

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

Par

Claire LESCÈNE

Née le 15 mai 1985 à Saint-lô

Présentée et soutenue publiquement le : 07 février 2013

***QUELS SONT LES CRITERES ASSOCIES A UN RETOUR AU DOMICILE
PRECOCE CHEZ LES PATIENTS AGES DE 75 ANS ET PLUS, NON
ADRESSES PAR LEUR MEDECIN TRAITANT, HOSPITALISES A 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. BAUFRETON
Vice doyen pédagogie	Pr. COUTANT

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

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

Professeurs Honoraires : 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. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM. ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation médicale
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM. BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALEÙS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie option cancérologie
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 ; brûlologie
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 (professeur associé)

MM.	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale
Mme	HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie et réanimation ; médecine d'urgence option anesthésiologie et réanimation
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
	LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
Mmes	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM.	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
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM.	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	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
	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénérérologie
MM.	WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

MM.	ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
	ANNWEILER Cédric	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie option , gériatrie et biologie du vieillissement
Mmes	BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
	BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
M.	BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme	BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM.	CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
	CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme	CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM.	CONNAN Laurent	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CRONIER Patrick	Anatomie
	CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme	DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
	FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
	HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
MM.	LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
	LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes	LOISEAU-MAINGOT 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
MM.	MOUILLIE Jean-Marc	<i>Philosophie</i>
	PAPON Xavier	Anatomie
Mmes	PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
	PELLIER Isabelle	Pédiatrie
	PENCHAUD Anne-Laurence	<i>Sociologie</i>
M.	PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme	PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M.	PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes	ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
	SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
	TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

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 Cédric

Remerciements

Au Professeur François Garnier qui me fait l'honneur de présider ma thèse.

Au Docteur Cyrille Launay pour ses encouragements et pour m'avoir guidée tout au long de ce travail.

Au Professeur Olivier Beauchet pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

Au Docteur Cédric Annweiler pour avoir accepté de juger ce travail.

A Jennifer pour le temps passé à m'aider dans ce travail.

Dédicace

A mes parents, pour m'avoir soutenue et aidée tout au long de ces années, pour avoir toujours cru en moi, et sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

A mon Papy, qui compte beaucoup pour moi, merci d'être présent aujourd'hui.

A Thibaud, que j'aime de tout mon cœur et qui a été là à chaque instant, à nos projets futurs.

A Laëtitia, avec qui j'ai eu le bonheur de suivre ces longues années d'études, merci d'avoir partagé ce travail avec moi.

A mes fabuleux colocataires : Sophie, Sophie, Marine et Mikeu.

A mes frères et sœurs : Arnaud, Olivier, Maud et Paul aux quatre coins du monde mais toujours présents.

A mes amis :

Xavier, merci pour tout, et petit Paul pour la joie que tu me donnes

Audrey, Florence et Murielle pour tous nos souvenirs d'externat

Stéphane, Erwan et Vincent qui nous ont supportées.

Merci Guillaume et Annie de votre aide pour la numérotation des pages !

Pauline et Charles-Ivy, Antoine, Vincent, Mélanie et Pierre, Sandra, Benoit et Morgane, Stéphane et Alice, Julie et Morgan, Anne-sophie, Sébastien et Baptiste, Stéphanie, Elise Virginie, Camille, mes anciennes co-internes.

Et tous ceux que je n'ai pas cité

Sigles et abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

ECS-C : Evaluation Gériatrique Standardisée Courte

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

LATA : Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives

SAU : Service d'Accueil des Urgences

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Plan

Introduction

Matériel et méthode

Résultats

Discussion

Conclusion

Résumé

Bibliographie

Annexes

Tables des matières

Introduction

Le vieillissement de la population française tend à s'accélérer et les personnes de plus de 75 ans devraient représenter le tiers de la population en 2050. Ce vieillissement est principalement dû à l'émergence de la génération du "papy-boom" et à l'augmentation de l'espérance de vie qui a plus que triplé en deux siècles et demi (figure 1, 2 et 3). Parmi ces personnes âgées est apparue une nouvelle population dite « fragile ». Le concept de fragilité, véritable approche des syndromes gériatriques et de l'instabilité de l'état de santé des personnes âgées, reflète la vulnérabilité du sujet âgé liée à une diminution des capacités physiologiques de réserve rendant impossible son adaptation face à un stress. Une pathologie aiguë, un stress, peuvent alors être à l'origine d'une perte d'indépendance, d'une diminution des capacités physiques, cognitives et socio-économiques, associée à un haut risque de mortalité [1] (figure 4).

La nécessité d'une hospitalisation en urgence est l'une des expressions de cette fragilité. En effet, le vieillissement de la population s'accompagne d'une forte prévalence des pathologies chroniques chez des patients vivant pour la plupart encore à leur domicile. Ces patients présentent généralement un fardeau de comorbidités, une perte d'indépendance et d'autonomie, c'est-à-dire des syndromes gériatriques. L'expression voire l'association de ces syndromes gériatriques est à l'origine de présentations cliniques atypiques, plus particulièrement sur un mode fonctionnel, rendant leur prise en charge notamment étiologique complexe. Cependant, la notion de syndrome gériatrique reste peu connue. Il est par conséquent peu diagnostiqué chez des patients à risque d'hospitalisations prolongées [2].

De même, il a été démontré que la durée moyenne d'attente aux urgences, de l'admission au transfert dans un service, augmentait avec l'âge [3], ce qui s'explique premièrement par la complexité des pathologies présentées et la nécessité d'exams complémentaires ou d'avis spécialisés, et deuxièmement par la difficulté des services hospitaliers à accueillir ces patients ne relevant pas, la plupart du temps, de leur spécialité. En effet, l'organisation hospitalière actuelle divise les services en spécialités d'organe, et les praticiens hospitaliers sont peu formés à une approche globale, alors qu'il est démontré que cette dernière permet de diminuer la mortalité [4], tout en réduisant les dépenses [5], augmente les chances d'être

en vie à domicile à 12 mois [6], diminue la fréquence des réhospitalisations [7], améliore les fonctions cognitives et le statut fonctionnel.

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS), principale méthode de diagnostique et de prise en charge gériatrique est basée sur la mesure des capacités fonctionnelles, de l'autonomie, du statut cognitif, thymique et nutritionnel (Figure 5). Cette intervention multidimensionnelle identifie les marqueurs de fragilité afin de proposer un plan d'aide adapté et individualisé.

Les services d'accueil des urgences (SAU) sont de plus en plus confrontés à ces patients vulnérables, aux signes cliniques indifférenciés requérant une prise en charge globale. Plusieurs grilles d'évaluation, scores, échelles, et tests ont été utilisés dans différentes études pour permettre une orientation adéquate des patients tout en réduisant les coûts hospitaliers, mais ceux-ci se sont révélés trop sensibles et pas assez spécifiques. Par ailleurs les urgentistes doivent répondre à une contrainte de temps. Ainsi les médecins urgentistes ne disposent pas d'outils efficaces pour dépister les patients à haut risque d'hospitalisation et à risque de parcours de soins compliqué.

