25 (41 %) [0-3].

3.4.2 Population dépendante

Sur les 27 patients dépendants, 18 sont des femmes (66.7 %) et 9 sont des hommes (33.3 %).

Leur âge moyen est de 87.4 ans [79 – 100].

L'âge moyen des femmes est de 88.2 ans [79 – 100], celui des hommes 85.9 ans [79 – 90].

Le nombre moyen de comorbidités par patient est de 3.8 [0 – 7].

Le nombre de patients bénéficiant d'au moins une aide à domicile est de 25 (92.6 %) [0 – 3].

Les autres caractéristiques sont résumées dans le tableau 1.

3.4.3 Comparaison des populations fragile et dépendante

Les patients dépendants sont retrouvés plus à risque de chute d'après le médecin traitant que les patients fragiles, avec une différence statistiquement significative ($p = 0,04$).

Au cours des trois derniers mois, il y a de manière significative statistiquement plus de chutes chez les dépendants que chez les fragiles ($p = 0,003$).

La proportion de patients dépendants ayant fait plus d'une chute est statistiquement plus élevée que celle des patients fragiles ($p < 0,001$).

On ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les deux populations en ce qui concerne le nombre de patients n'ayant fait qu'une seule chute ($p = 0,91$).

Il n'y a pas de différence significative entre les deux populations en ce qui concerne le nombre de traitements ($p = 0,2$).

En ce qui concerne la personne ayant adressé le patient aux urgences, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux populations.

Tableau 1 : Caractéristiques des populations fragile et dépendante

		population fragile	population dépendante	p
		n (%)	n (%)	
hommes		38 (45,9)	9 (33,3)	
femmes		33 (54,1)	18 (66,7)	
comorbidités	0	4 (6,6)	1 (3,7)	
	1	10 (16,4)	0 (0)	
	2	15 (24,6)	3 (11,1)	
	3	9 (14,8)	11 (40,7)	
	4	15 (24,6)	5 (18,5)	
	5	8 (13,1)	1 (3,7)	
	6	0 (0)	3 (11,1)	
	7	0 (0)	3 (11,1)	
traitements	égal ou supérieur à 5	19 (31,1)	13 (48,1)	0,2
	inférieur à 5	42 (68,9)	14 (51,9)	
statut cognitif	absence de démence	44 (72,1)	8 (29,6)	
	démence possible	14 (23)	6 (22,2)	
	démence légère	2 (3,3)	3 (11,1)	
	démence modérée	1 (1,6)	7 (25,9)	
	démence sévère	0 (0)	3 (11,1)	
personne ayant adressé	centre 15	24 (39,3)	12 (44,4)	0,83
	médecin traitant	24 (39,3)	8 (29,6)	0,53
	médecin de garde	3 (4,9)	3 (11,1)	0,37
	venue spontanée	2 (3,3)	1 (3,7)	1
	médecin remplaçant	1 (1,6)	0 (0)	1
	IDE	0 (0)	2 (7,4)	0,09
	autres	7 (11,5)	1 (3,7)	0,43
aides à domicile		25 (41)	25 (92,6)	
type d'aide à domicile	aide-ménagère	21 (84)	17 (68)	
	IDE	10 (40)	16 (64)	
	portage repas	3 (12)	4 (16)	
	famille H24	0 (0)	2 (8)	
	auxiliaire de vie	0 (0)	1 (4)	
	aide-soignante	0 (0)	1 (4)	
CCMU	P	2 (3,3)	1 (3,7)	
	1	2 (3,3)	2 (7,4)	
	2	40 (65,6)	17 (63)	
	3	17 (27,9)	6 (22,2)	
	4	0 (0)	1 (3,7)	
	5	0 (0)	0 (0)	
	D	0 (0)	0 (0)	
risque de chute		40 (65,6)	24 (88,9)	0,04
n chutes	0	34 (55,7)	5 (18,5)	0,003
	1	19 (31,1)	8 (29,6)	0,91
	>1	6 (9,8)	13 (48,1)	< 0,001

3.5 Données de l'adressage aux urgences concernant les patients fragiles selon la personne ayant adressé

3.5.1 Données manquantes

Sur les 61 patients fragiles, 12 questionnaires « Personne ayant adressé » n'ont pas été remplis (19.7 %). Il s'agit de venues spontanées aux urgences, de patients adressés par leur dentiste, amenés par les services de police et des données manquantes par impossibilité de joindre la personne ayant adressé.

3.5.2 Pathologie ayant motivé l'hospitalisation

Les différentes pathologies ayant motivé l'hospitalisation selon la personne qui adresse le patient aux urgences sont résumées sur la figure 3.

