



**Université Lille 2
Droit et Santé**

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2014

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Hospitalisations des personnes âgées par le médecin traitant :
admission directe ou par les urgences ?
Une étude prospective en court séjour gériatrique**

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 10 janvier à 18h

Au Pôle Recherche de la Faculté

Par Jonathan Favre et Thomas Maunoury

Jury

Président : Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

**Assesseurs : Monsieur le Professeur François Puisieux
Monsieur le Professeur Jean Marc Lefebvre
Monsieur le Docteur Karim Gallouj
Madame Le Docteur Sophie Dujardin**

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Jean Marc Lefebvre

Résumé

Contexte : Il est recommandé une admission directe dans un service de gériatrie aigue pour l'hospitalisation des patients âgés. Peu d'études ont évalué la filière d'admission directe et celle des urgences. L'objectif principal était de comparer les caractéristiques des patients en fonction de leur mode d'entrée directe (ED) ou par les urgences (EU). L'objectif secondaire était de déterminer la concordance entre le diagnostic d'entrée et le diagnostic final.

Méthode : Etude prospective bi centrique effectuée du 15 février au 25 juillet 2013 incluant des patients de plus de 75 ans adressés par leur médecin traitant. Les données ont été recueillies par questionnaire et analyse des courriers de sortie. L'analyse des diagnostics, regroupés en 33 items, a été réalisée séparément par les deux investigateurs principaux

Résultats : 308 patients ont été inclus, 135 en ED et 173 en EU. Les deux groupes étaient globalement comparables sur les caractéristiques socio démographiques. Les ED bénéficiaient d'une hospitalisation moins longue et retournaient plus à leur lieu de vie antérieur. Les motifs « infectieux » et « chutes » prédominaient dans le groupe EU. Les « altérations de l'état général » et « troubles cognitifs » prédominaient dans le groupe ED. La concordance diagnostique est plus forte chez les patients ED.

Conclusion : L'étude démontre l'intérêt de privilégier l'admission directe chez les plus de 75 ans. La collaboration ville-hôpital doit être encouragée pour optimiser le parcours de soin des personnes âgées.

Summary

Background: Direct admission in acute geriatric unit is usually recommended for the hospitalisation of elderly patients. Few studies have evaluated the direct admission mode against admission through emergency. The main objective was to compare patients characteristics depending on their mode of admission: direct admissions (AD) or emergencies admissions (AE). The secondary objective was to determine the correlation between the input and the final diagnosis.

Method: Prospective study conducted in two health centers including patients over 75 year-old sent by their general practitioner, from February 15th, 2013 to July 25th, 2013. Data was collected from surveys and in-depth analysis of discharge mails. The analysis of diagnosis, gathered in 33 groups, was performed separately by the two main investigators.

Results: Data was gathered from 308 patients, including 135 in AD and 173 in AE. The two groups present comparable socio-demographic characteristics. AD patients spent less time in hospitalisation and were more likely to get back to their previous home. The hospitalisation causes "infectious" and "falls" prevail in the AE group. "General state deterioration" and "cognitive disorder" prevail in the AD group. Diagnosis consistency was better for AD patients.

Conclusion: This study has established the interest to favor direct admission mode for patients over 75 year-old. The collaboration between general practitioners and health centers must be encouraged in order to optimise the elderly care's.

Sommaire

Sommaire.....	14
Liste des abréviations.....	16
Introduction générale.....	17
Article.....	20
Introduction.....	20
Matériel et Méthodes.....	22
Population.....	22
Variables.....	22
Etude des diagnostics.....	24
Patients non inclus.....	24
Analyse statistique.....	24
Résultats.....	26
Description de la population.....	26
Comparaison entre les entrées directes et les entrées par les urgences adressées par les médecins traitants.....	28
Données ambulatoires.....	28
Données hospitalières.....	30
Comparaison Roubaix/Tourcoing.....	32
Evaluation de la concordance diagnostique.....	32
Analyse des diagnostics d'entrée et finaux d'hospitalisation :.....	32
Diagnostics d'entrée.....	33
Diagnostics de sortie.....	33

Analyse centrée sur les patients retournant dans leur lieu de vie antérieur	36
Analyse comparative entre les patients hospitalisés à Roubaix par la filière entrée directe inclus en prospectif et les non inclus	38
Discussion.....	39
Une population représentative des populations des courts séjours gériatriques	39
Des patients globalement comparables entre les filières admission directe et admission par les urgences	39
Des rétentions aiguës d'urine plus fréquentes dans le groupe EU	40
Un temps de séjour aux urgences venant s'ajouter au temps d'hospitalisation	41
Des motifs d'hospitalisation différents	41
Une meilleure concordance entre le diagnostic initial et le diagnostic final d'hospitalisation en cas d'entrée directe	42
Plus de retour au domicile antérieur en cas d'entrée directe	42
Biais et limites	43
Conclusion	45
Conclusion générale.....	45
Liens d'intérêt.....	47
Bibliographie	48
Annexes	51
Annexe 1 : Questionnaire	51
Annexe 2 : Mode d'emploi à destination des services hospitaliers	52
Annexe 3 : Echelles ADL et IADL	53
Annexe 4 : Déclaration CNIL	54
Annexe 5 : Tableau des diagnostics finaux consensuels	59

Liste des abréviations

ADL : Activity of Daily Living

AEG : Altération de d'état general

APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie

AVK : Anti Vitamine K

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

ED : Entrée directe

EU : Entrée par les urgences

IADL: Instrumental Activities of Daily Living

IC : Intervalle de Confiance

IP : Investigateurs Principaux

IH : Investigateurs Hospitaliers

ISAR : Identification of Seniors At Risk

MMSE : Mini Mental State Examination

OR : *Odds Ratio*

RLA : patients Retournant au Lieu de vie Antérieur

NRLA : patients Ne Retournant pas au Lieu de vie Antérieur

RUM : Résumé d'unité médicale

SSR : Service de Soins de Suite et Réadaptation

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction générale

Le vieillissement mondial de la population est sans pareil dans l'histoire de l'humanité. Selon un rapport publié en 2012 par l'Organisation des Nations Unies (ONU) (1), 379 millions de personnes auront plus de 80 ans et 2 milliards plus de 60 ans en 2050 dans le monde.

Ce phénomène est perceptible à tous les niveaux. Dans la région Nord Pas de Calais, la population était estimée à 4 049 685 habitants en 2012. C'est la région la plus jeune de France. Le nombre de personnes de plus de 60 ans va y augmenter d'un quart de 2005 à 2015 et celui des plus de 80 ans de près d'un tiers (2). La région se différencie du reste du territoire par l'importance des facteurs sociaux défavorables notamment chez les habitants les plus âgés. La population des plus de 60 ans est plus dépendante (7,6% des personnes) que pour le reste du territoire (6.5%) (3). En 2011, l'espérance de vie à la naissance dans le Nord-Pas-de-Calais est de 75.3 ans pour les hommes et de 82.8 ans pour les femmes. L'écart est important comparé à l'espérance de vie nationale qui est supérieure de 3.2 ans pour les hommes et de 2.1 ans pour les femmes.

Le vieillissement de la population et son accroissement augmentent l'incidence de la perte d'autonomie et de la poly pathologie. La demande médicale s'accroît, en premier lieu dans les services d'urgences et de gériatrie. La gestion des patients âgés devient un enjeu médico-économique.

Les Services d'Accueil et d'Urgences (SAU) sont le mode privilégié d'accès à l'hôpital. Des données internationales montraient en 2004 une prévalence des personnes âgées aux urgences de 11 à 23% (4). En 2006, Schumacher and al (5) interrogeaient des médecins urgentistes sur leur vécu de la prise en charge des patients âgés aux urgences. Ils estimaient à environ 40 % le ratio de patients de plus de 75 ans accueillis aux urgences. Ce chiffre contrastait avec le pourcentage réel évoqué plus haut. Les altérations des fonctions cognitives rendent l'interrogatoire et l'examen clinique difficiles.

L'évaluation de ces patients est lourde en raison du temps de prise en charge nécessaire jugé souvent trop long par les urgentistes. Les heures d'attente inutiles, les orientations vers des services inadaptés, et les retours à domicile dans des conditions difficiles sont leur lot. Le plan solidarité grand âge 2007-2012 (6) ainsi que la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière gériatrique avaient pour but l'organisation d'une meilleure prise en charge des patients âgés (7). La filière de soins gériatriques « doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale graduée répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique ».

