



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE II
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Parcours de soins des patients consultant au Service d'accueil des Urgences
du Centre hospitalier d'Arras pour altération de l'état général
et leur devenir à un an

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 25 septembre 2014 à 16h
au pôle recherche

Par **Jérémy BACHELET**
Né le 09 octobre 1984 à Arras

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Monsieur le Docteur Jean Marie RENARD

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Enayet EDUN

**« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »**

Table des matières

REMERCIEMENTS	6
GLOSSAIRE	12
INTRODUCTION	14
MATERIEL ET METHODE	15
I. Type d'étude	15
II. Période de l'étude	15
III. Critères d'inclusion	15
IV. Recueil des données	15
V. Aspects Ethiques	18
RESULTATS	19
I. Etude descriptive	19
I.1. Caractéristiques de la population étudiée	19
I.1.1. Nombre de patients	19
I.1.2. Sexe des patients	19
I.1.3 Age des patients	19
I.2. Fréquence des admissions au SAU.....	20
I.3. Mode de vie	21
I.3.1. Autonomie	21
I.3.2 Lieu de vie	21
I.3.3. Vie au domicile et Aide à domicile.....	22
I.4. Antécédents	23
I.5. Moyen de transport.....	23
I.6. Etablissement du diagnostic d'AEG.....	24
I.7 Accueil aux Urgences sur recommandation d'un médecin de ville	24
I.8. Triade « Asthénie – Anorexie – Amaigrissement »	25
I.9. Examens complémentaires au SAU	26
II. Diagnostics retenus	27

III. Devenir des patients après le passage aux Urgences	29
III.1 Durée d'hospitalisation.....	29
III.2 Convalescence.....	30
III.3 Décès au cours de l'hospitalisation	30
III.4 Devenir dans l'année	31
III.5 Décès dans l'année	32
IV. Etude des décès durant l'hospitalisation	32
IV.1. Age et sexe des patients	32
IV.2. Mode de vie.....	33
IV.3. Antécédents	33
IV.4. Durée de l'hospitalisation	34
IV.5. Diagnostic	35
V. Etude des décès dans l'année.....	36
V.1. Age et sexe	36
V.2. Mode de vie.....	36
V.3. Durée de l'hospitalisation.....	37
V.4. Antécédents	38
V.5. Diagnostic.....	39
V.6. Devenir dans l'année.....	40
DISCUSSION	41
I. Critique de la méthode.....	41
I.1. Sélection des patients	41
I.2. Recueil des données	41
II. Caractéristiques de la population.....	42
II.1. Sexe	42
II.2. Age	43
II.3. Mode de vie.....	44
II.4. Jour, heure, mois d'arrivée	45
II.5. Antécédents	46

II.6.	Analyse des patients adressés par un médecin de ville	48
II.7.	Moyens de transport	49
II.8.	Analyse de la triade Asthénie-Anémie-Amaigrissement.....	49
III.	Examens complémentaires au SAU	51
IV.	Diagnostic	52
V.	Devenir du patient	53
V.1.	Post SAU	53
V.2.	Hospitalisation.....	54
V.3.	Etude des décès au cours de l'hospitalisation.....	55
V.3.1	Nombre de décès	55
V.3.2	Sexe et âge.....	56
V.3.3	Antécédents	56
V.3.4	Durée d'hospitalisation.....	56
V.3.5	Mode de vie	57
V.3.6	Diagnostic.....	57
V.4.	Devenir dans l'année	57
PERSPECTIVES ET CONCLUSION	59
ANNEXES	63
BIBLIOGRAPHIE	67
SERMENT D'HIPPOCRATE	73

GLOSSAIRE

SAU : Service d'Accueil des Urgences

AEG : Altération de l'état général

CHA : Centre Hospitalier d'ARRAS

CERIM : Centre d'Etudes et de Recherche en Informatique Médicale

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

BH : Bilan Hépatique

BU : Bandelette Urinaire

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

PCT : Procalcitonine

GDS : Gaz Du Sang

ASP : Abdomen Sans Préparation

TDM : Tomodensitométrie

ECG : Electrocardiogramme

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AIT : Accident Ischémique Transitoire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

GIR : Groupe Iso-Ressource

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des Nations Unies

DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques

INED : Institut national d'études démographiques

SAMU : Service d'aide médicale et d'urgences

INTRODUCTION

L'altération de l'état général (AEG) est une expression souvent utilisée en pratique médicale. Avec ou sans symptômes associés, il s'agit d'un motif fréquent de consultation en médecine de ville mais également aux urgences (1,2,3,4,5,6,7,8,9). Aucun équivalent n'est retrouvé dans la littérature médicale anglo-saxonne. L'AEG est une spécificité française (3,4,6,10) mais il n'y a pas véritablement de définition consensuelle précise. La CIM-10 ne la valorise pas vraiment (11). Cependant quelques ouvrages de médecine français comme « Redécouvrir l'examen clinique, clé du diagnostic selon Blétry » (12) définissent l'AEG comme un syndrome associant trois signes cliniques (asthénie, anorexie et amaigrissement), témoignant d'une détérioration de l'état de santé global de l'individu. De plus, il souligne que l'AEG peut être le seul signe révélateur de nombreuses maladies organiques. Les auteurs du livre « Gériatologie, Collection Pour le praticien » (13) prétendent que l'AEG n'est ni un signe, ni un symptôme. Elle correspondrait à une diminution des capacités fonctionnelles d'un individu.

Le syndrome d'AEG tient donc d'une définition assez floue, subjective et vague.

De nombreuses études (7,8,9) et thèses (1,2,3,4,5,6) démontrent que l'emploi du terme AEG est trop souvent mal utilisé. Pourquoi les médecins généralistes, urgentistes, gériatres ou autres, emploient-ils le terme AEG sachant qu'il ne répond pas véritablement à sa définition? Y-a-t-il une facilité de langage concernant l'utilisation du terme AEG ? Est-ce un terme qu'il faut proscrire ou mieux redéfinir ? Que se cache-t-il derrière le terme AEG ?

C'est pourquoi nous avons voulu dans cette étude :

- Déterminer les probabilités des étiologies sachant que les patients ont été étiquetés AEG aux urgences.
- Décrire ces patients et leur devenir dans l'année.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

L'étude abordée est une cohorte prospective, monocentrique et descriptive de l'altération de l'état général chez 265 patients admis au SAU du Centre Hospitalier d'ARRAS.

II. Période de l'étude

Elle s'est étalée sur une durée de 17 mois.

L'inclusion des patients dans l'étude s'est déroulée du 1^{er} décembre 2010 au 30 avril 2011.

Ils ont ensuite été suivis pendant un an.

III. Critères d'inclusion

Les 265 patients inclus dans l'étude ont été admis, soit :

- à la demande d'un médecin de ville avec un courrier sur lequel était porté le diagnostic ou le motif d'AEG, qu'il soit associé ou non à d'autres motifs ou symptômes.
- au SAU sans avoir consulté de médecin de ville au préalable. Le diagnostic d'AEG était alors posé par le médecin du SAU.

IV. Recueil des données

Les données ont été recueillies à partir des dossiers des patients archivés au SAU.

Les patients qui consultaient pour une AEG ont été inscrits sur le livre des entrées de l'accueil des Urgences. Tout patient admis était inscrit dans le logiciel de gestion des malades du CHA, CLINICOM © Société Siemens.

Lorsque le patient était adressé par un médecin de ville, ce dernier était systématiquement contacté par téléphone secondairement, dans les 48 heures suivant l'admission.

Le dossier informatisé du patient archivé au CHA a été consulté.

Lorsqu'il s'agissait d'un transfert de patient, les hôpitaux qui ont accepté le transfert ont été contactés afin de récupérer toutes les informations nécessaires à l'étude.

Pour chaque patient, les informations suivantes ont été portées sur le dossier informatisé :

La partie administrative était remplie par la secrétaire d'accueil :

- le sexe
- l'âge
- les jours, mois et heures d'admission
- le moyen de transport lors de son arrivée aux Urgences

L'infirmière d'accueil et d'orientation renseignait :

- les antécédents
- le mode de vie (autonomie, lieu de vie, entourage, aide à domicile)
- le nom du médecin qui a porté le diagnostic (médecin de ville ou médecin du SAU)

Le médecin du SAU complétait et remplissait le dossier du patient (antécédents, mode de vie, examen clinique, examens complémentaires, diagnostics, devenir du patient : retour à domicile ou hospitalisation...)

Pour chaque patient, une grille standardisée de recueil des données a été renseignée. Elle comportait les données pré-citées ainsi que :

- la nécessité réelle de la consultation aux Urgences par un appel téléphonique au médecin adresseur
- le bilan paraclinique réalisé par le médecin de ville (biologie, imagerie, autres ...)
- la présence ou l'absence d'asthénie, anorexie ou amaigrissement
- les examens complémentaires au SAU. Pour simplifier les résultats, nous avons regroupé NFS, CRP, TP/TCA, ionogramme sanguin, urée, créatinine, glycémie et calcémie en « bilan biologique standard ».
- le diagnostic principal (les diagnostics retenus ont été classés par les spécialités dont la pathologie relevait. Seul le diagnostic principal a été consigné dans le recueil)
- l'hospitalisation dans un service ou le retour sur le lieu de vie
- la durée de l'hospitalisation
- l'éventuel séjour dans un service de convalescence
- le décès après entrée aux Urgences
- le devenir du patient dans l'année par un appel au médecin traitant (reconsultation pour AEG, augmentation des aides à domicile, institutionnalisation, dégradation de l'autonomie, décès)

Tous les médecins traitants ont été systématiquement contactés, qu'ils soient adresseurs ou non, afin de recueillir des informations complémentaires pour le recueil sur les modes de vie, la présence de la triade anorexie, asthénie et amaigrissement (AAA) et l'état clinique du patient.

Remplies initialement à partir du logiciel microsoft excel, le CERIM a exploité les données grâce au logiciel : R version 3.2.0 (Copyright (C) 2013 The R Foundation for Statistical

Computing) pour réaliser les statistiques. La courbe de Kaplan Meier a été le principal test statistique utilisé pour suivre les décès des patients au cours de l'année. Les variables ont été analysées de manière descriptive.

V. Aspects Ethiques

Les données recueillies ont toutes été rendues anonymes. Elles ont été stockées sur un support unique et non partagé. Elles n'ont servi qu'à l'élaboration du présent travail. La base de données a été supprimée après traitement des données, en accord avec les obligations énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

S'agissant d'une recherche en soins courants, il n'a pas été nécessaire de déclarer ce travail auprès de la Commission pour la Protection des Personnes (CPP).

RESULTATS

I. Etude descriptive

I.1. Caractéristiques de la population étudiée

I.1.1. Nombre de patients

L'étude a porté sur un total de 265 patients.

18 dossiers incomplets ont été exclus de l'étude, les archives étant insuffisamment renseignées.

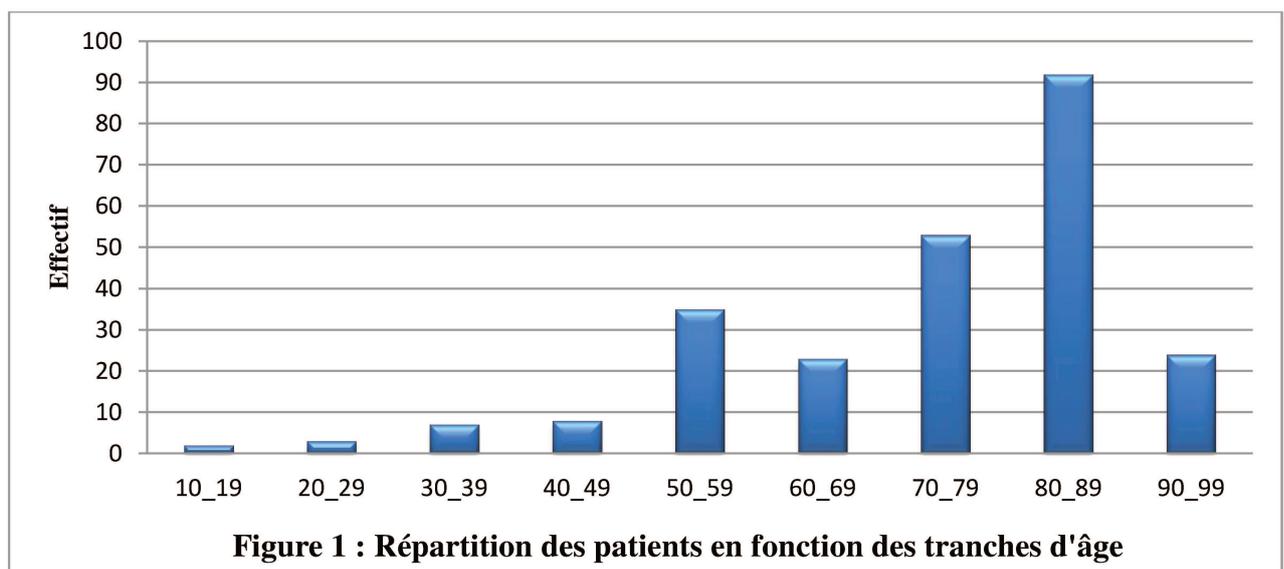
I.1.2. Sexe des patients

Sur l'ensemble de la population étudiée, on notait 127 femmes (51%) et 120 hommes (49%).

I.1.3 Age des patients

L'âge moyen des patients était de 73,38 ans. Il était de 72,07 ans pour les hommes et de 74,61 ans pour les femmes. La population étudiée a compris des sujets de 16 à 98 ans.

La médiane était de 79 ans.



I.2. Fréquence des admissions au SAU

Les admissions aux SAU retrouvaient plus d'admission en début de semaine avec 51 patients admis les lundis et 49 les mercredis. Les dimanches ont vu 14 patients admis.

Elles s'étalaient sur la journée avec un pic d'admission entre 13 h et 14 h. On a retrouvé 12 admissions de 20h jusqu'à minuit et 9 de minuit jusque 8h.

Durant l'année civile, 65 patients ont été admis en janvier et 60 en décembre. En avril, 35 patients ont été admis.

Figure 2 : Répartition des patients en fonction du jour d'arrivée

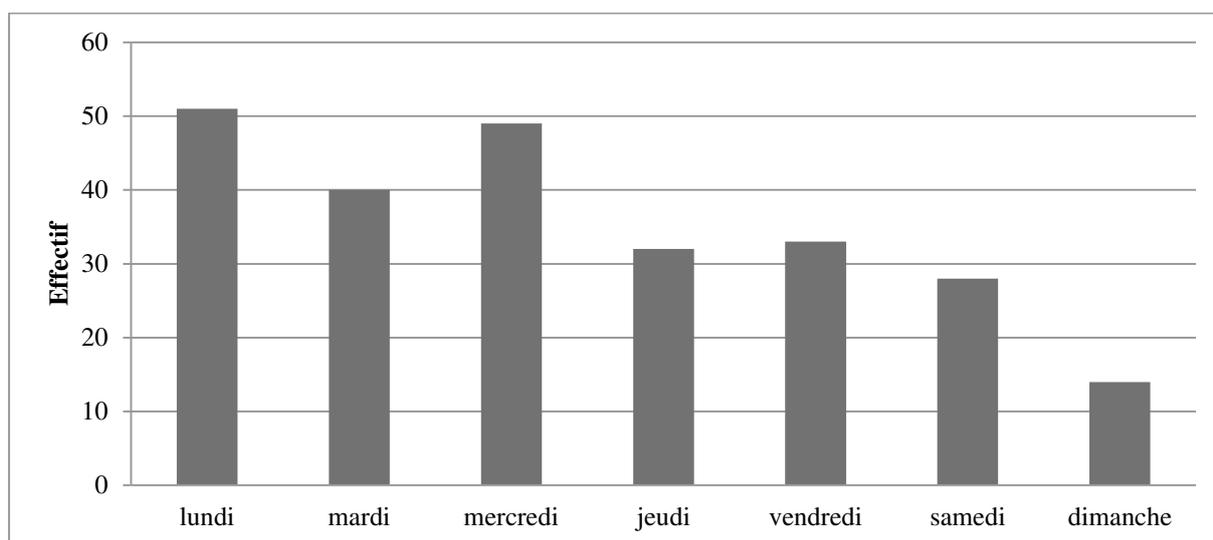


Figure 3 : Répartition des patients en fonction de l'heure d'arrivée

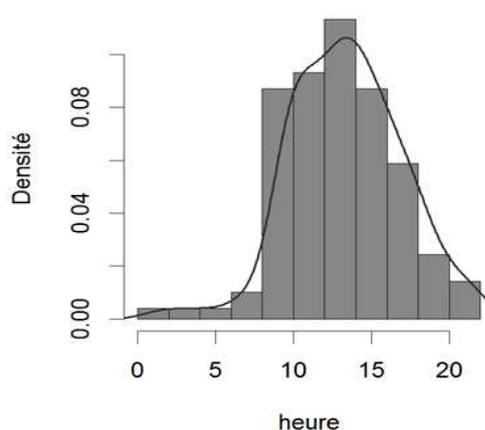
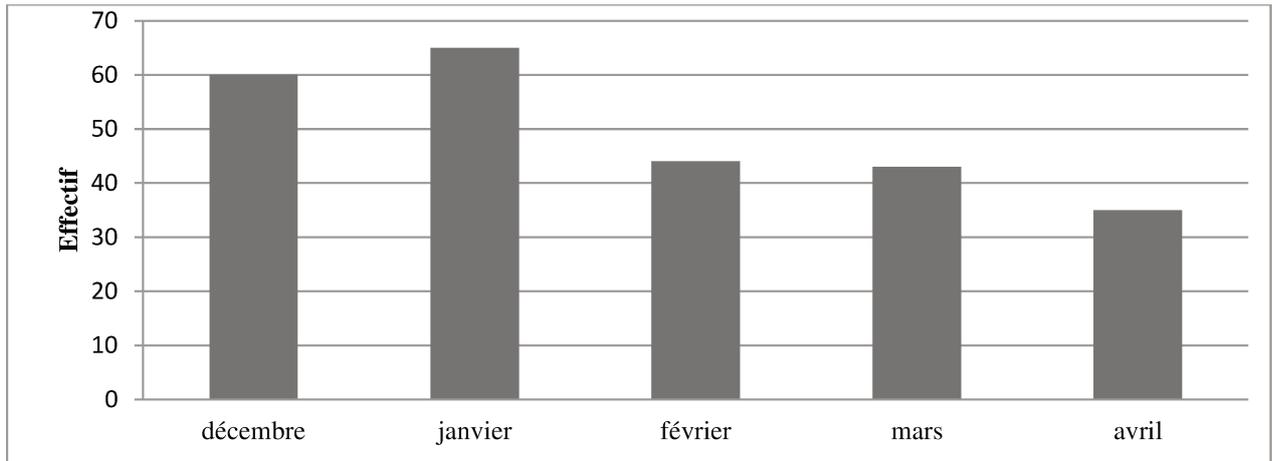