Les équipes mobiles de gériatrie (EMG) se développent au sein des services hospitaliers et interviennent notamment au SAU. Ce sont des équipes pluridisciplinaires spécialisées dont le rôle est de repérer les patients vulnérables ainsi que de dispenser une expertise gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge des patients. Une publication récente a montré qu'une intervention précoce, c'est-à-dire aux urgences, permettait une réduction de la durée d'hospitalisation de 6 jours [8]. Par ailleurs il a été démontré que l'évaluation gériatrique à domicile, de façon répétée, permet de prévenir les situations de crise aboutissant à l'hospitalisation en urgence [9]. En établissant des stratégies de prise en charge coordonnées avec le médecin traitant, les infirmières et l'assistante sociale, son efficacité est maximale chez les personnes les plus fragiles [10].

Ainsi il apparaît que le dépistage précoce des marqueurs de fragilité, à l'hôpital ou à domicile, permet une prise en charge globale dans le cadre d'une politique de prévention.

Hypothèse :

Nous émettons l'hypothèse que l'intervention de l'EMG et l'évaluation effectuée au travers des critères l'EGS courte (EGS-C) chez des personnes âgées de 75 ans et plus pourraient être associées avec un retour au domicile précoce à partir de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) du SAU.

Objectif :

L'objectif de ce travail est de mettre en évidence des critères issus de l'évaluation initiale de l'EMG ainsi que des recommandations effectuées, associés avec un retour au domicile précoce à partir de l'UHCD pour des patients de 75 ans et plus, non adressés par leur médecin traitant.

Problématique :

Quels sont les critères associés à un retour au domicile des patients de 75 ans et plus non adressés par leur médecin traitant au SAU et hospitalisés à l'UHCD du SAU du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers ?

Matériel et méthode

Matériel

Cette étude rétrospective a été réalisée sur une cohorte de patients, hommes et femmes de 75 ans et plus, admis dans le service d'accueil des urgences du CHU d'Angers et non adressés par un médecin traitant sur la période du 1^{er} février 2011 au 30 juin 2011, de 8h à 20h.

Afin d'être inclus, les patients devaient être âgés d'au moins 75 ans, avoir été hospitalisés au sein de l'UHCD entre 8h et 20h sans avoir été adressés par un médecin traitant.

Les patients pour lesquels une décision de Limitation ou d'Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA) a été prise aux urgences font partie de la cohorte mais ont été exclus du recueil, de même que les patients décédés au cours de la prise en charge à l'UHCD.

Cette étude a obtenu l'accord du comité d'éthique du CHU d'Angers.

Méthode

Le recueil des données des patients était effectué selon 2 moyens au sein de l'UHCD des urgences :

- les patients repérés n'étaient pas évalués par l'équipe mobile de gériatrie, un ciblage des critères de l'évaluation gériatrique standardisée courte était effectué afin d'évaluer la nécessité de réaliser une EGS. La prise en charge ultérieure était exclusivement effectuée par le médecin urgentiste.
- les patients évalués bénéficiaient de la prise en charge de l'EMG au travers de l'EGS en ciblant en priorité les personnes aptes à rentrer au domicile.

Les données complémentaires ont été recueillies à partir des comptes-rendus des urgences, des évaluations de l'EMG et des comptes-rendus d'hospitalisation.

La fiche de recueil de données (figure 6) identifiait les données administratives du patient, le lieu de vie, le motif d'hospitalisation (chute et/ou troubles de la marche, défaillance d'organe, trouble neuropsychologique, malaise, altération de l'état général, problème social, autre).

Les éléments intégrés dans l'EGS-C étaient : le sexe, l'âge supérieur ou égal à 85 ans, la survenue d'une chute dans les 6 mois précédents, le nombre de classes thérapeutiques, l'orientation temporelle (réponse incorrecte pour l'année et le mois), l'absence d'une aide formelle (aide ménagère, infirmière) et informelle (parents, amis, voisins).

Un suivi du dossier médical de chaque patient était effectué afin d'établir la durée d'hospitalisation.

Le critère de jugement principal était la durée d'hospitalisation exprimée en jours. Un retour au domicile était considéré comme précoce si la durée d'hospitalisation n'était pas supérieure à 1 journée.

Analyse statistique:

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, un modèle statistique de régression logistique multivariée a été utilisé afin d'examiner l'association entre la durée d'hospitalisation (variable dépendante) et les caractéristiques de référence (variables indépendantes).

Les valeurs P (P-Values) inférieures à 0.05 ont été considérées comme statistiquement significatives. Toutes les statistiques ont été réalisées en utilisant SPSS (version 19.0; SPSS, Inc., Chicago, IL).

Résultats

Durant la période d'observation, 259 patients, non adressés par leur médecin traitant ont été admis à l'UHCD. L'âge moyen de cette population était de 85,2 ans. 53 ont été évalués par l'EMG, et 206 repérés. Parmi les repérés, 3 sont décédés au cours de la prise en charge à l'UHCD, une LATA a été décidée pour 8 d'entre eux et 10 ont été admis une deuxième fois. (Figure 7).

70 patients (29%) ont été hospitalisés durant une journée ou moins, et 168 (71%) ont été hospitalisés dans des services médicaux ou chirurgicaux.

Caractéristiques des patients rentrés précocement au domicile :

Parmi ces patients, on observait que la moitié avait plus de 85 ans (51,4%) et que la plupart était des femmes (62,9%). Les trois quarts d'entre eux (74,3%) vivaient à domicile et prenaient plus de 5 traitements par jour (74,3%). 80% des patients ne bénéficiaient pas d'aide formelle et/ou informelle. 22,9% des patients étaient désorientés dans le temps. Le motif d'hospitalisation le plus représenté était la chute puisque presque la moitié d'entre eux (45,7%) était admise pour ce motif, devant les défaillances d'organes (28,6%) et presque la moitié (44,3%) avait un antécédent de chute dans les 6 mois précédents.

Caractéristiques des patients maintenus en hospitalisation :

Dans le groupe de patients hospitalisés, on observait que la moitié avait plus de 85 ans (53%) et que la plupart était des femmes (62%). La polymédication était présente chez 69% des patients et les aides formelles et/ou informelles chez 19%. 21,4% des patients étaient désorientés dans le temps. Le motif d'admission le plus fréquent était la chute 49,4%, suivi des défaillances d'organes 27,4% et 49,4% avaient présenté une chute dans les 6 mois précédents.

L'évaluation gériatrique

10% des patients rentrés au domicile ont bénéficié d'une évaluation gériatrique et 14,3% d'une évaluation gérontologique, contre respectivement 4,8% et 15,5% dans le groupe hospitalisés.

