

**ANNEE 2021**

N°

**Evaluation de la prise en charge gériatrique des personnes âgées de 75 ans et plus, admises au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Beaune, avant et après la mise en place d'une grille de repérage de la fragilité, nommée « Fiche de Fragilité »**

**THESE**

présentée

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

et soutenue publiquement le 28/05/2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Salima CHETOUH

Née le 17/01/1988

à DIJON

## **AVERTISSEMENT**

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

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

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

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

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours public

**ANNEE 2021**

**Evaluation de la prise en charge gériatrique des personnes âgées de 75 ans et plus, admises au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Beaune, avant et après la mise en place d'une grille de repérage de la fragilité, nommée « Fiche de Fragilité »**

**THESE**

présentée

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

et soutenue publiquement le 28/05/2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Salima CHETOUH

Née le 17/01/1988

à DIJON

Année Universitaire 2020-2021  
au 1<sup>er</sup> Septembre 2020

Doyen :  
Assesseurs :

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

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			<b>Discipline</b>
M.	Jean-Louis	<b>ALBERINI</b>	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	<b>BEDANE</b>	Dermato-vénérologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	<b>BOUHEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophtalmologie
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	Physiologie
Mme	Mary	<b>CALLANAN (WILSON)</b>	Hématologie type biologique
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	<b>CREHANGE</b>	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophtalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie générale
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale
Mme	Patricia	<b>FAUQUE</b>	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	<b>FRANCOIS-PURSSELL</b>	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	<b>GEORGES</b>	Pneumologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	<b>GUINOT</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépto-gastroentérologie
M.	Romarc	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie

M.	Jean-Francis	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIÉ</b>	Hématologie – transfusion
M.	Marco	<b>MIDULLA</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	<b>PAGES</b>	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	<b>PHILIPPE</b>	Génétique
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAY</b>	Médecine d'urgence
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
M.	Emmanuel	<b>SAPIN</b>	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	<b>SIMON</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

#### PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Alain	<b>BERNARD</b> (surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b> (Surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Maladies infectieuses

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			<b>Discipline Universitaire</b>
Mme	Lucie	<b>AMOUREUX BOYER</b>	Bactériologie
Mme	Louise	<b>BASMACIYAN</b>	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
M.	Mathieu	<b>BLOT</b>	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	<b>BOUILLET</b>	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
Mme	Marie-Lorraine	<b>CHRETIEN</b>	Hématologie
Mme	Vanessa	<b>COTTET</b>	Nutrition
M.	Damien	<b>DENIMAL</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	<b>GUENANCIA</b>	Physiologie
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	<b>LEGRAND</b>	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	<b>MARTZ</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	<b>PUTOT</b>	Gériatrie
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

## PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	<b>BEDENNE</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	<b>BESANCENOT</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	<b>BONIN</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Jean-Marie	<b>CASILLAS-GIL</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	<b>CAMUS</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean	<b>CUISENIER</b>	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean-Pierre	<b>DIDIER</b>	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	<b>DUMAS</b>	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Claude	<b>GIRARD</b>	(01/01/2019 au 31/08/2022)
M.	Maurice	<b>GIROUD</b>	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	<b>HILLON</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	François	<b>MARTIN</b>	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Henri-Jacques	<b>SMOLIK</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	<b>TROUILLOUD</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	<b>MAZALOVIC</b>	Médecine Générale
Mme	Claire	<b>ZABAWA</b>	Médecine Générale

## PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	<b>CANNET</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Jérôme	<b>BEAUGRAND</b>	Médecine Générale
M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
Mme	Anne	<b>COMBERNOUX -WALDNER</b>	Médecine Générale
M.	Benoit	<b>DAUTRICHE</b>	Médecine Générale
M.	Alexandre	<b>DELESVAUX</b>	Médecine Générale
M.	Rémi	<b>DURAND</b>	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

Mme	Lucie	<b>BERNARD</b>	Anglais
M.	Didier	<b>CARNET</b>	Anglais
Mme	Catherine	<b>LEJEUNE</b>	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	<b>JEGO</b>	Biologie Cellulaire

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

Mme	Marianne	<b>ZELLER</b>	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

### **PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE**

Mme	Marceline	<b>EVRARD</b>	Anglais
Mme	Lucie	<b>MAILLARD</b>	Anglais

### **PROFESSEURS CERTIFIES**

Mme	Anaïs	<b>CARNET</b>	Anglais
M.	Philippe	<b>DE LA GRANGE</b>	Anglais

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	Mathieu	<b>BOULIN</b>	Pharmacie clinique
M.	François	<b>GIRODON</b>	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	<b>KOHLI</b>	Immunologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	Philippe	<b>FAGNONI</b>	Pharmacie clinique
M.	Marc	<b>SAUTOUR</b>	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	<b>SCHMITT</b>	Pharmacologie

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

### **COMPOSITION DU JURY**

Président :

Pr MANCKOUNDIA Patrick

Membres :

Dr MARTZ Pierre

Pr associé CANNET Didier

Dr NUSS Valentine – Directrice de thèse

Dr CANEL Sophie



## SERMENT D'HIPPOCRATE

*Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

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

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.*

## REMERCIEMENTS

A notre maître, président du jury,

**Monsieur le Professeur Patrick MANCKOUNDIA**, vous me faites l'immense honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie d'avoir accepté de m'encadrer et de m'avoir orienté dans mon projet de thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre écoute, vos conseils éclairés et du temps que vous m'avez accordé tout au long de ce travail. Vous m'avez été d'une aide précieuse et je vous en suis très reconnaissante.

A notre maître, jury de thèse,

**Monsieur le Docteur Pierre MARTZ**, c'est un honneur pour moi de vous compter parmi les membres du jury. Je vous remercie pour le temps consacré à lire et juger ce travail. Veuillez accepter mes sincères remerciements.

A notre maître, jury de thèse,

**Monsieur le Professeur Didier CANNET**, merci pour l'honneur que vous me faites d'être membre du jury de cette thèse. Je vous suis reconnaissante du temps employé à lire et juger ce travail. Veuillez accepter mes sincères remerciements.

A notre maître, jury de thèse,

Madame le **Docteur Sophie CANEL**, c'est un honneur pour moi de vous compter parmi le jury de cette thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon projet. Merci pour votre bel accueil dans votre service. J'en garde un excellent souvenir. Je vous remercie également de m'avoir aidé dans les étapes de l'étude au sein de votre service. C'est aussi grâce à vous que ce travail a pu se faire. Merci pour votre disponibilité et votre gentillesse.

A notre maître, directrice de thèse,

**Madame le Docteur Valentine NUSS**, j'ai fait ta connaissance au cours de mon passage au SSR gériatrique du Centre Hospitalier de Beaune, et depuis mon attachement à la gériatrie s'est renforcé. C'est donc tout naturellement que je tiens à te remercier d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour ton écoute, ton encadrement, ta disponibilité et ta bienveillance tout au long de cette expérience. Ce fut un grand plaisir de travailler avec toi Valentine.

## Table des matières

Liste des tableaux.....	10
Liste des abréviations.....	11
1. INTRODUCTION.....	13
2. MATERIEL ET METHODE.....	17
2.1 Présentation de l'étude.....	17
2.2 Population et constitution des groupes.....	17
2.3 Paramètres recueillis.....	18
2.4 Comparaisons réalisées.....	21
2.5 Analyse statistique.....	21
3. RESULTATS.....	22
3.1 Taille des échantillons.....	22
3.2 Comparaisons des groupes « sans Fiche de Fragilité » et « avec Fiche de Fragilité ».....	22
3.3 Comparaison de la prise en charge gériatrique dans le GSFF et le GAFF.....	27
3.3.1 Comparaison entre les sous-groupes « avec prise en charge gériatrique » et « sans prise en charge gériatrique » dans le « groupe sans Fiche de Fragilité » et le « groupe avec Fiche de Fragilité ».....	27
3.3.2 Comparaison des patients du groupe « sans Fiche de Fragilité » ayant eu une prise en charge gériatrique à ceux du groupe « avec Fiche de Fragilité » ayant eu une prise en charge gériatrique.....	33
3.3.3 Description de la prise en charge par l'EMG dans le « groupe sans Fiche de Fragilité » et le « groupe avec Fiche de Fragilité ».....	37
4. DISCUSSION.....	38
4.1 Limites et biais de l'étude.....	42
4.2 Choix de l'outil « Fiche de Fragilité ».....	43
4.3 Place de l'EMG.....	43
4.4 Perspectives.....	44
5. CONCLUSIONS.....	46
6. BIBLIOGRAPHIE.....	50
7. ANNEXES.....	53

## Liste des tableaux

Tableau I : Données socio-démographiques et comparaison du GSFF et du GAFF. ....	22
Tableau II : Antécédents et comparaison du GSFF et du GAFF. ....	23
Tableau III : Données cliniques et comparaison du GSFF et du GAFF. ....	24
Tableau IV : Scores de fragilité et comparaison du GSFF et du GAFF. ....	25
Tableau V : Motifs d'admission et comparaison du GSFF et du GAFF. ....	25
Tableau VI : Diagnostics retenus et comparaison du GSFF et du GAFF. ....	26
Tableau VII : Données socio-démographiques et comparaison des sous-groupes APG et SPG dans le GSFF et le GAFF. ....	28
Tableau VIII : Antécédents et comparaison des sous-groupes APG et SPG dans le GSFF et le GAFF. ..	29
Tableau IX : Données cliniques et comparaison des sous-groupes APG et SPG dans le GSFF et le GAFF. ....	30
Tableau X : Motifs d'admission et comparaison des sous-groupes APG et SPG dans le GSFF et le GAFF. ....	30
Tableau XI : Diagnostics retenus et comparaison des sous-groupes APG et SPG dans le GSFF et le GAFF. ....	31
Tableau XII : Données socio-démographiques des patients avec prise en charge gériatrique et comparaison dans le GSFF et le GAFF. ....	33
Tableau XIII : Antécédents des patients avec prise en charge gériatrique et comparaison dans le GSFF et le GAFF. ....	34
Tableau XIV : Données cliniques des patients avec prise en charge gériatrique et comparaison dans le GSFF et le GAFF. ....	34
Tableau XV : Motifs d'admission des patients avec prise en charge gériatrique et comparaison dans le GSFF et le GAFF. ....	35
Tableau XVI : Diagnostics retenus des patients avec prise en charge gériatrique et comparaison dans le GSFF et le GAFF. ....	36

## Liste des abréviations

<b>ADL</b>	Activities of Daily Living
<b>AEG</b>	Altération de l'Etat Général
<b>APG</b>	Avec Prise en charge Gériatrique
<b>ATCD</b>	Antécédent
<b>AIT</b>	Accident Ischémique Transitoire
<b>AVC</b>	Accident Vasculaire Cérébral
<b>AVP</b>	Accident de la Voie Publique
<b>CFS</b>	Clinical Frailty Scale
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CHSJSL</b>	Centre Hospitalier Saint Joseph Saint Luc
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
<b>EGS-C</b>	Echelle Gériatrique Standardisée Courte
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>EMG</b>	Equipe Mobile de Gériatrie
<b>GAFF</b>	Groupe Avec Fiche de Fragilité
<b>GDS</b>	Geriatric Depression Scale
<b>GFST</b>	Gérontopôle Frailty Screening Tool
<b>GSFF</b>	Groupe Sans Fiche de Fragilité
<b>HTA</b>	Hypertension Artérielle
<b>IDE</b>	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
<b>ISAR</b>	Identification of Senior At Risk
<b>MGA</b>	Médecine Gériatrique Aigue
<b>MTEV</b>	Maladie Thrombo-Embolique Veineuse
<b>ORL</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
<b>RAD</b>	Retour A Domicile
<b>SAU</b>	Service d'Accueil des Urgences
<b>SEGA</b>	Short Emergency Geriatric Assessment
<b>SFGG</b>	Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
<b>SFMU</b>	Société Française de Médecine d'Urgence

<b>SPG</b>	Sans Prise en charge Gériatrique
<b>SSR</b>	Soins de Suite et de Réadaptation
<b>SUHB scale</b>	Echelle Steady Unsteady Help Bedbound
<b>TNCM</b>	Trouble Neuro Cognitif Majeur
<b>TNCm</b>	Trouble Neuro Cognitif Mineur
<b>UHCD</b>	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

## 1. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un enjeu majeur de santé publique. En France, ce vieillissement est lié à l'allongement de la durée de vie et à la présence de générations plus nombreuses dans les classes d'âges plus élevées (1).

Selon les derniers chiffres publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en France s'élève en janvier 2021 à près de 6 400 000, soit 9,5% de la population française (2). Toujours selon l'INSEE, d'ici 2070, les personnes âgées de plus de 65 ans représenteront la quasi-totalité de la croissance de la population ; celle-ci concernerait davantage les personnes âgées de plus de 75 ans (3).

En 2017, la Bourgogne Franche Comté était la deuxième région de France où la tranche des personnes âgées de plus de 75 ans est élevée, correspondant à un taux de 11% (4).

Dans une publication de l'INSEE de 2019, il était noté qu'en 2015, 30,2 % des personnes âgées de plus de 75 ans étaient en perte d'autonomie (5). Selon une définition citée dans un article de la revue sciences sociales et santé publié en 2007, « *la personne autonome est celle qui décide et agit seule, sans recours à une aide* ». Il est précisé également que « *la notion de dépendance réfère soit aux incapacités fonctionnelles de la personne (incapacités que l'on cherche à mesurer), soit à sa relation, plus ou moins intense, à un dispositif médical, social ou technique compensant ses incapacités* » (6).

La prévention de l'entrée dans la dépendance pour cette population âgée devient un enjeu décisif de notre société. En effet, la dépendance engendre une diminution importante de la qualité de vie, une augmentation du risque d'hospitalisation, d'institutionnalisation et de décès. C'est face à ce constat qu'apparaît la notion de fragilité (7). Le concept de fragilité se développe et est retrouvé significativement dans la littérature scientifique à partir des années 1990 (8).

En 2011, la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) a retenu la définition suivante de la fragilité: « *La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisations et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible.* » (7).

Ainsi, le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité, d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution (9,10). Selon les données françaises, basées sur différentes études, la définition de fragilité retenue et la population étudiée, la prévalence de la fragilité chez les personnes âgées est comprise entre 7 et 33% (10).

Les personnes âgées constituent une population particulière des services d'urgences chez qui sont plus fréquemment retrouvés un état de fragilité, de dépendance et une polyopathie qui conduisent à une prise en charge plus complexe que celle des autres patients (11). Dans une enquête publiée en 2007, menée dans la région Nord-Pas-De-Calais, il avait été observé que six personnes âgées sur dix hospitalisées avaient été admises par le biais des urgences (12).

Selon une conférence de consensus de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), 85 % des personnes âgées de plus de 75 ans présentent au moins une pathologie chronique, ce qui constitue un risque plus fréquent de décompensation et d'admission dans les services d'urgences, où le

nombre de passage augmente de 7% par an (13,14). En 2002, les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient 12 à 14% des admissions dans les services d'accueil des urgences (SAU) (13).

De plus, les médecins urgentistes ressentent des difficultés à prendre en charge les patients dits « gériatriques » car l'évaluation, le diagnostic, l'interprétation des anomalies cliniques nécessitent plus de temps ce qui engendre un ralentissement du flux (15).

En résulte une durée de prise en charge plus longue, avec une médiane de 4 heures pour les patients âgés de 75 ans ou plus, contre 2 heures et 10 minutes pour ceux âgés de 15 à 74 ans, en ne comptabilisant pas les patients admis en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) (16,17). De plus, 15 % des patients âgés de 75 ans ou plus restent au moins 8 heures aux urgences contre 6 % des 15-74 ans (11).

L'équipe mobile de gériatrie (EMG) joue un rôle essentiel dans le repérage précoce de la fragilité des personnes âgées dès l'arrivée aux urgences, ce qui permet une meilleure optimisation de la prise en charge intra-hospitalière du patient. Elle permet notamment de réduire la durée de séjour et les risques de décompensation de syndromes gériatriques en orientant plus précocement les patients fragiles dans la filière gériatrique, mais également de prévenir les réhospitalisations précoces (18).

Deux grands modèles de fragilité, très souvent étudiés dans la littérature, ont été validés et servent de référence.

