Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine

ANNEE 2016

N°

ÉTUDE OBSERVATIONNELLE MULTICENTRIQUE BOURGUIGNONNE CONCERNANT LES PERSONNES ÂGÉES DE 80 ANS ET PLUS PRISES EN CHARGE EN MÉDECINE D'URGENCE

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 3 Octobre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par DOUMY Adrien, Jean-Julien

Né le 25 Juillet 1986

à Cagnes sur Mer (06)

Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine

ANNEE 2016

N°

ÉTUDE OBSERVATIONNELLE MULTICENTRIQUE BOURGUIGNONNE CONCERNANT LES PERSONNES ÂGÉES DE 80 ANS ET PLUS PRISES EN CHARGE EN MÉDECINE D'URGENCE

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 3 Octobre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par DOUMY Adrien, Jean-Julien

Né le 25 Juillet 1986

à Cagnes sur Mer (06)

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

Année Universitaire 2016-2017
au **1er Septembre 2016**

Doyen :	**M. Frédéric HUET**
1er Assesseur **:**	M. Yves ARTUR
Assesseurs :	Mme Laurence DUVILLARD
	M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
	M. Marc MAYNADIE

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.	Laurent	**BEDENNE**	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	**BEJOT**	Neurologie
M.	Alain	**BERNARD**	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	**BESANCENOT**	Médecine interne
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
M.	François	**BRUNOTTE**	Biophysique et Médecine Nucléaire
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
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
M.	Frédéric	**HUET**	Pédiatrie
M.	Pierre	**JOUANNY**	Gériatrie

M.	Denis	**KRAUSÉ**	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	**LADOIRE**	Histologie
M.	Gabriel	**LAURENT**	Cardiologie
M.	Côme	**LEPAGE**	Hépato-gastroentérologie
M.	Romaric	**LOFFROY**	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	**LORGIS**	Cardiologie
M.	Jean-Francis	**MAILLEFERT**	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	**MANCKOUNDIA**	Gériatrie
M.	Sylvain	**MANFREDI**	Hépato-gastroentérologie
M.	Laurent	**MARTIN**	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	**MASSON**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	**MAYNADIE**	Hématologie - transfusion
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.	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.	Pierre	**VABRES**	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	**VERGÈS**	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	**ZWETYENGA**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Bruno	**MANGOLA**	Urgences (du 01/05/2016 au 14/11/2016)

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	**BRENOT**	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	**CAMUS**	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	**DUMAS-MARION**	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Maurice	**GIROUD**	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Frédéric	**MICHEL**	(surnombre du 20/10/2015 au 31/12/2016)
M.	Pierre	**TROUILLOUD**	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	**AUDIA**	Médecine interne
Mme	Shaliha	**BECHOUA**	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	**BRINDISI**	Nutrition
M.	Jean-Christophe	**CHAUVET-GELINIER**	Psychiatrie, psychologie médicale (Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Alexis	**DE ROUGEMONT**	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	**DEVILLIERS**	Médecine interne
M.	Olivier	**FACY**	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	**GAMBERT-NICOT**	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	**GOIRAND**	Pharmacologie fondamentale
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 (Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Benoit	**TROJAK**	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	**WALKER**	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	**CUISENIER**	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	**FAIVRE**	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Marc	**FREYSZ**	(01/09/2016 au 28/02/2017)
M	Philippe	**GAMBERT**	(01/09/2014 au 31/08/2017)
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)

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

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

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

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	**EVRARD**	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

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

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

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

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 du jury

Pr. JOUANNY Pierre, Chef de service de Médecine Gériatrique

Membres du Jury

Pr. QUENOT Jean-Pierre, Chef de service de Réanimation Médicale

Dr AUDIA Sylvain, Maître de Conférence Universitaire service de Médecine Interne

Directrice de Thèse

Dr. TISSIER Cindy, Chef de clinique de Médecine d'Urgence

Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier les membres du jury d'avoir accepté de participer à ma soutenance de thèse en commençant par le Pr. Pierre JOUANNY qui me fait l'honneur et le plaisir d'être président du jury et dont les conseils m'ont été précieux à la rédaction de ma thèse ; mon chef de service actuel, le Pr. Jean-Pierre QUENOT qui m'a beaucoup appris et permis d'enrichir mes connaissances en Réanimation médicale et le Dr. Sylvain AUDIA qui m'honore par sa présence et son avis d'interniste.

Un merci tout particulier à ma directrice de thèse, le Dr. Cindy TISSIER pour sa proposition de sujet, son soutien, ses conseils et surtout pour sa grande implication dans la réalisation de ce travail qui a permis de faire aboutir ce projet.

Je remercie également tous les médecins sans lesquels le recueil de données n'aurait pu se faire à savoir les Dr. Esther MILOJEVITCH (CH de Beaune) , Dr. Maxime ARNAUD (CH de Mâcon), Dr. Monique DUCHE (CH d'Auxerre), Dr. Jean-François CICALA (CH de Chalon sur Saône), Dr. CHERMITI Wahid (CH de Joigny) et le Dr KILIC Sundé (CH de Semur en Auxois) et indirectement le Dr. PIERSSENS Anne-Laure, instigatrice de l'étude EPIGER au niveau national.

Une pensée toute particulière à tous mes amis qui ont pu venir assister à la soutenance et à tous ceux qui, du fait de l'éloignement, ne peuvent y participer.

Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si je manque à mes promesses ; que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si j'y suis fidèle."

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION ..... - 17 -

1. ÉVOLUTION DE LA POPULATION EN FRANCE : ..... - 17 -

2. CONSOMMATION DE SOINS ET DESCRIPTION DU SYSTÈME DE SOINS EN BOURGOGNE : ..... - 19 -

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES : ..... - 22 -

1. L'ÉTUDE : MÉTHODE D'OBSERVATION, POPULATION CONCERNÉE, CRITÈRE D'INCLUSION ..... - 22 -

2. OBJECTIF DE L'ÉTUDE, CRITÈRES DE JUGEMENT : ..... - 23 -

3. ORIGINE ET NATURE DES DONNÉES NOMINATIVES RECUEILLIES : ..... - 23 -

III. RÉSULTATS : ..... - 26 -

1. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES PATIENTS DE 80 ANS ET PLUS : ..... - 26 -

2. MODE DE VIE ET DÉPENDANCE : ..... - 28 -

3. DONNÉES MÉDICALES : ..... - 32 -

A. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : ..... - 32 -

B. TRAITEMENTS PERSONNELS : ..... - 34 -

C. PRISE EN CHARGE MÉDICALE : ..... - 35 -

D. ORIENTATION : ..... - 37 -

IV. DISCUSSION : ..... - 39 -

V. CONCLUSIONS : ..... - 49 -

VI. ANNEXES : ..... - 54 -

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Part des PA80+ dans la population par département en 2040, Source INSEE..... - 19 -

Figure 2: Répartition des patients selon les centres (en pourcentage) ..... - 26 -

Figure 3 : Répartition des patients selon leur degré d'autonomie en utilisant l'échelle ADL. - 30 -

Figure 4: Antécédents des patients (en pourcentage)..... - 32 -

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :Autonomie en fonction des chutes associées, d'une sortie d'hospitalisation ou d'un passage aux urgences ..... - 27 -

Tableau 2 : Complémentaire Santé, APA, Protection juridique ..... - 28 -

Tableau 3 : Logement et Lieu de vie ..... - 28 -

Tableau 4 : Classification ABCD de Knaus ..... - 29 -

Tableau 5 : Degré d'autonomie pour chaque item de l'échelle ADL en fonction du sexe ..... - 31 -

Tableau 6 : Autonomie en fonction des antécédents ..... - 33 -

Tableau 7 : Autonomie en fonction des traitements ..... - 34 -

Tableau 8 : Examens complémentaires et Avis ..... - 35 -

Tableau 9 : Traitements administrés, gestes techniques réalisés et mode d'hospitalisation en urgence lors de la prise en charge ..... - 36 -

Tableau 10 : Défaillance d'organe, Iatrogénie, Maintien à Domicile Difficile, Hospitalisation en Réanimation et Chirurgie Urgente ..... - 36 -

Tableau 11 : Diagnostics retenus en sortie d'hospitalisation ..... - 37 -

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Évolution de la population en France de 1991 à 2016, Source INSEE ..... - 54 -

Annexe 2 : Lettre d'information du patient ..... - 55 -

Annexe 3 : Questionnaire Urgences..... - 56 -

Annexe 4 : Etat Fonctionnel, Score ABCD de Knaus..... - 57 -

Annexe 5 : Échelle ADL..... - 57 -

Annexe 6 : Sex-Ratio des populations incluses dans chaque centre ..... - 57 -

Annexe 7 : Échelle Algoplus ..... - 58 -

Annexe 8 : Population de 80 ans et plus en Bourgogne, Source Insee..... - 58 -

Annexe 9 : Classification Clinique des Malades des Urgences..... - 59 -

Annexe 10 : Comparaison du pourcentage de la population de 80 ans et plus en Bourgogne et celle en France de 1995 à 2015, Source Insee ..... - 60 -

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADL : Activities of Daily Living, Activités de base de la vie quotidienne

ALD : Affection de Longue Durée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CCPPRB : Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale

CH : Centre Hospitalier

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CSBM : Consommation des Soins et des Biens Médicaux

DREES : Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes

EVA : Échelle Visuelle Analogique

FDRCV : Facteurs de Risque Cardio-Vasculaire

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MDD : Maintien à Domicile Difficile

MDR : Maison De Retraite

ORUB : Observatoire Régional des Urgences de Bourgogne

PA80+ : Personnes Agées de 80 ans et plus

PIB : Produit Intérieur Brut

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

UOHCD : Unité d'Observation et d'Hospitalisation de Courte Durée

I. INTRODUCTION

1. ÉVOLUTION DE LA POPULATION EN FRANCE :

Le vieillissement de la population est un phénomène qui touche tout particulièrement le continent européen. En France en 2013, on dénombrait 3,69 millions de personnes âgées de 80 ans et plus (PA80+), soit 5,6 % de la population française totale avec une majorité de femmes (65,5%). Cette classe d'âge est en constante progression : de 2,17 millions de personnes (3,7%) en 1991 à 3,89 millions (5,85%) selon les dernières estimations de l'Institut Nationale de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) pour 2016. *(Annexe.1)*

Cette hausse est principalement due à l'allongement de l'espérance de vie, à la stagnation de l'immigration et à celle du nombre de naissances diminuant la proportion des plus jeunes dans la société [(21)] ce qui redessinera la pyramide des âges à l'horizon 2060. Selon les estimations de l'INSEE, en 2060, le nombre de personnes de 60 ans et plus augmentera de 10,4 millions entre 2007 et 2060 soit un total de 23,6 millions de personnes, représentant une hausse de 80 % en 53 ans. Pour la population des personnes âgées de 75 ans et plus, celle-ci passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 et celle des 85 ans et plus de 1,3 à 5,4 millions. Au final, tous ces changements aboutiront à un lissage de la population avec une répartition par âge très équilibrée.

L'allongement de l'espérance de vie est principalement lié à l'amélioration des conditions de vie (diminution de la pénibilité du travail physique, durée de travail en baisse, plus grande attention portée à la santé individuelle, plus grande accessibilité aux soins…) et aux progrès scientifiques permettant de dépister plus précocement les principales causes de mortalité telles que les cancers, les pathologies cardiaques ou les maladies cérébro-vasculaires [(13)].
Ainsi, en 2002, l'espérance de vie à la naissance était de 75,6 ans et 83,3 ans pour les Hommes et les Femmes, respectivement et de 10,2 ans et 13,3 ans à l'âge de 75 ans. En 2050, les estimations de l'INSEE prévoient une espérance de vie de 84,3 ans à la naissance pour les Hommes et de 91,0 ans pour les Femmes et respectivement de 14,7 ans et de 18,0 ans à 75 ans.

A partir de 2025, les premières générations dites des baby-boomers nés entre 1945 et 1975 atteindront l'âge de 80 ans [3].
La proportion et le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus seront plus importants dans les années à venir. En 2010, les PA80+ représentaient 5,5% de la population ; ils sont estimés à 6,2% en 2020 et 11,5% en 2060 [10].

En Bourgogne, la situation est superposable à celle de la population française à la différence qu'il existe une proportion plus grande de PA80+. La proportion des PA80+ en 2000 était de 4,53% et 3,58% en Bourgogne et en France, respectivement. L'ascension se poursuit jusqu'en 2015 où la proportion des PA80+ atteint 7,34% en Bourgogne et 5,85% en France.

