

ANNEE 2018

N°

Les patients de 75 ans et plus accueillis aux Urgences du Centre
Hospitalier de Mâcon :

Descriptif, évolution depuis 2008 et analyse des patients adressés avec
un courrier.

T H E S E

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 27 Juin 2018

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jane PARDON (épouse PARIOT)

Née le 20 Novembre 1987

à Vénissieux (69)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagats, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

ANNEE 2018

N°

Les patients de 75 ans et plus accueillis aux Urgences du Centre
Hospitalier de Mâcon :

Descriptif, évolution depuis 2008 et analyse des patients adressés avec
un courrier.

T H E S E

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 27 Juin 2018

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jane PARDON (épouse PARIOT)

Née le 20 Novembre 1987

à Vénissieux (69)

Année Universitaire 2017-2018
au **17 Mai 2018**

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
(Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2018)			
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoît	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Philippe	CAMUS (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Pneumologie
Mme	Monique	DUMAS-MARION (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Pharmacologie fondamentale
M.	Maurice	GIROUD (Surnombre jusqu'au 21/08/2018)	Neurologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Cardiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(01/03/2017 au 31/08/2019)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Professeur Pierre JOUANNY

Membres :

Professeur Jean-Marie CASILLAS-GIL

Docteur Arnaud GOUGET, Maître de Conférences des Universités

Directeur de Thèse :

Docteur Jacques ASDRUBAL

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je souhaite adresser quelques mots aux membres du jury :

À Monsieur le Professeur JOUANNY, qui me fait l'honneur de présider ce jury. Je vous suis reconnaissante pour votre disponibilité et pour l'aide précieuse apportée tout au long de l'élaboration de ce travail.

À Monsieur le Professeur CASILLAS-GIL, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous adresse mes sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur GOUGET, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et d'y apporter ainsi un regard de médecin généraliste.

Au Docteur Jacques ASDRUBAL,

Tu m'as accompagnée du début jusqu'à la fin dans ce travail de thèse. Une présence, un sourire alors que tu as traversé des épreuves difficiles ces derniers temps. Après six mois passés dans ton service pour clôturer mon internat, je suis ravie que tu participes à ce jury. La thèse est une étape très importante, solennelle et qui représente un nouveau tournant dans ma vie professionnelle.

À mes parents, pour leur précieux soutien tout au long de ces années. Vous m'avez toujours encouragée à croire en moi. Votre gentillesse, votre générosité et votre dévouement sont pour moi des exemples.

À Pierre, mon grand frère, nous avons grandi depuis nos chamailleries et je suis heureuse de t'avoir à mes côtés.

J'ai également une pensée pour mes grands-parents, particulièrement concernés par le sujet de cette thèse.

À toute ma famille avec une pensée pour Barbu qui nous a quitté bien trop tôt.

À Benjamin, mon mari. Nous avons traversé ces années d'études ensemble. L'éloignement géographique et le rythme parfois un peu décalé n'ont pas entaché notre couple. Grâce à notre confiance mutuelle, chacun a pu s'épanouir. Notre petite Alice est venue agrandir notre foyer il y a quelques mois, retardant un peu mon travail de thèse mais nous apportant tellement d'amour.

À ma belle-famille pour son accueil.

À mes amis, Pauline et Julien, Maryne et François, Marion et Jérémy, Alexia, Lorène et Jim et aussi à tous les autres...

À Charlotte, Agnès, Clothilde et Delphine pour m'avoir accompagnée dans ces six premières années d'études et je suis très heureuse que perdure notre amitié.

Au Docteur Annick ALLAIN, pour m'avoir donné le goût de la médecine générale dès ma plus tendre enfance. Tu m'as permis de réaliser mes débuts de médecin avec une expérience de faisant fonction d'interne (FFI) dans le service de Court Séjour Gériatrique du Centre Hospitalier de Trévoux, me préparant à mon début d'internat. Sans oublier tous les bons moments partagés avec la famille et les amis et toute la bienveillance que tu m'as toujours témoignée.

À ma fille Alice, ton sourire m'a donné la force d'avancer.

Au service de Court Séjour Gériatrique du Centre Hospitalier de Paray le Monial, dirigé par le Docteur MICHEL, pour m'avoir accompagnée dans mon premier semestre d'internat.

À toute l'équipe du service de Pneumologie du Centre Hospitalier de Paray le Monial, pour votre accueil et toutes les connaissances que j'ai acquises à vos côtés.

Aux Docteur LABEDAN et Docteur MOUGENOT, mes maîtres de stage, qui m'ont permis d'approfondir l'exercice de la médecine libérale.

Au Docteur TRAVERSA, Muriel tu m'as accueillie en tant qu'interne puis tu m'as fait confiance en m'accordant mon premier remplacement qui se prolonge au grès de tes vacances depuis plus de deux ans. C'est un plaisir de travailler avec toi, Véronique et Laurie. Merci à l'ensemble du cabinet médical d'Azé pour cette ambiance de travail que j'apprécie tant. Vous m'avez accompagné dans cette aventure de thèse, mon Koh-Lanta.

Au service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier de Chalon sur Saône, pour ce semestre très enrichissant aux côtés de toute l'équipe. Vous m'avez formée à cette spécialité que j'affectionne tout particulièrement. Une dédicace spéciale à l'attention de Marianne et Marion, un grand merci pour nous avoir accompagnés, Benjamin et moi, vers cette vie à trois.

À toute l'équipe des Urgences de Dijon, pour les enseignements scientifiques acquis pendant ces six mois à vos côtés.

Au service des urgences de Mâcon. J'ai eu la chance de passer six mois dans cette formidable équipe. Les journées ne sont pas toujours simples mais gardez votre bonne humeur communicative. Merci également pour votre implication dans ce travail de thèse.

À Cécile, pour sa précieuse aide.

Au Docteur GAUTHIER et Monsieur CHAUX pour leurs précieux renseignements.

Merci également au personnel des archives pour leur disponibilité.

A tous mes co-internes grâce à qui les journées sont plus douces : Raphaëlle, Laurence, Camille, Marie, Elise, Michel, Béatrice, Estelle et tous les autres.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admise 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'interviendrai 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 je sois déshonorée et méprisée si je manque à mes promesses, que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle."

TABLE DES MATIÈRES

I.	INTRODUCTION	16
	<i>A. LES SÉNIORS</i>	16
	1) Démographie	16
	2) Singularités des personnes âgées (PA)	17
	<i>B. DES SERVICES D'URGENCES DE PLUS EN PLUS SOLLICITÉS</i>	19
II.	MATÉRIEL ET MÉTHODES	22
	<i>A. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE</i>	22
	<i>B. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIÉE</i>	22
	<i>C. RECUEIL DES DONNÉES</i>	22
	<i>D. ANALYSE DES DONNÉES</i>	25
III.	RÉSULTATS	26
	<i>A. DESCRIPTIF DE LA POPULATION</i>	26
	<i>B. ÉVOLUTION DEPUIS 2008</i>	30
	<i>C. ANALYSE QUALITATIVE DES COURRIERS MÉDICAUX</i>	32
	<i>D. COMPARATIF ENTRE LES PATIENTS ARRIVANT AVEC UN COURRIER ET CEUX SANS</i>	34
IV.	DISCUSSION	39
	<i>A. SCHÉMA DE L'ÉTUDE</i>	39
	1) Points forts	39
	2) Points faibles	39

B. ANALYSE DES RÉSULTATS	40
1) La population âgée mâconnaise	40
2) Evolution depuis 2008 : plus de personnes âgées au service d'urgences	42
3) Impact du courrier médical sur la prise en charge des patients	43
C. PROPOSITION POUR UNE OPTIMISATION DES SOINS	44
1) En amont des urgences	44
2) Vers une diminution de la durée de passage	46
3) Favoriser les échanges interprofessionnels	47
4) Sensibilisation des équipes d'urgence à la gériatrie	48
5) Modèles de filières gériatriques aux urgences	50
V. CONCLUSIONS	52
VI. BIBLIOGRAPHIE	53
VII. ANNEXES	57

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Pourcentage des 75 ans et plus en France au 1 ^{er} Janvier 2018.....	16
Figure 2 : Évolution de la pyramide des âges entre 2016 et 2036.....	17
Figure 3 : APL de la médecine générale en Bourgogne Franche-Comté début 2015.....	19
Figure 4 : Pourcentage du nombre de passage aux urgences par classe d'âge.....	20
Figure 5 : Répartition des patients en fonction de la durée de passage au SU.....	26
Figure 6 : Antécédents médicaux des patients de 75 ans et plus aux urgences.....	28
Figure 7 : Nombre de médicament dans le traitement habituel.....	33
Figure 8 : Répartition des passages aux urgences des PA≥75ans en fonction des jours de la semaine.....	35
Figure 9 : Répartition des passages aux urgences des PA≥75ans sur une journée.....	35
Figure 10 : Durée de passage en fonction de l'âge et des actes réalisés aux urgences.....	41
Figure 11 : Score ISAR.....	49

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Descriptif de la population à l'arrivée au SU.....	27
Tableau II : Analyse de la prise en charge dans le SU.....	29
Tableau III : Comparaison entre l'étude de 2008 et celle de 2017.....	31
Tableau IV : Résultats de l'analyse des courriers suivant la feuille de recueil.....	33
Tableau V : Utilité du courrier médical dans la prise en charge du patient selon l'urgentiste.....	34
Tableau VI : Comparaison entre le groupe avec et celui sans courrier	37

LISTE DES ABREVIATIONS

ADL : Activities of Daily Living

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

CH : Centre Hospitalier

CIM 10 : 10ème Classification Internationale des Maladies

DMP : Dossier Médical Partagé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

GIR : Groupes Iso-Ressources

IOA : Infirmier(e) Organisateur(trice) de l'Accueil

IRDES : l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique

PA : Personnes Âgées

PA $\geq$ 75ans : Personnes Âgées de 75 ans et plus

PEC : Prise En Charge

RAD : Retour À Domicile

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

SU : Service d'Urgences

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

USLD : Unité de Soins Longue Durée

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

I. INTRODUCTION

A. LES SÉNIORS

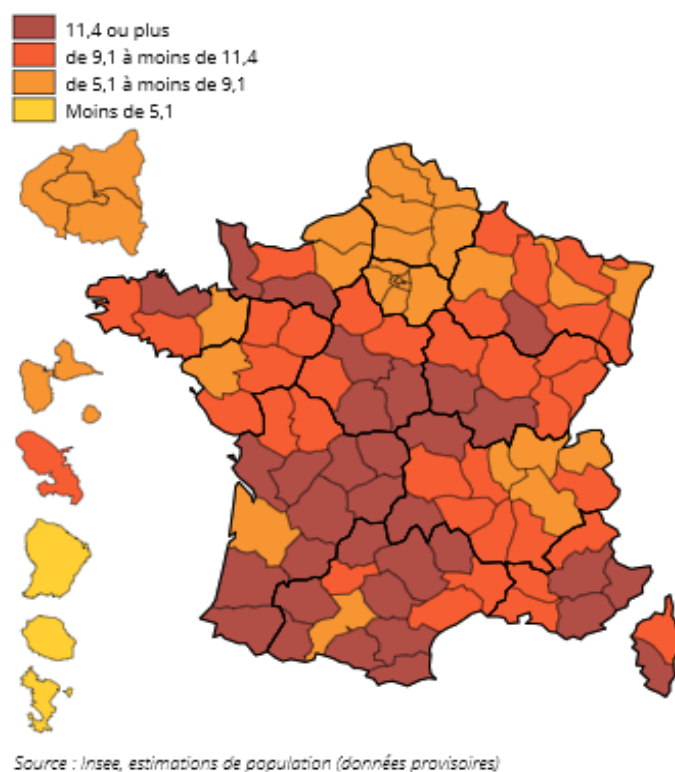
1) Démographie

La France a dépassé, depuis le premier janvier 2018, les 67 millions d'habitants (1). D'un côté, le nombre de naissance est en recul depuis la troisième année consécutive mais de l'autre, l'espérance de vie continue d'augmenter en ce début de vingt-unième siècle. Effectivement, entre 2008 et 2017, l'espérance de vie en France est passée respectivement de 77.6 ans à 79.5 ans pour les hommes et de 84,3 ans à 85,3 ans pour les femmes (1 et 2).

A cette hausse de la population s'associe donc un phénomène de vieillissement. Début 2017, un français sur quatre avait plus de 65 ans. Concernant les seniors de plus de 75ans, ils représentaient 9,1% de la population en 2017 contre 8,5% en 2008.

Au niveau régional, la Bourgogne Franche Comté est une des régions les plus touchée par ce phénomène de vieillissement de la population (Figure 1).