C'est pour améliorer le parcours de soins des patients fragiles que l'admission en entrée directe est depuis plusieurs années préconisée pour l'hospitalisation du patient âgé. Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie évoquait en 2009 l'idée que le taux d'hospitalisation en entrée directe d'un service serait un excellent indicateur de bonnes pratiques des services hospitaliers (8). Il a d'ailleurs été inclus dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins III (SROS) de gériatrie depuis 2008 (9). Néanmoins, cette alternative à

l'hospitalisation par les urgences a été peu évaluée dans la littérature nationale et internationale

Article

Introduction

Le processus de vieillissement de la population entraîne une augmentation de la demande médicale. Une étude transversale de 24 heures réalisée en 2007 montrait que les personnes âgées de plus de 75 ans occupaient un tiers des lits d'hospitalisations ; 60% d'entre elles étaient poly pathologiques en perte d'autonomie (10).

La prise en charge ambulatoire, puis hospitalière et l'orientation de ces patients sont un défi. La majorité des personnes âgées hospitalisées le sont par les urgences (11). Des études ont suggéré que l'admission par les urgences était un facteur de risque de complications et de déclin fonctionnel à la sortie d'hospitalisation (12).

C'est pour améliorer le parcours de soin des personnes âgées qu'il a été préconisé « en priorité [...], une entrée en admission directe dans une structure de médecine gériatrique aigue » (13). L'entrée directe est effectuée par le médecin traitant. Il a un rôle pivot dans l'organisation de cette filière d'admission en adressant le patient après accord du gériatre en hospitalisation en court séjour gériatrique.

Peu d'études ont évalué la filière d'admission directe en court séjour gériatrique ; aucune étude comparative des patients hospitalisés par leur médecin généraliste n'a été faite.

L'objectif principal de l'étude était de comparer les différentes caractéristiques médicales et sociales ainsi que le devenir de deux groupes en fonction de leur mode d'entrée, constitués d'une part des patients admis en entrée directe, et d'autre part des patients admis en court séjour gériatrique par les urgences après adressage par le médecin traitant.

L'objectif secondaire était de déterminer la concordance entre le diagnostic d'entrée évoqué par le médecin traitant et le diagnostic principal final posé par le médecin gériatre.

Matériel et Méthodes

Population

Une étude prospective a été effectuée du 15 février au 25 juillet 2013 dans les courts séjours gériatriques des hôpitaux Victor Provo de Roubaix et Gustave Dron de Tourcoing situés sur le Versant Nord Est de la métropole lilloise par les deux investigateurs principaux (IP).

Tous les patients de plus de 75 ans hospitalisés adressés par leur médecin traitant ont été inclus de manière prospective. Ils ont été répartis en deux groupes selon leur mode d'admission en entrée directe (ED) ou par les urgences (EU). Les patients transférés d'un autre service hospitalier ou adressés sans l'avis du médecin traitant ont été exclus.

Variables

Les données les concernant ont été recueillies par un questionnaire (annexe 1) sous forme papier. Il a été élaboré avec le concours de médecins généralistes de Roubaix, de Tourcoing et différents intervenants de la filière gériatrique. Les investigateurs hospitaliers (IH), médecins et étudiants des services concernés qui ont saisi le questionnaire, ont été préalablement formés à son remplissage par les investigateurs principaux. Une fiche explicative leur a été remise (annexe 2). Plusieurs rencontres ont eu lieu durant la période d'inclusion afin de répondre aux questions des IH. En raison du manque de disponibilité de certains d'entre eux et de la lourdeur de la charge, ils ont été épaulés par les IP pour l'inclusion des patients à l'hôpital de Roubaix. Les comptes rendus d'hospitalisation et les fiches résumé d'unité médicale (RUM) étaient recueillis afin de compléter les données restantes.

Pour chaque patient, les données recueillies comprenaient leurs données sociodémographiques (âge, sexe, situation familiale, nombre d'enfants en vie, enfants disponibles pour le patient, lieu de vie) une évaluation des aides au domicile (passage infirmier, aide-ménagère, auxiliaire de vie, aidant familial, disponibilité des aidants, téléalarme, bénéficiaire de l'allocation personnalisée à l'autonomie ainsi que les différents soins reçus par le patient), les indices de leur fragilité (scores ADL et IADL simplifié, chutes dans l'année, score ISAR, nombre de médicaments, notion d'hospitalisation sur les 6 derniers mois, évaluation de l'état cognitif, l'existence ou non d'une mesure de protection), les résultats biologiques (albumine, vitamine D et hémoglobine), la survenue de complications durant l'hospitalisation (rétention aigue d'urine et escarre). A la sortie du patient, étaient notés le devenir, la durée d'attente aux urgences, la durée totale de l'hospitalisation, l'orientation finale du patient et le retour ou non au lieu de vie antérieur.

Le nombre d'enfants disponibles était défini comme le nombre d'enfants habitant à proximité géographique du patient et lui rendant visite régulièrement.

Il a été évalué la présence ou non de troubles cognitifs pour chaque patient ainsi que leur degré de sévérité. L'évaluation a été faite par la réalisation d'un *Mini Mental Status Examination* (MMSE) sur 30 points. Le trouble était estimé comme léger pour un MMSE entre 20 et 24, modéré entre 19 et 10 et sévère en dessous de 10.

L'échelle de Katz ou *Activities of Daily Living* (ADL) a été choisie pour l'évaluation de la dépendance (annexe 3). Elle est cotée sur 6 items avec un score maximum de 6. Plus le score est bas, plus le patient est dépendant dans

la vie quotidienne. L'*Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) simplifiée comporte 4 items avec un score sur 4. Plus il est élevé, plus le patient est dépendant.

Etude des diagnostics

Le diagnostic d'entrée évoqué par le médecin traitant de chaque patient a été renseigné sur le questionnaire dans la même formulation que celle du courrier d'entrée. Le diagnostic de sortie établi par les gériatres a été renseigné après analyse du courrier de sortie et du diagnostic principal de la fiche RUM.

L'analyse des diagnostics d'entrée et de sortie a été réalisée séparément par les deux IP. Ils les ont classés selon une liste de 33 diagnostics pré définis. Puis la concordance des diagnostics d'entrée du médecin traitant et de sortie du gériatre a été évaluée séparément par IP. La mise en commun de leurs évaluations a permis de retenir une formulation unique consensuelle des diagnostics d'entrée et de sortie.

Patients non inclus

Les patients hospitalisés à Roubaix qui avaient échappé à l'inclusion du mode entrée directe ont été recherchés pour tester la représentativité des inclusions de l'étude. Ils ont été analysés de manière rétrospective à partir des registres d'hospitalisation. Ils ont été comparés sur la base des paramètres de leur âge, sexe, durée d'hospitalisation, orientation finale du patient et le retour ou non au lieu de vie antérieur.

Analyse statistique

Le calcul du nombre de sujets à inclure a été réalisé à priori. Toutes les analyses ont été faites par le logiciel SAS (*Statistical Analysis System*) version

9.3. Les valeurs numériques ont été décrites par leur moyenne (+/- DS), les variables qualitatives ou binaires par leurs fréquences et pourcentages. La normalité des variables numériques a été testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Les comparaisons de fréquences ont nécessité un test de Chi2 ou un test exact de Fisher lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5. Les comparaisons de groupes selon des paramètres numériques ont été faites par un test de Student ou un test non paramétrique de U de Mann-Whitney lorsque la distribution n'était pas normale. Une régression logistique a permis de mettre en évidence les facteurs de risque du retour à domicile. Une valeur de probabilité inférieure à 0.05 a été considéré comme significative.

Toutes les données ont été anonymisées. L'étude a fait l'objet d'une déclaration (annexe 4) auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (n° CNIL 1726713) et n'a comporté aucune intervention selon le Comité de Protection des Patients (CPP), ni accord écrit entre les patients et les centres hospitaliers de Roubaix et Tourcoing.