Le premier est celui de Fried, développé en 2001, basé sur un phénotype dit « physique », comprenant des critères physiques (force musculaire, vitesse de marche, niveau d'activité physique...). Ce modèle reste l'outil le plus utilisé en terme de prédiction d'évènements défavorables comme les chutes, les hospitalisations, la mortalité et la dépendance (7,19).

Le second est celui de Rockwood, développé en 2005, basé sur l'accumulation des déficits en intégrant les sphères psychologique, cognitive et sociale aux autres critères du domaine médical (7,10,20).

En l'absence d'outil de repérage de la fragilité uniformément validé et fiable, des questionnaires dérivés du phénotype de Fried, qui est le mieux étudié vis-à-vis du risque d'entrée dans la dépendance, peuvent être utilisés, en lui ajoutant une ou deux questions intégrant les dimensions cognitive et sociale (21).

Afin de repérer la fragilité, il existe une multitude d'échelles. Dans un travail de thèse mené en 2015, il existait 71 échelles de fragilité mais seules 10 avaient des données de reproductibilité et d'efficacité (22). Par ailleurs, le remplissage de ces échelles est chronophage ce qui ne semble pas adapté à l'exercice aux urgences, où l'activité est très soutenue.

D'où le développement de plusieurs outils qui seraient plus faciles et rapides à utiliser au sein des services d'urgences, qui permettraient un gain de temps primordial.

Dans sa conférence de consensus de 2003, la SFMU recommande l'utilisation de trois outils: le score Activities of Daily Living (ADL), la mini-Geriatric Depression Scale (mini-GDS) et le score Identification of Senior At Risk (ISAR) (13,23).

Une étude australienne publiée en 2019, a comparé 3 outils de repérage de la fragilité, l'échelle de Fried, l'échelle Clinical Frailty Scale (CFS), qui est dérivée du modèle de Rockwood et l'échelle Steady Unsteady Help Bedbound (SUHB) scale, chez les patients âgés de plus de 65 ans au sein des services d'urgences. Elle a conclu que l'échelle qui serait la plus appropriée à l'utilisation dans un service d'urgence est la CFS, qui est aussi précise que les 2 autres échelles en terme de prédiction d'évènements défavorables (24).

En 2015, un outil à 10 items, nommé Echelle Gériatrique Standardisée Courte (EGS-C), a fait l'objet d'une étude qui a certes montré une meilleure performance prédictive concernant les parcours de soins compliqués des patients âgés hospitalisés après une admission aux urgences, par rapport à



d'autres échelles plus souvent étudiées, mais qui reste insuffisante pour en faire un outil décisionnel (25).

Cependant, aucun de ces outils ne s'est imposé comme référence dans les services d'urgences du fait de leurs performances moyennes ou de leur complexité d'utilisation.

C'est dans cet objectif qu'un travail d'élaboration d'un nouvel outil de repérage de la fragilité de la personne âgée a été mené depuis 2005 au sein du Centre Hospitalier (CH) Saint Joseph Saint Luc (CHSJSL) à Lyon, sous la coordination du Docteur Arnoux, médecin gériatre de l'EMG en collaboration avec les médecins urgentistes. L'outil, comptant 10 items, a été conçu en associant les items les plus pertinents pour définir la fragilité de la personne âgée en se référant aux connaissances gériatriques et aux outils de repérage le plus souvent utilisés tels que la grille ISAR, la plus étudiée et utilisée aux urgences ainsi que la grille Short Emergency Geriatric Assessment (SEGA) (23,26,27). Il a été mis en vigueur en 2008 et largement utilisé au CHSJSL depuis 2010, date à laquelle il a fait l'objet d'une étude de thèse menée par Gaillard (Annexe 1) (26). Par la suite, une modification a été réalisée en conservant les items les plus pertinents. Cet outil, correspondant à une grille, se nomme « Fiche de Fragilité ». Elle compte 8 items et peut être remplie par tous les intervenants des urgences, afin de repérer précocement la fragilité et ainsi proposer la prise en charge la mieux adaptée (Annexes 2) (23). Grâce à l'instauration de cette « Fiche de Fragilité », le taux de repérage au CHSJSL atteignait en 2012, 85% par mois contre 5% auparavant (26).

Le repérage des personnes âgées doit être ciblé afin d'intervenir sur les déterminants de la fragilité et de limiter les événements défavorables. Ceci passe par l'action des équipes gériatriques, notamment de l'EMG, qui prennent alors le relais du repérage, qui doit être réalisé précocement dès l'admission aux urgences, avec une évaluation gériatrique pour adapter au mieux la prise en charge de la personne âgée « fragile » (21).

En 2012, selon une étude menée par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG), la France comptait 216 EMG. Les EMG sont constituées d'au minimum un gériatre, un(e) infirmier(ère) diplômé(e) d'état (IDE) et une assistante sociale. Un peu plus de la moitié des EMG intervenaient aux urgences avec un délai moyen d'action de  $0,7 \pm 2,1$  jours (28). Le pivot de la filière gériatrique est constitué d'équipes mobiles de gériatrie (EMG) dont disposent 346 établissements de santé en 2017 et qui interviennent aujourd'hui très majoritairement en intra-hospitalier puisque seules 12% de leurs interventions sont réalisées en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou à domicile (9).

Les principaux motifs d'appel aux EMG sont les avis gériatriques et les aides à l'orientation de patients très âgés présentant des polyopathologies (28).

Une méta-analyse de la COCHRANE, publiée en 2011, a montré une réduction du risque d'institutionnalisation des personnes âgées, une amélioration de leur état cognitif et une baisse de la mortalité à 6 et 12 mois de suivi chez les patients ayant bénéficié d'une évaluation gérontologique par l'EMG aux urgences (28). Dans la littérature internationale, les expériences sont également hétérogènes. Des études randomisées (niveaux 1 et 2), comparant une prise en charge gériatrique versus une prise en charge standard, ont montré les bénéfices d'une évaluation gériatrique en termes d'autonomie physique et cognitive, de mortalité, de morbidité et de retard d'entrée en institution (13).

Une autre étude a montré une diminution des effets indésirables liés aux soins chez les patients évalués par l'EMG avec notamment une réduction des chutes, des escarres, des infections sur cathéter ainsi qu'une diminution de la durée d'hospitalisation (29).

L'EMG du CH de Beaune est composée d'un gériatre, de 2 IDE et d'une assistante sociale. Cette équipe intervient aux urgences, dans les services de spécialités à la demande des médecins de ces services et également en externe dans les EHPAD rattachés au CH de Beaune. Le gériatre effectue de plus des consultations gériatriques au sein du service de Médecine Gériatrique Aigue (MGA).

Au sein du CH de Beaune, une réflexion commune a été menée ces 2 dernières années entre l'EMG et le SAU sur l'importance du repérage de la fragilité des personnes âgées dans ce service. Dans le cadre de cette réflexion, la question de l'outil, le plus adapté et faisable aux urgences du CH a été discutée. C'est lors d'une conférence de gériatrie à Strasbourg en 2019 concernant le repérage de la fragilité de la personne âgée, que l'idée d'utiliser la grille de repérage nommée « Fiche de Fragilité » comme outil de repérage aux urgences du CH de Beaune est née. C'est dans ce contexte que cette étude a été réalisée, dont l'objectif était d'initier la mise en place de la « Fiche de Fragilité » au sein du SAU du CH de Beaune et d'étudier l'impact du dépistage de la fragilité aux urgences du CH de Beaune chez les patients âgés de 75 ans et plus à l'aide de cette fiche en termes d'orientation dans la filière gériatrique et de réhospitalisation.

## 2. MATERIEL ET METHODE

### 2.1 Présentation de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective et monocentrique réalisée au sein du service d'accueil des urgences du CH de Beaune.

L'objectif principal de l'étude était de montrer l'impact de la mise en place d'une « Fiche de Fragilité » sur le recours à la filière gériatrique des patients âgés de 75 ans et plus admis aux urgences et repérés « fragiles » .

### 2.2 Population et constitution des groupes

Tous les patients âgés de 75 ans et plus qui étaient admis dans le SAU du CH de Beaune ont été inclus.

Les critères de non inclusion comprenaient les patients décédés aux urgences dans la journée suivant leur admission au SAU et ceux transférés dans un CH extérieur le jour même de leur arrivée.

L'étude s'est déroulée en 2 phases successives. La 1<sup>ère</sup> phase a été menée durant 7 jours (17 au 23 septembre 2020) sans mise en place de la « Fiche de Fragilité » au SAU. Puis, la 2<sup>nde</sup> phase qui a également duré 7 jours (28 septembre au 04 octobre 2020) avec mise en place de la « Fiche de Fragilité » au sein du SAU.

Le nombre de sujets nécessaires pour mettre en évidence une différence significative a été calculé préalablement afin de permettre la comparaison des 2 groupes, en se basant sur 2 études ayant estimé à environ 15% le taux de patients « fragiles » bénéficiant d'une évaluation par l'EMG. Pour l'étude, le taux de succès a été défini comme l'amélioration de prise en charge gériatrique des patients « fragiles » à 50% (vs 15%) (26,30). Ce nombre était de 43 patients dans chaque groupe.

Durant la 1<sup>ère</sup> phase, le score de fragilité a été calculé à partir des données médicales présentes dans le dossier médical du patient. Les informations manquantes étaient recueillies auprès du patient ou de sa personne de confiance s'il n'était pas en capacité de répondre.

La « Fiche de Fragilité » n'a été mise en place au SAU qu'à la 2<sup>nde</sup> phase de l'étude. Avant de débiter cette phase, l'équipe médicale et paramédicale des urgences a été informée et sensibilisée à la mise en place de cette fiche pour tout patient âgé de 75 ans ou plus pris en charge au SAU du CH de Beaune. Cette fiche était remplie par les IDE d'accueil et d'orientation, les internes et les médecins. Il a été laissé au jugement du médecin senior la décision d'orientation du patient, la « Fiche de Fragilité » n'étant qu'une aide à l'évaluation de la fragilité du patient, sans influencer sa décision finale.

Pour les patients rentrant à domicile, ces fiches étaient ensuite récupérées par les secrétaires afin de les analyser ultérieurement.

Pour les patients hospitalisés, les fiches restaient dans les dossiers tout au long de leur séjour, pouvant ainsi être consultées par les médecins en charge des patients. Elles étaient ensuite récupérées dans le dossier du patient à sa sortie d'hospitalisation.

Nous avons fait le choix d'utiliser la « Fiche de Fragilité » dans la continuité du projet commun des urgentistes et des gériatres du CH de Beaune à mettre en place cette fiche dont ils avaient pris

connaissance lors d'une conférence de gériatrie à Strasbourg en 2019. De plus, elle a fait l'objet de 2 études au CHSJSL et y est utilisée depuis plusieurs années (26,31).

Une fiche explicative concernant l'étude a été intégrée dans chaque dossier de patients inclus, par les secrétaires du SAU puis remise aux patients.

### 2.3 Paramètres recueillis

Pour tous les sujets inclus, dans les 2 groupes, les données recueillies étaient les suivantes :

➤ Données démographiques

- Age
- Sexe
- Provenance
- Personne adressant le patient au SAU
- Mode de transport
- Mode de vie
- Personne de confiance
- Présence accompagnant
- Aides à domicile

➤ Antécédents / Comorbidités

- Hypertension artérielle (HTA)
- Pathologie Cardio-vasculaire
  - Cardiopathie ischémique
  - Insuffisance cardiaque
  - Valvulopathie
  - Trouble du rythme
  - Trouble de conduction
  - Artériopathie
  - Maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV)
- Diabète
- Accident vasculaire cérébral (AVC) / Accident ischémique transitoire (AIT)
- Pathologie respiratoire
- Insuffisance rénale
- Pathologie neurologique
  - Epilepsie
  - Maladie de Parkinson
- Trouble Neuro Cognitif Majeur (TNCM)
- Trouble Neuro Cognitif Mineur (TNCm)
- Pathologie psychiatrique
  - Dépression
  - Bipolarité
  - Schizophrénie
- Autres

- Hématologie
- Digestif
- Rhumatologie
- Urologie
- Chirurgie
- Néoplasie
- Dysthyroïdie

➤ Données cliniques

- Poly-médication : Nombre de traitements  $\geq 5$
- Perte de poids / maigreur
- Tristesse de l'humeur
- Désorientation temporo-spatiale
- Chute actuelle / Antécédent (ATCD) chute
- Hospitalisation au cours des 6 derniers mois

➤ Données recueillies aux urgences

- Motif d'admission
  - Chute
  - Confusion
  - Altération de l'état général (AEG)
  - Douleur thoracique / dyspnée
  - Douleur abdominale
  - Symptôme neurologique
  - Fièvre
  - Autres (Maintien à domicile difficile, douleurs diffuses, malaise, urologique, coma, Accident de la voie publique (AVP), pathologie Oto-rhino-laryngologie (ORL), psychiatrique)
- Diagnostic retenu par l'urgentiste
  - Chute / Traumatisme superficiel
  - Pathologie orthopédique
  - Pathologie cardio-vasculaire
  - Pathologie pulmonaire
  - Infection
  - Pathologie digestive
  - Pathologie urologique
  - Pathologie neurologique
  - AEG
  - Autres (Rhumatologique, métabolique/endocrinologique, maintien à domicile difficile, psychiatrique, confusion, ORL, piqure insecte, iatrogénie)
- Score de fragilité : total sur 8
- Durée de séjour aux urgences

- Orientation du patient à l'issue de son passage au SAU
  - Retour à domicile (RAD) / Retour EHPAD
  - Hospitalisation gériatrie
  - Hospitalisation médecine
  - Hospitalisation chirurgie
  - Hospitalisation UHCD
  - Hospitalisation réanimation / soins intensifs
  - Décédé aux urgences
  
- Réadmission au SAU et délai de réadmission au SAU (date limite d'évaluation le 10 décembre 2020)
  
- Intervention de l'EMG
  - Demande d'avis EMG
  - Personne demandant l'avis à l'EMG (médecin SAU / médecin autre service hospitalier)
  - Délai de recours à l'EMG
  - Délai d'intervention de l'EMG
  - Motif de la demande d'avis à l'EMG
  - Intervenants de l'EMG (médecin / IDE)
  - Champs d'intervention de l'EMG
    - Bilan gériatrique (consultation gériatrique)
    - Adaptation thérapeutique
    - Investigation diagnostique / thérapeutique
    - Soins de kinésithérapie
    - Consultation diététicienne
    - Evaluation par l'assistante sociale
    - Création dossier pour un EHPAD
    - Entrée en EHPAD
    - Hospitalisation en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)
    - Hospitalisation en gériatrie
    - RAD / Retour EHPAD
  
- Durée moyenne de séjour hospitalier
  
- Mortalité hospitalière (au 1<sup>er</sup> passage et au 2<sup>nd</sup> passage)

Tous ces paramètres ont été recueillis à postériori à partir du dossier médical papier et informatique des urgences ainsi que du dossier médical des services du CH de Beaune. Concernant les données non inscrites dans les dossiers médicaux, celles-ci ont été recueillies directement auprès du patient, ou de sa personne de confiance en présentiel ou par téléphone, après recueil oral de leur consentement.

## **2.4 Comparaisons réalisées**

Une analyse descriptive a été réalisée afin de comparer le groupe de la 1<sup>ère</sup> phase, avant mise en place de la « Fiche de Fragilité » aux urgences (groupe sans Fiche de Fragilité GSFF) au groupe de la 2<sup>nde</sup> phase, après mise en place de cette fiche de repérage (groupe avec Fiche de Fragilité GAFF).

Dans un premier temps, les 2 groupes, GSFF et GAFF, ont été comparés selon tous les paramètres recueillis, afin d'analyser leur comparabilité.

Ensuite, les patients ayant eu recours à la filière gériatrique dans le GSFF et le GAFF, comprenant l'hospitalisation en MGA et/ou l'intervention de l'EMG ont été comparés. Les comparaisons ont été faites dans un 1<sup>er</sup> temps, entre le sous-groupe « avec prise en charge gériatrique » (APG) et le sous-groupe « sans prise en charge gériatrique » (SPG), dans le GSFF et le GAFF. Dans un 2<sup>nd</sup> temps, ont été comparés les patients ayant eu recours à la filière gériatrique dans les GSFF et GAFF.

Enfin, une description des caractéristiques de prise en charge par l'EMG des patients dans le GAFF et le GSFF a été effectuée.