Si l'on s'intéresse de plus près à la population des PA80+ au sein des 4 départements que compte la Bourgogne, on constate une augmentation toujours croissante entre 1975 et 2015.
En 1975, on dénombrait 11 678 habitants de 80 ans et plus en Côte d'Or, 9 648 dans la Nièvre, 16 654 en Saône et Loire et 10 875 dans l'Yonne contre 33 205, 18 988, 43 382 et 24 880 habitants respectivement en Côte d'Or, dans la Nièvre, en Saône et Loire et dans l'Yonne en 2015.
La répartition entre les 4 départements met en évidence un nombre plus important de PA80+ dans le département de Saône et Loire.
En 2040, l'INSEE prévoit pour la Bourgogne, une part de plus de 10% de PA80+ dans la population totale de la région. *(fig.1)*

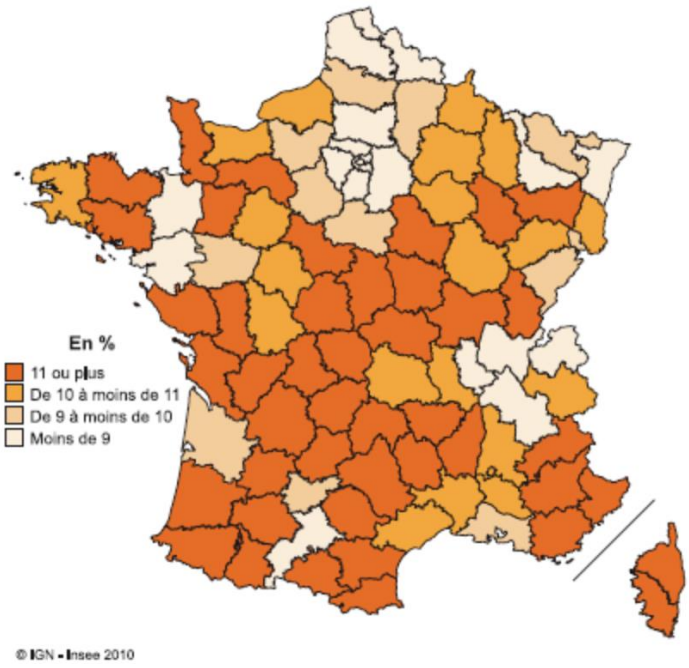


Figure 1: Part des PA80+ dans la population par département en 2040, Source INSEE

2. CONSOMMATION DE SOINS ET DESCRIPTION DU SYSTÈME DE SOINS EN BOURGOGNE :

À partir de 65 ans, les patients souffrent de poly-pathologies avec de nombreuses hospitalisations à la suite de pathologies chroniques (décompensations cardiaques, respiratoires ou pathologies néoplasiques) et de pathologies aiguës telles que les fractures du col fémoral [31].

Du fait des conditions démographiques et de l'organisation des soins sur le territoire, les Services d'Accueil des Urgences (SAU) sont l'interface privilégiée entre le domicile et l'hôpital.

Selon la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), les PA80+ sont celles qui consultent le plus aux urgences (après les enfants de moins de 1 an) alors que cette tranche de la population ne représente que 5,6% de la population française totale en 2013 [31,32].

A la différence des autres classes, la population des PA80+ a des répercussions plus importantes sur le système de soins car elle nécessite plus de ressources humaines, financières, physiques ou sociales.

Les PA80+ ont un plus fort taux d'hospitalisation, des séjours de plus longue durée, requièrent plus d'aides mises en place pour un retour à domicile (achat ou location de matériel, aides humaines pour les soins, les tâches de la vie courante…) et du fait de leurs réserves physiologiques plus faibles, sont plus à risque de dépendance.

Selon les prévisions, la Consommation des Soins et des Biens Médicaux (CSBM) regroupant l'ensemble des soins de ville (consultations, médicaments, dispositifs médicaux, biologie…) et les soins hospitaliers hors unités de soins de longue durée, devrait augmenter de 2,5 points de Produit Intérieur Brut (PIB) entre 2011 et 2060, passant de 9% à 11,5% du PIB [(33)].

Le coût de la CSBM est plus important pour les tranches de la population aux âges élevés du fait de la plus forte prévalence des Affections de Longue Durée (ALD) et de l'augmentation des taux de prise en charge par la sécurité sociale car la part des dépenses hospitalières est plus forte à partir de cet âge-là et les dépenses mieux remboursées. Aux alentours de 80 ans, la dépense moyenne annuelle de soins remboursée est de 6000 euros par habitant tandis que la dépense totale avoisine les 6500 euros quand on prend en compte le coût des Établissements d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et les services médico-sociaux selon la note « Vieillissement, longévité et assurance maladie » adoptée le 22 avril 2010, du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

En Bourgogne, la tendance actuelle est à la diminution progressive et globale sur l'ensemble du territoire du nombre de médecins généralistes libéraux avec une répartition inégale sur l'ensemble de la région. En découle une population en mal d'accès aux soins : alors que la demande reste la même voire augmente du fait du vieillissement de la population, le manque de médecins généralistes libéraux se fait ressentir et se répercute sur les SAU.

Ainsi, les 22 SAU que compte la Bourgogne (6 en Côte d'Or, 6 dans l'Yonne, 6 en Saône et Loire et 4 dans la Nièvre) enregistrent une activité toujours croissante avec une hausse de 9,6% entre 2011 et 2014. Ils totalisent 470 813 passages sur l'année 2014 soit une moyenne journalière de 1290 passages [(26)].

Le vieillissement de la population aidant, les SAU vont donc voir le nombre de consultations des PA80+ croître au cours des années à venir et devront donc s'adapter à cette nouvelle patientèle et repenser le système de soins afin d'accueillir ces patients au mieux. De ce constat, il semble alors licite de s'intéresser aux caractéristiques épidémiologiques de cette population justifiant tout l'intérêt de cette étude.

« Savoir pour prévoir, afin de pouvoir », Auguste Comte

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES :

1. L'ÉTUDE : MÉTHODE D'OBSERVATION, POPULATION CONCERNÉE, CRITÈRE D'INCLUSION

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, transversale, conduite de façon prospective et multicentrique ayant eu lieu pendant 24 heures dans les services d'accueil des urgences de la région Bourgogne. Cette étude s'est attachée à recenser toutes les personnes de 80 ans et plus y étant enregistrées afin de réaliser un recueil de données à l'aide de questionnaires remplis par le médecin prenant en charge le patient.

Le critère d'inclusion était tout patient âgé de 80 ans et plus pris en charge aux urgences entre le mardi 15 Mars 2016 à 8h00 et le mercredi 16 Mars 2016 à 8h00. Le critère d'exclusion était tous les patients de moins de 80 ans ou ceux refusant de participer à l'enquête.

Cette étude s'est appuyée sur l'étude EPIGER dirigée par le Dr. Anne-Laure Feral-Pierssens du centre hospitalier Georges Pompidou à Paris, ayant les mêmes objectifs au niveau national, dans tous les SAU qui ont participé à l'enquête.

Cette étude nationale a été acceptée et validée par le groupe Initiative Recherche en Médecine d'Urgence (IRU) et les membres de la Commission Recherche de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). La coordination au niveau local était assurée par le Dr. Cindy Tissier, membre de la commission et moi-même.

Seules les données bourguignonnes ont été extraites pour réaliser ce travail de thèse.

Les SAU furent avertis par le biais de mails itératifs afin de s'assurer de la participation de chacun à l'étude EPIGER. Un investigateur local devait récolter les données au sein de sa structure et les transmettre à l'unité Recherche Clinique sur Paris en ayant complété le devenir du patient à 30 jours au maximum après son passage aux urgences.

Le travail a consisté en un contact avec les patients, leurs proches, leur médecin traitant ou bien leur établissement de résidence afin de pouvoir compléter les questionnaires, notamment l'échelle d'autonomie Activities of Daily Living (ADL) et le devenir à J30.

Le jour de l'étude, les patients ont été informés oralement par le médecin les prenant en charge et une note d'information écrite leur a été délivrée avec les coordonnées de l'investigateur principal. Si le patient présentait des difficultés de compréhension momentanée ou constante, l'information a été délivrée aux proches. (*Annexe 2)*

Tous les questionnaires ont été anonymisés secondairement (pour l'envoi dans la base de données nationale). La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) avait donné son accord ainsi qu'une déclaration au Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale (CCPPRB).

2. OBJECTIF DE L'ÉTUDE, CRITÈRES DE JUGEMENT :

L'objectif de cette étude était de décrire la population des personnes de 80 ans et plus pris en charge en médecine d'urgence en termes de dépendance, d'aides à domicile, de consommation de soins urgents ainsi que d'analyser leur prise en charge médicale.
Les critères de jugement étaient :

- L'estimation de la prévalence des aides à domicile par le recours à la classification ABCD de Knaus et l'échelle d'autonomie ADL.
- L'estimation de la prévalence des aides à domicile.
- L'estimation de la consommation de soins par le biais du nombre d'examens complémentaires effectués et le recours ou non à des traitements en urgence.

3. ORIGINE ET NATURE DES DONNÉES NOMINATIVES RECUEILLIES :

Les données recueillies portaient sur les données démographiques et sociales des patients (sexe, âge, prise en charge sociale) ainsi que sur leur terrain, leurs pathologies, leur degré d'autonomie, les aides à domicile et leur consommation de soins. En outre, les antécédents médicaux, le motif de recours et les diagnostics finaux ont été colligés dans le cadre d'une analyse épidémiologique descriptive de cette population. Les données portant sur leur degré d'autonomie et les aides à domicile mis en place ont permis d'établir la prévalence de la dépendance et des aides à domicile dans cette population. Les données portant sur les avis demandés, examens réalisés, traitements administrés, soins donnés ont permis d'estimer leur consommation de soins.

Le choix des données et celui du questionnaire est le fruit de l'étude nationale EPIGER. Les données bourguignonnes seules sont analysées dans la présente étude et seront comparées aux données nationales dans un prochain travail.

Données recueillies : (*Annexe 3*)

Mode d'identification : 1ère lettre du nom et du prénom

Données démographiques : âge, sexe

Environnement : situation personnelle, lieu de vie, environnement familial et social, proches présents au SAU. Ces éléments sont indispensables de l'évaluation globale gériatrique et permettent notamment d'évaluer l'entourage du patient.

Données socio-économiques : dernier emploi occupé, prise en charge sociale, mesure de curatelle ou de tutelle. Ces données permettent une évaluation du niveau socio-économique des individus propre à influencer l'existence ou non d'aides à domicile (facteurs de confusion potentiels).

Mode d'arrivée des patients : médicalisé, propres moyens, ambulances, secours.

Paramètres à l'arrivée : Déchoquage/SAUV (évaluation du degré de sévérité), Echelle de Glasgow, Echelle Visuelle Analogique de la douleur (EVA).

Parcours de soins : envoyé par un médecin, hospitalisation ≤1 mois, passage au SAU récent ≤1 mois

Existence de directives anticipées

Motifs de consultation : Motif de recours, chute associée

Terrain : antécédents, nouveau traitement introduit au cours du mois précédent, ≥ 3 traitements quotidiens, traitement habituel comportant au moins un anticoagulant, un psychotrope, un antiagrégant, un antihypertenseur. Ces classes pharmaceutiques ont été largement étudiées dans la littérature et sont associées à un risque de complication par leur iatrogénie propre ou en combinaison ou sont un marqueur de fragilité.

Autonomie : troubles cognitifs, orientation, cohérence des propos, évaluation de l'état antérieur par la classification ABCD de Knaus (*Annexe 4)*, échelle d'autonomie ADL *(Annexe 5)*

Aides à domicile : types d'aidant, types d'aides à domicile matérielles ou humaines.

Examens complémentaires réalisés : Biologie, imagerie

Recours à un avis spécialisé aux urgences : avis spécialisé, avis de l'assistante sociale

Prise en charge thérapeutique : antalgiques, sutures, psychotropes, réanimation, indication à une chirurgie urgente, contention physique nécessaire aux urgences

Diagnostic : diagnostic final, effet indésirable d'un médicament, maintien à domicile impossible, défaillance d'organe

Mode de sortie : non admis, hospitalisation (UOHCD (Unité d'Observation et d'Hospitalisation de Courte Durée) /porte, salle/soins intensifs), fugue/parti sans soin, sortie contre avis médical, décès.