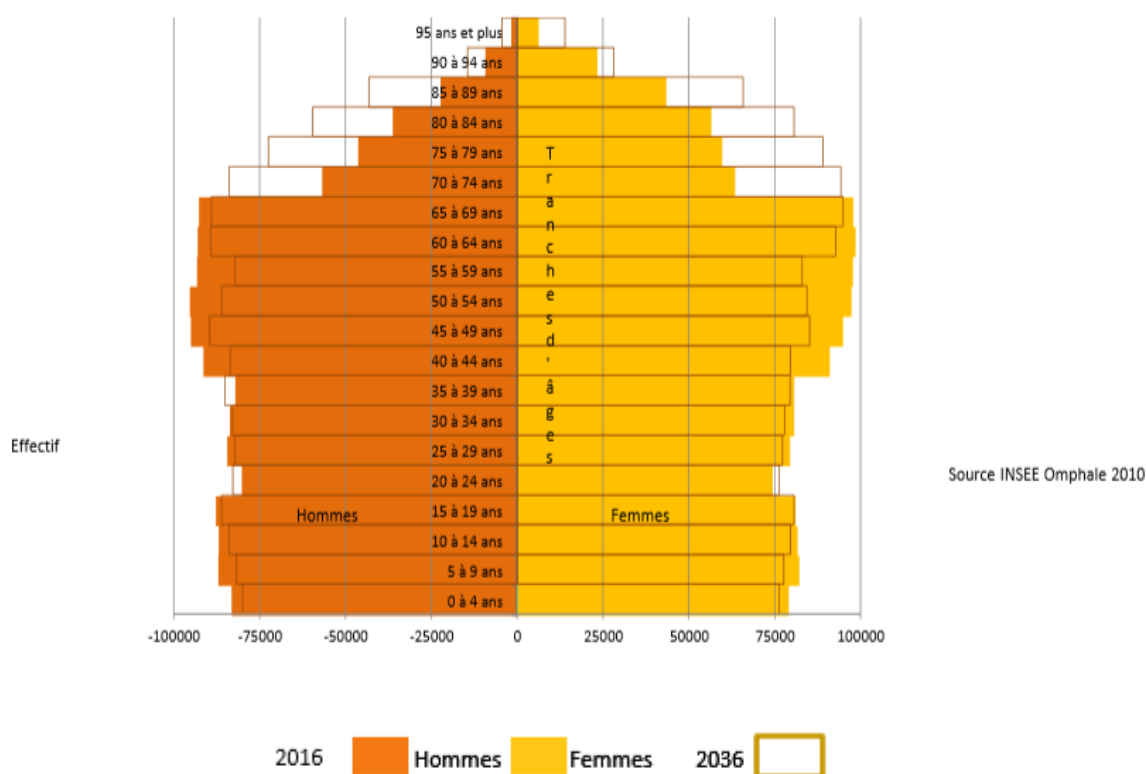
Figure 1 : Pourcentage des 75 ans et plus en France au 1^{er} Janvier 2018 (3)



L'augmentation du nombre de personnes de 75 ans et plus en région Bourgogne Franche Comté s'est accélérée depuis le début des années 2000. A l'échelle du département de la Saône et Loire, le pourcentage des 75 ans et plus, est passé de 9% en 2000 à plus de 12% en 2015. Début 2015, dans ce département on comptait un peu plus de 67 000 personnes de cette classe d'âge (4).

La croissance du nombre de séniors dans la population françaises est inéluctable. Les « baby-boomers » d'après-guerre sont aujourd'hui de jeunes séniors mais vont bientôt passer le cap des 75 ans. La part des 75 ans et plus dans la population va continuer d'augmenter ces prochaines années, modifiant la pyramide des âges.

Figure 2 : Evolution pyramide des âges entre 2016 et 2036 (4)



2) Singularités des personnes âgées (PA)

Le vieillissement est un phénomène universel tout en étant individuel. Il a une incidence directe sur les différents organes, pouvant conduire à leurs dysfonctionnements.

A partir de 65 ans, les personnes déclarent en moyenne 7,6 maladies et quatre patients sur cinq de plus de 75 ans ont au moins une pathologie chronique (5).

Compte tenu de leur plus grande longévité, les femmes sont plus représentées chez les PA et ce, d'autant plus que l'âge augmente. Les PA restent de plus en plus à domicile. L'institutionnalisation touche essentiellement les patients très dépendants, isolés et très âgés (plus de 90 ans) (5).

Chez les PA, les symptômes sont parfois plus frustes que chez les patients plus jeunes. Les signes généraux sont très fréquents (asthénie, essoufflement, confusion, etc.) banalisant l'image des PA.

La séméiologie chez la PA doit tenir compte de certains paramètres :

- Une perception de la douleur amoindrie,
- Une sensation de soif tardive majorant le risque de déshydratation,
- L'existence possible de troubles neurocognitifs,
- L'absence possible de fièvre dans les quarante-huit premières heures d'un état septique et une température corporelle plus basse,
- La possible présentation atypique de certaines pathologies comme l'infarctus du myocarde.

Tout ceci venant compliquer la démarche diagnostique.

Les pathologies iatrogènes sont aussi plus fréquentes compte tenu de la possible dégradation des systèmes hépatique et rénal et la polymédication.

Cette population âgée est complexe du fait de l'intrication d'une dimension physique, psychique et sociale, nécessitant une approche dans la globalité. Pour répondre aux besoins spécifiques de ces patients, une spécialité gériatrique a été créée en 1988 (6) ainsi qu'une filière gériatrique (7). La circulaire de la filière gériatrique définit un patient gériatrique comme « un patient âgé polypathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et ne relevant pas d'un service de spécialité ».

La fragilité est un concept important chez la population âgée. Elle correspond à un risque de déséquilibre somatique, psychique et social face à une agression (5). Une pathologie aiguë peut alors faire basculer le patient vers un état de dépendance. Le maintien à domicile est alors compromis, rendant l'hospitalisation inévitable.

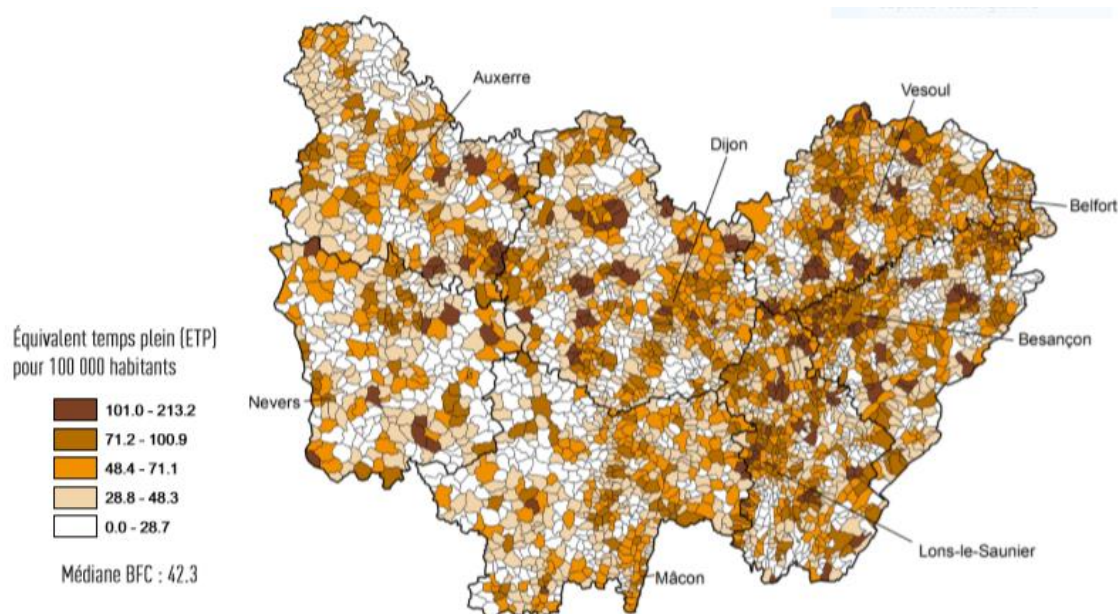
B. DES SERVICES D'URGENCES DE PLUS EN PLUS SOLLICITÉS

L'accès aux soins est aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique. La demande de soins ne cesse d'augmenter, mais l'offre de soins, notamment en médecine libérale ne suit pas cette augmentation. Au niveau régional, la Bourgogne Franche Comté est une des régions les plus disparates dans l'accès aux soins, avec un retentissement direct sur le taux de mortalité (8).

Globalement, la densité de médecins est faible dans cette région : 9,6 médecins généralistes pour 10 000 habitants, soit 0,9 point en moins qu'au niveau national. Ce phénomène est encore plus marqué à l'échelle du département de la Saône et Loire où entre 2007 et 2016, l'effectif de médecins généralistes a chuté de 11%. En 2016, dans ce département, nous comptons 8,3 médecins pour 10 000 habitants (4).

Pour mieux mesurer la différence entre la demande et l'offre de soins, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) ont établi un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) (8). Cet indicateur tient compte de trois facteurs : la distance entre le patient et le professionnel de santé, l'activité médicale et les besoins médicaux en fonction de l'âge de la population. Pour la moitié des communes de Bourgogne Franche-Comté, l'APL, concernant la médecine générale libérale, est égale ou inférieure à 42,3 équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants, bien en dessous de la moyenne nationale à 70,6 ETP.

Figure 3 : APL de la médecine générale en Bourgogne Franche-Comté début 2015

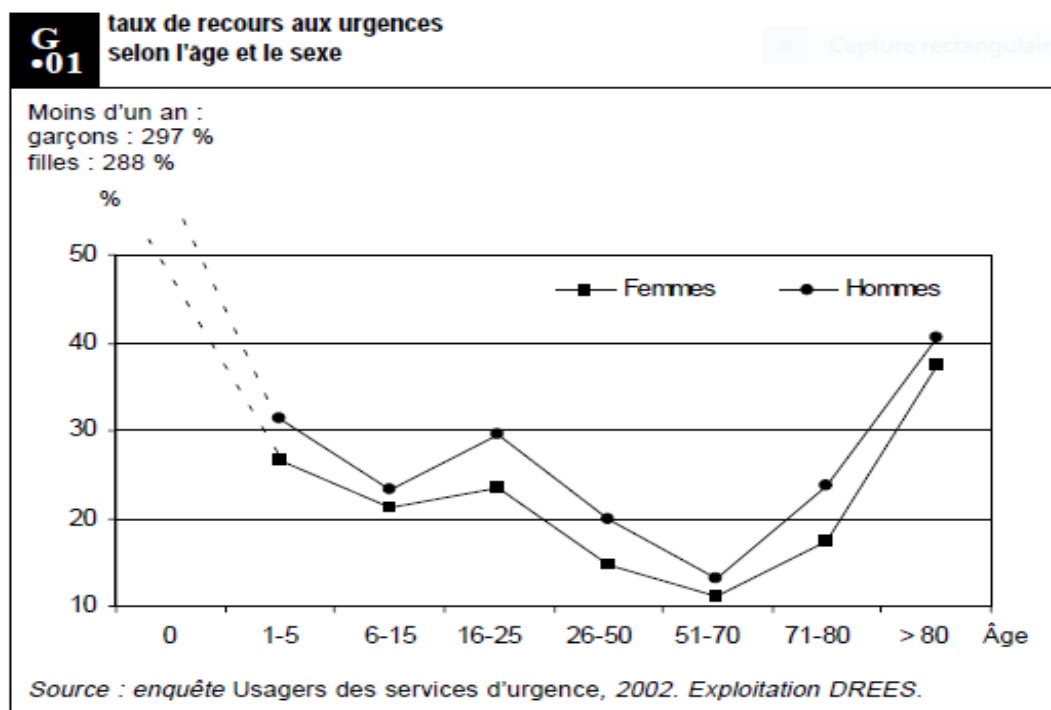


► Sources : SNIIR-AM, CNAM-TS, 2010 ; Population municipale, INSEE, 2008

Ce déséquilibre entre la demande et l'offre de soins en médecine de ville a une répercussion directe sur les structures d'urgences. Leur activité est définie par l'article R 6123-18 Décret 2006-576 du 22 mai 2006, du Code de Santé Publique, relatif à la médecine d'urgence : l'accueil en permanence de toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressé (9). Mais ces services deviennent le principal recours en cas d'impossibilité de consultation en ville, pour des pathologies ne relevant pas toujours d'un caractère urgent ou vital. Le nombre des passages aux urgences est en constante augmentation ces dernières années, environ 3,5% par an avec 20,3 millions de passages pour l'année 2015 (10). Pour le service d'urgences (SU) du Centre Hospitalier (CH) de Mâcon, un peu plus de 110 patients sont accueillis chaque jour (chiffre de l'année 2016) (11).

Les nourrissons et les personnes âgées sont les deux groupes les plus représentés en termes de nombre de passage dans les SU par rapport à leur effectif dans la population générale (12) (Figure 4). Au niveau national, les PA représentent en moyenne 12 à 14% des passages aux urgences (5). Pour le SU du CH de Mâcon, sur l'année 2016, les patients âgés de 75 ans ou plus représentaient 19% de la population, soit environ 21 patients par jour de moyenne.

Figure 4 : Pourcentage du nombre de passage aux urgences par classe d'âge



Dans l'étude EPIGER, concernant la région Bourgogne, le CH de Mâcon est le deuxième centre à avoir inclus le plus de patients, juste après Centre Hospitalier Universitaire de Dijon (13).

Le passage dans les structures d'urgences est source d'angoisse pour ces PA, pouvant engendrer des complications somatiques ou psychiques, risquant de déséquilibrer un état déjà fragile. La surmortalité après un passage aux urgences est de 4,5% pour les patients de moins de 75 ans et grimpe à 20,7% pour ceux de 75 ans et plus (14).

Si le patient doit être hospitalisé suite à son passage aux urgences, la durée d'hospitalisation est globalement plus longue quand il s'agit de PA. Cette hospitalisation a un retentissement direct sur l'autonomie : seulement un tiers des patients autonomes le restent après une hospitalisation (15).

Compte tenu des perspectives démographiques, il paraît primordial que le système de santé et particulièrement les services d'urgences qui sont en première ligne avec les médecins libéraux, s'adaptent à ce vieillissement de la population et d'autant plus dans la région mâconnaise au vu du vieillissement plus rapide de la population et de la démographie médicale.

Le but de ce travail est dans un premier temps de faire une description de la population des patients de 75 ans et plus aux urgences du CH de Mâcon. Puis, d'analyser son évolution depuis 2008 et enfin de s'intéresser plus particulièrement aux patients adressés avec un courrier médical, s'inscrivant dans le parcours de soins recommandé.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

A. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de cette étude est d'établir un état des lieux de la population âgée de 75 ans et plus ainsi que leur prise en charge (PEC) au service d'Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon, en Saône et Loire.

