

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N°.....

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Charlotte DE FABRE DE LATUDE

Née le 19 Décembre 1985 à Parthenay

Présentée et soutenue publiquement le : 08 Octobre 2014

***QUELS SONT LES CRITERES ASSOCIES A UN RETOUR A DOMICILE
PRECOCE CHEZ DES PATIENTS AGES DE 75 ANS ET PLUS,
HOSPITALISES LA NUIT DANS L'UNITE D'HOSPITALISATION DE
COURTE DUREE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
D'ANGERS ?***

Président : Monsieur le Professeur GARNIER François

Directeur : Monsieur le Docteur LAUNAY Cyrille

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen

Pr. RICHARD

Vice doyen recherche

Pr. PROCACCIO

Vice doyen pédagogie

Pr. COUTANT

Doyens Honoriaires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoriaires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation médicale
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUI Abdel-Rahmène	Urologie
BARON Céline	Médecine générale
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
FURBER Alain	Cardiologie
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
GARNIER François	Médecine générale
GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion
HAMY Antoine	Chirurgie générale
HUEZ Jean-François	Médecine générale
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion

JEANNIN Pascale	Immunologie
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
LEGRAND Erick	Rhumatologie
LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
LERMITE Emilie	Chirurgie générale
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie
MENEI Philippe	Neurochirurgie
MERCAT Alain	Réanimation médicale
MERCIER Philippe	Anatomie
NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
PROCACCIO Vincent	Génétique
PRUNIER Fabrice	Cardiologie
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
SUBRA Jean-François	Néphrologie
URBAN Thierry	Pneumologie
VERNY Christophe	Neurologie
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion
<hr/>	
MAÎTRES DE CONFÉRENCES	
ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
ANNWEILER Cédric	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BOUTON Céline	Médecine générale
CAILLIEZ Éric	Médecine générale
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CASSEREAU Julien	Neurologie
CHEVAILLER Alain	Immunologie
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
CONNAN Laurent	Médecine générale
CRONIER Patrick	Anatomie
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
de CASABIANCA Catherine	Médecine générale
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; Transfusion
HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
LERMITTE Emilie	Chirurgie Générale
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
LOISEAU-MAINOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie
PAPON Xavier	Anatomie
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
PUISSANT Hugues	Génétique
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion
TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

octobre 2013

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur GARNIER François

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur LAUNAY Cyrille

Membres du jury :

Monsieur le Professeur BEAUCHET Olivier

Monsieur le Professeur GARNIER François

Monsieur le Docteur LAUNAY Cyrille

Monsieur le Docteur ANNWEILER Cedric

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur François GARNIER,

Vous me faites l'honneur de présider la soutenance de cette thèse. Je vous en remercie.

A Monsieur le Docteur Cyrille LAUNAY,

Tu as accepté d'être le directeur de cette thèse.

Je te remercie pour ta disponibilité, tes conseils, ton soutien.

A Monsieur le Professeur Olivier BEAUCHET,

Vous m'avez guidé lors de mes premiers pas d'interne et fait découvrir la gériatrie,

Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Cédric ANNWEILER,

Merci pour ta présence lors de mon premier stage d'interne,

Tu me fais l'honneur de participer à ce jury.

A Marie, Thierry et François,

Vous m'avez, lors de mon premier stage en médecine générale, donné le goût de la médecine générale.

A Julien et à Antoine,

Merci pour votre amour, le bonheur que vous m'apportez,

Merci à toi, mon Julien, pour ton soutien, ton écoute, ta présence ces huit dernières années.

A mes parents,

Merci pour votre soutien pendant ces longues études,

A mes sœurs, Lettice et Clémence,

Merci pour votre complicité, proximité et soutien,

A ma belle-famille,

Merci pour l'accueil que vous m'avez fait, pour votre gentillesse,

A mes amis de fac, Armelle, Pauline, Cécile, Louise, Noémie, Charlotte, Julie, Antoine, Mathilde, Anne, Pascaline,

Aux amis que j'ai rencontrés pendant l'internat, Anne-Sophie, Mélanie, mes co-internes des urgences, Marc, Morgane, Elsa,

A tous mes autres amis,

A mes maîtres de stage qui m'ont soutenue et transmis leur savoir,

Merci.

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU : Centre hospitalier universitaire

EGS : Evaluation gériatrique standardisée

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante

EMG : Equipe mobile de gériatrie

IDE : Infirmière diplômée d'état

MMSE : Mini Mental State Examination

SAU : Service d'accueil des urgences

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

PLAN

INTRODUCTION

MATERIEL ET METHODES

RESULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLES DES MATIERES

ANNEXE

INTRODUCTION

La France, de même que les autres pays occidentaux, connaît un vieillissement progressif de sa population. En effet, un tiers de la population française aura plus de 60 ans en 2050 selon des projections de l'INSEE [1].

Cette population âgée est caractérisée par la présence de nombreuses pathologies chroniques. Ainsi, près de deux patients sur trois présenteraient au moins deux comorbidités après 65 ans et près de quatre patients sur cinq après 85 ans [2]. Ces pathologies chroniques sont souvent à l'origine de dépendance et/ou de perte d'autonomie induisant des problèmes sociaux et environnementaux. De ce fait, les pathologies du sujet âgé revêtent une présentation clinique différente de celles des adultes plus jeunes rendant leur diagnostic complexe [3-4]. En effet, les interactions entre les pathologies aigues et chroniques, associées à une diminution des capacités de réserves fonctionnelles et cognitives modifient les expressions sémiologiques des pathologies pouvant s'exprimer sous la forme de syndromes gériatriques [5-6-7]. Ainsi, tout syndrome gériatrique, c'est-à-dire une confusion, une chute, une perte d'indépendance pour les actes de la vie quotidienne, une dénutrition, peut être l'expression isolée ou prédominante d'une pathologie aigue. Ces caractéristiques génèrent une complexité dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des personnes âgées en situation de soins primaires, c'est-à-dire en médecine générale [8] ou aux urgences [3-4-9-10]. Le temps nécessaire pour établir un diagnostic est ainsi fréquemment plus long et nécessite la mise en œuvre de ressources diagnostiques et thérapeutiques, majorant également le temps d'attente et l'incertitude diagnostique [3-10] alors même que la prise en charge de leur pathologie est souvent plus urgente [3] que pour des patients plus jeunes.