La comparaison des caractéristiques des patients n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les patients hospitalisés durant 1 journée ou moins et ceux restés hospitalisés (Tableau I).

De même les modèles de régression logistique n'ont pas permis de mettre en évidence d'association entre les critères de l'EGS-C ou de l'intervention de l'EMG et la durée d'hospitalisation (Tableau II).

Discussion

Cette étude a comparé deux populations selon leur durée d'hospitalisation. Dans cette cohorte, 71% des patients ont été hospitalisés plus d'une journée et 29% sont retournés à leur domicile à partir de l'UHCD.

Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence de critère significativement associé avec un retour au domicile précoce de patients hospitalisés au sein de l'UHCD et non adressés par un médecin traitant.

Ceci est en contradiction avec de précédentes études qui ont identifié des critères tels que : une admission pour défaillance d'organe ou difficulté de maintien au domicile, les troubles neuropsychologiques, comme des facteurs de risque d'hospitalisation [11]. De même, le sexe masculin, l'âge supérieur à 85 ans, les troubles cognitifs, les antécédents de chutes dans les 6 derniers mois [12] ont été identifiés comme des facteurs de risque d'hospitalisations prolongées.

Ceci peut être en lien avec le mode de recrutement de la population choisie dans cette étude, qui n'était pas adressée par un médecin. Deux études ont d'ailleurs montré que la majorité des patients âgés (71,9% des plus de 75 ans [13] et 2/3 des plus de 80 ans [14]) consultent habituellement au SAU après avoir été adressés par un médecin. Les études ne font habituellement pas la distinction entre les patients adressés ou non.

Une étude sur le parcours de soins des patients non adressés par un médecin aux urgences a mis en évidence les principaux motifs d'admission au SAU sans consultation médicale préalable : la disponibilité des soins (87,3%), l'accès au plateau technique (74%), la nécessité d'un avis spécialisé (64%), la proximité (49,7%), le sentiment de gravité ou d'urgence (26,5%). Le fait de consulter de façon spontanée au SAU alors que l'offre de soin libérale au cabinet du médecin traitant est disponible suggère le caractère particulièrement aigu de la pathologie. Ceci est confirmé par la prise de décision plus rapide lors d'une admission au SAU pour motif chirurgical.

Dans notre étude, le motif d'admission le plus fréquent était le motif chute/trouble de la marche pour 45% des patients rentrés au domicile et 42,3% parmi ceux hospitalisés. Les données de la littérature font état d'une prévalence d'admission aux urgences pour chute entre 8 et 10% [15], [13] [11]. Notre étude en comporte plus du triple. Ce taux très élevé rend cette cohorte peu comparable aux autres et reflète le caractère aigu de l'admission au SAU.

De plus, l'item « chute/troubles de la marche » regroupe en réalité des motifs très hétérogènes, car peuvent y être inclus aussi bien les chutes à la suite d'un malaise qui bénéficieront d'un bilan simple au SAU avant le retour à domicile, que les traumatismes responsables de fracture du col fémoral qui nécessiteront une hospitalisation longue suivie d'une convalescence.

Dans notre étude, les évaluations gériatriques et gérontologiques n'étaient pas associées avec un retour au domicile plus précoce alors qu'une étude récente faisait état d'une réduction de la durée d'hospitalisation après l'intervention de l'EMG [8]. Cependant, il est important de noter que l'évaluation de l'EMG doit être effectuée à un moment adapté quand le patient est suffisamment stable.

La forte proportion de patients admis pour chutes présente un risque d'hospitalisation majoré pour trois raisons. La première étant liée aux complications directes de la chute ; fracturaires, station au sol. La seconde étant la nécessité de poursuivre les examens pour définir l'origine de cette chute. Enfin la troisième, inhérente à la chute elle-même, est représentée par le haut risque de « syndrome post chute », c'est-à-dire de désadaptation psychomotrice ne permettant pas un retour au domicile immédiat.

La décision d'hospitalisation est donc ici particulièrement dépendante des conséquences de la chute et non des caractéristiques des patients.

Par ailleurs, une personne adressée une première fois aux urgences par son médecin pour chute, consultera spontanément au SAU si récidive, il peut par conséquent exister des patients chuteurs à répétition nécessitant un bilan complémentaire [14].

Les critères de l'évaluation gériatrique standardisée courte n'étaient pas significativement associés avec un retour précoce au domicile.

Le sexe

Le sexe masculin n'était pas associé avec un retour immédiat au domicile. Les données de la littérature ont identifié qu'un homme était un facteur de risque d'hospitalisation, du fait d'un fardeau de comorbidités généralement plus important. La forte prévalence du sexe féminin dans cette cohorte (62%) peut expliquer ce manque de cohérence des chiffres.

L'âge

Le fait d'avoir 85 ans ou plus n'était pas associé avec la durée d'hospitalisation. Ceci vient probablement du fait que la moyenne d'âge (85,2 ans) était élevée dans cette cohorte et que cette population était très hétérogène sur le plan médical, regroupant des patients très robustes et d'autres dépendants. Ceci peut également expliquer que l'absence d'aide formelle et/ou informelle au domicile n'était pas associée avec une hospitalisation.

Nombre de traitements >5/j

La polymédication n'était pas associée avec la durée d'hospitalisation. La prévalence des patients polymédiqués était en cohérence avec les travaux déjà publiés, en France (77% [11]), en Belgique (77% [16]) comme aux Etats-Unis (73% [17]) dans une population de personnes âgées. La polymédication ne reflète pas forcément un phénomène négatif puisque un certain nombre de pathologies justifie l'association de plusieurs classes médicamenteuses pour un traitement optimal. On peut supposer que dans cette tranche d'âge, la polymédication reflète davantage les comorbidités de cette population âgée.

L'orientation temporelle

La désorientation temporelle n'était pas associée avec la durée d'hospitalisation. Ceci est en contradiction avec les données de la littérature, pour lesquelles un trouble des fonctions supérieures était associé avec une hospitalisation prolongée. Ceci peut être lié à la difficulté de différencier démence et confusion en situation d'urgence et par conséquent de repérer une rupture avec l'état cognitif antérieur.

Limites :

Une des limites de cette étude est représentée par la population de la cohorte peu représentative de la population générale du fait de la sélection effectuée. En effet, la population inclut uniquement les patients non adressés par leur médecin traitant au SAU et n'est pas comparable avec la population se présentant au SAU.

La moyenne d'âge relativement élevée de cette cohorte peut également être à l'origine d'un manque de représentativité de cette cohorte par rapport à la population générale gériatrique.

Par ailleurs, il faut souligner le caractère monocentrique de cette étude, réalisée dans un seul centre hospitalier.

De plus, la taille réduite de celle-ci peut expliquer que les résultats ne soient pas significatifs.