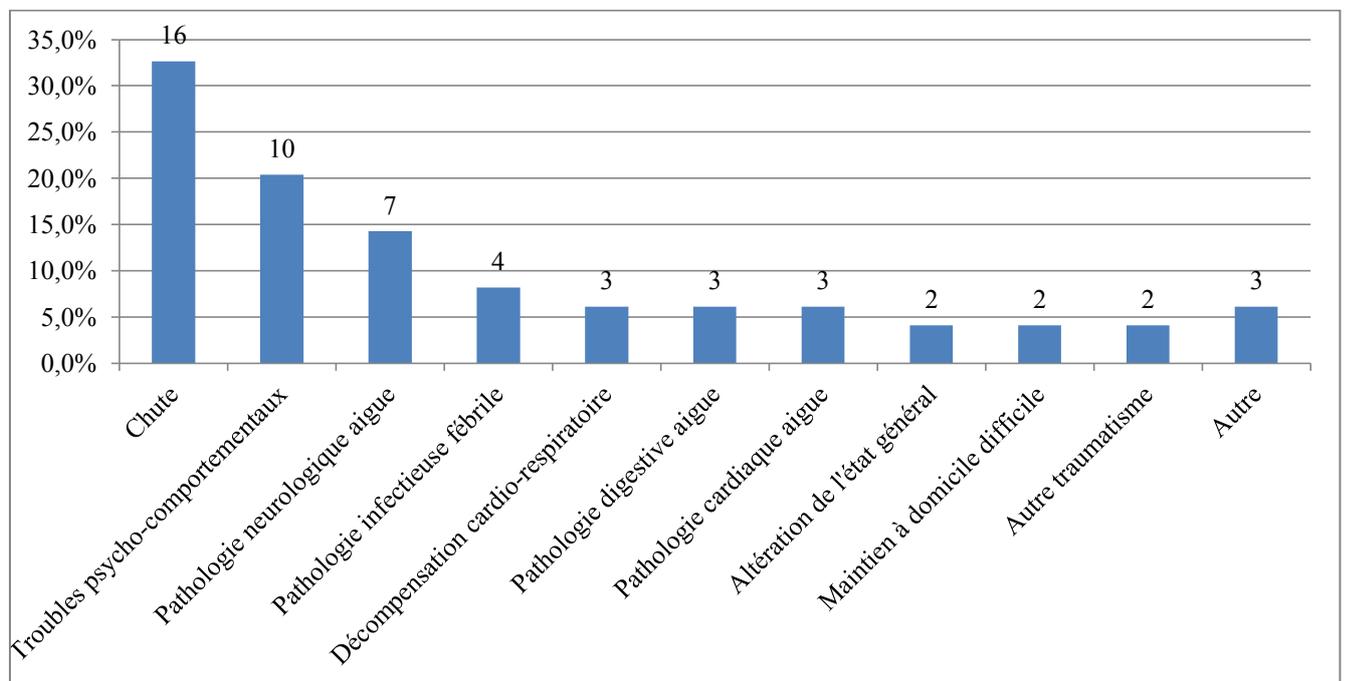


Figure 3 : Pathologie ayant motivé l'hospitalisation

3.5.3 Signes de gravité selon la personne ayant adressé

Selon la personne qui adresse le patient, un ou plusieurs signes de gravité sont présents chez 31 patients sur 49 (63.3 %).

Le nombre moyen de critères de gravité présents chez les 49 patients fragiles est de 0.69 [0-3]. Chez les 31 patients présentant au moins un critère de gravité, le nombre moyen est de 1.1 [1-3].

Les différents signes de gravité présents selon la personne qui adresse sont résumés sur la figure 4.

La répartition du nombre de signes de gravité est représentée sur la figure 5.

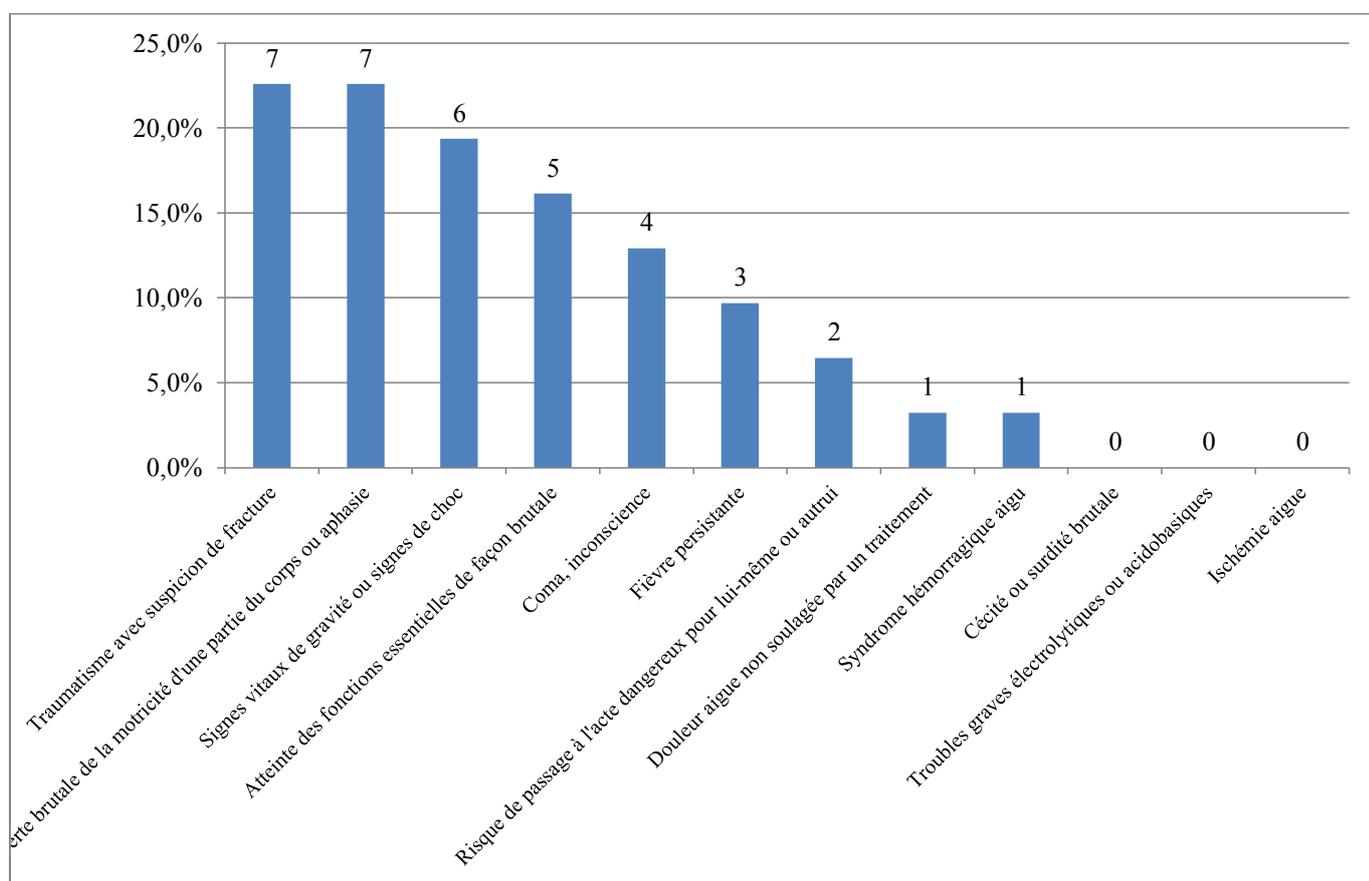


Figure 4 : Signes de gravité selon la personne qui adresse

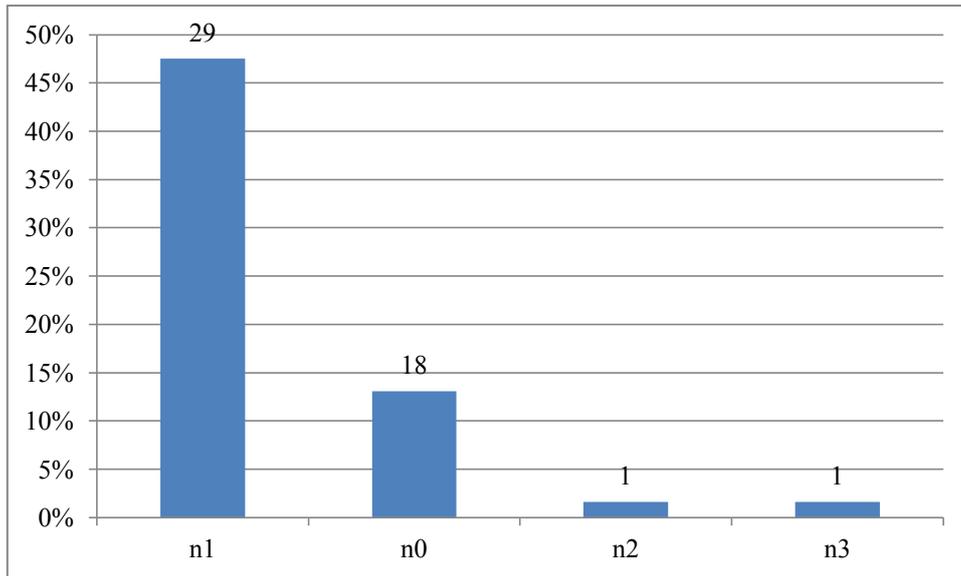


Figure 5 : Nombre de signes de gravité

3.5.4 Pronostic vital

10 personnes qui adressent interrogées (20.4 %) estiment que le pronostic vital du patient était engagé lors de la décision d'hospitalisation.

