

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 11 Octobre 2023 à Poitiers
par **Madame Camille, Marie, Aline PINATEL**

**Comparaison sur le taux d'hospitalisation des définitions émises par la Haute
Autorité de Santé et l'Organisation Mondiale de Santé, concernant la population
gériatrique : étude rétrospective monocentrique réalisée aux urgences du centre
hospitalo-universitaire de Poitiers entre le 05/10/20 et le 11/10/20**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ, Professeur des Universités-Praticien
Hospitalier

Membres : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN, Professeur des Universités-Praticien
Hospitalier

Monsieur le Docteur Jérémie GUENEZAN, Maître de Conférence universitaire –
Praticien hospitalier

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Nicolas MARJANOVIC, Praticien Hospitalier

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 11 Octobre 2023 à Poitiers
par **Madame Camille, Marie, Aline PINATEL**

Comparaison sur le taux d'hospitalisation des définitions émises par la Haute Autorité de Santé et l'Organisation Mondiale de Santé, concernant la population gériatrique : étude rétrospective monocentrique réalisée aux urgences du centre hospitalo-universitaire de Poitiers entre le 05/10/20 et le 11/10/20

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Membres : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Monsieur le Docteur Jérémy GUENEZAN, Maître de Conférence universitaire – Praticien hospitalier

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Nicolas MARJANOVIC, Praticien Hospitalier



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 – **Assesneur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesneur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesneur 2nd 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, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesneur 1^{er} 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 – **Assesneur 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 – **Assesneur L.AS et 1^{er} 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 – **Assesneur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesneur 1^e cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- 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, oncologie
- 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 péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelynne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesneur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénéréologie
- 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 Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- 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
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- 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 Guyène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

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)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (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 PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

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

ABREVIATIONS

AGS : American Géiatrics Society

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

EGER : European Géiatric Emergency Departments Registry Study

EHPAD : Etablissement Hospitalier pour les Personnes Agées Dépendantes

ESI : Emergency Severity Index

EuSEM : Society of Emergency Medecine

FI : Indice de fragilité

GED : Geriatric Emergency Department

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MEWS : Modified Early Warning Score

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

REMS : Rapid Emergency Medicine Score

TEDGeS : Turkish Emergency Departments Geriatric Scoring Study

VIEWES : Vital PAC Early Warning Score

Table des matières

Abréviations	6
Tables des matières	7
Remerciements	8
1. Introduction	11
2. Matériel et Méthode	13
2.1.Design de l'étude	13
2.2.Population	13
2.3.Recueil des données.....	14
2.4.Analyse statistique	14
2.5.Éthique	15
3. Résultats	16
3.1.Caractéristiques de la population	16
3.2.Critères de Jugement.....	18
4. Discussion	19
4.1.Synthèse des résultats	19
4.2.Comparaison aux données de la littérature.....	19
4.3.Limites	20
4.4.Implications.....	21
5. Conclusion	23
Références	24
Annexes	27
Résumé	33
Serment	34

REMERCIEMENTS

Je tiens à vous remercier **Monsieur le Professeur MIMOZ**, pour votre dévouement, votre disponibilité et votre encadrement dans notre formation. C'est un honneur de vous avoir comme président de ce jury.

À **Monsieur le Professeur PACCALIN**, vous me faites l'honneur d'accepter d'être rapporteur de cette thèse. Votre enthousiasme m'a permis de découvrir le monde gériatrique, une belle spécialité.

À **Monsieur le Docteur GUENEZAN**, je suis honorée de vous avoir parmi les membres de mon jury. Je vous remercie de m'avoir fait prendre conscience de l'importance de la formation de la médecine d'urgence à Poitiers et de tous ses avantages.

Je tiens à vous exprimer ma profonde reconnaissance, **Monsieur le Docteur MARJANOVIC**, pour votre soutien et votre pédagogie tout au long de cet internat. Votre patience et votre disponibilité m'ont permis de comprendre ce que signifiaient la rigueur et la précision.