Evaluation du patient à la sortie ou au plus tard à J30 :

- Mode de sortie : décès, toujours hospitalisé, non disponible, retour à domicile, Soins de suite et réadaptation, institutionnalisation, contre avis médical.
- Diagnostic à la sortie de l'hôpital : diagnostic, maintien à domicile impossible

Afin de tester l'indépendance des données, un test approché du Khi2 (ou test exact de Fisher quand les effectifs théoriques sont inférieurs à 5) a été employé pour tester :

- les critères de vie (en couple, seul, en collectivité) en fonction de l'âge
- les différents items de l'échelle ADL en fonction du sexe des PA80+
- l'autonomie définie par l'échelle ADL et les traitements,
- l'autonomie définie par l'échelle ADL et les antécédents des patients
- l'autonomie définie par l'échelle ADL et les chutes
- l'autonomie définie par l'échelle ADL et une sortie d'hospitalisation dans le mois précédent
- l'autonomie définie par l'échelle ADL et un passage aux urgences dans le mois précédent

III. RÉSULTATS :

1. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES PATIENTS DE 80 ANS ET PLUS :

Lors de l'étude qui a eu lieu le 15 Mars 2016, 7 centres ont participé à l'étude : Dijon, Mâcon, Chalon sur Saône, Auxerre, Beaune, Joigny et Semur en Auxois permettant d'inclure 115 patients. Le CHU de Dijon était le service d'accueil d'urgences qui a permis d'inclure le plus de patients âgés de 80 ans et plus, suivi par le Centre Hospitalier (CH) de Mâcon, d'Auxerre et de Chalon sur Saône avec respectivement 31, 22, 20 et 18 patients. (*fig.2)*

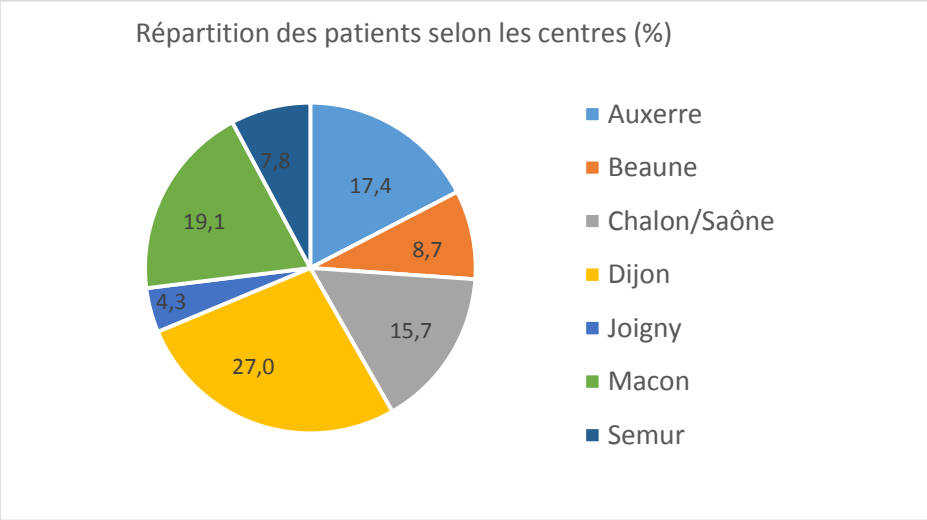


Figure 2: Répartition des patients selon les centres (en pourcentage)

L'arrivée des PA80+ aux urgences s'est fait dans :

- 73,9% des cas par une ambulance privée, les pompiers ou bien par les secouristes,
- 17,4% par leurs propres moyens
- 8,7% par un transport médicalisé (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR))
- et 56,4% des patients étaient adressés par un médecin.

Uniquement 21 patients sur les 115 patients (18,3%) avaient de la famille présente au SAU.

Sur les 115 patients, les femmes représentaient 63% des patients (sex-ratio à 0,58) sauf pour le CH de Joigny avec un ratio de 1,50 homme pour 1 femme (*Annexe 6)* et l'âge moyen était de 86,9 ans.

Sur les 68 patients pour qui l'item « directives anticipées rédigées » a été renseigné dans le cadre de cette étude, seuls 2 patients avaient des consignes rédigées.

L'analyse des antécédents d'hospitalisation retrouve qu'un cinquième des patients étaient sortis d'hospitalisation dans le mois précédent. De même, un cinquième des 115 patients (n=23) avaient consulté au cours du mois précédent aux urgences de leur secteur. Si l'on considère les deux critères ensemble, 14 patients sont passés par le SAU et ont été hospitalisés dans le mois précédent l'étude et 1 seul parmi eux avait pour motif de recours « maintien à domicile difficile », vivait dans un logement personnel et avait une limitation importante de l'activité. 6 sur les 14 patients vivaient en maison de retraite. 10 sur les 14 avaient des aides en place.

Le fait d'avoir le motif « maintien à domicile difficile » n'était pas statistiquement différent entre les patients qui étaient hospitalisés et qui ont consulté dans le mois précédent et ceux qui ont soit consulté aux urgences soit qui ont été hospitalisés. (7,1% vs. 5,9 %, p=0,607)

L'évaluation de l'autonomie en fonction de la notion de chute sur le motif de passage actuel aux urgences et selon la sortie d'hospitalisation ou le passage aux urgences inférieur à 1 mois est rapportée au *Tableau 1.*

Tableau 1 :Autonomie en fonction des chutes associées, d'une sortie d'hospitalisation ou d'un passage aux urgences

	Autonome (score ADL=0) N = 50	Au moins une aide (score ADL≠0) N = 61	p
Motif de chute associé lors du passage actuel aux urgences	15 (30%)	16 (26,2%)	0,659
Sortie d'hospitalisation remontant à moins de 1 mois	7 (14%)	15 (24,6%)	0,164
Passage aux urgences remontant à moins de 1 mois	9 (18%)	14 (23%)	0,522

D'après les résultats, le fait qu'un individu ait chuté ne semblait pas corrélé à son autonomie ; tout comme une précédente hospitalisation ou un précédent passage dans un SAU datant de moins d'un mois. (*Tableau 1)*

Tableau 2 : Complémentaire Santé, APA, Protection juridique

	CURATELLE/TUTELLE	COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	APA
N (%)	4/87 (4,6%)	84/98 (85,7%)	20/97 (20,6%)

Sur l'ensemble des 115 patients, les données de curatelle/tutelle ont pu être récupérées pour 87 patients et 4 d'entre eux avaient une mesure de protection juridique soit 4,6%. En outre, 84 patients (85,7%) ont déclaré avoir une complémentaire santé et 20 patients (20,6%) touchaient l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). (*Tableau 2)*

2. MODE DE VIE ET DÉPENDANCE :

Les PA80+ étaient 75,7% à vivre dans un logement personnel ou un foyer logement et 20,9% dans une maison de retraite ou un EHPAD. (*Tableau 3*)

Tableau 3 : Logement et Lieu de vie

	LOGEMENT PERSONNEL/FOYER LOGEMENT	vit en MDR/EHPAD	AUTRE LOGEMENT
N (%)	87/115 (75,7%)	24/115 (20,9%)	3/115 (2,6%)

La fréquence du caractère « vit seul » et celle du caractère « vit en collectivité/ en institution », étaient statistiquement plus importantes chez les femmes que chez les hommes avec respectivement 58,9% vs. 33,3% (p = 0,008) et 26% vs. 9,5% (p = 0,033).

Inversement, la fréquence pour le caractère « vit en couple » était statistiquement moins importante chez les femmes que chez les hommes 23,3% vs. 54,8% (p = 0,0006).

Parmi les dossiers renseignés, 86% des patients avaient des enfants en vie, 75,2% mentionnaient des contacts réguliers avec eux, 79,1% avaient renseigné l'item « autres contacts réguliers » et 6,5% se disaient isolés.
Enfin, 62,5% de patients bénéficiaient d'aides à domicile, 56,3% par des aidants professionnels, ¼ semblait aidé par leur famille ou proches et 6,3% par le conjoint.

Les aides principales mises en place était :

- Les aides ménagères (49,1%),
- L'aide à la toilette (39,3%),
- L'aide à l'habillage (29,5%),
- Les soins médicaux (HAD, pansements…) (23,2%),
- L'aide aux repas (22,3%),
- L'aide pour les courses (21,4%),
- Le portage des repas (13,4%),
- Les transferts lit-fauteuil (12,5%)
- Une téléalarme (8%)

Les données sur l'état de santé des patients de l'étude sont rapportées au *Tableau 4.*

Tableau 4 : Classification ABCD de Knaus

	ÉTAT DE SANTÉ NORMAL **(A)** (ANTÉRIEUR À L'ÉPISODE ACTUEL)	LIMITATION MODÉRÉE DE L'ACTIVITÉ **(B)** (ANTÉRIEUR À L'ÉPISODE ACTUEL)	LIMITATION IMPORTANTE DE L'ACTIVITÉ **(C)** (ANTÉRIEUR À L'ÉPISODE ACTUEL)	GRABATAIRE SÉJOURNANT EN INSTITUTION **(D)** (ANTÉRIEUR À L'ÉPISODE ACTUEL)
N (%)	38/114 (33,3%)	41/114 (36%)	29/114 (25,4%)	6/114 (5,3%)

Parmi les 115 PA80+, un tiers présentait un état de santé normal antérieur (A) à l'épisode actuel selon la classification ABCD de Knaus. Une limitation de l'activité (antérieur à l'épisode actuel) a été retrouvée chez 36% et 25,4% des patients, respectivement pour une limitation modérée (B) et importante de l'activité (C).
Environ 28% des patients ont déclaré marcher avec une aide type canne ou déambulateur et 5,3% ont été classés D (grabataires séjournant en institution). (*Tableau 4)*

L'autonomie des PA80+ a été décrite grâce à l'échelle ADL en fonction de 6 items de la vie courante. La répartition des patients selon leur degré d'autonomie est décrite dans la *fig. 3* suivante :

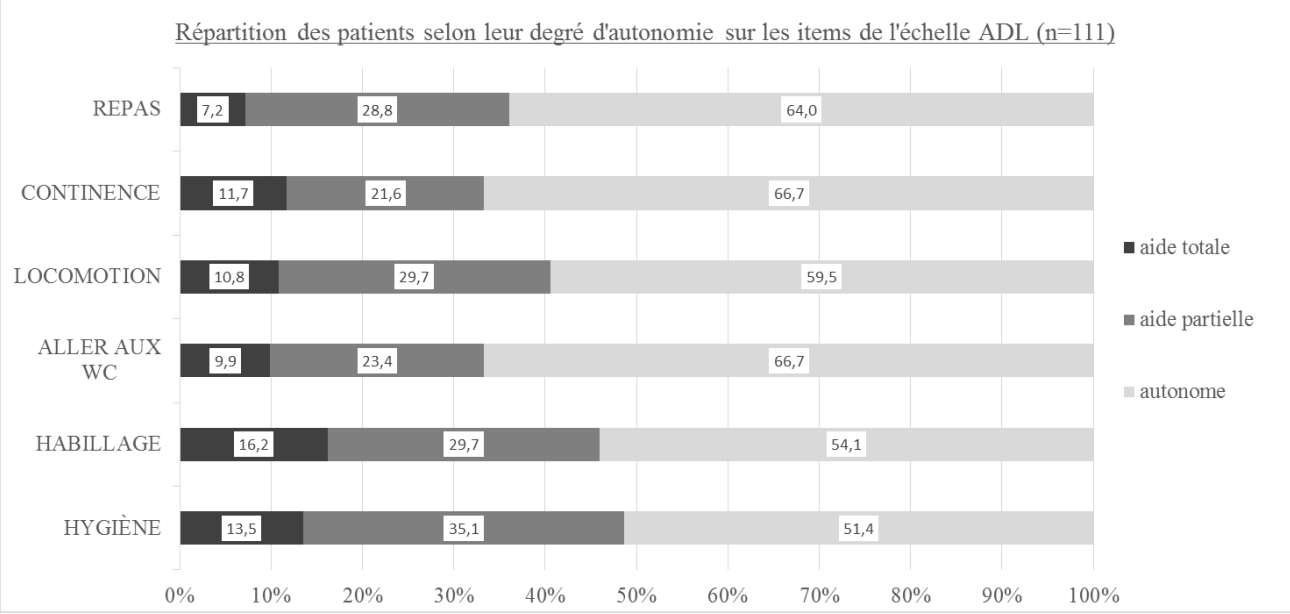


Figure 3 : Répartition des patients selon leur degré d'autonomie en utilisant l'échelle ADL

La majorité des PA80+ (60,4%) était autonome pour les différents items de l'échelle ADL, 28% nécessitaient au moins une aide partielle dans une des activités quotidiennes et 12% qui étaient dépendant d'une aide totale.
Seuls 7,2% et 28,8% des patients nécessitaient une aide totale et partielle pour les repas, respectivement.

En terme de continence, 2/3 des patients étaient autonomes et le 1/3 restant se divisait en un peu plus de 10% de patients bénéficiant d'une aide totale et pour 20% d'une aide partielle.

60% des personnes se déplaçaient sans aide contre 40% qui bénéficiaient d'une aide partielle (29,7%) ou totale (10,8%).

Les PA80+ étaient autonomes pour aller aux toilettes pour 2/3 d'entre eux et seulement 10% nécessitaient une aide totale pour l'élimination.

L'habillage et l'hygiène étaient les deux activités de la vie quotidienne requérant le plus d'aide avec 54,1% et 51,4% de personnes autonomes, respectivement. La part d'aide totale pour ces deux activités était la plus importante toutes activités confondues avec 16,2% et 13,5% respectivement pour l'habillage et l'hygiène.