3.5.5 Raisons de l'hospitalisation

Les critères ayant motivé l'hospitalisation du patient aux urgences selon la personne ayant adressé sont résumés dans la figure 3.

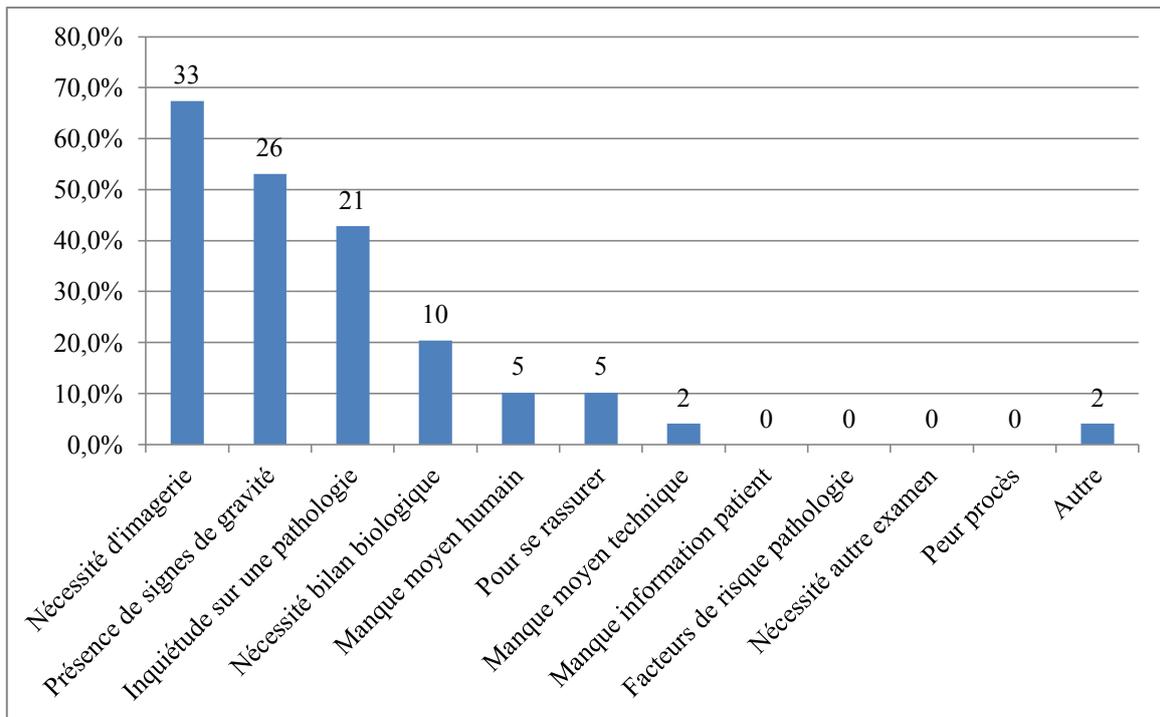


Figure 6 : Critères ayant motivé l'hospitalisation selon la personne ayant adressé

3.5.6 Intérêt d'un appel spécialisé

46 personnes interrogées (93.9 %) ne voient pas l'intérêt d'un appel téléphonique à un médecin spécialiste pour essayer d'éviter l'hospitalisation, 3 le voient (6.1 %).

Parmi les 3 personnes qui y voient un intérêt, on trouve 1 médecin traitant (2 %) et 2 médecins du Centre 15 (4.1 %).

3.5.7 Essai d'appel pour entrée directe en service

46 personnes (93.9 %) n'ont pas essayé de joindre un service hospitalier par téléphone pour essayer d'organiser une entrée directe, 3 personnes ont essayé (6.1 %).

Parmi celles qui n'ont pas essayé, 33 (67.3 %) estiment que la situation nécessitait une prise en charge aux urgences, 6 (12.2 %) décrivent une décision du Centre 15, 2 (4.1 %) mettent en avant des difficultés d'accessibilité des services hospitaliers, 1 (2 %) met en avant un refus habituel du service, 3 (6.1 %) décrivent des raisons autres, 1 personne (2 %) n'a pas donné de réponse.

7 personnes interrogées (15.2 %) sont potentiellement favorables à une entrée directe en service.

3.6 Portrait type d'un patient âgé fragile admis aux urgences et venant du domicile

D'après nos données, le patient âgé de 75 ans ou plus fragile admis aux urgences et venant du domicile :

- Est un homme de 83 ans, sans démence,
- Présente environ 3 comorbidités, en majorité cardio-vasculaire et rhumatologique,
- Prend moins de 5 médicaments par jour,
- N'a pas d'aide à domicile,
- Présente en moyenne quatre critères de fragilité,
- Est isolé socialement (sans soutien familial proche et/ou vivant seul à domicile),
- Présente une asthénie majorée et des troubles locomoteurs,
- Est fragile aux yeux de son médecin traitant,
- Est à risque de chute selon son médecin traitant, mais n'a pas chuté récemment.

D'après les données concernant le passage aux urgences, ce même patient :

- Est adressé par son médecin traitant ou orienté par le Centre 15,
- Est adressé pour chute,
- Présente un signe de gravité pour selon la personne ayant adressé, en majorité un traumatisme avec suspicion de fracture ou une perte brutale de motricité d'une partie du corps,
- Nécessite une imagerie en urgence d'après la personne qui adresse,
- N'a pas de pronostic vital engagé selon la personne qui adresse,
- Présente un score CCMU de 2.

IV. DISCUSSION

4.1 Les idées fortes

La première constatation de notre étude est qu'une grande majorité de patients âgés de 75 ans ou plus adressés aux urgences et venant du domicile sont fragiles (66.3 %). Le nombre retrouvé est sensiblement supérieur à celui des autres études menées sur le sujet [33], [34]. Ces patients sont, pour les deux tiers, déjà fragiles aux yeux de leur médecin traitant.

