

**Université de Poitiers**  
**Faculté de Médecine et Pharmacie**

**ANNÉE 2024**

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLOME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement  
le 19 décembre 2024 à Poitiers  
par Nathan **BOUIN**

**Étude des antécédents des patients de 75 ans et plus aux urgences du  
centre hospitalier de Niort.**

***Composition du Jury***

**Président** : Dr. Mohamed JABER, PU-PH en cytologie et histologie

**Membres** :

- Dr. Vincent JEDAT, MCA médecine générale
- Dr. Stéphane MENU, médecin généraliste, ancien MSU
- Dr. Jean-André THIOU, médecin généraliste, ancien MSU

**Directeur de thèse** : Dr. Yaritza Carneiro, CCA



**Université de Poitiers**  
**Faculté de Médecine et Pharmacie**

**ANNÉE 2024**

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLOME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement  
le 19 décembre 2024 à Poitiers  
par **Nathan BOUIN**

**Étude des antécédents des patients de 75 ans et plus aux urgences du  
centre hospitalier de Niort.**

**Composition du Jury**

**Président** : Dr. Mohamed JABER, PU-PH en cytologie et histologie

**Membres** :

- Dr. Vincent JEDAT, MCA médecine générale
- Dr. Stéphane MENU, médecin généraliste, ancien MSU
- Dr. Jean-André THIOU, médecin généraliste, ancien MSU

**Directeur de thèse** : Dr. Yaritza Carneiro, CCA

# LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

## SECTION MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1<sup>er</sup> cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1<sup>er</sup> cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3<sup>e</sup> cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1<sup>er</sup> cycle**
- THILLE Amand, médecine intensive-réanimation – **assesseur 1<sup>er</sup> cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

### Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine pén-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie – **assesseur 1<sup>er</sup> cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique

- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

**Maître de Conférences des universités de médecine générale**

- MIGNOT Stéphanie

**Professeur associé des universités des disciplines médicales**

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

**Professeur associé des universités des disciplines odontologiques**

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

**Professeurs associés de médecine générale**

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaèle
- JEDAT Vincent

**Professeurs émérites**

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)

- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## SECTION PHARMACIE

### Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

### Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

### Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

### Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

### Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

### A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENÁ Rodolfo, pharmacie galénique

### Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

### Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BAUDRY Michel, physiologie (directeur honoraire)
- BOURIANNES Joëlle, physiologie
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

## CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

## ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

## CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

## REMERCIEMENTS

Merci au Professeur **Dr. Mohamed JABER** pour l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail, merci pour votre disponibilité.

Un grand merci également au **Dr. Vincent JEDAT** d'accepter de siéger dans ce jury, merci pour votre considération.

Merci au **Dr. Yaritza CARNEIRO** pour avoir dirigé cette thèse, de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir accompagné.

Un merci chaleureux aux **Dr. Stéphane MENU** et **Dr. Jean-André THIOU** de me faire l'honneur d'accepter de siéger à ce jury, mais surtout merci pour la découverte de la médecine générale en niveau 1, pour la transmission de ce métier passion, mais aussi pour la découverte de l'île d'Oléron et de ces bons moments hors stage. Merci à **Vany** pour son accueil chaleureux, ces plats et desserts succulents pour prendre des forces avant d'attaquer l'après-midi de consultation avec 2 heures de retard.

Au **Dr. Christian GUETTE** un immense merci pour la découverte de la médecine générale pendant l'externat, c'est grâce à ce stage que j'ai pu trouver ma voie.

Un grand merci au **Dr. Robert CAMILLERI** pour m'avoir permis d'apprendre la médecine générale à ses côtés.

Merci à l'ensemble des **chefs, infirmières et aides-soignantes des urgences de Niort**, pour l'aide à la réalisation de cette thèse, mais aussi pour toutes ces heures de gardes passées à apprendre auprès de chacun. Ce fut le stage le plus intense émotionnellement et intellectuellement.

Merci aux **Dr. Véronique GOUDET** et **Dr. Simon SUNDER**, ce stage à vos côtés fut un des plus marquants et des plus formateurs.

Merci aux **Dr. Marie-Gabrielle PORTET-TIXIDOR**, **Dr. Vincent HELIS** et **Dr. Eloi PIKETTY**, pour m'avoir fait découvrir une vision plus réelle de la médecine actuelle, avec ses enjeux sociaux et professionnels. Vous m'avez apporté beaucoup de réflexion à ma pratique future, et avez toute ma reconnaissance.

Merci à mes amis, depuis Cluj en Roumanie et jusqu'en France, tout particulièrement **Théodore, Audran** et **Emmanuelle**, mes amis les plus précieux avec qui j'ai partagé tant de choses, mais aussi à **Thomas**, mon plus vieil ami, je pense fort à toi malgré les milliers de kilomètres qui nous séparent. Merci pour toutes ces années passées ensemble et tous ces souvenirs qu'on a créés, à nos amitiés et qu'elles durent pour toujours.

Merci aussi à tous les nouveaux amis depuis le début de l'internat, en particulier à **Valentin, Line** et tous les autres, grâce à vous cet internat fut finalement assez court et en bonne compagnie jusqu'à la fin et même après.

Mon plus grand remerciement à mes **parents**, qui m'ont amené à suivre cette voie, et qui m'ont permis d'accomplir mon plus grand projet. Merci pour votre confiance, votre temps, votre aide, votre soutien moral dans les moments difficiles, mais aussi tous ces beaux moments de joie. Vous avez toujours cru en moi, et je vous en serai éternellement reconnaissant.

Merci à mes frères **Thomas** et **Pacôme**, qui m'ont fait grandir et mûrir, qui m'ont transmis la curiosité et l'envie d'apprendre toujours de nouvelles choses, de se dépasser, et qui ont toujours été présents.

Merci à **Pauline** et **Margot**, mes belles sœurs, pour leur gaieté, leur joie de vivre, pour tous ces moments de rire et de bonheur, et pour ces deux petites nièces adorables, **Aurore** et **Anna**, petites bouilles d'amour.

Merci à **Channa** pour tous ces bons moments et ceux à venir, pour son soutien et pour la découverte des petits coins du Golfe. Merci à **Gaspard** pour sa bonhomie et sa joie de vivre, ses connaissances improbables et sa vision curieuse de la vie. On sera bientôt voisins !

Enfin merci **Laurie**, la plus belle personne du monde, pour ton soutien inconditionnel, pour l'aide que tu m'apportes chaque jour, pour tes conseils avisés, ton aide également à la rédaction de cette thèse, qui est un peu la tienne aussi, et pour toutes les années à venir.

# TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS .....	4
REMERCIEMENTS.....	7
THÈSE .....	10
I. Liste d'abréviations .....	10
II. Introduction .....	11
III. Objectif primaire/ secondaires.....	15
1. Objectif primaire .....	15
2. Objectifs secondaires .....	15
A. Analyse des antécédents manquants .....	15
B. Évaluer si les critères suivants modifient ou non le degré de connaissance des antécédents des patients de 75 ans et plus admis aux urgences .....	15
IV. Matériels et méthodes.....	16
1. Type d'étude.....	16
2. Critères d'inclusions et d'exclusions .....	16
3. Déroulement de l'étude .....	16
V. Résultats.....	18
1. Analyse descriptive de la population étudiée .....	18
A. Diagramme de flux .....	18
B. Données démographiques.....	19
2. Objectif primaire .....	20
3. Objectifs secondaires .....	22
A. Analyse des antécédents manquants .....	22
B. Évaluer si les critères suivants modifient ou non le degré de connaissance des antécédents des patients de 75 ans et plus admis aux urgences .....	26
VI. Discussion .....	43
VII. Conclusion .....	47
VIII. Annexes.....	48
IX. Bibliographie .....	53
SERMENT .....	58
RÉSUMÉ .....	59

## **I. Liste d'abréviations**

- ACFA : Arythmie Cardiaque/ Fibrillation Auriculaire
- AIT : Accident Ischémique Transitoire
- AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
- ATCD : Antécédent(s)
- AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- CBC : Carcinome Basocellulaire
- CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences
- CH : Centre Hospitalier
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CIM – 11 : Classification Internationale des Maladies – 11<sup>ème</sup> édition
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- DMP : Dossier Médical Partagé
- DPC : Duodéno pancréatectomie Céphalique
- DPO : Data Protection Officer (Délégué à la Protection des Données)
- DRA : Détresse Respiratoire Aiguë
- EP : Embolie Pulmonaire
- GH : Groupement Hospitalier
- GIR : Groupe Iso-Ressource
- HSD : Hématome Sous Dural
- HTA : Hypertension Artérielle
- IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation
- IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
- IMA : Infarctus du Myocarde Aigu
- MT : Médecin traitant
- OAP : Œdème Aigu Pulmonaire
- PA : Personnes âgées
- RGO : Reflux Gastro-Œsophagien
- SCA : Syndrome Coronarien Aigu
- SU : Service d'Urgence
- TVP/ TVS : Thrombose Veineuse Profonde / Superficielle
- VSL : Véhicule Sanitaire Léger

## II. Introduction

Les personnes âgées (PA) de 75 ans et plus représentent une proportion croissante de la population générale, estimée à 6,4 millions de personnes en France au 1<sup>er</sup> janvier 2021(1) et estimée à 8,4 millions d'ici 2030(2). Cette part de la population est fréquemment retrouvée dans les hôpitaux avec 1,8 hospitalisations par an pour les personnes de 75 ans et plus, contre une moyenne de 1,5 pour la population générale(3). A noter également qu'en 2017, 45% des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation concernent des PA de 65 ans et plus et plus du quart concernent des PA de 80 ans et plus(2).

Cette grande proportion peut s'expliquer, en partie, par :

- le caractère polypathologique de cette population, puisqu'on lui diagnostique en moyenne 8,1 maladies chroniques pour les femmes et 6,8 pour les hommes,
- la polymédication, puisqu'une PA sur deux serait traitée avec, en moyenne, sept molécules différentes sur la semaine(3,4).

Dans les services d'urgences (SU), on retrouve des disparités entre les PA et le reste de la population, avec :

- un nombre de passages plus important et pour des problèmes de santé plus graves comparés au reste de la population(4) ;
- un temps d'attente moyen de huit heures pour 15% d'entre eux, contre 6% pour les 15-74 ans(5), avec un risque de morbidité et de mortalité plus élevé(6) et un nombre d'examens complémentaires plus important (en moyenne un tiers d'examens complémentaires en plus pour un pourcentage de diagnostic identique)(3,5) ;
- une hospitalisation plus fréquente (56 % contre 17 % des 15-74 ans)(5) ;
- une durée d'hospitalisation plus longue(4,5,7,8). Il est important de préciser qu'une durée prolongée d'hospitalisation majore le risque de fragilité de la PA(9), d'avoir des complications (escarres, infections nosocomiales, troubles cognitifs)(4,10) et d'être à nouveau hospitalisée dans les 3 mois qui suivent(5,11).

Ceci contribue à alourdir la surcharge de travail au sein des urgences, mais implique également un coût économique plus important(4).

Une des explications concernant le temps allongé de prise en charge des PA réside dans la difficulté liée à la communication avec ces patients, qui peut parfois s'avérer difficile, notamment pour le recueil de l'histoire de la maladie, des antécédents (ATCD) et des traitements(3,12). En effet, il peut exister des troubles cognitifs ou des symptômes anxio-dépressifs chez les PA qui peuvent altérer la mémoire ou entraîner une négligence et rendre fastidieux le recueil d'informations(3,4,8). Concernant les médicaments, il n'y aurait que 48% des patients de passage aux urgences qui seraient capables d'en donner une liste complète, et seulement 25% avec le bon dosage(13), ce qui peut entraîner une erreur de prescription du traitement habituel, comme retrouvé dans une méta-analyse, où il est constaté au moins une erreur dans 67% des cas(14).

On retrouve le même problème lorsqu'il s'agit des ATCD familiaux, comme décrit dans les travaux de Langlands AR et al., sur un échantillon de 300 patients de plus de 18 ans, où seulement 16% d'entre eux rapportent des ATCD familiaux(15).

Il peut exister des différences entre les ATCD et le mode de vie rapporté par les PA, en comparaison avec ce que l'on peut retrouver dans leurs dossiers médicaux, car l'expérience personnelle influe sur ce dont se souvient le patient. Une étude a montré que les patients avaient tendance à mieux se souvenir de leur diabète et de ses complications plutôt que d'épisodes d'angine de poitrine(16). Cet exemple peut s'expliquer, en partie, par les effets du diabète qui sont présents à plusieurs moments de la journée ou de la semaine, là où les angines de poitrine sont moins fréquentes mais aussi plus vite prises en charge aux urgences.

Ce problème de recueil d'informations vient en partie d'une difficulté de communication(17):

- La compréhension de la question ;
- Les difficultés à se remémorer ;
- L'évaluation personnelle de ses symptômes ;
- L'expression de la réponse ;

Quand bien même les deux parties pensent s'être comprises, il peut subsister des erreurs(17). Ces difficultés de communication liées à l'histoire personnelle sont sources d'erreurs médicales et augmentent le risque de morbidité et de mortalité(18,19).

En plus de l'aspect financier et médical, le coût humain est considérable et les conditions de prise en charge aux urgences de nos aînés sont à prendre en compte(11), au vu de toutes les complications qui peuvent en découler. Afin d'optimiser cette prise en charge, une des clefs réside dans une transmission optimale des informations médicales.

De nombreux travaux ont été réalisés sur la communication entre médecine de ville et médecine hospitalière(20–24) et une tendance générale s'en dégage : la communication est jugée insatisfaisante dans les deux sens, mais avec un désir d'améliorer celle-ci par les deux parties.

Le médecin traitant (MT) représente la source d'information la plus fiable(3,25) sur les données médicales, l'état psychologique, les conditions de vie ainsi que l'autonomie. C'est aussi le premier contact médical des PA en cas de problème aigu(3). Dans cette situation, le MT peut solliciter le service d'urgence pour une demande d'examen complémentaire et de prise en charge nécessitant un plateau technique(26), mais aussi parfois pour un motif social, notamment lors d'un maintien à domicile compliqué, de difficultés à mettre en place des aides sociales, ou lors d'un épuisement de l'aidant(20,27).

Afin de transmettre un maximum d'informations, le courrier médical est le moyen le plus utilisé, avec parfois un appel préalable au service destinataire(20,22).

Le courrier est une bonne source d'informations car il permet d'identifier la demande du médecin, réduit la redondance de certains examens et réduit aussi la durée

d'hospitalisation et donc le coût de celle-ci(25,28,29). Cependant, il n'est pas toujours présent lors de l'adressage du patient, ou alors incomplet, pour différentes raisons(27,30):

- Par manque de temps ;
- Par absence de dossier médical informatisé car le départ du patient se fait depuis son domicile ;
- Parce que le patient se présente de lui-même aux urgences.

Ces lettres ne sont pas toujours de bonne qualité(24,31) d'après les urgentistes, ou les spécialistes, car toutes les informations jugées utiles par le destinataire n'y figurent pas. On retrouve le même problème dans l'autre sens, avec des comptes-rendus d'hospitalisation ou de passage aux urgences jugés non satisfaisants par les médecins généralistes(21,22). Dans une étude, Pringle souligne l'importance de ces lettres en déclarant que le courrier d'adressage serait « le moyen le plus sous exploité pour influencer la prise en charge » et de la même façon, le courrier retour serait « le moyen de formation et d'information du MT le moins bien exploité »(32).

Cette insatisfaction bilatérale s'explique, en partie, par un manque de consensus sur le courrier standard idéal(33). Néanmoins, une revue systématique menée par Cartier a tenté d'établir les critères d'un courrier d'adressage de bonne qualité, qui sont les suivants :

- Nom du médecin généraliste ;
- Motif d'adressage ;
- ATCD ;
- Contexte psycho-social ;
- Histoire de la maladie ;
- Examen clinique ;
- Examens complémentaires réalisés ;
- Diagnostic du médecin généraliste ;
- Apport attendu du spécialiste ;
- Traitements du patient ;
- Position de l'adressage dans l'histoire du patient(34).