Le degré d'autonomie comparé entre les Hommes et les Femmes est rappelé au *Tableau 5 :*

Tableau 5 : Degré d'autonomie pour chaque item de l'échelle ADL en fonction du sexe

	Femmes (n=70)	Hommes (n=41)	p
échelle ADL globale autonomie (score ADL=0)	33 (47,1%)	17 (41,5%)	0,562
item HYGIENE autonomie (score ADL=0)	36 (51,4%)	21 (51,2%)	0,983
item HABILLAGE autonomie (score ADL=0)	36 (51,4%)	24 (58,5%)	0,468
item ALLER AUX WC autonomie (score ADL=0)	46 (65,7%)	28 (68,3%)	0,781
item LOCOMOTION autonomie (score ADL=0)	40 (57,1%)	26 (63,4%)	0,516
item CONTINENCE autonomie (score ADL=0)	46 (65,7%)	28 (68,3%)	0,781
item REPAS autonomie (score ADL=0)	45 (64,3%)	26 (63,4%)	0,926

Le degré d'autonomie globale n'était statistiquement pas différent entre les femmes et les hommes (47,1% vs 41,5%, p=0,562). Il en était de même en reprenant chaque item de l'échelle ADL individuellement pour les deux sexes. *(Tableau 5)*

3. DONNÉES MÉDICALES :

A. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Les principaux antécédents des patients sont rapportés à la *figure 4* :

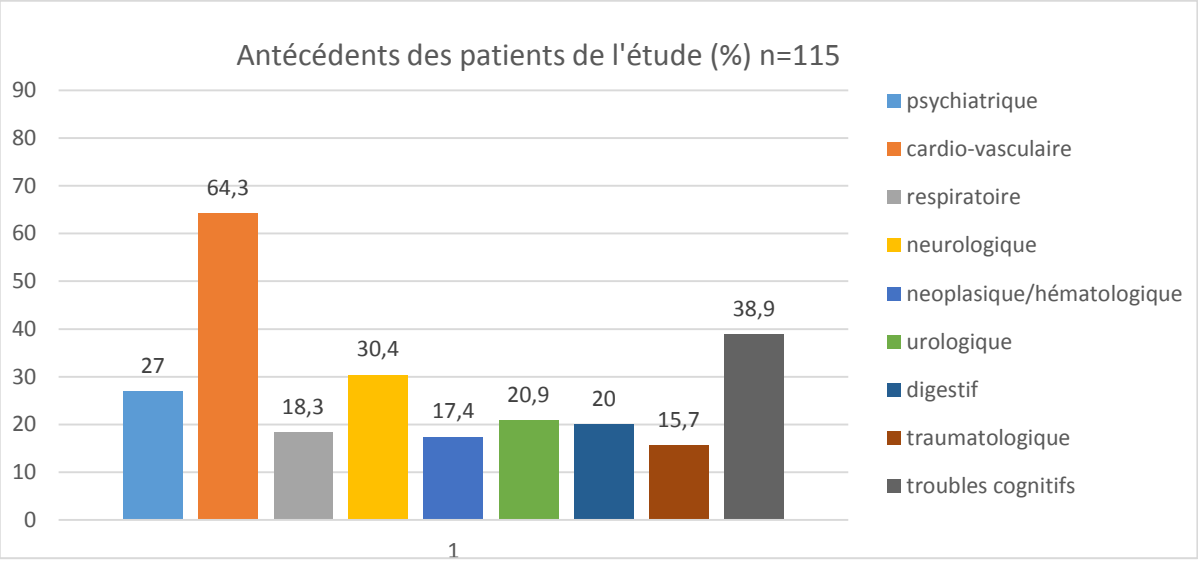


Figure 4: Antécédents des patients (en pourcentage)

Environ 64,3% des patients présentaient au moins un antécédent cardio-vasculaire (Infarctus du myocarde, hypertension artérielle, arythmie complète par fibrillation auriculaire, maladie thromboembolique, remplacement valvulaire…) et 39% des troubles cognitifs. Des antécédents neurologiques (accident vasculaire cérébral, démences type Alzheimer, Parkinson, épilepsie, sclérose en plaque…) concernaient 30,4% des PA80+.

La comparaison de l'autonomie selon la notification d'antécédents cardio-vasculaires, neurologiques, respiratoires, de troubles cognitifs, la notion de patient orienté dans le temps et dans l'espace est rapportée dans le *Tableau 6.*

Tableau 6 : Autonomie en fonction des antécédents

	Autonome (score ADL=0) N = 50	Au moins une aide (score ADL≠0) N = 61	p
Antécédents cardiovasculaires	24 (48%)	50 (78,7%)	***0,0008***
Présence de FDRCV	40 (80%)	50 (82%)	0,792
Antécédents neurologiques	7 (14%)	28 (45,9%)	***0,0003***
Antécédents respiratoires	7 (14%)	14 (23%)	0,231
Présence de troubles cognitifs	6 (12,8%)	34 (55,7%)	***<0,001***
Patient orienté dans le temps et l'espace	48 (96%)	37 (60,7%)	***<0,001***

La présence d'antécédents cardiovasculaires et neurologiques était statistiquement plus élevée chez les patients non-autonomes que chez les autonomes (78,7% vs. 48%, p=0,0008 et 45,9% vs. 14%, p=0,0003, respectivement).

De même, la présence de troubles cognitifs était statistiquement plus élevée chez les patients non-autonomes que chez les autonomes (55,7% vs. 12,8%, p=5x10E-6). En revanche, la fréquence du critère « patient orienté dans le temps et dans l'espace » était statistiquement plus élevée chez les patients autonomes que chez les non-autonomes (96% vs. 60,7%, p=1x10E-5).

La présence de Facteurs de Risque Cardio-Vasculaire (FDRCV) et d'antécédents respiratoires n'était pas statistiquement différente entre les patients autonomes et non

autonomes (80% vs. 82%, p=0,792 et 14% vs. 23%, p=0,23 ; respectivement). (*Tableau 6)*

B. TRAITEMENTS PERSONNELS :

Concernant les traitements, 4,3% des patients avaient un nouveau traitement introduit dans le mois précédent. En outre, 87% des patients avaient plus de 3 traitements par jour. Un traitement antihypertenseur était retrouvé chez 69,6% des patients, 35,7% avaient un traitement antiagrégant plaquettaire, 33% un traitement anticoagulant et 38,3% un traitement psychotrope. Seuls 4,3% (soit 5 personnes) n'avaient pas de traitement quotidien.

Globalement il n'existait pas de différence significative entre les patients autonomes et non autonomes concernant les traitements habituels. (*Tableau 7)*

Tableau 7 : Autonomie en fonction des traitements

	Autonome (score ADL=0)	Au moins une aide (score ADL≠0)	p
Absence de traitement	3 (6%)	1 (1,6%)	0,238 (Fisher)
Nouveau traitement introduit remontant à moins de 1 mois	4 (8%)	1 (1,6%)	0,126 (Fisher)
Au moins 3 traitements /jour	43 (86%)	55 (90,2%)	0,497
Au moins un traitement antihypertenseur	35 (%)	43 (70,5%)	0,955
Au moins un traitement antiagrégant plaquettaire	19 (38%)	20 (32,8%)	0,567
Au moins un traitement anticoagulant	12 (24%)	25 (41%)	*0,059*
Au moins un traitement psychotrope	15 (30%)	29 (47,5%)	*0,060*

La présence d'un traitement antihypertenseur et antiagrégant plaquettaire ne semblait pas influencer l'autonomie. Cependant la présence d'un traitement anticoagulant ou d'un médicament à visée psychotrope tendait à influencer l'autonomie mais la différence n'apparaissait pas statistiquement. La proportion de patients sous anticoagulant dans le groupe des non-autonomes semblait plus élevée que dans le groupe des autonomes, (41% vs. 24%, p=0,059). De même, la proportion de patients ayant au moins un traitement psychotrope semblait plus importante dans le groupe des non-autonomes que dans le groupe des autonomes (47,5% vs. 30 %, p =0,060). (*Tableau 7)*

C. PRISE EN CHARGE MÉDICALE :

La prise en charge aux urgences est rapportée au *Tableau 8*.

Tableau 8 : Examens complémentaires et Avis

	EXAMENS COMPLÉMENTAIRES: AUCUN	EXAMENS COMPLÉMENTAIRES: BIOLOGIE	EXAMENS COMPLÉMENTAIRES: IMAGERIE	EXAMENS COMPLÉMENTAIRES: AVIS SPÉCIALISÉ	EXAMENS COMPLÉMENTAIRES: AVIS ASSISTANTE SOCIALE
N (%)	5/115 (4,3%)	95/115 (82,6%)	80/115 (69,6%)	29/115 (25,2%)	2/115 (1,7%)

L'évaluation de la douleur par l'Échelle Visuelle Analogique (EVA) a été complétée pour 93 patients. Parmi eux, 23,7% avaient un score de douleur supérieur ou égal à 3/10. Le score de Glasgow a été évalué chez 106 personnes ; il était supérieur ou égal à 14 pour 97,2% d'entre elles. D'autre part, 6,1% des patients ont été orientés en Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) à leur arrivée.

Environ 18% avaient un proche présent au SAU et 29,6% des patients ont présenté une chute associée au motif de recours.

Lors de la prise en charge aux urgences, seuls 4,3% des 115 patients n'ont pas bénéficié d'examen complémentaire. Des examens biologiques et d'imagerie ont été pratiqués pour 82,6% et 69,6% des patients, respectivement. Un avis spécialisé a été pris pour un

quart des patients et 1,7% ont eu un avis auprès de l'assistant social durant leur passage aux urgences. (*Tableau 8)*

La prise en charge en terme de traitement administré, de gestes techniques réalisés (suture, contention physique) et d'hospitalisation en urgence (en réanimation ou au bloc opératoire pour une chirurgie urgente) est résumée dans le *Tableau 9 :*

Tableau 9 : Traitements administrés, gestes techniques réalisés et mode d'hospitalisation en urgence lors de la prise en charge

	AUCUN TRAITEMENT	ANTALGIQUES	SUTURE	PSYCHOTROPES	RÉANIMATION	INDICATION CHIRURGIE URGENTE	CONTENTION PHYSIQUE
N (%)	22/115 (19,1%)	36/115 (31,3%)	1/115 (0,9%)	3/115 (2,6%)	7/115 (6,1%)	4/115 (3,5%)	1/115 (0,9%)

Un cinquième (19,1%) des patients n'ont reçu aucun traitement médicamenteux lors de leur prise en charge aux Urgences. Parmi ceux qui en ont reçus, 31,3% ont reçu des antalgiques et 2,6% des psychotropes. Un seul patient a nécessité le recours à une contention physique et un autre a été suturé. (*Tableau 9)*

Une défaillance d'organe a été retrouvée chez environ 8% des patients et les effets secondaires médicamenteux ont été suspectés chez un peu plus de 10% des patients ayant consulté. (*Tableau 10)*
Un transfert en réanimation a été nécessaire dans moins de 8% et 4 patients ont bénéficié d'une chirurgie urgente au bloc opératoire.

Tableau 10 : Défaillance d'organe, Iatrogénie, Maintien à Domicile Difficile, Hospitalisation en Réanimation et Chirurgie Urgente

	DÉFAILLANCES D'ORGANES	IATROGENIE	MAINTIEN À DOMICILE IMPOSSIBLE	RÉANIMATION	INDICATION CHIRURGIE URGENTE

N (%)	9/115 (7,8%)	12/115 (10,4%)	14/115 (12,2%)	7/115 (7,8%)	4/115 (10,4%)

Les diagnostics retenus à la sortie d'hospitalisation sont décrits dans le *Tableau 11*.

Tableau 11 : Diagnostics retenus en sortie d'hospitalisation

	Confusion, démence, psychogène	Cardiovasc et thrombo-embolique	Digestive	Endocrino-métabolique (rein..)	Infectieuse	Maintien à domicile difficile	Neurologique	Pulmonaire non infectieuse	Traumatique	Autres (douleur, découverte néoplasie, hémorragie)
N (%)	9/115 (7,8%)	16/115 (13,9%)	6/115 (5,2%)	10/115 (8,7%)	10/115 (8,7%)	7/115 (6,1%)	17/115 (14,8%)	4/115 (3,5%)	25/115 (21,7%)	11/115 (9,6%)

Dans la quasi-totalité des cas (93,9%), le diagnostic retenu en sortie d'hospitalisation était lié à une cause somatique plutôt que sociale (6,1%). (*Tableau 11)*

D. ORIENTATION :

- Devenir post-urgences :

Parmi les 115 patients, 32 (27,8%) ont pu rentrer à domicile après leur prise en charge aux urgences. Aucun décès ou fugue n'ont été recensés lors du séjour aux urgences. Deux patients sont sortis contre avis médical. L'unité d'observation de courte durée était le service post-urgences destinataire pour 24 patients (21%) alors que 51 patients (44,3%) ont été mutés en service d'hospitalisation conventionnel. Six patients (5,2%) ont été transférés en réanimation suite à leur prise en charge aux urgences.
Le taux d'hospitalisation était de 69,6% toutes modalités confondues.