Puis secondairement, faire une comparaison :

- Avec une étude similaire menée dans le même service en 2008 (16)
- Entre les patients adressés avec un courrier médical, c'est-à-dire s'inscrivant dans un parcours de soins, et ceux sans.

B. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIÉE

L'étude concerne les patients âgés de 75 ans et plus, accueillis dans le service des urgences au CH de Mâcon. Elle a été réalisée au rythme d'un jour par semaine, sur sept semaines, du 13 décembre 2016 au 30 janvier 2017. Chaque semaine, le jour était différent pour avoir un lundi, un mardi, un mercredi, un jeudi, un vendredi, un samedi et un dimanche. Pour des facilités de mise en route, l'étude a commencé un mardi.

Les patients ont été inclus de minuit à minuit. Les patients de 75ans ou plus présents avant minuit dans le SU n'ont pas été inclus. Les patients pris en charge par la Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) mais ne passant pas physiquement dans le service d'urgence, n'ont pas été inclus dans l'étude. Aucun patient n'a été exclu.

C. RECUEIL DES DONNÉES

Il s'agit d'une étude descriptive transversale monocentrique avec un recueil prospectif quotidien de données.

Au service des urgences du CH de Mâcon, l'équipe médicale utilise le logiciel Urqual. C'est à partir de ce logiciel que certaines données ont été extraites :

- Nom et Prénom, Numéro de dossier IPP
- Age et Sexe
- Jour de passage
- Heures d'entrée et de sortie avec calcul de la durée totale du passage au SU
- Mode de transport : personnel ou professionnel (Ambulance, Pompier, VSL et Taxi)
- Provenance : regroupée en deux catégories : les structures non médicalisées (domicile privé, maison de retraite, résidence pour personnes âgées) et les médicalisées (EHPAD, hôpital local, service de l'hôpital de Mâcon)
- Le temps entre :
 - ° l'arrivée et le bilan par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) des urgences
 - ° l'IOA et le début de la prise en charge par le médecin
 - ° la conclusion médicale et la sortie du service des urgences
- Diagnostic(s) retenu(s) selon la classification CIM 10
- Orientation suite au passage : retour à domicile (RAD), hospitalisation (médecine, chirurgie ou Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)), transfert et décès
- Classification clinique des malades aux urgences (CCMU) qui permet d'évaluer la gravité de l'état des patients (Annexe 1)
- Groupe d'étude multicentriques des services d'accueil des urgences (GEMSA) (Annexe 2), correspondant au devenir du patient

D'autres données ont été obtenues à l'aide d'une grille de recueil intégrée au dossier médical de chaque patient éligible (Annexe 3). Le médecin prenant en charge un patient inclus dans l'étude, avait un message d'alerte lorsqu'il consultait le dossier médical et était invité à remplir la grille d'évaluation.

Les données suivantes ont pu être relevées :

- Evaluation de l'autonomie par le score ADL (Activities of Daily Living). Compte tenu du peu de temps disponible aux urgences et pour avoir un taux de remplissage suffisant, nous avons fait le choix de simplifier cette échelle :
 - Autonomie : oui = 0 point et non = 1 point
 - Se lave seul
 - S'habille seul
 - Va aux toilettes
 - Continent

- Se déplace seul
- S'alimente seul

Un patient qui a 6 points est totalement dépendant et un patient qui à 0 point est totalement autonome.

Les patients ont été classés en deux groupes :

* Autonomes : pour les scores de 0 à 1, correspondant aux Groupes Iso-Ressources (GIR) 5 et 6

* Dépendants : pour les scores de 2 à 6, soit GIR 1 à 4

➤ Cognitif :

- Orienté dans le temps et l'espace
- Troubles neurocognitifs
- Agitation
- Non évaluable

- Aide à domicile
- Présence de l'entourage au SU
- Patient adressé avec un courrier médical. Si oui, rédigé par le médecin traitant
- Traitement habituel connu

Si oui, nombre de traitements : inférieur ou égal à 5 ou supérieur à 5

- Antécédents : diabète, HTA, BPCO, insuffisance respiratoire, insuffisance coronarienne ou cardiaque, Accident vasculaire cérébral, cancer, troubles cognitifs et pathologie psychiatrique
- Examens réalisés aux urgences : biologie, radiographie standard, échographie, scanner et/ou IRM, avis spécialisé, suture, consultation assistante sociale

Tous les dossiers ont été repris de manière rétrospective pour remplir ce critère de manière exhaustive sauf pour les sutures et les consultations sociales.

- Motif d'hospitalisation :
 - Médical ou Chirurgical
 - Terrain fragile
 - Psycho-social : maintien à domicile difficile, épuisement familial, etc...

Pour le choix des données, nous nous sommes basés sur l'étude de 2008, menée par le Docteur SOUGH dans le même service, afin de pouvoir comparer les deux études. Des critères supplémentaires comme la durée du passage ont été ajoutés.

Toutes les données ont été extraites à partir des dossiers médicaux informatisés et incluses dans un tableur Excel.

Pour les patients adressés avec un courrier médical, chaque courrier a été analysé de façon rétrospective. Les dossiers de liaison accompagnant les patients d'EHPAD, n'ont pas été pris en compte s'ils ne comportaient pas d'annotations spécifiques concernant l'adressage aux urgences.

Chaque courrier a donc été repris à l'aide d'une grille de recueil (Annexe 4) :

- Le médecin adresseur est-il le médecin traitant ?
- Les antécédents sont-ils retranscrits ?
- Les constantes (tension artérielle, fréquence cardiaque et température) sont-elles notées ?
- Le traitement habituel est-il inscrit ? Si oui, quel est le nombre de médicaments ?
- Des critères gériatriques (dénutrition, troubles neuropsychologiques, autonomie, conditions de vie, ...) sont-ils spécifiés ?
- Le motif d'adressage est-il présent ?
- Des hypothèses diagnostiques sont-elles formulées ?

D. ANALYSE DES DONNÉES

Pour commencer, une analyse descriptive de la population de l'étude a été faite avec le calcul d'une moyenne, avec plus ou moins l'écart type pour les variables quantitatives et, de la fréquence pour les variables qualitatives.

Puis une première analyse bivariée a été réalisée, sur certains critères communs, entre cette étude et celle de 2008, selon le test du Chi².

Enfin, une seconde analyse bivariée a permis de comparer, sur cette étude, les patients adressés avec un courrier médical à ceux sans courrier médical (test de Student et de Chi²).

Les analyses ont été faites à l'aide du logiciel Stat-View (ABACUS CONCEPT).

Concernant le risque de première espèce, le degré de signification retenu est de 5% ($p < 0,05$).

III. RÉSULTATS

A. DESCRIPTIF DE LA POPULATION

Sur les sept jours de recueil, 182 patients âgés de 75 ans ou plus se sont présentés aux urgences du centre hospitalier de Mâcon. Ils ont tous été inclus.

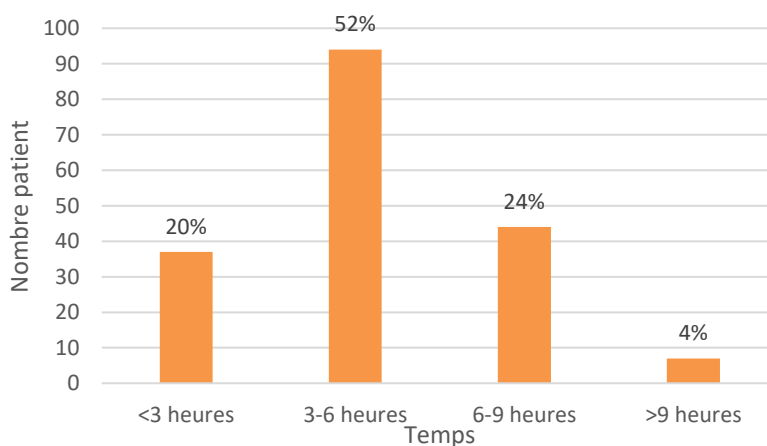
Au niveau de la répartition des passages sur la semaine, le maximum a été atteint le mercredi. La fréquentation était plus importante du lundi au vendredi, avec une nette baisse sur le week-end. La moyenne du samedi et dimanche était de 17 passages par jour contre 30 du lundi au vendredi. Concernant la distribution des arrivées sur une journée, 54% des patients sont arrivés entre midi et vingt heures. Plus globalement, 78% des passages se faisaient en journée, entre huit heures et vingt heures.

La moyenne d'âge du groupe était de 85,6 ans $\pm$ 5,7. Le patient le plus âgé était une dame de 97 ans. Les femmes étaient plus nombreuses, elles représentaient 61% de la population de l'étude. Le sexe ratio (nombre d'hommes divisé par le nombre de femmes) était à 0,6.

La durée moyenne de passage au SU était de 294 minutes, soit 4 heures et 54 minutes, $\pm$ 133 minutes. A noter que la durée maximale était de 669 minutes, soit un peu plus de 11 heures. Le passage le plus rapide était de 20 minutes. Il s'agissait d'une patiente présentant un problème urologique qui a été redirigée vers la structure adaptée sans véritablement de prise en charge médicale aux urgences.

La moitié des PA $\geq$ 75ans passaient entre 3 à 6 heures aux urgences, mais 28% d'entre eux dépassaient les 6 heures.

Figure 5 : Répartition en fonction de la durée de passage



Le temps entre l'arrivée et l'accueil par l'IOA était en moyenne de 13 minutes. Le temps médian entre l'IOA et le début de la prise en charge médicale était de 91 minutes (1 heure et 31 minutes). Entre la conclusion médicale et la sortie du patient, il s'écoulait en moyenne 57 minutes.

85% des patients arrivaient du domicile. Pour le mode d'arrivée, 81% avaient eu recours à un transport par un professionnel (Taxi, VSL, Pompiers, Ambulance et SMUR). Un peu plus d'un patient sur quatre (27%) était adressé avec un courrier médical et plus de la moitié des patients étaient adressés suite à un appel au centre 15 (59%).

A propos des conditions de vie et de l'évaluation de l'autonomie par une échelle ADL simplifiée, les données n'ont pas pu être recueillies pour chaque patient. L'échelle ADL a été remplie pour 97 patients sur les 182 inclus. Elle montrait qu'un patient sur trois était dépendant (GIR 1 à 4).

L'information sur la présence ou non d'aide à domicile a été renseignée pour 89 patients avec une réponse positive dans 46% des cas. Une fois sur deux, exactement 52%, les patients étaient accompagnés. Le traitement habituel était connu (ordonnance jointe ou reprise dans le courrier médical) dans 71% des cas.

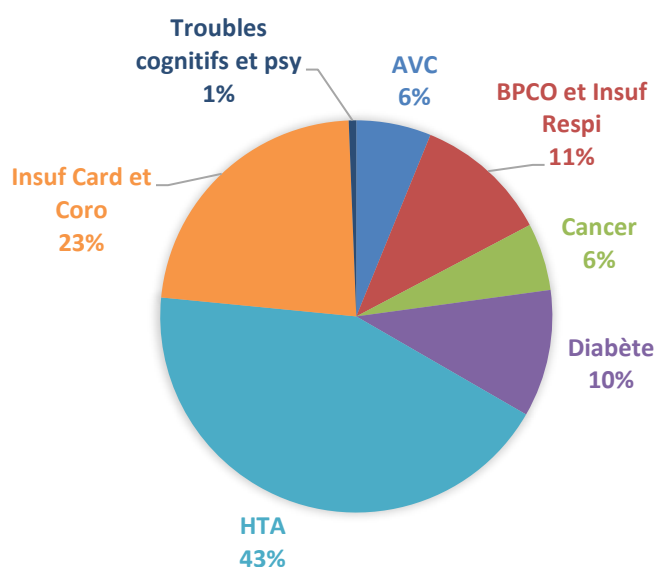
Tableau I : Descriptif de la population au SU

Catégories	Nombre	Pourcentage	Minimum	Maximum
Nombre de patient inclus	182			
Moyenne d'âge (en année) avec écart type	85,6 ± 5,7		75	97
Sexe ratio :	0,6			
- Femmes	111	61%		
- Hommes	71	39%		
Durée moyenne passage SAU (en min)	293,7		20	669
Temps avant IAO (en min)	12,6		0	54
Temps entre IAO et PEC médicale (en min)	91,4		0	400
Temps entre Conclusion méd et Sortie (en min)	56,6		0	506
Provenance :				
Domicile	155	85%		
Institutions et Hôpital	27	15%		
Mode de transport :				
Personnel	34	19%		
Professionnel (Taxi, VSL, Ambulance, Pompier)	148	81%		

Entourage présent (sur 89 patients)	46	52%
Aide à domicile (sur 89 patients)	41	46%
Traitement habituel connu (sur 119 patients)	84	71%
Dépendance (Echelle ADL) (sur 97 patients) :		
▫ Dépendant (GIR 1à 4)	32	33%
▫ Non dépendant (GIR 5 et 6)	65	67%
Patient adressé suite appel centre 15	108	59%
Patient adressé avec courrier médical	49	27%

Les antécédents ont été renseignés pour 87 patients. Majoritairement, la population de l'étude avait des antécédents cardio-vasculaires : hypertension artérielle et insuffisance cardiaque. Les troubles cognitifs ne représentaient que 1% des antécédents retrouvés.

Figure 6 : Antécédents médicaux des patients de 75 ans et plus



Concernant les examens complémentaires réalisés aux urgences, 11 patients sur les 182 n'ont pas eu d'examens complémentaires aux urgences, soit 6% des patients.

Les principaux examens complémentaires étaient la biologie : 84% des patients avaient une prise de sang et la radiologie standard : 68% avaient une radiographie, principalement une radiographie pulmonaire. Arrivaient ensuite le scanner/IRM et les avis spécialisés, respectivement pour 20% et 16% des patients. Les échographies ne représentaient que 4% des examens complémentaires. 35 patients, soit 19%, ont eu 3 examens complémentaires ou plus.