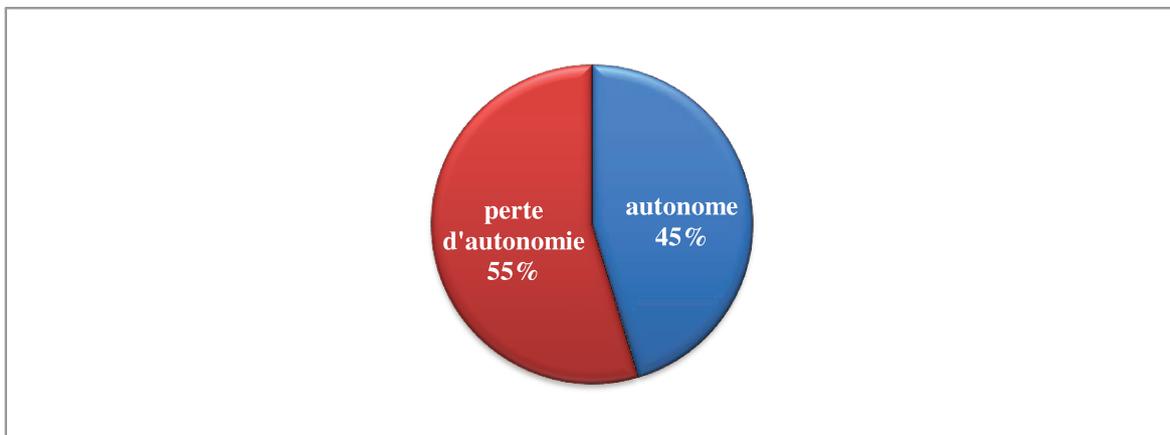
Figure 4 : Répartition des patients en fonction du mois d'arrivée



I.3. Mode de vie

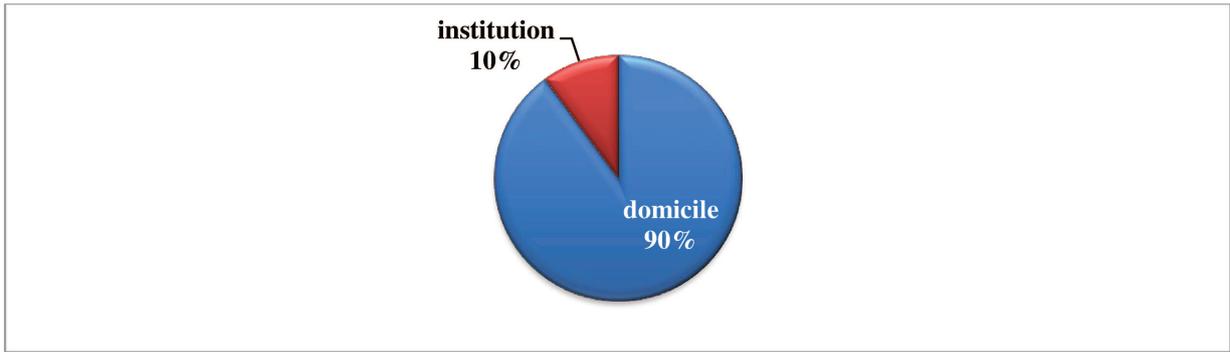
I.3.1. Autonomie

En ce qui concerne le mode de vie des patients, on a constaté que 112 patients (45%) étaient autonomes.



I.3.2 Lieu de vie

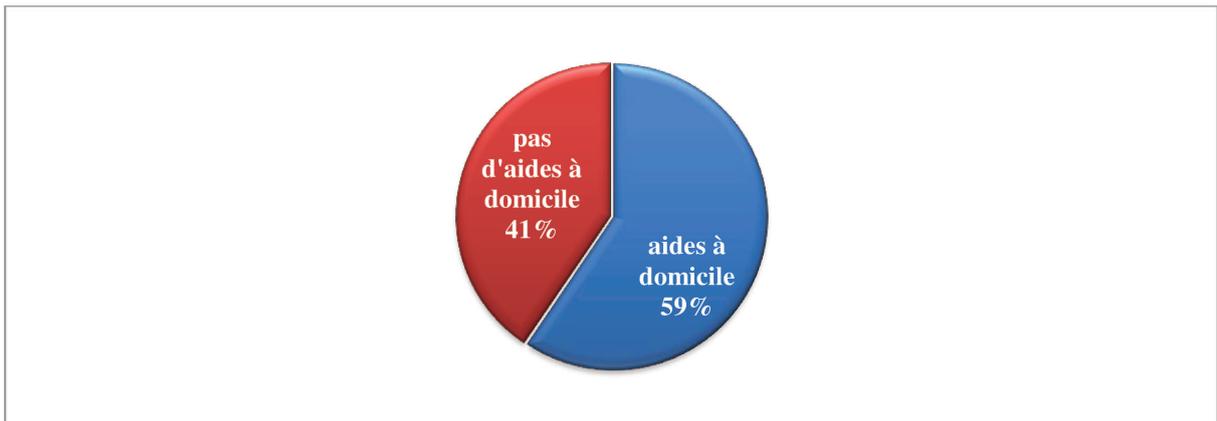
Deux cents vingt-deux patients (90%) vivaient au domicile contre 25 (10%) en institution.



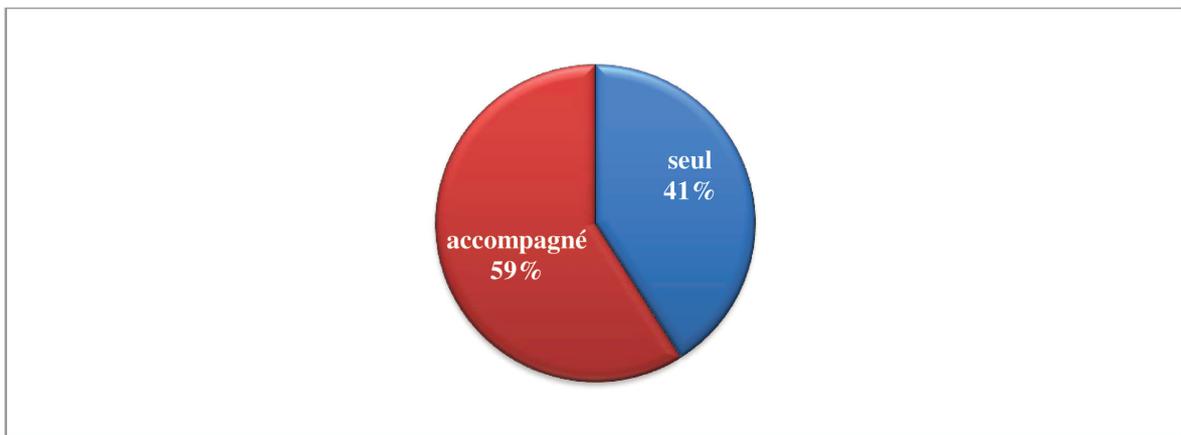
I.3.3. Vie au domicile et Aide à domicile

Sur les 222 patients vivants au domicile :

- 132 (59,46%) bénéficiaient d'une aide à domicile (infirmière, aide-ménagère, auxiliaire de vie)



- 131 (59%) vivaient accompagnés, en couple ou au sein de la famille, et 91 (41%) vivaient seuls.

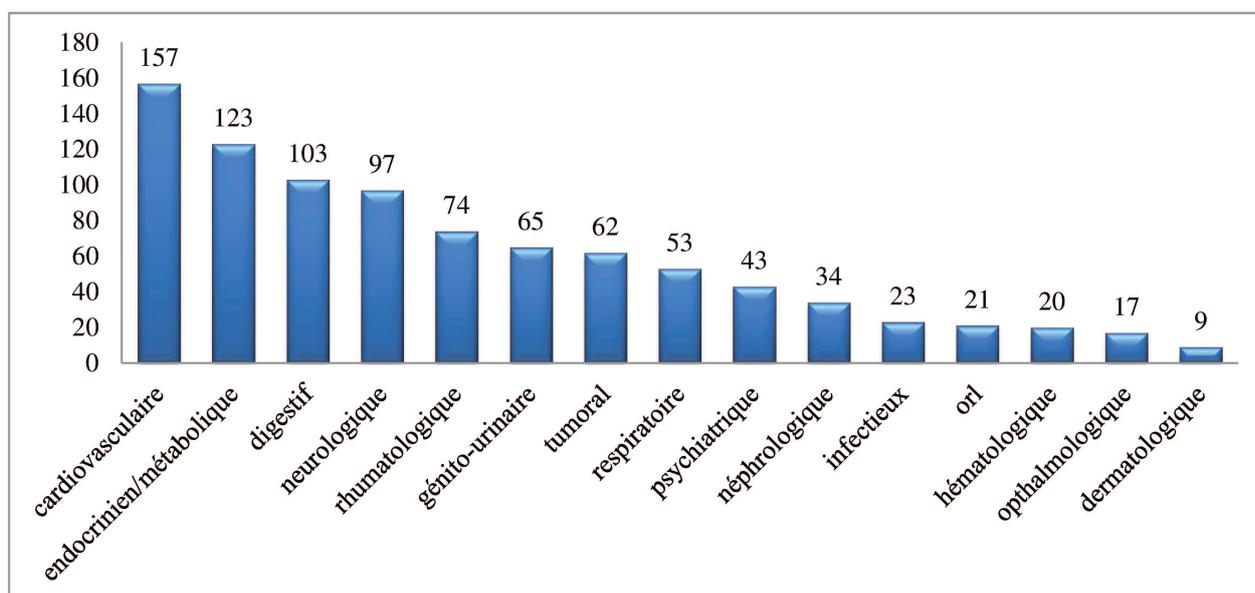


I.4. Antécédents

Parmi les patients, 81,78% d'entre eux présentaient au moins trois antécédents.

Les antécédents les plus fréquents étaient cardio-vasculaires, venaient ensuite les antécédents endocriniens/métaboliques.

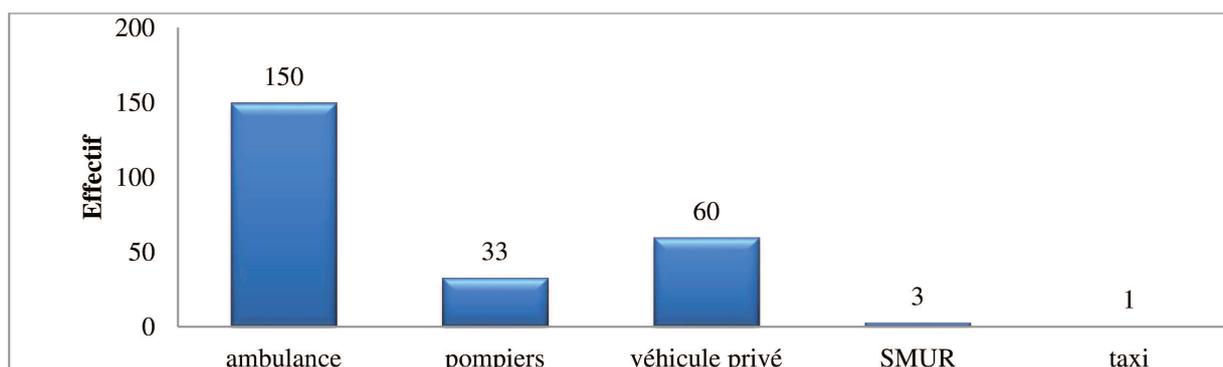
Figure 5 : Répartition des antécédents selon l'effectif



I.5. Moyen de transport

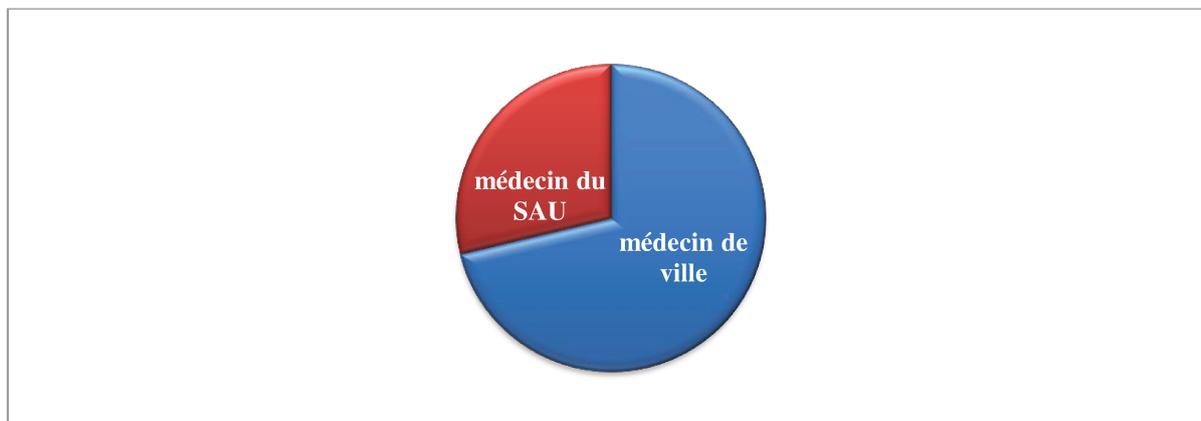
Soixante-et-un pour cent des patients sont arrivés au SAU en ambulance, alors que 24 % d'entre eux sont arrivés par leurs propres moyens.

Figure 6 : Répartition des patients selon le mode de transport



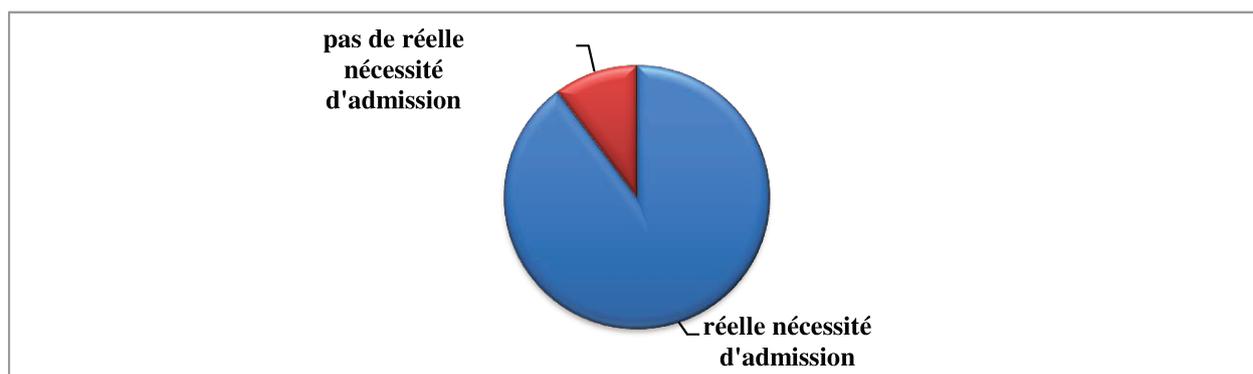
I.6. Etablissement du diagnostic d'AEG

Le diagnostic d'AEG a été établi par le médecin de ville pour 176 patients (71%) et par le médecin du SAU pour les 71 autres patients (29%) de l'étude.