Outre, cette difficulté sémiologique, les syndromes gériatriques sont également à l'origine d'évènements indésirables au décours d'une hospitalisation. Cependant l'avancée en âge ne saurait constituer l'unique raison de l'apparition de ces syndromes gériatriques et des parcours de soins compliqués inhérents. En effet, à âge égal, certains patients âgés vont connaître plus d'évènements indésirables, tels qu'une prévalence plus importante de pathologies en cascades, de déclin fonctionnel, à l'origine d'une dépendance. Ces patients

sont, par conséquent, qualifiés de « fragiles ». Ce phénotype fragile est défini comme une diminution de l'homéostasie et de l'adaptation face au stress qui augmente la vulnérabilité et les risques d'effets néfastes tels que la progression d'une maladie, les chutes, les incapacités et la mort prématurée, par baisse des réserves fonctionnelles [11].

La forte prévalence des pathologies chroniques favorise certes les évènements indésirables, mais impacte également tout au long du parcours de soins des personnes âgées. En effet, celles-ci sont plus souvent hospitalisées après une admission aux urgences (un tiers à la moitié des patients), plus souvent réadmises aux urgences (25% à 3 mois, 44% à 6 mois) ce qui accélère un déclin fonctionnel et cognitif responsable d'institutionnalisation et de décès (10% de mortalité à 1 mois après une admission aux urgences) [7-10-12-13-14]. Permettre un retour à domicile précoce à l'aide d'un plan d'aide adapté est par conséquent un objectif à atteindre afin d'éviter ce parcours de soins compliqué.

Les problématiques de prise en charge et de parcours de soins des personnes âgées aux urgences sont au cœur de la dernière conférence de consensus de la Société Francophone de médecine d'Urgence [9]. Ces recommandations insistent sur l'intérêt d'une prise en charge précoce, adaptée et spécialisée, comme l'avait démontré Stuck [15], permettant d'améliorer la survie et de diminuer la durée d'hospitalisation.

La volonté d'amélioration des prises en charge gériatriques a conduit au développement d'une intervention globale et multidimensionnelle qu'est l'évaluation gériatrique standardisée (EGS). Ce concept de prise en charge consiste en la réalisation d'une évaluation médicale, en particulier des syndromes gériatriques, psychique et environnementale permettant d'établir des recommandations. L'objectif de cette intervention est ainsi d'identifier les capacités existantes et les fragilités des personnes âgées afin de proposer une prise en charge individualisée et un plan de soins adapté [15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26]. L'EGS permettait de ralentir la perte d'indépendance et donc de différer l'entrée en institutionnalisation lorsqu'elle était réalisée au domicile grâce à une prise en charge adaptée au degré de dépendance et de fragilité [11-15-27]. Après une admission aux urgences, l'étude DEED II [28] a démontré que l'EGS permettait de diminuer le nombre de réadmissions aux urgences, la durée d'hospitalisation et le déclin cognitif et fonctionnel. De même, la méta-analyse d'Ellis [18-19] concluait que l'EGS augmentait la probabilité du

maintien au domicile et diminuait la mortalité après une hospitalisation urgente et par conséquent entraînait une réduction potentielle des coûts.

Cependant, les études évaluant l'intérêt de la réalisation de l'EGS par des équipes mobiles de gériatrie (EMG) retrouvent des résultats discordants. Alors que la méta-analyse d'Ellis sur les effets de l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie aux urgences n'a pas montré de résultats significatifs sur les durées de séjour [18], tout comme la méta analyse publiée en 2013 de Deschodt [29], une étude récente réalisée chez des patients admis en journée au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire d'Angers, a permis de mettre en évidence une réduction de la durée d'hospitalisation et un retour précoce au domicile après l'intervention de l'EMG, grâce à ses recommandations médicales à partir d'une évaluation gériatrique standardisée-courte (EGS-courte) [30-31].

Si tel est le cas, ces recommandations simples associées à un retour à domicile rapide ou à une hospitalisation plus courte pourraient servir d'outils pour tous les médecins afin d'éviter une hospitalisation potentiellement délétère pour les personnes âgées. En effet, il a été montré qu'un déclin fonctionnel [32] et une altération de santé des personnes âgées, précédaient de quelques jours l'admission aux urgences. Cela suggère qu'une intervention préventive, chez ces personnes âgées qui commencent à s'altérer, pourrait éviter une entrée aux urgences en améliorant leur niveau de santé. Ces recommandations pourraient ainsi constituer des repères pour les médecins en soins primaires afin d'améliorer les stratégies de maintien à domicile.

Nous émettons l'hypothèse que l'intervention de l'EMG pourrait permettre grâce à ses recommandations un retour à domicile rapide à partir du SAU. Notre objectif était donc de mettre en évidence les critères associés à un retour à domicile rapide chez des patients de 75 ans et plus admis dans le service de l'unité d'hospitalisation de courte durée du SAU du CHU d'Angers entre 20h et 8h.

MATERIEL ET METHODE

Participants :

La population étudiée était constituée de patients âgés de 75 ans et plus admis entre 20h et 8h au SAU du CHU d'Angers puis hospitalisés à l'UHCD entre le 30 Janvier 2011 et le 28 Juin 2011.

Les critères d'inclusion étaient : être âgé de 75 ans et plus, être admis au SAU du CHU d'Angers, être hospitalisé à l'UHCD du SAU, être arrivé la nuit au SAU (20h-8h).

Les critères de non inclusion étaient : être décédé durant l'hospitalisation, décision de limitation et arrêt des thérapeutiques actives, être en soins palliatifs.

Intervention de l'Equipe Mobile de Gériatrie :

L'EMG intervenait auprès des patients au sein de l'UHCD. L'UHCD est une unité annexe des urgences où sont hospitalisés des patients pour lesquels la durée d'hospitalisation est potentiellement inférieure à 24h ou pour lesquels une surveillance de 24h est nécessaire. Lorsque l'EMG intervenait, elle interrogeait le patient et ses proches lorsqu'il en avait, directement ou par téléphone si cela était nécessaire, examinait cliniquement le malade puis rédigeait un compte rendu informatisé résumant les problématiques médico-psycho-sociales posées par le patient. Enfin, elle proposait des recommandations médicales et/ou sociales.