- Devenir post-hospitalisation :

Le devenir à J30 de la population n'était pas disponible pour moins de 1% des patients. Environ trois quarts des patients ont pu rentrer à domicile après leur hospitalisation

(73,9%) et 8,7% ont été mutés en service de soins de suite et réadaptation. Environ 3,5% étaient toujours hospitalisés à J30. Environ 1,7% des patients seraient au final sortis contre avis médical. Enfin, 4,3% des patients ont été transférés directement en institution. Le taux de mortalité hospitalière était de 5,2%.

La durée de moyenne de séjour était estimée à 8 ± 7,9 jours. La médiane de séjour était de 4 jours.

IV. DISCUSSION :

La plupart des études réalisées dans les services de médecine d'urgence au sujet des personnes âgées concerne une population âgée de 75 ans et plus. Selon l'OMS, toute personne est dite âgée dès lors qu'elle atteint l'âge de 65 ans. Or, du fait de l'allongement de l'espérance de vie, de l'amélioration des conditions de vie, la définition de personne âgée évolue au cours du temps passant de 65 ans à 75 ans et depuis peu, ce seuil tend à évoluer et l'on commence à envisager l'âge de 80 ans comme nouvelle référence.

Par ailleurs, il est démontré que plus les personnes âgées vieillissent plus elles sollicitent fortement les services d'urgence ce qui représente un coût non négligeable, accusé par la société et le système de soins.

Alors que l'accent est porté sur les aides à domicile chez les personnes âgées en perte d'autonomie, aucune étude n'a été menée afin d'évaluer l'effet réel de la mise en place de ces aides sur la consommation de soins urgents. C'est donc cet objectif que s'est fixée cette étude : décrire le profil épidémiologique de cette tranche de la population en termes de dépendance, d'aides à domicile et de consommation de soins urgents.

Provenant dans plus de ¾ des cas du domicile ou d'un foyer logement (75,7%), les personnes âgées de 80 ans et plus sont adressées par un médecin dans 56,4%. Elles arrivent dans la majorité des cas aux urgences par ambulance privée, avec les pompiers ou les secouristes (73,9%). Ces résultats sont corroborés par d'autres études qui retrouvent des résultats similaires notamment dans celle de la DREES en 2002 : seulement 29,6% de recours au moyen familial ou personnel chez les 75 à 80 ans et celui-ci chute à 9,5% pour les plus de 90 ans [22,32] et 79% proviennent d'un domicile privé dans une étude réalisée au CH de Mâcon [16].

Le mode de transport n'est pas le reflet de la gravité clinique des patients mais plutôt celui d'un isolement social ou d'un « désinvestissement » familial. En effet, les PA80+ bien que déclarant avoir de la famille proche dans 75,2% des cas sont préférentiellement emmenés aux SAU via un vecteur professionnel (82,6% via pompiers, secouristes, ambulance privée ou SMUR). Ces résultats sont étayés par le fait que les PA80+ sont arrivées dans un SAU, non accompagnées dans plus de 80% des cas.

De même, l'enquête de la DREES de 2002 [32] auprès des utilisateurs de 75 ans et plus conclue que « quelle que soit la tranche d'âge après 75 ans, la plupart des personnes arrivent seules aux urgences, sans l'accompagnement d'un proche » [22].
Paradoxalement à ce qui est constaté aux urgences, seulement 6,5% des PA80+ se disaient isolés car pour un peu moins de 80% d'entre elles, elles bénéficiaient « d'autres contacts réguliers ». Après avoir interrogé les répondeurs, il en ressort que cet item englobe tous les contacts autres que familiaux tels que le passage d'aidants professionnels (IDE, kinésithérapeute, aide-ménagère, portage de repas à domicile, podologue, médecin traitant, facteur etc.) à domicile ou bien l'équipe médicale et paramédicale d'un EHPAD ou d'une maison de retraite. Au total, bien que les personnes âgées ne se sentent pas isolées du fait de nombreuses visites d'aidants professionnels à leur domicile, dans les faits elles se retrouvent seules en cas de problème de santé nécessitant une consultation médicale urgente. Ces conclusions sont à nuancer pour les PA80+ vivant en EHPAD ou MDR qui ont recours quasi-exclusivement à un vecteur professionnel en cas de transfert vers une structure d'urgence.

La moyenne d'âge était de 86,9 ans avec un sex-ratio en faveur des femmes égal à 0,63. On explique ces chiffres par le fait que la proportion des PA80+ de sexe féminin en France représente 65,5% (allongement de l'espérance de vie supérieur et meilleur état de santé des femmes par rapport aux hommes [17]) donc il semble logique de retrouver le même ordre d'idée concernant la venue aux urgences.
Les chiffres du rapport annuel de l'ORUB pour 2014 montrent un sex-ratio de 0,67 concernant une population de 75 ans et plus [26].
A noter qu'un résultat discordant montre un sex-ratio de 1,5 pour le SAU de Joigny. Ceci est dû au nombre de patients ayant consulté le 15 Mars 2016 : uniquement 5 patients de 80 ans et plus dont 2 femmes ce qui explique ce ratio très élevé et contraire à ce qui est normalement décrit dans la littérature.

Dans cette étude, afin d'évaluer l'état de santé antérieur, le recours à l'échelle de Knaus a été décidé grâce à sa facilité d'utilisation (seulement 4 items avec des critères d'inclusion simples) et sa rapidité de mise en œuvre ne rallongeant pas le temps de prise en charge. A noter le terme de patient « grabataire » qui est péjoratif dans le langage courant. On lui préfère l'expression plus élégante de patient « confiné ». *(Annexe 4)*

Les principales aides à domicile mises en place correspondent pour la plupart à des activités essentielles de la vie quotidienne (aides ménagères dans 49,1% des cas, l'aide à la toilette 39,3%, l'aide à l'habillage 29,5%, l'aide au repas 22,3%, l'aide pour les courses 21,4%, le portage des repas 13,4% et une aide pour les transferts 12,5%). Celles-ci sont retrouvées chez 62,5% des patients et sont dans un peu plus de la moitié des cas prises en charge par des professionnels (56,3%).

Étant donné que les aides correspondent à des activités de la vie quotidienne, il semble alors évident d'avoir eu recours à l'échelle ADL afin de décrire le degré d'autonomie des patients pour différentes activités courantes : repas, continence, hygiène, habillage, locomotion, aller aux WC. (*Annexe 5)*

Celle-ci nous montre qu'en moyenne dans 60% des cas, les PA80+ sont autonomes pour toutes les activités de la vie quotidienne, qu'environ 28% des patients nécessitent au moins une aide partielle pour une des activités courantes et 12% une aide totale.

Aucune différence en termes d'aide n'a été mise en évidence entre les femmes et les hommes. L'habillage représentait l'activité posant le plus de problèmes aux PA80+ où une perte d'autonomie totale était notée pour 16,2% des patients, une aide partielle était plus fréquemment mise en place pour les soins d'hygiène (35,1%) et 66,7% des PA80+ étaient autonomes pour 2 activités : aller aux WC mais également en terme de continence.

Cette étude confirme les connaissances actuelles au sujet des personnes âgées en terme de morbidité : plus on vieillit, plus on a de risque de présenter des pathologies multiples. Ici, les antécédents principaux étaient d'ordre cardiovasculaire (64,3%), cognitif (38,9%), neurologique (30,4%), psychiatrique (27%), urologique (20,9%) et digestif (20%) ce qui est également décrit dans différents articles [15, 29]. Les antécédents traumatologiques n'étaient retrouvés que chez 15,7% des patients alors que les études montrent que ce motif de consultation fait partie des plus courants chez les personnes âgées admises en SAU.

Les résultats mettent en évidence que l'autonomie semble diminuée de façon significative en présence d'antécédents cardiovasculaires, d'antécédents neurologiques ou de troubles cognitifs sévères. Le constat d'un patient non orienté dans le temps et dans l'espace lors de la consultation actuelle aux urgences est également associé à une perte d'autonomie.

La poly médicamentation chez les sujets âgés est une réalité démontrée une fois de plus au travers de cette étude : 87% des patients prenaient au moins 3 traitements quotidiennement et seulement 4,3% n'en prenaient aucun.
Concernant les traitements antiagrégants plaquettaires (retrouvés chez 35,7% des patients), antihypertenseurs (69,6%) et anticoagulant (38,3%), ceux-ci ont été spécifiquement recherchés au travers de ce questionnaire car ils sont associés à un risque de complication via leur iatrogénie propre ou combinée avec d'autres traitements ou sont un marqueur de fragilité dans la littérature médicale.
La prise de médicament n'était pas un facteur prédictif d'autonomie ou de dépendance et ce, quel que soit le traitement considéré.

On peut émettre l'hypothèse que le fort taux de consultation aux urgences par les PA80+ est en partie lié à un fort taux de re-consultation. En effet, cette étude met en exergue un taux de re-consultation ainsi qu'un taux de sortie d'hospitalisation à 1 mois non négligeable : on a retrouvé qu'un cinquième des patients était hospitalisé et qu'un cinquième avait consulté dans le mois précédent. Ces chiffres sont cohérents avec ceux décrits dans la littérature [(15)].
En tout, 14 patients sur 115 soit 12,2 % sont passés aux urgences et ont été hospitalisés dans le mois précédent l'étude mais malheureusement, aucune précision n'est apportée sur le lien entre le passage aux urgences et l'hospitalisation : est ce que le passage aux urgences a conduit à l'hospitalisation ou bien y a-t-il eu un passage aux urgences et à un autre moment une hospitalisation ? Du fait de ce nombre non négligeable de re-consultation dans un intervalle d'un mois, la question logique est de savoir si la prise en charge initiale était insuffisante, si c'est lié à de nombreuses poly pathologies obligeant à consulter souvent, si le retour à domicile était trop précoce et mal organisé ou bien s'il est question d'un maintien à domicile difficile. Sur ce dernier point, on a un début de réponse sachant que ce motif de consultation n'est évoqué que dans 6,1% des cas sur les 115 patients inclus mais que le pourcentage baisse nettement si on considère uniquement les patients qui ont été hospitalisés et qui ont consulté aux urgences : 1 seul sur ces 14 patients avait le motif de recours « maintien à domicile difficile », il vivait à domicile et présentait une limitation importante de l'activité avant l'épisode aigu. On peut raisonnablement penser sans grand risque que ce phénomène observé de re-consultation n'est pas lié à une question de maintien à domicile difficile sachant qu'il

n'y a pas de différence statistique entre les patients qui étaient hospitalisés et qui ont consultés dans le mois précédent et ceux qui ont soit consulté aux urgences, soit qui ont été hospitalisés. (7,1% vs. 5,9 %, p=0,607). Sur les 14 patients, 10 avaient déjà des aides à domicile soit un pourcentage de 71,4% ce qui n'étaye pas l'hypothèse d'un retour trop précoce et mal organisé en terme d'aides à domicile.

Concernant la douleur lors de la prise en charge, celle-ci a été évaluée par l'EVA et pour 23,7% des patients, elle était supérieure à 3/10. Ainsi, ce sont 31,3% des PA80+ qui ont bénéficié d'un traitement antalgique. Bien que ces résultats semblent satisfaisants, il y a un risque non négligeable de mésestimer la douleur en ayant recours à l'EVA car cette échelle semble mal adaptée aux PA80+ sur plusieurs aspects. En effet, en vieillissant, il leur devient difficile de faire la corrélation entre la douleur ressentie et le curseur de la réglette à déplacer. De plus, les sujets âgés peuvent également sous évaluer leur douleur par peur de déranger ou bien parce qu'ils sont beaucoup plus tolérants à la douleur ou encore, parce qu'ils peuvent présenter des troubles cognitifs et sensoriels les empêchant d'exprimer clairement une plainte qui sera alors atypique ou non évocatrice. Tout ceci met en évidence le manque de spécificité et de sensibilité de l'EVA chez les PA80+. Il serait peut-être plus judicieux de recourir à l'échelle d'hétéro-évaluation Algoplus au sein des SAU même si c'est l'EVA qui est couramment employée [12,15]. (*Annexe 7)*

Luttant contre les à priori qui laissent à penser que les PA80+ ont pour principal motif de recours le fameux motif social « maintien à domicile difficile », cette étude démontre que les PA80+ consultent le plus souvent pour des motifs somatiques (93,9%) avec dans l'ordre : les traumatismes (21,7%), les troubles neurologiques (14,8%), les pathologies cardiovasculaire et thromboemboliques (13,9%). Les mêmes motifs sont retrouvés dans diverses études [22, 29], seul l'ordre varie.
Cette constatation est étayée par les examens complémentaires réalisés chez 95,7% des patients et par le taux d'hospitalisation (69,6%) qui témoignent de l'existence d'un problème somatique qui, une fois réglé permet un retour au domicile pour 73,9% des patients.