Face aux prises en charge complexes des PA, nous avons voulu nous concentrer tout particulièrement sur les ATCD des PA, qui sont un critère important du courrier d'adressage, car permettant une meilleure connaissance du dossier médical, d'éviter la redondance d'examen, mais aussi de mieux connaître le type de patient. Nous voulons savoir si leur connaissance est exhaustive, mais aussi s'il existe d'autres critères que le courrier d'adressage susceptibles de modifier leur connaissance.

En 2018, une étude menée par Carneiro(35) au sein des urgences de Thouars dans les Deux-Sèvres avait déjà observé la connaissance des ATCD lors d'un passage au SU. Le résultat montrait que dans 100% des cas, la connaissance des ATCD n'était pas exhaustive. Lors de sa présentation en congrès de médecine générale en 2023, une des

interrogations soulevées était de savoir s'il en était de même dans d'autres centres hospitaliers(35).

Six ans après, ses travaux sont repris aux urgences du Centre Hospitalier (CH) de Niort, mais aussi dans d'autres hôpitaux de l'ex Poitou-Charente (Faye-l'Abbesse (79), La Rochelle (17), Rochefort (17), Poitiers (86)) afin d'établir un état des lieux du degré de connaissance des antécédents des différents SU de la région et pouvoir, à terme, comparer les résultats entre eux ainsi qu'avec l'étude initiale.

### **III. Objectif primaire/ secondaires**

#### **1. Objectif primaire**

Déterminer si la connaissance des ATCD des patients de 75 ans et plus est exhaustive au SU du CH de Niort.

#### **2. Objectifs secondaires**

##### **A. Analyse des antécédents manquants**

- a. Évaluer le nombre d'antécédents manquants pour chaque patient inclus
- b. Déterminer la proportion des patients pour lesquels il existe un ou plusieurs antécédents manquants qui sont en rapport avec le diagnostic des urgences
- c. Étudier la nature des antécédents manquants

##### **B. Évaluer si les critères suivants modifient ou non le degré de connaissance des antécédents des patients de 75 ans et plus admis aux urgences**

- a. Présence ou non d'un courrier médical
- b. Présence ou non d'une ordonnance
- c. Présence ou non d'un tiers accompagnant à l'arrivée du patient aux urgences
- d. Mode d'arrivée aux urgences (par ses propres moyens versus ambulance).
- e. Heure d'admission aux urgences
- f. Degré de gravité estimé par la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU)
- g. Groupe Iso-Ressource (GIR)
- h. Motif de consultation d'ordre traumatologique ou autre
- i. Capacité à répondre aux questions
- j. Prise en charge par un interne ou un médecin sénior
- k. Appel à un tiers pour compléter le dossier
- l. Hospitalisation ou retour au domicile
- m. Durée d'hospitalisation

## **IV. Matériels et méthodes**

### **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive, quantitative, prospective et monocentrique. La période d'inclusion s'est déroulée du 5 février 2024 au 17 avril 2024. Cette étude est sans intervention sur la personne humaine. Nous avons confirmé auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) que le protocole était conforme à la MR-004, également validé par le Délégué à la Protection des données (DPO) de l'hôpital de Niort ainsi que par le Health Data Hub sous la référence N° F20240119105902.

### **2. Critères d'inclusions et d'exclusions**

Ont été inclus tous les patients de 75 ans et plus, homme ou femme, se présentant aux urgences de l'hôpital de Niort. Dans le cas où la personne était inconsciente ou incapable de répondre aux questions, son consentement était recueilli auprès de la personne de confiance, si elle était nommée.

Les critères d'exclusions étaient :

- Age inférieur à 75 ans ;
- Absence de consentement ;
- Refus de l'inclusion ;

### **3. Déroulement de l'étude**

Tout patient de 75 ans et plus ayant un dossier médical créé avec l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) des urgences de Niort s'est vu remettre, dans son dossier d'identification un questionnaire recto-verso (Annexe 1), portant une étiquette au nom du patient. L'infirmière diplômée d'état (IDE) ou l'aide-soignante remplissait le recto de la feuille et récupérait le consentement de manière orale. Les autres éléments recueillis étaient :

- La présence, ou non, d'un courrier médical ;
- La présence d'une ordonnance ;
- La présence d'un tiers accompagnant.

Le verso était rempli par le médecin ou l'interne qui prenait en charge le patient et comprenait :

- La présence d'un degré d'autonomie, noté par le groupe d'iso ressource (GIR) (Annexe 2), et si oui, lequel ;
- L'appel à un tiers : si oui, qui, pourquoi, et si les résultats obtenus ont aidé ;
- L'orientation du patient.

Au départ du patient (hospitalisation ou retour à domicile), le questionnaire rempli était glissé dans le dossier d'identification du patient, puis récupéré par les secrétaires des urgences, et entreposé dans une bannette prévue à cet effet au secrétariat des urgences.

Pour les questionnaires incomplets, le dossier des urgences était relu afin de compléter les informations manquantes, si cela était possible. Seuls les questionnaires complets ont été exploités.

Les dossiers des patients inclus et complets ont été relus sur *Urqual*<sup>®</sup> (logiciel des urgences), pour déterminer :

- L'heure et le jour d'arrivée ;
- Le moyen d'arrivée (ambulance ou par leur propres moyens) ;
- Le diagnostic des urgences : classifié tel quel, et selon la Classification Internationale des Maladies – 11<sup>ème</sup> édition (CIM-11) (Annexe 3).

Ensuite, chaque dossier était relu sur *CrossWay*<sup>®</sup> (logiciel d'hospitalisation), afin de déterminer la durée d'hospitalisation, et d'identifier les ATCD manquants. Ce logiciel sert de référence car comprend tous les comptes-rendus d'hospitalisation et courriers de consultation de l'hôpital de Niort.

Tout ATCD présent dans le logiciel *CrossWay*<sup>®</sup> qui ne figurait pas dans le logiciel *Urqual*<sup>®</sup> était considéré manquant. Ces ATCD manquants étaient ensuite répertoriés par famille diagnostic, puis selon la CIM-11.

Après discussion et accord entre les différents auteurs, un antécédent manquant était considéré en lien avec le diagnostic des urgences lorsqu'il était dans la même catégorie de CIM-11, ou qu'il existait un lien type facteur de risque, ou de complication. Ceci permettait de séparer la population étudiée en deux groupes distincts pour les analyses :

- Population ATCD manquant en lien avec le diagnostic des urgences
- Population ATCD manquant sans rapport avec le diagnostic des urgences

Lorsque aucun ATCD ne manquait, le médecin généraliste du patient était contacté pour confirmer les ATCD. Si la liste était à nouveau superposable, alors on considérait qu'aucun ATCD était manquant. Si le médecin traitant n'était pas joignable au bout de 3 tentatives, le patient était exclu.

Toutes les données extraites ont été anonymisées dans un tableur *Excel*<sup>®</sup>. A l'issue de la thèse, les questionnaires nominaux furent déposés au DPO de l'hôpital de Niort.

Les tests statistiques utilisés sont le test de Fisher, de Kruskal, de Wilcoxon et du Chi-2. Pour la valeur  $p$  correspondant au résultat du test Chi-2, le  $p$  indiqué est celui après comparaison avec le tableau standard du Chi-2. Les tests ont été réalisés avec le logiciel *p-value.io*<sup>®</sup> et le logiciel *R*<sup>®</sup> avec l'aide d'une ingénieure en biostatistiques du CHU de Nice. Le seuil de significativité a été fixé à  $p < 0,05$ .

## V. Résultats

### 1. *Analyse descriptive de la population étudiée*

#### A. Diagramme de flux

Entre le 5 février 2024 et le 17 avril 2024, 567 questionnaires ont été distribués, parmi lesquels 314 n'avaient pas donné de consentement oral. Sur les 253 restants, ont été exclus :

- Trois patients car âgés de moins de 75 ans.

Il restait alors 250 patients qui furent inclus dans l'étude (Figure 1).

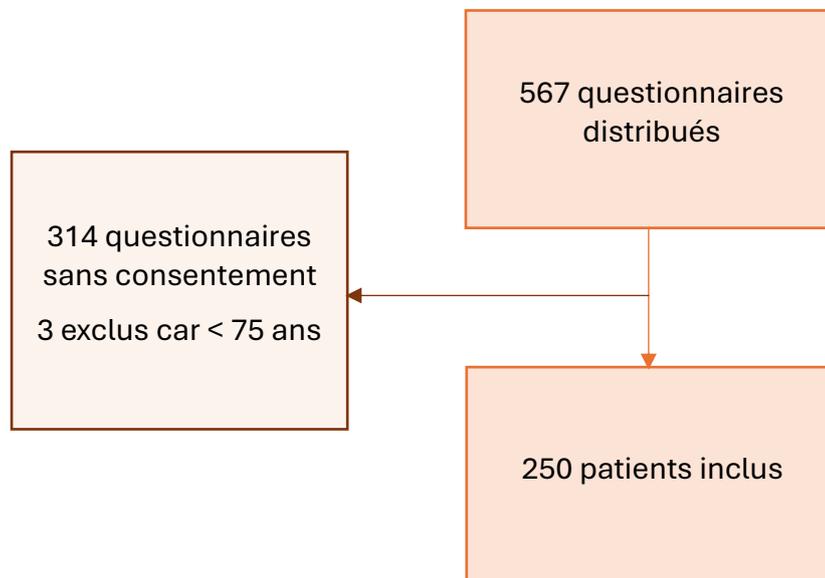


Figure 1. Diagramme de flux des patients inclus

## B. Données démographiques

La population étudiée était représentée par les femmes à 55%. L'âge médian était de 86 ans pour les femmes et 84 ans pour les hommes (Figure 2 et Tableau 1).

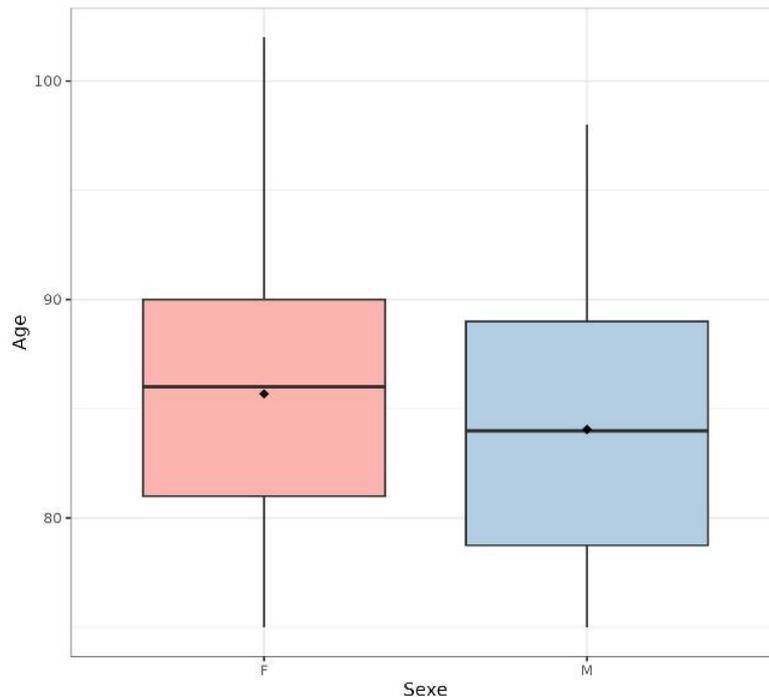


Figure 2. Répartition de l'âge selon le sexe en box-plot

Tableau 1. Répartition de l'âge selon le sexe

Sexe	Moyenne (écart-type)	Médiane [Q25-75]	min	max	n (%)
<i>F</i>	85,7 (6,18)	86 [81-90]	75	102	137 (55%)
<i>M</i>	84,1 (6,09)	84 [78,8-89]	75	98	112 (45%)

Parmi la population étudiée (Tableau 2), une majorité s'est présentée aux urgences le matin (39%), sans courrier d'adressage (73%), avec une ordonnance (75%), amenée par une ambulance (pompiers ou ambulance privée ou Véhicule Sanitaire Léger (VSL)) (75%) et sans accompagnant (74%).

Les patients inclus avaient, en grande majorité, la capacité de répondre (98%) et dans 22% des cas, un tiers (famille, médecin traitant, spécialiste, pharmacien, IDE) fut contacté pour compléter le dossier. La prise en charge s'est faite par un interne dans 51% des cas. Le degré de gravité estimé par la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) (Annexe 4) était en majorité faible, soit inférieur ou égal à 2 (83%). Le

GIR (degré d'autonomie), quand il était disponible ou réalisé, était en majorité à 2 (44%), soit un degré d'autonomie fortement limité.

56% des patients inclus furent hospitalisé pour une durée de séjour moyenne de 7 jours.

Tableau 2. Caractéristiques de la population étudiée

<b>Variable</b>		<b>Effectifs (%) ou Moyenne (SD)</b>
<i>Age (années)</i>		85 (SD=6,2)
<i>Sexe féminin</i>		137 (55%)
<i>Moment du jour</i>	<i>Matin (06 :01 à 12 :00)</i>	96 (38,6%)
	<i>Journée (12 :01 à 18 :00)</i>	87 (34,9%)
	<i>Soirée (18 :01 à 00 :00)</i>	51 (20,5%)
	<i>Nuit (00 :01 à 06 :00)</i>	15 (6%)
<i>Présence d'un courrier médical</i>		68 (27,3%)
<i>Présence d'une ordonnance</i>		187 (75,1%)
<i>Arrivée par ambulance</i>		181 (75,1%)
<i>Accompagnée par un tiers</i>		65 (26,1%)
<i>Capacité à répondre</i>		245 (98,4%)
<i>Appel à un tiers</i>		55 (22,1%)
<i>Dossier complété par un interne</i>		128 (51,4%)
<i>CCMU 1 et 2</i>		207 (83,1%)
<i>GIR 2</i>		17 (44,1%)
<i>Hospitalisation</i>		140 (56,2%)
<i>Durée du séjour (jours)</i>		6,5 (SD=11,8)

## **2. Objectif primaire**

Parmi les patients inclus (Figure 3), après comparaison des ATCD entre le logiciel des urgences *Urqual*® et le logiciel d'hospitalisation *CrossWay*®, il manquait au moins un ATCD pour 245 patients. Pour cinq patients, les listes d'ATCD étaient superposables entre les deux logiciels et donc jugées initialement complètes. Leurs médecins généralistes respectifs furent contactés, et pour quatre d'entre eux, certains ATCD étaient manquants. Pour le dernier patient, le médecin traitant n'était pas joignable après 3 tentatives, celui-ci a donc été exclu.

A l'inclusion finale, il reste 249 patients, et il manque au moins un antécédent pour 100% des inclus.