Les recommandations étaient dites gériatriques lorsqu'elles étaient médicales, c'est-à-dire des modifications diagnostiques, des thérapeutiques antalgiques ou psychotropes et gérontologiques lorsqu'elles étaient médico-sociales c'est-à-dire : modification, instauration, majoration ou maintien des aides professionnelles à domicile : Infirmière Diplômée d'Etat, aide-ménagère, kinésithérapeute, portage des repas.

Les patients ont été répartis dans deux groupes. Le premier groupe de patient a bénéficié de l'intervention de l'EMG contrairement au second qui n'a bénéficié que de la prise en charge de l'urgentiste. L'attribution dans le premier ou second groupe était décidée après concertation entre le médecin urgentiste et le médecin gériatre.

Variables étudiées :

L'EGS-Courte était composée de 6 items et a permis d'évaluer les patients selon les variables suivantes :

- L'âge codé en variable binaire (≥ 85 ans versus < 85 ans)
- Le sexe (homme versus femme)
- Le nombre de classes thérapeutiques prises quotidiennement (≥ 5 versus <5) évalué à partir de la dernière ordonnance du patient
- La présence de chutes durant les 6 derniers mois (oui versus non)
- Un trouble des fonctions cognitives évalué par la capacité à donner le mois et/ou l'année en cours (oui versus non)
- L'isolement social estimé par la présence d'aides formelles (professionnels de type infirmières ou aides ménagères) et/ou informelles (entourage : famille, amis)

Ces données ont été recueillies pour tous les patients inclus dans notre étude. Elles étaient collectées prospectivement à partir de l'observation initiale réalisée par le médecin urgentiste responsable du patient à l'admission aux urgences ou bien par l'infirmière de l'équipe mobile de gériatrie lorsque le patient était pris en charge par cette dernière.

Le lieu de vie et le motif principal d'admission aux urgences étaient également relevés de la même manière que l'EGS. Les motifs étaient : Chute, pathologie aigue spécifique, troubles neuropsychiatriques définis comme une confusion ou des troubles du comportement, et autres. Le lieu de vie était également relevé : domicile, foyer logement, Etablissement d'Hébergement pour Personne âgée Dépendante (EHPAD).

Critère de jugement :

Le critère de jugement principal était le retour à domicile précoce défini comme le retour dans le lieu de vie d'où est venu le patient, dans les premières 24h. Cette durée d'hospitalisation était calculée en utilisant le registre administratif du CHU d'Angers.

Méthodes statistiques :

Les caractéristiques des patients inclus dans cette étude ont été résumées en utilisant des fréquences et des pourcentages. Les patients ont été séparés en deux groupes selon leur durée de séjour : inférieure ou égale à 1 journée versus supérieure à 1 journée d'hospitalisation.

Premièrement, la comparaison des groupes a été réalisée en utilisant un test du Chi deux. Deuxièmement, nous avons réalisé un modèle statistique de régression logistique binaire multivarié pour étudier les associations entre le retour à domicile précoce (variable dépendante) et les autres caractéristiques (variables indépendantes). Une valeur de p inférieure à 0.05 était considérée comme significative.

Pour réaliser ces statistiques nous avons utilisé le logiciel SPSS (version 15.0 ; SPSS, INC. ; Chicago, IL).

RESULTATS

Sur la période du 30 Janvier 2011 au 28 Juin 2011, 97 patients ont été recrutés. Parmi ces 97 patients, 16 patients ont été exclus de l'analyse pour cause de décès avant la fin de l'hospitalisation. 81 patients ont été inclus dans l'étude et ont pu être le sujet de l'analyse principale. (Figure 1)

La moitié des patients analysés (48%) avait plus de 85 ans et près des deux tiers des patients étaient des femmes (61.7%).

19 soit 23 % des patients ont bénéficié de l'intervention de l'EMG. Parmi ces patients, 11 (13.6%) ont reçu des recommandations gériatriques et 8 (9.9%) des recommandations gérontologiques.

Un quart des patients (25,9%) est rentré précocement à domicile. Parmi eux, 19.3%, pris en charge par des médecins urgentistes contre 47.3% des patients bénéficiant de l'intervention de l'EMG. On observait également que les patients qui retrouvaient leur lieu de vie antérieur étaient plus fréquemment isolés sur le plan social ($p=0.001$), vivaient plus fréquemment au domicile ($p=0.035$).

Les patients âgés de 85 ans et plus ($p=0.009$) et admis aux urgences pour une chute ($p=0.044$) restaient plus fréquemment hospitalisés.

Le modèle de régression logistique binaire a montré que les recommandations gériatriques émises par l'EMG étaient significativement associées avec un retour à domicile précoce ($OR=11.51$ avec $p=0.02$). Cette différence significative n'était pas retrouvée lorsque l'EMG émettait des recommandations gérontologiques ($OR=1,486$ avec $p=0,755$).

L'isolement social était également associé avec une durée d'hospitalisation inférieure à 24h ($OR=31.677$ avec $p=0.007$).

L'âge supérieur ou égal à 85 ans était associé avec une durée d'hospitalisation supérieure à 24h ($OR=0.08$ avec $p=0.013$).

Les autres variables étudiées n'étaient pas associées à un retour à domicile précoce après analyse multivariée.

L'analyse isolée de chaque variable a montré :

38,3% des patients étaient de sexe masculin. Le modèle de régression logistique binaire ne retrouvait pas que le sexe était associé à un retour à domicile précoce ($OR=2,792$, $p=0,281$).

71,6% des patients prenaient au moins 5 traitements différents quotidiennement. Le modèle de régression logistique binaire ne retrouvait pas que cette variable était associée à un retour à domicile précoce ($OR=0,745$, $p=0,729$).

60,5% des patients avaient un antécédent de chutes durant les 6 derniers mois. Cet antécédent n'était pas associé à un retour à domicile précoce dans le modèle de régression logistique binaire ($OR=5,502$, $p=0,230$).

46,9% des patients étaient désorientés dans le temps. Le modèle de régression logistique binaire ne retrouvait pas que la désorientation dans le temps était associée à un retour à domicile précoce ($OR=0,703$, $p=0,746$).

61,7% des patients vivaient à domicile. Le modèle de régression logistique binaire ne retrouvait pas que la désorientation dans le temps était associée à un retour à domicile précoce ($OR=0,186$, $p=0,189$).