## **2.5 Analyse statistique**

Les variables catégorielles étaient exprimées en effectifs et pourcentages, tandis que les variables quantitatives l'étaient en moyennes et écart-types.

En analyse bivariée, les données ont été comparées en utilisant le test Chi2 ou Fisher pour les variables catégorielles et l'analyse des variances pour les variables quantitatives. Le test de Wilcoxon-Mann-Whitney a été utilisé pour les variables quantitatives.

La significativité statistique était définie pour  $p < 0.05$ .

### 3. RESULTATS

#### 3.1 Taille des échantillons

Durant la 1<sup>ère</sup> phase, 65 patients âgés de 75 ans et plus ont été admis au SAU. Quatre n'ont pas été inclus parmi lesquels 3 sont décédés le jour même de leur admission au SAU et une a été transférée le jour même de son admission au CH Universitaire (CHU) Dijon Bourgogne. Il y avait donc 61 patients inclus.

Durant la 2<sup>nde</sup> phase, 84 patients âgés de 75 ans et plus ont été admis au SAU. Trois n'ont pas été inclus parmi lesquels 2 ont été transférés au CHU Dijon Bourgogne et une est décédée au SAU. L'inclusion des patients s'est faite jusqu'à atteindre le nombre de sujets nécessaires. Parmi les 84 patients admis au SAU, 41 patients ont eu une « Fiche de Fragilité » remplie et retrouvée dans le dossier médical. Pour les 40 autres patients, les fiches n'ont pas été remplies, ni retrouvées dans les dossiers médicaux. Ils ont donc été considérés comme perdus de vue.

#### 3.2 Comparaisons des groupes « sans Fiche de Fragilité » et « avec Fiche de Fragilité »

##### 3.2.1 Caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques avec comparaison du GSFF et du GAFF sont listées dans le tableau I.

Tableau I : Données socio-démographiques et comparaison du GSFF et du GAFF.

Variable		GSFF N = 61	GAFF N = 41	p
Age (ans)	<i>Médiane [Q1-Q3]</i>	85 [79-90]	86 [83-91]	0.200
	<i>Moyenne ± écart-type</i>	84.80 ± 6.72	86.29 ± 5.66	0.200
		N (%)	N (%)	
Sexe	<i>Homme</i>	28 (45.90%)	16 (39.02%)	0.492
Provenance	<i>Domicile</i>	49 (80.33%)	38 (92.68%)	0.096
	<i>EHPAD</i>	12 (19.67%)	3 (7.32%)	0.096
Professionnel adresseur	<i>Médecin</i>	12 (19.67%)	7 (17.07%)	0.741
Mode de transport	<i>Personnel</i>	18 (29.51%)	9 (21.95%)	0.396
Mode de vie	<i>Seul</i>	23 (37.70%)	29 (70.73%)	<b>0.001</b>
Personne de confiance	<i>Désignée</i>	37 (60.66%)	8 (19.51%)	<b>&lt; 0.001</b>
Personne accompagnante	<i>Oui</i>	13 (21.31%)	9 (21.95%)	0.939
Intervenants / Aides à domicile	<i>Oui</i>	30 (49.18%)	24 (58.54%)	0.353

GSFF : Groupe sans Fiche de Fragilité, GAFF : Groupe avec Fiche de Fragilité, Q1 : 1<sup>er</sup> quartile, Q3 : 3<sup>ème</sup> quartile, N : nombre, EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.



Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes pour l'âge dont la moyenne était de 84.80 ± 6.72 ans dans le GSFF et 86.29 ± 5.66 ans dans le GAFF, (p=0.200).

La population totale comportait 58 femmes (57%) et 44 hommes (43%).

Le nombre de femmes (et d'hommes) était comparable dans les 2 groupes. Dans le GSFF, il y avait 28 hommes (45.90%) et 33 femmes (54.10%) et dans le GAFF, 16 hommes (39.02%) et 25 femmes (60.98%), (p=0.492).

Dans les 2 groupes, il y avait plus de patients provenant du domicile que d'un EHPAD. En effet, dans le GSFF on comptait 49 patients venant du domicile (80.33%) et 16 provenant d'EHPAD (19.67%) contre respectivement, 38 (92.68%) et 3 (7.32%) dans le GAFF, sans différence significative de répartition entre les 2 groupes, (p=0.096).

L'adresseur était le médecin dans 19.67% des cas dans le GSFF, et dans 17.07% des cas dans le GAFF, sans différence significative entre les 2 groupes, (p=0.741).

Les patients étaient amenés au SAU par une ambulance ou les pompiers dans 70.49% des cas dans le GSFF et 78.05% des cas dans le GAFF. Le reste des patients avaient utilisé un mode de transport personnel (entourage ou patient lui-même), soit 29.51% pour le GSFF et 21.95% pour le GAFF, sans différence significative entre les 2 groupes, (p=0.396).

Les patients vivant seuls étaient significativement plus présents dans le GAFF que dans le GSFF, respectivement 70.73% et 37.70%, (p=0.001).

Il y avait significativement plus de patients ayant désigné une personne de confiance dans le GSFF que dans le GAFF, respectivement 60.66% et 19.51%, (p<0.001).

Dans les 2 groupes, la majorité des patients était venue sans personne accompagnante, soit 78.69% dans le GSFF et 78.05% dans le GAFF, sans différence significative (p=0.939).

Dans les 2 groupes, environ la moitié des patients avait des aides à domicile, soit 49.18% dans le GSFF et 58.54% dans le GAFF, sans différence significative, (p=0.353).

### 3.2.2 Comparaison des comorbidités

Le tableau II reprend les antécédents avec comparaison du GSFF et du GAFF.

Tableau II : Antécédents et comparaison du GSFF et du GAFF.

Variable	GSFF	GAFF	P
	N = 61	N = 41	
	N (%)	N (%)	
HTA	41 (67.21%)	30 (73.17%)	0.521
Diabète	9 (14.75%)	9 (21.95%)	0.350
AVC/AIT	11 (18.03%)	7 (17.07%)	0.901
TNCM	10 (16.39%)	5 (12.20%)	0.557
TNCm	9 (14.75%)	8 (19.51%)	0.527
Insuffisance rénale	10 (16.39%)	3 (7.32%)	0.233
Pathologie cardio-vasculaire	44 (72.13%)	30 (73.17%)	0.908
Pathologie respiratoire	11 (18.03%)	9 (21.95%)	0.625
Pathologie neurologique	3 (4.92%)	1 (2.44%)	0.647
Pathologie psychiatrique	16 (26.23%)	9 (21.95%)	0.625
	<i>Dépression</i>	9 (21.95%)	
	<i>Bipolarité / Schizophrénie</i>	0	
Autres	50 (81.97%)	35 (85.37%)	0.652

GSFF : Groupe sans Fiche de Fragilité, GAFF : Groupe avec Fiche de Fragilité, HTA : Hypertension artérielle, AIT : Accident ischémique transitoire, AVC : Accident vasculaire cérébral, TNCM : Trouble neuro cognitif majeur, TNCm : Trouble neuro cognitif mineur, MTEV : Maladie thrombo-embolique veineuse.

Tous les antécédents étaient comparables dans les 2 groupes.

Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'HTA, 67.21% dans le GSFF et 73.17% dans le GAFF, l'insuffisance cardiaque, 49.18% dans le GSFF et 39.02% dans le GAFF, les troubles du rythme, 37.70% dans le GSFF et 41.46% dans le GAFF et la chirurgie, 67.21% dans le GSFF et 78.05% dans le GAFF.

### 3.2.3 Comparaison des principales données cliniques

Les données cliniques avec comparaison du GSFF et du GAFF sont listées dans le tableau III.

Tableau III : Données cliniques et comparaison du GSFF et du GAFF.

Variable	GSFF	GAFF	p
	N = 61	N = 41	
	N (%)	N (%)	
<b>Poly-médication (≥ 5 traitements)</b>	42 (68.85%)	30 (73.17%)	0.639
<b>Perte de poids / maigreur</b>	20 (32.79%)	9 (21.95%)	0.234
<b>Tristesse de l'humeur</b>	11 (18.03%)	4 (9.76%)	0.393
<b>Désorientation temporo-spatiale</b>	25 (40.98%)	14 (34.15%)	0.486
<b>Chute / Antécédent de chute</b>	45 (73.77%)	27 (65.85%)	0.390
<b>Hospitalisation &lt; 6 mois</b>	22 (36.07%)	12 (29.27%)	0.475

*GSFF : Groupe sans Fiche de Fragilité, GAFF : Groupe avec Fiche de Fragilité, N : nombre.*

En termes de données cliniques les 2 groupes étaient comparables.

Dans le GSFF, 68.85% des patients avaient 5 traitements ou plus dans leur ordonnance et 73.17% dans le GAFF (p= 0.639).

Une perte de poids ou une maigreur retrouvée dans 32.79% des cas dans le GSFF et 21.95% des cas dans le GAFF, sans différence significative entre les 2 groupes (p=0.234).

L'état de tristesse était présent chez 18.03% des patients du GSFF et 9.76% dans le GAFF, sans différence significative (p=0.393).

La proportion de patients présentant une désorientation temporo-spatiale, était de 40.98% dans le GSFF et de 34.15% dans le GAFF, sans différence significative (p=0.486).

L'item « chute » ou « antécédent de chute » était présent dans 73.77% des cas dans le GSFF et 65.85% des cas dans le GAFF, sans différence significative entre les 2 groupes (p=0.390).

Dans le GSFF, 36.07% des patients avaient été hospitalisés dans les 6 derniers mois et 29.27% dans le GAFF, sans différence significative (p=0.475).

### 3.2.4 Comparaison des scores de fragilité

Rappelons qu'un patient était considéré fragile pour un score de fragilité ≥ 3.

Le tableau IV décrit les scores de fragilité avec comparaison du GSFF et du GAFF.

Tableau IV : Scores de fragilité et comparaison du GSFF et du GAFF.

Variable	GSFF N = 61		GAFF N = 41		p
	N (%)		N (%)		
Score de fragilité	< 3	8 (13.11%)	10 (24.39%)	0.143	
	≥ 3	53 (86.89%)	31 (75.61%)		

GSFF : Groupe sans Fiche de Fragilité, GAFF : Groupe avec Fiche de Fragilité, N : nombre.

Dans le GSFF, 86.89% des patients avaient un score ≥ 3 et 75.61% dans le GAFF, sans différence significative entre les 2 groupes (p=0.143).

### 3.2.5 Comparaison des motifs d'admission

Les motifs d'admission avec comparaison du GSFF et du GAFF ont été répertoriés dans le tableau V.

Tableau V : Motifs d'admission et comparaison du GSFF et du GAFF.

Variable	GSFF N = 61		GAFF N = 41		p
	N (%)		N (%)		
Chute	23 (37.70%)	22 (53.66%)	0.112		
Confusion	4 (6.56%)	7 (17.07%)	0.112		
AEG	10 (16.39%)	10 (24.39%)	0.319		
Douleur thoracique / Dyspnée	13 (21.31%)	7 (17.07%)	0.597		
Douleur abdominale	8 (13.11%)	4 (9.76%)	0.758		
Symptôme neurologique	5 (8.20%)	2 (4.88%)	0.699		
Fièvre	6 (9.84%)	3 (7.32%)	0.737		
Autres	19 (31.15%)	9 (21.95%)	0.308		

GSFF : Groupe sans Fiche de Fragilité, GAFF : Groupe avec Fiche de Fragilité, N : nombre, AEG : Altération de l'état général.

Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant le motif d'admission. Le motif d'admission le plus fréquent était la chute représentant 37.70% des cas dans le GSFF et 53.66% dans le GAFF (p=0.112). Les autres motifs d'admission les plus représentés, étaient la douleur thoracique et/ou la dyspnée (21.31% des patients dans le GSFF et 17.07% dans le GAFF (p=0.597)), l'AEG (16.39% des cas dans le GSFF et 24.39% dans le GAFF (p=0.319)). La confusion était retrouvée dans 6.56% des cas dans le GSFF contre 17.07% dans le GAFF (p=0.112).

### 3.2.6 Diagnostic retenu par l'urgentiste en fonction des groupes avant et après introduction de la Fiche de Fragilité

Le tableau VI reprend tous les diagnostics retenus avec comparaison dans le GSFF et le GAFF.

Tableau VI : Diagnostics retenus et comparaison du GSFF et du GAFF.

Variable	GSFF	GAFF	p
	N = 61	N = 41	
	N (%)	N (%)	
Chute/Traumatisme superficiel	22 (36.07%)	18 (43.90%)	0.427
Pathologie orthopédique	7 (11.48%)	5 (12.20%)	0.912
Infection	8 (13.11%)	6 (14.63%)	0.827
Pathologie cardio-vasculaire	12 (19.67%)	7 (17.07%)	0.741
Pathologie pulmonaire	4 (6.56)	2 (4.88)	1
Pathologie digestive	3 (4.92)	5 (12.20)	0.262
Pathologie urologique	6 (9.84)	4 (9.76)	1
Pathologie neurologique	5 (8.20%)	3 (7.32%)	1
AEG	8 (13.11%)	5 (12.20%)	0.891
Autres	12 (19.67%)	6 (14.63%)	0.626

GSFF : Groupe sans Fiche de Fragilité, GAFF : Groupe avec Fiche de Fragilité, N : nombre, AEG : Altération de l'état général.

Les 2 groupes étaient comparables concernant les diagnostics retenus.

Le diagnostic le plus fréquemment retenu était la chute avec traumatisme superficiel, soit 36.07% des patients du GSFF et 43.90% dans le GAFF (p=0.427). En 2<sup>ème</sup> position se plaçait la pathologie cardio-vasculaire avec 19.67% des cas dans le GSFF et 17.07% dans le GAFF (p=0.741). Puis, venait l'infection chez 13.11% des patients du GSFF et 14.63% de ceux du GAFF, (p=0.827), l'AEG dans 13.11% des cas dans le GSFF contre 12.20% dans le GAFF (p=0.891), la pathologie orthopédique dans 11.48% des cas dans le GSFF et 12.20% dans le GAFF (p=0.912).

### 3.2.7 Durée de séjour aux urgences

La durée moyenne de séjour aux urgences était significativement plus élevée dans le GAFF que dans le GSFF, avec respectivement  $6.9 \pm 3.1$  heures et  $5.6 \pm 3.6$  heures (p=0.008).

### 3.2.8 Comparaison concernant l'orientation des patients

Dans le GSFF, 57.38% des patients étaient hospitalisés contre 63.41% dans le GAFF, sans différence significative entre les 2 groupes (p=0.542).

Dans le GAFF, 34.62% des patients avaient été hospitalisés en MGA et 17.14% dans le GSFF, sans différence significative (p=0.117).

### 3.2.9 Durée de séjour hospitalier

La durée moyenne de séjour hospitalier chez les patients hospitalisés était comparable dans les 2 groupes, soit  $9.4 \pm 13.2$  jours dans le GSFF et  $12.2 \pm 16.4$  jours dans le GAFF (p=0.830).

### **3.2.10 Comparaison de la mortalité hospitalière**

Les 2 groupes étaient comparables en termes de décès, que ce soit lors de la 1<sup>ère</sup> admission ou de la réadmission.

Lors de la 1<sup>ère</sup> admission, il y avait 3 décès, soit 4.92% des patients, dans le GSFF et 5 décès, soit 12.20 % des patients, dans le GAFF (p=0.262). Parmi les patients réadmis, on dénombrait 1 décès dans chaque groupe, soit 16.66% des patients réadmis dans chaque groupe (p=1).

### **3.2.11 Comparaison des réadmissions aux urgences**

Dans les 2 groupes, 6 patients ont été réadmis aux urgences après leur sortie d'hospitalisation, soit 10.34% dans le GSFF et 17.14% dans le GAFF, sans différence significative (p=0.343).

Concernant le délai de réadmission, sa moyenne était de  $8.63 \pm 8.68$  jours dans le GAFF et de  $4.12 \pm 4.18$  jours dans le GSFF, sans différence statistiquement significative (p=0.485).

## **3.3 Comparaison de la prise en charge gériatrique dans le GSFF et le GAFF**

Au total, 10 patients (16.39%) avaient bénéficié d'une prise en charge gériatrique dans le GSFF et 12 patients (29.26%) dans le GAFF, sans différence significative entre les 2 groupes (p=0.121).