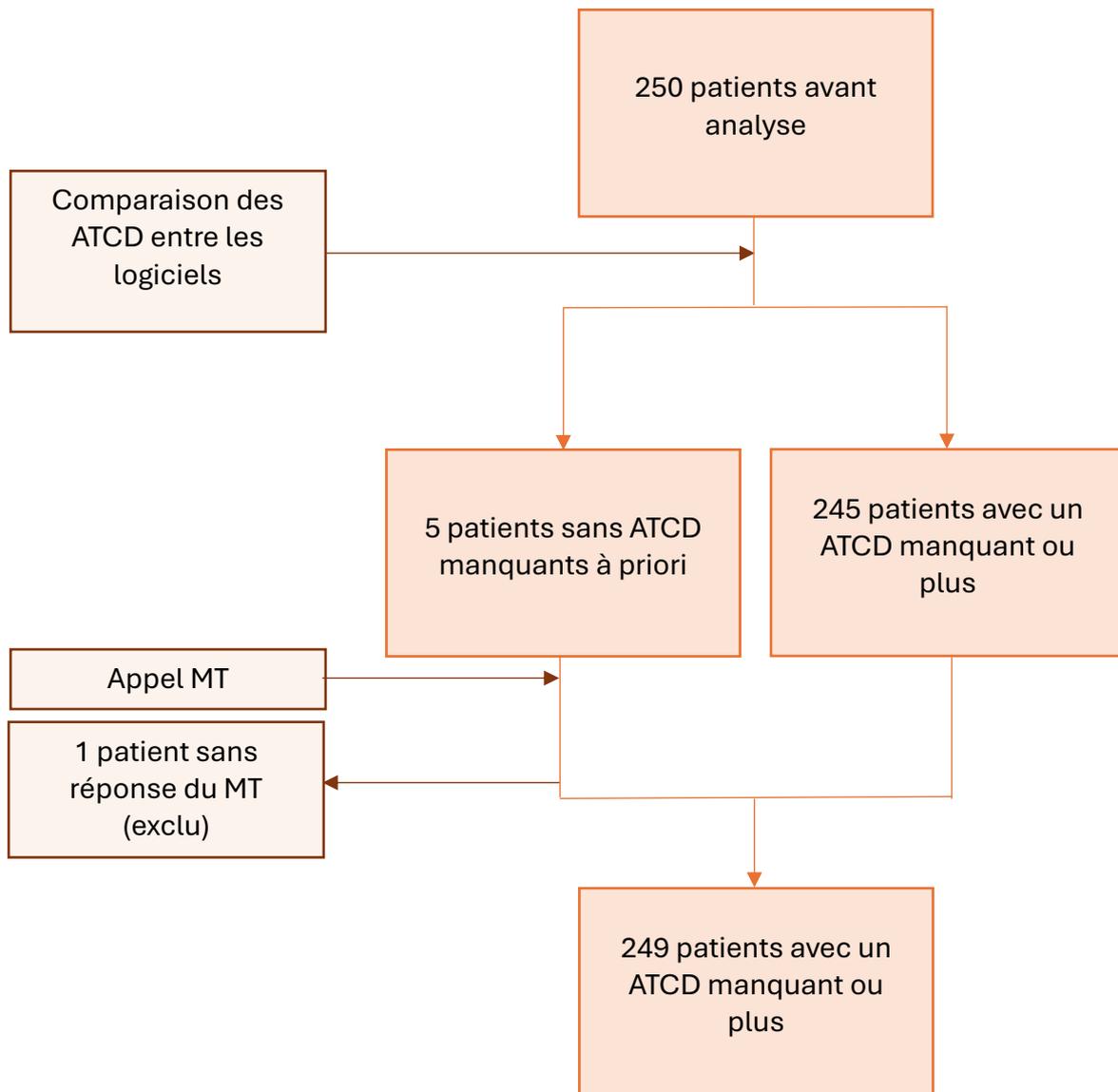


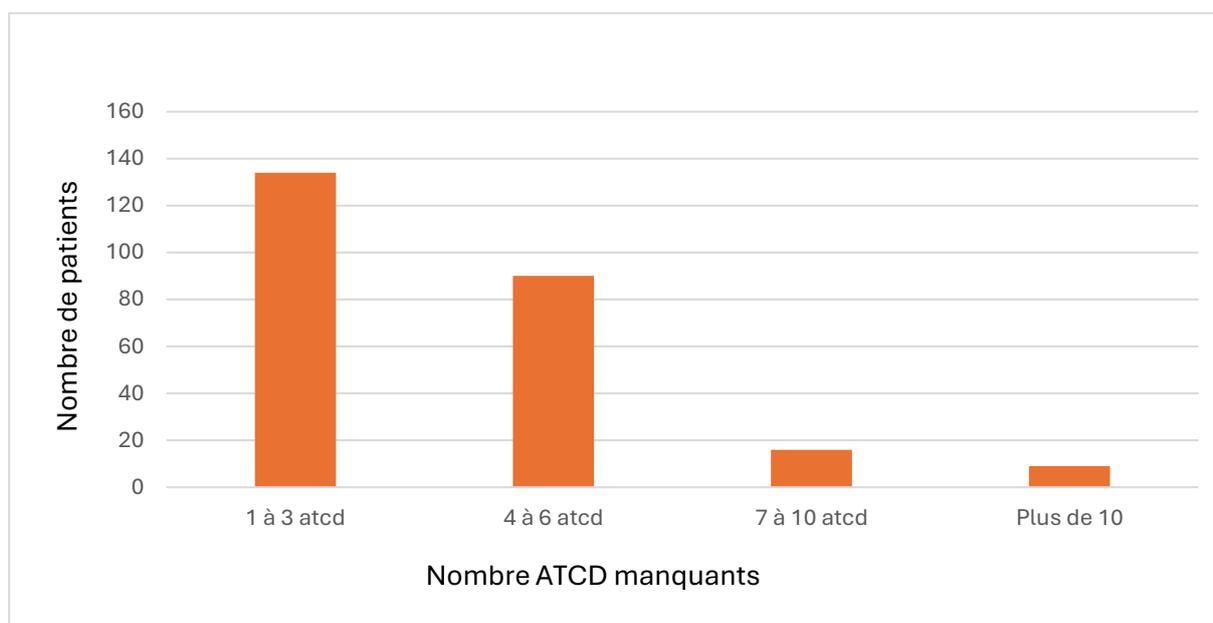
Figure 3. Diagramme de flux de l'analyse des ATCD des patients éligibles

### 3. Objectifs secondaires

#### A. Analyse des antécédents manquants

##### a. Evaluation du nombre d'antécédents manquants pour chaque patient inclus

En moyenne, il manquait 4 ATCD par patient, allant de 1 à 15 ATCD manquants. En termes d'occurrence, 134 patients avaient entre 1 et 3 ATCD manquants, 90 entre 4 et 6, 16 entre 7 et 10, et pour 9 patients plus de 10 ATCD manquants (Figure 4).



**Figure 4.** Effectifs de patients par groupe d'ATCD manquants

En termes de pourcentage, 53% des patients inclus avaient entre 1 et 3 ATCD manquants.

##### b. Nature des antécédents manquants

Les ATCD manquants ont été regroupés par spécialité, puis selon la CIM-11 (Annexe 3).

Le premier graphique (Figure 5), montre que les spécialités les plus oubliées sont l'hépatogastro-entérologie (106 fois), la chirurgie (99 fois) et la cardiologie (94 fois). Si l'on se réfère à la CIM-11 (Figure 6), ce sont les maladies du système digestif (122 fois), circulatoire (107 fois) et la traumatologie/orthopédie (87 fois) qui sont plus fréquemment oubliées.

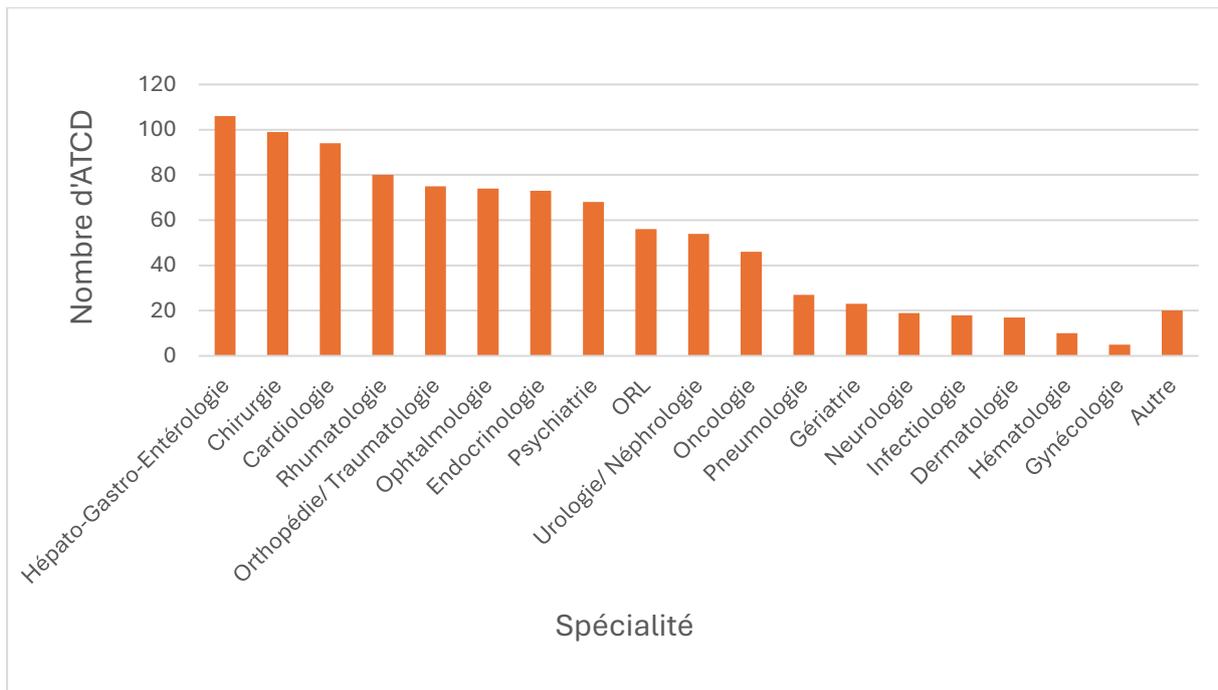


Figure 5. Répartition des ATCD manquants en fonction de la spécialité

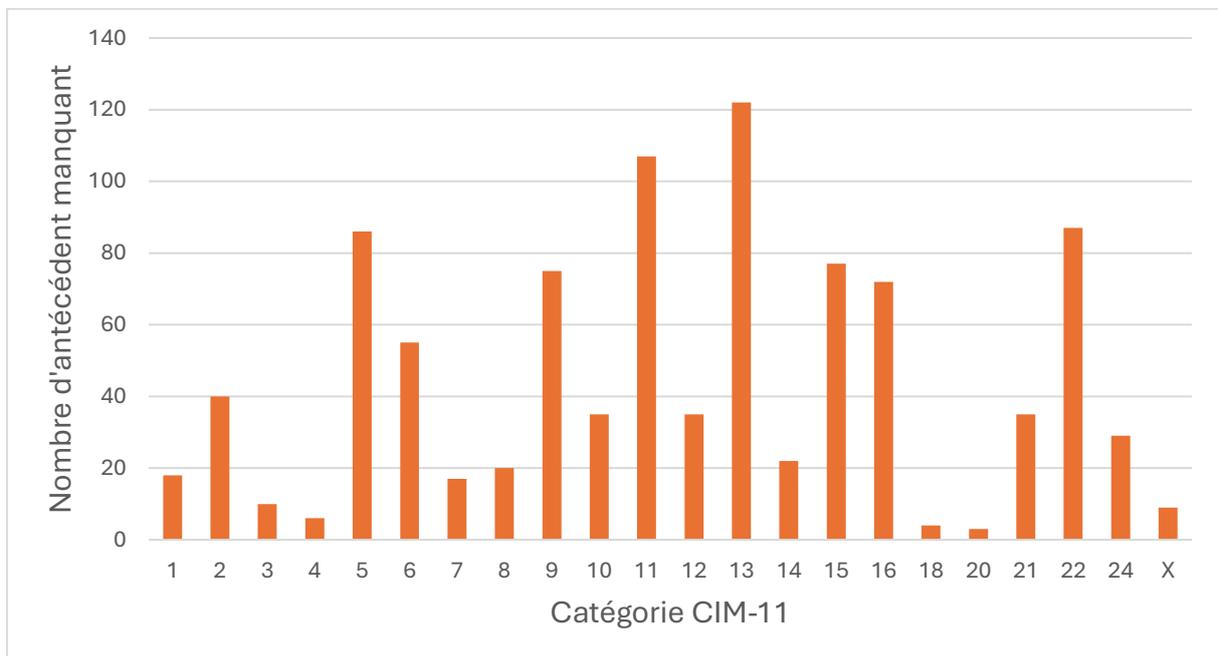


Figure 6. Répartition des ATCD manquants selon la CIM-11

Plus précisément, nous avons regroupé en valeur absolue les ATCD les plus fréquemment oubliés et ceux jugés graves, ou pouvant être importants pour la prise en charge (Tableau 5).

Tableau 5. ATCD manquants les plus fréquents et ceux jugés importants

a. ATCD manquants <i>fréquents</i>		b. ATCD manquants <i>importants</i>	
ATCD	Occurrence	ATCD	Occurrence
<i>Cataracte</i>	47	<i>Cancer (sauf CBC)</i>	9
<i>Dyslipidémie</i>	30	<i>ACFA</i>	9
<i>Gastrite et RGO</i>	27	<i>AOMI</i>	6
<i>Hypertension artérielle</i>	23	<i>TVP/ TVS</i>	6
<i>CBC et carcinome épidermoïde</i>	22	<i>Chute chronique</i>	6
<i>Hypoacousie/ surdit�/ acouph�ne</i>	21	<i>HSD ou h�morragie intracr�nienne</i>	5
<i>Hyperplasie b�nigne de la prostate</i>	20	<i>Insuffisance cardiaque</i>	4
<i>Fracture membre inf�rieur</i>	19	<i>IMA</i>	3
<i>Arthrose</i>	16	<i>SCA</i>	3
<i>D�nutrition (s�v�re et mod�r�e)</i>	15	<i>Cardiopathie hypertrophique</i>	3
<i>Infiltrations</i>	15	<i>Pancr�atite</i>	3
<i>Vertige</i>	14	<i>Prostatectomie</i>	3
<i>Canal carpien</i>	14	<i>AIT</i>	2
<i>Polypes</i>	14	<i>AVC</i>	2
<i>Trouble du sommeil</i>	14	<i>Epilepsie</i>	2
<i>Trouble cognitifs</i>	14	<i>DRA</i>	2
<i>Ob�sit�/ surpoids</i>	13	<i>EP</i>	2
<i>Valvulopathies</i>	12	<i>OAP</i>	2
<i>Pathologie coiffe des rotateurs</i>	12	<i>Lobectomie</i>	2
<i>Fracture membre sup�rieur</i>	11	<i>Gastrostomie</i>	1
<i>Proth�se totale de hanche</i>	11	<i>Crohn</i>	1
<i>Hernie inguinale</i>	10	<i>DPC</i>	1
<i>Addiction</i>	10	<i>Gastrostomie</i>	1

Dans la partie a. du Tableau 5, on identifie les ATCD cataracte, dyslipidémie et gastrite/reflux gastro-œsophagien (RGO) comme étant les plus fréquemment oubliés. Dans la partie b. du même tableau, soit les ATCD pouvant influencer la prise en charge, on retrouve le cancer hors carcinomes basocellulaires (CBC) (trois cancers du sein, trois de la prostate, deux de la vessie et un de l'endomètre), l'arythmie cardiaque/fibrillation auriculaire (ACFA) et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI).

c. Proportion des patients pour lesquels il existe un ou plusieurs antécédents manquant en rapport avec le diagnostic des urgences

Plus d'un tiers des patients (88) avaient un antécédent manquant en lien avec le diagnostic des urgences, et aucun lien n'a pu être établi pour les 161 patients restants (Figure 7).