Résultats

Description de la population

La population de l'étude était constituée de 308 patients, 135 dans le groupe entrée directe (ED) et 173 dans le groupe entrée par les urgences (EU) ; 3 patients qui avaient été adressés aux urgences par contact préalable avec un service de gériatrie ont été classés dans le groupe EU. Les inclusions du centre hospitalier de Roubaix étaient de 243 patients. Les ED représentaient 48,15 % des patients (n=117), et les EU 51,85 % (n=126). Celles du centre hospitalier de Tourcoing étaient de 65 patients. Les ED représentaient 27,69 % (n=18) des patients, et les EU 72,31% (n=47). Les caractéristiques de la population sont regroupées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et biologiques de la population de l'étude

Caractéristiques	Moyenne (déviatiion standard) ou n (%)
<u>Variabliés socio démographiques</u>	
Age	85,8 (+/- 6,03)
Sexe	
Féminin	231 (75%)
Masculin	77 (25%)
Lieu de vie	
Domicile personnel	207 (67,43%)
Foyer logement	34 (11,07%)
EPHAD	66 (21,50%)
Statut marital	
Célibataire/veuf/divorcé	236 (77,89%)
En couple	67 (22,11%)
Bénéficiaire de l'APA	186 (60,59%)
<u>Variabliés cliniques</u>	
Trouble cognitif	202 (66,23%)
Chute dans l'année	163 (53,09%)
ADL	3,53 (+/- 2,08)
IADL	2,98 (+/- 1,37)
Nombre de molécules par jour	7,41 (+/- 3,22)
<u>Variabliés biologiques</u>	
Albumine (en g/l)	30,3 (+/- 6,24)
Hémoglobine (en g/dl)	12,05 (+/- 2,6)
Vitamine D (en ng/ml)	21,26 (+/- 16,39)

Comparaison entre les entrées directes et les entrées par les urgences adressées par les médecins traitants

Données ambulatoires

Les deux groupes étaient comparables sur l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques et leur lieu de vie avant hospitalisation (Tableau 2). Les patients admis en entrée directe prenaient plus de médicaments (7,95 +/- 3,42 pour 6,98 +/- 3,01 ; $p=0,0089$), et avaient plus souvent une distribution des traitements au domicile (72,59% pour 60,47% ; $p=0,02$).

Tableau 2 : Caractéristiques ambulatoires des patients selon leur filière d'admission

Variables	N (308)	moyenne (écart type) ou n (%)		p
		ED (n = 135)	EU (n = 173)	
Caractéristiques démographiques				
Genre	308			
Féminin		102 (75,56)	129 (74,57)	0,84
Masculin		33 (24,44)	44 (25,43)	
Age	308	85,5 (6,13)	86,06 (5,97)	0,42
Statut marital	303			
Célibataire/Veuf/Divorcé		105 (78,36)	131 (77,51)	0,86
En couple		29 (21,64)	38 (22,49)	
Enfants				
En vie	279	2,32 (2,32)	1,91 (1,93)	0,12
Disponibles	271	1,44 (1,67)	1,25 (1,60)	0,16
Lieu de vie	307			
Domicile personnel		84 (62,2)	123 (71,51)	0,21
Foyer logement		18 (13,33)	16 (9,30)	
EHPAD		33 (24,44)	33 (19,19)	
Aides au domicile				
Bénéficiaire de l'APA		87/135 (64,44)	99/172 (57,56)	0,22
Distribution Traitement		98/135 (72,59)	104/172 (60,47)	0,02
Soins de pansement		18/135 (13,33)	16/172 (9,30)	0,26
Aide à la toilette		91/135 (67,41)	108/172 (62,79)	0,4
Aide au repas		80/135 (59,26)	104/172 (60,47)	0,83
Aide au ménage		106/135 (78,52)	133/172 (77,33)	0,8
Kinésithérapie		32/135 (23,70)	35/172 (20,35)	0,48
Téléalarme		12/135 (8,89)	17/172 (9,88)	0,76
Aides humaines				
Personne vivant au domicile		66/135 (48,89)	88/172 (51,16)	0,69
Personne aidante au domicile		64/135 (47,41)	84/172 (48,84)	0,8
Passage infirmier		87/135 (64,44)	105/172 (61,05)	0,54
Auxiliaire de vie		59/135 (43,70)	66/172 (38,37)	0,34
Aide du voisinage		3/135 (2,22)	12/172 (6,98)	0,055
Aidant familial		97/135 (71,85)	118/171 (69,01)	0,59
Evaluation fragilité				
Patient non dément		46/128 (35,94)	56/153(36,60)	0,76
Démence légère		35/128 (27,34)	39/153 (25,49)	0,76
Démence modérée		29/128 (22,66)	30/153 (19,61)	0,76
Démence sévère		18/128 (14,06)	28/153 (18,30)	0,76
Mesure de protection		9/135 (6,67)	11/171 (6,43)	0,93
ADL	297	3,5 (2,01)	3,57 (2,14)	0,77
IADL	299	3,04 (1,40)	2,95 (1,37)	0,38
Nombre de molécules par j	300	7,95 (3,42)	6,98 (3,01)	0,01
Chute dans l'année		69/135 (51,11)	94/172 (54,55)	0,53
Hospitalisation < 6 mois		55/135 (40,74)	58/173 (33,53)	0,19
Patient connu du service		64/135 (47,41)	78/173 (45,09)	0,68

Données hospitalières

Les caractéristiques des patients selon leur filière d'admission sont présentées dans le tableau 3.

Les ED avaient un meilleur taux de vitamine D (23,89 ng/ml +/- 19,25 pour 18,99 ng/ml +/- 13,08 ; $p=0,02425$), et un taux de rétention aigue d'urine moindre (5,19% pour 22,09% ; $p<0,0001$).

Les durées d'hospitalisation dans le service n'étaient pas différentes entre les groupes ED et EU, sauf en ajoutant le temps passé aux urgences avant l'hospitalisation ; la durée globale d'hospitalisation des EU devenait alors plus longue que celle des ED ($p = 0,0243$).

Les patients du groupe ED retournaient plus souvent dans leur lieu de vie antérieur après l'hospitalisation (75,56% des patients pour 59,54% ; $p=0,0031$). L'orientation après l'hospitalisation était différente ($p=0,0311$). Les patients ED rentraient plus souvent à leur domicile personnel ou en foyer logement (51,11% des ED contre 43,35% des EU), ainsi que en EHPAD ou USLD (30,37% des ED contre 21,97% des EU). Les patients EU rentraient plus souvent en SSR (26,01% des EU contre 12,59% des ED).

Tableau 3 : Caractéristiques hospitalières des patients selon leur filière d'admission

Variables	N (308)	moyenne (écart type) ou n (%)		p
		ED (n= 135)	EU (n = 173)	
Score ISAR	305	4,29 (1,42)	4,21(1,30)	0,44
Données biologiques				
Hémoglobine (en g/dl)	278	11,7 2 (1,93)	12,35 (3,03)	0,12
Albumine (en g/l)	281	30,74 (6,41)	30,05 (6,10)	0,35
Vitamine D (en ng/ml)	230	23,89 (19,25)	18,99 (13,08)	0,02
Complications				
Rétention urines		7/135 (5,19)	38/172 (22,09)	<0,0001
Escarres		13 /135 (9,63)	26 /172(15,12)	0,15
Durées d'hospitalisation				
Durée d'attente aux urgences (en min)	304	0 (0)	497,19 (761,65)	<0,0001
Durée d'hospitalisation en gériatrie en jour	308	12,50 (8,56)	13,17 (8,42)	0,48
Durée d'hospitalisation totale (en min)	304	19343 (12331)	21472 (12250)	0,0243
Orientation à la sortie				
Domicile/Foyer logement	308	69 (51,11)	75 (43,35)	0,031
EHPAD/USLD		41 (30,37)	38 (21,97)	0,031
Transfert intra hospitalier		3 (2,22)	6 (3,47)	0,06
Décès		5 (3,70)	9 (5,20)	0,06
SSR		17 (12,59)	45 (26,01)	0,031
Retour lieu de vie antérieur		102/135 (75,56)	103/173 (59,54)	0,0031

Comparaison Roubaix/Tourcoing

Il y avait plus de patients issus de Roubaix que de Tourcoing, mais leur comparaison n'a pas retrouvé d' « effet centre » dans les résultats ; les deux populations étaient homogènes.

Evaluation de la concordance diagnostique

Les diagnostics d'entrée et de sortie puis leurs concordances ont été évalués séparément par les 2 IP. Des diagnostics consensuels et la concordance de ceux-ci ont été secondairement déterminés.