### **3.3.1 Comparaison entre les sous-groupes « avec prise en charge gériatrique » et « sans prise en charge gériatrique » dans le « groupe sans Fiche de Fragilité » et le « groupe avec Fiche de Fragilité »**

#### **3.3.1.1 Comparaison des données socio-démographiques**

Dans le GSFF et le GAFF, il n'y avait pas de différence significative concernant les données socio-démographiques entre les patients des sous-groupes APG et SPG.

Le tableau VII reprend les données socio-démographiques avec comparaison des sous-groupes APG et SPG dans le GAFF et le GSFF.

Tableau VII : Données socio-démographiques et comparaison des sous-groupes APG et SPG dans le GSFF et le GAFF.

Variable		GSFF N=61			GAFF N=41		
		SPG N=51	APG N=10	p	SPG N=29	APG N=12	p
		N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	
Age (ans)	<i>Médiane [Q1-Q3]</i> <i>Moyenne ± écart-type</i>	85 [78-89] 84.48 ± 6.48	85 [79.25-92.5] 86.5 ± 8.03	0.424	86 [83-91] 86.41 ± 5.90	86.5 [82.75-88.5] 86 ± 5.27	0.818
Sexe	<i>Homme</i>	22 (43.14%)	6 (60%)	0.490	13 (44.83%)	3 (25%)	0.305
Provenance	<i>EHPAD</i> <i>Domicile</i>	9 (17.64%) 42 (82.35%)	3 (30%) 7 (70%)	0.397	2 (6.90%) 27 (93.10%)	1 (8.33%) 11 (91.67%)	1
Professionnel adresseur	<i>Médecin</i>	10 (19.61%)	2 (20%)	1	3 (10.34%)	4 (33.33%)	0.165
Mode de transport	<i>Personnel</i>	17 (33.33%)	1 (10%)	0.256	7 (24.13%)	2 (16.67%)	0.702
Mode de vie	<i>Seul</i>	20 (39.22%)	3 (30%)	0.729	19 (65.52%)	10 (83.33%)	0.452
Personne de confiance	<i>Désignée</i>	31 (60.78%)	6 (60%)	1	5 (17.24%)	3 (25%)	0.672
Personne accompagnante	<i>Oui</i>	11 (21.57%)	2 (20%)	1	7 (24.14%)	2 (16.67%)	0.702
Intervenants / Aides à domicile	<i>Oui</i>	24 (47.06%)	6 (60%)	0.508	19 (65.52%)	5 (41.67%)	0.183

GSFF : Groupe sans Fiche de Fragilité, GAFF : Groupe avec Fiche de Fragilité, SPG : Sans prise en charge gériatrique, APG : Avec prise en charge gériatrique, N : Nombre, Q1 : 1<sup>er</sup> quartile, Q3 : 3<sup>ème</sup> quartile, EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

### 3.3.1.2 Comparaison des comorbidités

Dans les 2 sous-groupes du GSFF, il n'y avait pas de différence significative concernant les antécédents sauf pour la pathologie respiratoire présente chez la moitié des patients du sous-groupe APG, contre 6 patients (11.76%) du sous-groupe SPG (p=0.012) et la pathologie cardiovasculaire qui était présente chez tous les patients du sous-groupe APG, et chez 34 patients (66.67%) du sous-groupe SPG (p=0.049).

Dans le GAFF, il n'y avait pas de différence significative entre les 2 sous-groupes en termes d'antécédents, hormis pour les AVC/AIT, plus présents dans le sous-groupe APG que dans le sous-groupe SPG, respectivement 41.6% vs 6.9%, (p=0.016) et pour la pathologie respiratoire non retrouvée dans le sous-groupe APG contre 31% dans le sous-groupe SPG (p=0.040). (cf tableau VIII).

Tableau VIII : Antécédents et comparaison des sous-groupes APG et SPG dans le GSFF et le GAFF.

Variable	GSFF N = 61			GAFF N = 41		
	SPG N = 51	APG N = 10	<i>p</i>	SPG N = 29	APG N = 12	<i>p</i>
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	
HTA	35 (68.63%)	6 (60%)	0.716	19 (65.52%)	11 (91.67%)	0.128
Diabète	8 (15.69%)	1 (10%)	1	8 (27.59%)	1 (8.33%)	0.240
AVC/AIT	9 (17.65%)	2 (20%)	1	2 (6.90%)	5 (41.67%)	0.016
TNCM	9 (17.65%)	1 (10%)	1	4 (13.79%)	1 (8.33%)	1
TNCm	6 (11.76%)	3 (30%)	0.157	4 (13.79%)	4 (33.33%)	0.202
Insuffisance rénale	8 (15.69%)	2 (20%)	0.663	3 (10.34%)	0	0.543
Pathologie cardio-vasculaire	34 (66.67%)	10 (100%)	0.05	22 (75.86%)	8 (66.67%)	0.701
Pathologie respiratoire	6 (11.76%)	5 (50%)	<b>0.012</b>	9 (31.03%)	0	<b>0.04</b>
Pathologie neurologique	3 (5.88%)	0	1	1 (3.45%)	0	1
Pathologie psychiatrique	12 (23.53%)	4 (40%)	0.431	6 (20.69%)	3 (25%)	1
<i>Dépression</i>	11 (21.57%)	4 (40%)		6 (20.69%)	3 (25%)	
<i>Bipolarité/Schizophrénie</i>	3 (5.88%)	0		0	0	
Autres	43 (84.31%)	7 (70%)	0.367	24 (82.76%)	11 (91.67%)	0.651

GSFF : Groupe sans Fiche de Fragilité, GAFF : Groupe avec Fiche de Fragilité, SPG : Sans prise en charge gériatrique, APG : Avec prise en charge gériatrique, N : Nombre, HTA : Hypertension artérielle, AVC : Accident vasculaire cérébral, AIT : Accident ischémique transitoire, TNCM : Trouble neuro cognitif majeur, TNCm : Trouble neuro cognitif mineur.

### 3.3.1.3 Comparaison des données cliniques

Dans le GSFF et le GAFF, il n'y avait pas de différence significative entre les sous-groupes APG et SPG, concernant les données cliniques.

Dans le GSFF, 60% des patients du sous-groupe APG avaient perdu du poids et/ou étaient maigres contre 27.5% dans le sous-groupe SPG, sans différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=0.066$ ).

Dans le GAFF, 41.6% des patients du sous-groupe APG avaient perdu du poids et/ou étaient maigres contre 13.7% dans le sous-groupe SPG, sans différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=0.092$ ). (cf tableau IX).

Tableau IX : Données cliniques et comparaison des sous-groupes APG et SPG dans le GSFF et le GAFF.

Variable	GSFF N = 61			GAFF N = 41		
	SPG N = 51	APG N = 10	<i>p</i>	SPG N = 29	APG N = 12	<i>p</i>
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
<b>Poly-médication (≥ 5 traitements)</b>	34 (66.67%)	8 (80%)	0.485	21 (72.41%)	9 (75%)	1
<b>Perte de poids / maigreur</b>	14 (27.45%)	6 (60%)	0.066	4 (13.79%)	5 (41.67%)	0.092
<b>Tristesse de l'humeur</b>	8 (15.69%)	3 (30%)	0.367	2 (6.90%)	2 (16.67%)	0.567
<b>Désorientation temporo-spatiale</b>	22 (43.14%)	3 (30%)	0.505	9 (31.03%)	5 (41.67%)	0.719
<b>Chute / Antécédent de chute</b>	38 (74.51%)	7 (70%)	0.713	19 (65.52%)	8 (66.67%)	1
<b>Hospitalisation &lt; 6 mois</b>	19 (37.25%)	3 (30%)	0.735	9 (31.03%)	3 (25%)	1

GSFF : Groupe sans Fiche de Fragilité, GAFF : Groupe avec Fiche de Fragilité, N : nombre, SPG : Sans prise en charge gériatrique, APG : Avec prise en charge gériatrique.

### 3.3.1.4 Comparaison des motifs d'admission

Dans le GSFF et le GAFF, il n'y avait pas de différence significative entre les sous-groupes APG et SPG, concernant le motif d'admission, sauf pour la confusion, qui était présente dans le GSFF, chez 40% des patients du sous-groupe APG, et chez aucun patient du sous-groupe SPG ( $p=0.009$ ). Dans le GAFF, 41.6% des patients du sous-groupe APG et 6.9% des patients du sous-groupe SPG avaient une confusion, avec une différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=0.016$ ). (cf tableau X).

Tableau X : Motifs d'admission et comparaison des sous-groupes APG et SPG dans le GSFF et le GAFF.

Variable	GSFF N = 61			GAFF N = 41		
	SPG N = 51	APG N = 10	<i>p</i>	SPG N = 29	APG N = 12	<i>p</i>
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	
<b>Chute</b>	19 (37.25%)	4 (40%)	1	14 (48.28%)	8 (66.67%)	0.325
<b>Confusion</b>	0	4 (40%)	<b>0.009</b>	2 (6.87%)	5 (41.67%)	<b>0.016</b>
<b>AEG</b>	7 (13.73%)	3 (30%)	0.345	6 (20.69%)	4 (33.33%)	0.441
<b>Douleur thoracique / Dyspnée</b>	10 (19.61%)	3 (30%)	0.432	7 (24.14%)	0	0.085
<b>Douleur abdominale</b>	7 (13.73%)	1 (10%)	1	3 (10.34%)	1 (8.33%)	1
<b>Symptôme neurologique</b>	4 (7.84%)	1 (10%)	1	1 (3.45%)	1 (8.33%)	0.505
<b>Fièvre</b>	4 (7.84%)	2 (20%)	0.253	2 (6.87%)	1 (8.33%)	1
<b>Autres</b>	18 (38.29%)	1 (10%)	0.151	6 (20.69%)	3 (25%)	1

GSFF : Groupe sans Fiche de Fragilité, GAFF : Groupe avec Fiche de Fragilité, SPG : Sans prise en charge gériatrique, APG : Avec prise en charge gériatrique, N : Nombre, AEG : Altération de l'état général.



### 3.3.1.5 Comparaison des diagnostics retenus par les urgentistes

Dans le GSFF, le diagnostic retenu le plus retrouvé dans le sous-groupe APG était la pathologie cardio-vasculaire avec 50% des patients contre 13.72% dans le sous-groupe SPG, avec une différence significative ( $p=0.019$ ).

Dans le GAFF, le diagnostic retenu le plus présent dans le sous-groupe APG était la pathologie neurologique avec 25% des patients de ce sous-groupe contre aucun patient dans le sous-groupe SPG, avec une différence significative ( $p=0.021$ ).

Pour tous les autres diagnostics retenus, il n'y avait pas de différence significative entre les 2 sous-groupes des GSFF et GAFF. (cf tableau XI).

Tableau XI : Diagnostics retenus et comparaison des sous-groupes APG et SPG dans le GSFF et le GAFF.

Variable	GSFF N = 61			GAFF N = 41		
	SPG N = 51	APG N = 10	p	SPG N = 29	APG N = 12	p
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	
Chute/Traumatisme superficiel	19 (37.25%)	3 (30%)	0.735	13 (25.49%)	5 (41.67%)	1
Pathologie orthopédique	7 (13.72%)	0	0.587	3 (10.34%)	2 (16.67%)	0.620
Infection	5 (9.80%)	3 (30%)	0.115	5 (17.24%)	1 (8.33%)	0.651
Pathologie cardio-vasculaire	7 (13.72%)	5 (50%)	<b>0.019</b>	6 (20.69%)	1 (8.33%)	0.651
Pathologie pulmonaire	4 (7.84%)	0	1	2 (6.90%)	0	1
Pathologie digestive	3 (5.88%)	0	1	4 (13.79%)	1 (8.33%)	1
Pathologie urologique	4 (7.84%)	2 (20%)	0.253	3 (10.34%)	1 (8.33%)	1
Pathologie neurologique	4 (7.84%)	1 (10%)	1	0	3 (25%)	<b>0.021</b>
AEG	6 (11.76%)	2 (20%)	0.607	2 (6.90%)	3 (25%)	0.140
Autres	11 (21.57%)	1 (10%)	0.670	3 (10.34%)	3 (25%)	0.334

GSFF : Groupe sans Fiche de Fragilité, GAFF : Groupe avec Fiche de Fragilité, SPG : Sans prise en charge gériatrique, APG : Avec prise en charge gériatrique, N : Nombre, AEG : Altération de l'état général.

### 3.3.1.6 Comparaison des scores de fragilité

Dans le GSFF, tous les patients du sous-groupe APG avaient un score  $\geq 3$  contre 84% des patients du sous-groupe SPG, sans différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=0.332$ ).

Dans le GAFF, 11 des 12 patients (91.67%) du sous-groupe APG avaient un score  $\geq 3$  contre 20 patients sur 29 (68.97%) du sous-groupe SPG, sans différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=0.231$ ).

### 3.3.1.7 Comparaison de la durée de séjour aux urgences

Dans le GSFF, la durée moyenne de séjour aux urgences dans les 2 sous-groupes était statistiquement similaire avec une moyenne de  $5.60 \pm 3.77$  heures dans le sous-groupe SPG vs  $5.57 \pm 3.05$  heures dans le sous-groupe APG ( $p=0.868$ ).

Dans le GAFF, la durée moyenne de séjour aux urgences dans le sous-groupe APG était significativement plus élevée que dans le sous-groupe SPG, respectivement  $8.19 \pm 2.64$  heures contre  $6.47 \pm 3.19$  heures ( $p=0.049$ ).

### **3.3.1.8 Comparaison de l'orientation des patients**

Dans le GSFF, tous les patients du sous-groupe APG avaient été hospitalisés contre 49% dans le sous-groupe SPG, avec une différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=0.003$ ).

Dans le GAFF, tous les patients du sous-groupe APG avaient été hospitalisés contre 48.28% dans le sous-groupe SPG, avec une différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=0.001$ ).

### **3.3.1.9 Comparaison de la mortalité**

Dans le GSFF, aucun patient n'était décédé dans le sous-groupe APG contre 3 décès (5.88%) dans le sous-groupe SPG, sans différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=1$ ).

Dans le GAFF, on comptait 4 décès sur les 12 patients du sous-groupe APG et 1 décès sur les 29 patients du sous-groupe SPG, avec une différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=0.02$ ).

### **3.3.1.10 Comparaison des réadmissions aux urgences**

Dans le GSFF, aucun patient du sous-groupe APG n'a été réadmis aux urgences après sa sortie d'hospitalisation contre 6 patients (11.76%) dans le sous-groupe SPG, sans différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=0.577$ ).

Dans le GAFF, 1 patient (8.33%) du sous-groupe APG a été réadmis aux urgences après sa sortie d'hospitalisation contre 5 patients (17.24%) dans le sous-groupe SPG, sans différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=0.651$ ).

### 3.3.2 Comparaison des patients du groupe « sans Fiche de Fragilité » ayant eu une prise en charge gériatrique à ceux du groupe « avec Fiche de Fragilité » ayant eu une prise en charge gériatrique

#### 3.3.2.1 Comparaison selon les données socio-démographiques

La moyenne d'âge des patients ayant eu une prise en charge gériatrique était significativement plus élevée dans le GSFF que dans le GAFF, respectivement  $86.5 \pm 8.03$  ans vs  $86 \pm 5.27$  ans ( $p < 0.001$ ).

Dans le GAFF, 75% des patients ayant eu recours à la filière gériatrique étaient des femmes contre 40% dans le GSFF, sans différence statistiquement significative entre les 2 groupes ( $p=0.192$ ).

Les patients provenaient plus souvent du domicile, soit 70% dans le GSFF et 91.7% dans le GAFF, sans différence significative entre les 2 groupes ( $p=0.293$ ).

Il y avait significativement plus de patients vivant seuls dans le GAFF que dans le GSFF, respectivement 83.3% vs 30% ( $p=0.027$ ).

Pour le reste des données socio-démographiques, il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes.

Toutes ces données sont reprises dans le tableau XII.

Tableau XII : Données socio-démographiques des patients avec prise en charge gériatrique et comparaison dans le GSFF et le GAFF.