I.7 Accueil aux Urgences sur recommandation d'un médecin de ville

Lorsque le patient était adressé aux SAU par un médecin de ville, on a constaté que 90% des médecins adresseurs étaient convaincus de la réelle nécessité d'une admission aux Urgences sans qu'il y ait d'autre alternative possible.



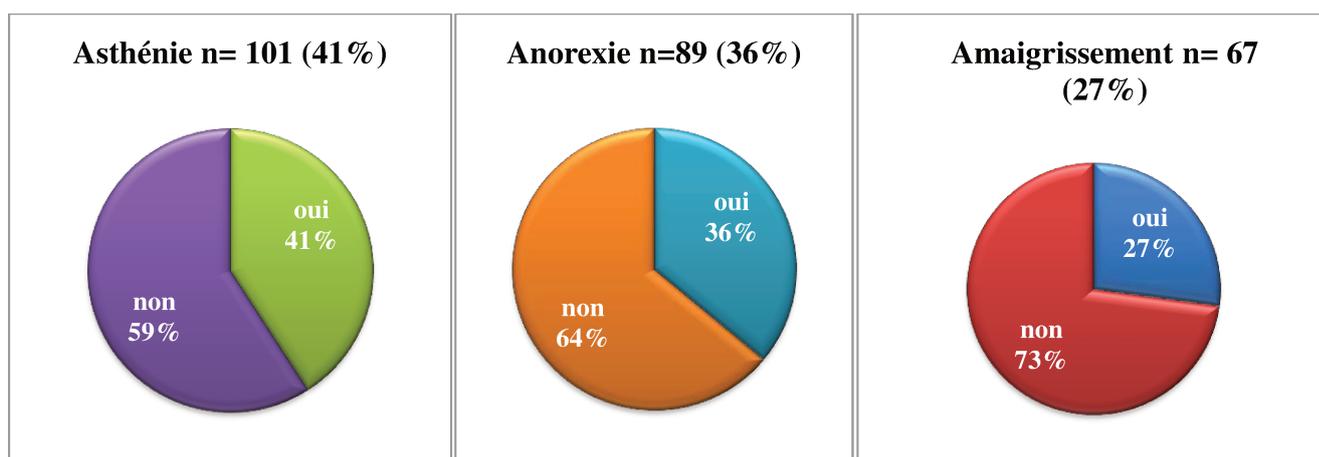
Chez les patients inclus, 54% avaient eu des examens biologiques en ambulatoire, précédant leur admission.

Les examens complémentaires ont été réalisés au préalable dans les proportions suivantes :

Examen	Nombre de patients	Ratio
Biologie	133	54%
Imagerie	22	9%
Autres	7	3%

I.8. Triade « Asthénie – Anorexie – Amaigrissement »

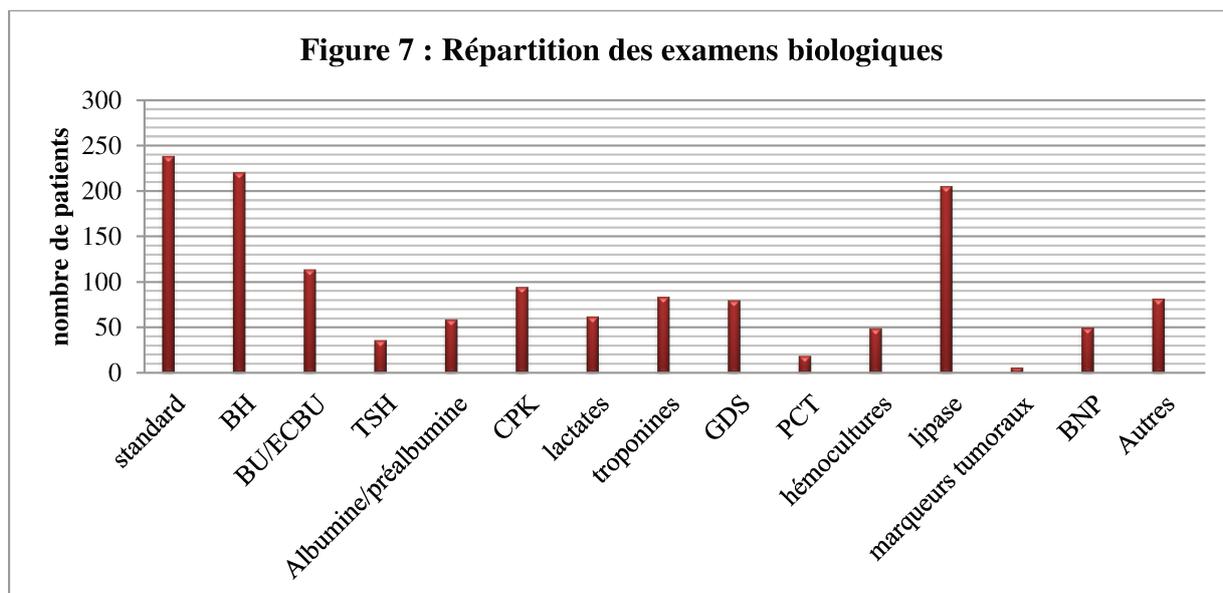
Le diagnostic a été établi dans les proportions suivantes :



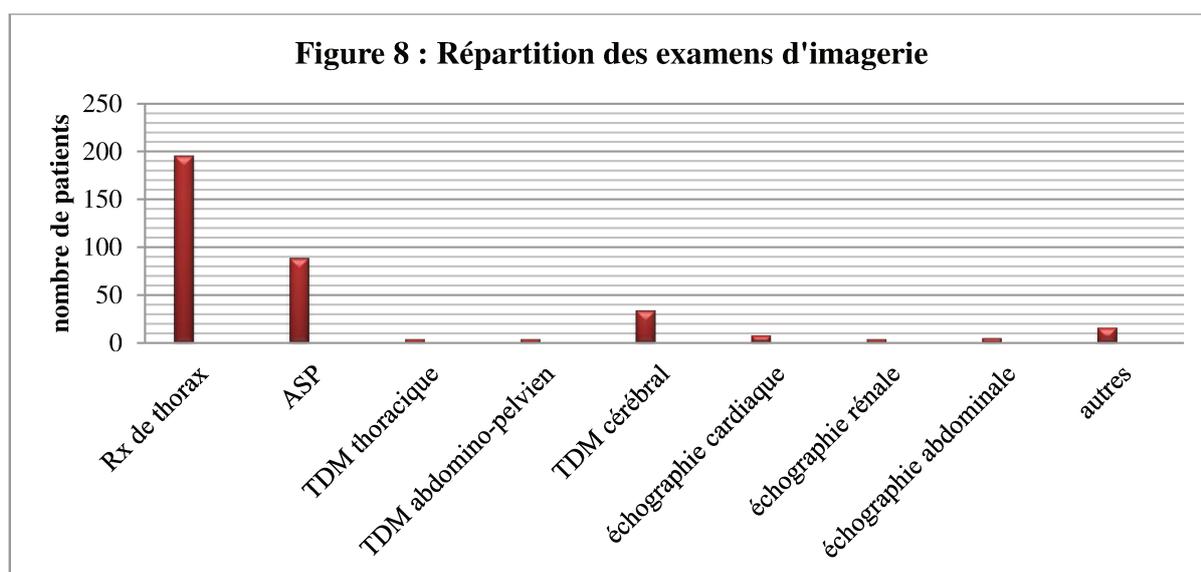
La triade Asthénie – Anorexie – Amaigrissement a été retrouvée chez 57 patients (23%).

I.9. Examens complémentaires au SAU

Le bilan biologique standard a été réalisé chez 97% des patients, le bilan hépatique chez 89% des patients, le bilan pancréatique chez 83% des patients. La BU et/ou l'ECBU ont été réalisés chez 46% des patients. Les autres bilans biologiques ont été réalisés chez moins de 100 patients.



En imagerie, 79% des patients ont eu une radiographie de thorax. L'ASP a été réalisé chez 36% des patients.



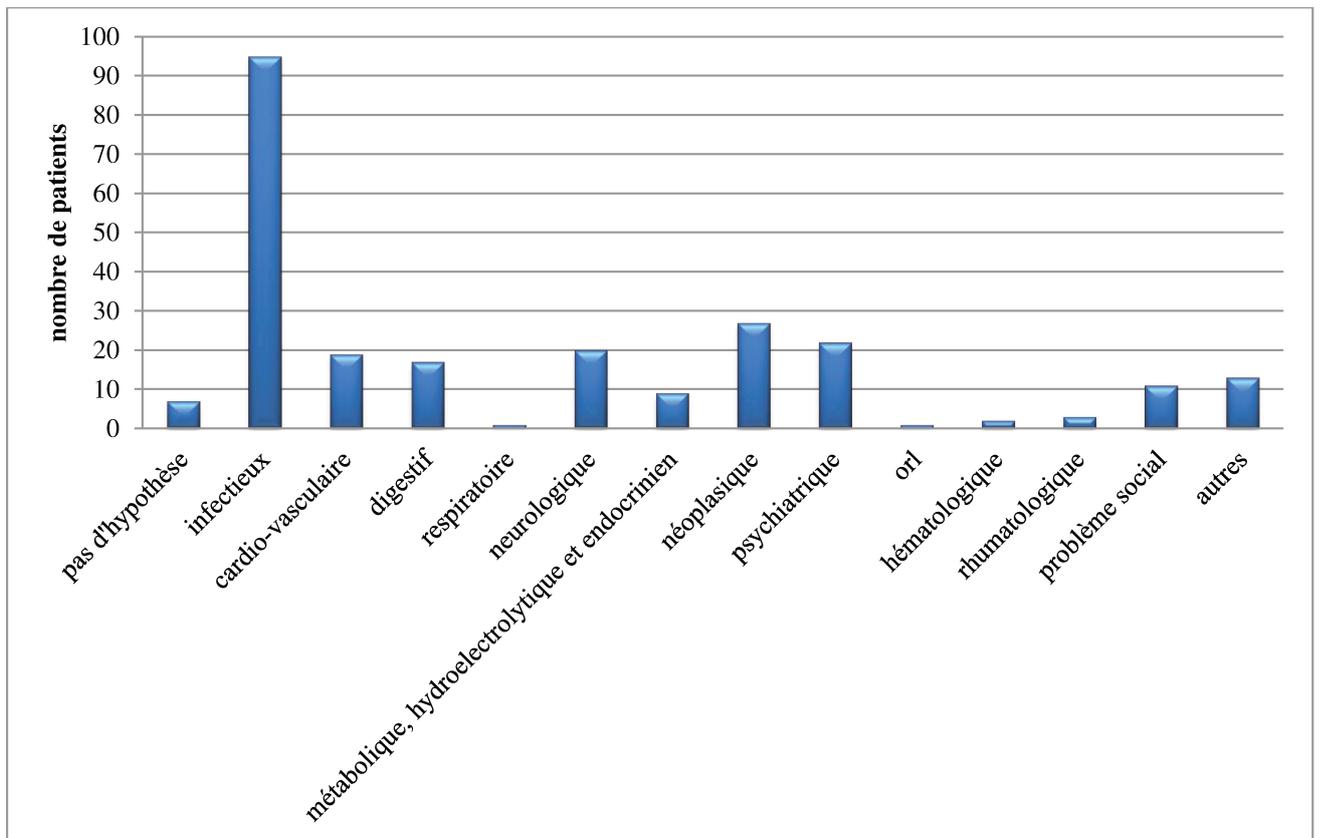
L'ECG a été réalisé chez 97% des patients.

II. Diagnostics retenus

La pathologie infectieuse a été diagnostiquée chez 95 patients (38,46%). 27 patients (10,93%) ont eu pour diagnostic principal une pathologie néoplasique.

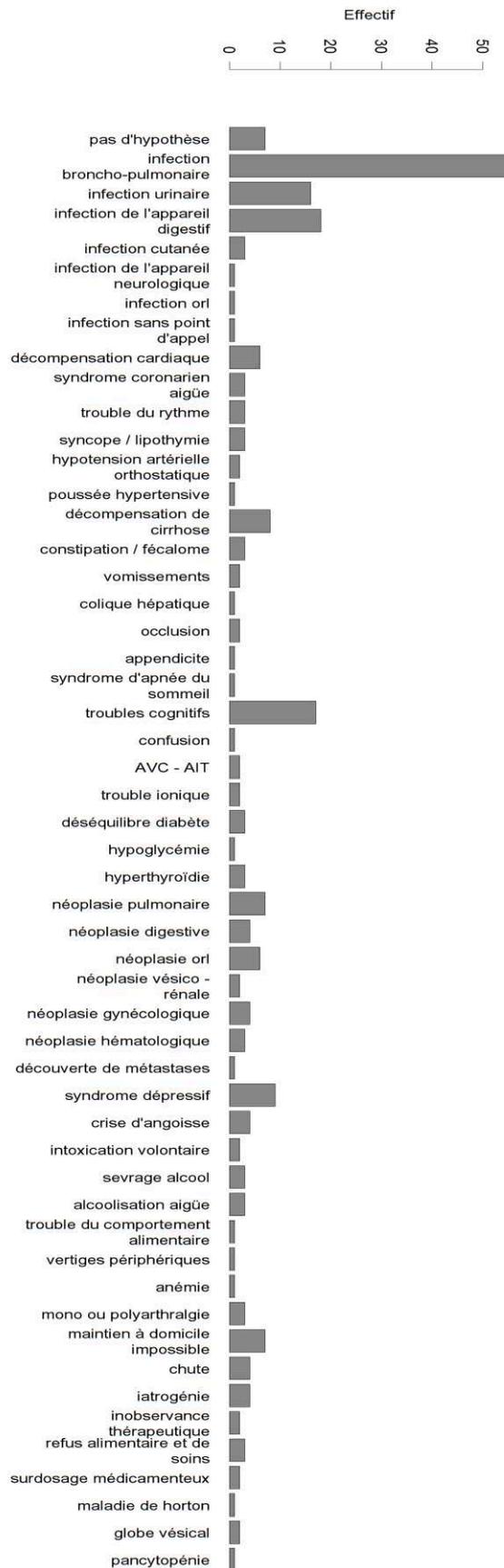
Il n'a pas été posé de diagnostic chez 7 patients.

Figure 9 : Répartition des diagnostics principaux



Dans notre étude, 55 patients, soit 22%, présentaient une infection broncho-pulmonaire.