L'IP n°1 retrouvait une concordance diagnostic plus forte pour les ED (88,15%) que pour les EU (70,52% ; $p=0,0002$). L'IP n°2 ne retrouvait pas de différence significative entre les ED (86,67%) et les EU (79,77% ; $p=0,1115$). Après l'évaluation consensuelle des diagnostics, leur concordance était meilleure pour les ED (90,37%) que pour les EU (74,57% ; $p=0,0004$).

Un coefficient Kappa a ensuite été calculé pour évaluer la fiabilité entre les 2 IP dans leurs évaluations des diagnostics. Il est jugé très bon avec un $Kappa > 0,8$, et bon avec un Kappa entre 0,6 et 0,8. Leur étude a montré une bonne concordance globale des 2 IP ($kappa=0,7318$) validant ainsi le consensus final des diagnostics.

Analyse des diagnostics d'entrée et finaux d'hospitalisation :

Les répartitions des diagnostics consensuels entre les ED et les EU sont résumées dans le tableau 4 pour les entrées et dans l'annexe 5 pour les sorties.

Les analyses statistiques comparatives n'étaient pas réalisables sur l'ensemble des 33 groupes de diagnostics en raison du faible nombre de patients de certains sous groupes.

La comparaison statistique des diagnostics les plus fréquents a nécessité un regroupement en 4 catégories ; ce sont l'altération de l'état général (regroupant altération de l'état général, nutrition), les troubles cognitifs (regroupant troubles cognitifs, syndrome confusionnel, causes psychiatriques), les chutes et les infections (regroupant pneumopathie, érysipèle, infection urinaire et « autres infections »).

Diagnostics d'entrée

L'analyse comparative des 4 regroupements de diagnostics d'entrée portait sur 56,8% (n=175) des patients inclus parmi lesquels 63,2% (n=74) des patients ED et 58,4% (n=101) des patients EU. Il y avait une différence significative entre les diagnostics d'entrée des groupes ED et EU ($p=0,0138$). Dans le groupe «chute» se trouvaient 10,81% des patients ED et 25,74% des patients EU. Dans le groupe altération de l'état général il y avait 36,49% des patients ED et 25,74% des patients EU. Dans le groupe « troubles cognitifs » se trouvaient 33,78% des patients ED et 20,79% des patients EU. Dans le groupe «infection» il y avait 18,92% des patients EU et 27,72% des patients EU.

Diagnostics de sortie

L'analyse comparative des 4 regroupements de diagnostics finaux d'hospitalisation portait sur 53% (n=163) des patients inclus répartis en 48% (n=65) des patients dans le groupe ED et 56,6% (n=98) des patients dans le groupe EU. Il y avait une différence significative entre les diagnostics finaux d'hospitalisation des groupes ED et EU ($p<0,0001$). Le groupe «chutes multifactorielles» regroupait 12,31% des diagnostics des patients ED et 22,45% des diagnostics des patients EU. Le groupe altération de l'état général regroupait 29,23% des diagnostics des patients ED et 10,20% des

patients EU. Le groupe « troubles cognitifs » regroupait 35,38% des patients ED et 18,37% des diagnostics des patients EU. Le groupe « infection » regroupait 23,08% des patients EU et 48,98% des diagnostics des patients EU.

Tableau 4 : Fréquence des diagnostics d'entrées évoqués par les médecins traitants

	Entrées directes (n=135)	Entrées via les urgences (n=173)	Total
Diagnostic d'entrée	N (%)	N (%)	
Altération état général	24 (17,78%)	25 (14,45%)	49
Chutes	8 (5,93%)	26 (15,03%)	34
Pneumopathie	9 (6,67%)	19 (10,98%)	28
Gastro entérologie	12 (8,89%)	11 (6,36%)	23
Troubles cognitifs	12 (8,89%)	10 (5,78%)	22
Syndrome confusionnel	7 (5,19%)	8 (4,62%)	15
Cardiologie	2 (1,49)	11 (6,35%)	13
Traumatologie	3 (2,22%)	10 (5,78%)	13
Hématologie	8 (5,93%)	3 (1,74%)	11
Maintien à domicile difficile	8 (5,93%)	3 (1,73%)	11
Psychiatrie	6 (4,44%)	3 (1,73%)	9
Insuffisance rénale	4 (2,97%)	4 (2,31%)	8
Neurologie	0 (0%)	7 (4,04%)	7
Infections autres	4 (2,97%)	3 (1,73%)	7
Rhumatologie	3 (2,22%)	4 (2,31%)	7
Escarre	5 (3,7%)	1 (0,58%)	6
Perte d'autonomie	6 (4,44%)	0 (0%)	6
Infection urinaire	0 (0%)	5 (2,89%)	5
Nutrition	3 (2,22%)	1 (0,58%)	4
Pneumologie	1 (0,74%)	3 (1,73%)	4
Attente de placement	0 (0%)	3 (1,73%)	3
Lipothymie/Vertiges	2 (1,49%)	1 (0,58%)	3
Perte de l'aidant	3 (2,22%)	0 (0%)	3
Surdosage AVK	0 (0%)	2 (1,16%)	2
Malaise	0 (0%)	2 (1,16%)	2
Erysipèle	1 (0,74%)	1 (0,58%)	2
Rétention aigue urines	0 (0%)	2 (1,16%)	2
Thrombose	0 (0%)	2 (1,16%)	2
Soins palliatifs	2 (1,49%)	0 (0%)	2
Douleur	1 (0,74%)	1 (0,58%)	2
Diabète	0 (0%)	1 (0,58%)	1
Oncologie	0 (0%)	1 (0,58%)	1
Urologie	1 (0,74%)	0 (0%)	1

Analyse centrée sur les patients retournant dans leur lieu de vie antérieur

Une analyse comparative entre les patients retournant dans leur lieu de vie antérieur (RLA) et ceux n'y retournant pas (NRLA) a été effectuée (tableau 5).

Tableau 5 : Caractéristiques des patients selon leur retour au lieu de vie antérieur

Variables	N (308)	moyenne (écart type) ou n (%)		p
		RLA (n = 205)	NRLA (n = 103)	
Caractéristiques démographiques				
Genre féminin		157/205 (71,84)	74/103 (76,59)	0,36
Age		85,78 (6,30)	85,88 (5,49)	0,88
Lieu de vie	307			
Domicile personnel		127 (61,85)	80 (78,43)	0,019
Foyer logement		12 (11,76)	22 (10,73)	0,02
EHPAD		56 (27,32)	10 (9,80)	0,02
Aides au domicile				
Bénéficiaire de l'APA		132/205 (64,39)	54/102 (52,94)	0,054
Distribution Traitement		148/205 (72,20)	54/102 (52,94)	0,008
Soins de pansement		20/205 (9,76)	14/102 (13,73)	0,29
Aide à la toilette		140/205 (68,29)	59/102 (57,84)	0,07
Aide au repas		132/205 (59,26)	52/102 (50,98)	0,02
Aide au ménage		166/205 (80,98)	73/102 (71,57)	0,06
Aides humaines				
Personne vivant au domicile		113/205 (55,12)	41/102 (40,20)	0,01
Personne aidante au domicile		110/205 (53,66)	38/102 (37,25)	0,01
Passage infirmier		137/205 (66,83)	55/102 (53,92)	0,03
Auxiliaire de vie		93/205 (45,37)	32/102 (31,37)	0,01
Aidant familial		141/205(68,78)	74/101 (73,27)	0,41
Evaluation fragilité				
Patient non dément		137/203 (67,49)	65/102 (63,73)	0,5
ADL	297	3.49 (2,04)	3.62 (2,16)	0,63
IADL	299	3.05 (1,33)	2.86 (1,46)	0,31
Chute dans l'année		98/205 (47,80)	65/102 (63,73)	0,01
Albumine	281			0,008
Albumine > 35 g/l		59 (31,05)	15 (16,48)	
Albumine entre 30 et 35 g/l		69 (36,32)	31 (34,07)	
Albumine < 30 g/l		62 (32,63)	45 (49,45)	

Le taux de rétention aigue d'urine n'était pas statistiquement différent entre les 2 groupes.

Les patients retournant dans leur lieu de vie antérieur avaient un meilleur taux d'albumine avec une moyenne de 31,15 +/- 5,79 pour 28,74 +/- 6,85 en g/l (p=0,0024).