Variable		Avec prise en charge gériatrique		p
		GSFF N = 10	GAFF N = 12	
		N(%)	N(%)	
Age (ans)	<i>Médiane [Q1-Q3]</i>	85[79.25-92.5]	86.5 [82.75-88.5]	<b>&lt;0.001</b>
	<i>Moyenne ± écart-type</i>	$86.5 \pm 8.03$	$86 \pm 5.27$	
Sexe	<i>Homme</i>	6 (60%)	3 (25%)	0.192
Provenance	<i>EHPAD</i>	3 (30%)	1 (8.33%)	0.293
	<i>Domicile</i>	7 (70%)	11 (91.67%)	
Professionnel adresseur	<i>Médecin</i>	2 (20%)	4 (33.33%)	0.646
Mode de transport	<i>Personnel</i>	1 (10%)	2 (16.67%)	1
Mode de vie	<i>Seul</i>	3 (30%)	10 (83.33%)	<b>0.027</b>
Personne de confiance désignée	<i>Oui</i>	6 (60%)	3 (25%)	0.192
Personne accompagnante	<i>Oui</i>	2 (20%)	2 (16.67%)	1
Intervenants / Aides à domicile	<i>Oui</i>	6 (60%)	5 (41.67%)	0.670

GSFF : Groupe sans Fiche de Fragilité, GAFF : Groupe avec Fiche de Fragilité, N : Nombre, Q1 : 1<sup>er</sup> quartile, Q3 : 3<sup>ème</sup> quartile, EHPAD : Etablissement pour personnes âgées dépendantes.

### 3.3.2.2 Comparaison des comorbidités et des données cliniques

On ne retrouvait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant les antécédents, hormis pour la pathologie respiratoire qui était présente chez 50% des patients ayant eu une prise en charge gériatrique dans le GSFF et aucun des patients du GAFF, (p=0.01). (cf tableau XIII)

Concernant les données cliniques des patients ayant eu une prise en charge gériatrique, il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes. (cf tableau XIV).

Tableau XIII : Antécédents des patients avec prise en charge gériatrique et comparaison dans le GSFF et le GAFF.

Variable	Avec prise en charge gériatrique		p
	GSFF N = 10 N(%)	GAFF N = 12 N(%)	
HTA	6 (60%)	11 (91.67%)	0.135
Diabète	1 (10%)	1 (8.33%)	1
AVC/AIT	2 (20%)	5 (41.67%)	0.381
TNCM	1 (10%)	1 (8.33%)	1
TNCm	3 (30%)	4 (33.33%)	1
Insuffisance rénale	2 (20%)	0	0.195
Pathologie cardio-vasculaire	10 (10%)	8 (66.67%)	0.096
Pathologie respiratoire	5 (50%)	0	<b>0.01</b>
Trouble neurologique	0	0	1
Pathologie psychiatrique	4 (40%)	3 (25%)	0.652
<i>Dépression</i>	4 (40%)	3 (25%)	
<i>Bipolarité/Schizophrénie</i>	0	0	
<b>Autres</b>	7 (70%)	11 (91.67%)	0.293

GSFF : Groupe sans Fiche de Fragilité, GAFF : Groupe avec Fiche de Fragilité, N : Nombre, HTA: Hypertension artérielle, AVC : Accident vasculaire cérébral, AIT : Accident ischémique transitoire, TNCM : Trouble neuro cognitif majeur, TNCm : Trouble neuro cognitif mineur

Tableau XIV : Données cliniques des patients avec prise en charge gériatrique et comparaison dans le GSFF et le GAFF.

Variable	Avec prise en charge gériatrique		p
	GSFF N = 10 N(%)	GAFF N = 12 N(%)	
Poly-médication (> 5 traitements)	8 (80%)	9 (75%)	1
Perte de poids / maigreur	6 (60%)	5 (41.67%)	0.670
Tristesse de l'humeur	3 (30%)	2 (16.67%)	0.624
Désorientation temporo-spatiale	3 (30%)	5 (42.67%)	0.675
Chute / Antécédent de chute	7 (70%)	8 (66.67%)	1
Hospitalisation < 6 mois	3 (30%)	3 (25%)	1

GSFF : Groupe sans Fiche de Fragilité, GAFF : Groupe avec Fiche de Fragilité, N : nombre.

### 3.3.2.3 Comparaison des motifs d'admission

Les 3 motifs d'admission les plus représentés chez les patients ayant eu une prise en charge gériatrique étaient la chute avec 66.7% des cas dans le GAFF et 40% dans le GSFF, ( $p=0.391$ ), la confusion avec 41.7% des cas dans le GAFF et 40% dans le GSFF, ( $p=1$ ), l'AEG avec 33.3% des cas dans le GAFF et 30% dans le GSFF, ( $p=1$ ), sans différence significative entre le GSFF et le GAFF. (cf tableau XV).

Tableau XV : Motifs d'admission des patients avec prise en charge gériatrique et comparaison dans le GSFF et le GAFF.

Variable	Avec prise en charge gériatrique		
	GSFF N = 10 N(%)	GAFF N = 12 N(%)	<i>p</i>
<b>Chute</b>	4 (40%)	8 (66.67%)	0.391
<b>Confusion</b>	4 (40%)	5 (41.67%)	1
<b>AEG</b>	3 (30%)	4 (33.33%)	1
<b>Douleur thoracique / Dyspnée</b>	3 (30%)	0	0.078
<b>Douleur abdominale</b>	1 (10%)	1 (8.33%)	1
<b>Symptôme neurologique</b>	1 (10%)	1 (8.33%)	1
<b>Fièvre</b>	2 (20%)	1 (8.33%)	0.571
<b>Autres</b>	1 (10%)	3 (25%)	0.594

*GSFF : Groupe sans Fiche de Fragilité, GAFF : Groupe avec Fiche de Fragilité, N : nombre, AEG : Altération de l'état général.*

### 3.3.2.4 Comparaison des diagnostics retenus par l'urgentiste

Pour tous les diagnostics retenus, aucune différence significative n'était notée entre les patients des 2 groupes ayant eu une prise en charge gériatrique.

Dans le GAFF, les 3 diagnostics retenus les plus fréquemment retrouvés chez les patients ayant bénéficié de la filière gériatrique étaient la chute/traumatisme superficiel dans 41.7% des cas, l'AEG dans 25% des cas, tout comme la pathologie neurologique, tandis que dans le GSFF les diagnostics retenus les plus représentés étaient la pathologie cardio-vasculaire dans 50% des cas, la chute dans 30% des cas tout comme la pathologie infectieuse. (cf tableau XVI).

Tableau XVI : Diagnostics retenus des patients avec prise en charge gériatrique et comparaison dans le GSFF et le GAFF.

Variable	Avec prise en charge gériatrique		p
	GSFF N = 10 N(%)	GAFF N = 12 N(%)	
<b>Chute/Traumatisme superficiel</b>	3 (30%)	5 (41.67%)	0.675
<b>Pathologie orthopédique</b>	0	2 (16.67%)	0.481
<b>Infection</b>	3 (30%)	1 (8.33%)	0.293
<b>Pathologie cardio-vasculaire</b>	5 (50%)	1 (8.33%)	0.056
<b>Pathologie pulmonaire</b>	0	0	1
<b>Pathologie digestive</b>	0	1 (8.33%)	1
<b>Pathologie urologique</b>	2 (20%)	1 (8.33%)	0.594
<b>Pathologie neurologique</b>	1 (10%)	3 (25%)	0.594
<b>AEG</b>	2 (20%)	3 (25%)	1
<b>Autres</b>	1 (10%)	3 (25%)	0.594

GSFF : Groupe sans Fiche de Fragilité, GAFF : Groupe avec Fiche de Fragilité, N : nombre, AEG : Altération de l'état général.

### 3.3.2.5 Comparaison des scores de fragilité

Dans le GSFF, tous les patients ayant eu une prise en charge gériatrique avaient un score de fragilité  $\geq 3$  et dans le GAFF 11 patients sur 12 avaient un score  $\geq 3$ , sans différence significative ( $p=1$ ).

### 3.3.2.6 Comparaison de la durée de séjour aux urgences

La durée moyenne de séjour aux urgences était significativement plus élevée pour les patients ayant eu recours la filière gériatrique dans le GAFF que dans le GSFF, respectivement  $8.19 \pm 2.64$  heures et  $5.58 \pm 3.06$  heures ( $p=0.044$ ).

### 3.3.2.7 Comparaison de l'orientation des patients et de la mortalité

Dans les 2 groupes, tous les patients ayant eu une prise en charge gériatrique ont été hospitalisés. Dans le GAFF, il y avait 4 décès sur les 12 patients ayant eu une prise en charge gériatrique, tandis qu'aucun patient n'était décédé dans le GSFF, sans différence significative entre les 2 groupes ( $p=0.096$ ).

### 3.3.2.8 Comparaison concernant les réadmissions

Un des 12 patients ayant eu recours à la filière gériatrique dans le GAFF a été réadmis dans le mois suivant sa sortie de MGA. Dans le GSFF, aucun des patients ayant bénéficié d'une prise en charge gériatrique, n'a été réadmis, sans différence significative entre les 2 groupes ( $p=1$ ).

### 3.3.2.9 Comparaison de la durée de séjour hospitalier

Pour les patients ayant eu une prise en charge gériatrique, la durée moyenne de séjour hospitalier était de  $18.15 \pm 15.52$  jours dans le GAFF et de  $15.47 \pm 6.86$  jours dans le GSFF, sans différence significative entre les 2 groupes ( $p=0.923$ ).

### 3.3.3 Description de la prise en charge par l'EMG dans le « groupe sans Fiche de Fragilité » et le « groupe avec Fiche de Fragilité »

Quatre patients de chaque groupe avaient bénéficié d'une prise en charge par l'EMG, soit 6.56% des patients du GSFF et 9.76% du GAFF, sans différence significative entre les 2 groupes ( $p=0.711$ ).

Dans les 2 groupes, la professionnel faisant appel à l'EMG était en majorité le médecin du service de médecine accueillant le patient. Le taux était de 100% dans le GSFF et de 75% dans le GAFF ( $p=1$ ). Un médecin urgentiste avait fait appel à l'EMG dans le GAFF.

Le délai moyen d'appel à l'EMG était de  $8.88 \pm 9.68$  jours dans le GAFF et de  $4.83 \pm 2.49$  jours dans le GSFF, sans différence significative entre les 2 groupes ( $p=0.886$ ).

Concernant le délai moyen d'intervention de l'EMG, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes, qui était de  $2.13 \pm 2.02$  heures dans le GAFF et de  $2.75 \pm 2.72$  heures dans le GSFF ( $p=1$ ).

Dans le GSFF, les motifs d'appel à l'EMG étaient la chute pour 2 patients, la confusion pour 3 patients, les troubles neuro cognitifs pour 3 patients et l'AEG pour 1 patient.

Dans le GAFF, les motifs d'appel à l'EMG étaient la chute pour 2 patients, la confusion pour 1 patient, les troubles neuro cognitifs pour 1 patient et l'AEG pour 2 patients.

Dans le GSFF, aucun des patients sortis d'hospitalisation n'a été réadmis dans les 2 mois suivants sa sortie.

Dans le GAFF, un patient sur les 4 était décédé durant son hospitalisation, 1 des patients était encore hospitalisé 2 mois après l'inclusion, 2 patients sortis d'hospitalisation, n'ont pas été réadmis dans le mois suivant leur sortie.

Ce qui représente au total sur les 8 patients pris en charge par l'EMG, 12,5% de décès, 12,5% encore hospitalisés. Il y avait 66.67% des patients qui étaient sortis d'hospitalisation et qui n'avaient pas été réadmis dans les 2 mois suivants leur sortie et aucun patient réadmis dans le mois suivant la sortie.

## 4. DISCUSSION

Les principaux résultats de l'étude montrent que la mise en place de l'outil de repérage de fragilité de la personne âgée de 75 ans et plus, nommée « Fiche de Fragilité » au SAU du CH de Beaune n'a pas permis une augmentation du recours à la filière gériatrique. Bien qu'on note une légère augmentation des patients ayant bénéficié soit d'une hospitalisation en gériatrie soit d'une intervention de l'EMG entre le groupe GSFF (16,39%) et le groupe GAFF (29,26%), celle-ci reste non significative. Dans une étude menée au CHSJSL en 2010 avec l'introduction de la « Fiche de Fragilité » à l'époque constituée de 10 items, seulement 31,7% des patients repérés « fragiles » avaient bénéficié d'une prise en charge gériatrique immédiate, ce qui est assez similaire dans notre étude où ce taux s'élevait à 29,26% (n=12) dans le GAFF (26).

La prévalence de la fragilité dans notre étude était élevée (82.35%). Cela peut s'expliquer par l'âge moyen élevé qui était de  $84.80 \pm 6.72$  ans dans le GSFF et de  $86.29 \pm 5.66$  ans dans le GAFF et de la limitation des inclusions aux patients âgés 75 ans et plus. Dans une récente étude menée, la prévalence de la fragilité dépendait de l'échelle utilisée (24). Avec l'échelle CFS il était retrouvé une prévalence de 43.7% dans cette étude. Dans l'étude de Gaillard menée en 2010 cette prévalence était de 51.7%. Ceci montre que le taux de patients âgés fragiles a augmenté, surtout que ces études avaient inclus des patients âgés de plus de 65 ans (24,26).

L'admission en SAU est le mode d'entrée hospitalière le plus fréquent pour les patients âgés et représentait en 2018, 15 à 20% des admissions totales dans les SAU (18). Ce taux peut même aller au-delà de 20% selon les SAU (32). Les patients âgés de 75 ans et plus représentaient 19% des patients consultant au SAU du CH de Beaune sur notre période d'étude. Ce taux est similaire à celui retrouvé à l'échelle nationale. Devant cette proportion élevée d'admission des personnes âgées aux SAU, les hospitalisations sont limitées par le nombre de lits disponibles. En raison de l'absence de service de court séjour gériatrique ou du manque de lits dans ces unités, les médecins urgentistes peuvent manquer de solutions d'aval adaptées pour la prise en charge de cette patientèle, dont il est admis que l'évaluation gériatrique globale et de son environnement social est essentielle pour optimiser son orientation et ainsi éviter une perte de chance et un allongement des séjours hospitaliers (33). Ce constat est retrouvé dans une autre étude menée à Metz en 2004, qui a montré que seulement 55% des hospitalisations des patients âgés admis aux SAU se faisaient dans le service souhaité en première intention par le médecin urgentiste (34).

En 2007, une étude menée dans le Nord-Pas de Calais sur la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de médecine a démontré que le manque de lits d'aval, le manque de lits de court séjour et l'organisation du retour à domicile en lien avec la ville représentaient pour les établissements des difficultés importantes dans la prise en charge de ces patients (12). Dans cette étude, il a été constaté sur 1 jour que les patients âgés de 75 ans et plus occupaient 31,7 % des lits de médecine, tandis que seulement 4% des lits de médecine avaient une spécificité gériatrique. De plus, très souvent les services de court séjour gériatrique comptent moins de 20 lits ce qui est insuffisant pour permettre un fonctionnement optimal (15). Au sein du CH de Beaune, le service de court séjour gériatrique autrement appelé MGA compte 20 lits, ce qui rend l'accueil dans le service des personnes âgées « fragiles » nécessitant une prise en charge gériatrique spécialisée difficile. Une proportion importante de ces patients âgés est retrouvée dans d'autres services de médecine ou de chirurgie. Dans notre étude, 17,14% des patients hospitalisés du GSFF l'avaient été en MGA contre 34,62% de ceux du GAFF. Même si cette différence n'est pas significative, il est possible d'imaginer que le remplissage de la « Fiche de Fragilité » a permis une augmentation des hospitalisations en MGA.



Dans une étude menée en 2010 au CHSJSL avec l'application de la grille de fragilité à 10 items développée par le Dr Arnoux, près d'un tiers des patients repérés « fragiles » et hospitalisés l'avaient été en service de gériatrie (26). Ce taux est similaire à celui retrouvé dans le GAFF de notre étude. Ceci est préjudiciable pour cette population particulière car il est démontré que la prise en charge d'une personne âgée « fragile » globale, pluridimensionnelle comme ce qui est fait dans les services gériatriques est efficace (12). C'est pour cela que la place de l'EMG est primordiale pour intervenir et aider à la prise en charge des patients repérés « fragiles » dans les autres services.