1. Limites et forces de l'étude :

Les résultats de cette étude font apparaître certaines limites évidentes dont la première est le nombre de patients et de centres ayant participé. En effet, seulement 115 patients âgés de 80 ans et plus ont été inclus en provenance de 7 services d'accueil des urgences sur les 22 que compte la Bourgogne. On peut alors s'interroger sur la représentabilité et la reproductibilité des résultats à l'échelle régionale.

Parmi ces 7 centres :

- le CHU de Dijon et les CH de Beaune et de Semur en Auxois sont les 3 plus grands centres sur les 6 que compte la Côte d'Or
- les CH de Mâcon et de Chalon sur Saône sont les 2 principales structures sur les 6 de la région de Saône et Loire
- Le CH d'Auxerre est celui qui a le plus grand nombre de consultations d'urgence de l'Yonne, suivi de près par le CH de Sens, malheureusement non recensé dans cette étude et suivi par le CH de Joigny alors que cette région propose 6 SAU.

On peut considérer que 3 des 4 départements sont bien représentés au travers du recueil de données de cette étude mais que la Nièvre ne l'est pas du tout. Ceci peut poser un problème de représentabilité car la Nièvre est un département qui connaît le plus fort taux de recours aux structures d'urgence en Bourgogne du fait d'une faible densité médicale[26] si ça n'était contrebalancé par une population qui comprend le moins de PA80+ de la région. (*Annexe 8)*

Les PA80+ de ces 3 départements représentent 84% de cette classe d'âge à l'échelle de la région et il semble donc raisonnable de généraliser ces résultats à la Bourgogne d'autant que sur les 6 plus grands centres que compte la région, 4 ont été pris en considération dans cette étude.

A signaler, qu'aucune donnée provenant de clinique privée n'a été relevée mais ceci n'impacte pas le travail de cette étude étant donné qu'elles ne sont que 2 dans toute la région.

Le nombre de SAU ayant participé à l'étude s'explique par l'implication des médecins de garde le 15 Mars 2016. Devant la longueur des questionnaires et la

majoration de la charge de travail supplémentaire, les médecins ont été nombreux à abandonner la réalisation de l'étude ou bien à ne pas vouloir y participer. Le recueil de données sous forme d'un questionnaire semblait pourtant pertinent du fait de sa rapidité de réalisation en cochant des cases et en ayant le moins de réponses rédactionnelles possibles. Peut-être était-il trop dense avec un recueil trop exhaustif de données ce qui a participé à décourager les médecins ? Afin de pallier ce problème, les questionnaires leur avaient été distribués bien en amont de la date du 15 Mars 2016 afin qu'ils puissent se l'approprier.
Enfin, les centres ayant un faible nombre de passages aux urgences n'ont pas été sollicités pour cette raison même.

Une autre limite de cette étude est liée au type d'étude en lui-même. En effet, il s'agit d'une étude transversale durant 24 heures à une date fixée le 15 Mars 2016. Le fait d'avoir choisi cette date met en évidence qu'il existe une chance que les résultats ne soient pas identiques en fonction de la saison. Ainsi, on peut aisément se dire qu'en hiver, le nombre de consultations des PA80+ dans les SAU est supérieur du fait de leur plus grande fragilité de leur état de santé et de leur plus grande susceptibilité à présenter des infections. De la même façon, le nombre de consultations aux urgences sera croissant l'été en cas de forte canicule.
Afin de sursoir à cette notion de saisonnalité des pathologies, il faudrait réaliser une étude longitudinale sur au moins une année.
Cette étude a tout de même l'avantage de réaliser un cliché instantané de la population des PA80+ consultant aux urgences et d'en tirer des conclusions quant à l'organisation du système de soins au travers de la prise en charge médicale, de l'autonomie et des aides à domicile.

Du fait de la population concernée, l'existence de biais de mémorisation n'est pas exclue notamment pour les questions administratives souvent gérées par la famille (présence d'une complémentaire santé, bénéficiaire de l'APA, mesure de protection juridique etc). Il en est de même en ce qui concerne les traitements si aucune ordonnance n'est apportée au SAU et les antécédents si aucun courrier n'accompagne le patient et qu'on s'appuie uniquement sur la mémoire des PA80+.

Ce qu'il aurait été intéressant d'intégrer dans le questionnaire est la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) (*Annexe 9)* afin de pouvoir étudier le lien entre le motif de recours aux urgences et l'état clinique des patients. Ainsi, il aurait également été possible de comparer l'état clinique des patients en fonction de leur niveau de dépendance, d'aides à domicile et leur mode de vie (logement personnel, EHPAD…),

Enfin, la force de cette étude réside dans le fait que la population bourguignonne de PA80+ est plus importante qu'au niveau national et ainsi, la Bourgogne peut être considérée comme un observatoire de la population française. En effet, la proportion des PA80+ est croissante au cours des années à l'échelle nationale et régionale. Pour exemple, Le pourcentage de PA80+ en Bourgogne en 2005 (5,7%) est presque identique à celui de la France en 2015 (5,85%). *(Annexe 10)* Il semble alors logique qu'on puisse extrapoler les résultats de cette étude afin de prévoir au niveau national les changements épidémiologiques qui s'opèreront dans quelques années. Cela permettrait alors d'anticiper et ainsi d'entamer précocement des modifications dans un système de soins vieillissant afin de garantir une meilleure prise en charge médicale de cette tranche de la population dans les SAU.
Par ailleurs, cette étude pourra être comparée à l'étude nationale EPIGER lorsque les conclusions seront publiées et on pourra alors comparer les résultats de la Bourgogne à ceux des autres régions de France.

2. Prospectives de recherche :

Tout ceci nous amène à penser que l'accueil des personnes âgées de 80 ans et plus dans des services d'urgence n'est pas nécessairement la voie la plus optimale à leur prise en charge en l'état actuel et qu'il convient donc de repenser les modes de fonctionnement.

Il est communément admis que le temps d'attente des patients sur un brancard au niveau des services d'urgence est délétère notamment en terme d'autonomie. Par ailleurs, du fait de leur complexité de prise en charge (poly-pathologie, sénescence physiologique, spécificité de la présentation clinique), il convient qu'une prise en charge spécialisée

soit mise en place. Ainsi, dans certains hôpitaux, des filières de soins gériatriques ont été instaurées afin d'accélérer et d'optimiser la prise en charge des personnes âgées en favorisant le retour à domicile, en prévenant la dépendance et en orientant le plus justement les patients. Depuis leur instauration, il semblerait judicieux d'étudier si ces filières de soins gériatriques apportent un réel bénéfice quant à la prise en charge des personnes âgées et également de les comparer entre elles car les hôpitaux sont libres dans leur organisation. Cela pourrait permettre d'optimiser et d'homogénéiser l'organisation des filières de soins gériatriques.

De l'utilité des unités d'équipes gériatriques mobiles et du recours à l'assistante sociale.
Comme le montraient les résultats de cette étude, l'assistante sociale n'a été consultée que dans de très rares cas (1,7%) ce qui témoigne de l'impossibilité des services d'urgence à se prêter à une évaluation sociale en aigu. Loin d'être inutile, celle-ci semblerait bien plus indiquée à distance afin de prendre le temps de fonder des bases solides en organisant la mise en place d'aides à domicile pour un retour dans les meilleures conditions (portage de repas, infirmier pour toilette et distribution des médicaments etc.). Il en est de même pour les équipes gériatriques mobiles dont certains CH sont pourvus. Celles-ci permettent une évaluation médico-psycho-sociale des personnes âgées accueillies aux urgences, elles créent un lien entre le médecin traitant et l'hôpital et permettent également de renforcer le maintien à domicile. Tout ceci ne peut s'effectuer dans un climat d'urgence d'où l'intérêt d'une évaluation au calme en dehors de l'épisode aigu et pourquoi pas dans un service de post-urgence telle l'UOHCD. Si des bases solides sont posées afin de cadrer au mieux le retour à domicile des PA80+, cela participerait surement à une diminution du nombre de ré hospitalisations.

Ces deux axes de recherche soulèvent la question de la prévision : le meilleur moyen de prise en charge n'est-il pas d'anticiper en amont, bien avant que les PA80+ ne soient obligées de consulter dans les SAU ?
Cela pourrait se prévoir par une évaluation au sein d'un service de court séjour gériatrique ou bien d'un hôpital de jour comme cela se pratique pour les patients présentant une maladie d'Alzheimer ou bien pour les consultations « mémoire ».

En résumé, une étroite collaboration entre les gériatres et les urgentistes paraît nécessaire tant que les SAU et plus généralement l'hôpital n'a pas subi une refonte globale afin d'offrir aux PA80+ la meilleure prise en charge possible.

V. CONCLUSIONS :

Le défi démographique lié au vieillissement de la population touche l'hôpital avec une part croissante des personnes âgées et surtout très âgées hospitalisées. Les services d'accueil des urgences ne font pas exceptions. Ce travail de thèse confirme que les patients très âgés viennent à l'hôpital pour des motifs légitimes, mais il existe des variations inter-hospitalières significatives. Ce travail descriptif montre que si la perte d'indépendance est fréquente (aides au domicile chez 62,5% des patients notamment pour le ménage (49,1%) et la toilette (39,3%)), le SAU n'est pas le lieu pour cette prise en charge sociale (1.7 %), qui devra être réalisé à distance dans le service d'hospitalisation. Les patients restent en moyenne 8.0±7.9 jours. A J30, 73,9% des patients sont rentrés à domicile, témoignant de la complexité médico-sociale mais aussi des filières d'aval souvent insuffisantes.

Ce travail permet de poser les données d'activité afin de faire évoluer les services d'urgences pour une meilleure prise en charge de cette clientèle spécifique, en lien avec la filière de soins gériatriques. Cette réflexion ne doit pas se limiter aux seuls services d'urgence, mais à l'organisation générale de l'hôpital, qui se doit d'accomplir une mutation de son offre de soins adaptée à cette tranche d'âge.

Le Président du jury,

Pr. P. JOUANNY

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 5 septembre 2016

Le Doyen

Pr. F. HUET

BIBLIOGRAPHIE

1. Pedepeyrau C, Reznikoff V. 2/11 Les hôpitaux de jour et les structures ambulatoires. http://www.em-premium.com/data/revues/12686034/00150083/43/ [Internet]. 6 mars 2010; Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/article/253663/resultatrecherche/10

2. Hubert S, Pedepeyrau C, Reznikoff V. 4/12 Les équipes mobiles de gériatrie. http://www.em-premium.com/data/revues/12686034/00150085/43/ [Internet]. 10 nov 2010; Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/article/268251/resultatrecherche/4

3. Baby boom [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/lexique/baby-boom/

4. Conférence de Consensus - Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. http://www.em-premium.com/data/revues/09939857/00173-c2/183/ [Internet]. 3 juill 2008; Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/article/110007/resultatrecherche/2

5. Creuzet J, Guissous N, Burnod A, Albaret C, Degravi C, Duval G. FILIÈRE GÉRIATRIQUE AUX URGENCES : QUELLE SOLUTION ? http://www.em-premium.com/data/revues/09939857/00170HS1/118_7/ [Internet]. 3 juill 2008; Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/article/110326/resultatrecherche/7

6. Insee - Population - Baby-boom et allongement de la durée de vie : quelles contributions au vieillissement ? [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=iana12

7. Insee - Population - Bilan démographique 2015 - Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2016, France [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm

8. Insee - Population - Bilan démographique 2015 - Pyramides des âges au 1er janvier (France) [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/donnees-detaillees/bilan-demo/pyramide/pyramide.htm?lang=fr&champ=fe

9. Insee - Population - Évolution de l'espérance de vie à divers âges jusqu'en 2015 [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02229

10. Insee - Population - Population par âge [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T14F032

11. Natali J-P, Schwald N, Bach F, Bourgouin G, Chiffray D, Bloch F. Intérêt d'une équipe mobile gériatrique aux urgences : retour sur dix ans d'expérience. Soins Gérontologie. nov 2015;20(116):22-4.

12. Ducassé J-L, Bounes V. La douleur aiguë chez le sujet âgé aux Urgences. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. mars 2008;9(1):13-6.

13. L'allongement de l'espérance de vie : progrès de notre époque mais aussi un défi mondial [Internet]. Centre régional d'information des Nations Unies (UNRIC). Disponible sur: http://www.unric.org/fr/actualite/2842-lallongement-de-lesperance-de-vie-progres-de-notre-epoque-mais-aussi-un-defi-mondial-

14. Guissous N, Burnod A, Jugan C, Degravi C, Deschamps P, Duval G. LA PERSONNE ÂGÉE AUX URGENCES : INTÉRÊT ET LIMITES DE L'ÉVALUATION GÉRONTOLOGIQUE. http://www.em-premium.com/data/revues/09939857/00170HS1/118_5/ [Internet]. 3 juill 2008; Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/article/110324/resultatrecherche/9

15. Aïm J-L. Le patient âgé aux urgences, enjeux de l'évaluation à l'accueil. Soins Gérontologie. juill 2013;18(102):25-8.