34,6% des patients étaient admis pour pathologie aigue spécifique, 56,7% des patients étaient admis pour troubles de la marche et de l'équilibre, 4,9% des patients étaient admis pour troubles neuropsychiatriques et 3,7% des patients étaient admis pour d'autres motifs. Le modèle de régression logistique binaire ne retrouvait pas que les motifs d'hospitalisation étaient associés à un retour à domicile précoce. La pathologie aigue spécifique étant définie, dans le modèle de régression logistique, comme la valeur de référence, les admissions pour troubles de la marche et de l'équilibre ($OR=2,375$ avec $p=0,447$), pour le motif trouble neuropsychiatrique ($OR=7,17$ avec $p=0,283$) et pour d'autres motifs ($OR=4,232$ avec $p=0,402$) n'étaient pas associés avec un retour précoce dans le lieu de vie habituel.

DISCUSSION

De notre cohorte de 81 patients, 74.1% ont été hospitalisés plus de 24h et 25.9% sont retournés dans les 24 premières heures dans leur lieu de vie et directement à partir de l’UHCD.

Nos résultats ont montré que l’intervention de l’EMG à travers la réalisation d’une EGS chez des personnes âgées admises aux urgences la nuit, avait permis un retour à domicile précoce. Ces résultats sont en accord avec ceux d’études précédentes qui ont montré que la réalisation d’une EGS permettait de diminuer la durée d’hospitalisation.

Une première étude réalisée en France par Ledesert [33], a démontré que la réalisation d’une EGS chez des personnes âgées hospitalisées, identifiées comme fragiles socialement, diminuait la durée d’hospitalisation, tout comme l’étude de Soejono [34] réalisée en 2008 dans un service de gériatrie aigue. De même, une étude récente réalisée au CHU d’Angers [31] a mis en évidence que l’intervention de l’EMG, par l’intermédiaire de recommandations gériatriques, permettait un retour à domicile précoce des personnes âgées admises aux urgences.

L’impact positif de l’EGS réalisée dans les unités de gériatrie a été largement démontré aussi bien en réduisant la mortalité, les risques de réadmission aux urgences, d’institutionnalisation et de déclin fonctionnel et cognitif [20-21-22-28].

Ces résultats sont probablement expliqués par le fait que l’EGS est une intervention permettant une analyse globale et systématique des problèmes médico-sociaux spécifiques de la personne âgée repérant notamment les syndromes gériatriques. Cette évaluation permet par conséquent de cibler et de hiérarchiser les interventions en prenant en compte les capacités de récupération mais également des conditions de vie au domicile afin d’organiser un retour à domicile rapide et sécurisé.

Cependant, différentes études ont remis en question l’efficacité de l’intervention de l’EMG dans la prévention d’évènements indésirables chez les personnes âgées hospitalisées. En effet, la méta-analyse d’Ellis [19] n’a pas permis de mettre en évidence de bénéfices de l’intervention réalisée par une EMG.

De même, la méta-analyse de Deschoudt [29] n'a mis en évidence qu'une amélioration de la mortalité à moyen terme (6 et 8 mois) après l'intervention d'une EMG auprès de personnes âgées admises aux urgences. Elle n'a pas retrouvé de résultats significatifs sur la durée d'hospitalisation.

La raison évoquée par les auteurs de ces deux méta-analyses sur le manque de significativité de leurs résultats était un manque de puissance. Ils précisent que le nombre d'études incluses portant sur l'intervention des EMG était faible.

Malgré la rigueur dans la réalisation de ces méta-analyses, les données disponibles pour les études incluses étaient hétérogènes, comme les outils utilisés pour mesurer les variables (statut cognitif, fonctionnel, etc.), parfois absentes ou de mauvaises qualités. Les critères de jugement de ces études pouvaient être différents ce qui les rendaient difficilement comparables.

Une autre explication de l'absence de résultat positif est la possible non application des recommandations des EMG. Au terme de leur intervention, les EMG préconisent un certain nombre de recommandations dont l'application est dépendante d'une autre équipe médicale et paramédicale. En effet, il peut être difficile de modifier le comportement d'autres professionnels de santé directement impliqués dans les soins du patient. Par conséquent, les recommandations thérapeutiques ne sont pas toujours réalisées [35]. Les EMG analysées dans ces deux méta-analyses intervenaient dans différents services de médecine et de chirurgie. Notre étude se focalisait sur l'intervention de l'EMG aux urgences.

Les résultats positifs que nous avons retrouvés sont peut être dus d'une part au fait qu'aux urgences les recommandations médicales aient été plus fréquemment respectées car elles favorisaient le retour à domicile des patients et étaient réalisées immédiatement. De plus, l'intervention réalisée exclusivement à l'UHCD permettait de comparer des patients à un moment identique de leur parcours de soins ce qui n'était pas le cas dans les études incluses dans les méta-analyses.

Enfin, les recommandations éditées par les différentes EMG ne sont pas standardisées ce qui peut amener à des résultats divergents selon la nature des recommandations.

Notre étude a retrouvé un impact positif de l'intervention de l'EMG sur le retour à domicile précoce et a permis de préciser quelle était la nature des recommandations qui favorisait ce retour. En effet, seules les recommandations de type gériatrique c'est-à-dire médicales favorisaient significativement un retour à domicile précoce. Ce résultat est dans la continuité d'une précédente étude menée aux urgences du CHU d'Angers [31]. Les recommandations médicales précisent le diagnostic et proposent des modifications thérapeutiques telles qu'une modification des traitements antalgiques et psychotropes. Ces recommandations sont rapides à mettre en œuvre par les médecins. Elles ne nécessitent pas l'intervention de tierces personnes.

Notre étude n'a pas retrouvé d'effet significatif des recommandations gérontologiques c'est-à-dire médico-sociales sur le retour précoce au domicile. Ces recommandations préconisent en plus des recommandations médicales, une mise en place d'aides à domicile comme l'intervention d'aides ménagères, le passage d'une infirmière pour l'aide à la prise des médicaments, l'aide à la toilette, l'intervention d'un kinésithérapeute ou encore la mise en place d'un portage des repas. Ce résultat négatif avait également été retrouvé lors de l'étude précédente aux urgences du CHU d'Angers [31]. Cela peut être expliqué par le fait que la mise en place d'un projet social prend du temps. Ce travail ne peut pas être réalisé en moins d'une journée aux urgences. Les résultats de l'étude réalisée au CHU d'Angers [36] évaluant l'intervention de l'EMG sur la durée d'hospitalisation totale vont dans ce sens. En effet, les résultats ont montré une diminution significative de la durée d'hospitalisation lorsque les recommandations étaient gérontologiques. La raison pour laquelle nous ne retrouvons pas de résultats positifs est peut être liée à notre critère de jugement qui est le retour à domicile en moins de 24h, délai trop court pour mettre en place un projet social.