Suivant la CIM 10, le diagnostic principal retenu chez 34% des patients correspondait à la lettre R : symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques ou biologiques (61 sur 182). En second arrivaient les pathologies traumatiques, codées S, et les pathologies de l'appareil respiratoire, codées J, : 18% chacune.

Pour le devenir, 22% des patients retournaient au lieu de provenance. 75% des patients étaient hospitalisés, majoritairement dans un service de médecine. Six patients sur les 182 ont été hospitalisés pour le motif de maintien à domicile difficile, soit 3%. Trois patients ont été transférés, compte tenu de l'absence d'unité neuro-vasculaire et d'urologue sur le CH de Mâcon.

Trois patients sont décédés dans le service des urgences pendant l'étude. Après reprise des dossiers, tous les trois présentaient une pathologie infectieuse. Deux patients ont eu une indication de limite de soins aux urgences après discussion avec la famille et l'équipe médicale.

Pour les classifications CCMU et GEMSA, la majorité des patients était CCMU 1 ou 2 (68%), donc ils présentaient un état jugé sable et 75% étaient GEMSA 4,5 et 6, donc hospitalisés. Les données détaillées figurent dans le tableau II ci-dessous.

Tableau II : Analyse de la prise en charge dans le SU

Caractéristiques	Nombre	Pourcentage
Examens complémentaires faits au SAU :		
* Biologie	153	84%
* Radiographie standard	124	68%
* Echographie	8	4%
* Scanner et/ou IRM	36	20%
* Avis spécialisé	29	16%
Patient sans examens complémentaires	11	6%
Patient avec ≥3 examens complémentaire	35	19%
Orientation :		
- Retour à domicile	40	22%
- Hospitalisation :	136	75%
° Service de médecine	102	
° Service de chirurgie	30	
° Réanimation et USIC	4	

- Transfert	3	2%
- Décès	3	2%
Diagnostic principal :		
R : Symptômes, signes et résultats anormaux	61	34%
S : Lésions traumatiques	34	18%
J : Maladies de l'appareil respiratoire	32	18%
Motif d'hospitalisation :		
Maintien à Domicile Difficile	6	3%
Classification CCMU :		
CCMU 1 et 2	124	68%
CCMU 3, 4 et 5	58	32%
Classification GEMSA :		
GMESA 1, 2 et 3	45	25%
GMESA 4, 5 et 6	137	75%

B. ÉVOLUTION DEPUIS 2008

La part des personnes âgées consultant aux urgences du CH de Mâcon a augmenté en neuf ans. Elles représentaient 17% en 2008 contre 23% en 2017 ($p<0,0001$).

Concernant la provenance, les patients âgés arrivaient de plus en plus souvent de leur domicile : 79% en 2008 contre 85% en 2017 ($p=0,0296$). Au sujet de la présence de l'entourage du patient au SAU, il n'existait pas de différence entre les deux études (50% en 2008 et 52% en 2017 avec $p=0,9070$). En 2008, les patients étaient plus souvent adressés avec un courrier médical. Ils représentaient 40% alors qu'en 2017 ce chiffre est tombé à 27% ($p=0,0015$). Le rédacteur du courrier était plus souvent le médecin traitant en 2008 qu'en 2017 ($p=0,0307$). L'autonomie des patients entre les deux études n'a pas pu être comparée car nous disposons seulement d'un graphique pour l'échelle ADL dans l'étude de 2008. Le taux de remplissage de la grille ADL était significativement plus important pour notre étude qu'en 2008. Le traitement habituel était plus souvent connu en 2008 que dans notre étude ($p>0,0001$).

La différence entre les deux études, au niveau du nombre de patients n'ayant eu aucun examen complémentaire, n'était pas significative ($p=0,6102$) avec respectivement 7% et 6%. Par contre, le type d'examen complémentaire était différent avec une nette hausse du nombre de scanners/IRM et des avis spécialisés ($p<0,0001$ pour les deux critères).

Pour l'orientation après le passage aux urgences, on ne retrouvait pas de différence significative entre 2008 et 2017 ($p=0,8346$ pour les RAD et $p=0,9180$ pour les hospitalisations). L'orientation en fonction de l'adressage des patients avec un courrier a, elle, évoluée : les patients adressés avec un courrier étaient plus souvent hospitalisés en 2017 qu'en 2008 ($p=0,0332$). Concernant le nombre de décès dans le service d'urgence, la hausse entre 2008 et 2017 tendait à être significative ($p=0,0714$) : un seul décès pour l'étude de 2008 contre 3 pour celle de 2017.

Tableau III : Comparaison entre l'étude de 2008 et celle de 2017

	2008		2017		p
	nombre	pourcentage	nombre	pourcentage	
Patients inclus	459		182		
Jours de Recueil	30		7		
Passage quotidien	15,3		26		
Moyenne d'Age	83,5 ± 6,0		85,6 ± 5,7		0,718
Sexe ratio : nb H/ nb F	0,6		0,6		
Femme	287	62,5%	111	61%	
Homme	172	37,5%	71	39%	
Passage ≥75ans/Passage SAU	459/2734	17%	182/785	23%	<0,0001
Provenance Domicile	355	79%	155	85%	0,0296
Entourage présent	209/413	50%	46/89	52%	0,907
Echelle ADL	184	40%	96	52%	0,0046
Patient adressé avec Courrier	185	40%	49	27%	0,0015
Dont rédigé par le médecin traitant	159/185	86%	35/49	71%	0,0307
Traitement habituel connu	317	69%	84	67%	<0,0001
Examens complémentaires :					
° Biologie	358	78%	153	84%	0,1019
° Radiographie	305	66%	124	68%	0,7103
° Echographie	7	2%	8	4%	0,0411
° Scanner/IRM	21	5%	36	20%	<0,0001
° Avis spécialisé	25	5%	29	16%	<0,0001
Aucun examen complémentaire	34	7%	11	6%	0,6102

Devenir :					
* Retour à domicile	106	23%	40	22%	0,8346
* Hospitalisation	352	77%	139	76%	0,918
* Décès	1	0,20%	3	2%	0,0714
Hospitalisation si courrier	155/185	84%	47/49	96%	0,0332
RAD si courrier	30/185	16%	2/49	4%	
Hospitalisation sans courrier	198/274	72%	95/133	71%	0,8132
RAD sans courrier	76/274	28%	38/133	29%	

C. ANALYSE QUALITATIVE DES COURRIERS MÉDICAUX

Quarante-neuf patients sur les cent quatre-vingt-deux inclus dans l'étude, soit 27%, ont été adressés avec un courrier médical et dans 71% des cas, le rédacteur était le médecin traitant du patient.

Un courrier a été rédigé par une infirmière libérale. Nous avons décidé de l'inclure dans les courriers médicaux pour valoriser et encourager cette démarche.

Un courrier sur trois ne spécifiait pas les antécédents du patient, 33% exactement.

Les constantes : tension artérielle, fréquence cardiaque et températures étaient notées dans 35% des cas. Le traitement médical était inscrit dans 67% des courriers.

Concernant le nombre de médicaments, la majorité des patients avait entre 5 à 7 médicaments dans leur traitement habituel.

Dans 41% des cas, les critères gériatriques : conditions de vie, autonomie, troubles mnésiques, etc étaient notés. Le motif d'adressage était présent dans tous les courriers médicaux mais dans seulement 29% des cas, une ou des hypothèses diagnostiques étaient formulées.

Figure 7 : Nombre de médicament dans le traitement habituel

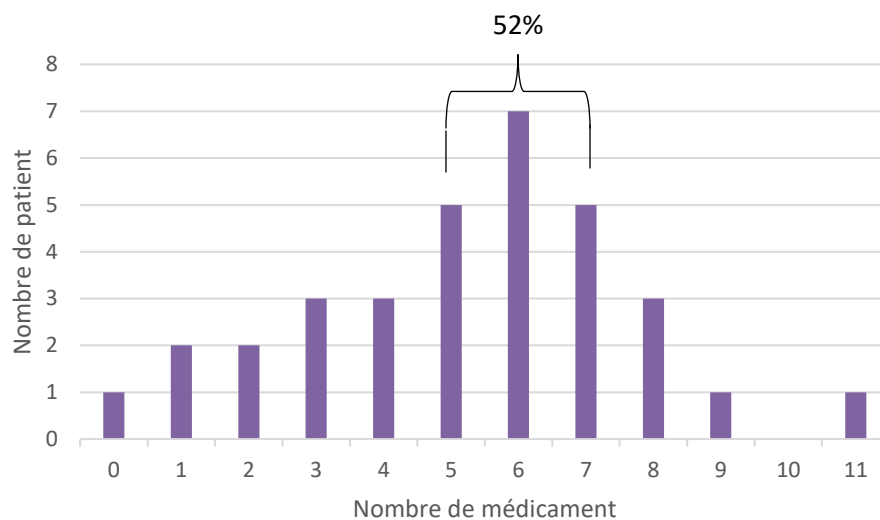


Tableau IV : Résultats de l'analyse des courriers suivant la feuille de recueil

	Nombre	Pourcentage
Rédacteur :		
- Médecin traitant	35	71%
- Autres (remplaçant, IDE)	14	29%
Antécédents :	33	67%
Constantes :	17	35%
Traitement habituel :		
- Oui	33	67%
- Non	16	33%
Si oui, nombre médicament :		
0-4	12	36%
5-7	17	52%
>7	4	12%
Critères gériatriques :	20	41%
Motif d'adressage :	49	100%
Hypothèse diagnostique :	14	29%

Concernant l'utilité du courrier dans la prise en charge du patient, l'échelle n'a été remplie que pour 32 dossiers sur les 49.

Dans 50% des cas, le dossier était simplement utile. Dans un cas sur quatre, il était jugé inutile ou peu utile à la prise en charge.

Mais dans les 25% des cas restants, il avait un réel intérêt dans la prise en charge du patient.

Tableau V : Utilité du courrier dans la PEC médicale selon l'urgentiste

	Nb	Pourcentage
Inutile	1	3%
Peu Utile	7	22%
Utile	16	50%
Très Utile	6	19%
Indispensable	2	6%
Total	32	100%

D. COMPARATIF ENTRE LES PATIENTS ARRIVANT AVEC UN COURRIER ET CEUX SANS

Tout d'abord, aucune différence n'a été mise en évidence concernant l'âge et le sexe entre les deux groupes : $p=0,6251$ pour l'âge et $p=0,675$ pour le sexe.

Les patients adressés avec un courrier médical avaient plutôt tendance à arriver en semaine (90%) par rapport au groupe sans courrier (78%) ($p=0,0614$). Sur une journée, l'heure d'arrivée était significativement différente entre les deux groupes : les patients adressés arrivaient à 74% entre 12h00 et 20h00 contre 48% pour les patients sans courrier ($p=0,0165$).

Figure 8 : Répartition des passages aux urgences des PA≥75 ans en fonction des jours de la semaine

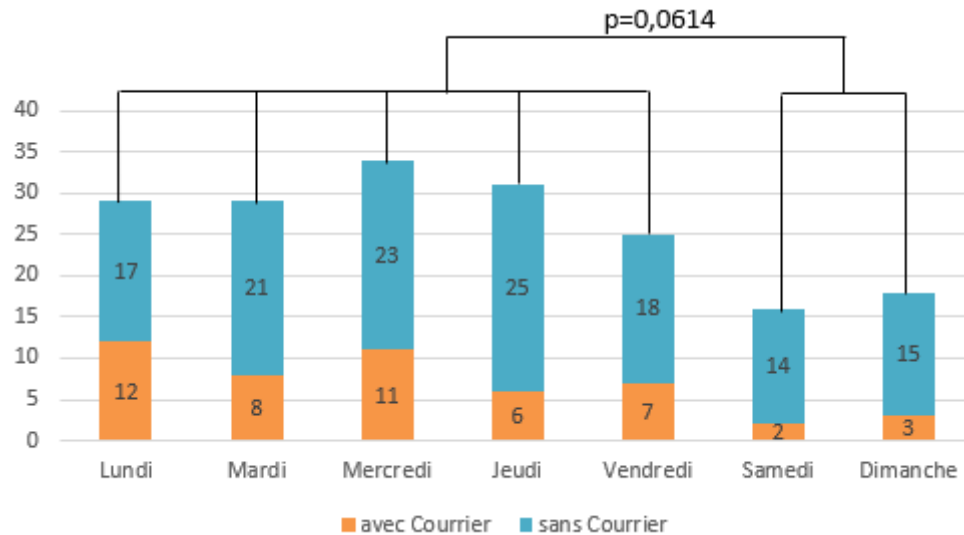
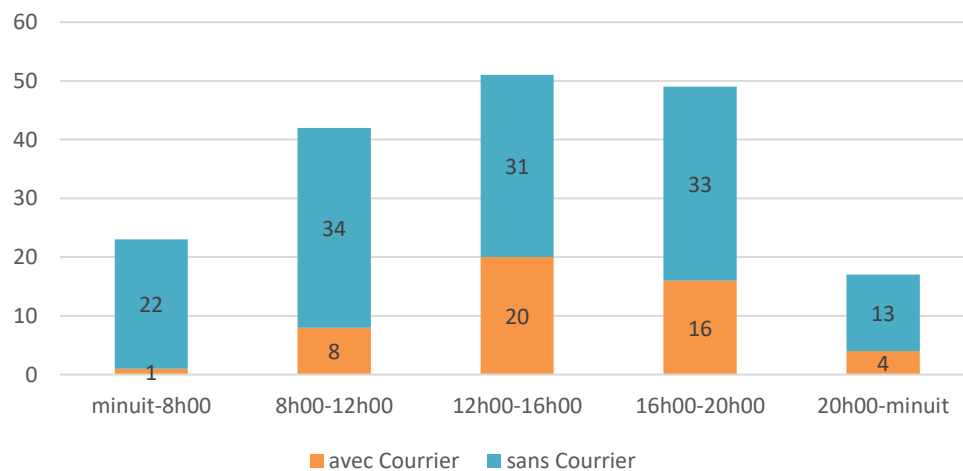


Figure 9 : Répartition des passages aux urgences des PA≥75ans sur une journée



Il n'a pas été retrouvé de différence significative au niveau de la provenance des patients ($p=0,1992$).