DEDICACES

A mes parents qui m'ont toujours soutenue et qui m'ont apportée tout le confort nécessaire pour étudier dans les meilleures conditions. Je vous aime.

A Gracjan, qui a chamboulé ma vie ; après 10 ans de vie tranquille, il m'a appris le partage et le bonheur d'avoir un petit frère.

A mes grands-parents, Marie-Paule et Robert, qui ont toujours été présents pour moi dans les bons comme les mauvais moments. Je les remercie pour leur soutien durant toutes ces années, et celles à venir, nombreuses je l'espère.

A mamie Aline, mamie Mado et tonton Paul, vous avez grandement contribué à mon cursus et à mes choix de vie.

A Théo, Lucas, Marion, Thyfaine et Carla, avec qui j'ai grandi comme frères et sœurs. Je vous remercie pour tout l'amour qu'on a partagé mais aussi pour nos chamailleries, nos jeux enfantins et nos parties de rugby qui ont forgé mon caractère.

A Xavier, Mathias et Quentin avec qui je passe toujours de bons moments.

Ainsi qu'à mes cousins plus éloignés : Annabelle et Alexandre, Germain et Anaïs, Mathieu et Noémie, Katia, Marie et Charline avec qui les souvenirs ne manquent pas.

A mes oncles et tantes : Brigitte et Manu, Hélène et Jean-Pierre, Rolande et Alain, Marc et Claudie, Françoise et Armand, Michèle, Lysiane, Hervé ; les repas de famille seraient bien tristes sans votre bonne humeur et vos chants.

A mon parrain Jérôme et Christine que je vois peu mais toujours avec plaisir. Qui suivent mon parcours avec minutie depuis le début et qui m'ont toujours soutenue. A leurs filles Louise, Léonie et Lina.

A ma tante Lulu, qui a toujours été présente.

A mes amies d'enfance toujours disponibles, Laura, fidèle depuis la petite enfance et Alice complice depuis l'adolescence.

A mes amis d'externat, les « YOLAL » car on n'a qu'une vie. On a su faire la fête, se soutenir, s'encourager durant toutes nos études. Puis, le concours est arrivé et nous nous sommes éloignés

aux quatre coins de France. Nous connaissant, nous trouverons toujours une idée saugrenue pour nous retrouver. Vous en pensez quoi ? Aline, Amandine, Anaïs, Clara, Clémence, Coralie, Gregory, Louis, Marion.

Mais aussi Laura P. et Diane qui m'ont supportée durant ma deuxième D3.

A tous mes amis rencontrés à l'internat :

Pierre, Aurélie, Marie, Julie, Maxence, Victoire, la fine équipe des urgences de LR. Cloclo et ses Claudettes pour les intimes. J'espère que nous poursuivrons nos virées encore longtemps. Marie, Alexia, Chloé, Cyrielle, JB, FA, Océane, Julien et Killien pour nos courses en trottinette dans les couloirs des urgences pédiatriques. Mais aussi à nos retrouvailles semestrielles.

A mes co-internes de DESMU et plus particulièrement à Paul, à nos soirées inclusions et pizza ; ainsi qu'à Julie, un excellent soutien moral.

Mais aussi à toutes les connaissances rencontrées en route, l'équipe de gériatrie du CHU et leur soutien en période COVID ; l'équipe des urgences de La Rochelle ; l'équipe d'anesthésie d'Angoulême ; à une grande partie de l'équipe de Pédiatrie de Niort, je ne saurais tous vous citer mais j'attends le prochain apéro avec impatience ; et enfin à toute l'équipe des urgences du CHU de Poitiers.

A la plus belle... Morphée qui me soutient depuis quelques années à base de câlins et de ronronthérapie.