L'analyse multivariée a montré que les personnes âgées de 85 ans ou plus présentaient un risque plus élevé de rester hospitalisées. 13% des patients âgés de 85 ans et plus rentraient précocement à domicile contre 38% des patients de moins de 85 ans. La méta-analyse de Aminzadeh [10], tout comme l'étude de Lang [37] et l'enquête de la DREES [38], ont permis de mettre en évidence l'association entre âge et durée d'hospitalisation, les personnes les plus âgées étant hospitalisées plus longtemps. Ce phénomène est probablement expliqué par le fait que les personnes les plus âgées ont plus de comorbidités [2-3-39], des pathologies plus

graves et plus évoluées et seraient donc plus dépendantes sur les plans fonctionnels et cognitifs.

Par ailleurs, nous avons montré que les personnes isolées socialement rentraient plus rapidement à domicile. Ce résultat peut paraître étonnant, cependant il est possible que ces personnes isolées socialement soient plus vigoureuses et autonomes. Cet état de santé qui permettait une indépendance au domicile pourrait favoriser un retour à domicile plus précoce.

Le reste des variables analysées avec l'EGS n'était pas corrélé à un retour à domicile précoce.

Ainsi, la durée d'hospitalisation n'était pas modifiée par le motif d'hospitalisation aux urgences. La majorité (57%) des patients a consulté aux urgences pour des troubles de la marche et de l'équilibre. Ce terme générique, trouble de la marche et de l'équilibre regroupe les patients admis pour chute. La prévalence importante dans notre étude de ce motif est probablement liée au fait que ces patients aient été admis la nuit. L'absence d'association est peut être liée au fait que dans l'analyse multivariée l'ajustement sur d'autres facteurs prend en compte le niveau de santé global des personnes âgées. Par ailleurs, nous n'avons pas précisé dans notre étude le niveau de gravité des chutes. La prise en charge d'une chute nécessite une exploration étiologique et la recherche de complications [40]. Deux situations sont alors rencontrées. La première, les explorations ne retrouvent pas d'éléments de gravité et les patients peuvent alors être pris en charge en ambulatoire. La deuxième, les explorations retrouvent des éléments de gravité que ce soient des facteurs étiologiques ou des complications. L'hospitalisation est par conséquent nécessaire. Une étude des chutes plus précise, selon leur niveau de gravité, aurait peut-être permis de retrouver une association avec le retour à domicile précoce.

De même, nous n'avons pas retrouvé d'association entre un retour à domicile précoce et le lieu de vie. Ces résultats sont concordants avec les données de la littérature [30] en dehors de la prévalence des patients provenant du domicile qui différait. En effet, dans cette précédente étude réalisée chez des patients admis le jour aux urgences, 81.5% provenaient de leur domicile contre 62.1% des patients de notre étude. Cependant, cette analyse ne précisait pas quelle était la proportion de patients vivant seuls à domicile. Di Iorio [41] avait retrouvé un

allongement de la durée d'hospitalisation chez les personnes âgées vivant seule. Ce manque de précision explique peut être l'absence de résultat significatif de notre étude.

L'antécédent de chute durant les derniers mois n'a pas modifié la durée de séjour dans notre étude. Pourtant, Lang [37] a démontré que le risque de chute était corrélé à une plus longue durée d'hospitalisation. Dans notre étude, nous notons que parmi ces patients admis la nuit, une majorité était admise pour chute et par rapport à une cohorte de patients admis le jour ou toute la journée, nous retrouvons une proportion importante de patients institutionnalisés. 43% des patients de notre cohorte, ayant un antécédent de chute, étaient institutionnalisés. Ainsi il est possible que l'antécédent de chute ne soit pas associé à un maintien en hospitalisation en raison de la présence de personnels paramédicaux dans les institutions. En effet, même chez un patient chuteur à répétition, un environnement sécurisé a peut-être pu constituer dans cette sous-population un élément favorisant le retour précoce dans la structure antérieure.

Nous n'avons pas mis en évidence de corrélation entre la présence d'une désorientation temporelle utilisée dans notre étude comme témoin de la présence de troubles cognitifs et la durée d'hospitalisation. Lang [37] et Di Iorio [41] ont retrouvé que les patients souffrant de déficits cognitifs étaient hospitalisés plus longtemps que les autres. Cependant, les populations étudiées étaient différentes. 36% des patients de l'étude de Lang avaient un déficit cognitif évalué à l'aide d'un Mini Mental State Examination (MMSE). Dans notre cohorte, 47% des patients étaient désorientés temporellement à l'admission aux urgences. Une désorientation temporelle peut être le symptôme d'une atteinte cognitive aigue, un syndrome confusionnel, ou chronique, un syndrome démentiel. L'une des explications peut venir de la forte prévalence de patients institutionnalisés. En effet, 38.3% des patients provenaient d'EHPAD contre 18.5% des patients admis le jour et la nuit de l'étude précédente réalisée aux urgences du CHU d'Angers [31]. Or dans notre étude, les patients étaient majoritairement admis pour troubles de la marche et de l'équilibre et non pas pour troubles cognitifs. Ainsi, la présence de troubles cognitifs qui ne représentait pas le motif de leurs admissions n'influait probablement pas le délai de retour dans leur lieu de vie ce d'autant que ces personnes provenaient dans une proportion importante d'institutions. En effet, la prévalence de troubles cognitifs en EHPAD est élevée, entre 50 et 75% [42-43] et représente même le principal marqueur prédictif d'institutionnalisation [44-45].

Le sexe ne modifiait pas significativement la durée d'hospitalisation. Dans notre étude, deux tiers des patients étaient des femmes. Cette proportion était identique dans l'étude réalisée par Lang [37] qui n'a pas retrouvé d'association significative entre le sexe et la durée d'hospitalisation. L'analyse multivariée réalisée dans cette étude permet d'ajuster le critère de jugement aux facteurs confondants tels que l'âge, particulièrement élevé dans cette cohorte de même que la présence de troubles cognitifs aigus ou chroniques, pouvant expliquer l'absence de significativité de ce critère.