Au sujet de la dépendance, les patients adressés avec un courrier médical étaient plus dépendants que ceux venant sans courrier ($p=0,0008$) : 35% des patients avec un courrier médical étaient dépendants contre seulement 11% dans le groupe sans courrier.

Pour le mode d'arrivée au SU, il existe une différence significative entre les deux groupes ($p=0,0009$). Les patients adressés avec un courrier étaient transportés majoritairement (61%) en ambulance et tous les patients pris en charge par le SMUR n'avaient pas de courrier médical.

Concernant la durée totale de passage au SU, elle était en moyenne de 325 minutes (± 107), soit 5 heures et 25 minutes, pour un patient adressé avec un courrier médical contre 282 minutes (± 140), soit 4 heures et 42 minutes, pour un patient adressé sans courrier. La différence entre les deux groupes tend à être significative ($p=0,0572$). Le temps entre l'arrivée dans le service et l'accueil par l'IOA était en moyenne plus long de 5 minutes pour les patients adressés avec un courrier (16 minutes) que ceux sans (11 minutes) ($p=0,042$). Entre l'IOA et le début de la prise en charge médicale, il s'écoulait en moyenne 111 minutes (1 heure et 51 minutes) pour les patients avec un courrier, contre 84 minutes (1 heure et 24 minutes) pour ceux sans. La différence entre les deux groupes tend à être significative sur cette durée ($p=0,0505$). Par contre, on ne retrouvait pas de différence entre les deux groupes pour le temps entre la conclusion médicale et la sortie du service ($p=0,559$), 62 minutes pour les patients adressés et 55 minutes pour les patients non adressés.

Les patients adressés avec un courrier médical avaient toujours au moins un examen complémentaire. Pour les patients venus sans courrier, 11 n'avaient pas eu d'examens complémentaires. La différence est significative entre les deux groupes au niveau de la non réalisation d'examens complémentaires ($p=0,0378$) : toujours minimum un examen complémentaire pour les patients avec un courrier mais pas forcément d'examens complémentaires pour ceux sans.

Concernant le type d'examens complémentaires réalisés :

- les patients adressés avec un courrier avaient plus de biologie ($p=0,0080$)
- pas de différence entre les deux groupes au niveau de la radiographie standard et de l'échographie ($p=0,0979$ pour la radiographie et $p=0,3469$ pour l'échographie)
- les patients adressés sans courrier médical avaient plus de scanner/IRM ($p=0,04091$)
- aucune différence au niveau de la demande d'avis spécialisés entre les deux groupes ($p=0,4091$).

Pour le devenir des patients, deux patients adressés avec un courrier (4%) n'ont pas été hospitalisés contre trente-huit (29%) dans l'autre groupe. Les patients venus sans courrier retournaient plus souvent à leur domicile que ceux avec courrier médical ($p=0,0004$). Il n'existait pas de différence entre les deux groupes dans la répartition d'hospitalisation dans les services de médecine ou de chirurgie ($p=0,6847$).

Au niveau de la répartition CCMU, indicateur de la gravité, les patients venant sans courrier médical étaient à 72% CCMU 1 et 2, donc peu grave, alors que dans le groupe avec un courrier médical, ils ne l'étaient que dans 57% des cas. Les patients du groupe adressés avec un courrier tendaient à être dans un état plus grave que ceux du groupe adressé sans ($p=0,053$).

Concernant le GEMSA, représentant plutôt l'orientation du patient, la différence était significative entre les deux groupes ($p=0,0178$) : les patients adressés avec un courrier étaient plus souvent GEMSA 4 à 6, donc hospitalisés, que ceux sans.

Tableau VI : Comparatif entre le groupe avec et celui sans courrier

	Avec courrier		Sans courrier		p
	nombre	pourcentage	nombre	pourcentage	
Nombre de patients	49	27%	133	73%	
Age (en année) avec écart type	85,9 ±5,56		85,5 ±5,81		0,6251
Sexe :					0,6757
Femmes	31	63%	80	60%	
Hommes	18	37%	53	40%	
Provenance domicile	39	80%	116	87%	0,1992
Mode de Transport :					0,0009
Personnel	10	20%	24	18%	
Ambulance	30	61%	53	40%	
Pompier	5	10%	52	39%	
Patient dépendant (GIR 1 à 4)	17	35%	15	11%	0,0008
Durée totale du passage (en min)	325		282		0,0572
Temps entre :					
- arrivée et IAO (en min)	16		11		0,0421
- IAO et PEC médicale (en min)	111		84		0,0505
- Conclusion et Sortie (en min)	62		55		0,5598

Examens complémentaires :					
° Biologie	47	96%	106	80%	0,0080
° Radiologie	38	78%	86	65%	0,0979
° Échographie	1	2%	7	5%	0,3469
° Scanner et IRM	5	10%	31	23%	0,0490
° Avis spécialisé	6	12%	23	17%	0,4091
Aucun examen complémentaire	0	0%	11	8%	0,0378
Orientation :					
* Retour à domicile	2	4%	38	29%	0,0004
* Hospitalisation :					0,6847
Médecine	36	73%	73	55%	
Chirurgie	9	19%	21	15%	
* Décès	2	4%	1	1%	
CCMU :					0,0535
1 et 2	28	57%	96	72%	
3, 4 et 5	21	43%	37	23%	
GMESA :					0,0178
1 à 3	6	12%	39	29%	
4 à 6	43	88%	94	71%	

IV. DISCUSSION

A. SCHÉMA DE L'ÉTUDE

1) Points forts

Nous avons essayé d'être le plus exhaustifs possible : toutes les données des cent quatre-vingt-deux patients ont été traitées.

L'extraction informatique des données a été privilégiée au maximum pour diminuer les biais de mesure.

Même si le nombre des patients inclus pouvait paraître peu élevé, l'échantillon était suffisamment important pour mettre en évidence des différences significatives par rapport à l'étude de 2008 et entre le groupe de patients avec un courrier médical et le groupe sans courrier.

Cette thèse s'inscrit dans un ensemble de travaux menés dans le SU du CH de Mâcon, concernant les personnes âgées afin d'analyser et d'améliorer la filière gériatrique dans ce service.

2) Points faibles

Il s'agit d'une étude monocentrique. Il existe également un biais de sélection dû à la réalisation de l'étude en période hivernale, certains jours pendant l'épidémie de grippe (17).

Le recours à un questionnaire de recueil pour certaines données, apporte une part de subjectivité compte tenu du regard personnel de chaque urgentiste. Il a été rempli sur les différents critères entre 87 à 102 fois, avec une moyenne sur les différents critères de 93 fois, soit un taux de remplissage moyen à 51%.

Bien entendu, nous aurions souhaité un taux de remplissage plus important. Mais par ailleurs, il faut noter que pour l'évaluation de l'autonomie par le score ADL, le taux de remplissage est en hausse et de manière significative ($p=0,0046$), par rapport à l'étude de 2008. Ceci traduit l'implication de plus en plus importante de l'équipe des urgences dans les différents travaux.

B. ANALYSE DES RÉSULTATS

1) La population âgée mâconnaise

Dans notre étude, la population est majoritairement féminine, vivant en grande partie à domicile (85%) confirmant la tendance nationale du maintien à domicile des PA.

Lors de cette étude, le pourcentage de personnes âgées passant au SU du CH de Mâcon est de 23% contre seulement 19% sur l'année 2016 (11). Au niveau national, la proportion de PA dans les services d'urgences est plus basse : entre 12 à 14% (5). Ce pourcentage plus important de passages des PA $\geq$ 75ans peut s'expliquer par la démographie de la population en région mâconnaise mais aussi par sa démographie médicale. L'étude s'est déroulée en période hivernale et certaines journées pendant l'épidémie de grippe. L'épidémie de grippe, saison 2016-2017, a particulièrement touché les PA. Les patients de 75 ans et plus représentaient 56% des hospitalisations suite à la grippe et 54% des décès (17).

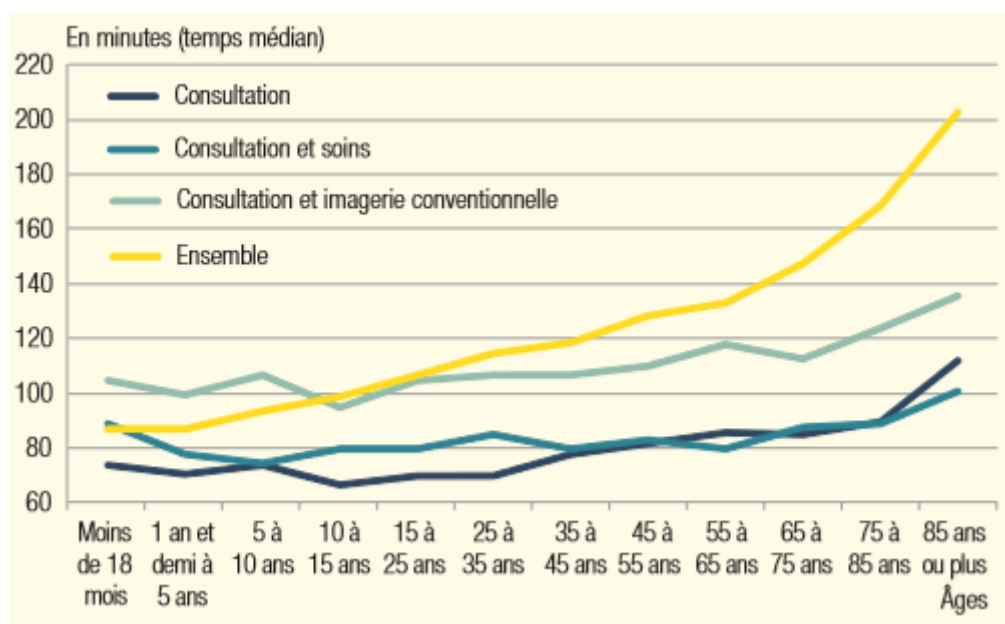
L'étude montre que deux patients sur quatre arrivent suite à un appel au centre 15 et qu'un sur quatre est adressé par un médecin de ville. Donc seulement un patient sur quatre arrive aux urgences sans avoir pris un avis médical au préalable. Effectivement, cette population âgée sollicite souvent un avis médical en amont de l'arrivée aux urgences : 58% des PA entreprennent des démarches contre 35% pour les 15-74 ans (18). Mais cet avis est pris en majorité par l'intermédiaire d'un appel au centre 15. L'analyse bourguignonne à partir de l'étude EPIGER (13) retrouve une part de patients adressés bien plus importante que dans notre étude : respectivement 56% versus 27%. Mais les patients adressés par un médecin, dans l'étude EPIGER, ont-ils été envoyés par le médecin régulateur ou par un médecin en ville ? Après analyse de la grille de recueil de l'étude EPIGER, nous ne pouvons pas évaluer cette distinction.

Nos résultats montrent que les PA utilisent dans seulement 19% des cas un moyen personnel pour leur transport vers les urgences. Dans l'étude EPIGER bourguignonne, ce taux est également faible : 17% (13). Les PA mobilisent beaucoup les ressources professionnelles de transport pour leur arrivée aux urgences. Cela a un coût important et peut engendrer une carence de moyens de transport. Le transport par des professionnels ne permet pas toujours l'accompagnement du patient par un proche. Le mode de transport professionnel a-t-il une incidence sur le pourcentage d'accompagnants des PA aux urgences ? Car seulement une personne sur deux est accompagnée à son arrivée.

Une personne âgée de 75ans ou plus passe en moyenne 4 heures et 54 minutes au SU du CH de Mâcon, soit 1 heure et 42 minutes de plus que la durée moyenne de passage toutes populations confondues (3 heures et 12 minutes) (11).

Une des principales causes de ce passage plus long est la réalisation des examens complémentaires (19) (Figure 10). Dans notre étude, seulement 11 patients, soit 6%, n'ont pas d'examens complémentaires et ce chiffre tombe à zéro pour les patients adressés avec un courrier médical. Le plateau technique des urgences apparait comme indispensable à la prise en charge des PA $\geq$ 75ans au SU. En moyenne, les PA ont un tiers d'examens complémentaires en plus que les 15-74ans (5) et plus de la moitié des PA ont plus de trois examens complémentaires aux urgences (18).

Figure 10 : Durée de passage en fonction de l'âge et des actes réalisés au SU



Sources • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

Le pourcentage d'hospitalisation des PA $\geq$ 75ans suite au passage aux urgences, sans tenir compte des transferts et des décès (2% chacun), est très élevé : 75%. Sur le SU du CH de Mâcon, le taux d'hospitalisation toutes populations confondues est d'environ 30%. Le taux d'hospitalisation est donc bien plus important pour les PA que pour la population générale. Selon l'étude de la DRESS, le risque d'être hospitalisé suite au passage aux urgences est 2,6 fois plus élevé chez les PA que pour les 15-74 ans (18).

Concernant la gravité de leur état de santé, 68% des PA de notre étude sont catégorisés CCMU 1 et 2, donc avec un état de santé jugé stable. Toutes classes d'âge confondues, la part des patients stables est plus importante : 84% des passants aux urgences sont CCMU 1 et 2 en 2016 (11). Le pourcentage des patients stables chez les PA $\geq$ 75ans est donc plus faible que dans la population générale.