Les mêmes patients avaient des durées de passage aux urgences et d'hospitalisation plus courtes respectivement à 414.9 +/- 674.3 contre 662.7 +/- 893.2 (p=0.00237) et 19333 +/- 10940 vs 22947 +/- 14445 (p=0.0241) en minutes.

Une analyse comparative des 4 regroupements des diagnostics d'entrée et des diagnostics finaux entre les groupes des patients qui retournaient au domicile antérieur et ceux qui n'y retournaient pas a été effectuée. Il n'y avait pas de différence significative.

En analyse multi variée la probabilité de retourner au domicile antérieur (estimé par l'*odds ratio* OR) était augmentée en cas d'albumine supérieure à 35 g/l par rapport à un taux sous 30 g/l (OR 4,32 ; intervalle de confiance (IC) 95 % à 2,067 – 9,045), et pour les patients provenant d'EHPAD par rapport à un domicile personnel (OR 4,23 ; IC 95 % à 1,902 – 9,716). Le fait d'avoir chuté dans l'année réduisait la chance de rentrer au domicile (OR 0,42 ; IC 95% à 0,24 – 0,73).

Analyse comparative entre les patients hospitalisés à Roubaix par la filière entrée directe inclus en prospectif et les non inclus

Durant la période de l'étude, 33 patients remplissant les critères d'inclusion pour la filière entrée directe à Roubaix n'ont pas été inclus. Ils ont été comparés à la population des patients inclus de manière prospective en ED à Roubaix.

Les critères d'inclusion étaient respectés par 150 patients dans la filière ED. Parmi eux 78% (117) des patients ont été inclus. Les 33 patients non inclus avaient une durée d'hospitalisation significativement plus courte que les autres avec 8,2813 \pm 6,7549 jours contre 12,1880 \pm 8,6840 jours ($p=0,0198$). Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne l'âge, le sexe, l'orientation finale du patient, et le retour ou non au lieu de vie antérieur.

Discussion

Il s'agissait de la première étude prospective observationnelle bi-centrique comparant les caractéristiques et le devenir de patients hospitalisés en court séjour gériatrique en fonction de leur mode d'admission (directe ou par les urgences) adressés par leur médecin généraliste.

Une population représentative des populations des courts séjours gériatriques

Les caractéristiques sociodémographiques des patients inclus hospitalisés en court séjour gériatrique étaient comparables à celles de la plus grosse cohorte française de patients gériatriques (SAFEs)(14). La part des patients ayant des troubles cognitifs était plus élevée que dans d'autres études en prenant en compte les troubles cognitifs légers (16)(15). Cependant leur taux était comparable (21% et 40% des personnes âgées aux urgences (17), et 42% des patients gériatriques hospitalisés (15)) en prenant uniquement en compte les troubles cognitifs modérées à sévères. Le taux de patients dépendants bénéficiaires de l'APA ou nécessitant des aides à domicile y était également comparable au taux de patients dépendants pour une activité de la vie quotidienne (60,1%) (14).

Des patients globalement comparables entre les filières admission directe et admission par les urgences

Les caractéristiques sociodémographiques, le degré d'autonomie et les aides à domicile des patients des 2 filières étaient comparables.

Ces résultats s'opposent à l'étude menée dans le service de gériatrie aigüe de l'hôpital Bichat où les patients de la filière EU étaient plus âgés et plus

dénutris en début et en fin d'hospitalisation (16). Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que cette étude incluait des patients hospitalisés par les urgences sans avoir consulté leur médecin traitant au préalable.

La présente étude a confirmé l'absence de différence de prévalence pour les troubles cognitifs entre ces 2 filières (16)(18). Le nombre de médicaments pris était plus important dans le groupe ED. Ces chiffres étaient en dessous de la moyenne nationale de 9,61 médicaments pour les 80/90 ans (19). En l'absence de relevé des classes thérapeutiques il était impossible de définir les différences entre les 2 groupes, ni de préciser les indications de ces prescriptions.

Le taux de vitamine D plus élevé dans le groupe ED pourrait être le signe d'une recherche et d'une supplémentation en vitamine D. Les médecins hospitalisant préférentiellement leurs patients en ED pourraient avoir une formation gériatrique plus développée et être plus attentifs aux recommandations (20)(21).

Des rétentions aiguës d'urine plus fréquentes dans le groupe EU

L'étude a confirmé un taux 4 fois plus important de rétention aiguë d'urine dans le groupe EU comme le notait l'étude réalisée dans le CSG de Bichat (16). La station allongée prolongée, la rétention d'urine liée à l'absence de disponibilité des personnels pour aider les personnes à uriner aux toilettes, pourraient être des facteurs favorisants. Les chutes et les infections qui sont des motifs d'admissions plus fréquents dans le groupe EU pourraient expliquer le plus fort taux de rétention aiguë d'urine.

Un temps de séjour aux urgences venant s'ajouter au temps d'hospitalisation

Les durées moyennes d'hospitalisation dans le service étaient comparables à celles des autres courts séjours gériatriques (9 à 17 jours) (15). Tout comme l'étude réalisée à l'hôpital Bichat (16), elles étaient identiques dans les 2 groupes probablement en raison des similitudes socio démographiques et du niveau de gravité clinique des patients. Les facteurs de risque précoce d'hospitalisation prolongée étaient les troubles de la marche, le risque de chute, la détérioration cognitive, et le risque de malnutrition comme l'a montré l'étude de la cohorte SAFEs (22). La présente étude est cependant la première à mettre en évidence que le temps de séjour aux urgences conditionne la durée d'hospitalisation totale. L'étude réalisée dans le court séjour de Bichat avait évalué la satisfaction des patients par questionnaire (16). Les patients hospitalisés en ED étaient plus satisfaits de l'accueil à l'arrivée dans l'hôpital bien que la satisfaction générale sur le séjour hospitalier ne soit pas différente de celle des patients du groupe EU. Cette donnée n'a pas été testée ici.

Des motifs d'hospitalisation différents

Les motifs d'hospitalisation semblaient adaptés à la filière d'admission choisie par le médecin traitant. Les infections et chutes considérées comme des problématiques aiguës étaient plus nombreuses dans la filière EU; les AEG et troubles cognitifs considérés comme des pathologies sub aiguës étaient prépondérantes dans la filière ED. Les mêmes prévalences de diagnostics sont retrouvées dans d'autres études (16) (18).

L'analyse des diagnostics et des concordances diagnostiques, bien qu'effectuées en double aveugle par les IP comporte une part de subjectivité

inhérente à ce type de comparaison. Néanmoins la concordance statistique entre les deux auteurs était bonne.

Une meilleure concordance entre le diagnostic initial et le diagnostic final d'hospitalisation en cas d'entrée directe

Il s'agissait de la première étude évaluant des concordances diagnostiques par cette méthodologie. La concordance était meilleure dans la filière ED. La collaboration médecin ambulatoire/gériatre a probablement permis une meilleure connaissance des problématiques gériatriques et une anticipation des situations à risque de décompensation. L'avis téléphonique du gériatre doit être bénéfique pour orienter le médecin généraliste et préciser ses hypothèses diagnostiques.

Plus de retour au domicile antérieur en cas d'entrée directe

Les patients retournant dans leur lieu de vie antérieur avaient significativement plus d'aides à domicile, étaient restés moins longtemps hospitalisés, et étaient moins dénutris. Ils provenaient également plus souvent d'EHPAD où les aides à la perte d'autonomie sont disponibles.

L'existence d'une rétention aigue d'urine n'influençait pas ce processus au contraire de l'antécédent de chute dans l'année.

La prévention en amont de l'hospitalisation par le médecin traitant de la dénutrition, de la perte d'autonomie et la prise en compte des facteurs de risque de chute permettrait à terme un retour plus aisé au domicile. Le retour à domicile est un souhait majoritairement exprimé par les personnes âgées. Il a de même été démontré qu'une prise en charge des personnes âgées en unité de court séjour gériatrique permettait un meilleur taux de retour au domicile et une meilleure conservation des capacités fonctionnelles (23). Le

médecin généraliste qui adresse directement son patient en court séjour gériatrique lui assure une prise en charge optimisée. Des soins gériatriques ambulatoires adaptés permettent un meilleur retour au domicile.