16. Sough B, Gauthier T, Clair D, Gall AL, Menecier P, Mangola B. Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgences. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. 1 juin 2012;10(2):151-8.

17. Tubiana M. Le vieillissement : aspects médicaux et sociaux. http://www.em-premium.com/data/revues/16310691/03250006/02014828/ [Internet]. 23 mars 2008; Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/article/128779/resultatrecherche/4

18. Roussel-Laudrin S, Paillaud E, Alonso E, Caillet P, Herbaud S, Merlier I, et al. Mise en place de l'équipe d'intervention gériatrique et de l'évaluation gériatrique aux

urgences de l'hôpital Henri-Mondor. La Revue de Médecine Interne. juin 2005;26(6):458-66.

19. Patients âgés de 80 ans et plus admis en urgence. http://www.em-premium.com/data/revues/07554982/00320019/870/ [Internet]. 29 févr 2008; Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/article/101332/resultatrecherche/5

20. Quelle prise en charge des personnes très âgées aux urgences ? http://www.em-premium.com/data/revues/07554982/00300002/51/ [Internet]. 21 févr 2008; Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/article/91668/resultatrecherche/1

21. Sermet C. QUESTION 1 : Description de la population de plus de 75 ans en France : état des lieux et perspectives. http://www.em-premium.com/data/revues/09939857/00173-c2/203/ [Internet]. 3 juill 2008; Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/article/110008/resultatrecherche/15

22. Lazarovici C, Carrasco V, Baubeau D, Somme D, Saint-Jean O. QUESTION 2 : Enquête sur les utilisateurs des services d'urgences, profil des usagers de plus de 75 ans. http://www.em-premium.com/data/revues/09939857/00173-c2/209/ [Internet]. 3 juill 2008; Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/article/110009/resultatrecherche/45

23. Lambert H, Alla F, Hmidouch-Ferry R, Mezerais APD, Maignan M, Bellou A. QUESTION 3 : Épidémiologie des personnes âgées de plus de 75 ans admises dans les services d'urgences français. http://www.em-premium.com/data/revues/09939857/00173-c2/215/ [Internet]. 3 juill 2008; Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/article/110010/resultatrecherche/75

24. Chevalley T. QUESTION 8 : Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences : données médicales indispensables. http://www.em-premium.com/data/revues/09939857/00173-c2/235/ [Internet]. 3 juill 2008; Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/article/110014

25. Saint-Jean O, Lahjibi-Paulet H, Levy A, Davido A. QUESTION 18 : Un partenariat réussi entre service d'urgences et service de gériatrie. http://www.em-premium.com/data/revues/09939857/00173-c2/285/ [Internet]. 3 juill 2008; Disponible

sur: http://www.em-premium.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/article/110024/resultatrecherche/6

26. Rapport annuel 2014 de l'ORUB [Internet]. Réseau Urgences Bourgogne. Disponible sur: http://e-rub.fr/rapports-annuels

27. Volpe-Gillot L, Michel J-M. Réflexions sur la place de l'hôpital de jour dans la filière de soins gériatrique. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. déc 2012;12(72):243-9.

28. Réseau Urgences Bourgogne [Internet]. Réseau Urgences Bourgogne. Disponible sur: http://e-rub.fr/

29. Forest A, Ray P, Cohen-Bittan J, Boddaert J. Urgences et gériatrie. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. oct 2011;11(65):205-13.

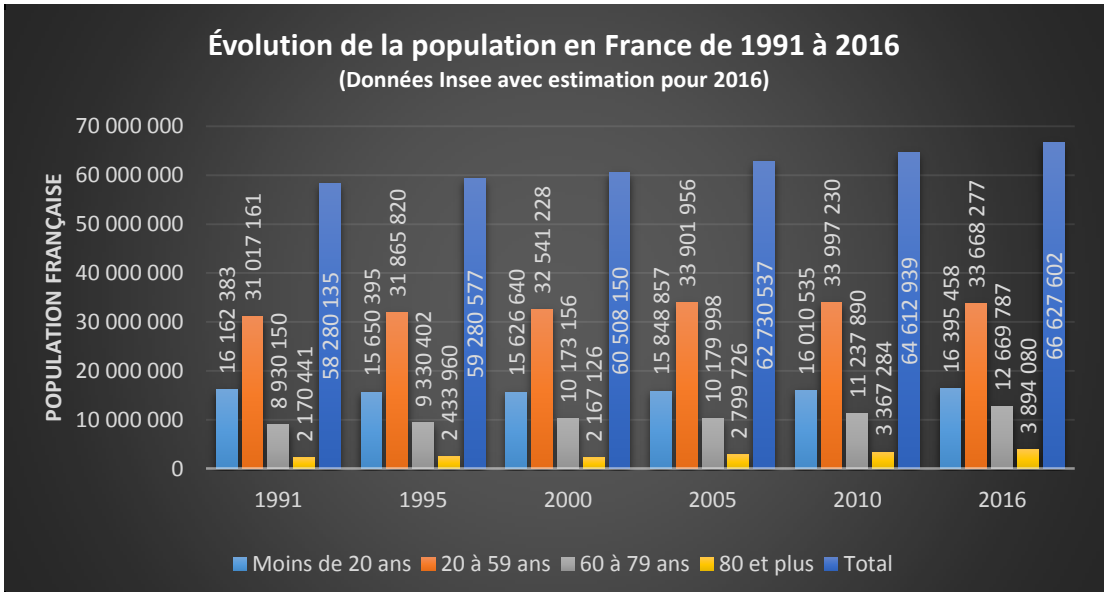
30. Sost G, Jouanny P. Urgences gériatriques. EMC - Traité de médecine AKOS. janv 2006;1(1):1-5.

31. INSEE. Fiches thématiques sur l'état de santé, les pathologies et la mortalité [Internet]. Disponible sur: http://www.youscribe.com/catalogue/etudes-et-statistiques/savoirs/sciences-humaines-et-sociales/fiches-thematiques-sur-l-etat-de-sante-les-pathologies-et-la-1964963

32. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et Résultats n°212 janvier 2003 DREES

33. Geay C, De Lagasnerie G. Projection des dépenses de santé à l'horizon 2060, le modèle PROMEDE. [s.l.] : Trésor Direction Générale; 2013. (Documents de travail de la DG Trésor).

VI. ANNEXES :



Annexe 1 : Évolution de la population en France de 1991 à 2016, Source INSEE

Lettre d'information du patient/Service d'Accueil des Urgences
ETUDE EPIGER/GRANDPAS
« Evaluation de la prise en charge et de l'autonomie des patients de 80 ans et plus en médecine d'urgence »

Madame, Monsieur

Le médecin que vous venez de consulter aux urgences et qui vient de vous prendre en charge participe à une enquête intitulée « Evaluation de la prise en charge et de l'autonomie des patients de 80 ans et plus en médecine d'urgence », coordonnée par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU).

La Société Française de Médecine d'Urgence est un organisme scientifique au service des acteurs de l'urgence et des patients qui ont recours à eux. Son objectif est de promouvoir la médecine d'Urgence et la santé publique au niveau scientifique avec l'élaboration de recommandations professionnelles, d'action d'évaluation et de formation. Cette enquête n'est pas une recherche clinique, son objectif est de décrire la prise en charge des patients âgés de 80 ans et plus ainsi que leur niveau d'autonomie lorsqu'ils ont recours en urgence au système de soins afin d'évaluer les pratiques pour améliore la qualité des soins qui sont dispensés. Votre médecin conserve son entière liberté pour assurer votre traitement et votre suivi.

Les informations analysées sont exclusivement de nature médicale. Les informations ainsi que le devenir médical, uniquement pendant votre éventuelle hospitalisation, seront recueillies pour être analysées. Afin d'assurer la confidentialité des données de santé, les informations sont codées ne faisant pas apparaître l'identité de la personne et seront conservées sous clés. L'ensemble des informations recueillies sont insuffisantes pour retrouver votre identité. Seuls les professionnels vous prenant en charge disposent des informations nominatives qui sont consignées uniquement dans le dossier médical.

Les résultats de l'enquête sont susceptibles d'être publiés dans des revues médicales ou scientifiques. Conformément à la loi n°78-17 dite « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, article 32 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, et par la loi n°2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de classification du droit et d'allègement des procédures, vous disposez d'un droit d'accès, de suppression ou de rectification des données vous concernant. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel, susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette étude et d'être traitées. Vous avez aussi le droit, sans avoir à donner de motif, de refuser de participer. Dans ce cas, soyez assuré(e) que cette décision n'aura aucune conséquence pénalisante, notamment sur la qualité de votre prise en charge.

Ces droits s'exercent auprès du médecin en charge de l'étude qui seul connait votre identité. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, à l'ensemble de vos données médicales en application de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Nous restons à votre disposition,
Dr. Anne-Laure Féral-Pierssens
Investigateur principal, équipe EPIGER/GRANDPAS
Service d'Accueil des Urgences, Hôpital Européen Georges Pompidou, 20 rue Leblanc 75015 Paris
Epi.ger@egp.aphp.fr
01 56 09 54 50

Annexe 2 : Lettre d'information du patient

Etude EPIGER

Questionnaire Urgences

Centre:_____
Patient n°___

NOM (1ère lettre du prénom et du nom) : _____ **AGE** : __ ans **SEXE** : Homme ☐ Femme☐

SITUATION : Vit seul ☐ En couple ☐ Veuf(ve) ☐ Vit avec de la famille proche ☐ Collectivité ☐ Autre ☐
Si en couple : Est-il aidant pour le conjoint? Oui ☐ Non ☐
ENVIRONNEMENT: Nb d'enfants vivants: __ Contacts réguliers enfants ☐ Isolé ☐ Autres contacts ☐
TYPE DE DOMICILE : Logement personnel/foyer logement ☐ Maison de retraite/EHPAD ☐ Autre ☐
DERNIER EMPLOI OCCUPE : _____ **SOUS CURATELLE/TUTELLE**: Oui ☐ Non ☐

PRISE EN CHARGE SOCIALE : Complémentaire santé ☐ Aide personnalisée à l'Autonomie(APA) ☐
Avez-vous déjà rencontré au moins une fois une assistante sociale? Oui ☐ Non ☐

MOYEN D'ARRIVEE : Médicalisé ☐ Propres moyens ☐ Ambulance/Pompiers/Secouristes ☐
Envoyé par un médecin : Oui ☐ Non ☐

PARAMETRES A L'ARRIVEE : EVA :___/10 Glasgow : ___/15 **DECHOQUAGE/SAUV**☐
MOTIF(S) DE RECOURS : _____ **CHUTE ASSOCIEE** ☐
PROCHES PRESENTS au SAU ☐ Sortie d'hospitalisation ≤ 1 mois ☐ Passage au SAU ≤1 mois ☐
DIRECTIVES ANTICIPEES REDIGEES: Oui ☐ Non ☐

TRAITEMENTS HABITUELS : Aucun ☐ Nouveau ttt <1 mois ☐ ≥ 3 ttt par jour ☐ Antihypertenseur ☐
Antiagrégant ☐ Anticoagulant ☐ Psychotropes ☐

ANTECEDENTS : Aucun☐ FDRCV ☐ Respiratoires☐ Neurologiques☐ Cardiovasculaires☐ Ψ ☐
Néoplasie/Hémato☐ Urologiques ☐ Digestifs ☐ Traumatologie lourde ☐
TROUBLES COGNITIFS : Oui ☐ Non ☐
ETAT DE SANTE ANTERIEUR à l'épisode actuel (un seul choix possible) :
A : Etat de santé normal ☐ B : Limitation modérée de l'activité ☐
C : Limitation importante de l'activité ☐ D : Grabataire séjournant en institution ☐

ORIENTE : Oui ☐ Non ☐ **COHERENT** : Oui ☐ Non ☐
ECHELLE D'AUTONOMIE ADL:

Geste	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Hygiène			
Habillage			
Aller aux WC			
Locomotion			
Continence			
Repas			

AIDES EN PLACE: Oui ☐ Non ☐
AIDANTS : Famille/Proches☐ Conjoint☐
Professionnels ☐
TYPES D'AIDES: Ménage ☐ Courses ☐
Aide à la toilette ☐ Habillage☐
Transferts lit-fauteuil ☐ Aide au repas ☐
Portage des repas ☐ Téléalarme ☐
Canne/Déambulateur ☐
Soins médicaux (HAD, pansement…) ☐