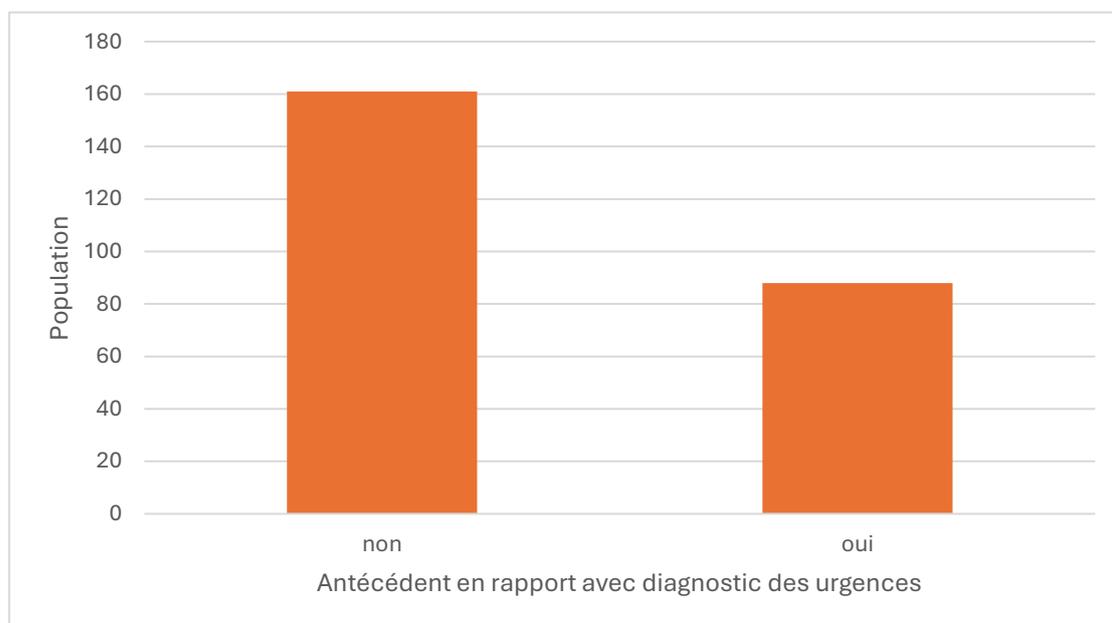


Figure 7. Répartition des antécédents en rapport avec le diagnostic des urgences

L'analyse du nombre d'ATCD manquants parmi les 88 patients ayant un antécédent en lien avec le diagnostic des urgences, révèle une moyenne de 4.9 antécédents manquants avec un  $p < 0,001$  (Tableau 6).

Tableau 6. Analyse de la répartition des antécédents en rapport avec le diagnostic des urgences

ATCD en rapport avec le diagnostic des urgences	Moyenne d'ATCD manquant (écart type)	Médiane [Q25-75]	n (%)	p	Test
Non	3,3 (1,9)	3,00 [2,00-4,00]	161 (65)	<b>&lt;0,001</b>	Wilcoxon
Oui	4,9 (3,1)	4,00 [2,75-6,00]	88 (35)		

**B. Évaluer si les critères suivants modifient ou non le degré de connaissance des antécédents des patients de 75 ans et plus admis aux urgences**

Dans cette partie, les moyennes d'ATCD manquants en fonction du critère choisi ont été comparées afin d'évaluer leur impact sur le degré de connaissance des ATCD.

Ensuite, après répartition de notre population en deux groupes, nous avons analysé la proportion des populations « **ATCD manquant sans lien avec diagnostic des urgences** » et « **ATCD manquant en rapport avec le diagnostic des urgences** », selon les différents critères. Ces résultats sont regroupés dans le tableau 7 qui sera détaillé et expliqué à chaque sous partie correspondante.

Tableau 7. Analyse de la répartition des patients avec un ATCD manquant en lien, ou non, avec le diagnostic des urgences, selon le critère évalué

<i>Critère évalué</i>		Population ATCD <u>sans lien</u> avec diagnostic des urgences	Population ATCD <u>en rapport</u> avec le diagnostic des urgences	<i>p</i>	Test
<b>Courrier</b>	Oui	45 (66,2%)	23 (33,8%)	0,8742	Chi2
	Non	116 (64,1%)	65 (35,9%)		
<b>Ordonnance</b>	Oui	120 (64,2%)	67 (35,8%)	0,8996	Chi2
	Non	41 (66,1%)	21 (33,9%)		
<b>Mode d'arrivée</b>	Ambulance	112 (61,9%)	69 (38,1%)	0,1775	Chi2
	Par ses propres moyens	49 (72,1%)	19 (27,9%)		
<b>Présence d'un tiers</b>	Oui	46 (70,8%)	19 (29,2%)	0,2947	Chi 2
	Non	115 (62,5%)	69 (37,5%)		
<b>Moment de la journée</b>	Matin	63 (65,6%)	33 (34,4%)	0,8736	Fisher
	Journée	54 (62,1%)	33 (37,9%)		
	Soirée	33 (64,7%)	18 (35,3%)		
	Nuit	11 (73,3%)	4 (26,7%)		
<b>Ouverture des cabinets en ville</b>	Oui	107 (64,5%)	59 (35,5%)	1	Chi2
	Non	54 (65,1%)	29 (34,9%)		
<b>Motif de consultation</b>	Traumatologique	46 (68,7%)	21 (31,3%)	0,5149	Chi2
	Autre	115 (63,2%)	67 (36,8%)		
<b>Prise en charge par</b>	Interne	88 (68,8%)	40 (31,2%)	0,209	Chi2
	Médecin sénior	73 (60,3%)	48 (39,7%)		
<b>Appel à un tiers</b>	Oui	33 (60%)	22 (40%)	0,5099	Chi2
	Non	128 (66%)	66 (34%)		
<b>Hospitalisation</b>	Oui	79 (56,4%)	61 (43,6%)	<b>0,0032</b>	Chi2
	Non	82 (75,2%)	27 (24,8%)		
<b>Durée d'hospitalisation</b>	Courte	37 (52,9%)	33 (47,1%)	0,4954	Chi2
	Longue	42 (60%)	28 (40%)		

a. *Présence ou non d'un courrier médical*

73% des patients inclus se sont présentés sans courrier d'adressage (Tableau 8). En moyenne, il y avait presque autant d'ATCD manquants avec ou sans courrier, avec  $p=0,55$ .

Tableau 8. Répartition des ATCD manquants en fonction du courrier médical

<b>Courrier médical</b>	<b>Moyenne ATCD manquants (écart-type)</b>	<b>Médiane [Q25-75]</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>	<b>Test</b>
<i>Oui</i>	3,9 (2,4)	3,00 [2,00 - 5.00]	68 (27%)	0.5487	Wilcoxon
<i>Non</i>	3,8 (2,6)	3,00 [2,00 - 5.00]	181 (73%)		

En comparant les deux populations sur le critère du courrier médical, les proportions étaient similaires qu'il y ait présence ou non du courrier, avec  $p=0.87$  (Tableau 7), comme on peut le voir sur la figure 8.

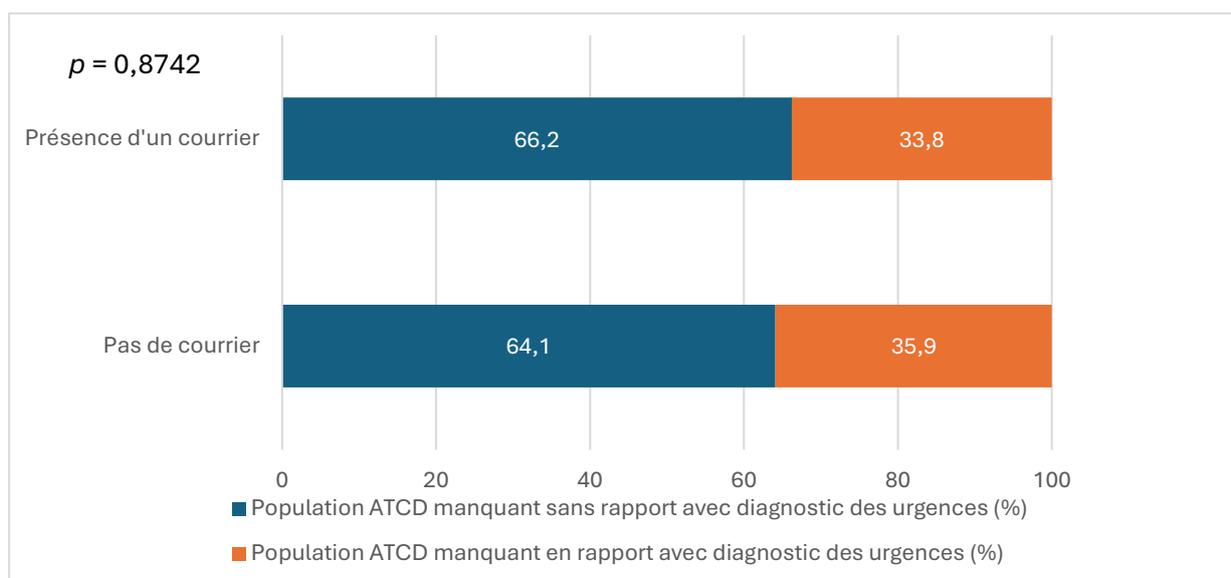


Figure 8. Analyse de la répartition des patients en fonction du courrier médical

b. Présence ou non d'une ordonnance

La majorité des patients se présentaient avec une ordonnance. Il y avait plus d'ATCD manquants lorsque les patients avaient une ordonnance, avec  $p < 0,001$  (Tableau 9).

Tableau 9. Répartition des ATCD manquants en fonction de l'ordonnance

Ordonnance	Moyenne ATCD manquants (écart-type)	Médiane [Q25-75]	n (%)	p	Test
Oui	4,13 (2,63)	4,00 [2,00 – 5,00]	187 (75)	<b>&lt;0,001</b>	Wilcoxon
Non	3,08 (1,94)	2,50 [2,00 – 4,00]	62 (25)		

Comme pour le courrier médical, les populations étaient superposables en proportion (Figure 9) qu'il y ait présence d'une ordonnance à l'arrivée aux urgences ou pas, avec  $p = 0,9$  (Tableau 7).

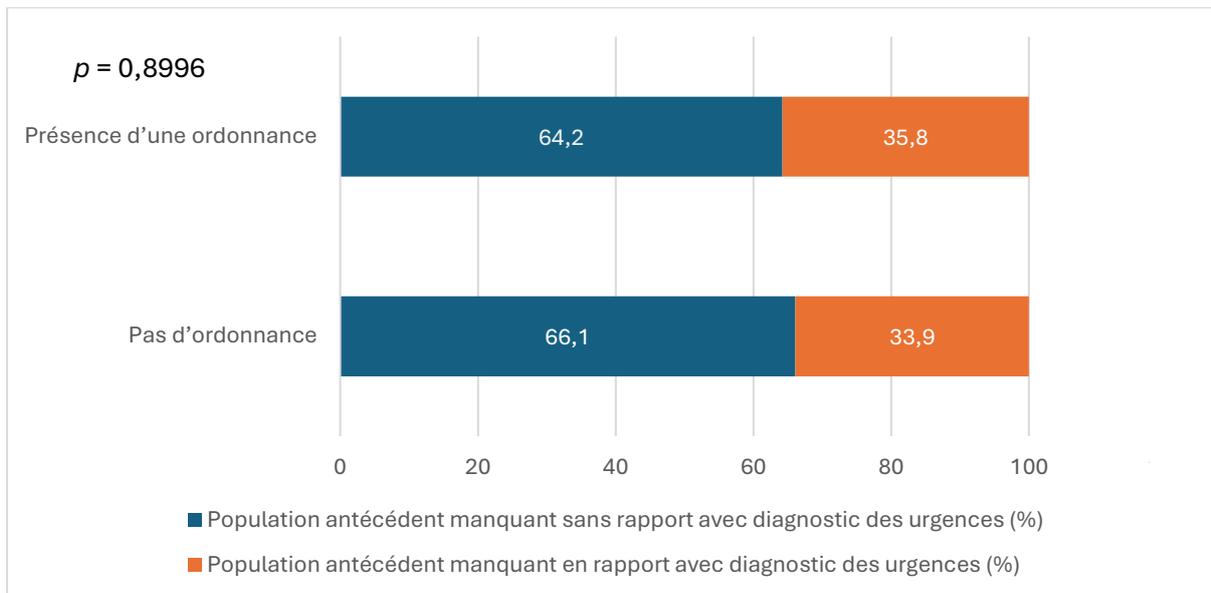


Figure 9. Analyse de la répartition en fonction de l'ordonnance

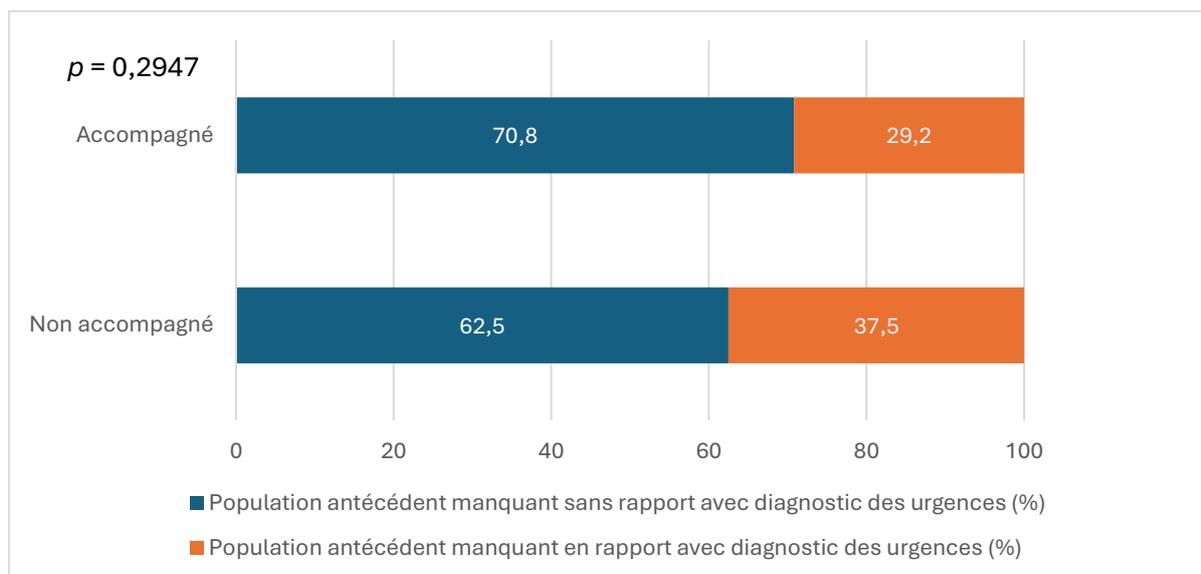
c. *Présence ou non d'un tiers accompagnant à l'arrivée du patient aux urgences*

Une majorité des patients de 75 ans et plus se sont présentés seuls à 74%. Il y avait plus d'ATCD manquants en moyenne parmi cette population, avec  $p=0.38$  (Tableau 10).

**Tableau 10.** Répartition des ATCD manquants en fonction de la présence d'un accompagnant

<b>Accompagné</b>	<b>Moyenne ATCD manquants (écart-type)</b>	<b>Médiane [Q25-75]</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>	<b>Test</b>
<i>Oui</i>	3,7 (2,7)	3,00 [2,00 – 5,00]	65 (26%)	0,3846	Wilcoxon
<i>Non</i>	3,9 (2,5)	3,00 [2,00 – 5,00]	184 (74%)		

Il y avait plus d'ATCD manquants en lien avec le diagnostic des urgences, en proportion, lorsqu'il n'y avait pas d'accompagnant (Figure 10), avec  $p=0,29$  (Tableau 7).



**Figure 10.** Analyse de la répartition des patients en fonction de la présence d'un tiers

d. Mode d'arrivée aux urgences (par ses propres moyens versus ambulance)

Les patients inclus arrivés par Ambulance (VSL, ambulance privée, pompiers et SAMU confondus) avaient, en moyenne, autant d'ATCD manquants que les patients arrivés par leurs propres moyens, avec  $p=0,96$  (Tableau 11).

Tableau 11. Répartition des antécédents manquants en fonction du mode d'arrivée.

Mode d'arrivée	Moyenne ATCD manquants (écart-type)	Médiane [Q25-75]	n (%)	p	Test
Ambulance	3,87 (2,47)	3,00 [2,00 – 5,00]	181 (73%)	0,9577	Wilcoxon
Par ses propres moyens	3,88 (2,64)	3,00 [2,00 – 5,25]	68 (27%)		

Lorsque les patients arrivaient par ambulance, il y avait, en proportion, plus d'ATCD manquants en lien avec le diagnostic des urgences que lorsqu'ils arrivaient par leurs propres moyens (Figure 11), avec  $p=0.18$  (Tableau 7).