Dans notre étude, 71.6% des patients prenaient quotidiennement au moins 5 traitements différents. Il s'agit donc d'une population caractérisée par un lourd fardeau de comorbidités [36]. Cependant, nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre le nombre de traitements pris quotidiennement et la durée d'hospitalisation. Di Ioro [41] avait retrouvé une association entre le niveau de comorbidité et la durée d'hospitalisation. L'absence de significativité de ce critère pourrait être liée à un manque de puissance de l'étude ainsi qu'à la forte prévalence de patients comorbides.

Le caractère pilote de notre étude expliquait ses biais principaux. Il s'agissait surtout de biais de sélection. Notre cohorte était monocentrique ce qui peut induire un manque de représentativité de notre population. De plus, cette cohorte était de petite taille et ne portait que sur des patients hospitalisés à l'UHCD.

Malgré tout, notre étude semblait indiquer que l'intervention réalisée par l'EMG et les recommandations qu'elle soumettait augmentait le nombre de retours précoces à domicile.

Nous pourrions envisager que l'application de cette analyse et la mise en place en médecine générale de ces recommandations pourrait réduire le nombre d'hospitalisations.

Afin d'envisager ces possibilités, il serait intéressant de confirmer nos résultats par la réalisation d'une étude multicentrique avec une cohorte plus importante de même qu'une évaluation de la morbi-mortalité, c'est-à-dire le taux de réadmission, de déclin fonctionnel et cognitif, d'institutionnalisation et de décès, des personnes âgées retournées précocement à leur domicile par rapport à celles restées plus longtemps hospitalisées. On pourrait également étudier l'observance des recommandations aux urgences et dans des services d'hospitalisation.

CONCLUSION

L'intervention de l'EMG et la réalisation de recommandations gériatriques à partir d'une EGS-courte chez des patients âgés de 75 ans et plus, admis la nuit aux urgences et hospitalisés à l'UHCD, étaient associées avec un retour à domicile précoce. L'âge de plus de 85 ans était associé avec une hospitalisation alors que l'isolement social était associé avec un retour à domicile précoce.

Ces résultats suggèrent qu'une analyse globale et multidimensionnelle des personnes âgées aboutissant à la réalisation de recommandations médicales simples telles qu'une précision diagnostique, une modification thérapeutique permettrait d'éviter une hospitalisation prolongée pouvant être délétère.

Ces recommandations simples basées sur une analyse globale des personnes âgées pourraient être réalisées par des médecins non gériatres, en particulier des médecins généralistes en amont de l'admission aux urgences. La réalisation d'une étude évaluant l'application de ces recommandations en médecine générale sur le taux d'hospitalisation permettrait de vérifier cette hypothèse.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Robert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. *Insee première*. 2006; 1089.
- [2] Barnett K, Mercer S, Narbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2013; 380: 37-43.
- [3] Salvi F, Morichi V, Grilli A, Giorgi R, De Tommaso G, Dessi-Fulgheri P. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Intern Emerg Med*. 2007; 2: 292-301.
- [4] Fried LP, Storer DJ, King DE, Lodder F. Diagnosis of illness presentation in the elderly. *JAGS*. 1991; 39(2): 117-23.
- [5] Tinetti M, Inouye S, Gill T, Doucette J. Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence unifying the approach to geriatric syndromes. *JAMA*. 1995; 273(17): 1348-53.
- [6] Inouye S, Studenski S, Tinetti M, Kuchel G. Geriatric Syndromes: clinical and policy implications of a core geriatric concept. *JAGS*. 2007; 55(5): 780-91.
- [7] Lahkan P, Jones M, Wilson A, Courtney M, Hirdes J, Gray LC. A prospective cohort study of geriatric syndromes among older medical patients admitted to acute care hospitals. *JAGS*. 2011; 59(11): 2001-8.
- [8] Wenger NS et al. The quality of medical care provided to vulnerable community-dwelling older patients. *Ann Intern Med*. 2003; 139(9):740-7.
- [9] J. Bouget. 10^{ème} conférence de consensus : Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. *Société Française de médecine d'urgence*. 2003; 1-7.

- [10] Aminzadeh F, Burd Dalziel W. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med*; 2002; 39(3): 238-47.
- [11] Bergman H et al. Frailty: An emerging research and clinical paradigm-issues and controversies. *J Gerontol A Biol Sci*. 2007; 62(7): 731-7.
- [12] Fernandes C. Geriatric care in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2005; 12(2): 158-9.
- [13] Covinsky K et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *JAGS*. 2003; 51: 451-8.
- [14] Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *JAGS*. 1990. 38(12): 1296-303.
- [15] Stuck E, Egger M, Hammer A, Minder C, Beck J. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. *JAMA*. 2002; 287: 1022-28.
- [16] Rubenstein L, Josephson K, Wieland G, English P, Sayre J, Kane R. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. *N Engl J Med*. 1984; 1664-70.
- [17] Sinha S, Bessman E, Flomenbaum N, Leff B. A systematic review and qualitative analysis to inform the development of a new emergency department-based geriatric case management model. *Ann Emerg Med*. 2011; 57(6): 672-81.
- [18] De Weirdt S. Evaluation gérontologique standardisée de la personne âgée hospitalisée en urgence? *Minerva*. 2012 ; 11(6) : 69-70.
- [19] Ellis G, Whitehead M, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ*. 2011; 343:d6553: 1-10.
- [20] Stuck E, Slu A, Wieland G, Adams J, Rubenstein L. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993; 342: 1032-6.

[21] Ballabio C et al. A comprehensive evaluation of elderly people discharged from an emergency department. *Intern Emerg Med.* 2008; 3:245-9.

[22] Dedhia P et al. A quality improvement intervention to facilitate the transition of older adults from three hospitals back to their homes. *JAGS.* 2009; 57: 1540-6.

[23] Rodriguez-Molinero A, Lopez-Dieguex M, Tabuenca A, de la Cruz J, Banegas J. Functional assessment of older patients in the emergency department: comparison between standard instruments, medical records and physicians' perceptions. *BMC Geriatrics.* 2006; 6(13): 1-9.