Dans une enquête nationale sur les SAU, réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) en juin 2013, la traumatologie constituait le motif de recours des personnes âgées de 75 ans et plus au SAU le plus fréquent (25%). Notre étude confirme ce résultat car la chute avec traumatisme y était évaluée à 38% dans le GSFF et à 54% dans le GAFF. Puis venaient les pathologies cardiovasculaires, 20% dans le GSFF et 17% dans le GAFF, soit des taux également comparables à celui retrouvé dans l'enquête de la DRESS et qui était de 17% (11,17). Dans cette enquête, il est souligné que la durée de passage aux urgences est plus élevée pour les personnes âgées, dépassant les 8 heures pour 23% d'entre elles, avec une médiane de 4 heures (8,13). Dans notre étude les durées moyennes de séjour aux urgences pour cette population étaient également longues, soit  $5.6 \pm 3.6$  heures dans le GSFF et  $6.9 \pm 3.1$  heures dans le GAFF. Pour les patients ayant eu une prise en charge gériatrique dans le GAFF, cette durée moyenne était de  $8.19 \pm 2.64$  heures et  $5.58 \pm 3.06$  heures dans le GSFF.

Le but du repérage de la fragilité de la personne âgée est d'adapter au mieux la prise en charge afin de diminuer le temps passé aux urgences qui peut favoriser le développement d'escarres, par exemple. Cette prise en charge plus longue peut s'expliquer par une reconnaissance de la fragilité des patients, mais également par un manque de lits au sein de l'hôpital. En effet, la complexité de prise en charge et d'investigation de ces patients où la polypathologie est souvent présente contribue à l'allongement du délai d'attente au SAU. Ainsi, dans un rapport de consensus de la SFMU, il est noté que 85% des personnes âgées de plus de 75 ans ont au moins une affection chronique et que les personnes âgées, hors institution, déclarent en moyenne 7.6 maladies (13,17).

En 2016, une enquête a été menée au CHU de Bordeaux, afin d'évaluer l'incidence et la prévalence des escarres chez les patients admis au SAU de Saint-André (35). Celle-ci a montré que la prévalence des escarres y était de 7.7% à l'entrée et de 12.7% à la sortie et que l'incidence était de 4.86%. Cette étude a également montré que les patients âgés de plus de 70 ans avaient 15 fois plus de risque de développer une escarre. Il faut savoir que le risque d'escarre augmente significativement avec la durée moyenne de séjour aux urgences, qu'il est significativement plus élevé lorsque le temps passé aux urgences est supérieur à 4 heures et qu'il est 9 fois plus élevé si l'alitement est total (35). Face à cette problématique, 5 lits ont été mis en place au sein du SAU de Saint André avec entre autres un objectif de diminution de la durée de passage au SAU des patients à risque, dont font partie les patients âgés de plus de 70 ans (35). L'intervention gériatrique ne réduit pas nécessairement la durée de séjour aux urgences. Toutefois, elle permet, à 90 jours, de diminuer le taux d'institutionnalisation, d'augmenter le nombre de retours à domicile et d'améliorer l'indépendance des patients (11).

La durée moyenne de séjour hospitalier était également plus élevée dans le GAFF que dans le GSFF, mais sans différence significative. En ce qui concerne les patients ayant bénéficié d'une prise en charge gériatrique, la durée moyenne de séjour était également plus élevée dans le GAFF ( $18.15 \pm 15.52$  jours) que dans le GSFF ( $15.47 \pm 6.86$  jours), sans différence significative.

Ceci est lié au fait que la quasi-totalité des patients ayant eu recours à la filière gériatrique étaient « fragiles » et donc qu'ils nécessitaient des prises en charge plus longues. En effet, dans le GAFF, 91.67% des patients du sous-groupe APG étaient « fragiles » contre 68.97% dans le sous-groupe SPG, mais sans différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=0.231$ ). De plus, près de

80% des patients ayant eu une prise en charge gériatrique dans le GAFF vivaient seuls contre 30% dans le GSFF, ce qui peut expliquer cet allongement de durée de séjour hospitalier, car ces patients nécessitent une optimisation de prise en charge de leur environnement avant un éventuel retour à domicile ou une possible institutionnalisation.

Malgré une durée de séjour hospitalier plus élevée chez les patients ayant eu recours à la filière gériatrique, il est aussi possible de noter que dans le GSFF aucun des patients ayant eu recours à la filière gériatrique n'a été réadmis durant le temps de l'étude contre 6 patients (11.76%) dans le sous-groupe SPG et 1 seul patient (8.33%) a été réadmis dans le mois suivant la sortie d'hospitalisation dans le GAFF contre 5 patients (17.24%) dans le sous-groupe SPG.

Une enquête nationale sur les pratiques de 15 EMG de 8 régions de France, publiée en 2012, retrouvait un taux de réadmission à l'hôpital et à 1 mois, des patients évalués par les EMG de 12,1%, le taux de mortalité étant de 10,7% et celui de réadmission à 2 mois de 13,2% (28). Dans notre étude, le taux de mortalité des patients évalués par l'EMG était de 12,5%, soit similaire à celui de l'étude sus-citée, mais sans aucune réadmission à 1 mois recensée. En effet, tous les patients évalués par l'EMG et qui étaient sortis d'hospitalisation n'avaient pas été réadmis dans le mois suivant leur sortie et 66.67% non réadmis dans les 2 mois suivants leur sortie. Le taux de réadmission dans le GSFF était de 10.34% et de 17.14% dans le GAFF mais avec un délai de réadmission plus élevé dans le GAFF (8.6 jours environ) que dans le GSFF (4.1 jours environ), mais sans différence significative. Ces valeurs se rapprochent de celles retrouvées dans une étude s'étant intéressée aux facteurs associés aux réadmissions précoces aux SAU, qui avait évalué ce taux de réadmission à 16% un mois après le passage au SAU (36). Dans cette même étude, il a été montré que ces facteurs de risque de réadmission étaient liés à l'état de fragilité globale des patients mettant en lumière l'importance de ce repérage précoce. En effet, après un passage au SAU, les patients âgés ont un risque plus élevé de réhospitalisation, d'institutionnalisation et de décès (36). Dans l'enquête nationale sur les pratiques des EMG, il était constaté que le type d'intervention réalisé par l'EMG était une évaluation gériatrique globale dans 43.1% des cas alors que dans notre étude ce taux était de 87,5% (28). De plus, la chute représentait 28.9% des motifs d'admission des patients évalués par les EMG de France, les pathologies cardio-pulmonaires étaient en 2<sup>ème</sup> position avec un taux de 19.6%, puis venait l'infection avec un taux de 12.9%, l'AEG se plaçait à la quatrième position avec un taux de 10.8% et enfin la confusion avec un taux de 9.5% (28). Dans notre étude, pour les patients évalués par l'EMG, les motifs d'admission les plus fréquents étaient la chute et la confusion dans 50% des cas chacune, puis venait l'AEG dans 37.5% des cas. De plus, dans notre étude, l'AEG faisait partie de la liste des diagnostics retenus mais ce n'est pas un véritable diagnostic. Ceci peut refléter une difficulté diagnostique qui peut être rencontrée par les urgentistes probablement par manque de temps et expliquant sans doute le recours à l'EMG.

Une étude réalisée au CH Saint-Philibert, entre 2016 et 2017, a évalué le suivi des propositions de l'EMG chez les patients chuteurs admis au SAU. Celle-ci a permis de montrer que le suivi global des recommandations par les patients et leur entourage était satisfaisant et que la communication de l'EMG avec les médecins généralistes avait été appréciée. Ceci a permis un travail de coordination et de collaboration mettant en avant le lien ville-hôpital (37).

Dans notre étude, le médecin traitant adressait son patient dans 17 à 20% des cas, ce qui est différent par rapport à une étude menée en 2004 sur les personnes âgées admises aux urgences dans la région de Metz, avec 42% des patients qui étaient adressés par leur médecin traitant (34). Dans cette même étude, il était noté que 23% des patients venaient par leurs propres moyens ou avec l'entourage. Dans notre travail, 29.51 % des patients du GSFF et 21.95% des patients du GAFF se présentaient au SAU par leurs propres moyens ou avec l'entourage, ce qui rejoint le taux retrouvé

dans l'étude menée à Metz. Ceci peut s'expliquer par la surcharge de travail des médecins généralistes en Bourgogne Franche Comté, où la Saône et Loire est un département qui lutte contre la désertification médicale, ne permettant pas une prise en charge optimale de toute la population de ce territoire, notamment des personnes âgées qui nécessitent souvent des visites à domicile, chronophages (38).

Ce concept de propositions de l'EMG pourrait être élargi aux patients repérés « fragiles » au SAU, avec relecture de leur dossier pour ceux rentrés à domicile et leur proposer soit une consultation gériatrique, soit une hospitalisation de jour à distance de leur passage au SAU, en plus d'un contact avec leur médecin traitant afin d'adapter leur prise en charge.

Dans notre étude, aucun des patients « fragiles » rentrés à domicile n'a eu recours à la filière gériatrique ambulatoire. Dans le travail de thèse de Gueret, réalisé en 2019 et ayant utilisé la « Fiche de Fragilité » au SAU, le recours à la filière gériatrique ambulatoire n'avait pas été améliorée pour les patients « fragiles » rentrés à domicile (31). Dans cette étude, il avait été noté une association significative entre les patients ayant un score de fragilité moyen à élevé et la prise en charge gériatrique. Dans notre étude, la proportion d'hospitalisations en MGA était plus importante dans le GAFF que dans le GSFF, mais sans association significative. Mais cela nécessiterait un remplissage de la « Fiche de fragilité » systématiquement au SAU pour tous les patients âgés de 75 ans et plus avec une sélection de ces dossiers médicaux par les secrétaires du SAU et qui seraient ensuite donnés à l'EMG. Une autre possibilité serait de mettre en place un module d'alerte de fragilité qui s'afficherait sur le listing des patients admis aux urgences et qui serait facilement repérable par l'EMG. Il est possible d'imaginer une modification de la mise en place de la « Fiche de Fragilité », qui a plutôt bien été remplie dans l'ensemble sauf pour les perdus de vue. Ces perdus de vue sont probablement dus à un défaut d'organisation ainsi que du format papier de la grille de repérage qui peut paraître peu pratique et facile à perdre. En effet, une grille sous format informatique incluse dans la fiche d'accueil informatisée du SAU, pourrait être plus intéressante et plus efficace, avec obligation de remplissage pour les patients âgés de 75 ans et plus, par l'IDE d'accueil et d'orientation, puis complétée par le médecin urgentiste. Une alarme ou un code couleur qui correspondrait aux patients notifiés comme « fragiles » sur le tableau informatique des patients présents au SAU pourrait être ajoutée. Ceci permettrait de faciliter le listing de ces patients par l'EMG qui interviendrait soit au SAU, si la situation clinique le nécessite, soit en service de spécialités, soit encore en ambulatoire pour ceux relevant d'un retour à domicile. Ces derniers, se verront proposer une prise en charge gériatrique en consultation gériatrique ou en hôpital de jour si cela s'avère indiqué.

Au sein du SAU du CHSJSJL, le médecin de l'EMG participe tous les matins à la relève médicale des urgences et pour les patients repérés « fragiles » et rentrés à domicile, l'IDE de l'EMG les contacte, ainsi que leur médecin traitant, afin d'organiser une prise en charge adaptée (26).

Le recours à l'évaluation gériatrique en ambulatoire paraît indispensable devant la proportion importante de personnes âgées « fragiles » admises aux SAU, puis qui rentrent à domicile et qui ne peuvent pas bénéficier d'une évaluation par l'EMG. Une revue de la littérature publiée en 2006 a même montré que ce type d'intervention en ambulatoire ou à domicile diminuait sensiblement les admissions de cette population âgée aux SAU (39).

Dans notre étude, l'EMG n'est intervenu qu'une seule fois aux urgences sur demande d'un médecin urgentiste. Il est également noté une faible proportion d'interventions de l'EMG auprès des patients repérés « fragiles » dans le travail de thèse de Gaillard au CHSJSJL, qui était de 18.3% (26). Dans notre étude, ceci peut s'expliquer par la crise sanitaire durant laquelle le médecin et une des IDE de l'EMG était en télétravail. Il faudrait comparer nos résultats à l'activité de l'EMG au sein du SAU et des services de médecine et de chirurgie durant l'année 2019, hors période pandémique.

Dans notre étude, l'EMG est intervenu 8 fois dont 2 fois pour des patients en provenance d'EHPAD pour avis. L'objectif du repérage de la fragilité dans cette population vise avant tout à prévenir et/ou retarder l'entrée dans la dépendance comme cela est souligné dans le travail de Gaillard (26). Toutefois, il est possible de se poser la question du bénéfice apporté par l'EMG en intervenant auprès des patients d'EHPAD. En effet, l'EMG permet aux médecins d'avoir un avis gériatrique apportant une meilleure prise en charge du patient âgé « fragile », y compris dépendant pour éviter sa réhospitalisation ou réduire sa durée de séjour hospitalier (26).

#### **4.1 Limites et biais de l'étude**

On peut noter un manque de puissance de l'étude et notamment dans le GAFF dans lequel 40 patients ont été perdus de vue avec un effectif final de 41 patients mais se rapprochant néanmoins du nombre de sujets nécessaires qui était de 43.

Ce manque de puissance a eu un impact sur les analyses en sous-groupes car les effectifs étaient insuffisants pour montrer des résultats statistiquement significatifs.

Le taux de patients ayant eu une « Fiche de Fragilité » remplie était de seulement 50% dans notre étude contre 96% dans celle menée au CHSJSJL, car l'équipe du SAU de ce dernier CH s'était familiarisé avec cette utilisation et surtout une formation avait été dispensée par l'EMG, ce qui semble indispensable pour la bonne utilisation et le remplissage systématique de la grille (26). Un manque de sensibilisation à l'utilisation de la grille a entraîné un biais d'attrition. Une proportion importante de patients dans le GAFF n'a pas bénéficié de la grille ou celle-ci a été perdue au SAU ou dans les services, entraînant une perte dans l'échantillonnage de la population de ce groupe potentiellement « fragile » et qui aurait pu bénéficier d'une évaluation par l'EMG ou être hospitalisé en MGA. Ce biais aurait pu être limité si la grille avait été intégrée dans le dossier médical informatique des patients rendant son remplissage plus systématique, tout en supprimant le risque de perte.

Le biais de sélection a été limité car même si la période d'inclusion totale n'était que de 2 semaines, sur les 18 urgentistes travaillant au SAU, 14 étaient présents lors de chaque phase de l'étude, dont 13 urgentistes présents sur les 2 phases.

Le biais d'influence a été limité par le fait que l'objectif précis de l'étude et son effet attendu, n'ont pas été communiqués à l'équipe du SAU, permettant de ne pas influencer l'orientation des patients dans le GAFF. Ceci était indispensable pour observer la réalité du lien du SAU avec la filière gériatrique, car volontairement l'indication d'appel à l'EMG ou la prise en charge gériatrique pour les scores de fragilité  $\geq 3$  n'étaient pas notées sur la « Fiche de Fragilité », pour ne pas influencer les urgentistes dans leur orientation de patients. Mais devant ce constat de non amélioration de recours à la filière gériatrique après introduction de la « Fiche de Fragilité », cette indication sur la grille pourrait être un élément permettant son amélioration.

En ce qui concerne le biais d'information, celui-ci a été limité au maximum par le caractère prospectif de l'étude permettant un recueil exhaustif des données directement au lit du patient. Cependant, ce biais était présent pour l'évaluation de l'humeur du patient qui reste une évaluation subjective dépendante de chaque évaluateur, tout comme l'état de maigreur ou la perte de poids qui peut être imprécise.

Il faudrait s'inspirer du travail réalisé au sein du CHSJSJL au sein duquel la « Fiche de Fragilité » est mise en place au SAU depuis plusieurs années. En effet, l'introduction d'un tel outil nécessite un

travail étroit entre l'équipe du SAU et celle de la gériatrie, représentée par l'EMG et les gériatres des services (26).

## **4.2 Choix de l'outil « Fiche de Fragilité »**

Dans notre étude nous avons fait le choix d'utiliser la « Fiche de Fragilité » comme outil de repérage de la fragilité chez les patients âgés admis au SAU car elle est d'utilisation simple et rapide, non chronophage pour l'équipe du SAU, comprenant les IDE et les médecins, ce qui paraît essentiel pour ne pas majorer leur charge de travail. Cette grille a fait l'objet de 2 études au sein de CHSJSJL et est utilisée au SAU de ce CH depuis 2010 (26,31). Elle comprenait initialement 10 items et avait fait l'objet d'une 1<sup>ère</sup> étude de thèse menée par Gaillard en 2010 (26). Celle-ci avait pour objectif d'évaluer sa puissance. La sensibilité et la spécificité de ce score pour prédire le risque de survenue d'évènement(s) indésirable(s) à 6 mois étaient respectivement de 67.3% et de 57.8%. Il avait l'avantage d'être simple et rapide à remplir avec un temps moyen de remplissage estimé à 3 minutes contre 5 minutes pour l'ISAR. Toutefois, il existe un défaut de spécificité commun aux autres outils, tel que retrouvé pour la grille ISAR qui a une spécificité de 58% (26,30). Par la suite, la grille a été retravaillée en gardant les 8 items les plus pertinents.