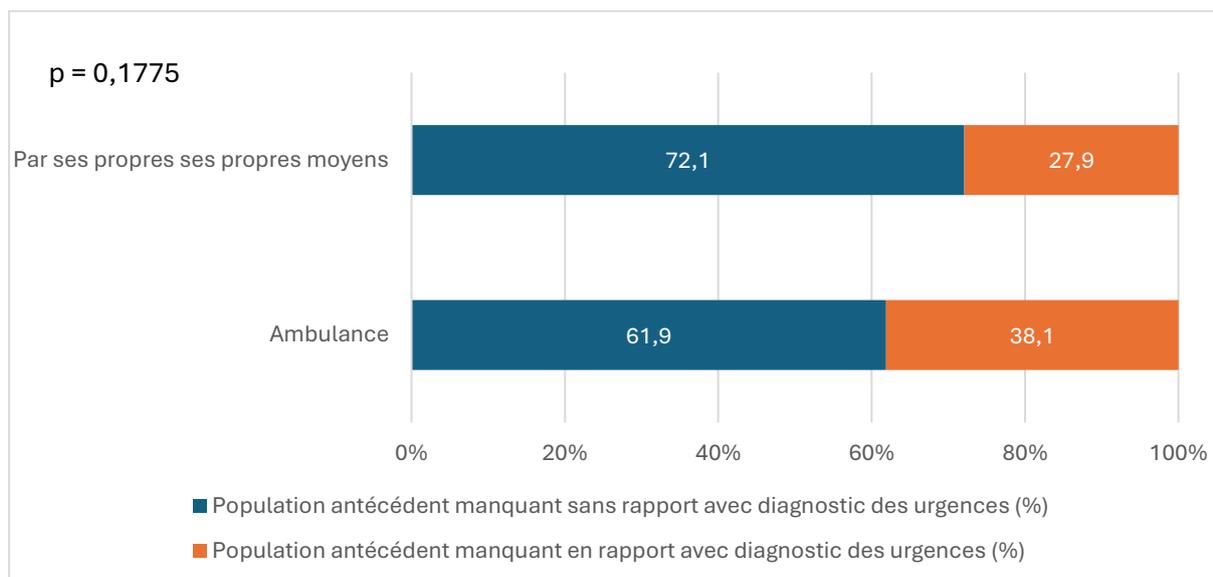


Figure 11. Analyse de la répartition des patients en fonction du mode d'arrivée

### e. Heure d'admission aux urgences

La journée a été divisée en 4 créneaux, avec :

- Matin : de 06h01 à 12h00 ;
- Journée : de 12h01 à 18h ;
- Soirée : de 18h01 à minuit ;
- Nuit : de 00h01 à 06h00.

Le taux de passage aux urgences était réparti sur la journée :

- Matin 39%
- Journée 35%
- Soirée 20%
- Nuit 6%

En moyenne, le nombre d'antécédents manquants était similaire le matin et la journée, à 3,8, puis à 4,2 en soirée et à 4 la nuit, avec  $p=0.5$  (Tableau 12).

Tableau 12. Répartition des antécédents manquants en fonction du moment de la journée

Moment du jour	Moyenne d'ATCD manquants (écart-type)	Médiane [Q25-75]	n (%)	$p$	Test
Matin	3,75 (2,40)	3,00 [2,00 – 5,00]	96 (39%)	0,5028	Kruskal
Journée	3,78 (2,65)	3,00 [2,00 – 5,00]	87 (35%)		
Soirée	4,22 (2,72)	4,00 [2,00 – 5,00]	51 (20%)		
Nuit	4,00 (1,69)	4,00 [2,50 – 5,50]	15 (6%)		

Lorsque l'ATCD manquant était en lien avec le diagnostic, la proportion de patient était répartie comme suit sur la journée (figure 12), avec un  $p=0,87$  (Tableau 7).

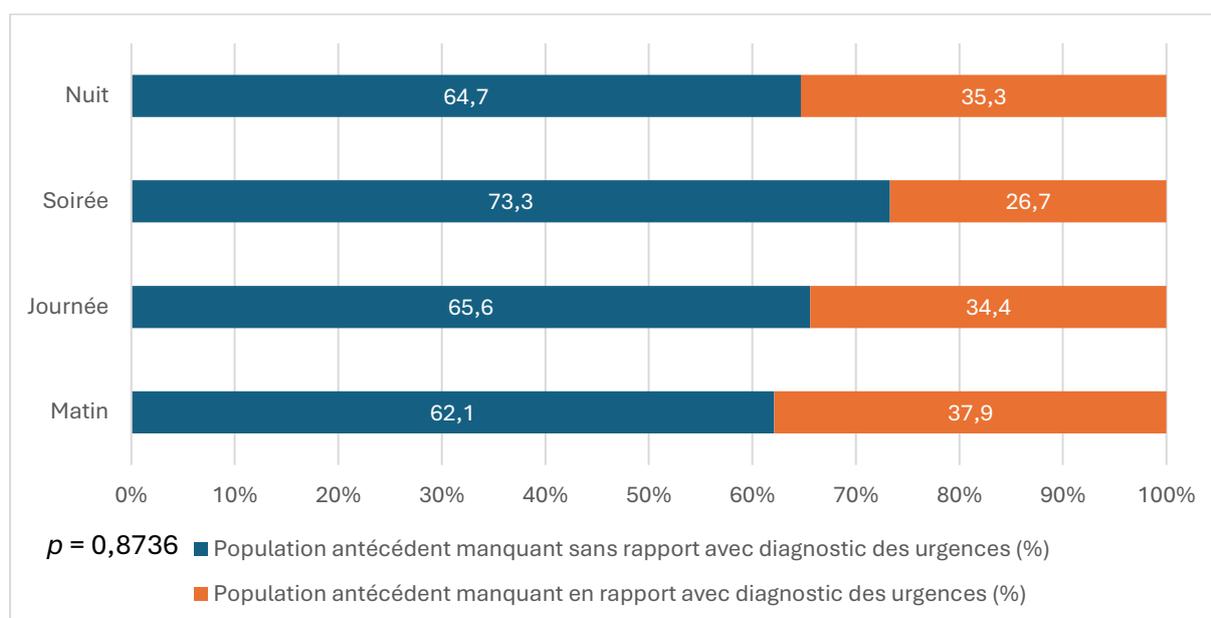


Figure 12. Analyse de la répartition des patients selon le moment de la journée

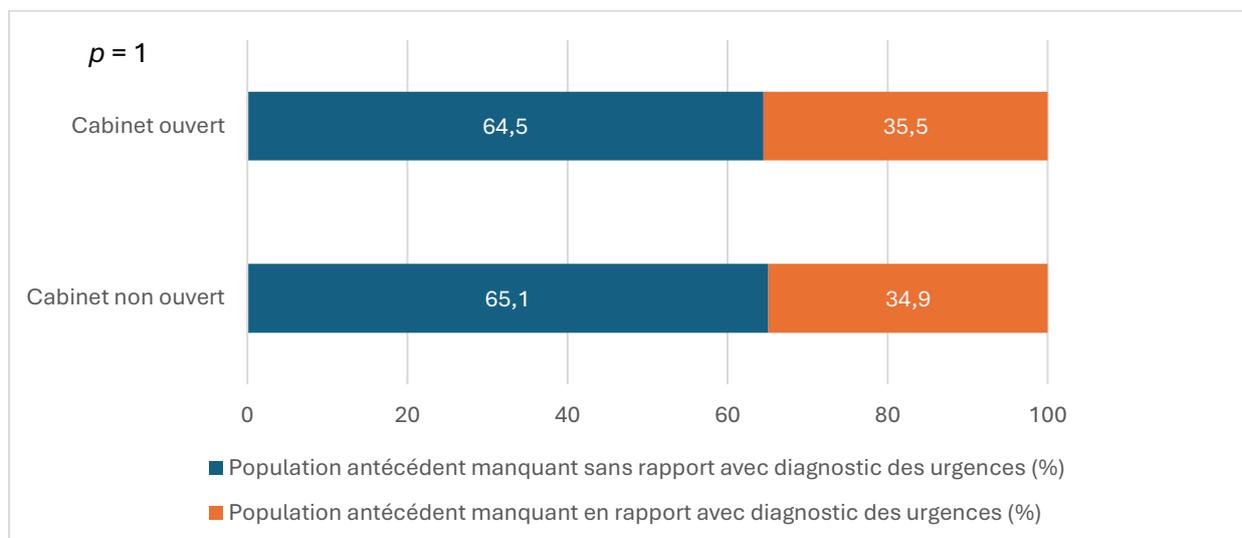
Une deuxième analyse sur les moments de la journée a été réalisée en fonction des horaires d'ouverture de cabinets de médecine générale, en considérant ces derniers ouverts de 8h à 20h du lundi au vendredi, et de 8h à 12h le samedi.

Une majorité de patients se sont présentés sur les horaires d'ouverture des cabinets avec, en moyenne, 3,8 ATCD manquants contre 4 ATCD manquants en moyenne lors des horaires de fermeture, avec  $p=0.24$  (Tableau 13).

**Tableau 13.** Répartition des patients avec un ATCD manquant en lien avec le diagnostic des urgences en fonction des horaires d'ouverture des cabinets en ville

<b>Cabinet en ville</b>	<b>Moyenne d'ATCD manquants (écart-type)</b>	<b>Médiane [Q25-75]</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>	<b>Test</b>
<i>Ouvert</i>	3,77 (2,51)	3,00 [2,00 – 5,00]	166 (67%)	0,2372	Wilcoxon
<i>Non ouvert</i>	4,08 (2,52)	4,00 [2,00 – 5,00]	83 (33%)		

Les proportions de patients avec ou sans ATCD manquant en lien avec le diagnostic des urgences étaient similaires, peu importe l'ouverture ou non des cabinets médicaux (Figure 13), avec  $p=1$  (Tableau 7).



**Figure 13.** Analyse de la répartition des patients selon l'ouverture des cabinets

*f. Degré de gravité estimé par la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU)*

Nous avons classé la population étudiée selon la CCMU (Annexe 4), classement allant de 1 à 5 pour estimer le degré de gravité des motifs de consultation.

La représentation des CCMU se fait de cette manière dans le tableau 14 :

- CCMU 2 avec 78% des patients inclus et 4,1 ATCD manquants en moyenne ;
- CCMU 3 avec 16% et 3 ATCD en moyenne ;
- CCMU 1 avec 5% et 3 ATCD en moyenne ;
- CCMU 4 avec moins de 1% et 1 ATCD en moyenne, avec  **$p < 0,05$** .
- La CCMU 5 n'est pas représentée puisque aucun patient inclus ne correspondait à cette classification.

Tableau 14. Répartition des patients avec un antécédent manquant en lien avec le diagnostic des urgences en fonction de la CCMU

<b>CCMU</b>	<b>Moyenne d'ATCD manquants (écart-type)</b>	<b>Médiane [Q25-75]</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>	<b>Test</b>
1	3,00 (1,53)	3,00 [2,00 – 3,00]	13 (5,2%)	<b>0,013</b>	Kruskal
2	4,12 (2,64)	4,00 [2,00 – 5,00]	194 (78%)		
3	3,05 (1,87)	2,00 [2,00 – 4,00]	41 (16%)		
4	1,00 (-)	1,00 [1,00 – 1,00]	1 (0,4%)		
5	0	0	0		

Étant donné les grands écarts entre les différents groupes, les analyses n'ont pas été poursuivies.

### g. GIR

La population étudiée a été classée selon le GIR (Annexe 2), s'il était réalisé et disponible aux urgences du CH de Niort.

Le GIR est une classification évaluant l'autonomie, allant de 1 (dépendance totale) à 6 (autonomie conservée).

Le GIR était réparti comme suit (Tableau 15) :

- GIR 2 avec 44% et une moyenne d'ATCD manquants de 3,9 ;
- GIR 4 avec 35% et une moyenne d'ATCD manquants de 4 ;
- GIR 3 avec 15% et une moyenne d'ATCD manquants de 3,2 ;
- GIR 5 avec 5,9% et une moyenne d'ATCD manquants de 2,5 avec  $p=0,68$ .

Tableau 15. Répartition des antécédents manquants en fonction du GIR

<b>GIR</b>	<b>Moyenne (écart-type)</b>	<b>Médiane [Q25-75]</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>	<b>Test</b>
1	0	0	0	0,6802	Kruskal
2	3,87 (1,60)	3,00 [3,00 – 5,00]	15 (44%)		
3	3,20 (0,837)	3,00 [3,00 – 4,00]	5 (15%)		
4	4,08 (2,78)	3,00 [2,00 – 6,00]	12 (35%)		
5	2,50 (0,707)	2,50 [2,25 – 2,75]	2 (5,9%)		
6	0	0	0		

Aucun patient évalué GIR 1 ou 6 n'a été inclus dans l'étude.

Au total, seuls 34 patients inclus avaient un GIR disponible lors de leur passage aux urgences. Face à ce nombre très faible rapporté à la population totale, et à la répartition inégale, nous n'avons pas réalisé d'analyses supplémentaires.

*h. Motif de consultation d'ordre traumatologique ou autre*

Moins d'une consultation sur trois concernait un motif traumatologique. En moyenne, il y avait autant d'ATCD manquants que le motif soit traumatologique ou non, avec  $p=0,45$  (Tableau 16).

Tableau 16. Répartition des ATCD manquants en fonction du motif de consultation

<b>Motif de consultation</b>	<b>Moyenne d'ATCD manquants (écart-type)</b>	<b>Médiane [Q25-75]</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>	<b>Test</b>
<i>Autre</i>	3,86 (2,62)	3,00 [2,00 – 5,00]	182 (73%)	0,45	Wilcoxon
<i>Traumatologique</i>	3,90 (2,22)	3,00 [2,50 – 5,00]	67 (27%)		

Lorsque le motif de consultation était d'ordre traumatologique, la figure 14 montre qu'il y avait en proportion moins d'ATCD manquant en lien avec le diagnostic que lorsque le motif était d'ordre médical, avec  $p=0.51$  (Tableau 7).

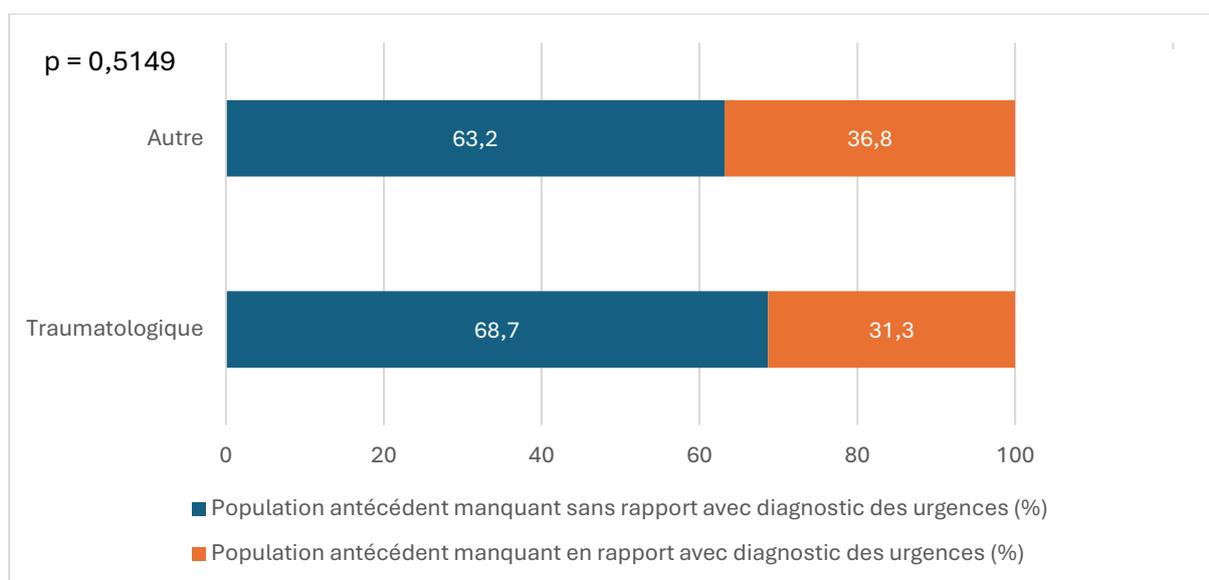


Figure 14. Analyse de la répartition des patients selon le motif de consultation

*i. Capacité à répondre aux questions*

La presque totalité des patients inclus avait la capacité de répondre au moment de l'inclusion. Il y avait en moyenne 3,9 ATCD manquants pour la population en capacité de répondre contre 4,3 pour la population en incapacité de répondre, avec  $p=0,46$  (Tableau 17).