[24] McCusker J et al. Hospital characteristics and emergency department care of older patients are associated with return visits. *Acad Emerg Med.* 2007; 14: 426-33.

[25] Conroy S. Emergency room geriatric assessment-urgent, important or both? *Age and Ageing.* 2008; 37: 612-3.

[26] Legrain S et al. A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *JAGS.* 2011; 59: 2017-28.

[27] Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009; 64A: 675-81.

[28] Caplan G, Williams A, Daly B, Abraham K. A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department-The DEED II Study. *JAGS.* 2004; 52: 1417-23.

[29] Deschoudt M, Flamaing J, Haentjens P, Boonen S, Milisen K. Impact of geriatric consultation teams on clinical outcomes in acute hospitals: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2013; 11:48.

[30] Beauchet O, Launay C, Fantino B, Lerolle N, Maunoury F, Annweiler C. Screening for elderly patients admitted to emergency department requiring specialized geriatric care. *J Emerg Med.* 2013; 45(5): 739-45.

[31] Launay C, Annweiler C, de Decker L, Kabeshova A, Beauchet O. Early hospital discharge of older adults to emergency department: effect of the different types of recommendations made by a mobile geriatric team. *J Am Geriatric Soc.* 2013; 61(6): 1031-3.

[32] Isaia G et al. Functional decline two weeks before hospitalization in an elderly population. *Ageing Clin Exp Res.* 2010.

[33] Ledesert B, Lombrai P, Yeni P, Carbon C, Brodin M. The impact of a comprehensive multidimensional geriatric assessment programme on duration of stay in a French acute medical ward. *Age and Ageing.* 1994; 23: 223-7.

[34] Soejono C. The impact of 'comprehensive geriatric assessment' implementation on the effectiveness and cost of healthcare in an acute geriatric ward. *Acta Med Indones-Indones J Intern Med.* 2008; 40: 3-10.

[35] Bleijlevens M et al. Process factors explaining the ineffectiveness of a multidisciplinary fall prevention programme: a process evaluation. *BMC Public Health.* 2008; 8: 332: 1-11.

[36] Launay C, Annweiler C, Delanoe-Telfour L, de Decker L, Kabeshova A. Mobile Geriatric team advice: effect on length hospital stay in older adults. *JAGS.* 2014;62: 390-1.

[37] Lang P et al. Early markers of prolonged hospital stays in older people: a prospective, multicenter study of 908 inpatients in French acute hospitals. *JAGS.* 2006; 54: 1031-9.

[38] Baubau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et résultats. DREES.* 2003 ; 215 :1-12.

[39] Moore K, Boscardin W, Steinman M, Schwartz J. Age and sex variation in prevalence of chronic medical conditions in older residents of U. S. nursing homes. *JAGS.* 2012; 60: 756-4.

[40] Société française de gériatrie et de gérontologie. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. HAS.* 2009.

[41] Di Iorio A et al. Factors related to the length of in-hospital stay of geriatric patients. *Aging*. 1999; 11(3): 150-4.

[42] Anesm. Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*. 2011; 5.

[43] Matthews F, Dening T. Prevalence of dementia in institutional care. *Lancet*. 2002; 360: 225-6.

[44] Gaugler J, Duval S, Anderson K, Kane R. Predicting nursing home admission in the US: a meta-analysis. *BMC geriatrics*. 2007; 7(13): 1-14.

[45] Luppa M, Luck T, Weyerer S, Konig H, Brahler E, Riedel-Heller S. Prediction of institutionalization in the elderly, a systematic review. *Age and ageing*. 2010; 39: 31-8.

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Diagramme de flux d'inclusion des patients

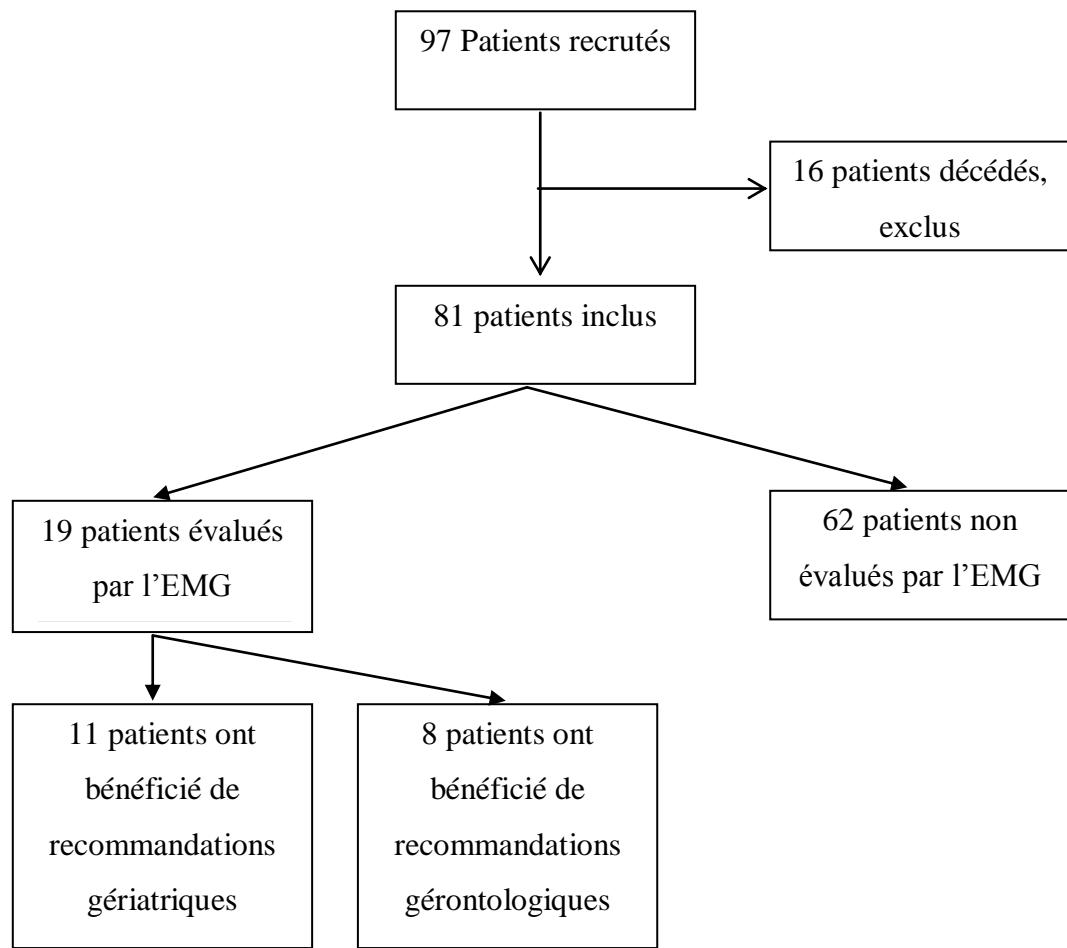


Figure 1: Diagramme de flux d'inclusion des patients

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques cliniques des patients en fonction de leur durée d'hospitalisation