Conclusion

Aucun des critères de l'évaluation gériatrique standardisée n'a pu être associé avec un retour au domicile précoce, parmi une population de personnes âgées de plus de 75 ans admises au service d'accueil des urgences, non adressées par leur médecin traitant. Ce résultat peut être dû à la forte prévalence de patients admis pour un motif aigu (chute) rendant cette cohorte non comparable aux travaux antérieurs.

Pour aller plus loin dans ce travail, il aurait été intéressant d'évaluer la proportion des réadmissions aux SAU avec l'hypothèse que l'évaluation gérontologique permet de les réduire, ou de réduire la durée de séjour en cas d'hospitalisation. Un suivi téléphonique plusieurs mois après la sortie aurait été intéressant pour évaluer l'impact de l'intervention de l'EMG (diminution de la mortalité, maintien au domicile, prévention des chutes).

D'autres études sont nécessaires pour mettre en évidence les critères associés à un retour au domicile chez les personnes âgées de plus de 75 ans qui consultent au SAU non adressées par leur médecin traitant.



RESUME

OBJECTIF : Mettre en évidence des critères issus de l'évaluation initiale de l'EMG associés avec un retour au domicile immédiat à partir de l'UHCD pour des patients de 75 ans et plus, non adressés par leur médecin traitant.

METHODE : Etude rétrospective de cohorte durant 5 mois.

LIEU : UHCD du Service d'Accueil des Urgences du CHU d'Angers.

PARTICIPANTS : 259 patients (âge moyen 85,2 ans, 61,7% femmes).

VARIABLES MESUREES : Age ≥ 75 ans, sexe masculin, le nombre de traitements pris quotidiennement $> 5/j$, absence d'aide formelle et/ou informelle, la présence d'une chute durant les 6 derniers mois, désorientation dans le temps, lieu de vie : domicile, motifs d'hospitalisation, évaluation gériatrique ou gérontologique. Le critère de jugement principal était la durée d'hospitalisation exprimée en jours. Un retour au domicile était considéré comme précoce si la durée d'hospitalisation n'était pas supérieure à 1 journée. 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.

RESULTATS : La comparaison des caractéristiques des patients n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les patients hospitalisés durant 1 journée ou moins et ceux restés hospitalisés.

De même les modèles de régression logistique n'ont pas permis de mettre en évidence d'association entre les critères de l'EGS courte ou de l'intervention de l'EMG et la durée d'hospitalisation.

CONCLUSION : Aucun des critères de l'évaluation gériatrique standardisée n'a pu être associé avec un retour au domicile, parmi une population de personnes âgées de plus de 75 ans admis au service d'accueil des urgences, non adressées par leur médecin traitant.

Mots clés : médecine générale, fragilité, sujets âgés,

Bibliographie

1. Drame M. analyse de la fragilité du sujet âgé [Internet]. [cité 18 déc 2012].
2. David OLIVIER. Geriatric syndromes continue to be poorly managed and re... [BMJ. 2008] - PubMed - NCBI 2008 Jul 22;337:a892.
3. Gazzah M. Attente aux urgences 2007 – www.efurgences.net
4. Byles. A thorough going over: evidence for health assessments for older persons. Aust N Z J Public Health. PubMed - NCBI 2000 Apr;24(2):117-23.
5. Rubenstein, Josephson, Wieland, English, Sayre, Kane. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial [N Engl J Med. 1984] - PubMed - NCBI 1984 Dec 27;311(26):1664-70.
6. Ellis, Whitehead, O’neil, Lnghorne, robinson. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. [Cochrane Database Syst Rev. 2011] - PubMed - NCBI 2011 Jul 6;(7):CD006211.
7. Stuck AE, Siu AL, Wiedland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials [Lancet. 1993] - PubMed - NCBI 1993 Oct 23;342(8878):1032-6.
8. Launay C, de Decker L, Hureaux-Huyng R, Annweiler C, Beauchet O. Mobile Geriatric Team and Length of Hospital Stay Among Older Inpatients: A Case-Control Pilot Study - Launay - 2012 - Journal of the American Geriatrics Society - Wiley Online Library DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.04088.x
9. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functionale decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. [JAMA. 2002] - PubMed – NCBI 2002 Feb 27;287(8):1022-8.

10. Rainfray, Bourdel-Marchasson, Dehail, Richard-harston. L'évaluation gérontologique : un outil de prévention des situations à risque chez les personnes âgées : Dossier thématique : Maladies systémiques du sujet âgé (1re Partie) = Comprehensive geriatric assessment: a useful tool for prevention of acute situations in the elderly : Theme topic: Systemic diseases in the elderly (first part) 2002, vol. 153, n°6, pp. 397-402 [6 page(s) (article)] (41 ref.)
11. Launay C, Haubois G, Hureaux-Huyng R, Fantino B, Gautier J, Annweiler C, Beauchet O. Personnes âgées et admission au services d'accueil de urgences : qui est à risque d'hospitalisation ? GNPV
12. Beauchet, Launay, Fantino, Lerolle, Manoury, Annweiler. Screening for elderly patients admitted to emergency department requiring specialized geriatric care. GNPV
13. Fanello S, Moutel L, Houssin L, Durand-Stocco C, Roy PM. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des Admissions et Urgences d'un grand Hôpital. Santé publique. 1999;11(4):465-82.
14. Meunier laure. parcours de soins et motifs de recours au urgences hospitalières de Nanterre.pdf. Nanterre; 2009.
15. Couturier P, Hohn C, Lesage P, Moheb B, Picot F, Ageron FX. prise en charge des personnes âgées admises pour chute au service d'accueil des urgences. 2010 version1.03
16. Brutsaert S, Beuken G, Boland B. polymédication et prescriptions inappropriées chez les personnes âgées hospitalisées. . 2008
17. Pire V, Fournier A, Schoevaerdts D, Spinewine A, Swine Ch; polymédication chez la personne âgée. Louvain Medical 2009 ; 128,7 : 236-240

Annexes

Figure 1 : Pyramide des âges de la population française en 1960 (Source INSEE)