Figure 10 : Répartition des diagnostics principaux détaillés

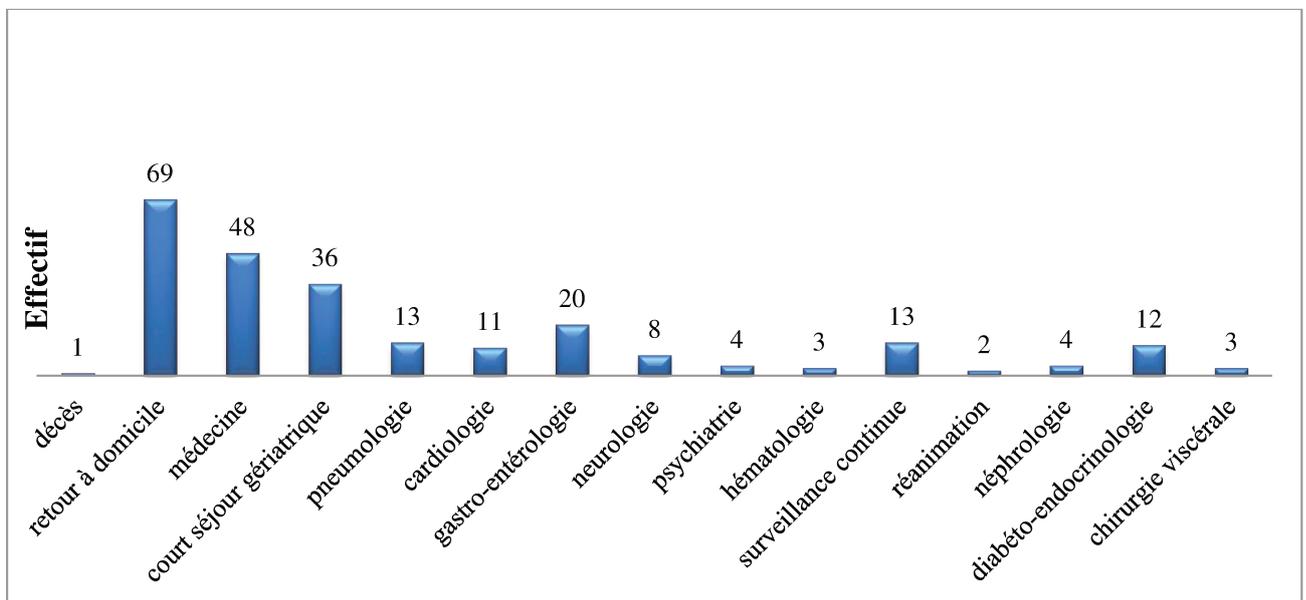


III. Devenir des patients après le passage aux Urgences

Sur les 247 patients qui ont consulté aux Urgences :

- 1 est décédé directement aux urgences
- 69 sont retournés à leur domicile, soit 28%
- 48 ont été hospitalisés en médecine, soit 19%
- 36 ont été hospitalisés en court séjour gériatrique, soit 15%

Figure 11 : Devenir des patients après le passage aux urgences

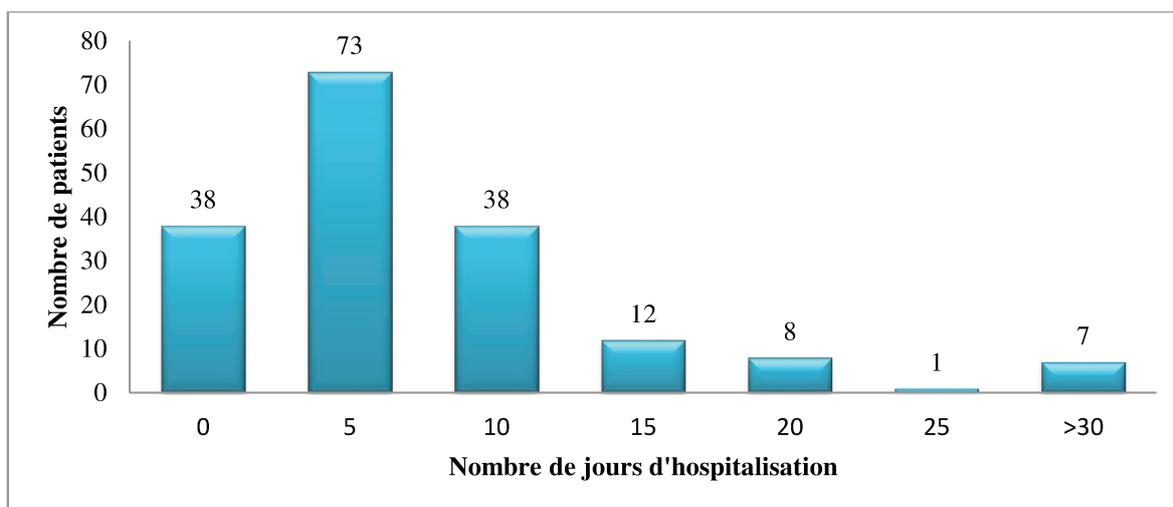


III.1 Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation dans les différents services était de 11,16 jours sans prendre en compte la durée d'hospitalisation de certains patients en service de convalescence.

Si nous prenons en ligne de compte la durée de la convalescence, la durée moyenne d'hospitalisation était à 16,77 jours du jour d'entrée aux Urgences au jour de sortie effective.

Figure 12 : Report dans le temps de la durée moyenne d'hospitalisation



Sur les 247 personnes accueillies, 177 patients, soit 71,66% ont été hospitalisés :

- 111 patients ont séjourné ≤ 10 jours (62,71%)
- 7 patients ont séjourné plus de 30 jours (3,95%)

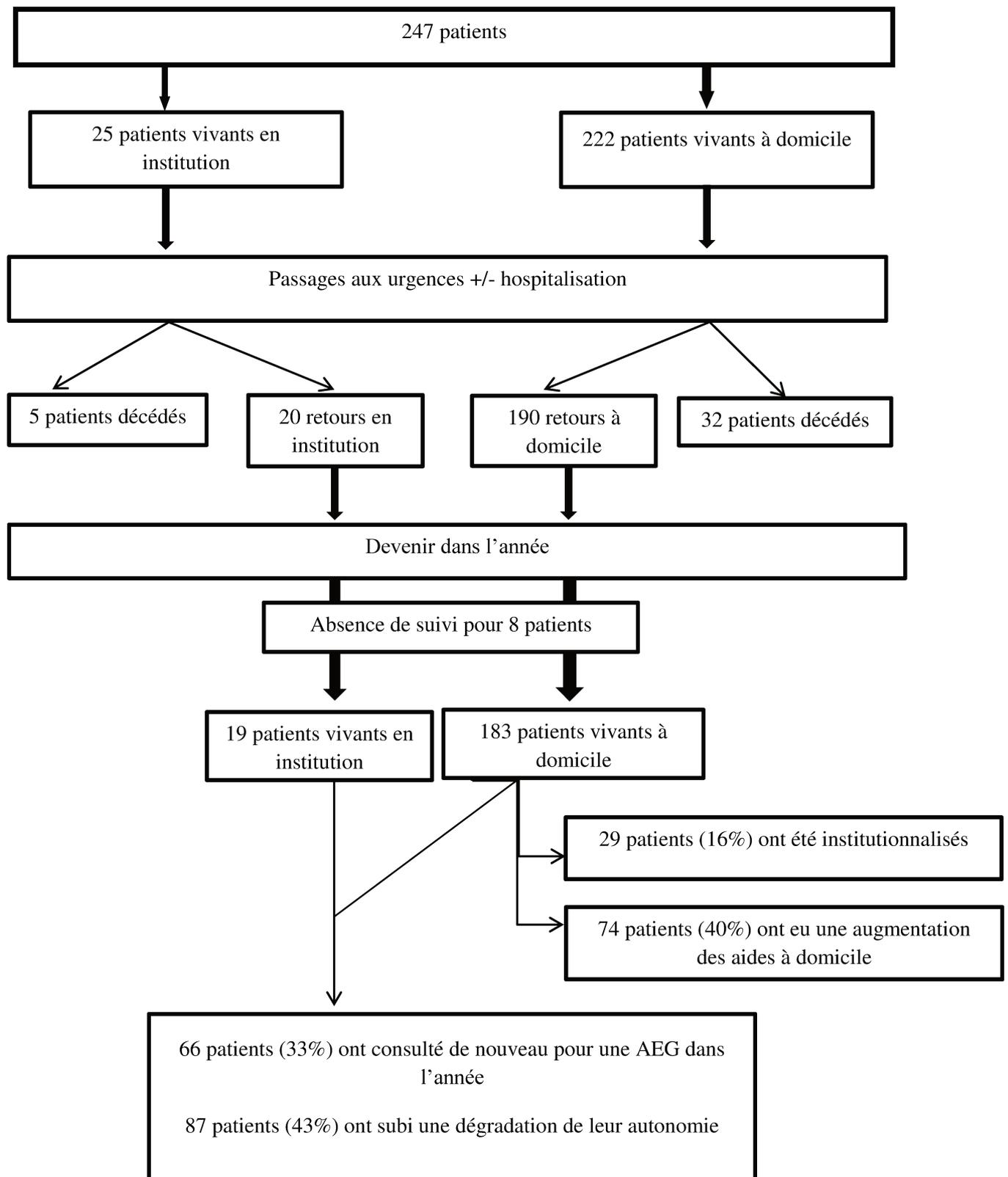
III.2. Convalescence

Sur les 247 patients, 41 ont intégré un service de soins de suite et de réadaptation, soit 17 % des patients.

III.3. Décès au cours de l'hospitalisation

37 patients sont décédés au cours de leur hospitalisation soit 15% des 247 patients.

III.4. Devenir dans l'année



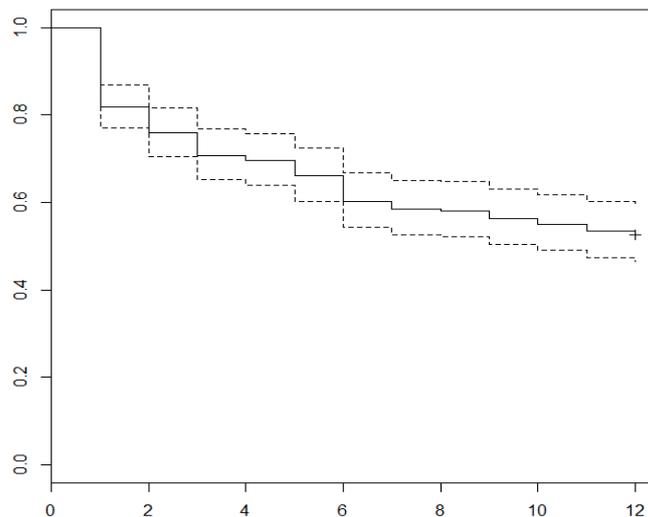
III.5. Décès dans l'année

Onze patients n'ont pu être suivis.

Au cours de l'année qui a suivi leur passage aux Urgences, 47.46% des patients soit 112 patients sur les 236 initialement admis aux Urgences sont décédés.

Lors de l'analyse de la courbe Kaplan-Meier, les décès ont diminué après le premier mois, avec une tendance à se stabiliser à 6 mois.

Figure 13 : Courbe de Kaplan-Meier : suivi des décès au cours de l'année



IV. Etude des décès durant l'hospitalisation

Trente-sept patients (15%) sont décédés au cours de leur hospitalisation.

IV.1. Age et sexe des patients

Au nombre des décès, on comptait 23 hommes (62,16%) et 14 femmes (37,84%).

La moyenne d'âge était de 74,84 ans. Elle était de 74,30 ans pour les hommes et de 75,71 ans pour les femmes.

IV.2. Mode de vie

Sur ces 37 patients :

- 29 étaient en perte d'autonomie (78,38%)
- 32 vivaient au domicile (86,5%) et les 5 autres en EHPAD (13,5%)
- 23 avaient recours à une aide à domicile (62,16%)
- 13 étaient seuls au domicile (40,63%) et 19 accompagnés (59,37%)

IV.3. Antécédents

Vingt et un patients avaient des antécédents cardio-vasculaires. Des antécédents concernant l'appareil digestif étaient retrouvés chez 19 patients.

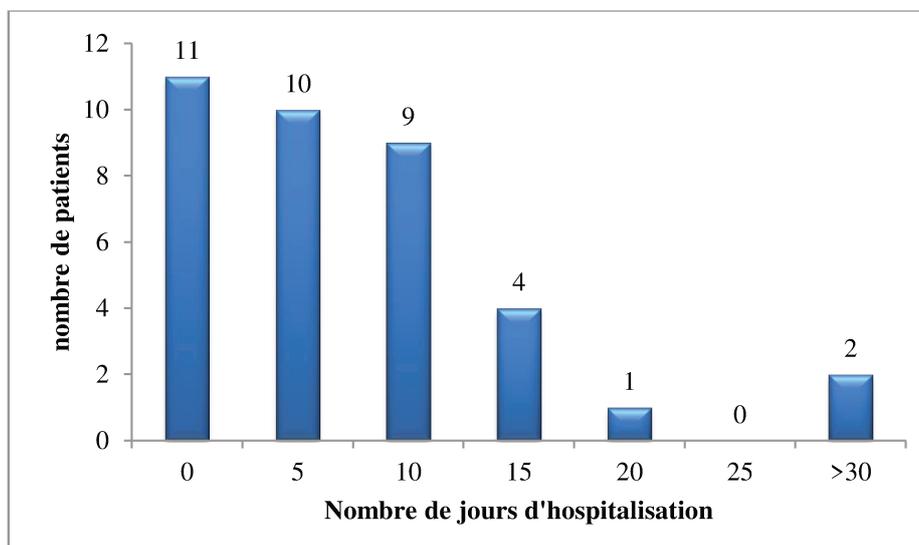
Antécédents	Nombre de patients	Ratio
Cardio-vasculaire	21	56,75%
Appareil digestif	19	51,35%
Neurologique	18	48,65%
Endocrinien/métabolique	15	40,55%
Néoplasique	13	35,15%
Respiratoire	10	27,05%
Rhumatologique	9	24,35%
Génito-urinaire	9	24,35%
infectiologie	6	16,20%
Hématologique	5	13,50%
ORL	4	10,80%
Néphrologique	4	10,80%
Psychiatrique	3	8,10%%

Ophthalmologique	1	2,70%
Dermatologique	0	0,00%

IV.4. Durée de l'hospitalisation

La durée moyenne avant décès était de 11,14 jours

Figure 14 : Report dans le temps de la durée moyenne d'hospitalisation avant le décès



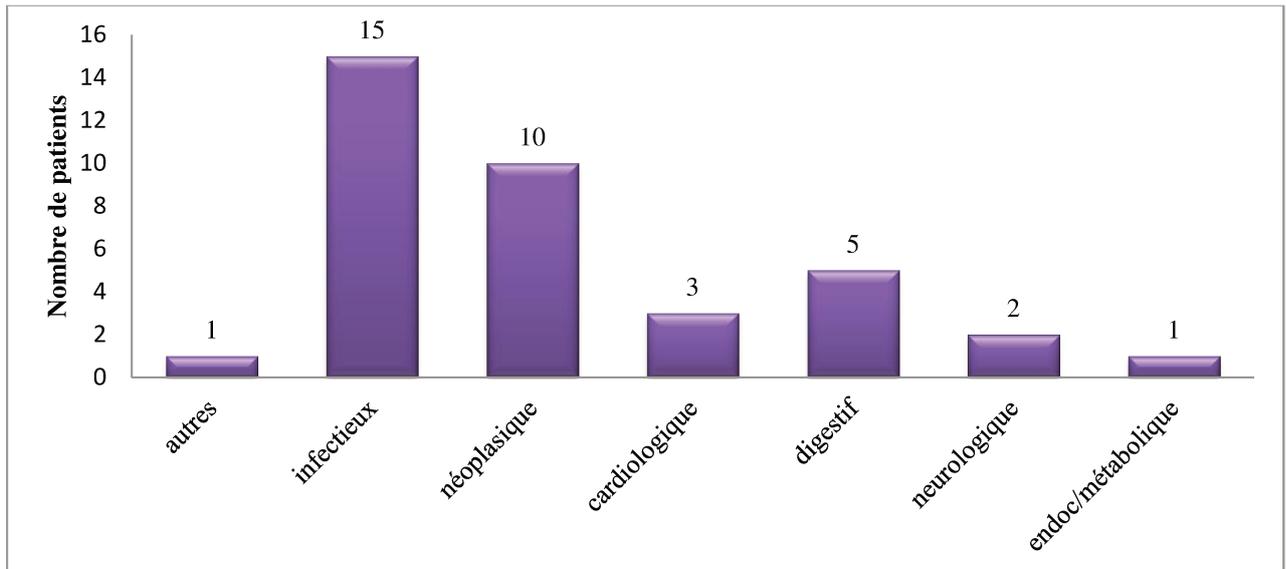
Les décès sont intervenus :

- dans les 5 jours de l'hospitalisation : 29,73%
- dans les 10 jours de l'hospitalisation : 56,76%
- dans les 15 jours de l'hospitalisation : 81,08%

IV.5. Diagnostic

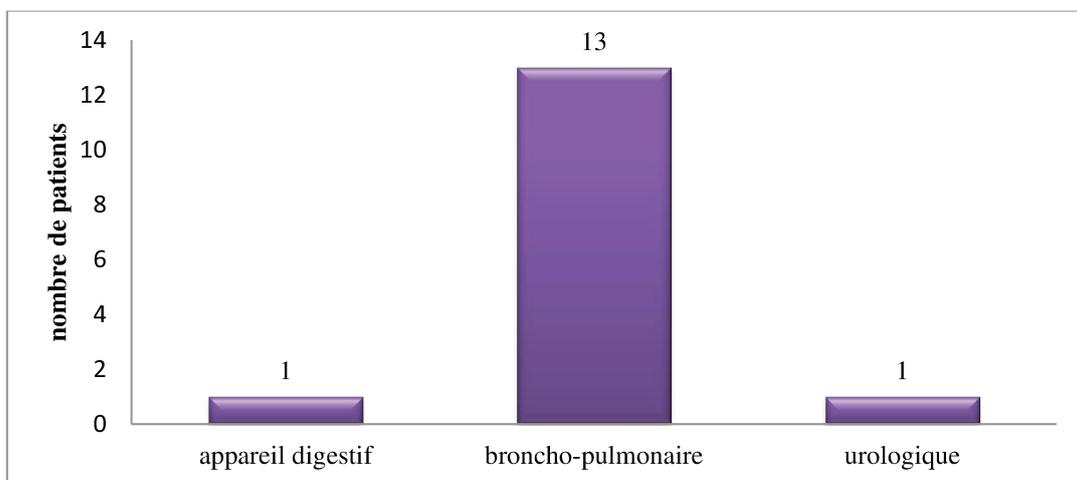
La pathologie infectieuse a été retrouvée chez 15 patients et la pathologie néoplasique chez 10 patients.