Tableau 17. Répartition des ATCD manquants en fonction de la capacité à répondre

<b>Capacité à répondre</b>	<b>Moyenne d'ATCD manquants (écart-type)</b>	<b>n (%)</b>	<b><i>p</i></b>	<b>Test</b>
<i>Oui</i>	3,87 (2,53)	245 (98%)	0,4562	Wilcoxon
<i>Non</i>	4,25 (1,71)	4 (2%)		

Au vu du trop faible nombre de la population en incapacité de répondre, nous n'avons pas poursuivi les analyses en fonction de ce critère.

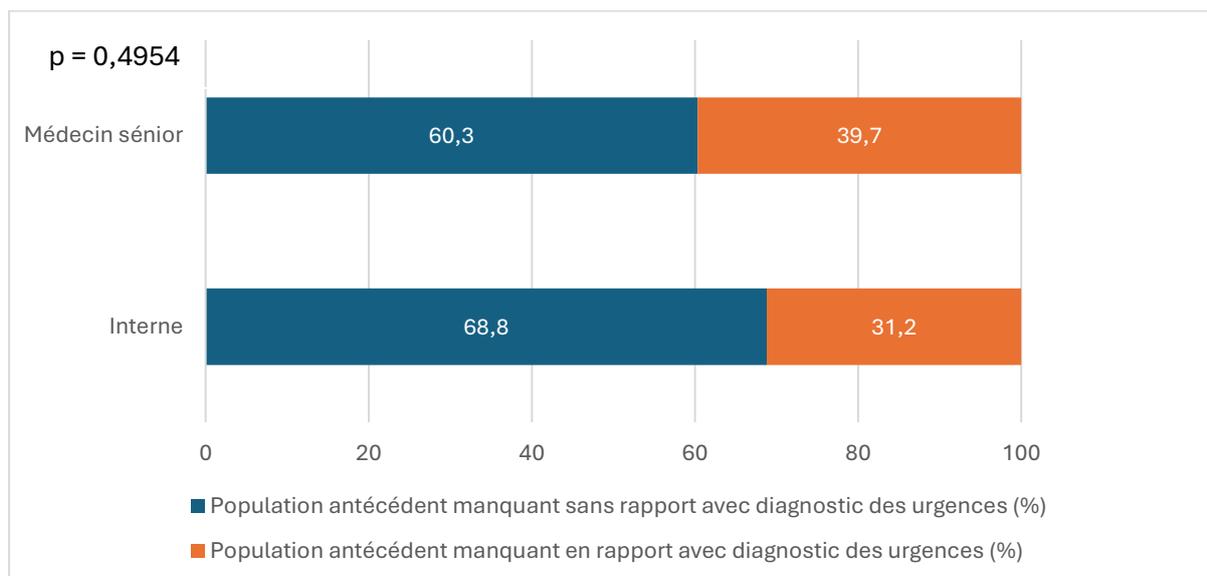
j. *Prise en charge par un interne ou un médecin sénior*

Parmi la population étudiée, il y a eu presque autant de prises en charge par un interne que par un médecin sénior (tableau 18), avec en moyenne 3,7 ATCD oubliés pour le premier, et 4 pour le second, avec  $p=0,96$ .

**Tableau 18.** Répartition des ATCD manquants en fonction de prise en charge par interne ou médecin sénior

<b>Complétée par</b>	<b>Moyenne d'ATCD manquants (écart-type)</b>	<b>Médiane [Q25-75]</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>	<b>Test</b>
<i>Interne</i>	3,71 (2,09)	3,00 [2,00 – 5,00]	128 (51%)	0,9623	Wilcoxon
<i>Médecin sénior</i>	4,04 (2,89)	3,00 [2,00 – 5,00]	121 (49%)		

La proportion de patients pour lesquels un ATCD manquant était en lien avec le diagnostic des urgences était plus importante lors de la prise en charge par un médecin sénior (Figure 15), avec  $p=0,21$  (Tableau 7).



**Figure 15.** Analyse de la répartition des patients selon la prise en charge par un interne ou un médecin sénior

k. Appel à un tiers pour compléter le dossier

Pour une faible partie de la population étudiée, un tiers a été appelé pour compléter les informations. Le tiers appelé était :

- Un membre de la famille ;
- L'infirmière ;
- Le médecin traitant ;
- Un spécialiste référent ;
- Le pharmacien.

Les informations demandées étaient principalement les ATCD, l'histoire de la maladie, le traitement et le degré d'autonomie. Pour les 55 patients concernés, il y avait en moyenne 4 ATCD manquants, contre 3,8 lorsque aucun tiers n'était appelé avec  $p=0,7$  (tableau 19).

Tableau 19. Répartition des ATCD manquants en fonction de l'appel à un tiers

Appel à un tiers	Moyenne d'ATCD manquants (écart-type)	Médiane [Q25-75]	n (%)	p	Test
Oui	4,05 (2,74)	3,00 [2,00 – 5,50]	55 (22%)	0,6963	Wilcoxon
Non	3,82 (2,45)	3,00 [2,00 – 5,00]	194 (78%)		

La proportion de patient avec un ATCD manquant en lien avec le diagnostic des urgences était plus importante quand il y avait appel à un tiers (figure 16), avec  $p=0,51$  (Tableau 7).

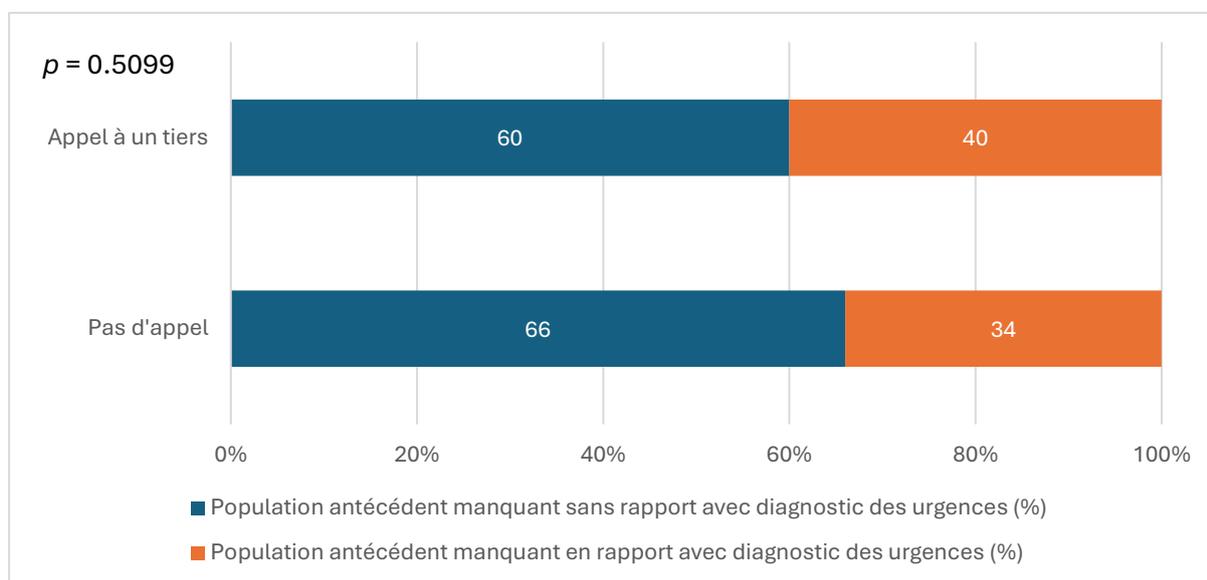


Figure 16. Analyse de la répartition des patients selon l'appel à un tiers

Parmi ces 55 appels, nous avons également demandé dans notre questionnaire, si les informations obtenues avaient été contributives à la prise en charge, et pour 47 d'entre eux, soit 87%, ce fut le cas (Figure 17).

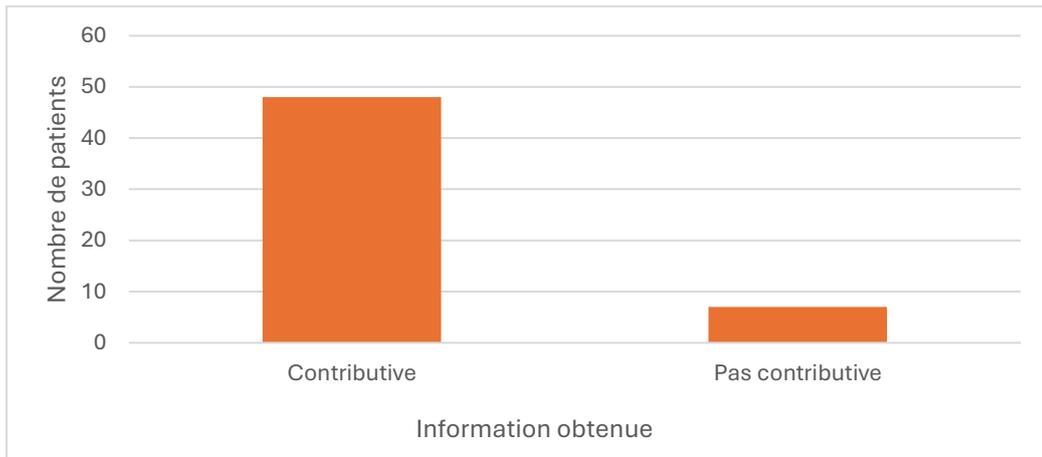


Figure 17. Appel à un tiers pour information contributive à la prise en charge

### l. Hospitalisation ou retour au domicile

La proportion de patients hospitalisés était comparable à la proportion de ceux qui sont retournés à domicile, avec en moyenne 4,1 ATCD manquants pour la première population, et 3,6 pour la seconde, avec  $p=0,19$  (Tableau 20).

Tableau 20. Répartition des ATCD manquants en fonction de l'hospitalisation

<i>Hospitalisation</i>	Moyenne d'ATCD manquants (écart-type)	Médiane [Q25-75]	n (%)	<i>p</i>	Test
<i>Oui</i>	4,11 (2,76)	3,50 [2,00 – 5,00]	140 (56%)	0,1941	Wilcoxon
<i>Non</i>	3,57 (2,14)	3,00 [2,00 – 5,00]	109 (44%)		

Dans la figure 19, on observe que la proportion de patients rentrée au domicile avec un ATCD manquant en lien avec le diagnostic des urgences est plus importante que celle restée hospitalisée, avec  $p<0.01$  (Tableau 7).

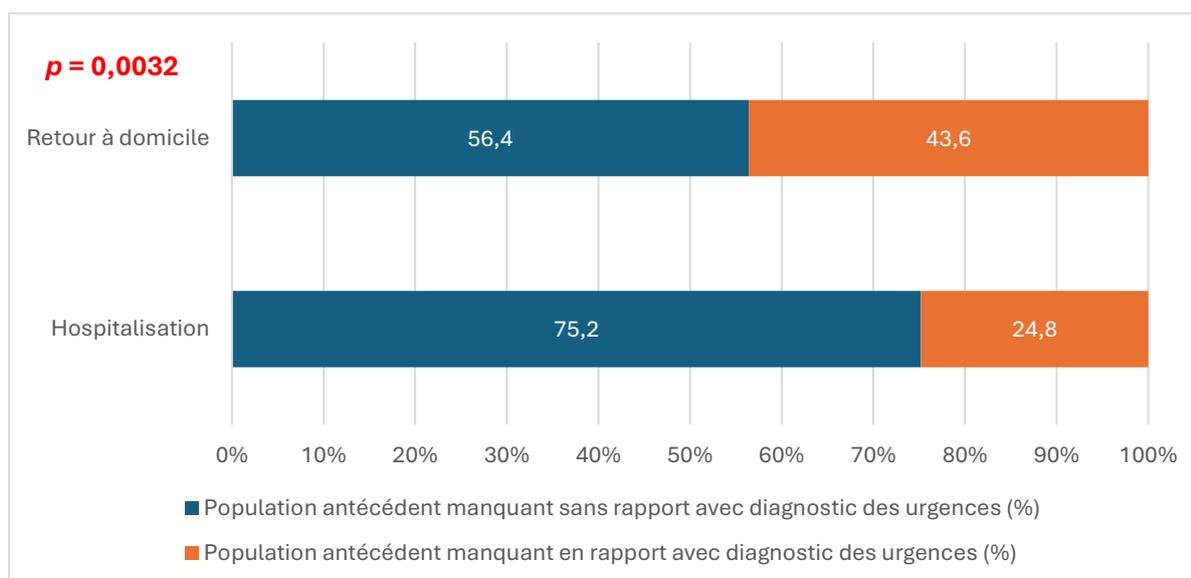


Figure 19. Analyse de la répartition des patients selon l'orientation

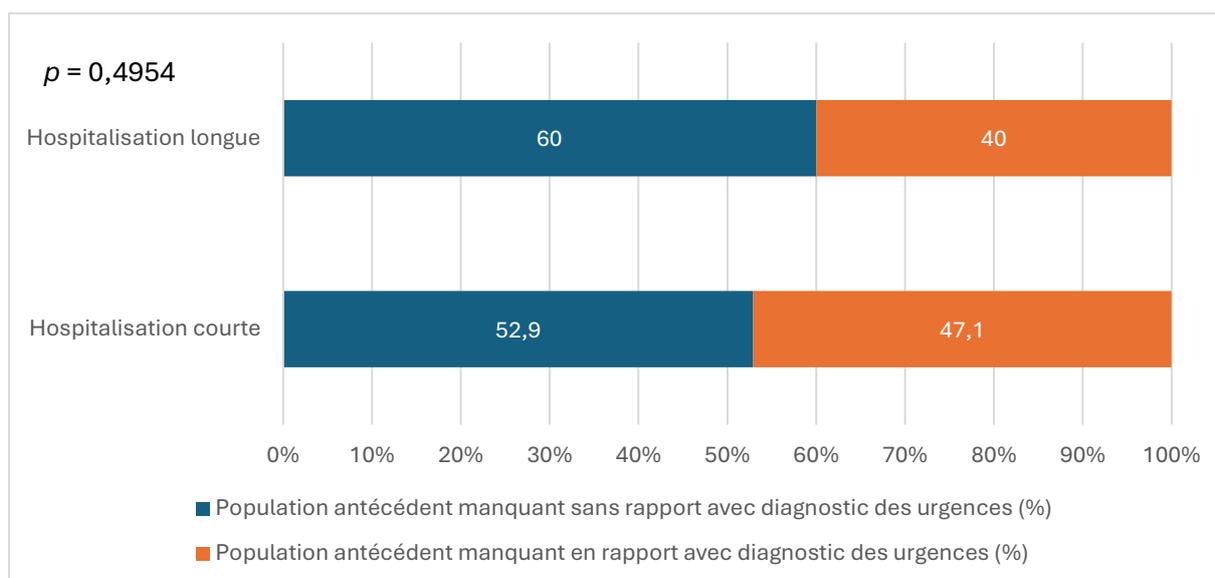
### m. Durée d'hospitalisation

Les patients hospitalisés ont été divisés en deux groupes : un groupe hospitalisation courte (six jours ou moins) et un groupe hospitalisation longue (sept jours ou plus). Les groupes étaient de tailles égales. Parmi les hospitalisations courtes, la moyenne d'ATCD manquant était de 5,4 et de 3,8 dans le deuxième groupe, avec  $p=0,39$  (Tableau 21).