Le statut fonctionnel du patient évalué par les échelles ADL et IADL ne semblait pas avoir de conséquence sur le retour au lieu de vie antérieur. Il est confirmé que ces échelles ne sont pas des indicateurs prédictifs d'une hospitalisation prolongée (24). Les patients ayant un taux d'albumine optimal étaient à moindre risque de déclin fonctionnel ; ils sont plus à même de retourner dans leur lieu de vie antérieur plutôt qu'en SSR (12). Le temps d'hospitalisation provient d'une meilleure anticipation du retour au domicile du fait de l'existence d'aides déjà en place, du contact plus privilégié avec le médecin traitant, et d'une rééducation fonctionnelle moins utile.

L'analyse comparative des 4 regroupements des diagnostics d'entrée et des diagnostics finaux ne retrouvait pas de différence significative entre ceux qui retournaient dans leur lieu de vie antérieur et les autres. La différence entre l'orientation finale des patients admis directement ou par les urgences ne semblait pas expliquée par la différence des diagnostics. Le mode d'admission par les urgences pourrait être un facteur indépendant associé au déclin fonctionnel du patient (12) ; il rendrait le retour au domicile moins fréquent. L'analyse multivariée confirmait cette hypothèse.

Biais et limites

Un certain nombre de patients n'a pas été inclus. L'échantillon de patients était cependant représentatif de la population gériatrique hospitalisée en court séjour gériatrique en France (15). L'analyse des 22% de patients non inclus en entrée directe à Roubaix révèle qu'ils restaient moins longtemps

hospitalisés, parfois moins de 48h. C'est probablement la raison de leur non inclusion.

Il existait une différence entre le nombre de patients inclus à Roubaix et à Tourcoing expliquée en partie par le nombre de lits d'hospitalisations différent de chaque site. Un effet centre a été recherché, mais aucune différence significative n'a été relevée en comparant les patients des deux sites.

Certains éléments n'étaient pas recherchés comme l'analyse de la gravité de l'état clinique des patients à l'entrée qui n'a pas été réalisée. Cependant il a été montré que les patients des deux groupes étaient comparables en terme de score de gravité clinique à l'entrée. Ils étaient le plus souvent instables avec un score CCMU 3 ou 4 et les hospitalisations étaient justifiées (16)(24).

Conclusion

L'étude a démontré l'intérêt de privilégier l'admission directe pour les patients de plus de 75 ans. Les ED bénéficiaient d'une hospitalisation moins longue et retournaient plus à leur lieu de vie antérieur. Les motifs « infectieux » et « chutes » prédominaient dans le groupe EU. Les « altérations de l'état général » et « troubles cognitifs » étaient majoritaires dans le groupe ED. La concordance diagnostique était plus forte chez les patients ED. Les patients retournant au domicile antérieur étaient moins dénutris, moins chuteurs et provenaient plus d'EHPAD. Une collaboration accrue entre les médecins généralistes et les gériatres doit être encouragée pour optimiser le parcours de soin des personnes âgées.

Conclusion générale

L'étude multicentrique prospective a démontré l'absence de différences entre les admissions directes et celles par les urgences sauf sur le plan du diagnostic et de l'état nutritionnel. Mais les patients admis directement dans le service bénéficiaient d'une durée d'hospitalisation plus courte, garante de la possibilité d'un retour plus facile dans leur lieu de vie antérieur.

Le rôle « préventif » du médecin traitant et son rôle « diagnostic » sont prépondérants dans la prise en charge des patients. Ils présentent une meilleure concordance diagnostique, fruit de la collaboration entre le médecin ambulatoire et le gériatre quand ils sont admis en entrée directe. Une formation initiale et continue en gériatrie est nécessaire.

Les entrées directes en gériatrie offrent la possibilité au médecin généraliste d'hospitaliser le patient dans une structure de soins adaptée à sa polypathologie. Les prises en charge spécifiques gériatriques ont fait preuve de leur efficacité dans la prévention du déclin fonctionnel et favorisent le retour à domicile. Eviter le passage aux urgences lorsqu'il n'est pas indispensable minimise le déclin fonctionnel.

Le repérage par les médecins généralistes et la prise en charge des personnes âgées « fragiles » anticipe leur perte d'autonomie. La mise en place d'aides ambulatoires favorise un retour à domicile plus rapide en cas d'hospitalisation.

Le développement de l'information des médecins généralistes sur l'existence de la filière gériatrique doit être poursuivie partout sur les territoires de soins. Une permanence téléphonique gériatrique pour joindre les équipes mobiles est nécessaire dans tous les hôpitaux. La filière de gériatrique aigue doit continuer à se développer ainsi que les structures d'aval permettant une meilleure adéquation entre les demandes d'hospitalisations urgentes et le nombre de lits disponibles.

Les admissions directes doivent être privilégiées pour participer au désengorgement des services d'urgences et économiser temps et moyens aux hôpitaux. Il manque des études médico économiques pour évaluer l'efficacité de la filière d'admission directe.

Il est important que les médecins généralistes s'approprient ce concept pour y développer une recherche collaborative avec les hospitaliers. Le développement du parcours de soin coordonné de la personne âgée permettra d'optimiser la prise en charge et d'atténuer à terme l'impact du

choc démographique gériatrique et le surcout qu'il ne manquera pas de produire.

Liens d'intérêt

Jonathan Favre : Aucun lien d'intérêt

Thomas Maunoury : Aucun lien d'intérêt

Bibliographie

1. Population Ageing and Development 2012 [Internet]. United Nations, Department of Economic and Social Affairs; [cited 2013 Mar 12]. Available from: http://www.un.org/esa/population/publications/2012PopAgeingDev_Chart/2012AgeingWallchart.html
2. Annie Firlej. Insee - Population - Le vieillissement de la population du Nord-Pas-de-Calais se poursuit. Pages de Profils n°138 [Internet]. 2013 [cited 2013 Dec 4]. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=19&ref_id=20244
3. Patricia Antonov-Zafirov et Aurélien Daubaire. Insee - Population - Personnes âgées dépendantes à l'horizon 2015 : étude sur le département du Nord. Pages de Profils n° 9 [Internet]. 2006 [cited 2013 Dec 4]. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=10441
4. Schumacher JG. Emergency medicine and older adults: continuing challenges and opportunities. *Am J Emerg Med.* 2005 Jul;23(4):556–60.
5. Schumacher JG, Deimling GT, Meldon S, Woolard B. Older adults in the Emergency Department: predicting physicians' burden levels. *J Emerg Med.* 2006 May;30(4):455–60.
6. Philippe Bas. Plan Solidarité Grand Age 2007-2012. 2006.
7. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD. 5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. Bulletin Officiel n°2002-14;
8. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Avis sur la situation des établissements de santé. 2009.
9. Elaboration du SROS Etat des lieux- Bilan du SROS III [Internet]. ARS; [cited 2013 Dec 11]. Available from: http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/PRS_13Janv/Bilan_SROS_III_NPDC_jv02.pdf
10. Defebvre M-M, Cerf E, Fournier P, Puisieux F, Loens I. Enquête sur la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de court séjour

« Médecine » de la région Nord-Pas-de-Calais. Santé Publique. 2007 Jun 1;Vol. 19(2):133–46.

11. BILAN GÉRONTOLOGIQUE 2012 DES TERRITOIRES DE SANTÉ. ARS; 2013.

12. Mazière S, Lanièce I, Hadri N, Bioteau C, Millet C, Couturier P, et al. Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique: importance de l'évolution fonctionnelle récente. Presse Médicale. 2011 Feb;40(2):e101–e110.

13. Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir [Internet]. [cited 2013 Dec 1]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000419/index.shtml>

14. Lang P-O, Dramé M, Jolly D, Novella J-L, Blanchard F, Michel J-P. Que nous apprend la cohorte SAFE sur l'adaptation des filières de soins intra-hospitalières à la prise en charge des patients âgés ? Presse Médicale. 2010 Nov;39(11):1132–42.

15. Neouze A, Dechartres A, Legrain S, Raynaud-Simon A, Gaubert-Dahan M-L, Bonnet-Zamponi D. Hospitalization of elderly in an Acute-Care Geriatric Department. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2012 Jun 1;10(2):143–50.

16. Somme D, Lazarovici C, Dramé M, Blanc P, Lang PO, Gauvain JB, et al. The geriatric patient: use of acute geriatrics units in the emergency care of elderly patients in France. Arch Gerontol Geriatr. 2011 Feb;52(1):40–5.