Vu l'important taux de réalisation d'examens complémentaires et d'hospitalisation chez les patients de plus de 75 ans passant aux urgences, nous pouvons qualifier le passage de justifié. Cela confirme les données de la conférence de consensus de 2003 : devant une pathologie aiguë, 90% des PA $\geq$ 75ans doivent bénéficier d'une prise en charge hospitalière (5).

2) Evolution depuis 2008 : plus de personnes âgées au service d'urgences

Durant l'étude de 2008, les PA représentaient 17% des passages contre 23% en 2017 avec une hausse qui est significative. Le nombre de passages des plus de 75 ans augmente plus vite que le nombre de passage total aux urgences sur le CH de Mâcon. Ce résultat doit tenir compte de la possible surreprésentation des PA pendant l'étude relative à la période hivernale et l'épidémie de grippe.

Par contre, le nombre de patients adressés avec un courrier médical a chuté de manière significative : de 40% à 27% entre 2008 et 2017, probablement à cause de la difficulté actuelle d'obtenir un rendez-vous avec un médecin libéral dans la région mâconnaise compte tenu de la démographie médicale. Or cette population recherche un avis médical avant sa venue aux urgences. La réponse actuelle de la médecine générale à cette demande paraît insuffisante. Mais s'agit-il d'un manque de disponibilité ou d'une sollicitation en baisse ?

Concernant la réalisation d'examens complémentaires, le pourcentage de patients concernés n'a pas évolué entre 2008 et 2017. Plus de 90% des patients admis aux urgences ont au moins un examen complémentaire. Le nombre de scanner/IRM et d'avis spécialisés a lui augmenté de manière significative entre les deux études. Pour les scanner/IRM, ce résultat peut s'expliquer par une meilleure accessibilité avec le développement des infrastructures et l'utilisation de services télé radiologiques comme Imadis. La quantité d'examens complémentaires n'a pas changé entre 2008 et 2017 mais le type a lui évolué au profit d'examens plus chronophages, essentiellement par le temps d'attente, et plus coûteux. L'importante mobilisation en temps et moyens que nécessite ces examens doit pousser à s'interroger sur la contribution de ces derniers à la juste prise en charge des patients aux urgences (20).

On ne retrouve pas de différence significative dans l'orientation des patients entre 2008 et 2017. Seul le taux d'hospitalisation chez les patients adressés avec un courrier médical a connu une hausse significative entre les deux études (respectivement 84% versus 96%).

La différence au niveau du nombre de décès tend à être significative entre les deux études avec malheureusement une tendance à la hausse. Une étude menée en 2012 au CHU de Bordeaux a montré que les PA représentent plus de 50% des décès dans les structures d'urgence (21).

3) Impact du courrier médical sur la prise en charge des patients

Notre étude a montré que la durée de passage des patients venus avec un courrier médical tend à être plus longue que celle des patients venus sans courrier. Donc contrairement à ce que nous pouvions espérer, la présence d'un courrier médical ne diminue pas la durée de prise en charge.

Concernant la population du groupe patients avec un courrier médical, il est important de relever certaines caractéristiques :

- Ils sont plus dépendants : 35% contre 11% pour ceux sans courrier,
- Ils ont tous au moins un examen complémentaire alors que 11 patients venus sans courrier, sur les 133, n'ont pas eu d'examens complémentaires,
- Ils retournent moins souvent à leur domicile : 4% contre 29% pour les patients sans courrier,
- Ils tendent à être dans un état plus grave : 43% sont CCMU 3,4 et 5 contre 23% chez les patients sans courrier.

Globalement, on peut donc dire que les patients adressés avec un courrier sont « plus lourds » que ceux sans courrier.

Nous devons aussi tenir compte de la part plus importante des pathologies traumatiques dans le groupe des patients consultant sans courrier médical. Cette population a recours essentiellement à la radiographie, examen le moins chronophage, diminuant ainsi la durée de prise en charge.

L'absence de bénéfice sur la durée de prise en charge du courrier médical est donc à relativiser car la population des deux groupes ne présente pas les mêmes caractéristiques.

L'analyse rétrospective des courriers a permis de montrer que leur contenu était variable ainsi que leur qualité. Les antécédents et le traitement habituel ne sont repris que dans 67% des courriers. Les constantes sont très peu retranscrites, 35% seulement. Les critères gériatriques sont présents dans moins d'un courrier sur deux. Et pourtant, ces données sont primordiales pour une prise en charge optimale du patient et sont parfois fastidieuses à obtenir aux urgences. Les retrouver de manière claire et concise serait un gain de temps pour le médecin urgentiste, et aussi pour le patient.

C. PROPOSITION POUR UNE OPTIMISATION DES SOINS

1) En amont des urgences

Deux patients sur trois ont pris un avis avant leur venue aux urgences, majoritairement par un appel au centre 15 et plus rarement en consultant un médecin libéral. Concernant le recours à la médecine libérale, nous avons montré qu'il existe une baisse significative entre 2008 et 2017 du nombre de patients adressés suite à une consultation en médecine libérale.

Le passage aux urgences des patients de 75 ans et plus paraît justifié dans la grande majorité des cas mais la Société Française de médecine d'Urgence (SFMU) différencie bien un passage justifié : correspond au besoin du patient, et un passage approprié : réponse la plus efficiente (5). Un travail de thèse est en cours actuellement dans le service d'urgences du CH de Mâcon pour analyser l'impact du passage aux urgences chez les patients âgés hospitalisés. Nous pouvons nous demander si le passage aux urgences est la meilleure solution pour le patient et si une alternative n'est pas envisageable.

La diminution du recours à la médecine de ville va à l'encontre du parcours de soins coordonnés. Les patients doivent privilégier la médecine libérale aux urgences dans un premier temps, à l'exception des situations d'urgence comme définit dans l'article de loi (9). Le médecin généraliste jugera alors de la situation clinique et des moyens nécessaires à mettre en œuvre. L'adressage aux urgences peut être indiqué mais pour certaines situations, une alternative aux urgences peut être envisagée.

L'étude révèle que l'adressage par un médecin libéral augmente la réalisation d'examen complémentaires et le risque d'hospitalisation. Les médecins généralistes adressent donc en générale de manière pertinente aux urgences. Il paraît important de remettre le médecin généraliste au cœur du parcours de soins pour un adressage efficient.

Des alternatives aux services d'urgences sont possibles mais dépendent de l'offre de soins : prise en charge à domicile ; programmation des soins (examens complémentaires, consultations spécialisées, etc...), hospitalisation programmée, etc.... Dans le cadre de la filière gériatrique (22), une hotline a été mise en place début 2017 sur Mâcon : « Allo Géria ». Sur cette première année, environ 100 appels avec 40% de demandes d'hospitalisations directes, 30% de demandes d'avis, 25% de bilans en consultation et 5% pour les demandes de séjours de répit, évaluation à domicile, etc... Cette hotline, gérée par les gériatres du CH de Mâcon avec l'aide de Résoval un réseau de santé spécialisé dans la coordination des soins (23), permet d'avoir directement un gériatre, simplifiant les appels pour un avis. Le généraliste et le gériatre peuvent discuter ensemble de la meilleure solution pour le patient devant une situation donnée à un moment précis. Actuellement, le nombre de lits « gériatriques » sur le CH de Mâcon est insuffisant pour le bassin de population. Une augmentation de cette capacité d'accueil va être effective d'ici fin 2018 avec un doublement du nombre de lits en Court Séjour Gériatrique (de 13 à 26 lits). En hôpital de jour, l'accueil hebdomadaire va passer progressivement de un à neuf. L'objectif est aussi de développer l'Unité Mobile de Gériatrie qui intervient à ce jour uniquement en intra-hospitalier et de garder des plages de consultation rapide au niveau des consultations gériatriques. Tout cela permettra de proposer aux médecins libéraux plus d'alternative aux SU.

La régulation joue également un rôle important dans l'orientation du patient en amont des urgences. Pour rappel, 59% des patients inclus ont été adressés aux urgences suite à un appel au centre 15. Une étude sur les appels au centre 15 des personnes de plus de 75 ans a été réalisée dans la région de Haute Savoie en 2012 (24). Ils représentaient 13% des appels et dans 74% des cas, le patient était adressé aux urgences. Suite au passage aux urgences, un tiers retournait à son domicile. Quand la situation le permet, le centre 15 peut-il organiser une consultation en ville rapide plutôt que d'adresser le patient aux urgences ? Le régulateur peut-il essayer de renvoyer le patient vers son médecin traitant en s'assurant de la rapidité de la consultation en fonction du degré d'urgence qu'il aura déterminé ? Ou orienter directement le patient dans la filière gériatrique, pourquoi pas en utilisant la hot line « Allo Géria ». Les facteurs limitants seront le manque de temps du régulateur et l'accessibilité à la médecine libérale. D'autant plus que la région mâconnaise ne bénéficie pas d'un service ambulatoire d'urgence tel que SOS médecin. Pour les patients non adressés suite à l'appel au centre 15, la recherche d'un terrain fragilisé serait à envisager en prévention car un quart d'entre eux sont admis aux urgences dans les 2 mois suivant leur appel (24).

L'objectif d'une meilleure évaluation en amont de l'arrivée aux urgences est de permettre d'orienter au mieux le patient dans un parcours de soins personnalisés. Quand le passage aux urgences est inévitable, la durée de passage est un enjeu important de la prise en charge.

2) Vers une diminution de la durée de passage

Dans notre étude, une personne âgée passe en moyenne 1 heure et 42 minutes de plus aux urgences que la population générale. Une sur quatre passe même plus de 6 heures aux urgences. La durée de passage aux urgences dépend de la structure, de l'affluence et des moyens disponibles. Elle est globalement plus longue pour les personnes âgées (19). Or cette durée est directement corrélée à la morbi-mortalité : plus le temps d'attente est long, plus le risque de mortalité augmente (25). Le seuil des six heures de passage est régulièrement retenu comme seuil critique pour la mortalité. A partir de deux heures passées sur un brancard, il existe un risque d'escarre.

La gravité de l'état du patient influe sur la durée de prise en charge. L'IOA utilise des outils de triage pour évaluer au mieux la situation et repérer les patients les plus graves (26). Chez la personne âgée, le risque est de passer à côté de la gravité du patient compte tenu de la présentation clinique souvent paucisymptomatique. L'âge n'apparaît pas comme critère dans les échelles d'évaluation. Pourtant, il correspond parfois à un facteur de risque et l'IOA devrait en tenir compte dans son évaluation. Suivant le tri de l'IOA, les patients sont classés en fonction de leur gravité. Pour le SU du CH de Mâcon, à chaque indice de gravité correspond une couleur identifiant clairement l'ordre des patients dans la prise en charge médicale.

Le temps passé aux urgences dépend également du nombre et du type d'examens complémentaires réalisés. 19% des patients ont eu trois examens complémentaires. 84% des patients ont eu une biologie, avec un délai d'environ une heure pour obtenir les résultats. La radiologie est moins chronophage que la biologie, les scanner /IRM ou la prise d'avis spécialisés (19). Compte tenu de l'hospitalisation très fréquente des PA, le patient pourrait être muté dans le service avant la réalisation de tous les examens complémentaires, diminuant ainsi la durée de passage aux urgences. Mais les résultats des examens doivent pouvoir être interprétés dans le service et si besoin, conduire à une adaptation de la prise en charge. Cette mutation « anticipée » s'adresse donc plutôt aux patients stables et arrivants dans la matinée ou début d'après-midi. La pertinence de chaque examen et le délai d'obtention doivent être pris en compte par l'urgentiste.

Le fait d'être hospitalisé augmente la durée de prise en charge : il faut en moyenne 10 minutes pour trouver un lit à un patient. Mais ce délai augmente à 25 minutes (19) pour les patients de 75 ans et plus, qui comme nous l'avons montré sont très majoritairement hospitalisés.

Les structures d'urgences doivent essayer de diminuer cette durée de passage, sans en altérer la qualité. Faciliter la transmission des données du patient entre les différents intervenants peut aider à diminuer ce temps de passage.

3) Favoriser les échanges interprofessionnels

Un patient sur trois a eu affaire à un premier intervenant dans sa prise en charge avant sa venue aux urgences : soit un médecin libéral, soit un médecin régulateur du centre 15. Pour chaque patient adressé suite à un appel au centre 15, une feuille de régulation est transmise au service des urgences. Le but serait que ces moyens de communication interprofessionnelle contiennent des informations concises pour renseigner au mieux l'urgentiste.

Le courrier médical est malheureusement peu utile dans la prise en charge pour un patient sur quatre. Pour augmenter la qualité des courriers médicaux, la mise en place d'un courrier type peut guider le rédacteur et ainsi ne pas oublier les critères essentiels. Une lettre de liaison pour l'adressage des personnes âgées aux urgences ou en service de gériatrie a été proposée suite à un travail de thèse (27) (Annexe 5) (28). Elle reprend l'identité du patient, la personne de confiance (ou référent), le motif, les antécédents, le traitement, les allergies, les plaintes, l'examen clinique avec le poids mais les constantes n'ont pas été spécifiées, et également tout le versant critères gériatriques : vit seul, appartement ou maison, aide à domicile, autonomie dans les tâches de la vie quotidienne. Elle comprend également les directives anticipées du patient si elles ont été exprimées. Cette lettre peut être intégrée comme modèle dans les différents logiciels de gestion des dossiers utilisés par les médecins de ville mais aussi imprimée sur papier libre, pouvant être utilisée par le médecin lors de ses visites à domicile.

Nous n'avons pas étudié le contenu des feuilles de régulation, outil de transmission entre le centre 15 et le service d'urgence où le patient est adressé. L'appel des personnes âgées au centre 15 se fait majoritairement par un intermédiaire : une personne de la famille ou un intervenant à domicile et dure en moyenne 3 à 4 minutes (24). Même si le temps disponible est court, une anamnèse concise et la notification de certains éléments simples comme le nom du médecin traitant, le traitement habituel ainsi que les coordonnées d'une personne à prévenir faciliteraient la prise en charge pour les patients adressés suite à cet appel.