Les principaux problèmes présentés par ces patients âgés fragiles à domicile sont un isolement social en priorité, une asthénie et des troubles locomoteurs.

Le nombre de sujets robustes retrouvé a été très faible ce qui tend à confirmer que ce type de patients a peu recours aux services d'urgence.

Le principal motif d'hospitalisation retrouvé chez les patients âgés fragiles est une chute.

Un pronostic vital n'est pas engagé dans la plupart des cas, ce qui suggère que les problématiques présentées par les personnes âgées venant du domicile prises en charge aux urgences sont plus complexes et difficiles à gérer en ville que vitales.

Nous avons constaté que la quasi-totalité des personnes qui adressent interrogées n'essayent pas de joindre par téléphone un service pour essayer d'organiser une entrée directe, car ils pensent que la situation nécessite une prise en charge aux urgences. De même, la quasi-totalité des personnes qui adressent ne voient pas l'intérêt d'un appel spécialisé pour éviter l'hospitalisation aux urgences.

4.2 Forces du travail

Il s'agit d'un travail qui s'intègre dans une étude ayant donné lieu à trois thèses différentes sur les patients âgés aux urgences venant du domicile. Elles ont étudié les caractéristiques des patients fragiles et dépendants et de leur hospitalisation, leur devenir à 48 heures selon qu'ils ont été repérés fragiles, dépendants ou robustes et l'avis du médecin urgentiste sur le passage aux urgences et enfin leur devenir à mois et la survenue de chutes chez les fragiles.

Cette étude a pris le relais de l'étude Flux EHPAD-Urgences menée en 2013 et qui a donné lieu à trois travaux de thèses.

Ce travail, en étudiant les personnes âgées aux urgences et venant exclusivement du domicile, est le premier de ce type et a permis de dégager des données intéressantes et des idées fortes à explorer.

Il a été possible grâce à la collaboration entre le Département de Médecine Générale de Toulouse, le Gérontopôle de Toulouse et le Service d'Accueil des Urgences de Purpan. Cette collaboration a été étroite et a permis de mener l'étude en incluant tous les acteurs intervenant dans la prise en charge des patients âgés venant du domicile.

Le nombre de patients retrouvés fragiles est plus élevé que dans les autres études menées sur le sujet [33], [34], mais cela peut s'expliquer par le fait que nous n'ayons inclus que les patients venant du domicile et non ceux venant d'institutions et notamment d'EHPAD. Ce choix a forcément majoré notre proportion de patients fragiles.

L'âge moyen retrouvé pour la population dépendante et celui pour la population fragile sont comparables aux données connues, étant de 83 ans pour les fragiles et 86 ans pour les dépendants d'après les données du service d'hospitalisation de jour de l'hôpital La Grave à Toulouse.

4.3 Faiblesses du travail

Du fait que ce travail soit le premier à étudier les personnes âgées aux urgences venant exclusivement du domicile, nous n'avons pas vraiment d'éléments de comparaison pour la validation de nos données.

L'effectif de notre échantillon est faible, car il n'y a que 92 patients inclus. Ainsi, certains résultats sont peut-être significatifs ou à la limite de la significativité du fait du hasard. Inversement, une étude de plus grande ampleur pourrait conforter la significativité de certains résultats.

L'étude n'est réalisée que sur une semaine et en hiver : il est essentiel de savoir si les résultats de notre semaine d'étude seraient similaires, quelle que soit la période de l'année. De même nous n'avons pas différencié les admissions aux urgences de la journée et celles de la soirée ni les admissions de semaine et celles du week-end. Des différences potentiellement significatives auraient pu être observées.

L'étude n'est réalisée que sur les urgences du CHU de Purpan : des résultats différents seraient peut-être observés dans des zones plus rurales où la permanence des soins est organisée différemment.

Le recueil des données par appel téléphonique à la personne ayant adressé le patient aux urgences était souvent compliqué. En effet, surtout lors des transferts après 20h, il était difficile le lendemain de parvenir à obtenir directement la personne responsable du transfert, car l'équipe avait changé le matin que ce soit pour les infirmières, aides-soignantes ou pour les médecins du SAMU. De ce fait, il est arrivé que ce soit une autre personne qui réponde aux questions et non directement celle ayant organisé le transfert, ce qui peut, bien entendu, entraîner certains biais dans nos résultats.

Remplir l'ensemble du questionnaire par téléphone était souvent long et fastidieux pour la personne ayant adressé qui devait répondre et qui n'avait souvent pas beaucoup de temps à nous consacrer. Les questionnaires pour les futures études pourraient être raccourcis, et certaines des informations demandées récupérées d'une autre manière (transmission par courrier des éléments du dossier médical nécessaires, questionnaire par internet,...).

Les questionnaires destinés à la personne qui adresse étaient déclaratifs. De ce fait, certains facteurs ont peut-être été sous-estimés comme l'inquiétude, la peur de procès. Certains médecins généralistes pourraient parfois adresser le patient aux urgences en sachant que pour des raisons d'organisation ils ne seraient pas présents pour assurer la suite. Ce type d'argument n'est pas toujours facile à reconnaître au téléphone.

La grille de repérage de la fragilité en soins primaires qui a été utilisée pour caractériser les patients fragiles est un outil de dépistage et non de diagnostic puisqu'elle permet seulement de sélectionner les patients qui relèvent d'une évaluation gériatrique. C'est elle seule qui posera ou non le diagnostic de fragilité. Ce sont des évaluations qui prennent du temps, temps dont nous ne disposons pas lors de la réalisation de l'étude. De ce fait le nombre de patients âgés fragiles retrouvé a pu être surestimé.

La manière dont les médecins généralistes évaluent la fragilité de leurs patients en cabinet est sensiblement différente de l'évaluation courte aux urgences. Ils ont un ressenti, dans le temps, plus global de la situation, mais en parallèle peuvent présenter des difficultés à évaluer certains paramètres comme l'isolement social qui est un des critères de fragilité.

4.4 Discussion

Cela souligne le travail à faire en amont au domicile pour le repérage et la prise en charge de la fragilité chez la personne âgée [41], [42], [43], [44], [45], [46]. La prise en compte de la fragilité dans la pratique clinique courante est indispensable [47], [48], [49]. La prévention du passage dans la dépendance est fondamentale dans nos sociétés vieillissantes et de nombreux leviers sont disponibles [50], [51], [52], [53]. Les interventions à domicile doivent se développer et se répéter [54], [55], [56], [57].