17. Clevenger CK, Chu TA, Yang Z, Hepburn KW. Clinical care of persons with dementia in the emergency department: a review of the literature and agenda for research. J Am Geriatr Soc. 2012 Sep;60(9):1742–8.

18. Aizen E, Swartzman R, Clarfield AM. Hospitalization of nursing home residents in an acute-care geriatric department: direct versus emergency room admission. Isr Med Assoc J IMAJ. 2001 Oct;3(10):734–8.

19. Favereau E. Médicaments, la vieillesse en pleine overdose [Internet]. <http://www.liberation.fr>. 2013 [cited 2013 Dec 7]. Available from: http://www.liberation.fr/societe/2013/09/16/medicaments-la-vieillesse-en-pleine-overdose_932331

20. La vitamine D chez l'adulte : recommandations du GRIO. Presse Médicale. 2011 Jul;40(7-8):673–82.
21. HAS. Utilité clinique du dosage de la vitamine D - Rapport d'évaluation. HAS; 2013.
22. Lang P-O, Heitz D, Hédelin G, Dramé M, Jovenin N, Ankri J, et al. Early markers of prolonged hospital stays in older people: a prospective, multicenter study of 908 inpatients in French acute hospitals. *J Am Geriatr Soc.* 2006 Jul;54(7):1031–9.
23. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ.* 2009;338:b50.
24. Lang P-O, Heitz D, Hédelin G, Dramé M, Jovenin N, Ankri J, et al. Early markers of prolonged hospital stays in older people: a prospective, multicenter study of 908 inpatients in French acute hospitals. *J Am Geriatr Soc.* 2006 Jul;54(7):1031–9.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Questionnaire Thèse : Entrées directes VS entrées par les urgences

Etiquette

PROVENANCE :

- ENTREE DIRECTE** adressée par le médecin traitant ou son remplaçant.
- ENTREE PAR LES URGENCES** adressée par le médecin traitant ou son remplaçant :
L'équipe du service à t'elle été **contactée au préalable** afin de négocier une entrée directe ?
 - Oui**
 - Non**

Statut marital actuel : En couple Célibataire ou veuf(ve)

Lieu de vie : Logement personnel Foyer logement EHPAD

Nombre d'enfant(s) en vie : dont : Disponible(s) pour la personne
Personne(s) vivant à domicile: Oui Non Aidant : Oui Non

Nombre de médicament(s) (molécule) pris à domicile :

Consommation d'alcool (unité d'alcool par semaine) :

Notion de chute dans l'année : Oui Non

Notion de troubles visuels : Oui Non

Bénéficiaire de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie ? Oui Non

Aide(s) à domicile :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Distribution ou
préparation des
médicaments | <input type="checkbox"/> Préparation des repas | <input type="checkbox"/> Télé alarme |
| <input type="checkbox"/> Soins de pansements | <input type="checkbox"/> Aide au ménage | <input type="checkbox"/> Equipe spécialisée
Alzheimer à domicile
(ESAD) |
| <input type="checkbox"/> Toilette | <input type="checkbox"/> Livraison des repas | |
| | <input type="checkbox"/> Kinésithérapie | |
| | <input type="checkbox"/> Orthophoniste | |

Intervenant(s) au domicile :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infirmière | <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie | <input type="checkbox"/> Aidant amical,
voisinage |
| <input type="checkbox"/> Aide ménagère | <input type="checkbox"/> Aidant familial | |

DIAGNOSTIC pour lequel le patient est adressé par le médecin traitant sur le courrier d'entrée : (Garder la formulation initiale du médecin traitant telle que précisée dans le courrier).

DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

DIAGNOSTIC(S) ASSOCIE(S) :

Annexe 2 : Mode d'emploi à destination des services hospitaliers

MODE D'EMPLOI

Hospitalisations en court séjour gériatrique : Entrées directes versus entrées via les urgences adressées par les médecins traitants

Thomas Maunoury et Jonathan Favre

Critères d'inclusion : Patients âgés de **75 ans et plus** hospitalisés dans les services de court séjour gériatrique en **hospitalisation programmée (entrées directe par le médecin traitant)** ou par la voie des **urgences adressés par le médecin traitant**.

Critères d'exclusion :

- Transfert intra hospitalier
- Patients hospitalisés sans l'avis du médecin traitant
- Patients sortant des urgences pour un service autre que le court séjour gériatrique

Données à recueillir pour comparer les deux groupes :

- **Questionnaire d'entrée + grille ADL IADL** : Remplir à l'entrée du patient et déposer dans la bannette adéquate, ouagrafer dans le dossier.
- **Lettre du médecin traitant** : A conserver dans le dossier.
- **Compte rendu d'hospitalisation et dossier médical** : Données recueillies :
 - Poids, taille déclarative et IMC
 - Existence d'une mesure de protection : Tutelle ou Curatelle
 - Diagnostics d'entrée et de sortie
 - Durée de séjour
 - Orientation en sortie d'hospitalisation
 - Nombre de pathologies chroniques
 - Nombre d'hospitalisation dans les 6 mois
 - Score ISAR
 - MMSE : En l'absence de réalisation si les patients sont déjà connus comme déments il faudra préciser le niveau de démence (légère, modérée, sévère).
 - Paramètres biologiques :
 - Taux d'albumine,
 - Vitamine D,
 - Hémoglobine.
 - Complications durant l'hospitalisation :
 - Rétention aigue d'urine,
 - Troubles trophiques (escarres...)

Annexe 3 : Echelles ADL et IADL

Etiquette

Activité	ADL de Katz : Avant l'hospitalisation	Score
Hygiène corporelle	Autonome	
	Aide partielle pour une partie du corps	
	Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	
Habillage	Autonome pour le choix et l'habillage	
	S'habille mais besoin d'aide pour se chausser	
	Besoin d'aide pour choisir ses vêtements, pour s'habiller ou reste partiellement ou complètement déshabillé	
Aller aux toilettes	Autonome	
	Doit être accompagné, besoin d'aide	
	Ne va pas aux WC, n'utilise pas le bassin, l'urinoir	
Locomotion	Autonome	
	Besoin d'aide	
	Grabataire	
Continence	Continent	
	Incontinence occasionnelle	
	Incontinence permanente	
Repas	Autonome	
	Aide pour couper la viande ou peler les fruits	
	Aide complète ou alimentation artificielle	

Activité	IADL de Lawton : Avant l'hospitalisation	Score
Capacité à utiliser le téléphone	Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros	
	Je compose un petit nombre de numéros connus	
	Je réponds au téléphone mais n'appelle pas	
	Je suis incapable d'utiliser le téléphone	
Capacité à utiliser les moyens de transport	Je peux voyager seul et de façon indépendante avec ma voiture ou les transports en commun	
	Je peux me déplacer seul en taxi mais pas en autobus	
	Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné	
	Transport limité au taxi ou à la voiture en étant accompagné	
	Je ne me déplace pas du tout	
Responsabilité pour la prise des médicaments	Je m'occupe moi-même de la prise, dosage et horaire	
	Je peux les prendre de moi-même s'ils sont préparés à l'avance	
	Je suis incapable de les prendre de moi-même	
Capacité à gérer son budget	Je suis autonome pour gérer le budget, faire les chèques, payer des factures	
	Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer à long terme mon budget	
	Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour	

Sources : <http://www.masef.com/scores/dependanceadlkatz.htm> et <http://www.masef.com/scores/demenceiadl.htm>
 Thèse : Jonathan Favre (favre.jonathan@gmail.com) et Thomas Maunoury (thomas.maunoury@gmail.com)

Annexe 4 : Déclaration CNIL

DÉCLARATION NORMALE

(Article 23 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : SELARL	Sigle (facultatif) : SELARL PROF JML
	N° SIRET : 478718232 00018
Service : PROFESSEUR JEAN-MARC LEFEBVRE	Code APE : 8551Z Autres activités d'enseignement
Adresse : 5 RUE LOUIS LOUCHEUR	
Code postal : 59510 - Ville : HEM	Téléphone : 03 20 83 40 58
Adresse électronique : DOCTEURJML@NUMERICABLE.FR	Fax : 03 20 02 18 94

2 Service chargé de la mise en œuvre du traitement (lieu d'implantation)

(Veuillez préciser quel est le service ou l'organisme qui effectue, en pratique, le traitement)
Si le traitement est assuré par un tiers (prestataire, sous-traitant) ou un service différent du déclarant, veuillez compléter le tableau ci-dessous :

Nom et prénom ou raison sociale : SELARL	Sigle (Facultatif) : SELARL PROF JML
	N° SIRET : 478718232 00018
Service : PROFESSEUR JEAN-MARC LEFEBVRE	Code NAF : 8551Z Autres activités d'enseignement
Adresse : 5 RUE LOUIS LOUCHEUR	
Code postal : 59510 Ville : HEM	Téléphone : 03 20 83 40 58
Adresse électronique : DOCTEURJML@NUMERICABLE.FR	Fax : 03 20 02 18 94

3 Finalité du traitement

Quelle est la finalité ou l'objectif de votre traitement (exemple : gestion du recrutement) :
GESTION D'UN FICHIER ANONYMISE DE PATIENTS DANS LE BUT D'ETUDIER LEURS CARACTERISTIQUES SOCIALES AUX FINS D'UNE ETUDE MEDICALE DE SANTE PUBLIQUE

Quelles sont les personnes concernées par le traitement ?