**Tableau 21.** Répartition des antécédents manquants en fonction de la durée d'hospitalisation

<b>Hospitalisation</b>	<b>Moyenne d'ATCD manquants (écart-type)</b>	<b>Médiane [Q25-75]</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>	<b>Test</b>
<i>Courte</i>	5,40 (3,08)	4,00 [2,00 ; 5,00]	70 (50%)	0,3387	Wilcoxon
<i>Longue</i>	3,81 (2,38)	3,00 [2,00 ; 5,00]	70 (50%)		

Si l'hospitalisation était courte, il y avait en proportion plus d'ATCD en rapport avec le diagnostic que sur une hospitalisation longue (Figure 20), avec  $p=0,50$  (Tableau 7).



**Figure 20.** Analyse de la répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

## VI. Discussion

A l'issue de ce travail, nous observons qu'il manque au moins un ATCD pour 100% des patients. Parmi les points statistiquement significatifs :

- Lorsqu'il manque un ATCD en lien avec le diagnostic des urgences, il y a plus de risque qu'il manque beaucoup d'ATCD ;
- Il y a plus d'ATCD manquants lorsqu'il y a présence d'une ordonnance ;
- La CCMU 2 est associée à un plus grand nombre d'ATCD manquants ;
- Il y a une proportion plus importante de patients rentrés au domicile avec un ATCD manquant en lien avec le diagnostic des urgences que parmi ceux hospitalisés.

Ces différents points seront développés au cours de la discussion.

A l'issu de ce travail, sur les 249 patients inclus, nous observons qu'il manque au moins un ATCD pour chaque patient, et en moyenne 4 ATCD manquants. Ces ATCD sont principalement liés au tube digestif. Les ATCD manquants les plus oubliés, à savoir la cataracte, la dyslipidémie et la gastrite/ RGO, nous ont semblés peu importants dans la mesure où ils n'auraient probablement pas modifié la prise en charge des urgences. Cependant, plus loin dans la liste, la dénutrition est retrouvée 15 fois, or cet ATCD permet de caractériser le risque de fragilité du patient (terrain pour un syndrome de glissement)(9) ce qui peut impacter la prise en charge, notamment en termes de décision d'hospitalisation ou non.

L'ATCD « Chute » était manquant à 6 reprises dans les dossiers des urgences, mais était également peu mentionné dans les dossiers d'hospitalisations des 249 patients inclus. Il est possible que cet ATCD soit sous diagnostiqué, puisque 30% des personnes de 65 ans et plus chutent au moins une fois par an, et un tiers d'entre eux de manière chronique (3 chutes ou plus par an)(36). Ces chutes sont associées à un plus grand risque de devenir fragile(9), mais aussi à un plus grand risque de dépression(37). D'autre part, certains ATCD étaient peu fréquents, et pas toujours en lien avec le diagnostic des urgences, mais concernaient des diagnostics majeurs dans la vie d'un patient comme le cancer, l'ACFA, l'insuffisance cardiaque ou l'AVC. Ils devraient donc être considérés dans la prise en charge globale des patients.

Concernant les ATCD manquants, la moyenne est plus élevée lorsqu'il y a un lien avec le diagnostic des urgences, et cela de manière statistiquement significative. Cela pourrait vouloir dire que lorsqu'un ATCD manquant est en lien avec le diagnostic des urgences, il y a un risque qu'il existe d'autant plus d'ATCD oubliés, qui peuvent à nouveau être en lien avec le diagnostic des urgences. On pourrait supposer que si l'urgentiste avait eu connaissance de cet ATCD, peut être que la prise en charge aurait été différente, avec possiblement moins d'exams. De même, l'orientation en cas d'hospitalisation, le traitement ou les conditions de retour à domicile auraient également pu différer.

Paradoxalement, lorsqu'il y a présence d'une ordonnance, il y a plus d'ATCD manquants et cela de manière significative. Plus un patient a de médicaments, plus il est poly pathologique, et plus il risque d'avoir un ATCD oublié(2,4,38). L'ordonnance ne serait pas une source d'information exhaustive sur le recueil des ATCD. De futurs études

pourraient être réalisées afin d'apprécier le degré de connaissance en fonction de la présence ou non d'une ordonnance, mais aussi du nombre de médicaments et de leurs classes.

Concernant les critères pouvant influencer sur la connaissance des ATCD, la comparaison des ATCD manquants en lien avec le diagnostic des urgences en fonction de la CCMU, aboutit à un résultat significatif. Cependant, la répartition inégale entre les CCMU 1 et 2 (83.2%), et les CCMU 3 et plus (16.5% dont aucune CCMU 5), rend toute interprétation possiblement fautive.

Enfin, avec la figure 19, on observe qu'il y a plus de patients rentrés à domicile avec un ATCD manquant en lien avec le diagnostic des urgences, de manière statistiquement significative. Si l'urgentiste avait eu connaissance de certains ATCD, alors sa prise en charge aurait pu être modifiée. Au lieu de rentrer à la maison, des patients auraient pu être hospitalisés, ou avoir un traitement plus adapté. Il serait intéressant de corréliser ce résultat au taux de reconsultation aux urgences. Des études ont été menées à ce sujet, et ont observé qu'il y avait une tendance à reconsulter les urgences plus importante chez les patients âgés de 60 ans et plus(39–41) mais il n'y a pas de données permettant de déterminer si la présence d'un ATCD manquant en lien avec le diagnostic des urgences modifie le taux de reconsultation chez les plus de 75 ans. Une autre étude, menée au SU de Clermont-Ferrand observe que les reconsultations sont plus fréquentes, tous âges confondus, lorsqu'il y a présence de plusieurs ATCD(42), comme pour notre population, âgée et polyopathologique(3,5).

Le courrier d'adressage ne semble pas améliorer non plus la connaissance des ATCD, probablement parce que les informations sont sélectionnées, afin d'être efficaces et concises, au détriment de l'exhaustivité de la liste des ATCD(25,26,31). Parmi les autres résultats, on observe que la présence d'un tiers à l'arrivée aux urgences et le motif traumatologique ou autre ne changent pas le degré de connaissance des ATCD. En revanche, il semblerait que la connaissance des ATCD serait moins bonne lors du passage entre 18h et 06h, soit la nuit et en fin de garde, bien que nos résultats ne soient pas significatifs. On peut s'interroger sur l'effet de la fatigue du médecin urgentiste la nuit et en fin de garde (43) sur sa concentration et sa propension à compléter les ATCD de manière exhaustive. Dans notre étude, lors de la prise en charge par un médecin sénior il y avait plus d'ATCD manquants que lorsqu'il s'agissait d'un interne. Ces derniers ont probablement une charge mentale moindre par rapport à leurs aînés mais ils ressentent une pression supplémentaire et veulent bien organiser leurs dossiers(44)

Nous observons également que la connaissance serait moins bonne lorsqu'il était fait appel à un tiers. Les raisons d'y faire appel étaient liées aux ATCD, au mode de vie, à l'histoire de la maladie, soit des informations qui permettent de mieux maîtriser le dossier, notamment lorsqu'il est complexe. En effet, l'appel à un tiers a été jugé utile à 87%. Il peut donc aider à la prise en charge en recueillant des informations, y compris au-delà des ATCD. Cette mission est néanmoins chronophage et rallonge la durée de prise en charge mais pourrait probablement être déléguée afin de consacrer le temps médical à la prise en charge du patient, comme c'est déjà le cas chez de nombreux médecins généralistes(45). Un poste d'assistant médical aux urgences pourrait être une solution. Il

semblerait pertinent de réaliser de nouveaux travaux afin d'évaluer l'impact de la création d'un tel poste au sein de SU sur la prise en charge des patients. Une autre piste serait la création d'unité d'urgence pour population gériatrique(4,11) ce qui améliorerait la prise en charge en l'adaptant à ce type de population. Les équipes de ce type d'unité sont composées d'un gériatre, d'une assistante sociale et d'une IDE formée à la gériatrie.

Le DMP, devenu *Mon Espace Santé*, plateforme regroupant les derniers comptes rendus spécialistes, ordonnance, et autres informations médicales précieuses à la connaissance des ATCD(46,49,50) a été pensé pour faciliter les échanges ville-hôpital. Son application tend à se démocratiser(50,52) mais il existe encore des réticences quant à son utilisation, de la part des patients, ainsi que des médecins(49,51).

Enfin, il semblerait intéressant de centraliser les données médicales du CH de Niort sous un seul et unique logiciel.

Concernant les forces de l'étude, sa première est que le concepteur n'a pas participé à l'inclusion des patients, de cette manière nous avons pu éviter un biais de méthodologie.

Afin de limiter le biais de confusion et d'interprétation des données, une biostatisticienne externe à l'étude a réalisé les analyses. Ceci a aussi permis de diminuer un éventuel effet Hawthorne.

Enfin, au cours d'une étude en Savoie(23), des tables rondes avec la méthode Delphi® ont été organisées au cours desquelles des médecins urgentistes indiquaient ne pas souhaiter avoir une liste d'ATCD exhaustive, mais uniquement les ATCD pertinents. La force de notre étude est qu'elle identifie les ATCD manquants en lien avec le diagnostic des urgences, et donc pertinents.

Pour les biais, il existe un biais d'échantillonnage, à savoir que notre population ne peut être comparée à la population générale puisqu'aucune valeur ne suit de loi normale.

Ensuite, étant donné qu'une majorité de questionnaires distribués n'ont pas été remplis, il existe un risque de biais de non-réponse. Plus de patients inclus pourraient changer les résultats que nous avons trouvés.

Enfin, l'étude est monocentrique. Cependant, d'autres travaux sont en cours de réalisation avec la même méthodologie dans d'autres hôpitaux de la région.

Tableau 21. Forces et biais de l'étude

<b>Forces</b>	<b>Biais</b>
Investigateur ≠ concepteur	Biais d'échantillonnage
Analyses par biostatisticienne	Biais de non-réponse
ATCD en rapport avec diagnostic	Monocentrique

Le manque de puissance aurait pu être palliée par le calcul du nombre nécessaire de sujets. En cas de réalisation d'une étude similaire, il serait intéressant d'avoir plus de moyens humains et financiers.

Par ailleurs, il existe un risque d'erreur concernant certains ATCD notés dans les logiciels de l'hôpital de Niort. Un des MT contacté pour confirmer la liste des antécédents a infirmé la notion d'une bronchopneumopathie chronique obstructive pourtant notée dans les logiciels *Urqual*<sup>®</sup> et *CrossWay*<sup>®</sup>. Certains ATCD notés sont donc probablement faux. Renforcer la communication ville-hôpital est primordial et pourraient limiter ces problématiques.

En comparaison avec les travaux de Carneiro, nous trouvons le même résultat concernant l'objectif primaire, à savoir qu'il manque au moins un ATCD pour 100 % des patients inclus.

Dans les autres similitudes, nous retrouvons également que le courrier d'adressage et l'ordonnance n'améliorent pas la connaissance des ATCD. Il n'y a pas de différence en fonction du motif de venue (traumatologique ou autre) sur la connaissance des ATCD. La connaissance des ATCD serait meilleure lors de la prise en charge par un interne. La présence d'un tiers améliorerait la connaissance des ATCD, mais de manière non significative.

Concernant les divergences, elles sont regroupées dans le tableau 22. A noter que la durée d'hospitalisation longue est considérée à partir de 4 jours dans la thèse de Carneiro, ces données ne sont donc pas comparables.

Tableau 22. Différences entre l'étude réalisée au CH de Niort et les travaux de Carneiro

<b>Critère analysé</b>	<b>Etude CH Niort</b>	<b>Etude Carneiro</b>
<i>Mode d'arrivée (Ambulance/ Par ses propres moyens)</i>	Pas de différence selon le mode d'arrivée concernant les ATCD	Plus d'ATCD manquant si amené par ambulance
<i>Moment de la journée (Jour/ Nuit)</i>	Plus d'ATCD manquants en lien avec le diagnostic des urgences le matin	Plus d'ATCD manquants en lien avec le diagnostic des urgences la nuit
<i>Appel à un tiers</i>	Plus d'ATCD manquants s'il y a eu appel à un tiers	Moins d'ATCD manquants si appel à un tiers
<i>Hospitalisation/ Retour à domicile</i>	Plus d'ATCD manquants en lien avec le diagnostic des urgences lorsqu'il y a retour à domicile	Plus d'ATCD manquants en lien avec le diagnostic des urgences lorsqu'il y a hospitalisation

## **VII. Conclusion**

En conclusion, cette étude montre que la connaissance des ATCD n'est pas exhaustive au sein des urgences du CH de Niort. Lorsqu'un ATCD est manquant et qu'il est en lien avec le diagnostic des urgences, il y a un risque pour qu'il existe encore plus d'ATCD oubliés. Ces ATCD manquants pourraient potentiellement améliorer la prise en charge sur le retour au domicile, ou aboutir à une hospitalisation et limiter le taux de reconsultation aux urgences tout en améliorant la prise en charge du patient.

L'ordonnance n'est pas une source fiable concernant les ATCD, et le courrier d'adressage ne semble pas améliorer non plus la connaissance des ATCD.

Ce manque de connaissance médicale des personnes âgées entraîne certainement des prises en charge plus longues, plus coûteuses, et moins humaines pour nos aînés.

La communication bilatérale entre médecins généralistes et structures hospitalières est primordiale. L'admission directe en gériatrie permet des soins adaptés pour les patients, améliore l'efficacité tout en étant plus économique(46). Elle peut être facilitée par un portail web permettant au médecin traitant, de manière sécurisée, d'importer des documents concernant le patient, mais aussi de récupérer les comptes rendus d'hospitalisation et les différents examens réalisés(47,48). L'utilisation du DMP nécessitant la carte vitale et un logiciel adapté, il semble complexe et chronophage dans un SU, avec un afflux de patients toujours plus important, d'y avoir recours à moins d'avoir un poste d'assistant médical dédié. Déjà utilisé en médecine générale(53), l'assistant médical permet un gain de temps médical et une meilleure prise en charge(45).

Les initiatives, notamment à l'échelle des CPTS, sont particulièrement adaptées aux particularités locales et sont également à encourager.