4.4.1 Place du médecin traitant

Le médecin traitant est un acteur incontournable, car, en majorité, les patients repérés fragiles par les questionnaires ont quasiment tous un médecin traitant et sont pour les deux tiers déjà fragiles à ses yeux. Le défi des années à venir serait une formation adaptée quant à la prise en charge de ces patients [58].

L'étude des caractéristiques de l'hospitalisation aux urgences nous a montré que les patients âgés sont le plus souvent admis pour chute. Les patients à risque de chute devraient être identifiés notamment par le médecin traitant afin de mettre en place des actions préventives. Cela pourrait être des exercices de renforcement musculaire, d'équilibre, une optimisation de l'alimentation, ou la mise en place d'infrastructures dans les logements.

4.4.2 Place du gériatre

Hormis les chutes la pathologie principale motivant l'hospitalisation sont les troubles psycho-comportementaux. C'est là où le gériatre a lui aussi évidemment toute sa place dans la prise en charge de ces patients que ce soit dans le contexte de prévention des chutes ou de gestion de ces troubles du comportement.

4.4.3 Gestion des chutes

Les signes de gravité les plus souvent retrouvés et prioritairement avancés pour justifier l'hospitalisation sont les suspicions de fracture et la nécessité d'une imagerie urgente. Des études et une réflexion sur l'accessibilité de l'imagerie urgente en externe seraient intéressantes à mener. La gestion des suspicions de fracture chez les personnes âgées avec nécessité d'imagerie et de prise en charge précoce n'est peut-être pas réalisable en routine par les médecins généralistes par manque de temps à consacrer aux visites à domicile.

4.4.4 Absence d'appel pour une entrée directe

Pourquoi les médecins généralistes ne contactent pas directement les services hospitaliers ? La plupart ne voient pas l'intérêt et met en avant la nécessité d'une prise en charge dans un service d'urgences, car n'ayant pas d'autre recours ou pas l'habitude. La gestion des places dans les services hospitaliers est-elle adaptée à la demande de la médecine de ville ? L'organisation d'une hospitalisation en urgence par le médecin traitant n'est pas facilitée par l'absence de correspondant hospitalier dédié à ce travail, ou l'absence de numéro unique.

4.4.5 Pistes possibles pour améliorer la prise en charge

Le développement de la relation ville/hôpital doit être poursuivi et la mise en place de structures intermédiaires de soins pour les personnes âgées pourrait être une piste à explorer, comme par exemple le développement des hôpitaux de jour [59], [60], des services d'accueil

de jour ou de week-end. La place des maisons de santé pluridisciplinaires pourrait être précisée dans leur rôle vis-à-vis de la personne âgée en ce qui concerne le dépistage, la réalisation de plans de soins personnalisés, le suivi.

Le développement de la télémédecine pourrait également permettre une meilleure prise en charge de la personne âgée en réduisant les hospitalisations en urgence [55]. La technique est déjà au point, mais reste la question du financement dédié aux participants.

Des interfaces structurelles, mais aussi humaines devraient être mises en place pour que le médecin généraliste ne soit pas seul dans la gestion de ces patients qui présentent des problématiques complexes. L'anticipation est la clé de la prise en charge de la personne âgée fragile et la coordination entre les médecins généralistes en ville et les gériatres hospitaliers est fondamentale pour éviter les situations d'impasse qui conduisent à l'hospitalisation aux urgences. La mise à disposition de numéros téléphoniques directs destinés non seulement aux médecins généralistes, mais aussi aux médecins urgentistes régulateurs du Centre 15 pour contacter rapidement un gériatre semblerait être une option intéressante.

L'utilisation des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) ou des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) est une aide au médecin traitant, et à l'équipe de soins primaires, si la situation le nécessite. Actuellement, certains départements expérimentent le Parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA), dont un des objectifs est de diminuer la fréquence des hospitalisations.

D'autres pays comme le Royaume-Uni ont réfléchi aux mesures possibles pour améliorer le parcours de soins des personnes âgées. Le Ministère de la Santé britannique a mis en place un programme national pour les personnes âgées pour le développement de structures de soins intermédiaires comme des équipes d'intervention rapide, des équipes de réadaptation, des unités résidentielles, des maisons de soins infirmiers, la mise à disposition de numéro téléphonique direct pour les médecins généralistes, une facilitation des accès à l'hôpital de jour. La formation des médecins généralistes, des infirmières et de tous les intervenants à domicile est également privilégiée. L'objectif est de ne plus envoyer aucune personne âgée dans un foyer directement à partir d'une structure de soins aigus. [59], [60]. Il a également testé l'efficacité dans la réduction du nombre d'hospitalisations des personnes âgées de la formation de personnels paramédicaux spécifiques dans la prise en charge des accidents mineurs des patients âgés à domicile, avec des conduites à tenir en fonction de référentiels et de protocoles [61].

L'amélioration du parcours des patients âgés aux urgences pourrait passer par la mise en place de filières gériatriques organisées, et l'utilisation de critères validés pour l'orientation des patients dans ces filières [62].

Le dépistage et la prise en charge de la fragilité se développent dans certaines régions notamment en Midi-Pyrénées avec la mise de plateformes de fragilité. La poursuite des efforts dans ce domaine est indispensable au vu de l'évolution démographique de notre population et des besoins différents des personnes âgées fragiles.

V. CONCLUSION

Les deux tiers des patients âgés admis aux urgences et venant du domicile sont fragiles. Les principaux critères de fragilité retrouvés sont un isolement social, une asthénie majorée et des troubles locomoteurs. Ces patients sont pour la plupart déjà fragiles aux yeux de leur médecin traitant. Ils sont, pour la majorité d'entre eux, adressés pour une chute.

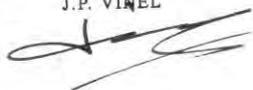
Ces données doivent être confirmées par des études de plus grande ampleur et constituent une base de travail pour répondre aux défis de demain en ce qui concerne les personnes âgées fragiles dans la société et notamment réduire les hospitalisations en urgence de ces patients.

Notre compréhension de la notion de fragilité des personnes âgées a beaucoup évolué grâce à la recherche dans ce domaine, mais il reste du travail à effectuer pour optimiser les prises en charge.