- Salariés Usagers Adhérents Clients (actuels ou potentiels) Visiteurs
 Autres (Veuillez préciser) : les investigateurs principaux: le déclarant (prof de médecine générale à Lille) et 2 internes

Si vous utilisez une technologie particulière, merci de préciser laquelle (facultatif) :

- Dispositif sans contact (Ex. : RFID, NFC) Mécanisme d'anonymisation
 Carte à puce Géolocalisation (Ex. : GPS couplé avec GSM/GPRS)
 Vidéo-protection Nanotechnologie
 Autres (précisez) : fichier xl

4 Données traitées

Catégories de données	Origine <i>(comment avez vous collecté ces données ?)</i>	Durée de conservation <i>(combien de temps conserverez-vous les données sur support informatique?)</i>	Destinataires <i>(veuillez indiquer les organismes auxquels vous transmettez les données)</i>
État-civil, Identité, Données d'identification.	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input checked="" type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez : dossier hospitalier	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input checked="" type="checkbox"/> Autres, précisez durée de l'étude	Destinataires : investigateurs principaux
Vie personnelle <i>(habitudes de vie, situation familiale, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input checked="" type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez : dossier hospitalier	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input checked="" type="checkbox"/> Autres, précisez durée de l'étude	Destinataires : investigateurs principaux
Vie professionnelle <i>(CV, scolarité, formation professionnelle, distinctions, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :
Informations d'ordre économique et financier <i>(revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :
Données de connexion <i>(adresse IP, logs, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :
Données de localisation <i>(déplacements, données GPS, GSM, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :

5 Données sensibles

En grisé apparaissent les données « sensibles », dont le traitement est particulièrement encadré par la loi : ces données ne peuvent être enregistrées dans un traitement que si elles sont absolument nécessaires à sa réalisation.

N° de sécurité sociale (NIR)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :
Infractions, condamnations, mesures de sûreté (réservé aux auxiliaires de justice)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :
Opinions philosophiques, politiques, religieuses, syndicales, vie sexuelle, données de santé, origine raciale ou ethnique	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :

6 Échanges de données/interconnexions

- Procédez-vous à des échanges de données ? Non
 Oui, avec d'autres services au sein de l'organisme déclarant
 Oui, avec des organismes extérieurs au déclarant

7 Sécurité/Confidentialité

Veuillez cocher les cases correspondant aux mesures de sécurité que vous prenez :

- L'accès physique au traitement est protégé (bâtiment ou local sécurisé)
 Un procédé d'authentification des utilisateurs est mis en œuvre (ex. : mot de passe individuel, carte à puce, certificat, signature...)
 Une journalisation des connexions est effectuée
 Le traitement est réalisé sur un réseau interne dédié (non relié à internet)
 Si des données sont échangées en réseau, le canal de transport ou les données sont chiffrés

8 Transferts de données hors de l'Union européenne

Transmettez-vous tout ou partie des données traitées vers un pays situé hors de l'Union européenne et n'assurant pas un niveau de protection suffisant (cf liste à jour de ces pays sur la carte interactive du site internet de la CNIL www.cnil.fr/vos-responsabilites/le-transfert-de-donnees-a-letranger/)

Oui Non

! Si oui, merci de compléter l'annexe « Transfert de données hors de l'Union européenne »

9 Le droit d'accès des personnes fichées

Le droit d'accès est le droit reconnu à toute personne d'interroger le responsable d'un traitement pour savoir s'il détient des informations sur elle, et le cas échéant d'en obtenir communication. Cf. article 32 de la loi + modèles de mentions dans la notice

Comment informez-vous les personnes concernées par votre traitement de leur droit d'accès ?

- Mentions légales sur formulaire Affichage
 Mentions sur site internet Envoi d'un courrier personnalisé
 Autres mesures, précisez :

Veuillez indiquer les coordonnées du service chargé de répondre aux demandes de droit d'accès :

Nom et prénom ou raison sociale : SELARL	Sigle (facultatif) : SELARL PROF JML
	N° SIRET : 478718232 00018
Service : PROFESSEUR JEAN-MARC LEFEBVRE	Code NAF : 8551Z Autres activités d'enseignement
Adresse : 5 RUE LOUIS LOUCHEUR	
Code postal : 59510 Ville : HEM	Téléphone : 03 20 83 40 58
Adresse électronique : DOCTEURJML@NUMERICABLE.FR	Fax : 03 20 02 18 94

10 Personne à contacter (facultatif)

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Nom et prénom : LEFEBVRE Jean-Marc	
Service : SELARL	
Adresse : 5 RUE LOUIS LOUCHEUR	
Code postal : 59510 Ville : HEM	Téléphone : 03 20 83 40 58
Adresse électronique : DOCTEURJML@NUMERICABLE.FR	Fax : 03 20 02 18 94

11 Signature du responsable

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.

NOM et prénom : LEFEBVRE Jean-Marc

Date le : 06-12-2013

Fonction : Professeur

Signature

Adresse électronique : DOCTEURJML@NUMERICABLE.FR

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL: 8 rue Vivienne – CS 30223 – 75083 Paris cedex 02.

Exemplaire à conserver - ne pas envoyer

Annexe 5 : Tableau des diagnostics finaux consensuels

Diagnostic final	Entrées directes (n= 135) N (%)	Entrées via les urgences (n= 173) N (%)	Total
Pneumopathie	10 (7,41)	27 (15,61)	37
Chutes	8 (5,93)	22 (12,72)	30
Gastro entérologie	13 (9,63)	12 (6,94)	25
Altération état général	14 (10,37)	9 (5,20)	23
Cardiologie	4 (2,96)	15 (8,67)	19
Troubles cognitifs	11 (8,15)	7 (4,05)	18
Infection urinaire	1 (0,74)	13 (7,51)	14
Syndrome confusionnel	5 (3,70)	7 (4,05)	12
Hématologie	10 (6,51)	2 (1,16)	12
Traumatologie	2 (1,48)	9 (5,20)	11
Psychiatrie	7 (5,19)	4 (2,31)	11
Insuffisance rénale	4 (2,96)	6 (3,47)	10
Maintien domicile difficile	7 (5,19)	2 (1,16)	9
Neurologie	4 (2,96)	4 (2,31)	8
Rhumatologie	4 (2,96)	4 (2,31)	8
Infections autres	2 (1,48)	4 (2,31)	6
Hypotension orthostatique	2 (1,48)	4 (2,31)	6
Erysipèle	2 (1,48)	4 (2,31)	6
Nutrition	5 (3,70)	1 (0,58)	6
Attente de placement	2 (1,48)	3 (1,73)	5
Escarre	5 (3,7)	0	5
Surdosage AVK	1 (0,74)	3 (1,74)	4
Perte de l'aidant	3 (2,22)	0	3
Pneumologie	1 (0,74)	2 (1,16)	3
Diabète	1 (0,74)	2 (1,16)	3
Oncologie	2 (1,48)	1 (0,58)	3
Rétention aigues urines	0	2 (1,16)	2
Thrombose	0	1 (0,58)	1
Soins palliatifs	2 (1,48)	0	2
Douleur	1 (0,74)	0	1
Urologie	1 (0,74)	1 (0,58)	2
Perte d'autonomie	1 (0,74)	0	1
Lipothymie/Vertiges	0	0	0