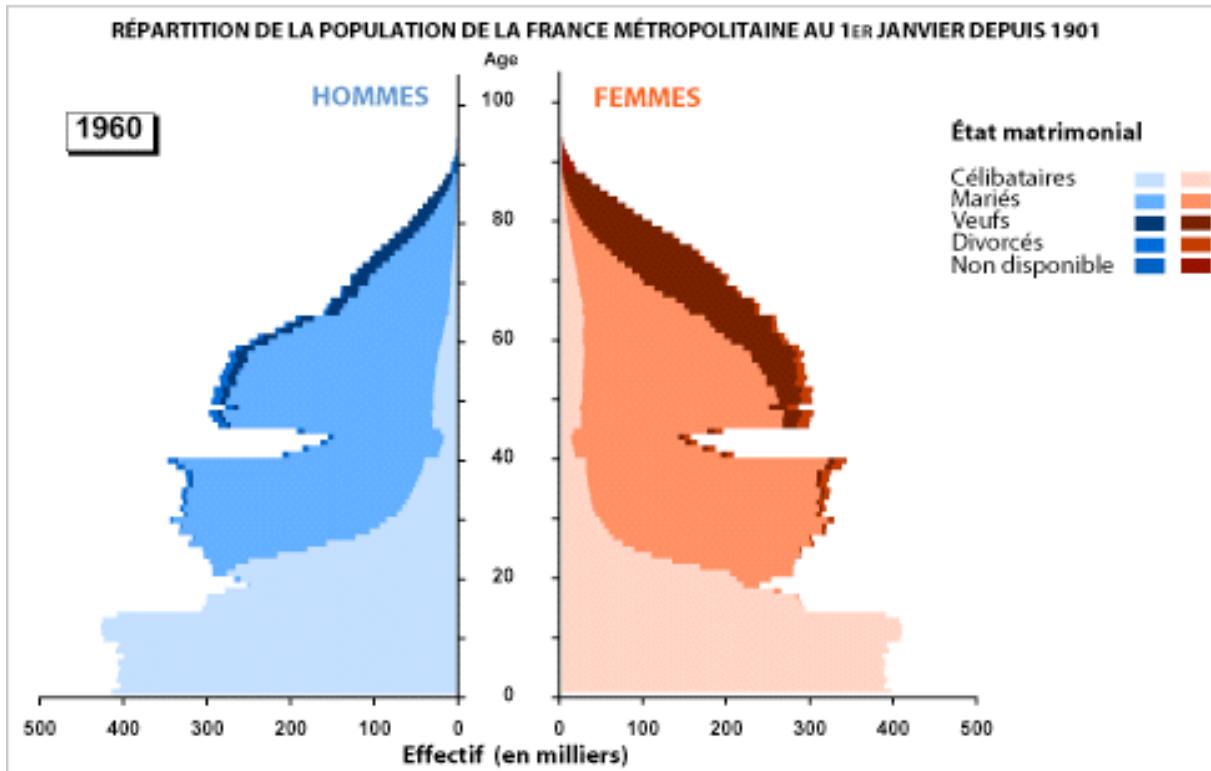


Figure 2 : Pyramide des âges de la population française en 2006 (Source INSEE)

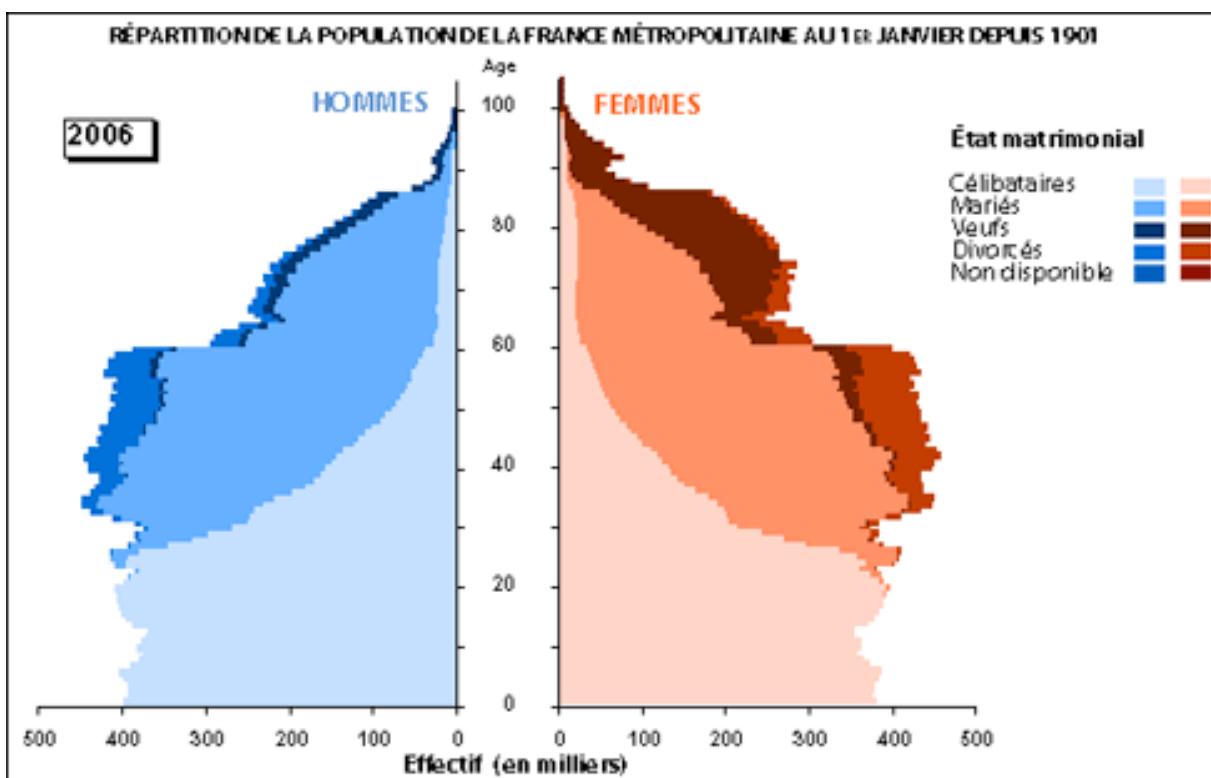


Figure 3 : Projection démographique de la population française en 2060 (Source INSEE)