1. Introduction

Les données démographiques de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) de 2021 indiquent que les personnes de plus de 65 ans représentent 9,6% de la population mondiale et 19,5% de la population européenne. [1] En France, les patients de plus de 65 ans représenteraient près de 20% de la population, et on estime qu'environ un habitant sur 4 aura 65 ans ou plus en 2040. [2] L'importance de la population concernée par le vieillissement est un enjeu de santé publique. En effet, les personnes âgées peuvent présenter de nombreuses déficiences dues à l'âge, favorisant la survenue de pathologies chroniques telles que l'hypertension artérielle, les insuffisances d'organes, les cancers... Ainsi, la population âgée est demandeuse de plus de soins, de ressources médicales adaptées ainsi que d'adaptation de moyens hospitaliers. [3, 4] Une des conséquences est l'augmentation en 10 ans du passage aux urgences de la tranche d'âge entre 65 et 74 ans [5].

Il existe de nombreuses définitions du patient âgé. Le dictionnaire Larousse décrit la vieillesse comme « la dernière période de la vie normale qui est caractérisée par un ralentissement des fonctions, une diminution des forces physiques et un fléchissement des facultés mentales, le fait d'être vieux ». Le terme « être vieux » est impropre car selon notre âge, notre statut social, notre santé, il n'aura pas le même aspect. Ces résultats sont mis en avant dans une étude basée sur l'opinion publique, menée par le groupe PREVOIR en 2011 [6]. Les divers organismes internationaux et nationaux ont donné différentes versions de la définition de la personne âgée. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) l'a définie comme toute personne âgée de 60 ans ou plus. Elle estime qu'à partir de cet âge, la charge principale des déficiences et de la mortalité résulte des altérations liées à l'âge [7]. Dans la littérature, la limite d'âge de la personne âgée est fixée à 65 ans. En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit une personne âgée comme toute personne de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans

polypathologique. [8] C'est-à-dire, présentant au moins deux maladies chroniques, nécessitant un suivi médical régulier. Ces définitions introduisent la notion de gériatrie en prenant en compte les maladies induites par la vieillesse.

Nous avons voulu comparer les définitions émises par ces deux grandes instances pour adapter la prise en charge de cette population, et ainsi envisager une amélioration de la pratique médicale délivrée aux personnes âgées. L'hypothèse émise est que la définition de l'OMS n'est pas pertinente ou non adaptée à la France métropolitaine concernant la prise en charge hospitalière de cette population. L'objectif de cette étude est de comparer sur le taux d'hospitalisation la définition concernant population âgée émise par la HAS versus celle émise par l'OMS.

2. Matériel et méthodes

2.1. Design de l'étude

Nous avons conduit une étude rétrospective analytique au sein de la structure des urgences adultes du Centre Hospitalo-universitaire (CHU) de Poitiers, entre le 5 et le 11 octobre 2020. Ce travail a été réalisé à partir des résultats locaux d'une étude européenne multicentrique : ETERS (European Geriatric Emergency Departments Registry Study NCT04680299), pilotée par l'European Society of Emergency Medicine (EuSEM). Cette étude européenne a été réalisée en complément de l'étude pilote turque : Turkish Emergency Departments Geriatric Scoring Study (TEDGeS) ayant mis en avant un besoin de soins médicaux accru dans la population gériatrique, chez les patients de 65 ans et plus recensés dans la population turque, et récemment publiée dans l'European Journal of Emergency Medicine [9].

2.2. Population

Nous avons inclus tous les patients consécutifs de plus de 65 ans se présentant aux urgences pendant la semaine du 5 au 11 octobre 2021. Le critère de non-inclusion était le refus du patient de participer à notre étude. Les critères d'exclusion étaient les passages itératifs aux urgences et les perdus de vue dès l'admission. Un seul passage aux urgences était retenu. Cette population a été analysée en 2 groupes, un premier concernait tous les patients de moins de 75 ans présentant au moins deux comorbidités et tous les patients d'âge supérieur à 75 ans. Le deuxième concernait le reste de notre population, soit tous les patients de moins de 75 ans non comorbides. Chacun des groupes a été nommé respectivement HAS et OMS.