La 2<sup>nde</sup> étude, menée par Gueret en 2019, avait pour but d'améliorer l'accès dans la filière gériatrique ambulatoire des patients âgés « fragiles » admis aux urgences et rentrant à domicile. Dans ce travail, la grille de repérage utilisée était celle à 8 items, nommée « Fiche de Fragilité ». Celle-ci a été choisie car elle était mise en place au SAU du CHSJSJL depuis plusieurs années et était appliquée en l'absence de consensus sur l'utilisation d'une grille unique de repérage de la fragilité par les urgentistes (31).

## **4.3 Place de l'EMG**

Un état des lieux des pratiques des EMG intégrées dans la filière gériatrique de la région Nord-Pas de Calais, réalisé par Kamienski en 2014, a montré que 33.7% des interventions d'EMG se déroulaient dans le service des urgences, 28.3 % des évaluations étaient réalisées pour des patients hospitalisés dans les services de médecine, 11.4 % pour des patients en chirurgie (40). Par ailleurs, 28.3 % des interventions concernaient le service de psychiatrie, les activités extrahospitalières à l'interface ville-hôpital et l' EHPAD (29). Dans notre étude l'EMG n'est intervenu au SAU que dans 1 cas sur 8 (12.5% des interventions) et dans un service de médecine pour 7 patients sur 8 (87.5% des interventions).

Dans notre étude, l'intervenant était majoritairement le médecin dans 6 cas sur 8 (75% des interventions), l'IDE était intervenue pour 2 patients (25% des interventions) et l'assistante sociale pour 6 patients (75% des interventions). Ces taux étaient comparables à ceux retrouvés dans l'étude de Kamienski qui a montré 83.7% d'interventions du médecin et 63,4% de l'assistante sociale. Toutefois, ce n'était pas le cas pour l'IDE qui intervenait plus souvent (79,5%) (40).

La plupart des EMG interrogées de la région Nord-Pas de Calais, disaient intervenir uniquement à la demande et la majorité d'entre elles adaptaient leur expertise en fonction du cadre d'intervention, ce qui était également le cas dans notre étude, où toutes les interventions de l'EMG ont été réalisées à la demande des médecins des services. Dans notre étude, l'intervention au SAU avait consisté en un avis d'orientation du patient et un avis diagnostique. Ce résultat était similaire à ceux observés dans l'étude de Kamienski, dans laquelle les évaluations réalisées au SAU étaient rapides, dans le but d'orienter les patients. Toutefois, dans les services hospitaliers, l'intervention était plus longue avec des évaluations gériatriques standardisées, des avis diagnostiques et thérapeutiques, tout comme dans notre étude (40).

Comme il est rappelé dans cette étude, l'expertise donnée par l'EMG consistait à formuler des recommandations, des préconisations de prise en charge mais pas de prescriptions directes. Notre

étude a retrouvé le même mode de travail de l'EMG, avec des recommandations qui ont été suivies par les médecins demandeurs (40).

La période pandémique de COVID 19 durant laquelle notre étude a été réalisée pourrait expliquer le faible taux d'intervention de l'EMG . En effet, certains membres de l'EMG étaient en télétravail à partir du mois de mars 2020 jusqu'au mois d'août 2020, donc ne pouvaient pas intervenir directement auprès du patient dans les services, y compris le SAU. Malgré le fait que l'EMG était au complet durant l'étude, il est possible de supposer que les médecins des différents services avaient perdu l'habitude de faire appel à l'EMG et avaient sûrement une activité plus soutenue du fait du contexte épidémique.

#### **4.4 Perspectives**

La majorité des patients admis aux urgences et hospitalisés viennent du domicile (12).

Dans notre étude, on comptait une proportion de 80.33% des patients du GSFF provenant du domicile et 92.68% dans le GAFF avec une proportion de patients « fragiles » évaluée à 86.89% dans le GSFF et 75.61% dans le GAFF. Donc la majorité des patients âgés de 75 ans et plus admis aux urgences étaient « fragiles » et venaient du domicile.

C'est à partir de ce constat que le dépistage de la fragilité par le médecin généraliste prend tout son sens.

En effet dans cette politique de désengorgement des urgences et pour éviter l'admission aux urgences des personnes âgées « fragiles », le dépistage de la fragilité devrait être fait idéalement en amont lors des consultations de médecine générale où le patient est vu plus souvent et est bien connu du médecin traitant. Mais les médecins généralistes se heurtent au même problème que les urgentistes en terme de charge de travail et auraient besoin d'un outil de repérage de la fragilité simple et rapide.

De plus, une collaboration étroite avec l'EMG serait à développer pour prévoir des évaluations gériatriques en ambulatoire soit au domicile du patient soit à l'hôpital lors d'une consultation ou en hôpital de jour. C'est ce qu'on appelle le lien ville-hôpital.

En 2018, dans son rapport sur le renforcement du lien ville-hôpital, la fédération hospitalière de France insistait sur l'importance de développer ce lien afin de mieux coordonner le parcours de soins des patients en facilitant les relations, les contacts entre professionnels de santé des 2 secteurs (14).

Un outil appelé GFST (Gérontopôle Frailty Screening Tool) a été développé par le Gérontopôle de Toulouse dans cet objectif de facilitation de dépistage de la fragilité de la personne âgée par les médecins généralistes et a fait l'objet d'une recommandation en pratique mais non encore validé de manière prospective (30,41). Il serait alors intéressant de proposer l'utilisation de la « Fiche de Fragilité » également en médecine générale puisqu'elle a fait l'objet de 2 études et est utilisée au sein du SAU du CHSJS de Lyon depuis plusieurs années.

Mais pour développer ce lien ville-hôpital il faudrait un travail de sensibilisation important pour obtenir l'adhésion aux prises en charge gériatriques des patients repérés « fragiles » par le médecin généraliste (15).

Une EMG extra-hospitalière existe dans la région de Strasbourg. Celle-ci a été créée en 2014, dans un souci de maintien à domicile de la population âgée à risque d'évènements défavorables et donc d'hospitalisations et de passages aux urgences. Cette approche paraît très intéressante dans cette politique de désengorgement des SAU et des hôpitaux (28,42).

Même si l'activité principale des EMG se situe dans les services d'urgences et de spécialités, se développe une activité avec une évaluation plus ciblée comme par exemple l'orthogériatrie, l'oncogériatrie ou la cardiogériatrie. Ce mode d'exercice pourrait être très efficace du fait du type de

patients sélectionnés avec des objectifs de soins plus ciblés (28). Il a été montré une baisse de la mortalité postopératoire, une réduction des complications post-chirurgicales et une diminution des réhospitalisations dans les 6 mois suivant la chirurgie chez les patients âgés présentant une fracture de la hanche et ayant bénéficiés d'une évaluation gériatrique standardisée (29).

La collaboration entre équipe des urgences et équipe gériatrique au sein de l'hôpital est primordiale et peut se développer à l'aide de cette « Fiche de Fragilité ».

Peut-être faudrait-il afficher dans le SAU, ou intégrer dans l'observation médicale informatisée des urgences, des patients âgés de plus de 75 ans, un algorithme d'aide décisionnelle sous forme de grille avec calcul du score de fragilité. Si celui-ci est  $\geq 3$ , l'EMG doit être prévenue ou le patient doit être orienté préférentiellement en MGA.

Dans un article publié en 2016, un fast track sous forme d'algorithme, mis en place au SAU a été étudié. Celui-ci servait de guide à la décision d'hospitalisation des personnes âgées de plus de 85 ans dès l'identification de facteurs de risque, sans attendre les résultats des examens complémentaires ou un avis spécialisé. Celui-ci avait permis un taux d'adhésion, avec une décision d'hospitalisation < 2 heures, à 75 %, permettant ainsi une réduction de la durée de passage au SAU (32).

Pour une meilleure adhésion de l'équipe du SAU, il faudrait une sensibilisation des urgentistes à l'utilisation de la grille et une formation, qui serait faite par les gériatres, pour expliquer son intérêt d'outil d'aide décisionnelle pour les patients repérés « fragiles » devant bénéficier d'une prise en charge adaptée et gériatrique à travers la MGA ou l'intervention de l'EMG. Cela semble fonctionner au sein du CHSJSJL, où une formation sur la bonne utilisation de l'outil de repérage a été faite aux médecins urgentistes et les IDE des urgences. La formation devra également être effectuée à chaque arrivée de nouveaux internes et externes c'est-à-dire à tous les acteurs du SAU (26).

Le renforcement de l'action des EMG est donc indispensable afin d'améliorer la qualité de la prise en charge aux urgences des personnes âgées « fragiles » et cela passe par une collaboration étroite entre urgentistes et gériatres et notamment entre les équipes soignantes (28).

## 5. CONCLUSION

Nos résultats montrent que la mise en place de la « Fiche de Fragilité » au SAU du CH de Beaune n'a pas permis une amélioration du recours à la filière gériatrique, sous réserve d'un nombre important de perdus de vue après introduction de cette fiche.

La fragilité de la personne âgée est un concept reconnu et son dépistage, largement conseillé, nécessite un repérage rapide, dès l'admission au SAU qui est le mode d'entrée à l'hôpital le plus fréquent. Ce dépistage requiert l'utilisation d'un outil simple et rapide facilement administrable par les IDE et les médecins d'un SAU, permettant ensuite une intervention de l'EMG. Cette dernière a pour objectif d'optimiser au mieux l'orientation et la prise en charge des patients âgés repérés « fragiles » que ce soit en intra-hospitalier ou en ambulatoire. C'est pour cela que la mise en place au sein d'un SAU d'une grille de repérage de la fragilité des personnes âgées nécessite une sensibilisation et une formation de toute l'équipe du SAU à la fragilité de la personne âgée réalisée par les gériatres, permettant une collaboration étroite entre urgentistes et gériatres.

La « Fiche de Fragilité » utilisée dans notre étude a plutôt été bien remplie malgré le nombre important de perdus de vue, qui est sûrement lié à un manque d'information ainsi qu'au format papier de la grille qui manquait de praticabilité. Une réflexion doit être menée entre l'équipe gériatrique et l'équipe des urgences sur le meilleur format de grille à mettre en place au sein des urgences et le meilleur mode de communication avec l'EMG afin que tous les patients repérés « fragiles » aux urgences bénéficient d'une évaluation gériatrique qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire. En effet, l'évaluation gériatrique par les EMG en intra-hospitalier et en ambulatoire mériterait d'être développée devant le manque de lits « gériatriques » au sein des CH et la proportion croissante de patients âgés « fragiles » admis au SAU puis qui rentrent à domicile ou sont hospitalisés. De plus, il a été montré que cette évaluation gériatrique en ambulatoire permettait une réduction des admissions au SAU, tout comme il a été démontré que la prise en charge gériatrique intra-hospitalière des personnes âgées « fragiles » permettait une réduction des réadmissions, de la mortalité et de l'institutionnalisation.



## UNIVERSITE DE BOURGOGNE

### THESE SOUTENUE PAR Mme SALIMA CHETOUH

#### CONCLUSIONS

La fragilité de la personne âgée est un concept reconnu et son dépistage, largement conseillé, nécessite un repérage rapide, dès l'admission au Service d'Accueil des Urgences (SAU) qui est le mode d'entrée à l'hôpital le plus fréquent. Ce dépistage requiert l'utilisation d'un outil simple et rapide facilement administrable par les Infirmier(ères) Diplômé(es) d'Etat et les médecins d'un SAU, permettant ensuite une intervention de l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG). Il existe une multitude d'échelles de repérage de la fragilité mais peu ont des données de reproductibilité et d'efficacité, d'où le développement d'outils plus rapides et plus faciles à utiliser au sein des SAU. C'est dans cet objectif qu'un outil a été élaboré au Centre Hospitalier (CH) Saint Joseph Saint Luc à Lyon, sous la coordination du Dr Arnoux, médecin gériatre de l'EMG en collaboration avec les médecins urgentistes. Nommé « Fiche de Fragilité », il comporte 8 items et a été choisi pour notre étude prospective, dans l'objectif d'initier sa mise en place au sein du SAU du CH de Beaune et d'étudier l'impact du dépistage de la fragilité chez les patients âgés de 75 ans et plus en termes d'orientation dans la filière gériatrique et de réhospitalisation. Aussi, 2 groupes, groupe sans Fiche de Fragilité (GSFF) et le groupe avec Fiche de Fragilité (GAFF), ont été constitués puis comparés.

Le groupe sans Fiche de Fragilité (GSFF) et le groupe avec Fiche de Fragilité (GAFF) ne différaient pas significativement pour l'âge, le sexe, la provenance et les aides à domicile, mais il y avait significativement plus de patients vivant seul dans le GAFF que dans le GSFF (70.73% vs 37.70%,  $p=0.001$ ). Les antécédents et les données cliniques étaient comparables dans les 2 groupes. Il y avait 86.89% de patients « fragiles » (score de fragilité  $\geq 3$ ) dans le GSFF et 75.61% dans le GAFF, sans différence significative entre les 2 groupes ( $p=0.143$ ). Les motifs d'admission et les diagnostics retenus par les urgentistes étaient comparables dans les 2 groupes. La durée moyenne de séjour aux urgences était significativement plus élevée dans le GAFF que dans le GSFF, avec respectivement  $6.9 \pm 3.1$  heures et  $5.6 \pm 3.6$  heures ( $p=0.008$ ). La durée moyenne de séjour hospitalier chez les patients hospitalisés était comparable dans les 2 groupes, soit  $9.4 \pm 13.2$  jours dans le GSFF et  $12.2 \pm 16.4$  jours dans le GAFF ( $p=0.830$ ).

Dans le GSFF, 57.38% des patients étaient hospitalisés contre 63.41% dans le GAFF, sans différence significative entre les 2 groupes ( $p=0.542$ ), tandis que 34.62% des patients du GAFF avaient été hospitalisés en Médecine Gériatrique Aigüe (MGA) et 17.14% dans le GSFF, sans différence significative entre les 2 groupes ( $p=0.117$ ). Dans le GSFF, 10.34% des patients ont été réadmis après leur sortie d'hospitalisation contre 17.14% des patients dans le GAFF, sans différence significative

entre les 2 groupes ( $p=0.343$ ). Concernant le délai de réadmission aux urgences, sa moyenne était de  $8.63 \pm 8.68$  jours dans le GAFF et de  $4.12 \pm 4.18$  jours dans le GSFF, sans différence significative entre les 2 groupes ( $p=0.485$ ).

Dix patients (16.39%) avaient bénéficié d'une prise en charge gériatrique dans le GSFF et 12 patients (29.26%) dans le GAFF, sans différence significative entre les 2 groupes ( $p=0.121$ ).

Dans le sous-groupe avec prise en charge gériatrique (APG) du GSFF, il y avait significativement plus de patients ayant une confusion que dans le sous-groupe sans prise en charge gériatrique (SPG) du GSFF (40% vs 0%,  $p=0.009$ ).

Dans le sous-groupe APG du GAFF, il était retrouvé significativement plus de patients ayant une confusion que dans le sous-groupe SPG du GSFF (41.6% vs 6.9%,  $p=0.016$ ). Dans le GSFF, tous les patients du sous-groupe APG étaient « fragiles » (score de fragilité  $\geq 3$ ) contre 84% des patients du sous-groupe SPG, sans différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=0.332$ ).

Dans le GAFF, 11 des 12 patients (91.67%) du sous-groupe APG étaient « fragiles » contre 20 patients sur 29 (68.97%) du sous-groupe SPG, sans différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=0.231$ ).

Dans le GAFF, la durée moyenne de séjour aux urgences dans le sous-groupe APG était significativement plus élevée que dans le sous-groupe SPG, respectivement  $8.19 \pm 2.64$  heures contre  $6.47 \pm 3.19$  heures ( $p=0.049$ ).