Figure 15 : Répartition des diagnostics chez les patients décédés



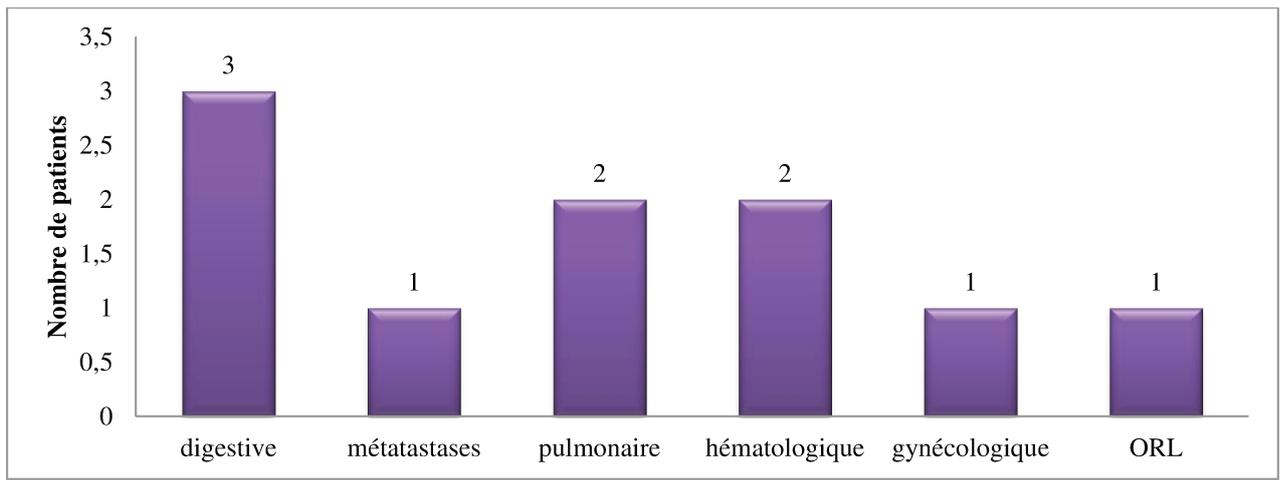
Lorsqu'on détaille les diagnostics infectieux, l'infection broncho-pulmonaire a été diagnostiquée chez 13 patients.

Figure 16 : Répartition des diagnostics infectieux chez les patients décédés



Lorsqu'on détaille les diagnostics néoplasiques, la pathologie tumorale digestive a été retrouvée chez 3 patients. Les pathologies hématologiques et pulmonaires ont été diagnostiquées chez 2 patients.

Figure 17 : Répartition des diagnostics néoplasiques chez les patients décédés



V. Etude des décès dans l'année

Cent douze décès ont été constatés dans l'année.

V.1. Age et sexe

L'âge moyen était de 77,87 ans pour une moyenne de 75,71 ans pour les hommes (61 patients) et 79,60 ans pour les femmes (51 patientes).

V.2. Mode de vie

Sur ces 112 patients :

- 79 étaient en perte d'autonomie (70,54%)
- 95 vivaient au domicile (84,82%) et 17 en institution (15,18%)

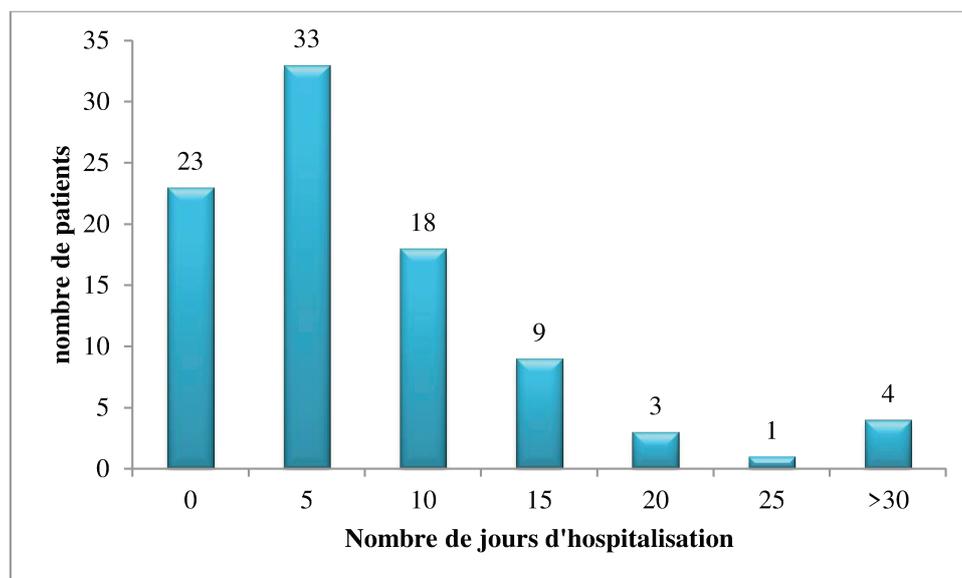
Sur les 95 patients qui vivaient au domicile :

- 27 avaient recours à une aide à domicile (28,42%)
- 33 résidaient seuls au domicile (34,74%) et 62 accompagnés (65,26%)

V.3. Durée de l'hospitalisation

Quatre-vingt-onze patients sur les 112 ont été hospitalisés et 37 sont décédés durant leur hospitalisation.

Figure 18 : Report dans les temps de la durée moyenne d'hospitalisation chez les patients décédés dans l'année



- 61,54% ont séjournés ≤ 10 jours
- 81,32% ont séjournés ≤ 15 jours

V.4. Antécédents

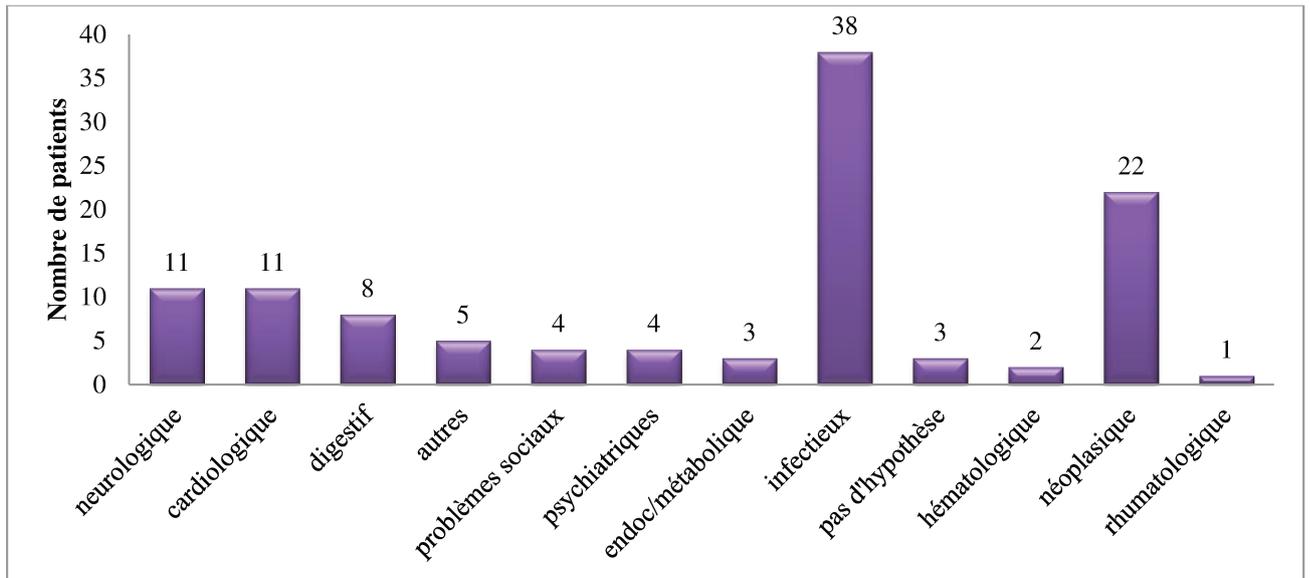
Des antécédents cardio-vasculaires étaient présents chez 69% des patients.

Maladie	Nombre de patients	Ratio
Cardio-vasculaire	77	68,75%
Digestif	53	47,30%
Neurologique	50	44,65%
Endocrinien/métabolique	46	41,10%
Néoplasique	43	38,40%
Rhumatologique	37	33,05%
Génito-urinaire	36	32,15%
Respiratoire	28	25%
Psychiatrique	16	14,30%
Néphrologique	14	12,50%
ORL	13	11,60%
Hématologique	12	10,70%
Infectieux	10	8,95%
Ophtalmologique	4	3,60%
Dermatologique	2	1,80%

V.5. Diagnostic

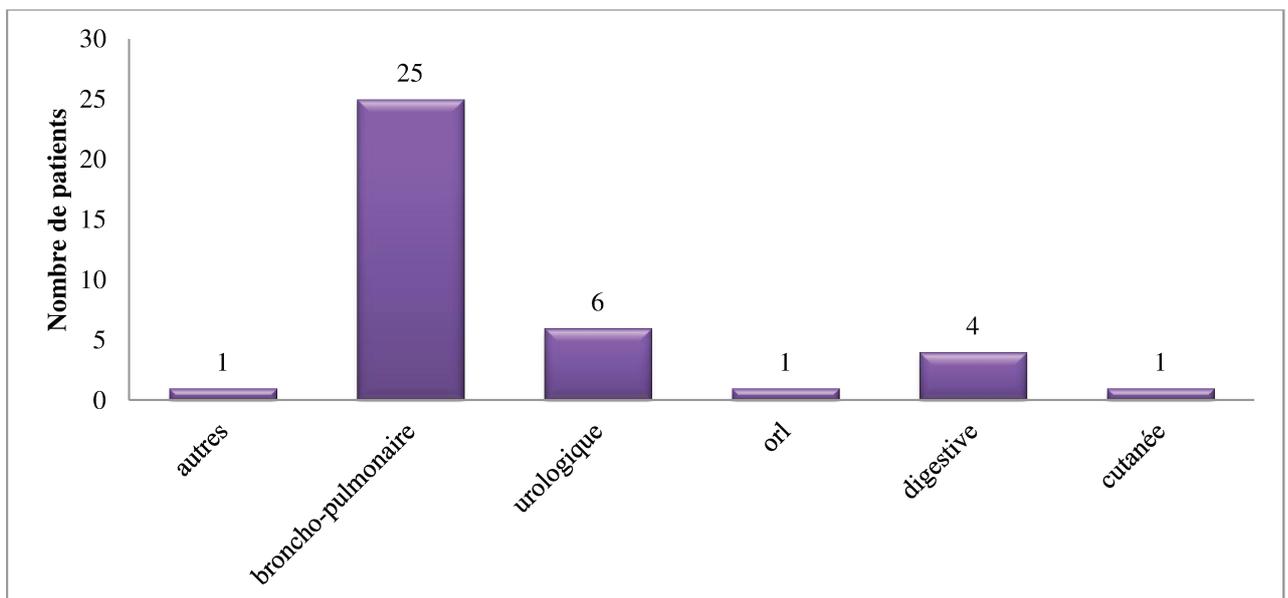
La pathologie infectieuse a été retrouvée chez 38 patients (34 %) et la pathologie néoplasique dans 20% des diagnostics.

Figure 19 : Répartition des diagnostics chez les patients décédés dans l'année

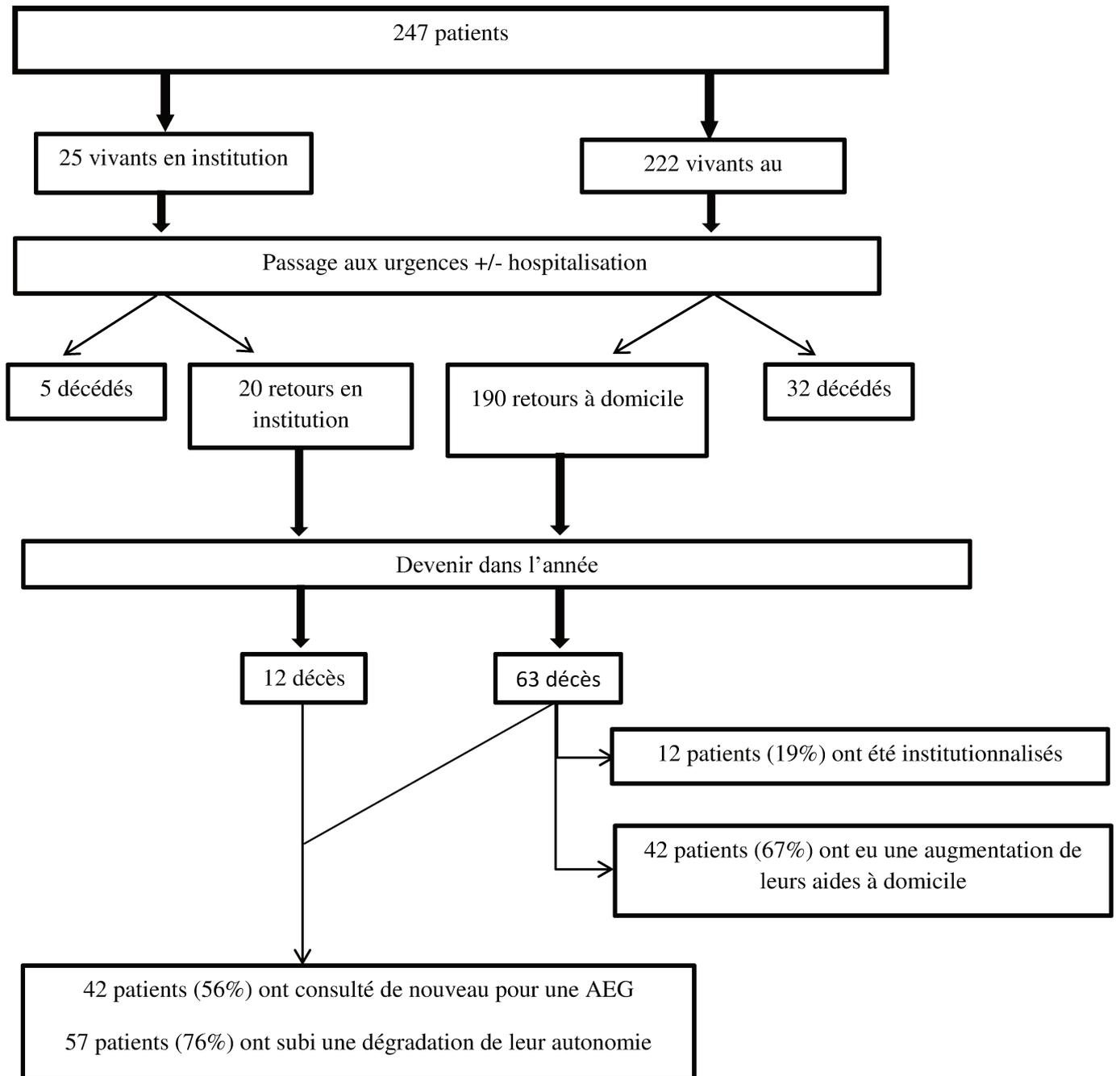


Lorsqu'on détaille les diagnostics infectieux, l'infection broncho-pulmonaire a été diagnostiquée chez 25 patients (22%).

Figure 20 : Répartition des diagnostics infectieux chez les patients décédés dans l'année



V.6. Devenir dans l'année



DISCUSSION

I. Critique de la méthode

I.1. Sélection des patients

Dans notre étude, nous avons inclus l'ensemble des patients adressés aux urgences pour une AEG sans restriction d'âge, par un médecin de ville mais également ceux pour lesquels le médecin du SAU portait ce diagnostic.

D'autres thèses (1,2,3,4,5,6) ont été faites sur le syndrome d'AEG aux urgences. Certaines d'entre elles n'ont inclus que les patients adressés par un médecin de ville avec un courrier et d'autres étaient similaires à notre étude.

Il existe un biais de sélection dans notre étude. Certains patients ont été étiquetés « AEG » et donc inclus dans l'étude, alors que d'autres médecins ne les auraient pas étiquetés de cette manière. GOLDBERG et LUCE (14), BERNARD et LAPOINTE (15) décrivent dans leurs études respectives ce phénomène.

18 patients étiquetés AEG ont été exclus de l'étude pour manque de données.

I.2. Recueil des données

Les données ont pu être recueillies à l'aide du logiciel informatique Clinicom où sont classées les archives ainsi que les dossiers médicaux papiers.