2.3. Recueil des données

Les données ont été recueillies dans le logiciel Résurgence® (Société Intuitive, Groupe Berger Levraut, Boulogne-Billancourt, France) à la date d'inclusion. Elles comprenaient les caractéristiques démographiques (sexe, âge), le motif d'admission aux urgences (médical, traumatique ou les deux), les comorbidités cardio-vasculaires, respiratoires, neurologiques, rénales, onco-hématologiques et inflammatoires, les grandes classes médicamenteuses à leur admission, les paramètres vitaux à l'arrivée, la présence d'aide à domicile, la notion de chute à répétition, la désorientation lors de l'admission, ainsi que le diagnostic final. **(Annexe 1)**. Seuls quelques éléments ont été sélectionnés et analysés dans notre étude. Le score de Charlson a été également comptabilisé pour chaque patient permettant d'évaluer l'ensemble des comorbidités. **(Annexe 2)**. Les événements d'intérêt ont été recueillis dans le dossier médicalisé Télémaque® et comprenaient le temps passé aux urgences, l'hospitalisation dans un service, la durée d'hospitalisation si elle avait lieu, ainsi que la mortalité dans les 30 jours.

Notre critère de jugement principal était la proportion de patients âgés de plus de 65 ans hospitalisés après un passage aux urgences. Nos critères de jugement secondaires étaient la comparaison du temps passé aux urgences entre nos deux populations ainsi que la durée d'hospitalisation et la mortalité à J30.

2.4. Analyse statistique

Les variables quantitatives suivant une distribution normale sont présentées avec leur moyenne et écart-type et avec leur médiane et interquartile dans le cas contraire. Les variables qualitatives sont présentées avec leurs effectifs et proportions. Les tests de Student et du χ^2 ont permis d'évaluer l'existence d'une différence significative pour les variables quantitatives avec distribution normale et qualitatives, respectivement. Le test de Wilcoxon a été utilisé pour les

valeurs quantitatives à distribution non normale. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative.

2.5. Éthique

L'étude originale EBERS a été soumise au comité d'éthique de l'EuSEM. Chaque centre participant était tenu d'obtenir secondairement l'acceptation du protocole par leur comité d'éthique local. En France, s'agissant d'une étude analytique rétrospective, celle-ci ne relevait pas de la compétence d'un comité de protection des personnes, selon les critères établis par les articles R1121-2 et L.5311-1 du Code de la santé publique.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de la population

Durant la semaine d'inclusion, 283 patients aux urgences correspondaient à notre population cible. Parmi lesquels, 20 ont été exclus à cause de passages itératifs. Un patient a été exclu car il a été redirigé immédiatement après son admission et non évalué aux urgences.

(Figure 1)