## VIII. Annexes

**Annexe 1.** Questionnaire d'inclusion (le recto est rempli par l'équipe paramédicale, le verso par l'équipe médical)

### QUESTIONNAIRE Etude des antécédents de la personne de plus de 75 ans aux urgences du CH de Niort

Etiquette patient :

**Partie à remplir par l'équipe paramédicale** : (entourer la réponse exacte)

1. La personne est-elle en capacité de répondre aux questions ?      Oui    Non

2. Le patient (ou sa personne de confiance) accepte-t-il que son dossier soit consulté pour une étude statistique relative à la prise en charge des personnes de plus de 75 ans aux urgences du CH de Niort ?  
*(Cette étude permettra d'une part de fournir des données afin d'améliorer la prise en charge des patients, et d'autre part de faire valider le doctorat d'un interne en médecine).*

Oui    Non    Pas de réponse possible      Pas de personne de confiance ou accompagnante

3. Le patient accepte-t-il d'être recontacté pour les besoins de l'étude ?      Oui    Non

4. Le patient est-il venu avec un courrier médical ?      Oui    Non

5. Le patient est-il venu avec son ordonnance ?      Oui    Non

6. Y-a-t-il un problème social associé au motif de consultation (par exemple : problème de maintien à domicile) ?      Oui    Non

7. Le patient était-il accompagné par un tiers lors de son arrivée aux urgences ?      Oui    Non

Recto



Annexe 2. Classification GIR(54), les GIR allant de 1 à 4 peuvent bénéficier des Allocations Personnalisées d'Autonomie

Groupe GIR	Niveau de dépendance
GIR 1	Perte d'autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale
GIR 2	Fonctions mentales partiellement altérées mais capacités motrices conservées
GIR 3	Autonomie mentale mais besoin d'aide pour les soins corporels
GIR 4	Autonomie mentale et capacité à se déplacer au sein du domicile, mais des difficultés sur certaines tâches quotidiennes
GIR 5	Autonomie mentale totale et aucun problème pour ses déplacements dans son logement
GIR 6	Aucun problème dans la réalisation des actes de la vie courante

### Annexe 3. Classification Internationale des Maladies, établie par l'OMS en 2022(55)

- ▽ CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité
  - ▷ 01 Certaines maladies infectieuses ou parasitaires
  - ▷ 02 Tumeurs
  - ▷ 03 Maladies du sang ou des organes hématopoïétiques
  - ▷ 04 Maladies du système immunitaire
  - ▷ 05 Maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques
  - ▷ 06 Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux
  - ▷ 07 Troubles du cycle veille-sommeil
  - ▷ 08 Maladies du système nerveux
  - ▷ 09 Maladies de l'appareil visuel
  - ▷ 10 Maladies de l'oreille ou de l'apophyse mastoïde
  - ▷ 11 Maladies de l'appareil circulatoire
  - ▷ 12 Maladies de l'appareil respiratoire
  - ▷ 13 Maladies de l'appareil digestif
  - ▷ 14 Maladies de la peau
  - ▷ 15 Maladies du système musculosquelettique ou du tissu conjonctif
  - ▷ 16 Maladies de l'appareil génito-urinaire
  - ▷ 17 Affections liées à la santé sexuelle
  - ▷ 18 Grossesse, accouchement ou puerpéralité
  - ▷ 19 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
  - ▷ 20 Anomalies du développement
  - ▷ 21 Symptômes, signes ou résultats d'examen clinique, non classés ailleurs
  - ▷ 22 Lésions traumatiques, intoxications ou certaines autres conséquences de causes externes
  - ▷ 23 Causes externes de morbidité ou de mortalité
  - ▷ 24 Facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé
  - ▷ 25 Codes d'utilisation particulière
  - ▷ 26 Chapitre supplémentaire Affections de Médecine traditionnelle
  - ▷ V Section supplémentaire pour l'évaluation du fonctionnement
  - ▷ X Codes d'extension

#### Annexe 4. Classification Clinique des Maladies des Urgences(38)

<b>CCMU</b>	<b>Description</b>
1	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgence
2	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgence.
3	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR. Pas de mise en jeu du pronostic vital.
4	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

## **IX. Bibliographie**

1. Les personnes âgées et leurs ressources, l'aide et l'action sociale en France. DREES; 2022 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/AAS22-Fiche%2011%20-%20Les%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20et%20leurs%20ressources.pdf>
2. Ministère des solidarités et de la santé de la République française. Synthèse atelier 10, hôpital et personne âgée. Grand âge et autonomie. Paris;2018 [Internet].. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_atelier\\_10\\_hopital\\_et\\_personne\\_agee\\_14\\_fev\\_2018\\_3\\_.docx.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf)
3. SFMU. 10ème CONFERENCE DE CONSENSUS PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGÉE DE PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES [Internet]. Strasbourg; 2003 déc. Disponible sur: [https://www.sfm.org/upload/consensus/pa\\_urgs\\_long.pdf](https://www.sfm.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf)
4. Ellis G, Marshall T, Ritchie C. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clin Interv Aging*. 2014;9:2033-43.
5. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. Etude et résultats. DREES; n°1008. 2017 mars. [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1008.pdf>
6. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*. 1 juin 2011;342:d2983.
7. Tran BK, Groebli Y, Espolio Desbaillet Y, Della Santa V. Abdomen aigu chez la personne âgée aux urgences. *Rev Med Suisse*. 15 août 2012;350(28):1548-52.
8. Dong X, Simon MA, Evans D. Elder self-neglect and hospitalization: findings from the Chicago Health and Aging Project. *J Am Geriatr Soc*. févr 2012;60(2):202-9.
9. Xue QL. The Frailty Syndrome: Definition and Natural History. *Clin Geriatr Med*. févr 2011;27(1):1-15.
10. Peguero-Rodriguez G, Polomeno V, Lalonde M. Le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : l'état actuel des connaissances. *Soins D'urgence Rev L'Association Infirm Infirm D'urgence Qué*. 2021;2(1):11-20.
11. Craswell A, Marsden E, Taylor A, Wallis M. Emergency Department presentation of frail older people and interventions for management: Geriatric Emergency Department Intervention. *Saf Health*. 1 déc 2016;2.

12. Rockwood K, Xiaowei S, MacKnight C, Bergman H. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ [Internet]. 30 août 2005; Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16129869/>
13. Vilke GM, Marino A, Iskander J, Chan TC. Emergency department patient knowledge of medications. J Emerg Med. nov 2000;19(4):327-30.
14. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 30 août 2005;173(5):510-5.
15. Langlands AR, Prentice DA, Ravine D. A retrospective audit of family history records in short-stay medical admissions. Med J Aust. 21 juin 2010;192(12):682-4.
16. Eze-Nliam C, Cain K, Bond K, Forlenza K, Jankowski R, Magyar-Russell G, et al. Discrepancies between the medical record and the reports of patients with acute coronary syndrome regarding important aspects of the medical history. BMC Health Serv Res. 26 mars 2012;12:78.
17. Redelmeier DA, Schull MJ, Hux JE, Tu JV, Ferris LE. Problems for clinical judgement: 1. Eliciting an insightful history of present illness. CMAJ Can Med Assoc J. 6 mars 2001;164(5):647-51.
18. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System [Internet]. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
19. Ash JS, Berg M, Coiera E. Some Unintended Consequences of Information Technology in Health Care: The Nature of Patient Care Information System-related Errors. J Am Med Inform Assoc JAMIA. 2004;11(2):104-12.
20. Jourdain É. Communication ville-hôpital: état des lieux et attentes des médecins généralistes de la rive sud de l'agglomération rouennaise et des médecins hospitaliers de l'hôpital Saint Julien [Thèse d'exercices]. [1966-....., France]: Université de Rouen Normandie; 2022.
21. Bovio A, Fourcade L. Etude de la satisfaction des professionnels de santé sur la communication ville-hôpital pour le suivi post-opératoire des patients de chirurgie pédiatrique, pris en charge en ambulatoire à l'HME de Limoges, à l'aide des outils numériques sécurisés en santé [Internet]. France; 2024. Disponible sur: <https://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/0c898638-e648-4cf9-a8c3-2b19a7513e05/blobholder:0/M20243105.pdf>

22. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes: données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication.
23. SENGER C, BOUTON R. Critères de qualité du courrier d'admission d'un patient adressé aux urgences de l'hôpital de Sallanches par un médecin généraliste : obtention d'un consensus par méthode Delphi®.
24. Tattersall MHN, Butow PN, Brown JE, Thompson JF. Improving doctors' letters. *Med J Aust.* 4 nov 2002;177(9):516-20.
25. Montalto M, Harris P, Rosengarten P. Impact of general practitioners' referral letters to an emergency department. *Aust Fam Physician.* juill 1994;23(7):1320-1, 1324-5, 1328.
26. Chazoule C, Prevost M. Raisons d'adressage et passage des personnes âgées de 75 ans et plus au service des urgences du CHU de Limoges durant l'année 2009: études prospective et descriptive portant sur 989 patients [Internet]. Limoges, France: S.C.D. de l'Université de Limoges; 2010. Disponible sur: <https://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/396934e9-c5f4-4251-8927-4bf9b3508bcf/blobholder:0/M20103110.pdf>
27. Vial N. Facteurs déterminants déclarés de l'adressage de personnes âgées aux urgences pour des motifs médico-sociaux complexes: étude quantitative au CHU site Sud, Saint Pierre, île de La Réunion [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de la Réunion. UFR Santé; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03900815>
28. Carney SL. Medication accuracy and general practitioner referral letters. *Intern Med J.* févr 2006;36(2):132-4.
29. Taylor S, Welch S, Harding A, Abbott L, Riyat B, Morrow M, et al. Accuracy of general practitioner medication histories for patients presenting to the emergency department. *Aust Fam Physician.* oct 2014;43(10):728.
30. Labarias C. Modalités d'adressage des résidents d'EHPAD vers les urgences hospitalières dans la communauté hospitalière de territoires Gard-Cévennes-Camargue: évitabilité et conditions pratiques des transferts [Thèse d'exercice]. [1896-2014, France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2013.
31. Nash E, Hespe C, Chalkley D. A retrospective audit of referral letter quality from general practice to an inner-city emergency department. *Emerg Med Australas EMA.* juin 2016;28(3):313-8.
32. Pringle M. Referral letters--ensuring quality. *The Practitioner.* juin 1991;235(1503):507-10.

33. Jiwa M, Mathers N. Quality of referral letters. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mai 2003;53(490):406.
34. Cartier T. Les lettres d'adressage des généralistes vers les spécialistes: analyse de la littérature internationale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2010.
35. Carneiro Y. Etude des antécédents des personnes de plus de 75 ans aux urgences [Internet]. Poitiers; Disponible sur: <https://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/a0d444db-6913-4ef3-a29b-eff5ebb2affe>
36. Blain H, Léglise MS, Bernard PL, Dupeyron A, Pastor E, Strubel D, et al. *Living Lab MACVIA-LR Équilibre et prévention des chutes.* *Presse Médicale.* 1 nov 2015;44:S23-30.
37. Kao S, Wang YC, Tzeng YM, Liang CK, Lin FG. Interactive effect between depression and chronic medical conditions on fall risk in community-dwelling elders. *Int Psychogeriatr.* sept 2012;24(9):1409-18.
38. SFMU. SFMU - Référentiel SFMU : Critères d'évaluation des Services d'Urgences. mars 2001; Disponible sur: [https://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/ref\\_mars2001.pdf](https://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/ref_mars2001.pdf)
39. Pierce JM, Kellerman AL, Oster C. « Bounces »: an analysis of short-term return visits to a public hospital emergency department. *Ann Emerg Med.* juill 1990;19(7):752-7.
40. Tangkulpanich P, Yuksen C, Kongchok W, Jenpanitpong C. Clinical Predictors of Emergency Department Revisits within 48 Hours of Discharge; a Case Control Study. *Arch Acad Emerg Med.* 2021;9(1):e1.
41. Hu SC. Analysis of patient revisits to the emergency department. *Am J Emerg Med.* juill 1992;10(4):366-70.
42. Salmon C. Analyse des reconsultations aux urgences de Clermont-Ferrand dans un délai de 7 jours en 2022: motifs, diagnostics et facteurs associés. 2023;
43. Service de garde et d'urgence: prise en charge par l'hôpital des soins aigus aux heures de nuit. *PrimaryCare.* 22 juill 2009;9(12):224-6.
44. Pougnet R, Pougnet L. Apports de l'amitié aristotélicienne pour l'éthique de la relation entre internes et médecins séniors. *Éthique Santé.* 1 déc 2017;14(4):225-30.
45. Trehou J. Le ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France ayant un(e) assistant(e) médical(e) | Policy Commons; Disponible sur: <https://policycommons.net/artifacts/15488105/le-ressenti-des-medecins-generalistes-des-hauts-de-france-ayant-une-assistante-medicale/16381461/>

46. Naouri D. Coordination et parcours de soins des personnes âgées pour des soins non programmés [Internet] [These de doctorat]. université Paris-Saclay; 2023. Disponible sur: <https://theses.fr/2023UPASR033>
47. Techniques hospitalières [Internet]. Le portail ville-hôpital des Hospices civils de Beaune. Disponible sur: <https://www.techniques-hospitalieres.fr/article/457-le-portail-ville-hopital-des-hospices-civils-de-beaune.html>
48. SÉGUR DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ. . L. 2023;
49. Aoukar LA, Jamozowicz C. Evaluation des attentes et des préconceptions des médecins lorrains vis à vis de Mon Espace Santé [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-...., France]: Université de Lorraine; 2023. Disponible sur: [https://docnum.univ-lorraine.fr/public/MED\\_T\\_2023\\_1271\\_JAMOWICZ\\_CLEMENT\\_AOUKAR\\_LUC\\_ANTOINETE.pdf](https://docnum.univ-lorraine.fr/public/MED_T_2023_1271_JAMOWICZ_CLEMENT_AOUKAR_LUC_ANTOINETE.pdf)
50. Voirin A. Optimisation du parcours de soins du patient à l'aide de deux outils de communication: le dossier médical partagé et le bilan partagé de médication [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-...., France]: Université de Lorraine; 2023. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/PHA\\_T\\_2023\\_2018\\_VOIRIN\\_ANAIS.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/PHA_T_2023_2018_VOIRIN_ANAIS.pdf)
51. Kwai Pun A, Le Gac M, Université de Caen Normandie. UFR Santé. État des lieux de l'utilisation du Dossier Médical Partagé par les médecins généralistes de la Réunion: enquête qualitative [Internet]. 1971-...., France; 2024. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04457901>
52. Guillaume D. Le médecin généraliste au « tout numérique » : Bientôt une réalité ?
53. PERRIN M.ASSISTANT MÉDICAL, INFIRMIER ASALÉE, INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE : UNE ASSISTANCE POUR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ? ENQUÊTE AUPRÈS DE 1032 MÉDECINS GÉNÉRALISTES. [Thèse d'exercice]; Université de Strasbourg; 2023 [Internet]. Disponible sur: [https://www.urpsmlgrandest.fr/data/doc-358/20240105/15724\\_1.pdf](https://www.urpsmlgrandest.fr/data/doc-358/20240105/15724_1.pdf)
54. Comment le GIR est-il déterminé ? [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/undefinedpreserver-son-autonomie/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-le-gir-est-il-determine>
55. Publication de la CIM-11 2022 [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>



## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



## RÉSUMÉ

**Introduction :** La population gériatrique représente une part croissante de la population générale consultant de plus en plus les urgences avec des problèmes médicaux de plus en plus graves. L'efficacité de leur prise en charge nécessite une connaissance approfondie de leurs dossiers médicaux, où le médecin traitant joue un rôle clef. Afin d'optimiser la transmission de l'information, le courrier d'adressage est le moyen le plus utilisé à cet effet, notamment pour la transmission des antécédents.

**Matériels et méthodes :** Pour 249 patients inclus aux urgences du CH de Niort, nous avons comparé les antécédents recueillis par les urgences avec ceux disponibles dans les services d'hospitalisation afin de connaître leur exhaustivité ou non. Ensuite, nous avons cherché à savoir si certains critères pouvaient améliorer la connaissance des antécédents.

**Résultats :** Il manquait un antécédent pour 100% des patients. Il y avait en moyenne 4.9 antécédents manquants en lien avec le diagnostic des urgences et une moyenne de 3.3 antécédents manquants sans lien, avec  $p < 0.05$ . Lorsqu'il y avait présence d'une ordonnance, le nombre d'antécédents oubliés était plus important avec  $p < 0.05$ . Lorsque le patient retournait à domicile, il y avait une plus grande proportion d'antécédents manquants en rapport avec le diagnostic des urgences avec  $p < 0.05$ .

**Conclusion :** Il y a systématiquement au moins un antécédent manquant. Lorsque l'antécédent manquant est en lien avec le diagnostic des urgences, il y a un risque significatif qu'il existe d'autres antécédents oubliés. Toujours de manière significative, la présence de l'ordonnance n'améliore pas la connaissance des antécédents et il y a une plus grande proportion de patients à rentrer au domicile avec un antécédent manquant en lien avec les urgences. Les solutions résideraient dans la création d'unités gériatriques mobiles aux urgences, en favorisant l'admission directe en gériatrie, et en améliorant la communication ville-hôpital, notamment dans la création d'un poste d'assistant médical dédié, qui soulagerait le travail des urgentistes comme c'est déjà le cas chez certains médecins généralistes.