Pour les patients consultant sans avis médical au préalable, un quart des passages aux urgences, l'utilisation d'un support universel pourrait faciliter le recueil de certaines informations. Concernant les données administratives, les filières gériatriques de la région lyonnaise ont élaboré la « Carte Mémo » (29) (Annexe 6). Elle ne contient pas de données médicales mais le nom et les coordonnées des différents intervenants : médecin traitant, spécialistes, cabinet infirmier, pharmacien, kinésithérapeute, aides à domicile et surtout les personnes à prévenir. Elle a été créée pour faciliter la communication entre les différents intervenants dans la prise en charge du patient afin de prévenir au maximum la rupture de soins.

Le dossier médical personnalisé a évolué en Dossier Médical Partagé (DMP) début 2017 (30 et 31). Il est consultable en cas d'urgence par les régulateurs ou les médecins des SU mais peu de patients en possèdent un. Au niveau du CH de Mâcon, une plateforme informatique sécurisée a été mise en place en 1997 : Résoval, spécialisée dans la coordination des soins avec une messagerie : Résomel pour des échanges intra et extra hospitaliers. Pour une meilleure réactivité, nous pourrions envisager un système de discussion instantanée entre l'hôpital et la médecine de ville, rendant les échanges plus fluides et optimisant le temps des intervenants par rapport aux appels téléphoniques.

4) Sensibilisation des équipes d'urgence à la gériatrie

Les professionnels travaillant aux urgences n'ont pas forcément été formés à la gériatrie durant leur cursus et pourtant nous avons vu qu'il s'agit d'une population spécifique même si elle représente un groupe très hétérogène. Certains médecins urgentistes du service sont formés à la gériatrie comme le Docteur SOUGH qui avait réalisé l'étude de 2008 dans le cadre de sa capacité de Gériatrie. Mais ils restent peu nombreux.

Un des objectifs aux urgences est d'identifier les personnes âgées fragiles, à risque de complications. Une évaluation gériatrique standardisée est donc nécessaire pour faire le point sur l'état physique, psychique et social de chaque patient mais elle paraît difficile à mettre en œuvre dans un service d'urgence.

Plusieurs échelles d'évaluation existent mais compte tenu du peu de temps disponible, un score synthétique est recommandé par la SFMU : le score ISAR (Identification Systématique des Aînés à Risque) (5). Une étude de 2005 au centre hospitalier de Saint-Nazaire a montré la pertinence de ce score réalisé par l'IOA (32).

Figure 11 : Score ISAR (source SFMU)

QUESTIONS	
1- Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?	Oui /Non
2- Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?	Oui/Non
3- Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?	Oui /Non
4- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ?	Oui/Non
5- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoires ?	Oui/Non
6- Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?	Oui/Non
Questionnaire de dépistage des patients âgés à risque d'évènements indésirables	
Un patient est considéré à risque d'événement indésirable (déclin fonctionnel réadmission) avec plus de 2 réponses positives	

Quelques petites actions peuvent également être mise en place au quotidien dans un objectif de prévention des risques et afin de limiter les possibles complications (33) :

- Mettre les brancards en position basse,
- Pas de voie veineuse systématique,
- Eviter la contention mécanique et les barrières compte tenu du stress qu'elles génèrent, privilégier un accompagnement par la famille pour rassurer quand cela est possible,
- Prévenir la déshydratation et la dénutrition
- Faire attention à l'état cutané : escarres, plaies et ecchymoses,
- Adaptation de l'évaluation de la douleur : les personnes âgées reçoivent moins d'antalgique aux urgences (34),
- Eviter le monitoring mais réévaluer les constantes durant le passage aux urgences,
- Proposer le bassin ou les toilettes régulièrement pour éviter la rétention aigue d'urine
- Maintenir l'autonomie : accompagnement lors des déplacements, mise au fauteuil, etc...

Le manque de temps apparait comme un facteur limitant compte tenu de l'augmentation de la fréquentation des SU.

Pour les médecins, l'examen clinique doit être adapté aux personnes âgées. L'état cutané, l'examen endo buccal, la recherche de signe de dénutrition (tour de bras, masse musculaire, etc...), la recherche d'un globe vésical ou d'un fécalome en cas de désorientation aigue sont indispensables (14). La marche doit être testée, surtout si le retour à domicile est envisagé. Les fonctions cognitives doivent également être évaluées. La SFMU recommande une évaluation de l'orientation dans le temps et l'espace, sans faire référence à un outil particulier (5). Les questions : savez-vous quel jour nous sommes ? et : savez-vous où vous êtes ? peuvent permettre une évaluation rapide.

5) Modèles de filières gériatriques aux urgences

Actuellement au CH de Mâcon, l'Unité Mobile de Gériatrie (UMG) n'intervient pas dans le service d'urgences mais les gériatres peuvent être sollicités par téléphone pour des avis.

Le déplacement d'une UMG dans les SU est possible, certains CH l'ont mis en place mais l'utilisation est limitée par l'éloignement géographique et la disponibilité.

Après une recherche documentaire, deux autres modèles d'intégration de la filière gériatrique aux urgences sont proposés ci-dessous :

❖ *Le Fast-Track gériatrique (33)*

Il consiste en une hospitalisation rapide en UHCD des patients à risque de complications.

Les patients à risque et donc fragiles sont identifiés grâce à l'algorithme suivant :

* Patient âgé de 85 ans ou plus avec une anomalie hémodynamique (pression artérielle (PA) <90 ou >200mmHg, température <35°C ou >38°C, saturation en oxygène <93%, fréquence cardiaque <50 ou >120 battements/minute)

* Patient présentant au moins trois facteurs de risque parmi :

- Antécédent de chute dans les 6 mois
- Cachexie
- Isolement
- Troubles cognitifs
- Hospitalisation dans les 6 derniers mois

Le patient est vu par l'IOA puis installé dès que possible en box au SU. Suite à une première évaluation médicale, les patients à risque selon l'algorithme sont inclus dans la filière Fast Track. Après la réalisation des prélèvements biologiques nécessaires, la réalisation d'un électrocardiogramme et la mise en route d'une thérapeutique si besoin, le patient peut être muté en UHCD avant la réalisation des examens d'imagerie.

Les patients ne doivent pas passer plus de 90 minutes au SU.

❖ *Médecine d'Urgence de la Personne Agée (MUPA) (35-36)*

Il s'agit d'une unité mise en place au centre hospitalo-universitaire de Limoges depuis novembre 2014. Matériellement, elle se compose de quatre bureaux intégrés physiquement au service d'urgences mais elle est gérée par une infirmière coordinatrice et deux gériatres. Elle est ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et prend en charge environ 3000 patients par an. Concrètement, à son arrivée le patient est accueilli par l'IOA et s'il répond aux critères suivants, il peut être orienté vers la MUPA :

- Patient polypathologique de plus de 75 ans
- Absence d'urgence vitale
- Pas de surveillance continue nécessaire
- Pas d'urgence chirurgicale
- Absence de prise en charge dans une unité spécialisée

Elle a permis de diminuer la durée de passage de 3 heures et 35 minutes en moyenne et d'augmenter de 40% les retours à domicile. Le taux de ré-hospitalisation à 48 heures et à 30 jours a aussi diminué.

Les résultats de la MUPA de Limoges sont plutôt positifs et doivent encourager le développement de ces structures.

V. CONCLUSIONS

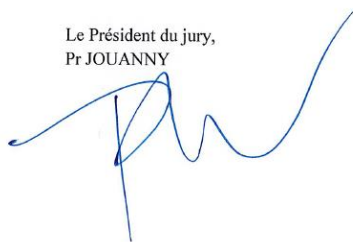
Compte tenu du vieillissement de la population et de l'offre de soins, les structures d'urgences sont de plus en plus sollicitées par les personnes âgées. Ce travail a permis d'étudier la population âgée de 75 ans et plus, consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Mâcon. Les résultats montrent que la population de l'étude est plutôt en accord avec les descriptifs nationaux. Le comparatif, par rapport à l'étude de 2008, a mis en évidence une augmentation significative du nombre de passage des personnes âgées. La réalisation d'examen complémentaires est quasi systématique et trois patients sur quatre sont hospitalisés, légitimant ainsi la venue aux urgences.

Cette population prend un avis avant l'arrivée aux urgences trois fois sur quatre, essentiellement par un appel au centre 15. On note cependant un net recul du nombre de patients adressés avec un courrier médical. La facilité d'un appel fait face à la difficulté actuelle d'obtenir un rendez-vous avec un médecin libéral. La présence d'un courrier médical ne diminue pas la durée de passage aux urgences, qui tend même à augmenter avec un courrier. Ces patients adressés avec un courrier sont plus dépendants et médicalement plus graves. Ils sont hospitalisés dans 96% des cas, reflétant la pertinence du recours au service d'urgence par les médecins libéraux.

Parmi les pistes d'amélioration, l'inscription plus fréquente du médecin traitant au centre du parcours de soins des personnes âgées en cas de pathologie aiguë s'impose, mais leurs contraintes actuelles limitent ce recours. Certains passages pourraient peut-être ainsi être évités, avec une meilleure orientation pouvant passer par des entrées directes dans un service hospitalier, réalisant une prévention d'amont des passages aux urgences. La communication interprofessionnelle doit être facilitée par une meilleure qualité des courriers et l'utilisation des nouvelles technologies pour rendre effectif un dossier patient numérique commun. Une autre piste serait d'optimiser la prise en charge des patients aux urgences en essayant de diminuer la durée de passage, responsable d'une morbi-mortalité, comme la création d'un accueil plus spécifique au sein ou à proximité du service d'urgence.

La sensibilisation de tous les intervenants, praticiens libéraux, gériatres, équipe des urgences..., paraît primordiale pour faire évoluer les pratiques et rendre plus efficaces les parcours de santé « personnes âgées ».

Le Président du jury,
Pr JOUANNY



Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 29 MAI 2018
Le Doyen



Pr. H. MAGNIEN

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economique. [en ligne]. Bilan démographique 2017. [cité le 20 mars 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173>
2. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economique. [en ligne]. Bilan démographique 2008. [cité le 20 mars 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280757>
3. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economique. [en ligne]. Estimations de population par sexe et âge au 1er janvier 2018. [cité 20 mars 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692>
4. ARS, Agence Régionale de Santé. STATISS 2016 (STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social) Bourgogne Franche-Comté 2016. [en ligne]. 2016 ; 67p. [cité le 24 mars 2018]. Disponible sur : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Statiss2016.pdf>
5. 10ème Conférence de Consensus Société Francophone de Médecine d'Urgence. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Strasbourg ; décembre 2003
6. Trivalle C. DES de Gériatrie : chronique d'une catastrophe annoncée. NPG. 2016 ;16 : 1-2
7. Légifrance [en ligne]. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine [cité 05 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/4/21/MENS1712264A/jo>
8. Observatoire Régional de la Santé BFC. Santé en Bourgogne Franche-Comté Quelques indicateurs. 2015 Juillet. 20p.
9. Journal Officiel de la République Française. Décret n°2006-576 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de santé publique. JORF n°119, 2006 Mai. Texte n°11 page 7531.
10. DREES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. [en ligne]. Les établissements de Santé Edition 2017 Vue d'ensemble [cité le 08 avril 2018]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ve.pdf>

11. Observatoire Régional des Urgences de Bourgogne et Franche-Comté. Activité des structures d'urgences en Bourgogne Franche-Comté Panorama 2016. 2017. FMH 71 SUD ; p. 143-150
12. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES ; 2003 Janv Report N°212. 8 p.
13. Doumy A. Etude observationnelle multicentrique Bourguignonne concernant les personnes âgées de 80 ans et plus prises en charge en médecine d'urgence [thèse]. Dijon : Université de Dijon ; 2016, 61p.
14. Forest A, Ray P, Cohen-Bittan J, Boddaert J. Urgences et gériatrie. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 oct 2011;11(65):205-13.
15. Lang P-O, Dramé M, Jolly D, Novella J-L, Blanchard F, Michel J-P. Que nous apprend la cohorte SAFE sur l'adaptation des filières de soins intra-hospitalières à la prise en charge des patients âgés ?. La Presse Médicale. 2010 ; 39(11) :1132-42
16. SOUGH B. Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgence [mémoire pour la capacité de Gériatrie]. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 ; année 2008-2009. 30 p.
17. Équipes de surveillance de la grippe. [en ligne]. Surveillance de la grippe en France, saison 2016-2017. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(22):466-75. [cité le 21 mai 2018] Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/22/2017_22_1.html
18. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. DREES ; 2017 Mars Report N°1007. 6 p.
19. Ricroch L, Vuagnat A. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. DREES ; 2015 Aout Report No° 0929. 8 p.
20. Schouman-Claeys E. Imagerie pour les urgences et recours au scanner. Journal Radiologie. 2007 ;88(4) :529-530.
21. Roustit F. Décès des patients admis aux urgences : étude rétrospective monocentrique aux urgences du CHU de Pellegrin [thèse]. Bordeaux : U.F.R des Sciences Médicales ; 2016. 118p.
22. Ministère de la Santé et des Solidarités. Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
23. Resoval. [en ligne]. Nos missions. [cité le 13 mai 2018]. Disponible sur : <https://www.resoval.fr/nos-missions/>
24. Moheb B, Ussel AD. Appels au centre 15 des personnes de plus de 75 ans. Projet de lien avec la filière gériatriques. La Revue de Gériatrie. 2016 Déc ; 41(10) :618-620.