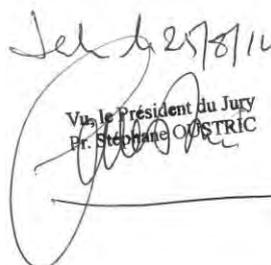
Le vieillissement de la population est une réalité de nos sociétés occidentales et le nombre de personnes âgées fragiles est en constante augmentation. Ces patients vivent le plus souvent à domicile et sont eux-mêmes peu demandeurs de soins, car ne se sentent pas malades. Il reste du travail à accomplir dans l'organisation du parcours de soins de ces patients, au niveau du dépistage de leur fragilité, de leurs besoins, au niveau de la prévention d'évènements aigus (chutes et troubles psycho-comportementaux par exemple), et du basculement dans la dépendance et également au niveau de leur prise en charge et de leur orientation. La réorganisation des soins (s'occuper de la fonction et pas seulement d'un organe) et la mise en place de structures adaptées à la prise en charge de ces patients sont nécessaires. La coordination des différents acteurs intervenant dans la prise en charge des personnes âgées fragiles doit être développée pour aboutir à un parcours de soins global rigoureux et fluide.

Toulouse le 25.08.2014

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



Jel le 25/8/14
Via le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC



VI. ANNEXES

7.1 Annexe 1 : Questionnaire Données patient

Données patient

- Médecin traitant :
 - Sexe :
 - Quels sont les ATCD chirurgicaux et/ou médicaux du patient ?
 - Liste des traitements médicamenteux :
 - Par qui le patient a-t-il été adressé aux urgences ?
 - Médecin traitant
 - Médecin de garde
 - Médecin remplaçant
 - Centre 15 (pompiers, SAS 31, SAMU)
 - IDE à domicile
 - Famille
 - Autre, précisez :
 - Quel est le score d'autonomie pour les activités de base de la vie quotidienne du patient à domicile (selon échelle ADL, annexe 1) ?
 - Le patient a-t-il des aides humaines à domicile ?
 - Oui Non
- Si oui, lesquelles ?
- IDE
 - Aide-ménagère
 - Aide à la préparation des repas
 - Portage des repas

- Aide-soignante
 - Famille H24
- Quel était le statut cognitif de base du patient avant l'hospitalisation aux urgences ?
 - Pas de démence
 - Possible démence non diagnostiquée (troubles cognitifs légers)
 - Démence légère
 - Démence modérée
 - Démence sévère
- Quel était le stade de gravité de l'état du patient selon la classification CCMU ?
 - CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable
 - 1. État clinique jugé stable. Pas de décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique au SAU
 - 2. État clinique jugé stable. Décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au SAU
 - 3. État clinique jugé susceptible de s'aggraver au SAU sans mise en jeu du pronostic vital
 - 4. Pronostic vital engagé et prise en charge ne comportant pas de geste de réanimation destiné à préserver le pronostic vital immédiat
 - 5. Pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant des gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat
 - CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.
- Quel est l'état de fragilité du patient (selon grille de repérage de l'HAS, pour les patients avec ADL 5.5 ou plus) ?

- Le patient vit-il seul ?

Oui Non Ne sait pas

- Le patient a-t-il un soutien familial proche ?

Oui Non Ne sait pas

- Le patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?

Oui Non Ne sait pas

- Le patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?

Oui Non Ne sait pas

- Le patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?

Oui Non Ne sait pas

- Le patient se plaint-il de la mémoire ?

Oui Non Ne sait pas

- Le patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?

Oui Non Ne sait pas

Si oui à une de ces questions :

- Le patient paraît-il fragile à son médecin traitant ?

Oui Non

- Le patient est-il à risque de tomber ?

Oui Non

Si oui, sur quels critères ?

Nombre de chutes depuis 3 mois ?

0 1 Plusieurs

7.2 Annexe 2 : Questionnaire Personne qui adresse

Personne ayant adressé le patient

- Quel était le principal motif d'hospitalisation ?
- Le patient présentait-il des signes de gravité ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas, pourquoi ?

Si oui, lesquels ?

- Coma, troubles de conscience
 - Signes vitaux de gravité
 - Cécité ou surdité brutale
 - Parésie ou aphasie brutale y compris transitoire
 - Fièvre persistante
 - Syndrome hémorragique aigu
 - Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau
 - Ischémie aiguë
 - Douleur aiguë non soulagée par traitement antalgique bien conduit
 - Risque de passage à l'acte dangereux pour lui-même ou pour autrui
 - Troubles graves électrolytiques ou acido-basiques
 - Traumatisme avec suspicion de fracture et de recours à un traitement orthopédique ou chirurgical
- Aviez-vous le sentiment que le pronostic vital était engagé à court ou à moyen terme ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas

- Quelles étaient les raisons principales qui vous ont conduits à hospitaliser le patient aux urgences ?

Présence de signe de gravité

Inquiétude sur une pathologie relevant d'une prise en charge urgente, laquelle ?

Manque d'informations concernant le patient

Présence de facteurs de risque en rapport avec une pathologie particulière, précisez :

Manque de moyen humain au domicile pour l'administration de traitements ou la surveillance adéquate du patient, précisez :

Manque de moyen technique au domicile pour l'administration de traitements ou la surveillance adéquate du patient, précisez :

Nécessité de bilan biologique urgent, lequel ?

Nécessité d'imagerie urgente, laquelle ?

Nécessité d'autres examens en urgence, lesquels ?

Peur de procès

Pour se rassurer

Autre, précisez :

- Pensez-vous que si vous aviez eu l'aide d'un médecin spécialiste (hospitalier ou autre) par téléphone ou par télémedecine, cela aurait pu éviter l'envoi aux urgences ?

Oui Non Ne sait pas

Si oui, quelle spécialité ?

- Avez-vous essayé de joindre par téléphone un service hospitalier pour organiser une entrée directe ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?

7.3 Annexe 3 : Questionnaire Médecin urgentiste

Médecin urgentiste

- Quel est votre statut :
 - Urgentiste titulaire
 - Urgentiste en DESC
 - Interne
 - Autre, précisez :

- Quel était le principal motif d'hospitalisation ?

- Le patient présentait-il des signes de gravité ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas, pourquoi ?

Si oui, lesquels ?