Dans le GSFF, tous les patients du sous-groupe APG avaient été hospitalisés contre 49% dans le sous-groupe SPG, avec une différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=0.003$ ). Dans le GAFF, tous les patients du sous-groupe APG avaient été hospitalisés contre 48.28% dans le sous-groupe SPG, avec une différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=0.001$ ).

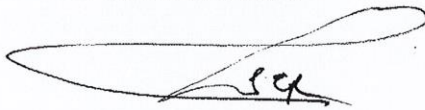
Dans le GSFF, aucun patient du sous-groupe APG n'a été réadmis aux urgences après sa sortie d'hospitalisation contre 6 patients (11.76%) dans le sous-groupe SPG, sans différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=0.577$ ). Dans le GAFF, 1 patient (8.33%) du sous-groupe APG a été réadmis aux urgences après sa sortie d'hospitalisation contre 5 patients (17.24%) dans le sous-groupe SPG, sans différence significative entre les 2 sous-groupes ( $p=0.651$ ).

Pour les patients ayant eu une prise en charge gériatrique, il y en avait significativement plus qui vivaient seuls dans le GAFF que dans le GSFF (83.30% vs 30%,  $p=0.027$ ). Les 3 motifs d'admission les plus représentés chez les patients ayant eu une prise en charge gériatrique étaient la chute avec 66.7% des cas dans le GAFF et 40% dans le GSFF, ( $p=0.391$ ), la confusion avec 41.7% des cas dans le GAFF et 40% dans le GSFF, ( $p=1$ ), l'AEG avec 33.3% des cas dans le GAFF et 30% dans le GSFF, ( $p=1$ ), sans différence significative entre le GSFF et le GAFF. La durée moyenne de séjour aux urgences étaient significativement plus élevée pour les patients ayant eu recours la filière gériatrique dans le GAFF que dans le GSFF, respectivement  $8.19 \pm 2.64$  heures et  $5.58 \pm 3.06$  heures ( $p=0.044$ ). Un des 12 patients ayant eu recours à la filière gériatrique dans le GAFF a été réadmis dans le mois suivant sa sortie de MGA et dans le GSFF, aucun des patients ayant bénéficié d'une prise en charge gériatrique, n'a été réadmis, sans différence significative entre les 2 groupes ( $p=1$ ).

Quatre patients de chaque groupe avaient bénéficié d'une prise en charge par l'EMG, soit 6.56% des patients du GSFF et 9.76% du GAFF, sans différence significative entre les 2 groupes ( $p=0.711$ ). Dans les 2 groupes, la professionnel faisant appel à l'EMG était en majorité le médecin du service de médecine accueillant le patient. Un médecin urgentiste avait fait appel à l'EMG dans le GAFF. Le délai moyen d'appel à l'EMG était de  $8.88 \pm 9.68$  jours dans le GAFF et de  $4.83 \pm 2.49$  jours dans le GSFF, sans différence statistiquement significative entre les 2 groupes ( $p=0.886$ ).

La mise en place de la « Fiche de Fragilité » n'a pas permis d'améliorer le recours à la filière gériatrique aux urgences du CH de Beaune, sous réserve d'un nombre important de perdus de vue après la mise en place de cette fiche. Une sensibilisation de l'équipe du SAU à la fragilité des personnes âgées avec utilisation d'un format informatique de la « Fiche de Fragilité » permettrait une collaboration étroite entre urgentistes et gériatres et une amélioration de la prise en charge de cette patientèle.

Le Président du jury,



Pr. P. MANCKOUNDIA

Vu et permis d'imprimer  
Dijon, le 26 Mai 2021  
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

## 6. BIBLIOGRAPHIE

1. La Bourgogne d'ici 2030 : 9 300 personnes âgées dépendantes supplémentaires. INSEE. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285597>.
2. Population par sexe et groupe d'âges. INSEE. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>.
3. Population par âge - Tableaux de l'économie française. INSEE. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>.
4. Les chiffres clés de la DRDJSCS (juin 2017). La préfecture et les services de l'État en région Bourgogne-Franche-Comté [Internet]. Disponible sur: <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/bourgogne-franche-comte/Documents-publications/Divers/Les-chiffres-cles-de-la-DRDJSCS-juin-2017>.
5. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. INSEE. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>.
6. Winance M. Dépendance versus autonomie... De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médicosociales. *Sci Soc Sante*. 2007;Vol. 25(4):83-91.
7. Sourdet S. Fragilité: Dépistage de la fragilité et prévention de la dépendance. In: Trivalle C, éditeur. *Gérontologie Préventive*. Paris: Elsevier; 2016;23: 33756.
8. Armi F, Guilley E. La fragilité dans le grand âge. *Gerontol Soc*. 2004;27:47-61.
9. Concertation nationale. Atelier 10 : L'hôpital et la personne âgée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_atelier\\_10\\_hopital\\_et\\_personne\\_agee\\_14\\_fev\\_2018\\_3\\_docx.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_docx.pdf)
10. Herr M. Le concept de fragilité en épidémiologie. 2015.[Internet] Disponible sur: <https://sfgg.org/media/2015/11/diaporama-marie-herr.pdf>
11. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-aux-urgences-une-sante-plus-fragile-necessitant-une-prise>
12. Defebvre M-M, Cerf E, Fournier P, Puisieux F, Loens I. Enquête sur la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de court séjour « Médecine » de la région Nord-Pas-de-Calais. *Sante Publique (Bucur)*. 2007;19:133-46.
13. Recommandations de la SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. Disponible sur: [https://www.sfm.org/fr/publications/recommandations-de-la-sfm/prise-en-charge-de-la-personne-agee-de-plus-de-75-ans-aux-urgences/con\\_id/244](https://www.sfm.org/fr/publications/recommandations-de-la-sfm/prise-en-charge-de-la-personne-agee-de-plus-de-75-ans-aux-urgences/con_id/244)
14. Ville - hôpital : des pistes pour renforcer les liens - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Ville-hopital-des-pistes-pour-renforcer-les-liens>.

15. Büla C, Jaccard Ruedin H, Carron PN. Personnes âgées aux urgences : défis actuels et futurs. *Rev Med Suisse* 2012;8:1534-8.
16. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-aux-urgences-une-sante-plus-fragile-necessitant-une-prise>.
17. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. Disponible sur: [https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/urgences-plus-d-actes-et-des-hospitalisations-plus-frequentes-pour-les-personnes-agees/new\\_id/59754](https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/urgences-plus-d-actes-et-des-hospitalisations-plus-frequentes-pour-les-personnes-agees/new_id/59754).
18. Zulfiqar AA. Evaluation de la fragilité du sujet âgé au service des Urgences : mythe ou réalité ?. *Rev Med Liege* 2018; 73:4:206-10.
19. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56:M146-56.
20. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of Deficits as a Proxy Measure of Aging. *The Scientific World* 2001; 1: 323-36.
21. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2013. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires).
22. Joly J. Données de validité en efficacité et reproductibilité des échelles de fragilité dans la population générale [Thèse d'exercice]. Brest: Université de Bretagne occidentale; 2016.
23. Arnoux T. Le dépistage de la fragilité de la personne âgée aux urgences. 2009.
24. Lewis ET, Dent E, Alkhoury H, Kellett J, Williamson M, Asha S, et al. Which frailty scale for patients admitted via Emergency Department? A cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 1 janv 2019;80:104-14.
25. Rivière H. Evaluation gériatrique standardisée courte: un outil prédictif des parcours de soins compliqués des patients âgés hospitalisés après une admission au service d'accueil des urgences [Thèse d'exercice]. Angers: Université d'Angers; 2015.
26. Gaillard N. INTERET ET EVALUATION D'UN NOUVEL OUTIL DE REPERAGE DE LA FRAGILITE DE LA PERSONNE AGEE DE 75 ANS ET PLUS DANS LES SERVICES D'URGENCE [Thèse d'exercice]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2011.
27. Réseaux gérontologiques du sud Lorraine - évaluation gérontologique [Internet]. Disponible sur: <http://www.geronto-sud-lorraine.com/le-reseau-gerard-cuny/evaluation-gerontologique/>.
28. Salles N. Enquête nationale sur les pratiques des Equipes Mobiles de Gériatrie en France. Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG. *Rev Gériatrie*. 2012;37:738-68.
29. Créteil E, Ciocan D, Molines C, Icard MC, Dramé M. Coordination aux urgences par une unité mobile de gériatrie. *Soins Gerontol*. 2013;102:33-6.

30. Michel A. Evaluation du dépistage de la fragilité des personnes âgées dans le Médoc consultant aux SAU de Lesparre, au travers des scores ISAR aux urgences et GFST en soins primaires [Thèse d'exercice]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2017.
31. Gueret M. Etude interventionnelle en vue d'une amélioration de la prise en charge des patients âgés de 75 ans et plus admis aux urgences et rentrant à domicile. [Thèse d'exercice]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2019.
32. Arrouy L, Strohmenger L, Attal J, Moussu M-C, Braconnier S, Beaune S. Evaluation de la mise en place d'un fast-track pour les personnes âgées de plus de 85 ans dans un service d'urgence. *Ann Fr Médecine Urgence*. 2016;6:233-9.
33. Bulletin Officiel n°2002-14 [Internet]. Circulaire DHOS Relative à la filière de soins gériatriques. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>.
34. Colleony D. Prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus admises aux urgences [Thèse d'exercice]. Nancy: Université de Nancy I; 2004.
35. Prévention des escarres [Internet]. Disponible sur: <https://camu.mcocongres.com/sites/default/files/pres2016/22.Pr%C3%A9vention%20des%20escarres.pdf>.
36. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing*. 2008;37:416-22.
37. Mathieu L. Suivi des propositions de l'équipe mobile de gériatrie chez les patients âgés chuteurs aux urgences de l'hôpital Saint Philibert [Thèse d'exercice]. Lille : Université du droit et de la santé de Lille 2; 2017.
38. Basset J. ETUDE DE LA QUALITE DE VIE DES MEDECINS GENERALISTES INSTALLEES EN SAONE ET LOIRE ENTRE 2004 ET 2014 [Thèse d'exercice]. Dijon: UFR des Sciences de Santé de Dijon; 2019.
39. McCusker J, Verdon J. Do Geriatric Interventions Reduce Emergency Department Visits? A Systematic Review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006;61:53-62.
40. Kamienski P. Enquête régionale sur les pratiques des équipes mobiles de gériatrie de la région Nord-Pas-de-Calais: synthèse des enjeux régionaux. [Thèse d'exercice]. Lille: Université du droit et de la santé Lille; 2014.
41. Gerontopole Frailty Screening Tool [Internet]. Disponible sur: [http://www.frailty.net/wp-content/uploads/Gerontopole\\_Frailty\\_Screening\\_Tool\\_French.pdf](http://www.frailty.net/wp-content/uploads/Gerontopole_Frailty_Screening_Tool_French.pdf).
42. Evaluation gériatrique : unité mobile de gériatrie. Les hôpitaux universitaires de Strasbourg [Internet]. Disponible sur: <http://www.chru-strasbourg.fr/poles/Geriatrie/Evaluation-geriatrique-unite-mobile-de-geriatrie>.

## 7. ANNEXES

ANNEXE 1 : Fiche repérage fragilité personnes âgées, à 10 items au SAU du CHSJSL

### SERVICE DE MEDECINE D'URGENCE

<b>REPERAGE DES PERSONNES AGEES FRAGILES AU SMU de 75 ans et plus</b>
---

Identité patient :

Lyon, le

Date de naissance :

Age :

Famille/amis/voisins présents au SAU	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Aide(s) professionnelle(s) à domicile	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Age $\geq$ 85 ans	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Vision et/ou audition déficitaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Perte de poids récente/se sent en mauvaise santé depuis 6 mois	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Ne sort plus seul depuis 6 mois	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Présente des périodes de désorientation, d'incohérence ou de comportement inadapté	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Troubles de la marche / chute dans les 6 derniers mois	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Prise de 4 traitements ou plus/j	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Hospitalisation non programmée dans les 6 derniers mois	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>TOTAL SUR 10</b>		

**ANNEXE 2 : Fiche repérage fragilité personnes âgées, à 8 items au SAU du CHSJSL**

CENTRE HOSPITALIER



**SERVICE DE MEDECINE D'URGENCE**

**REPÉRAGE DES PERSONNES AGÉES FRAGILES  
AU SAU  
de 75 ans et plus**

Aides Professionnelles à domicile ou Maison de retraite	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
AGE : 85 ANS ET PLUS	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
PERTE de POIDS / MAIGREUR	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
TRISTESSE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
DEORIENTATION DANS LE TEMPS ET/OU ESPACE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
CHUTE (actuelle ou antécédent de chute)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
5 TRAITEMENTS ET PLUS	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
HOSPITALISATION dans les 6 derniers mois	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>TOTAL SUR 8</b>		<b>T &gt; 3</b>

**« 3 » REPONSES COCHEES OU PLUS  
LA PERSONNE AGEE EST FRAGILE**



**ANNEXE 3** : « Fiche de Fragilité » mise en place au SAU du CH de Beaune



<p><b>REPERAGE DES PERSONNES AGEES FRAGILES</b></p> <p><b>AU SMU</b></p> <p>de 75 ans et plus</p>
---

Aides Professionnelles à domicile ou Maison de retraite	<input type="checkbox"/> <b>NON</b>	<input type="checkbox"/> OUI
AGE : 85 ANS ET PLUS	<input type="checkbox"/> <b>OUI</b>	<input type="checkbox"/> NON
PERTE de POIDS / MAIGREUR	<input type="checkbox"/> <b>OUI</b>	<input type="checkbox"/> NON
TRISTESSE	<input type="checkbox"/> <b>OUI</b>	<input type="checkbox"/> NON
DESORIENTAION DANS LE TEMPS ET/OU ESPACE	<input type="checkbox"/> <b>OUI</b>	<input type="checkbox"/> NON
CHUTE ( actuelle ou antécédent de chute )	<input type="checkbox"/> <b>OUI</b>	<input type="checkbox"/> NON
5 TRAITEMENTS ET PLUS	<input type="checkbox"/> <b>OUI</b>	<input type="checkbox"/> NON
HOSPITALISATION DANS LES 6 DERNIERS MOIS	<input type="checkbox"/> <b>OUI</b>	<input type="checkbox"/> NON
TOTAL SUR 8		

**« 3 » REPONSES COCHEES OU PLUS**  
**LA PERSONNE AGEE EST FRAGILE**



**TITRE DE LA THESE :** Evaluation de la prise en charge gériatrique des personnes âgées de 75 ans et plus, admises au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Beaune, avant et après la mise en place d'une grille de repérage de la fragilité, nommée « Fiche de Fragilité »

**AUTEUR :** Salima CHETOUH

**RESUME :** Le dépistage de la fragilité des personnes âgées est un enjeu décisif. Un repérage à l'admission au Service d'Accueil des Urgences, à l'aide d'un outil simple et rapide à utiliser par l'équipe de soins est essentiel, permettant ainsi un relais avec l'Equipe Mobile de Gériatrie.

Le but de cette étude était de montrer l'impact de la mise en place d'une « Fiche de Fragilité » sur le recours à la filière gériatrique des patients d'âge  $\geq 75$  ans admis aux urgences et repérés fragiles.

Une étude observationnelle prospective monocentrique a été menée au Centre Hospitalier de Beaune, en 2 phases successives. La 1<sup>ère</sup> phase s'est déroulée du 17 au 23/09/2020, sans mise en place de la « Fiche de Fragilité » au Service d'Accueil des Urgences. La 2<sup>nde</sup> phase, s'est déroulée du 28/09 au 04/10/2020, avec mise en place de cette fiche.

Au total, 61 patients étaient inclus durant la 1<sup>ère</sup> phase et 81 patients durant la 2<sup>nde</sup> avec 40 perdus de vue. Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes pour le recours à la filière gériatrique ( $p=0.121$ ), qui n'a pas été amélioré après la mise en place de la « Fiche de Fragilité ». L'appel à l'Equipe Mobile de Gériatrie reste faible dans les 2 groupes avec des taux inférieurs à 10%. Ces résultats sont à nuancer du fait du nombre important de perdus de vue dans le 2<sup>nd</sup> groupe, pouvant engendrer une sous-estimation du recours à la filière gériatrique. Un travail de sensibilisation de l'équipe des urgences et une adaptation du format de la « Fiche de Fragilité » paraissent essentiels.

**MOTS CLES :** Fragilité – Personnes âgées - Repérage – Urgences - Equipe Mobile de Gériatrie