Parfois, des données manquaient et l'appel systématique des médecins traitants permettait en général de compléter le recueil.

- Lorsque les patients étaient transférés dans un autre hôpital, les archives de ce même hôpital ont pu être examinées pour étudier la durée de séjour et le devenir du patient. Cependant, il a été difficile de récupérer les diagnostics principaux.

L'analyse de la littérature n'a pu trouver des éléments explicatifs ou comparatifs.

- Pour les aides à domicile, il a été très compliqué de définir précisément et pour tous les patients quelle était la nature de ces aides (ménagère, infirmière, auxiliaire de vie,...) ainsi que leur durée.
- Concernant l'autonomie des patients, il a été également très difficile d'en définir précisément le degré. La grille nationale AGGIR permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance physique ou psychique d'une personne âgée dans l'exécution des gestes de la vie quotidienne. En fonction de son degré de dépendance, la personne âgée est raccordée à un GIR (16). Cependant lors du recueil des données, le GIR du patient était très peu renseigné.

II. Caractéristiques de la population

II.1. Sexe

Notre étude a retrouvé une très légère prédominance féminine (51%). Elle était plus nette sur la population de plus de 75 ans (56,05%).

Ces chiffres sont assez similaires avec les autres thèses faites sur l'AEG (1,2,3,4,6), bien qu'ils soient plus importants (entre 52 et 56%). Seule la thèse de PERROUX (5) retrouvait une prédominance masculine de 56%.

D'après l'INSEE (17), la population totale française comptait 51,6% de femmes au 1^{er} janvier 2010. Les hommes étaient majoritaires avant 25 ans. Après cet âge, ce sont les femmes qui étaient les plus représentées, surtout après 75 ans.

La population française comptait 51,7% de femmes en 2010 dans le département du Pas de Calais d'après l'INSEE (18), ce qui est équivalent à la population totale.

II.2. Age

La moyenne d'âge dans cette étude était de 73,38 ans avec un âge moyen plus élevé pour les femmes : 74,61 ans contre 72,07 ans pour les hommes. La médiane était de 79 ans.

Les autres analyses (1,2,3,4,5,6) trouvaient également des chiffres comparables (entre 76 et 78 ans de moyenne d'âge) bien que notre population soit un peu plus jeune.

Selon l'OMS (19), il est difficile de donner une définition unique d'une personne âgée. L'ONU a défini l'âge de 60 ans comme celui de la transition.

Cent quatre-vingt-douze patients (77,73%) de notre étude ont plus de 60 ans, soit 105 femmes (42.51%) et 87 hommes (57.79%) et 157 patients (63,56%) ont plus de 75 ans.

Notre étude présentait donc une majorité de personnes âgées.

D'après l'INSEE (20), la population française continue de vieillir. La proportion de personnes âgées de plus de 60 ans augmente plus fortement que celle de moins de 60 ans.

La population du Nord-Pas-de-Calais vieillit également mais reste la plus jeune en France derrière l'Île-de-France. (21)

Si la tendance de la population française est de vieillir et que les patients consultants pour AEG aux urgences sont en majorité des personnes âgées, il se pourrait que dans les années à venir un nombre plus important de patient soit étiqueté AEG aux urgences.

II.3. Mode de vie

Dans l'étude, 55% des patients avaient une perte d'autonomie, qu'elle soit partielle ou totale.

La majorité des patients de notre analyse vivait au domicile (90%). 41% vivaient seuls et 59% bénéficiaient d'une aide à domicile quelle que soit sa nature (infirmière, aide-ménagère, auxiliaire de vie,...).

Les autres thèses sur l'AEG (1,2,3,4,5,6) trouvaient un chiffre entre 74 et 85% patients vivants au domicile. Elles retrouvaient entre 38 et 43% patients vivants seuls et entre 20 et 35% d'aides à domiciles.

Notre étude retrouvait une plus grande quantité de patients vivants au domicile. Plus de la moitié bénéficiaient d'une aide à domicile et vivaient accompagnés d'une personne proche.

Nous retrouvons des résultats différents des autres travaux. Il est possible qu'ils aient été sous-estimés dans les autres thèses, entraînant un biais de sélection non négligeable. De plus, ces thèses ont été réalisées dans des régions diverses, à une période différente. En effet, d'après une étude de l'INSEE, la perte d'autonomie et la part de personnes de plus de 60 ans du département du Pas-de-Calais qui sont allocataires de l'APA et d'aides à domicile sont plus importantes que la moyenne nationale. Le Pas-de-Calais est celui qui présente le pire état de santé dans la région. (22)

Le vieillissement s'accompagne d'une augmentation du risque de perte d'autonomie et par conséquent d'une augmentation des situations de dépendance nécessitant une aide. Le

vieillesse de la population française conduira dans les années à venir à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. (23)

II.4. Jour, heure, mois d'arrivée

Les consultations au SAU étaient plus nombreuses en décembre et en janvier, ce qui correspond à l'hiver. Les admissions au SAU étaient moins fréquentes en avril. Cependant, l'étude n'a pas analysé les 7 autres mois de l'année.

Elles étaient moins nombreuses le dimanche. Les patients ont consulté essentiellement en début de semaine. La fréquentation au SAU le samedi était équivalente aux jours de semaine, ce qui a également été remarqué dans les thèses de DURAND (4) et de JOLLY (6). Ce dernier constatait même un pic d'admission le samedi.

En ce qui concerne la répartition des arrivées au SAU, on observait un plus grand nombre d'entrées durant la journée, avec une plus grande fréquentation entre 13 et 14 heures, et très peu la nuit.

Les gardes des médecins généralistes pendant la période de l'étude étaient régulées de 20h jusque 8h en semaine, de 12h jusque 8h le samedi et de 8h à 8h le dimanche. (24).

Après la fermeture des cabinets médicaux, il n'y avait que le médecin de garde du secteur pour adresser les patients aux urgences avec un courrier. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que le fait d'avoir moins de médecin (médecin de garde et médecin du SAU) explique la moindre fréquentation la nuit ou le week-end. Dans notre étude, nous n'avons pas fait de distinction sur la nature du médecin adresseur. DURAND (4) et PERROUX (5) ont fait cette distinction dans leur thèse sur l'AEG et retrouvaient respectivement 10% et 7,5% des admissions à la demande du médecin de garde.

La plus grande fréquentation en début de semaine peut être expliquée par le fait que les patients attendent très probablement la fin du week-end pour consulter leur médecin traitant selon JOLY (6) et DURAND (4).

Nous rappelons que notre étude a inclus des patients adressés par un médecin de ville mais également ceux pour lequel le médecin du SAU portait ce diagnostic, ce qui explique que nous avons retrouvé plus de patients consultant le dimanche et la nuit que la thèse de JOLLY (6).

SOUGH et al ont réalisé une étude afin de décrire la population de 75 ans et plus admise au SAU du Centre Hospitalier de Mâcon et de comparer les patients adressés avec courrier de médecin à ceux sans. Ils ont remarqué un pic d'admission les lundis (26%) et les vendredis (21%) et une faible fréquentation le dimanche (3%) pour les patients avec un courrier. En revanche, pour les patients consultant aux urgences sans courrier, la répartition des admissions était à peu près équivalente toute la semaine. (25)

II.5. Antécédents

Les maladies cardio-vasculaires étaient comme les autres études les plus représentées. Bruno BAUDIN et al décrivent que les maladies cardio-vasculaires constituent une cause majeure de morbidité et note une augmentation de leur incidence dans tous les pays (26). Elles représentent la deuxième cause de décès, tant pour les hommes (après les tumeurs malignes des poumons, de la trachée ou du larynx) que pour les femmes (après les maladies cérébro-vasculaires). (27)

La prévalence de nombreuses maladies chroniques augmente avec l'âge. (28)

La diminution des réserves fonctionnelles du sujet âgé lié au vieillissement et aux maladies chroniques constitue un état de « pré-morbide ». Cet état rend le sujet vulnérable à tous

facteurs de décompensation qui peuvent se compliquer de décompensations multi-systémiques brutales souvent en cascade et conduisent à une aggravation de l'état de santé et à la dépendance. Il s'agit du concept de fragilité, bien décrit par Linda FRIED et al (33), qui est entré progressivement dans le vocabulaire gériatrique (29,30,31,32).

DUROUX décrit un lien étroit entre l'AEG et la fragilité de l'individu. (ou «frailty» des Anglo-saxons) (11).

Les concepts de décompensation et de fragilité du sujet âgé peuvent être expliqués par un schéma qui prend en compte trois éléments qui s'ajoutent pour aboutir à la décompensation d'une fonction (1 + 2 + 3 de JP. BOUCHON). Le premier est représenté par les effets du vieillissement qui réduisent progressivement les réserves fonctionnelles. Le second est représenté par les maladies chroniques qui altèrent les fonctions et le dernier est représenté par les facteurs aigus de décompensation (affection médicale aiguë, iatrogénie et stress psychologique) (34). Pour reprendre le schéma « 1+2+3 » des comorbidités synergiques de Bouchon, l'AEG est le facteur « 2 » et la demande du médecin traitant est de rechercher le facteur « 3 » qui explique la demande de soins.

Les personnes âgées fragiles ont un risque important de dépendance dans les actes essentiels de la vie quotidienne, d'hospitalisation, d'institutionnalisation et de décès. 10 à 20 % des personnes de plus de 65 ans sont fragiles. Elles sont de 46% chez les plus de 85 ans. Le rôle du gériatre n'est pas de prévenir la fragilité mais de la prendre en compte, réalisant ainsi une prévention secondaire afin d'éviter la dépendance. Il convient donc de réaliser une prise en charge maximale des pathologies chroniques dans le but de retarder l'émergence de déficiences multiples amenant à la fragilité (29,30,31,32).

Dans notre étude, 81,78% des patients présentaient au moins trois antécédents. Il s'agissait donc de patients atteints de poly-pathologies. La poly-pathologie est définie par l'assurance maladie par le fait qu'un patient soit atteint de plusieurs affections entraînant un état

pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois (35).

Les cliniciens, chercheurs et responsables politiques restent unanimes sur la nécessité de développer des outils de dépistage précoce afin de mettre en place une stratégie de prise en charge adaptée et une démarche préventive. Il existe des méthodes d'évaluation gérontologiques standardisées (EGS) pour le dépistage et le suivi des personnes âgées fragiles. Leur efficacité résulte en une diminution de la morbidité, une amélioration de l'autonomie, une réduction des durées de séjours hospitaliers et des entrées en institution. Elles permettent de prévenir les situations de crise conduisant à une hospitalisation en urgence (36,37).

II.6. Analyse des patients adressés par un médecin de ville

Au SAU, 29% des patients ont été étiquetés AEG. Cependant, sur les 71% adressés par un médecin de ville, les médecins du SAU auraient également pu poser cette étiquette.

A la question : « *trouvez-vous qu'il y ait une réelle nécessité d'adresser le patient aux urgences ?* » 90% des médecins de ville répondaient par l'affirmative. Il y a donc un caractère d'urgence ressentie et non vitale. On peut donc imaginer qu'il existe une situation s'aggravant de jour en jour faisant consulter le patient à plusieurs reprises. Le médecin de ville adresse le patient aux urgences lorsqu'il sent qu'il ne lui reste plus que cette alternative.

D'après la littérature (38), 90% des admissions de personnes âgées au SAU sont justifiées par une pathologie aiguë ou subaiguë nécessitant une prise en charge dans une structure hospitalière. L'état clinique du patient, jugé instable ou difficile à évaluer, et l'absence de solution alternative déterminent l'admission d'une personne âgée au SAU.

Un bilan biologique avait été demandé par un médecin de ville dans 54% des cas. Dans la thèse de JOLLY (6), il avait été demandé dans seulement 17% des cas.

Les patients ou leur famille consultent parfois tardivement et il peut être difficile pour le médecin traitant de demander un bilan biologique ou autre examen complémentaire, selon JOLLY (6).

II.7. Moyens de transport

Les patients sont venus en ambulance dans 61% des cas et en véhicule privé dans 24% des cas. Seulement 3 patients (1%) sont arrivés en SMUR.

DURAND (4) retrouvait des chiffres similaires dans sa thèse avec 74% des patients venants en ambulance, 24,5% des patients venants par leurs propres moyens, 1% transportés par les pompiers et 0,5% par le SMUR.

Les patients consultants aux urgences pour AEG arrivent dans la majorité des cas à l'aide d'un moyen de transport n'utilisant pas l'aide médicale urgente. Cela peut être dû au fait que l'AEG est une situation chronique et qu'un facteur aigu vient décompenser cette situation. Cependant, il existe un biais car nous n'avons pas étudié la régulation de l'arrivée aux SAU : nous ne savons pas si le SAMU est intervenu ou s'il s'agit d'une demande du médecin traitant.

II.8. Analyse de la triade Asthénie-Anémie-Amaigrissement

Dans notre étude, on retrouvait une asthénie dans 41% des cas, une anorexie dans 36% des cas et un amaigrissement dans 27% des cas. La triade définissant l'AEG était présente dans 23% des cas.

JOLLY (6) retrouvait la triade dans 24% des dossiers et BRUNACHE (3) l'avait identifié dans seulement 18,9% des cas.

L'étude de MOREAU (10) réalisée en 2010 incluait 86 patients de 75 ans et plus admis aux urgences de Tours par un médecin de ville avec un courrier d'admission. Il analysait le groupe AEG (35 patients) et le groupe témoin (51 patients). Dans le groupe AEG, il retrouvait une asthénie dans 70% des cas, une anorexie dans 63,3% des cas, un amaigrissement dans 43,3% des cas et la triade dans 33,3% des cas. Dans le groupe témoin, les chiffres étaient respectivement 35%, 25%, 20% et 12,5%.

Une étude rétrospective réalisée en 2008 par ANDRES et al (7) à partir de 200 cas de patients admis pour AEG en service de médecine interne à Strasbourg à partir des lettres d'hospitalisation trouvaient une asthénie dans 17% des cas, un amaigrissement dans 13% des cas et une anorexie dans 6% des cas.

AOUANECHÉ et PEPERSACK ont réalisé une étude rétrospective sur 747 dossiers de patients admis consécutivement dans un service aigu de gériatrie (24 lits), au sein d'un hôpital académique (850 lits) entre avril 2006 et septembre 2008. 28 % avaient été admis pour AEG. Parmi ces patients, 2% présentaient les trois plaintes (asthénie, anorexie, amaigrissement), 8% en avaient au moins deux et 28% une seule (8).

L'étiquette « AEG », fortement utilisée en pratique, répond rarement à la définition de littérature française. Il existe une discordance entre l'utilisation de ce terme et sa définition. En effet, la triade Asthénie-Anorexie-Amaigrissement n'est pas retrouvée systématiquement.

Le manque de précision du motif cause aussitôt un dysfonctionnement qui a un effet important sur l'orientation du patient dans l'hôpital et dans son pronostic médico-social. BERRUT décrit dans son article que l'utilisation de l'étiquette AEG est une facilité de

langage voire une paresse clinique plutôt qu'une description détaillée sur un recueil clinique (9).

Le terme reste flou et subjectif. Seuls les diagnostics précis peuvent aboutir à un ou des traitement(s) spécifique(s) permettant de diminuer la durée de séjour, mais également de diminuer la morbidité et la mortalité liées au retard de diagnostic (7).

MOREAU (10) retrouvait des chiffres supérieurs à notre étude mais il incluait seulement des personnes de 75 ans et plus.

III. Examens complémentaires au SAU

L'analyse des examens complémentaires réalisés au SAU est peu spécifique.

Les bilans biologiques standards (97%), bilans hépatiques (89%), pancréatiques (83%), BU et ECBU (46%) ont été le plus souvent réalisés.

JOLLY (6) et DURAND (4) trouvaient un pourcentage de bilan biologique standard équivalent à notre analyse (93 et 92%), ce qui est différent de BRUNACHE (3) qui retrouvait 64%.

En imagerie, la radiographie du thorax a été réalisée dans 79% des cas. Elle avait été demandée dans 63% des cas dans la thèse de JOLLY (6), 73,5% dans celle de DURAND (4) et 90% dans celle de BRUNACHE (3).

L'ECG a été réalisé dans 97% des cas. Il était réalisé dans une proportion de 65 et 84% des cas dans les autres thèses (3,4,6).

BRUNACHE (3) a proposé dans sa thèse un bilan d'examens complémentaires de débrouillage (NFS, CRP, ionogramme sanguin, urée, créatinine, glycémie à jeun, bilan hépatique, TSH, radiographie de thorax, bandelette urinaire) à réaliser pour un patient

consultant aux urgences pour une AEG, mais cela dépend des habitudes du service des urgences qui réalise des examens systématiques selon JOLLY (6).

IV. Diagnostic

La pathologie infectieuse était la plus représentée (38%), suivie de la pathologie néoplasique (11%).