Tableau II : Modèle de régression logistique multiple montrant les associations entre un retour à domicile précoce et les caractéristiques cliniques des patients

Tableau I : Caractéristiques cliniques des patients en fonction de leur durée d'hospitalisation (n=81)

	Durée d'hospitalisation		P-value*
	<24 heures (n=21)	>24heures (n=60)	
Age>85, n (%)	5 (23.8)	34 (56.7)	0.009
Sexe masculin	10 (47.6)	21 (35)	0.306
Nombre de traitements pris quotidiennement ≥ 5	13 (61.9)	45 (75)	0.252
Absence d'aides formelles et/ou informelles	13 (65)	14 (24.1)	0.001
Antécédent de chute durant les 6 derniers mois	13 (76.5)	36 (73.5)	0.807
Désorientation dans le temps	10 (50)	28 (50)	1
Lieu de vie: domicile	17 (81)	33 (55)	0.035
Motif d'hospitalisation au SAU			
Pathologie aigüe	10 (47.6)	18 (30)	0.144
Troubles de marche et/ou équilibre	8 (38.1)	38 (63.3)	0.044
Troubles neuropsychiatriques	2 (9.5)	2 (3.3)	0.260
Autres	1 (4.8)	2 (3.3)	0.765
Intervention gériatrique			
Repéré	12 (57.1)	50 (83.3)	0.015

Evaluation gériatrique	7 (33.3)	4 (6.7)	0.002
Evaluation gérontologique	2 (9.5)	6 (10)	0.950

* : comparaisons basées sur un test du Chi-deux

Tableau II : Modèle de régression logistique multiple montrant les associations entre un retour à domicile précoce (variable dépendante) et les caractéristiques cliniques des patients (variables indépendantes).

Caractéristiques des participants	Modèle de régression logistique		
	OR	[IC 95%]	P-value
Intervention gériatrique, n(%) :			
Absence d'intervention gériatrique		1.00(Réf)	
Evaluation gériatrique	11.519	[1.479 ; 89.717]	0.020
Evaluation gérontologique	1.486	[0.124 ; 17.845]	0.755
Age \geq 85 ans, n(%)	0.080	[0.011 ; 0.587]	0.013
Sexe masculin, n(%)	2.792	[0.432 ; 18.057]	0.281
Nombre de traitement pris quotidiennement \geq 5, n(%)	0.745	[0.140 ; 3.948]	0.729
Absences d'aides formelles ou informelles, n(%)	31.677	[2.574 ; 389.844]	0.007
Antécédent de chute durant les 6 derniers mois, n(%)	5.502	[0.339 ; 89.281]	0.230
Désorientation dans le temps, n(%)	0.703	[0.083 ; 5.943]	0.746

Lieu de vie : domicile, n(%)	0.186	[0.015 ; 2.285]	0.189
<hr/>			
Motif d'hospitalisation au SAU			
<hr/>			
Défaillance d'organe		1.00(Réf)	
<hr/>			
Troubles de la marche et/ou de l'équilibre	2.375	[0.255 ; 22.078]	0.447
<hr/>			
Troubles neuropsychiatriques	7.17	[0.196 ; 266.077]	0.283
<hr/>			
Autres	4.232	[0.144 ; 124.008]	0.402
<hr/>			

OR : Odd Ratio ; IC : Intervalle de Confiance ; seuil de significativité de 0.05 pour P-value et OR.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	6
LISTE DES ABREVIATIONS	8
PLAN	9
INTRODUCTION	10
MATERIEL ET METHODE.....	13
Participants :	13
Intervention de l'Equipe Mobile de Gériatrie :	13
Variables étudiées :	14
Critère de jugement :	14
Méthodes statistiques :	15
RESULTATS.....	16
DISCUSSION.....	18
CONCLUSION.....	24
BIBLIOGRAPHIE.....	25
LISTE DES FIGURES.....	30
Figure 1: Diagramme de flux d'inclusion des patients.....	31
LISTE DES TABLEAUX	32

Tableau I : Caractéristiques cliniques des patients en fonction de leur durée d'hospitalisation (n=81).....	33
Tableau II : Modèle de régression logistique multiple montrant les associations entre un retour à domicile précoce (variable dépendante) et les caractéristiques cliniques des patients (variables indépendantes).....	35
TABLE DES MATIERES.....	37
Annexe : Fiche de recueil de données.....	39

Annexe : Fiche de recueil de données

Patients > 75 ans hospitalisés à l'UHCD évalués ou repérés par EMG.

Date :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de vie :

- Domicile :
- Foyer logement :
- EHPAD :
- Long séjour :

Motif d'hospitalisation principal énoncé :

- Troubles de la marche et de l'équilibre :
- Troubles neuropsychiatriques :
- Pathologie aigue spécifique :
- Autres :

Evaluation initiale :

Sexe masculin : oui/non

Age supérieur ou égal à 85 ans : oui/non

Chute de moins de 6mois : oui/non

Année : réponse incorrecte : oui/non

Mois : réponse incorrecte : oui/non

Absence d'aide formelle : oui/non

Absence d'aide informelle : oui/non

Nb de jours d'hospitalisation : ... jours

Projet proposé par EMG :

Modification thérapeutique :

- Psychotropes : oui/non
- Antalgiques : oui/non

IDE : instauré/majoré/maintenu

Aide ménagère : instauré/majoré/maintenu

Kinésithérapeute : instauré/majoré/maintenu

Nutrition/portage des repas : instauré/majoré/maintenu

PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Mademoiselle De Fabre de Latude

Vu, le Directeur de thèse



Vu, le Président du jury de thèse



Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS


Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer

TI-20131 permis_imprimer_BCC