âge

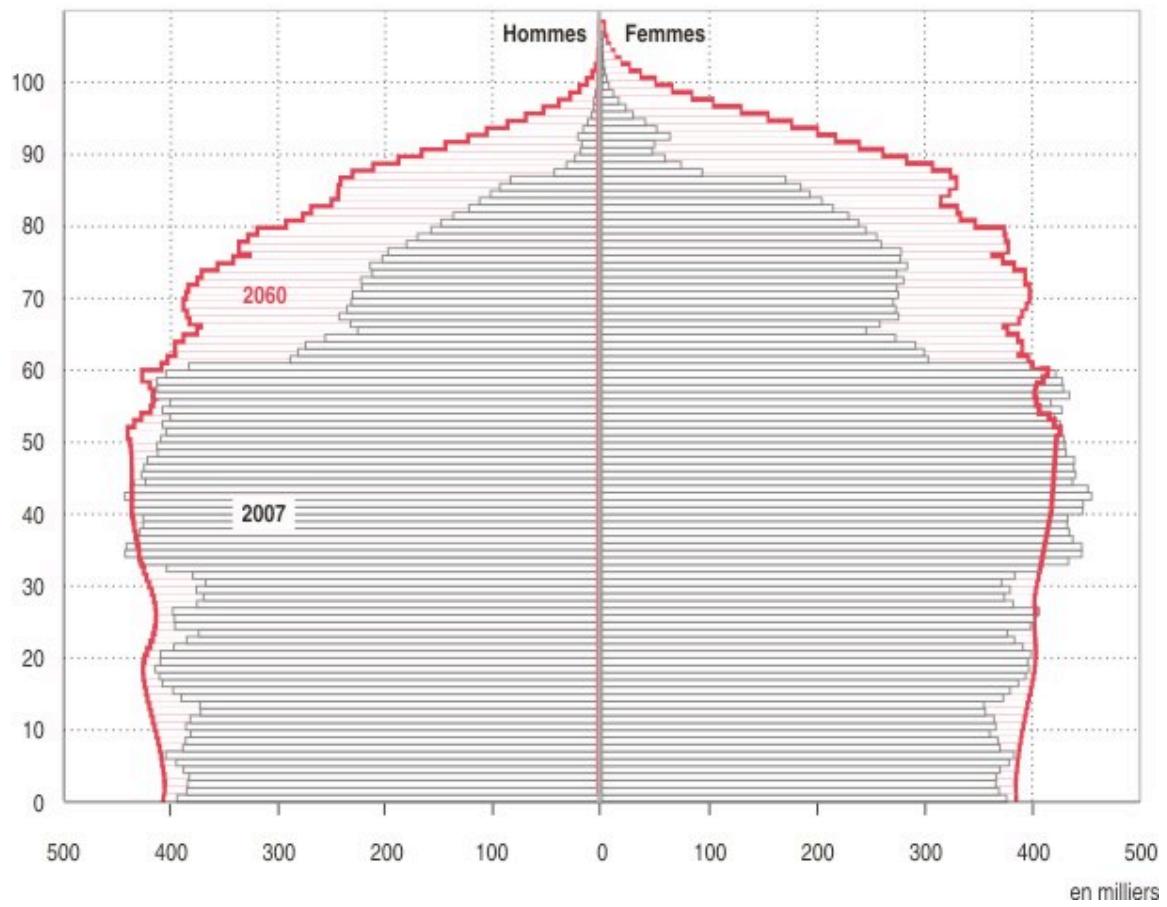


Figure 4 : La fragilité (source : ScienceDirect.com - Annales de Cardiologie et d'Angéiologie - Activité physique et vieillissement : des effets physiologiques opposés)

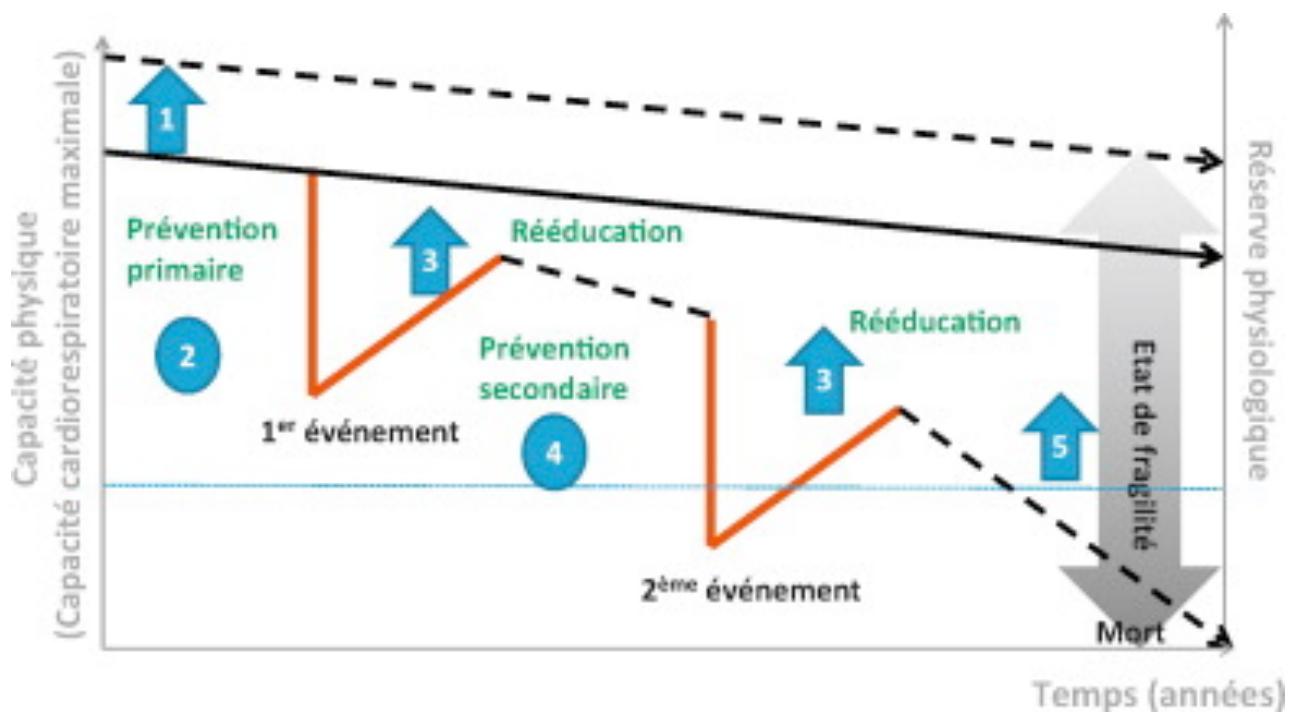


Figure 5 : L'évaluation gériatrique standardisée courte

EGS Résumé

Date EGS : ____ / ____ / ____

Date Hospitalisation : ____ / ____ / ____

Items à recueillir dans le dossier :

Statut marital :

- Célibataire Marié(e) concubinage Divorcé(e)/séparé(e) Veuf(ve)

Nb de classes thérapeut. > 5 oui non NR

Nb de classes thérapeutiques/jour : _____

Isolement :

Vit seul(e) oui non NR (si patient en EHPAD : réponse "non")

Absence d'aide formelle oui non NR

Absence d'aide informelle oui non NR

Situation géographique :

- dans la ville de l'EMG ou < 50km
 A plus de 50km de la ville de l'EMG
 A l'extérieur de la région Pays de Loire

Nb de comorbidité [____] **CIRS-G Score** [____]

Nb de pathologies aiguës diagnostiquées [____]

PEC Principale [_____] / _____

Syndrome gériatrique en relation avec le diagnostic principal oui non

PEC principale : Type de pb [_____] Sévérité [____]

Questions (patient et/ou famille et/ou médecin traitant) :

Antécédents de chutes : *ATCD chutes < 6 mois*

- oui non NR

Chutes récurrentes : *(au moins 2 sur une période de 1 an)*

- oui non NR

Chutes graves (*TC, fractures, grand hématome cutané, plaie avec suture, impossibilité de se relever du sol seul, syndrome post-chute*)

- oui non NR

Perte de poids > 4kg (*involontaire au cours de la dernière année*)

- oui non NR

Pratique d'une activité physique (*marche, jardinage, vélo,... au moins 1 heure par semaine au cours du dernier mois*)

- oui non NR

Items à recueillir auprès du patient :

Sentiment actuel du patient :

- Très malheureux Ni l'un ni l'autre Très heureux
 Malheureux Heureux

Epuisement / fatigue **OUI** **NON**

CAM positive **OUI** **NON**

Test des 3 mots (/6) [____] **MMSE (/30)** [____] **Test de l'Horloge (/7)** [____]

GDS 4 items (/4) [____]

Poids (kg) [____]

Taille (cm) [____]

IMC (kg/m²) [____]

Mini-MNA (/14) [____]

Five Times Sit to Stand (FTSS) réalisé **OUI** **NON**

Temps (sec.) [____]sec.