La catégorie diagnostique « symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoires, NCA » était la plus représentée dans la thèse de JOLLY (6). Cependant, lorsqu'on se détache de la CIM 10, l'infection était présente chez 30% des patients. La pathologie infectieuse était présente chez 23% des patients de BRUNACHE (3) et DURAND (4).

En détaillant les diagnostics principaux, l'infection broncho-pulmonaire était la plus représentée (22%) suivie des troubles cognitifs (7%) et des infections de l'appareil digestif (7%).

La survenue chez le sujet de plus de 65 ans d'un processus infectieux paraît croissante (39).

La fréquence et la gravité des infections augmentent avec l'âge en raison de multiples facteurs favorisants liés au vieillissement de façon directe ou indirecte. Certaines maladies sous-jacentes, plus fréquentes chez le sujet âgé, constituent le facteur prédisposant le plus important. Cependant, indépendamment de ces maladies, les moyens de défense de l'organisme s'altèrent progressivement avec l'âge (40).

L'infection représente la troisième cause de mortalité primaire après 65 ans. Chez le sujet âgé, elle est souvent atypique et trompeuse et ne pourra qu'augmenter dans les années à venir (41).

Leur pronostic est plus grave que chez le sujet de moins de 65 ans. Ceci est corrélé avec l'état physiologique du patient, en particulier le nombre de tares viscérales (39).

Les pneumopathies sont la première cause de pathologie infectieuse du sujet âgé devant les infections urinaires (42).

Elles ont une incidence et une mortalité croissante chez le sujet âgé. La symptomatologie clinique est souvent atypique. La radiographie du thorax est souvent de réalisation et d'interprétation difficile du fait des comorbidités associées (43, 44). Pour le Dr Jacques Gaillat, les pneumonies aiguës des personnes âgées pèseront de plus en plus lourd sur le système hospitalier suite au vieillissement de la population (44).

Les infections respiratoires basses sont plus fréquentes chez les personnes âgées et sont à l'origine d'un nombre plus important d'hospitalisations et de décès (45).

V. Devenir du patient

V.1. Post SAU

Dans notre étude, 28% des patients sont retournés à leur structure d'origine. Les autres ont été hospitalisés. La majorité des patients consultants aux urgences pour AEG ont donc été hospitalisés. Cependant, nous n'avons pas étudié les motivations exactes sur les raisons et le lieu de l'hospitalisation.

La décision de non-hospitalisation est une décision médicale en accord avec les souhaits du patient et/ou de l'entourage. Elle ne peut se concevoir que pour les personnes âgées dont le pronostic vital n'est pas engagé et présentant un état clinique stable, en tenant compte des comorbidités, des critères de gravité du diagnostic médical, du niveau de soins requis, de la capacité ou non d'assurer les soins repris dans la structure d'origine ainsi que l'avis du malade. Lors de leur passage aux urgences, les personnes âgées présentent des risques de

décompensation de pathologie chronique risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance. L'intervention du gériatre apporte une meilleure analyse et une meilleure orientation. Le rôle de la filière gériatrique est de favoriser le retour au domicile, de faciliter les hospitalisations dans les structures de la filière gériatrique, d'optimiser les soins de la personne âgée et de prévenir la dépendance (38).

V.2. Hospitalisation

Dans notre étude, 72% des patients ont été hospitalisés. Ce chiffre est assez comparable à celui de JOLLY (6) qui retrouvait 67%. En revanche, il est faible par rapport à celui de BRUNACHE (3) qui retrouvait un taux d'hospitalisation de 90% et à DURAND (4) qui retrouvait 98%.

JOLLY (6) expliquait cette différence par le fait que les études de BRUNACHE (3) et DURAND (4) ont été réalisées dans des villes plus petites que notre étude. BRUNACHE a fait son étude à Clermont-Ferrand et DURAND à Mont-de-Marsan.

JOLLY (6) a fait son étude au CHU de Nice. Il expliquait qu'il soit possible qu'il y ait un manque de place permettant l'hospitalisation du patient ce qui implique que le taux de retour au domicile soit plus important. Ces patients auraient pu bénéficier d'une hospitalisation dans un autre hôpital.

Le classement dans l'ordre décroissant des villes ayant le plus d'habitants positionne Nice avant Clermont-Ferrand, Arras et Mont-de-Marsan (46).

Cependant, notre travail a étudié des patients plus jeunes que les autres thèses puisque l'âge moyen des patients hospitalisés était de 76 ans contre 67 ans pour les patients retournant à leur lieu de vie initial.

Dans notre étude, sur les 168 personnes âgées de plus de 70 ans (68%), 133 ont été hospitalisées, soit 89,20%.

Dans une enquête nationale de la DREES effectuée en 2002 (47), 19% des patients consultants aux urgences sont hospitalisés. L'âge des patients hospitalisés diffère nettement de celui des patients rentrés au domicile. La moyenne d'âge est de 53 ans au lieu de 31 ans. Le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge. Après 70 ans, plus de 50% des patients ont besoin d'être hospitalisés.

Le taux d'hospitalisation de cette enquête nationale est bien inférieur par rapport à notre étude. Ceci est dû au fait que notre travail comportait une forte proportion de personnes âgées et par le fait que l'AEG est un « état grave ».

Dans notre travail, la durée moyenne d'hospitalisation était de 11,16 jours. Ces chiffres sont assez similaires aux autres thèses allant de 9 à 14 jours. (1,2,3,4,5,6)

Un fort taux de nos patients a été orienté dans un service de convalescence (17%). JOLLY (6) retrouvait un taux de 21%.

V.3. Etude des décès au cours de l'hospitalisation

V.3.1 Nombre de décès

37 patients consultants pour AEG, soit 15%, sont décédés au cours de leur hospitalisation (dont un patient au SAU).

16% des patients de la thèse de JOLLY (6) sont décédés et 20% dans la thèse de DURAND (4).

Il s'agit donc de patients consultant pour un motif au pronostic grave avec un risque de mortalité élevé.

V.3.2 Sexe et âge

Sur les patients décédés, on a observé une prédominance masculine (62,16%)

La moyenne d'âge était de 74,84 ans. Les femmes avaient un âge moyen plus élevé (75,71 ans) que celui des hommes (74,30 ans).

DURAND (4) notait également un âge moyen supérieur à la moyenne de l'échantillon et une population masculine plus représentée et plus jeune.

V.3.3 Antécédents

Les patients décédés présentaient, comme l'ensemble de l'échantillon, en majorité des antécédents cardio-vasculaires (56,80%).

V.3.4 Durée d'hospitalisation

La durée moyenne de séjour des patients avant décès était de 11, 14 jours, ce qui est équivalent à la durée moyenne d'hospitalisation de 11,16 jours si on ne prend pas en compte la durée d'hospitalisation de certains patients en service de convalescence.

Dans les 10 jours de l'hospitalisation, 56,76% des patients sont décédés.

DURAND (4) retrouvait une durée moyenne d'hospitalisation des patients décédés de 14 jours et 52,4% étaient décédés dans les 10 premiers jours. PERROUX (5) constatait 21 jours. Ils remarquaient que cette durée moyenne avant décès était supérieure à la durée moyenne de séjour global.

V.3.5 Mode de vie

Sur les 25 patients vivants en institution, 5 sont décédés soit 20% des patients.

Sur les patients décédés, 13,5% vivaient en institution. DURAND (4) retrouvait un chiffre de 25%. Il expliquait que la médicalisation de ces structures n'était pas aussi performante et que les médecins tentaient au mieux d'utiliser ces structures en n'adressant les personnes âgées qu'en dernier recours, et que les personnes vivant en institution sont des patients plus fragilisés, ayant plus de comorbidités.

Sur les patients décédés, 78,38% étaient en perte d'autonomie et 62,16% avaient recours à une aide à domicile. Ces chiffres sont plus importants par rapport à la population incluse au départ dans l'étude. Ceci souligne une nouvelle fois le terrain fragile des patients.

V.3.6 Diagnostic

La pathologie infectieuse était retrouvée dans les mêmes proportions chez les patients décédés (41%) que chez l'ensemble des patients inclus (38,5%) et elle restait la plus représentée. En revanche, la pathologie néoplasique était plus importante chez les patients décédés (27% alors qu'elle est de 11% chez les patients inclus au départ). Selon l'INED, les maladies tumorales étaient en 2010 les principales causes de décès devant les maladies cardio-vasculaires (48).

V.4. Devenir dans l'année

Nous avons appelé les médecins traitants de chaque patient pour connaître leur devenir.

Lors de l'analyse des 202 patients sortis vivants de l'hôpital (8 étant perdus de vue), un nombre important de patients a de nouveau consulté pour le même motif (33%) et a perdu de l'autonomie (43%).

Sur les 183 patients vivants à domicile après l'hôpital, 16% ont été institutionnalisés. Les aides à domicile ont été augmentées pour 40% des patients.

En sachant que le devenir de 11 patients n'a pu être établi, 112 patients sur 236 admis aux urgences sont décédés. Ils sont décédés en grande partie dans les six mois et notamment le premier mois.

Il s'agit donc de patients présentant un terrain fragile.

Les sujets fragiles forment une population à risque et sont surtout exposés à la survenue d'une perte d'autonomie, de morbidité, de iatrogénie médicamenteuse, d'institutionnalisation et de décès (32).

PERSPECTIVES ET CONCLUSION

Le syndrome d'AEG répond rarement à sa définition classique (triade AEG : 23%). Dans son article, BERRUT explique que l'utilisation de l'étiquette AEG est plus une facilité de langage voire une paresse clinique qu'une description détaillée sur un recueil clinique (9). ANDRES et al rapportent qu'il est nécessaire d'essayer de réfléchir sur cette réalité car « ce flou sémiologique a in fine un coût pour les patients et pour la Société, l'imprécision étant un des facteurs de la « consommation » effrénée et non réfléchie d'examens complémentaires, inconcevable à l'heure de la T2A » (7). Il conviendrait de revenir aux bases sémiologiques précises et à des entités claires : amaigrissement, fièvre, anorexie... Le terme AEG semble être un véritable fourre-tout pouvant traduire le fait que les praticiens ne reconnaissent pas les syndromes cliniques et l'emploi pour « il ne va pas bien » (8). Il conviendrait soit de faire un diagnostic précis soit d'apporter des précisions concernant l'adressage, plutôt qu'utiliser un terme flou et subjectif.

L'AEG se rapproche du concept de fragilité. Les diagnostics les plus fréquents sont infectieux, notamment les infections broncho-pulmonaires. En période hivernale, il s'agirait d'un facteur de décompensation sur un terrain fragile aux déficiences multiples.

Le syndrome d'AEG est présent essentiellement chez le sujet âgé, polyopathologique et dont la gravité débouche dans notre étude lors de leur passage aux urgences sur une mortalité importante (15%), une durée moyenne d'hospitalisation de 11,16 jours, une prise en charge en convalescence chez 17% des patients. Trente-trois pour cent des patients sont revenus aux urgences dans l'année, 16% sont placés en institution et 40% ont bénéficié d'une augmentation de l'aide à domicile. On constate également un fort taux de décès dans l'année qui suit la première consultation : presque un patient sur deux. On peut donc dire que la prise

en charge d'un patient consultant aux urgences pour AEG est plus complexe, plus spécifique et plus longue.

Le rôle d'un service d'urgences est d'établir un diagnostic rapide et d'évaluer la gravité d'une pathologie (49).

Les personnes âgées fréquentent plus les urgences que les autres populations (38). L'évolution démographique montre que la population française vieillit (20). Les personnes âgées seront donc plus nombreuses dans les années à venir, augmentant ainsi les probabilités qu'un nombre de patient étiqueté AEG aux urgences soit plus important.

En 2003, les services d'urgences ont connu une augmentation de 12% des consultations de patients de plus de 75 ans. De 2003 à 2009, les passages des patients de plus de 75 ans ont augmenté de 44%, soit une hausse moyenne annuelle de 5,4% contre 2,8% pour le reste de la patientèle des urgences. On constate une nette progression des retours au domicile aux dépens des hospitalisations (59,8% d'hospitalisation en 2003 contre 56,6% en 2010). Face à l'effet cumulé du « papy boum » et de l'accroissement de l'espérance de vie, les structures d'urgences sauront-elles faire face aux nécessaires ajustements de l'offre de soins à apporter à la patientèle ? (50)

Comment faire face à cette situation ?

Pour éviter le passage aux urgences, un travail en amont est nécessaire :

I. Programmer les hospitalisations

L'hospitalisation des patients ne nécessite pas le passage systématique par le SAU. Il peut se faire sur appel téléphonique d'un médecin libéral ou d'un autre hôpital. Ces entrées directes permettent d'éviter un encombrement des urgences et d'avoir un accès aux soins spécialisés plus rapidement. Cependant, cela demande du temps au médecin généraliste et se fait au détriment des autres patients attendant en salle d'attente. De plus, les médecins hospitaliers

peuvent demander le passage par le SAU afin que le patient bénéficie d'une nouvelle évaluation médicale et d'exams complémentaires. C'est pourquoi les médecins adressent leurs patients au SAU sans joindre le service spécialisé (51).

II. Les réseaux gérontologiques

Ces réseaux sont mal ou peu connus. Ils permettent de maintenir le patient sur son lieu de vie d'origine et coordonnent tous les acteurs de la prise en charge d'une personne âgée de plus de 60 ans et dépendante (GIR de 1 à 4), qu'ils soient professionnels de santé de ville, de l'hôpital local, des établissements de soins locaux, travailleurs sociaux de tous les horizons, services facilitant le maintien à domicile ou bénévoles. Ces réseaux sont composés de professionnels de santé libéraux, médicaux et paramédicaux d'un hôpital de proximité, d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et d'une assistante sociale.

Ces professionnels, aux compétences sanitaires et sociales, coordonnent leurs actions au sein de réseaux de santé. Ces réseaux apportent une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées dépendantes en assurant une prise en charge globale (sanitaire et sociale).

En France, on compte actuellement 124 réseaux. Le réseau de gérontologie du Ternois est présent sur le secteur d'Arras. Son rôle est d'assurer le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes dans les meilleures conditions possibles, d'offrir des soins et un accompagnement social de qualité (52).

Aux urgences, il faudrait mieux orienter :

III. La formation des médecins à la gériatrie

Les services des urgences sont souvent non adaptés pour assurer une prise en charge des spécificités gériatriques. La présence de médecins gériatres pour une évaluation gérontologique dans les services d'urgences est utile. La mise en place d'équipes mobiles gériatriques constitue une source d'expertise complémentaire utile dans des cas difficiles (51).

IV. L'hospitalisation de courte durée

Elle représente un complément de la prise en charge du patient dans l'attente des résultats des analyses réalisées pour une meilleure orientation. Elle permet également la mise en place d'intervenants sociaux ayant comme finalité le retour au domicile du patient (53).

Ce travail pourrait être complété par une étude auprès de médecins généralistes en amont de l'admission des patients consultants pour AEG. En effet, nous avons étudié les patients étiquetés AEG aux urgences, mais il serait intéressant d'étudier les autres patients étiquetés AEG que les médecins généralistes suivent avant un éventuel adressage.

Il pourrait également être complété par une analyse multicentrique du devenir des patients à leur sortie de l'hôpital. En effet, dans l'année, nous retrouvons un fort taux d'institutionnalisation, de perte d'autonomie, de reconsultation pour AEG et de mortalité puisque presque un patient sur deux décède dans l'année.