- Coma, troubles de conscience
- Signes vitaux de gravité
- Cécité ou surdité brutale
- Parésie ou aphasie brutale y compris transitoire
- Fièvre persistante
- Syndrome hémorragique aigu
- Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau
- Ischémie aiguë
- Douleur aiguë non soulagée par traitement antalgique bien conduit
- Risque de passage à l'acte dangereux pour lui-même ou pour autrui
- Troubles graves électrolytiques ou acido-basiques

- Traumatisme avec suspicion de fracture et de recours à un traitement orthopédique ou chirurgical

- Aviez-vous le sentiment que le pronostic vital était engagé à court ou à moyen terme ?
 - Oui Non Ne sait pas

- A votre avis, quelles étaient les raisons principales de l'hospitalisation ?
 - Présence de signes de gravité

 - Inquiétude sur une pathologie relevant d'une prise en charge urgente

 - Présence de facteurs de risque en rapport avec une pathologie particulière

 - Manque de moyen humain ou technique au domicile pour l'administration des traitements ou la surveillance adéquate du patient

 - Nécessité de bilan biologique, d'imagerie ou d'autres examens en urgence

 - Inconfort de fin de vie

 - Autre, précisez :

- Cette hospitalisation vous semble-t-elle ?
 - Justifiée (le recours aux urgences était indispensable)

 - Non justifié (la prise en charge de la pathologie aurait pu être organisée de façon adéquate en ambulatoire ou directement dans un service hospitalier)

 - Pas assez d'éléments pour vous prononcer

7.4 Annexe 4 : Echelle Activity Daily Living (ADL)

Echelle d'autonomie de Katz pour les activités de base de la vie quotidienne ADL

Echelle d'autonomie (ADL)

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

Continence	Continent	1
	Incontinence occasionnelle	½
	Incontinent	0
Repas	Se sert et mange seul	1
	Aide pour se servir, couper la viande ou peler un fruit	½
	Dépendant	0

Total = /6

7.5 Annexe 5 : Grille de repérage de la fragilité en soins primaires de l'HAS

PROGRAMMATION HOPITAL DE JOUR D'EVALUATION 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

7.6 Annexe 6 : Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Ined, *Espérance de vie en France métropolitaine [en ligne]*. 2014.
2. Insee, *Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2014, France métropolitaine [en ligne]*. 2014.
3. Insee, *Population par âge [en ligne]*. 2006.
4. ARS, *Tableau de bord sur la santé: statistiques et indicateurs 2010 [en ligne]*. 2010.
5. Rockwood, K. and R. Hubbard, *Frailty and the geriatrician*. *Age Ageing*, 2004. 33(5): p. 429-30.
6. Rodriguez-Manas, L., et al., *Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 68(1): p. 62-7.
7. Lacas, A. and K. Rockwood, *Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice*. *BMC Med*. 10: p. 4.
8. Drubbel, I., et al., *Prediction of adverse health outcomes in older people using a frailty index based on routine primary care data*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 68(3): p. 301-8.
9. Searle, S.D., et al., *A standard procedure for creating a frailty index*. *BMC Geriatr*, 2008. 8: p. 24.
10. HAS, *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [en ligne]*. 2013.
11. Fried, L.P., et al., *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2001. 56(3): p. M146-56.
12. Bartali, B., et al., *Low nutrient intake is an essential component of frailty in older persons*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2006. 61(6): p. 589-93.
13. Fried, L.P., et al., *Nonlinear multisystem physiological dysregulation associated with frailty in older women: implications for etiology and treatment*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2009. 64(10): p. 1049-57.
14. Rolfson, D.B., et al., *Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale*. *Age Ageing*, 2006. 35(5): p. 526-9.
15. Rockwood, K., et al., *A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people*. *CMAJ*, 2005. 173(5): p. 489-95.
16. Santos-Eggimann, B., et al., *Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2009. 64(6): p. 675-81.
17. Macklai, N.S., et al., *Prospective association of the SHARE-operationalized frailty phenotype with adverse health outcomes: evidence from 60+ community-dwelling Europeans living in 11 countries*. *BMC Geriatr*. 13: p. 3.
18. Hebert, R., C. Brayne, and D. Spiegelhalter, *Incidence of functional decline and improvement in a community-dwelling, very elderly population*. *Am J Epidemiol*, 1997. 145(10): p. 935-44.
19. Sauvel, C., et al., *[Factors associated with a 1-year development in the functional autonomy of elderly persons living at home]*. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 1994. 42(1): p. 13-23.
20. Scuffham, P., S. Chaplin, and R. Legood, *Incidence and costs of unintentional falls in older people in the United Kingdom*. *J Epidemiol Community Health*, 2003. 57(9): p. 740-4.
21. Andrew, M.K., A.B. Mitnitski, and K. Rockwood, *Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people*. *PLoS One*, 2008. 3(5): p. e2232.

22. Prudent, M., et al., *Potentially inappropriate use of psychotropic medications in hospitalized elderly patients in France: cross-sectional analysis of the prospective, multicentre SAFES cohort*. *Drugs Aging*, 2008. 25(11): p. 933-46.
23. SFMUG, *10ème Conférence de consensus sur la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences [en ligne]*. 2003.
24. Drame, M., et al., *Derivation and validation of a mortality-risk index from a cohort of frail elderly patients hospitalised in medical wards via emergencies: the SAFES study*. *Eur J Epidemiol*, 2008. 23(12): p. 783-91.
25. Drame, M., et al., *Predicting early mortality among elderly patients hospitalised in medical wards via emergency department: the SAFES cohort study*. *J Nutr Health Aging*, 2008. 12(8): p. 599-604.
26. Drame, M., et al., *[Factors predictive of long-term mortality in patients aged 75 years or older hospitalized from the emergency department: the SAFES cohort]*. *Presse Med*, 2009. 38(7-8): p. 1068-75.
27. Rothschild, J.M., D.W. Bates, and L.L. Leape, *Preventable medical injuries in older patients*. *Arch Intern Med*, 2000. 160(18): p. 2717-28.
28. Ramanath, R. and T.J. Hendra, *How safe are our hospitals?* *Age Ageing*, 2008. 37(3): p. 243-5.
29. Covinsky, K.E., 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*, 2003. 51(4): p. 451-8.
30. Fillol, C., *Durée de séjour et orientation des personnes hospitalisées âgées de 80 ans et plus dans un CHU parisien*. 2006.
31. Laniece, I., 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*, 2008. 37(4): p. 416-22.
32. Gill, T.M., et al., *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*, 2009. 64(12): p. 1296-303.
33. Arnoux, T., *Le dépistage de la fragilité de la personne âgée aux urgences [en ligne]*. 2009.
34. Lacroix, O., *Repérage aux urgences des sujets âgés fragiles*. 2011.
35. Gonthier, R., et al., *[Individualization of the frail elderly people and use of health care services]*. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2003. 1(3): p. 187-96.
36. Sough, B., et al., *Elders of 75 and over at an emergency service*. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 10(2): p. 151-158.
37. Dormont, B., M. Grignon, and H. Huber, *Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing*. *Health Econ*, 2006. 15(9): p. 947-63.
38. Sirven, *Fragilité et prévention de la perte d'autonomie. Une approche en économie de la santé*. 2013.
39. Inzitari, M., et al., *[Intermediate hospital care for subacute elderly patients as an alternative to prolonged acute hospitalization]*. *Gac Sanit*. 26(2): p. 166-9.
40. Giovanni, E., *Analyse descriptive des facteurs intervenant dans la décision du transfert des patients venant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) vers les services d'urgences du CHU de Toulouse*. 2013.
41. Fried, L.P., et al., *Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2004. 59(3): p. 255-63.
42. Aquino, *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société. Comité avancée en âge prévention et qualité de vie*. . 2013.