EXAMENS COMPLEMENTAIRES : Aucun☐ Biologie ☐Imagerie ☐ Avis spécialisé☐ Avis assistante sociale☐
TRAITEMENT(S) ADMINISTRE(S) : Aucun ☐ Antalgiques ☐ Suture ☐ Psychotropes ☐
Réanimation ☐ Indication à une chirurgie urgente ☐ **Contention physique** ☐
DIAGNOSTIC RETENU: _____ **DEFAILLANCE(S) D'ORGANE(S):** ☐
Diagnostic(s) associé(s): Effet indésirable médicaments ☐ Maintien à domicile impossible ☐

MODE DE SORTIE DES URGENCES :
Non admis ☐ UHCD/Porte ☐ Salle d'hospitalisation ☐ Unité de soins intensifs/Réanimation ☐
Fugue/Parti sans soin ☐ Contre avis médical ☐ Décès ☐

EVALUATION DU PATIENT A LA SORTIE OU AU PLUS TARD A J30 :

MODE DE SORTIE : Décès ☐ Toujours hospitalisé ☐ Non disponible ☐
Retour à domicile ☐ SSR ☐ Institutionnalisation ☐ Contre avis médical ☐
DATE DE SORTIE D'HOSPITALISATION: __/__/____

DIAGNOSTIC RETENU A LA SORTIE DE L'HOPITAL: _____
Maintien à domicile impossible: ☐

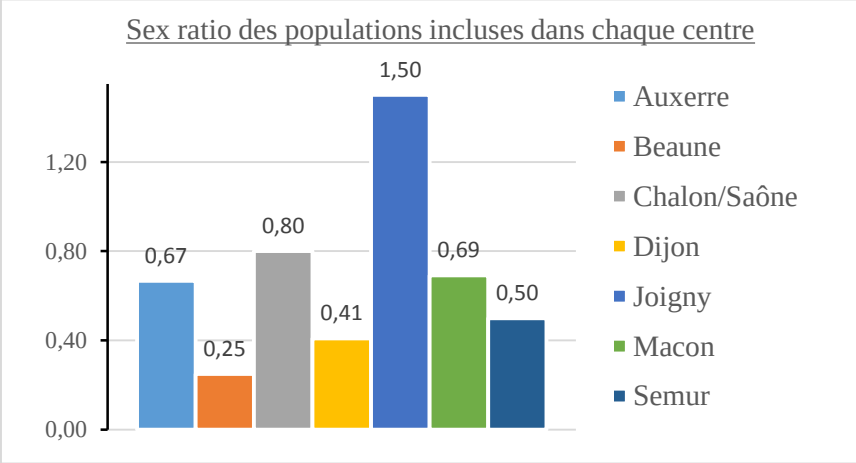
Annexe 3 : Questionnaire Urgences

Activité et suivi médical dans les six mois précédant l'admission.
• A : santé normale.
• B : limitation modérée, présence d'un traitement chronique.
• C : limitation importante, handicap à l'effort, traitement anticancéreux, hémodialyse.
• D : patient grabataire, restriction majeure, hospitalisation long séjour, visite hebdomadaire d'un médecin, incapacité à 100 p. 100.

Annexe 4 : Etat Fonctionnel, Score ABCD de Knaus

Activité	Description	Score
Hygiène corporelle	Autonome	0
	Aide partielle pour une partie du corps	1
	Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	2
Habillage	Autonome pour le choix et l'habillage	0
	S'habille mais besoin d'aide pour se chausser	1
	Besoin d'aide pour choisir ses vêtements, pour s'habiller ou reste partiellement ou complètement déshabillé	2
Aller aux toilettes	Autonome	0
	Doit être accompagné, besoin d'aide	1
	Ne va pas aux wc, n'utilise pas le bassin, l'urinoir	2
Locomotion	Autonome	0
	Besoin d'aide	1
	Grabataire	2
Continence	Continent	0
	Incontinence occasionnelle	1
	Incontinence permanente	2
Repas	Autonome	0
	Aide pour couper la viande ou peler les fruits	1
	Aide complète ou alimentation artificielle	2

Annexe 5 : Échelle ADL



Annexe 6 : Sex-Ratio des populations incluses dans chaque centre

ECHELLE ALGOPLUS

Evaluation de la douleur

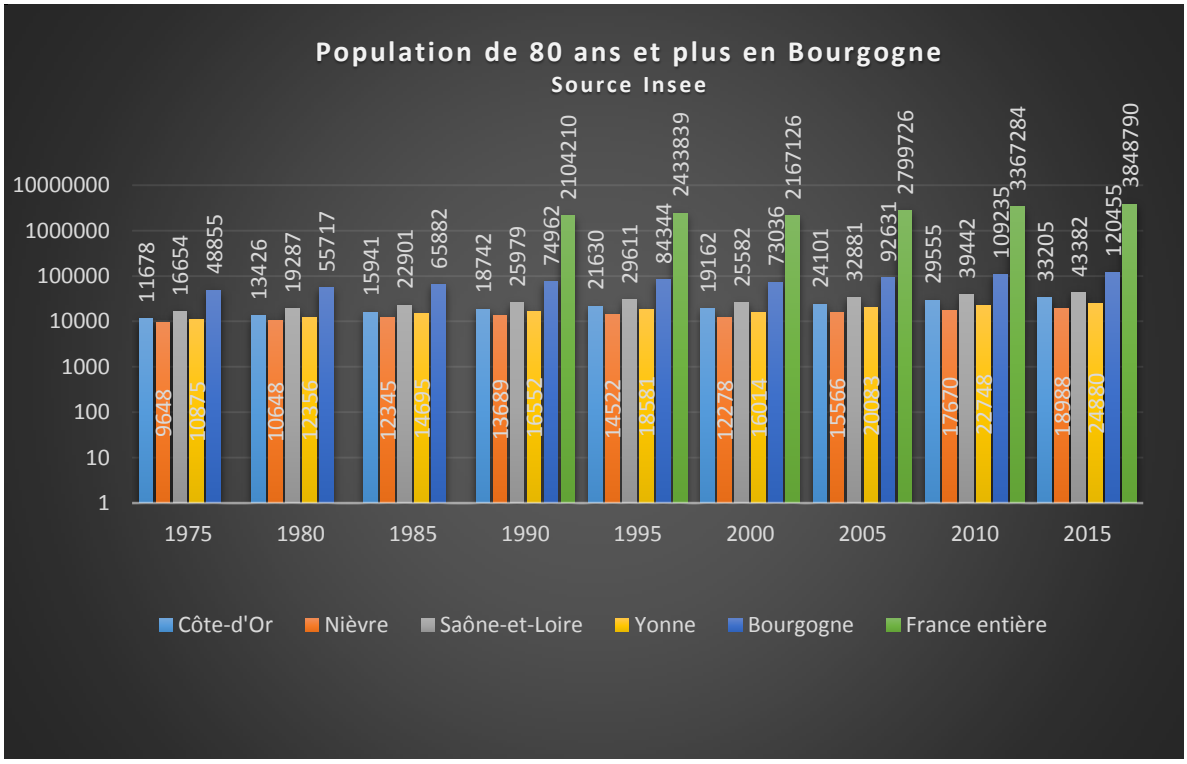
Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

ANNEXE 6

Date de l'évaluation de la douleur	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....	
Heure	.....h		.....h		.....h		.....h		.....h		.....h	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	/5		/5		/5		/5		/5		/5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe	

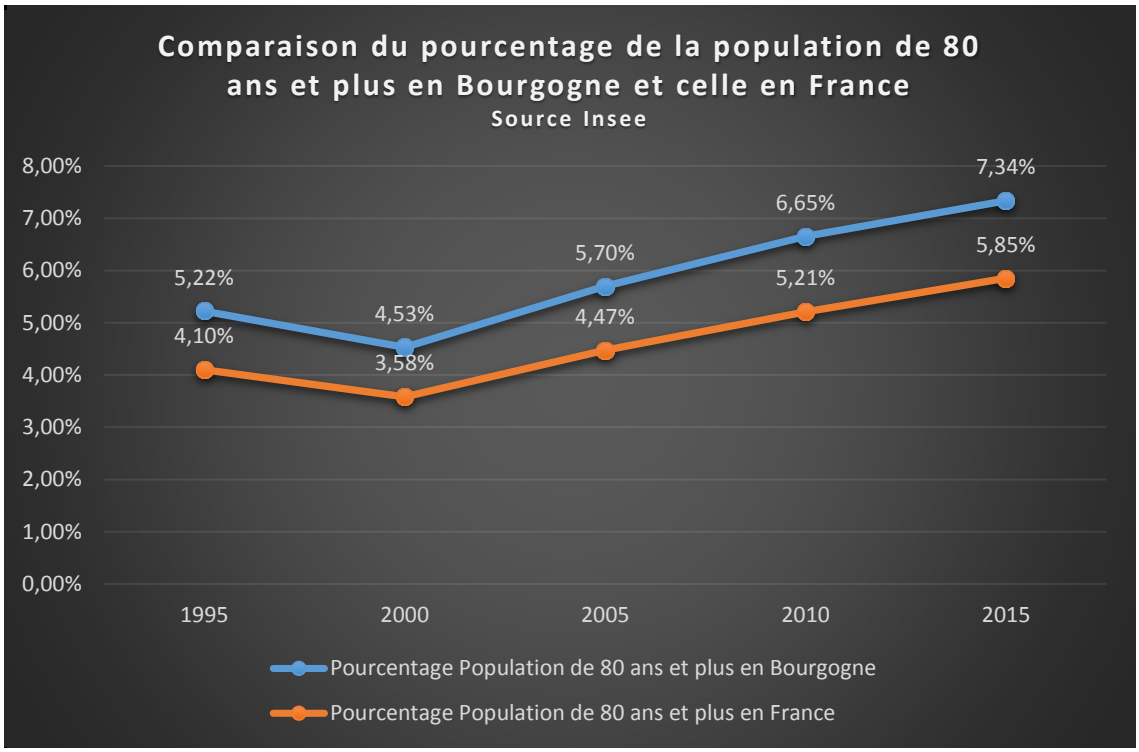
Annexe 7 : Échelle Algoplus



Annexe 8 : Population de 80 ans et plus en Bourgogne, Source Insee

CCMU	DÉFINITION
CCMU P	Patient présentant/souffrant d'un problème psychologique et/ou psychiatrie dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée.
CCMU 1	État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple.
CCMU 2	État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique (Prise de sang, Radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
CCMU 3	État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiat.
CCMU 5	Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
CCMU D	Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences. Pas de réanimation entreprise.

Annexe 9 : Classification Clinique des Malades des Urgences



Annexe 10 : Comparaison du pourcentage de la population de 80 ans et plus en Bourgogne et celle en France de 1995 à 2015, Source Insee

« Dans un monde où l'on est capable de tout prévoir sauf le trépas, la longévité possède un caractère ludique », *Mille et une pensées (2005), Philippe Bouvard*

ÉTUDE OBSERVATIONNELLE MULTICENTRIQUE BOURGUIGNONNE CONCERNANT LES PERSONNES ÂGÉES DE 80 ANS ET PLUS PRISES EN CHARGE EN MÉDECINE D'URGENCE

Auteur : DOUMY Adrien, Jean-Julien

Résumé : *Contexte :* La population vieillissant, les personnes âgées représentent une part toujours croissante de l'activité des urgences. *Objectif :* Le but est de décrire la population de patients de 80 ans et plus consultant aux urgences en terme de dépendance, d'aides à domicile, de consommation de soins urgents et d'analyser leur prise en charge médicale. *Méthode :* Une étude observationnelle, prospective et multicentrique a été réalisée dans 7 services d'urgences bourguignons le 15 Mars 2016. *Résultats :* 115 patients ont été inclus, majoritairement des femmes (63%), d'un âge moyen de 86,9 ans. 73,9% étaient transportés aux urgences par une ambulance privée, pompiers ou secouristes. Les femmes étaient significativement plus nombreuses à vivre seules. Un tiers des patients avaient un état de santé antérieur normal à l'épisode aigu (classés A selon le score de Knaus). Des aides au domicile étaient retrouvées chez 62,5% des patients notamment pour le ménage (49,1%) et la toilette (39,3%). Aucune différence significative d'autonomie n'a été retrouvée en fonction du sexe. En revanche, une perte d'autonomie était associée à la présence d'antécédents cardio-vasculaires, neurologiques ou troubles cognitifs sévères. 93.9 % des patients avaient un motif somatique de venue aux urgences. Un examen biologique ou d'imagerie était réalisé pour 83% et 70% des patients, respectivement. Un quart des patients bénéficiaient d'un avis spécialisé et un tiers d'antalgiques durant leur prise en charge en médecine d'urgence. Moins de 2% ont eu recours à une assistante sociale. Le taux d'hospitalisation post-urgence était de 70%, avec une durée moyenne de séjour de 8.0±7.9 jours. Finalement, 73,9% des patients ont regagné leur domicile.

Mots-clefs : personnes âgées, service des urgences, aides, dépendance, autonomie, consommation de soins