Réalisé avec l'aide des mains **OUI** **NON**

IADL (/4) [____]

GIR [____]

EVS *0-Aucune* *1-Faible* *2-Moyenne* *3-Forte* *4-Extrêmement Forte* *NR*

Mois (réponse incorrecte) *oui* *non* *NR*

Année (réponse incorrecte) *oui* *non* *NR*

Orientation au décours de la prise en charge :

Lieu :

- Court séjour** **SSR** **EHPAD** **Foyer logement/EHPA**
- Hébergement temporaire** **Hôpital de Jour** **Accueil de Jour**
- RAD** **Autre :**

Type : **Proposée** **Réalisée** **Négociée**

Figure 6 : Fiche de recueil de données

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

Date:

Nom:

IPP:

Prénom:

Date de naissance:

Numéro SS:

Médecin traitant:

Personne référente:

Lieu de vie:

- Domicile:
 - Seul:
 - Accompagné:
- Foyer logement
- EHPAD:
- Long séjour:
- Autre:

Téléphone:

-

-

Code postal:

Code postal du lieu de naissance

Motif d'hospitalisation principal énoncé:

<input type="checkbox"/> Chute/ Tr de la marche	<input type="checkbox"/> Defaillance d'organe
<input type="checkbox"/> Troubles neuropsy	<input type="checkbox"/> Malaise
<input type="checkbox"/> AEG	<input type="checkbox"/> Social:Pb maintien a domicile
<input type="checkbox"/> Autre:	

Score de gravité CCMU: 1 2 3 4 5 NR

Evaluation initiale:

Sexe masculin <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Age >85 ans <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Chute < 6 mois <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NR	Nb classes thérapeutiques/j:
Année réponse incorrecte <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NR	Mois réponses incorrect <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> NR	
Absence d'aide formelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NR	Absence d'aide informelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> NR	
Inscription en Ehpad <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NR	

Orientation du patient:

- Proposé par EMG RAD
 Court séjour
 SSR

- Réalisé RAD
 Court séjour
 SSR

Nb de jour d'hospit: Jours

Projet proposé :

Modification thérapeutique : Psychotropes
 Antalgiques
IDE Instauré Majoré maintenu
Aide ménagère Instauré majoré maintenu
Kiné Instauré Majoré maintenu
Nutrition/ Portage repas instauré Majoré maintenu

Projet réalisé:

Modification thérapeutique : Psychotropes
 Antalgiques
IDE instauré Majoré maintenu
Aide ménagère instauré Majoré maintenu
Kiné Instauré Majoré maintenu
Nutrition instauré majoré maintenu

Figure 7 : Sélection de la cohorte.

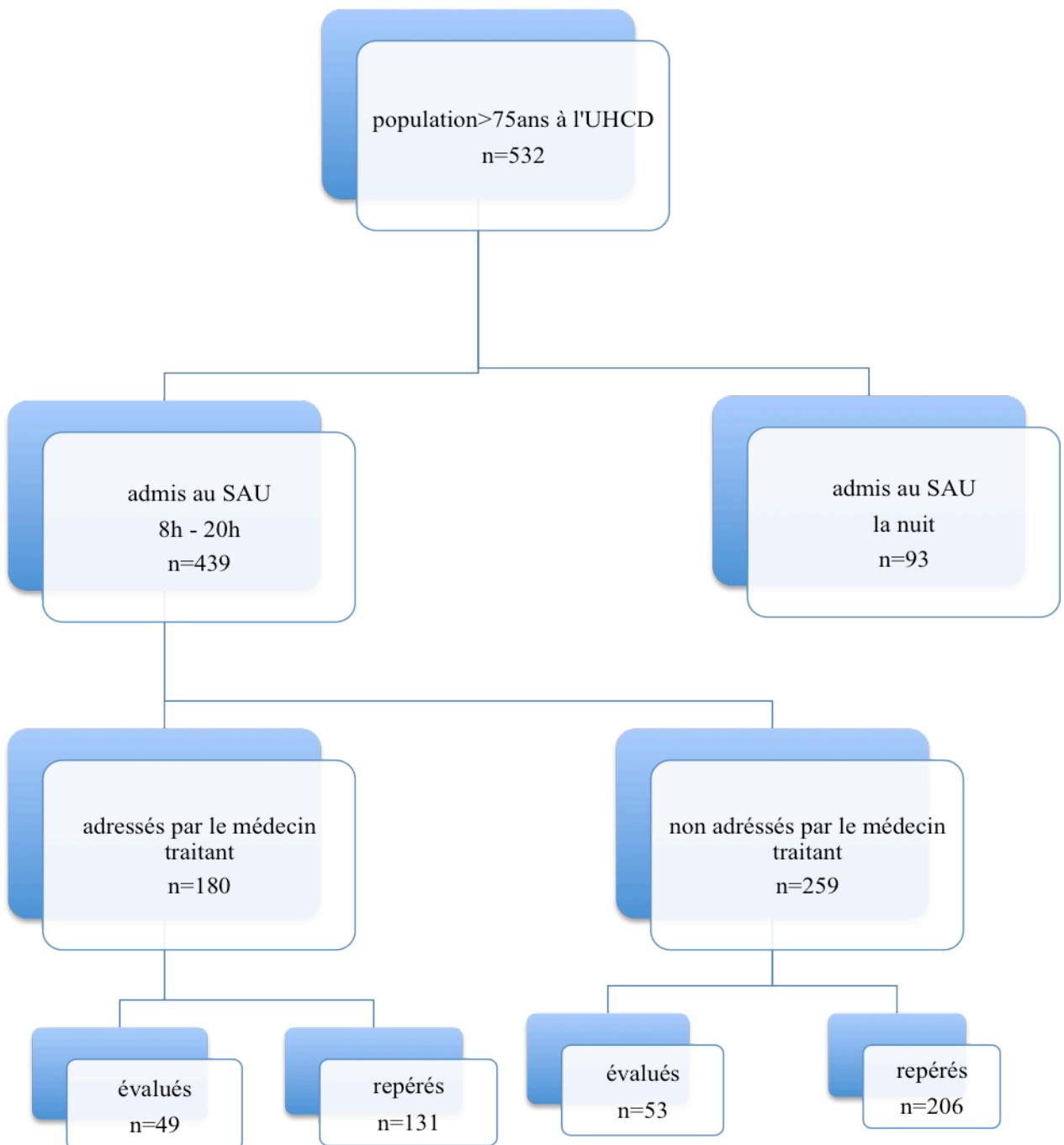


Table des tableaux

Tableau I : Comparaisons entre les caractéristiques cliniques des patients en fonction de leur durée d'hospitalisation