25. Guttman A, Schull M, Vermeulen M, Stukel T. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. BMJ [en ligne] 2011 [cité le 12 mai 2018] ; 342 (d2983) : 1-8. Disponible sur : <https://www.bmj.com/content/bmj/342/bmj.d2983.full.pdf>
26. Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU). Le triage en structure des urgences Recommandations formalisées d'experts. 2013 ; 22p.
27. Ninive C. L'adressage des personnes âgées aux urgences ou en gériatrie par leur médecin généraliste : analyse des critères nécessaires à la pertinence des lettres selon une étude qualitative et création d'un outil pratique [thèse médecin générale]. Paris : Université Diderot Paris 7 ; 2016. 172p.
28. Fayolle A-V, Guineberteau C. L'adressage des personnes âgées aux urgences ou en gériatrie par leur médecin généraliste. Exercer. 2017 ; 136 :352-3.
29. Gauthiez C. Ma carte Mémo : un outil de coordination pour les professionnels. MAIA Lyon Sud ; Fév 2018. [cité le 20 mai 2018]. 12P. Disponible sur : https://www.gerontologie-rhonecentre.fr/wp-content/uploads/2018/04/Pr%C3%A9sentation_MaCarteM%C3%A9mo.pdf
30. Le Dossier Médical Partagé (DMP) SI-Portail [En ligne]. [cité le 20 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.dmp.gouv.fr/>
31. Cour des Comptes. Rapport public annuel 2018 Les services publics numériques en santé : des avancées à amplifier, une cohérence à organiser. Fév 2018. p216-221.
32. Mazowiecki S, Berranger C. Interet du score ISAR dans l'évaluation et l'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans. JEUR. 2007 ;20(1S) :114
33. Arrouy L, Beaune S. La personne âgée aux urgences. Dans : Aquino J-P, Cudennec T, Barthélémy L. Guide pratique du vieillissement. Elsevier Masson SAS ; 2016. p. 234-238
34. Hwang U, Richardson LD, Harris B, et al. The quality of emergency department pain care for older adult patients. J Am Geriatr Soc. 2010 ;58 :2122-8.
35. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [En ligne]. [cité le 23 mai 2018]. Disponible sur: http://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/aux-urgences-du-chu-de-limoges-l-unite-de-medecine-specialisee-pour-personnes-agees-fait-ses-preuves/new_id/60508
36. CHU de Limoges. MUPA : bilan positif après un an de fonctionnement. Chorus. 2016 Janv ; (114) :11
37. Aupert A. Impact de l'évaluation gériatrique globale par la MUPA aux urgences du CHU de Limoges sur le devenir des personnes âgées admises pour chute à domicile [thèse]. Orléans : Université de Limoges ; 2016. 107p

38. Lazarovici C, Somme D, Carrasco V et al. Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France. Presse Med. 2006 Déc ;35(12) :1804-11.
39. McMillanR, Stokes-Lampard H, Large R. What influences recurrent presentations of older people to the emergency department ? N Z Med J. 2011 Mars ;124(1330).
40. Deun PL, Gentric A. L'évaluation gériatrique standardisée : intérêt et modalités. Médecine thérapeutique. 2004;10(4):229-36.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Classification CCMU

CCMU 1 : État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostic ou thérapeutique aux urgences

CCMU 2 : État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostic ou thérapeutique aux urgences

CCMU 3 : État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver aux urgences, sans mise en jeu du pronostic vital

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital sans mesure de réanimation immédiate

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital avec mesures de réanimation immédiate

CCMU D : Patient décédé

Annexe 2 : Classification GEMSA

GEMSA 1 : Patient décédé à l'arrivée aux urgences ou avant tout geste de réanimation

GEMSA 2 : Patient non convoqué, sortant après consultation ou soins

GEMSA 3 : Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale

GEMSA 4 : Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service des urgences

GEMSA 5 : Patient attendu dans un service, ne passant au service des urgences que pour des raisons d'organisation

GEMSA 6 : Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante (réanimation) ou prolongée (surveillance attentive pendant au moins une heure)

Annexe 3 : Feuille de recueil intégrée au dossier médical

Données administratives Nom du patient Prénom du patient Sexe du patient ('M', 'F' ou 'I') Age du patient N° de dossier (IPP)		Données recueillies par urgentiste Patient adressé avec un courrier ? ☐ Oui ☐ Non Courrier rédigé par son médecin traitant ? ☐ Oui ☐ Non Le traitement habituel est-il connu ? ☐ Oui ☐ Non Nb de traitements quotidiens : ☐ < 5 ☐ > 5	
Score d'autonomie S'alimente ☐ Oui ☐ Non Est continent ☐ Oui ☐ Non S'habille ☐ Oui ☐ Non Se déplace ☐ Oui ☐ Non Se lave ☐ Oui ☐ Non Va aux toilettes ☐ Oui ☐ Non		COGNITION Orienté dans le temps et l'espace ☐ Oui ☐ Non Démence ☐ Oui ☐ Non Agitation ☐ Oui ☐ Non Cognition non évaluable ☐	
Précision recueil du traitement : ☐ Traitement précisé dans le courrier ☐ O-donnance présentée et/ou photocopiée		Antécédents ☐ AVC ☐ Diabète ☐ Insuffisance cardiaque ☐ Cancer ☐ Troubles psychiatriques ☐ BPCO ☐ HTA ☐ Insuffisance coronarienne ☐ Troubles cognitifs, démence	
Examens faits au SAU : ☐ Biologie ☐ Echographie ☐ Avis spécialisé ☐ Suture ☐ Radiologie ☐ Scanner/IRM ☐ Cs Assistante Sociale		Motif d'hospitalisation : ☐ Médical ou chirurgical ☐ Terrain fragile : comorbidités... ☐ MADO, épuisement familial, troubles comportementaux...	
Utilité du courrier dans la prise en charge : Utilité courrier ☐ Inutile ☐ Peu utile ☐ Utile ☐ Très utile ☐ Indispensable 1 2 3 4 5			

Annexe 4 : Feuille de recueil analyse rétrospective des courriers médicaux

Recueil des données contenues dans le courrier du médecin adresseur

Nom :

Prénom :

IPP :

- Médecin traitant :
 - Oui
 - Non
 - Antécédents :
 - Oui
 - Non
 - Constantes présentes (tension artérielle, fréquence cardiaque et température) :
 - Oui
 - Non
 - Traitement habituel :
 - Oui
 - Non
- Si Oui, nombre de médicament :
- Critères gériatriques (dénutrition, troubles neuropsychologiques, autonomie, conditions de vie,...) :
 - Oui
 - Non
 - Motif d'adressage :
 - Oui
 - Non
 - Hypothèses diagnostiques formulées :
 - Oui
 - Non

Annexe 5 : Proposition d'une lettre de liaison pour les personnes âgées

Lettre de liaison des personnes âgées au SAU / gériatrie

Tampon du médecin :

À....., Le.....

Cher(e) confrère / consœur,

Je vous adresse ce jour, Mme/M..... Âge :

Personne de confiance (ou référent, par défaut) :

Motif :

☐ Antécédents : (détailler ou mettre un courrier automatisé associé).....

☐ Traitements : (détailler ou joindre l'ordonnance)

☐ Allergies : ☐ non ☐ oui : (détailler)

☐ Plaintes du/de la patient(e) :

☐ Examen clinique : poids habituel connu : (date) (.../.../...)

☐ Examens complémentaires pratiqués : (détailler ou joindre une copie des résultats).....

Mme/M. vit :

☐ Seul(e) : ☐ non ☐ oui

☐ Appartement : Ascenseur : ☐ non ☐ oui ; étage :

☐ Maison : chambre à l'étage : ☐ non ☐ oui

☐ Aides à domicile : ☐ non ☐ ouiheures/semaine

Ménage, courses, repas, toilette :

Déplacements : ☐ Seul(e) ☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Ne marche pas

Mme ou M. a-t-il exprimé des directives anticipées ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquelles ?

Dernière hospitalisation : (date et lieu ou dernier CRH)

Je souhaiterais être tenu informé(e) de la prise en charge au :
..... (numéro de téléphone)

Bien confraternellement,
Docteur.....

Source : article de la revue Exercer (28)

Annexe 6 : Carte Mémorandum (29)

AUTRES SERVICES	POURQUOI CETTE CARTE ?	MA CARTE MÉMO
SERVICE 1 Nom : _____ Tél : _____ SERVICE 2 Nom : _____ Tél : _____ AUTRES SERVICES (Portage de repas, téléassistance, accueil de jour ...) Nom : _____ Tél : _____ Nom : _____ Tél : _____ Nom : _____ Tél : _____	Votre Carte Mémorandum a pour but de faciliter les contacts avec et entre les professionnels qui vous entourent (médecins, services d'aide à domicile, infirmières, service social, hôpital ...) À PRÉSENTER LORS DE TOUTE HOSPITALISATION Cette carte, strictement personnelle, est complétée avec le consentement de son propriétaire. Date et signature du propriétaire	MA CARTE MÉMO <i>Un outil de coordination pour les professionnels</i> Nom et prénom du propriétaire : _____ Né(e) le : _____ Adresse : _____ Tél : _____ Avec le soutien de la Conférence des Financiers de la prévention de la perte d'autonomie du Rhône et de la Métropole de Lyon  

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES	PERSONNES À CONTACTER	ACTEURS DE SANTÉ
N° et caisse de Sécurité Sociale : _____ Mutuelle / Complémentaire santé : _____ Caisse de retraite : _____ Service social (MDR, MDM, CCAS ...) Nom : _____ Tél : _____ Bénéficiaire de l'APA ? OUI ☐ NON ☐ Dossier MDMPH ? OUI ☐ NON ☐	1 - NOM : _____ Prénom : _____ Qualité : _____ Tél : _____ 2 - NOM : _____ Prénom : _____ Qualité : _____ Tél : _____ Si mesure de protection, coordonnées du mandataire judiciaire : Nom : _____ Tél : _____ MÉDECIN TRAITANT Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____	CABINET INFIRMIER / SSIAD 1 Nom : _____ Tél : _____ CABINET INFIRMIER / SSIAD 2 Nom : _____ Tél : _____ AUTRES ACTEURS DE SANTÉ (pharmacie, laboratoire, neurologue, consultation mémoire, kinésithérapeute ...) 1 - Nom : _____ Fonction : _____ Tél : _____ 2 - Nom : _____ Fonction : _____ Tél : _____ 3 - Nom : _____ Fonction : _____ Tél : _____

TITRE DE LA THESE :

**Les patients de 75 ans et plus accueillis aux Urgences du Centre Hospitalier de Mâcon :
Descriptif, évolution depuis 2008 et analyse des patients adressés avec un courrier.**

AUTEUR : PARDON JANE (EPOUSE PARIOT)

RESUME :

INTRODUCTION : La population française vieillie, augmentant la demande de soins. Or l'accès aux soins en médecine de ville est de plus en plus difficile, les services d'urgences (SU) sont alors en première ligne, notamment en cas de pathologie aiguë. Notre étude a pour objectif de décrire la population des patients de 75 ans et plus, pris en charge dans le SU du Centre Hospitalier de Mâcon. A partir de ce descriptif, nous pourrions effectuer un comparatif par rapport à celui de 2008 ainsi qu'un focus selon l'adressage par un courrier médical.

METHODES : Il s'agit d'une étude prospective monocentrique conduite entre le 13 décembre 2016 et le 30 janvier 2017, incluant tous les patients âgés de 75 ans et plus, passant physiquement dans le SU de Mâcon.

RESULTATS : 182 patients ont été inclus, majoritairement féminin (111/182 soit 61%) avec une moyenne d'âge de 85.6 ± 5.7 ans. Deux patients sur trois arrivaient après avoir pris un avis médical : appel au centre 15 ou adressés avec un courrier suite à une consultation en ville. Deux patients sur trois avaient un état de santé jugé stable (CCMU 1 et 2) et 75% des patients ont été hospitalisés (GEMSA 4,5 et 6). La durée moyenne de passage était de 4h53mn, supérieure à l'ensemble de la population (3h12mn). En comparant les données de 2008 et celles de 2017, il apparaît une augmentation significative du nombre de passages (17 à 23 % ; $p < 0.0001$), une provenance accrue du domicile (79 à 85 % ; $p = 0.0296$), une diminution des patients adressés avec un courrier médical (40 à 27 % ; $p = 0.0015$). Si seulement 6% des patients n'avaient pas d'examen complémentaire (vs 7 % ; ns), le nombre de scanner/IRM et d'avis spécialisés a augmenté (respectivement 5 à 20 % : $p < 0.0001$ et 5 à 16 % ; $p < 0.0001$). Le nombre d'hospitalisations chez les patients adressés avec courrier a augmenté (84 à 96 % ; $p = 0.033$). Il n'y avait pas d'autre différence significative.

Les patients adressés avec un courrier, comparés à ceux venus sans courrier, étaient plus dépendants (35 vs 11% de GIR 1 à 4 ; $p = 0.0008$), tendaient à être plus graves (CCMU 3 à 5 : 43 vs 23 % ; $p = 0.0535$), avaient tous des examens complémentaires (100 vs 91.7 % ; $p = 0.0378$), rentraient moins à domicile (4 vs 29 % ; $p = 0.0004$) et ont eu un temps de passage plus long (5h 25mn vs 4h 42mn ; $p = 0.0572$).

CONCLUSION : Si les passages de patients âgés sont en augmentation aux urgences, ils apparaissent cependant majoritairement légitimes au vu du bilan réalisé et des hospitalisations. Mais ils se font moins dans le cadre d'un parcours de soins et moins de patients sont adressés par un médecin libéral du fait des problèmes de démographie médicale. Le développement d'un partenariat ville/hôpital au sein de réseaux gériatriques devrait être favorisé afin d'organiser un parcours de soins le plus efficace possible pour le patient.

MOTS-CLES : PERSONNES AGEES, URGENCES, COURRIER MEDICAL