43. Gnanadesigan, N. and C.H. Fung, *Quality indicators for screening and prevention in vulnerable elders*. J Am Geriatr Soc, 2007. 55 Suppl 2: p. S417-23.
44. Bergman, H., et al., *Frailty: an emerging research and clinical paradigm--issues and controversies*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2007. 62(7): p. 731-7.
45. Rockwood, K., et al., *Long-term risks of death and institutionalization of elderly people in relation to deficit accumulation at age 70*. J Am Geriatr Soc, 2006. 54(6): p. 975-9.
46. CK, L., *Exercise as an intervention for frailty*. 2011.
47. Sourial, N., et al., *Implementing frailty into clinical practice: a cautionary tale*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 68(12): p. 1505-11.
48. Subra, J., et al., *The integration of frailty into clinical practice: preliminary results from the Gerontopole*. J Nutr Health Aging. 16(8): p. 714-20.
49. Vellas, B., P. Cestac, and J.E. Moley, *Implementing frailty into clinical practice: we cannot wait*. J Nutr Health Aging. 16(7): p. 599-600.
50. Beswick, A.D., et al., *Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis*. Lancet, 2008. 371(9614): p. 725-35.
51. Buchner, D.M. and E.H. Wagner, *Preventing frail health*. Clin Geriatr Med, 1992. 8(1): p. 1-17.
52. Mikolaizak, A.S., et al., *Intervention to prevent further falls in older people who call an ambulance as a result of a fall: a protocol for the iPREFER randomised controlled trial*. BMC Health Serv Res. 13: p. 360.
53. Fairhall, N., et al., *Frailty Intervention Trial (FIT)*. BMC Geriatr, 2008. 8: p. 27.
54. Monteserin, R., et al., *Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: a randomized clinical trial*. Fam Pract. 27(3): p. 239-45.
55. Takahashi, P.Y., et al., *A randomized controlled trial of telemonitoring in older adults with multiple health issues to prevent hospitalizations and emergency department visits*. Arch Intern Med. 172(10): p. 773-9.
56. Casas-Herrero, A. and M. Izquierdo, *[Physical exercise as an efficient intervention in frail elderly persons]*. An Sist Sanit Navar. 35(1): p. 69-85.
57. Clegg, A., et al., *The Home-Based Older People's Exercise (HOPE) trial: study protocol for a randomised controlled trial*. Trials. 12: p. 143.
58. McMillan, G.J. and R.E. Hubbard, *Frailty in older inpatients: what physicians need to know*. QJM. 105(11): p. 1059-65.
59. Society, B.G., *Developing intermediate care to support reform and emergency care services*. 2003.
60. Young, J., *The evidence base for intermediate care*. 2009.
61. Mason, S., J. Wardrope, and J. Perrin, *Developing a community paramedic practitioner intermediate care support scheme for older people with minor conditions*. Emerg Med J, 2003. 20(2): p. 196-8.
62. Falasca, P., A. Berardo, and F. Di Tommaso, *Development and validation of predictive MoSaiCo (Modello Statistico Combinato) on emergency admissions: can it also identify patients at high risk of frailty?* Ann Ist Super Sanita. 47(2): p. 220-8.

ABSTRACT

Features of the frail population aged over 75 years coming from home addressed to emergencies CHU Toulouse Purpan.

Objective: Quantify and characterize the frail population aged 75 or more sent to emergency CHU Purpan-Toulouse coming home.

Materials and Methods: Descriptive cross-sectional study conducted at the emergency department of the University Hospital Purpan in Toulouse from 25/11/2013 to 12/01/13. This includes all patients 75 years old and older sent to emergencies from home, whatever their hospitalization's pattern. Data collection to emergencies through three questionnaires entitled "Patient Data", "Directing person", "Emergency doctor". Frail elderly patients were defined thanks to the HAS "fragile grid tracking fragility in primary care".

Results: 61 patients among 92 are spotted frail (66.3%). The average age is 83.2 years. Social isolation is present in 52 patients (85.2%), asthenia increased in 36 (59 %), locomotor disorders in 34 (55.7 %). 43 patients (70.5%) seem fragile to their physician. 16 patients (32.7 %) are admitted for fall.

Conclusion: Two thirds of elderly patients admitted to the emergency and coming from home are frail. The main criteria of frailty found are social isolation, increased asthenia and locomotor disorders.

Key words: frailty detection, older people, frail elderly, emergency, home, primary care, general practice.

NOM : CORTADA

PRENOM : BASTIEN

TITRE : Caractéristiques de la population fragile âgée de plus de 75 ans venant du domicile adressée aux urgences du CHU de Purpan Toulouse.

VILLE ET DATE DE SOUTENANCE :

TOULOUSE le 11 septembre 2014

RESUME EN FRANÇAIS :

Objectif : Quantifier et caractériser la population de patients fragiles âgés de 75 ans ou plus adressés aux urgences du CHU de Purpan-Toulouse et venant du domicile. **Matériel et Méthodes** : étude descriptive transversale menée dans le service des urgences du CHU de Purpan à Toulouse du 25/11/2013 au 01/12/13. Inclusion de tous les patients de 75 ans ou plus adressés aux urgences en provenance du domicile, indépendamment du motif d'hospitalisation. Recueil des données aux urgences grâce à trois questionnaires intitulés « Données patient », « Personne ayant adressé », « Médecin urgentiste ». Repérage des patients fragiles avec la grille de repérage de la fragilité en soins primaires de l'HAS. **Résultats** : 61 patients sur 92 ont été repérés fragiles (66.3 %). L'âge moyen est de 83.2 ans. Un isolement social est présent chez 52 patients (85.2 %), une asthénie majorée chez 36 (59 %), des troubles locomoteurs chez 34 (55.7 %). 43 patients (70.5 %) paraissent fragiles à leur médecin traitant. 16 patients (32.7 %) sont admis pour chute. **Conclusion** : Deux tiers des patients âgés admis aux urgences et venant du domicile sont fragiles. Les principaux critères de fragilité retrouvés sont un isolement social, une asthénie majorée et des troubles locomoteurs.

TITRE EN ANGLAIS : Features of the frail population aged over 75 years coming home addressed to emergencies CHU Toulouse Purpan.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : MÉDECINE GÉNÉRALE

MOTS CLES : dépistage fragilité, personne âgée, personne âgée fragile, urgences, domicile, soins primaires, médecine générale.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de médecine Purpan
37 allée Jules Guesde
31073 TOULOUSE Cedex

DIRECTEUR DE THESE : Docteur CHICOULAA Bruno