	Durée d'hospitalisation		P-Value*
	<24 heures (n=70)	>24heures (n=168)	
Age>85, (%)	36 (51.4)	89 (53)	0.828
Sexe masculin	26 (37,1)	64 (38)	0.890
Nombre de traitements pris quotidiennement>5	52 (74.3)	116 (69)	0.664
Absence d'aides formelles et/ou informelles	14 (20)	32 (19)	0.595
Antécédent de chute durant les 6 derniers mois	31 (44,3)	83 (49,4)	0.400
Désorientation dans le temps	16 (22,9)	36 (21,4)	0.808
Lieu de vie: domicile	52 (74,3)	125 (74,4)	0.985
Motif d'hospitalisation au SAU			
Défaillance d'organe	20 (28,6)	46 (27,4)	0.852
Troubles de marche et/ou équilibre	32 (45,7)	71 (42,3)	0.624
Troubles neuropsychiatriques	5 (7,1)	11 (6,6)	0.867
Motif Social	2 (2,9)	9 (5,3)	0.403
Autre	10 (14.2)	30 (17,8)	0.502
Evaluation Gériatrique			
Repéré	53 (75,7)	134 (79,8)	0.488
Evaluation gériatrique	7 (10)	8 (4,8)	0.130
Evaluation gérontologique	10 (14,3)	26 (15,5)	0.815

- comparaisons basées sur un test du Chi-deux

Tableau II. Modèle de régressions logistiques multiples montrant l'association entre un retour au domicile immédiat (variables dépendantes) et les caractéristiques cliniques (variables indépendantes) des patients.

	OR	[95%IC]	P-value
Evaluation gériatrique			
Repérés		1.00(Ref)	
Evaluation gériatrique	1.449	[0.36; 5.79]	0.600
Evaluation gérontologique	1.059	[0.393; 2.85]	0.909
Age ≥ 85 ans	0.849	[0.36; 2.02]	0.712
Sexe masculin	0.794	[0.34; 1.86]	0.595
Nombre de traitements pris quotidiennement > 5	1.035	[0.39; 2.78]	0.945
Absence d'aides formelles et/ou informelles	1.468	[0.57; 3.79]	0.428
Antécédent de chute dans les 6 derniers mois	0.780	[0.29; 2.13]	0.628
Désorientation dans le temps	1.008	[0.41; 2.48]	0.986
Lieu de vie: domicile	1.026	[0.33; 3.20]	0.964
Motif d'hospitalisation au SAU			
Défaillance d'organe		1.00(Ref)	
Troubles de la marche et/ou de l'équilibre	1.101	[0.34; 3.56]	0.872
Troubles neuropsychiatriques	0.575	[0.04; 7.28]	0.669
Motif social	1.043	[0.07; 15.46]	0.975
Autre	1.454	[0.35; 6.06]	0.607

OR: Odd ratio; IC: intervalle de confiance

Table des matières

Introduction.....	1
Matériel et méthode.....	4
Résultats	6
Discussion	8
Conclusion	12
Résumé	13
Bibliographie	14
Annexes	
- Figure 1 : Pyramide des âges de la population française en 1960	16
- Figure 2 : Pyramide des âges de la population française en 2006	16
- Figure 3 : Projection démographique de la population française en 2060.....	17
- Figure 4 : La fragilité	18
- Figure 5 : L'évaluation gériatrique standardisée courte	19
- Figure 6 : Fiche de recueil de données	21
- Figure 7 : Sélection de la cohorte	23
Tables des tableaux	
- Tableau I : Comparaison entre les caractéristiques cliniques des patients en fonction de leur durée d'hospitalisation	24
- Tableau II : Modèle de régressions logistiques multiples montrant l'association entre un retour au domicile immédiat (variables dépendantes) et les caractéristiques cliniques (variables indépendantes) des patients.....	25
Permis d'imprimer.....	26

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrais pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

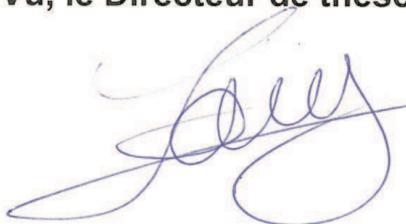
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

Permis d'imprimer

PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Madame LESCENE Claire

Vu, le Directeur de thèse



Vu, le Président du jury de thèse



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

I
Professeur I. RICHARD



Vu et permis d'imprimer

permis d'imprimer

RESUME

OBJECTIF : mettre en évidence des critères issus de l'évaluation initiale de l'EMG associés avec un retour au domicile immédiat à partir de l'UHCD pour des patients de 75 ans et plus, non adressés par leur médecin traitant.

METHODE : Etude rétrospective de cohorte durant 5 mois.

LIEU : UHCD du Service d'Accueil des Urgences du CHU d'Angers.

PARTICIPANTS : 259 patients (âge moyen 85,2 ans, 61,7% femmes).

VARIABLES MESUREES : Age ≥ 75 ans, sexe masculin, le nombre de traitements pris quotidiennement $> 5/j$, absence d'aide formelle et/ou informelle, la présence d'une chute durant les 6 derniers mois, désorientation dans le temps, lieu de vie : domicile, motifs d'hospitalisation, évaluation gériatrique ou gérontologique. Le critère de jugement principal était la durée d'hospitalisation exprimée en jours. Un retour au domicile était considéré comme précoce si la durée d'hospitalisation n'était pas supérieure à 1 journée. 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.

RESULTATS : La comparaison des caractéristiques des patients n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les patients hospitalisés durant 1 journée ou moins et ceux restés hospitalisés.

De même les modèles de régression logistique n'ont pas permis de mettre en évidence d'association entre les critères de l'EGS courte ou de l'intervention de l'EMG et la durée d'hospitalisation.

CONCLUSION : Aucun des critères de l'évaluation gériatrique standardisée n'a pu être associé avec un retour au domicile, parmi une population de personnes âgées de plus de 75 ans admis au service d'accueil des urgences non adressées par leur médecin traitant.

Mots clés : médecine générale, fragilité, sujets âgés,