ANNEXES

Recueil de données

Nom :

Sexe :

Date de naissance, âge :

Jour, mois, heure d'admission:

Moyens de transport :

Véhicule privé

Pompiers

Ambulance

SMUR

Taxi

Antécédents :

- | | | | |
|---------------------------|-----|---|-----|
| - Cardiovasculaire : | Oui | - | Non |
| - Digestif : | Oui | - | Non |
| - Neurologique : | Oui | - | Non |
| - Respiratoire : | Oui | - | Non |
| - Endocrinien/Métabolique | Oui | - | Non |
| - Néoplasique : | Oui | - | Non |
| - Rhumatologique : | Oui | - | Non |
| - Psychiatrique : | Oui | - | Non |
| - Génito-Urinaire : | Oui | - | Non |
| - Néphrologique : | Oui | - | Non |
| - ORL : | Oui | - | Non |
| - Dermatologique : | Oui | - | Non |
| - Infectieux : | Oui | - | Non |
| - Ophtalmologique : | Oui | - | Non |
| - Hématologique : | Oui | - | Non |

Mode de vie :

- | | | | |
|-----------------------|----------|---|----------------|
| - Aides au domicile : | Oui | - | Non |
| - Type d'habitat : | Domicile | - | Institution |
| - Vit : | Seul (e) | - | Accompagné (e) |
| - Autonomie : | Oui | - | Non |
| - | | | |

Etiquette AEG établie par :

- | | | |
|---|---|----------------|
| Médecin de ville (traitant, remplaçant, de garde) | - | Médecin du SAU |
|---|---|----------------|

Appel systématique du médecin traitant :

- | | | | |
|---|-----|---|-----|
| - Est-ce lui qui l'adresse : | Oui | - | Non |
| - Quelles sont les motivations ? | | | |
| - Présence d'une Asthénie : | Oui | - | Non |
| Anorexie : | Oui | - | Non |
| Amaigrissement : | Oui | - | Non |
| - Bilan paraclinique en ville ? | | | |
| Biologie : | Oui | - | Non |
| Imagerie : | Oui | - | Non |
| Autre : | Oui | - | Non |
| - Réelle nécessité d'adresser le patient aux urgences ? | Oui | - | Non |

Examens complémentaires au SAU :

- Biologie :

Standard (NFS, ionogramme sanguin, fonction rénale, TP, TCA, glycémie, calcémie, CRP)
Bilan hépatique
Lipase
PCT
Albumine/préalbumine
GDS
Hémocultures
CPK
Lactates
Troponines
TSH
BU/ECBU
BNP
Marqueurs tumoraux
Autres

- Imagerie :

Rx thorax
ASP
TDM cérébral
TDM thoracique
TDM abdominopelvien
Echographie cardiaque
Echographie abdominopelvienne
Echographie rénale
Autres

- ECG :

Oui - Non

Présence d'un (e) :

Asthénie :

Oui - Non

Anorexie :

Oui - Non

Amaigrissement :

Oui - Non

Devenir après le SAU :

- Décès aux SAU :

Oui - Non

- Retour à domicile :

Oui - Non

- Hospitalisation dans le service de

Médecine
Court séjour gériatrique
Cardiologie
Neurologie
Pneumologie
Psychiatrie
Hématologie
Surveillance continue
Réanimation
Diabéto-endocrinologie
Néphrologie
Dermatologie

ORL
Ophtalmologie
Chirurgie viscérale

Durée d'hospitalisation :
Décès au cours de l'hospitalisation : Oui - Non
Convalescence : Oui - Non
Durée d'hospitalisation en convalescence :

Diagnostic principal :

- Pas d'hypothèse
- Cardio-vasculaire
- Digestif
- Respiratoire
- Neurologique
- Endocrinien/métabolique et hydro-électrolytique
- Infectieux
- Néoplasique
- Psychiatrique
- Hématologique
- Dermatologique
- Orl
- Rhumatologique
- Problème social
- Autres

Diagnostic principal détaillé :

Devenir dans l'année :

- Reconsultation pour AEG : Oui - Non
- Augmentation des aides à domicile Oui - Non
- Institutionnalisation : Oui - Non
- Perte d'autonomie : Oui - Non
- Décès : Oui - Non
- Si oui :
 - Au cours du premier mois
 - Au cours du 2^e mois
 - Au cours du 3^e mois
 - Au cours du 4^e mois
 - Au cours du 5^e mois
 - Au cours du 6^e mois
 - Au cours du 7^e mois
 - Au cours du 8^e mois
 - Au cours du 9^e mois
 - Au cours du 10^e mois
 - Au cours du 11^e mois
 - Au cours du 12^e mois

BIBLIOGRAPHIE

1. AUBRY J.J
Le syndrome d'altération de l'état général au CHU de Nice.
Thèse de médecine générale, Nice, 1999, n°653, 186 p.
2. BOUDENIA K.
Le syndrome d'altération de l'état général aux urgences.
Thèse de médecine générale, Dijon, 1999, n°9
3. BRUNACHE L.
L'altération de l'état général : un terme à abolir ?
Thèse de médecine générale, Clermont Ferrand, 2006, n°R9, 80 p.
4. DURAND S.
Altération de l'état général au SAU de Mont de Marsan.
Thèse de médecine générale, Bordeaux, 2001, n°8, 68 p.
5. PERROUX D.
Le syndrome AEG : altération de l'état général ; à propos de 108 admissions consécutives pour ce motif dans le service d'urgence de CHRU d'Angers.
Thèse de médecine générale, Anger, 1991
6. JOLLY C.
Le syndrome d'altération de l'état général au SAU de Nice : pertinence des admissions et pathologies causales.
Thèse de médecine générale, Nice, 2009, 50p.
7. ANDRES E. ; MECILI M. ; CIOBANU E.
Que cache le concept d'altération de l'état général ? Étude de 200 cas
Rev Med Interne, 2010, 31 : S54
8. AOUANECHÉ M. ; PEPERSACK T.
Altération ou dégradation de l'état général : un « syndrome gériatrique » ?
Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, 2012, vol.10, no1, p. 33-38
9. BERRUT G.
Altération de l'état général ou altération de la pertinence clinique ?
Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, 2012, vol. 10, no 1, p.4
10. MOREAU S.
Impact de l'altération de l'état général sur la durée d'hospitalisation. Etude à partir de 86 patients de plus de 75 ans admis dans le service d'accueil des urgences Trousseau de Tours
Thèse de médecine générale, 2011, Tours, 24 p.
11. DUROUX B.
Altération de l'état général du sujet âgé

Disponible sur :

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:XKnjQ5cGGv0J:www.colru.com/wp-content/uploads/2011/04/9-Dr-DUROUX-BRU.ppt+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr>
(page consultée le 13/02/2014)

12. BLETRY O. ; COSSERAT J. ; LARAKI R.
Redécouvrir l'examen clinique, clé du diagnostic, Paris : Doin, 1995
13. BELMIN J. ; CHASSAGNE P. ; GONTHIER R. et al
Gérontologie. Collection Pour le praticien, Paris : Masson, 2003
14. GOLDBERG M. ; LUCE D.
Les effets de sélection dans les cohortes épidémiologiques nature, causes et conséquences
Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2001, vol. 49, no5, p. 477-492
15. BERNARD P. ; LAPOINTE C.
Mesures Statistiques en Épidémiologie, Québec : presses de l'université du Québec, 1987,
316p.
16. SERVICE PUBLIC
Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) : grille Aggir, 2013
Disponible sur : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml> (page consultée le 13/02/2014)
17. INSEE
Condition de vie - Société - Parité homme femme,
Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T11F038 (page consultée le 13/02/2014)
18. INSEE
Département du Pas-de-Calais (62), NAT3A - Population par sexe, catégorie socioprofessionnelle et nationalité,
Disponible sur :
http://insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=NAT3A&millesime=2010&nivgeo=DEP&typesearch=inclusion&codgeo=62502&territoire=OK (page consultée le 13/02/2014)
19. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
La santé des personnes âgées, Rapport d'un comité d'expert de l'OMS, Genève, 1989,
112p.
Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_779_fre.pdf (page consultée le 13/02/2014)
20. INSEE
Population par âge
Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T11F036 (page consultée le 13/02/2014)
21. INSEE
Nord Pas-de Calais, Structure de la population par âge

Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/regions/nord-pas-de-calais/default.asp?page=themes/ouvrages/atlas2/01_03_structure_population.htm (page consultée le 13/02/2014)

22. INSEE
Dépendance des personnes âgées : état des lieux et perspectives dans le Pas-de-Calais, 2008
Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=12532 (page consultée le 13/02/2014)
23. DUEE M. ; REBILLARD C.
La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040
Données sociales - La société française, ed 2006, p.613-619
24. NOMENCLATURE PRATIQUE DES ACTES EN MEDECINE GENERALE
p.73
Disponible sur
http://www.snjmg.org/doc_pdf/documents_nomenclature/Nomenclature_pratique_du_MG.pdf (page consultée le 13/02/2014)
25. SOUGH B. ; GAUTHIER T. ; CLAIR D. et al
Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgences
Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, 2012, vol. 10, no 2, p. 151-158
26. BAUDIN B. ; COHEN A. ; BOCCARA F. et al
Données épidémiologiques des maladies cardiovasculaires et prise en charge des accidents cardiovasculaires
RFL – Revue francophone des laboratoires, Elsevier Masson, 2009, vol. 39, no 409, p. 27-39
27. INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE
Maladies cardio-vasculaires : observer, surveiller, alerter, avril 2010
Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/fr./layout/set/print/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-cardio-vasculaires/Les-cardiopathies-ischemiques> (page consultée le 26/02/2014)
28. DEBRAY M.
La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques, 2004
Disponible sur : <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpus/disciplines/geria/vieillissement/59/leconimprim.pdf> (page consultée le 13/02/2014)
29. ARVEUX I. ; FAIVRE G. ; LENFANT L. et al
Le sujet âgé fragile
La Revue de gériatrie, Asnières sur Seine : Edimédica, 2002, vol. 27, no7, p. 569-581
30. TRIVALLE C.
Le syndrome de fragilité en gériatrie

Revue médicale suisse, La revue de formation continue, Genève : Médecine et hygiène, 2000, vol. 58, no 2323, p. 2312-2317

31. DRAME M. ; JOVENIN N. ; ANKRI N. et al
La fragilité du sujet âgé : actualité – perspectives
Gérontologie et société, 2004, ed. fond nationale de gérontologie, no109, p. 31-45
32. DRAME M.
Analyse de la fragilité du sujet âgé au travers de la mortalité dans la cohorte SAFES (Sujet Agé Fragile – Evaluation et Suivi)
Thèse de santé publique, Reims, 2009, 150 p.
33. FRIED L. ; TANGEN ; WALSON J. et al
Frailty in older adults : evidence for a phenotype
J Gerontol. 2001, 56A : M146-156
34. BOUCHON J-P
1 + 2 + 3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie

Revue du praticien, 1984, 34, 888-92
35. L'ASSURANCE MALADIE
Qu'est-ce qu'une affection longue durée ? 2012
Disponible sur : www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/les-affections-de-longue-duree/qu-est-ce-qu-une-affection-de-longue-duree/les-ald-exonerantes.php (page consultée le 13/02/2014)
36. ROLLAND Y. ; RUMEAU P. ; VELLAS B.
L'évaluation gérontologique Standardisée
La Revue de gériatrie, Asnières sur Seine : Edimédica, 2001, vol. 26, no2, p. 151-156
37. RAINFRAY M. ; BOURDEL-MARCHASSON I. ; DEHAIL P. et al
L'évaluation gérontologique : un outil de prévention des situations à risque chez les personnes âgées : Dossier thématique : Maladies systémiques du sujet âgé
Annales de médecine, Paris : Masson, 2002, vol. 153, no6, p. 397-402
38. LAZAROVICI C. ; CARRASCO V. ; BAUBEAU D. et al
Congrès : Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Conférence de consensus no10, Strasbourg, FRANCE (05/12/2003),
Enquête sur les utilisateurs des services d'urgences, profil des usagers de plus de 75 ans, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2004, vol. 17, no 3, p. 209-214
39. BREUX J-P. ; CAZENAVE-ROBLOT F. ; ROBLOT P.
Les septicémies chez le sujet âgé

Médecine et Maladies Infectieuses, Elsevier Masson, 1988, Vol. 18, Supplément 2, p.319-326
40. SALMON D. ; LEPORTE C. ; VILDE J-L.
Facteurs de sensibilité à l'infection et immunité chez le sujet âgé

- Médecine et Maladies Infectieuses, Elsevier Masson, 1988, Vol. 18, Supplément 2, p. 311-318
41. MICHEL J-P ; EPINEY J. ; GAUTHEY L. et al
Place de la pathologie infectieuse en gériatrie
Médecine et Maladies Infectieuses, Elsevier Masson, 1988, Vol. 18, Supplément 2, p. 305–310
 42. GUERIN J-M. ; VERSCHOORE R.
Pneumopathies du sujet âgé
La Semaine des hôpitaux de Paris, Paris : Expansion scientifique, 1999, vol. 75, no11-12, p. 348-361
 43. GUERIN J-M
Pneumopathies du sujet âgé : facteurs prédisposant, traitement, prévention
NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie, Elsevier Masson, 2004, vol.4, issue 24, p.9-14
 44. CATALA I.
Ni franche, ni aiguë, la pneumopathie de la personne âgée, medscape, 2012
Disponible sur : <http://www.medscape.fr/voirarticle/3352195> (page consultée le 14/02/2014)
 45. DRIEUX L.
Caractéristiques des infections respiratoires basses chez les sujets âgés
Antibiotiques, Elsevier Masson, 2010, vol.12, issue 4, p. 190-196
 46. CLASSEMENT DES VILLES AYANT LE PLUS D’HABITANTS
Disponible sur : <http://www.toutes-les-villes.com/> (page consultée le 14/02/2014)
 47. DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ETUDES DE L’EVALUATION ET DES STATISTIQUES
Les usagers des urgences : premiers résultats d’une enquête nationale, 2003, no 212, 8 p.
Disponible sur : <http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/er212.pdf> (page consultée le 14/02/2014)
 48. INSTITUT NATIONAL D’ETUDES DEMOGRAPHIQUES
Causes de décès
Disponible sur : http://www.ined.fr/fr/france/mortalite_causes_deces/causes_deces/ (page consultée le 14/02/2014)
 49. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
Instruction DGOS/R2 no 2013-261 du 27 juin 2013 relative aux plans d’actions régionaux sur les urgences, 2013,
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_0000_0076.pdf (page consultée le 16/02/2014)
 50. GROLLEAU S. ; BORDERON M. ; POURCEL L. et al
Evolution de la patientèle gériatrique des Urgences depuis 2003
Disponible sur : http://www.sfm.org/urgences2012/urgences2012/donnees/communications/resume/resume_87.htm (page consultée le 16/02/2014)

51. SOCIETE FRANCOPHONE DE MEDECINE D'URGENCE

L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions, 2005

Disponible sur :

http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/Aval_SU_SFMU_mai_2005.pdf

(page consultée le 17/02/2014)

52. RESEAUX GERONTOLOGIQUES

Disponible sur : www.reseaux-gerontologiques.fr/category/definition-reseau-gerontologique (page consultée le 17/02/2014)

53. MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER

« Réduire les temps de passage aux Urgences » Recueil de bonnes pratiques organisationnelles, 128p.

Disponible sur :

http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Reduire_temps_attente_aux_urgences_Retours_dexperiences.pdf (page consultée le 17/02/2014)

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

AUTEUR : BACHELET Jérémy

Date de Soutenance : jeudi 25 septembre 2014

Titre de la Thèse :

Parcours de soins des patients consultant au Service d'accueil des Urgences du Centre Hospitalier d'Arras pour altération de l'état général et leur devenir à un an.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : altération de l'état général, urgence, population âgée

Résumé :

Le terme « altération de l'état général » est un motif fréquent de consultation malgré une définition assez floue, subjective et vague. De nombreuses études et thèses démontrent que ce terme est trop souvent et mal utilisé. L'objectif principal était de déterminer les étiologies probables. L'objectif secondaire était de décrire ces patients et leur devenir dans l'année.

Une cohorte prospective, monocentrique et descriptive a été menée au sein du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier d'Arras. Les patients ont été inclus du 1er décembre 2010 au 30 avril 2011 et ont ensuite été suivis pendant un an. Tous les patients pour lequel le terme AEG avait été posé par un médecin de ville au préalable ou un médecin du SAU étaient inclus dans l'étude. Les données ont été recueillies à partir du dossier informatisé du patient archivé au CHA. La courbe de Kaplan-Meier a été utilisée pour suivre les décès des patients au cours de l'année.

Sur 247 patients inclus, il s'agissait d'une population âgée (âge moyen de 73,38 ans et médiane à 79 ans) avec une légère prédominance féminine (51%), dont 55% des patients étaient en perte d'autonomie, 90% vivaient au domicile, 59,46% bénéficiaient d'une aide à domicile. Parmi eux, 81,78% des patients présentaient au moins 3 antécédents, les plus fréquents étant cardiovasculaires. Les médecins de ville adressant le patient au SAU (71%) étaient convaincus dans 90% des cas d'une réelle nécessité d'une admission au SAU. La triade Asthénie-Anorexie-Amaigrissement n'a été retrouvée que dans 23% des cas démontrant une discordance entre l'utilisation de ce terme et sa définition. Les patients ont été hospitalisés dans 72% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 11,16 jours et 17% avaient besoin d'une convalescence. Les pathologies infectieuses (38,46%) et notamment les infections broncho-pulmonaires (22%) étaient très représentées devant les pathologies néoplasiques (10,93%). Au cours de l'année, 33% des patients ont consulté de nouveau pour une AEG, 43% ont subi une dégradation de leur autonomie, 16% ont été institutionnalisés et 40% ont eu une augmentation des aides à domicile. Après leur passage aux urgences, 47,46% des patients sont décédés dans l'année dont 15% au cours de leur hospitalisation. Les décès ont eu tendance à se stabiliser à 6 mois.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseurs : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET, Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD, Monsieur le Docteur Enayet EDUN