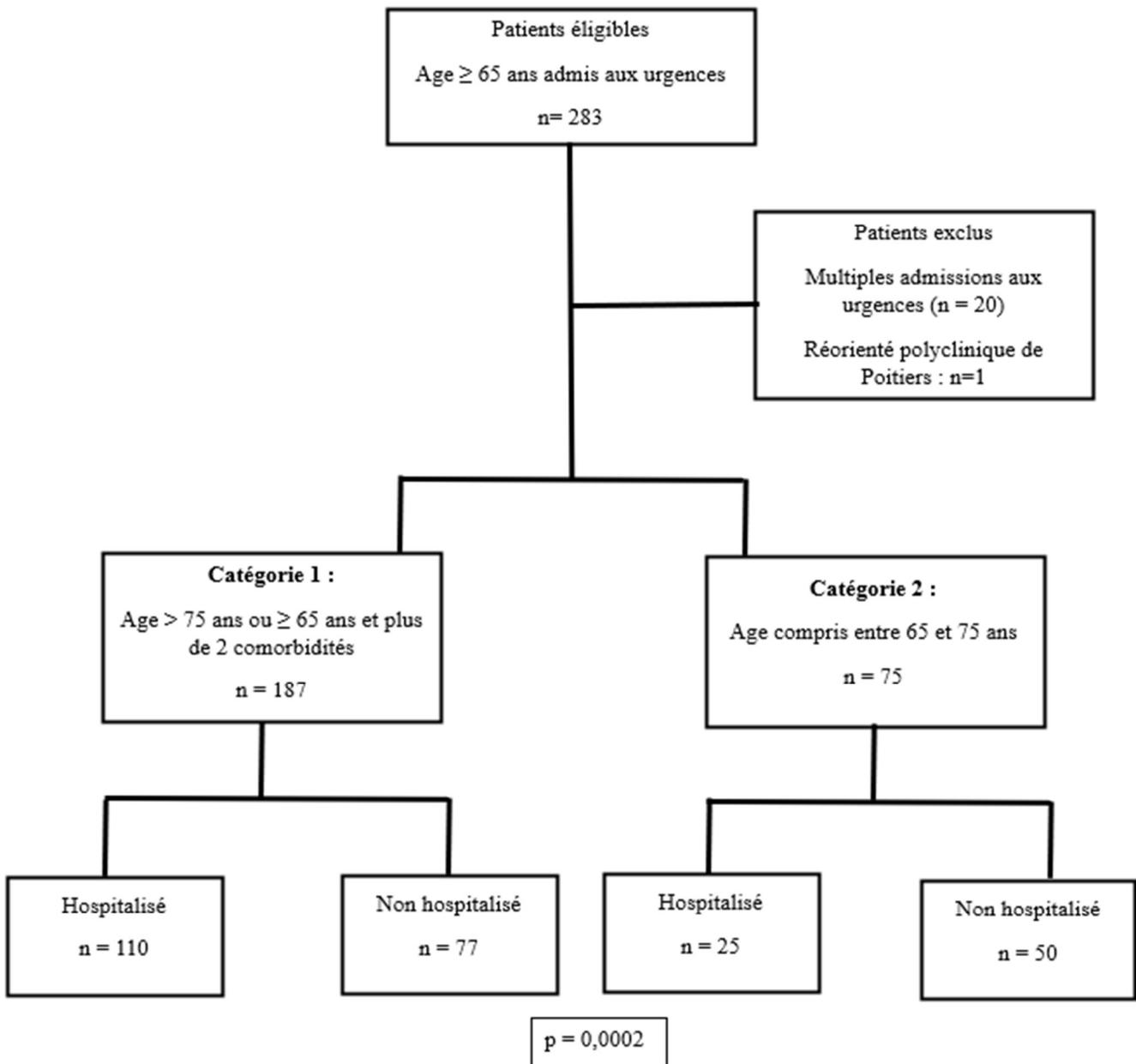


Figure 1 : Flow chart

Pour finir, nous avons inclus 262 patients âgés entre 65 et 101 ans. L'âge moyen était de 80,5 ± 9,1 ans. Cinquante pourcent (n = 131) étaient des hommes. Au total, 187 patients étaient âgés de plus de 75 ans ou avaient un âge supérieur à 65 ans avec au moins deux comorbidités et 75 patients avaient entre 65 et 74 ans. (**Tableau 1**)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Variables	Overall	HAS	OMS	p
Sexe N (%)				0,003
Femme	131 (50%)	99 (52,9%)	32 (42,7%)	
Homme	131 (50%)	88 (47,1%)	43 (57,3%)	
Comorbidités N (%)				
Cardiovasculaire	161 (61,5%)	132 (70,6%)	29 (38,7%)	1,59
Respiratoire	17 (6,5%)	15 (8%)	2 (2,7%)	0,164
Rénale	24 (9,2%)	23 (12,3%)	1 (1,3%)	0,005
Neurologique	44 (16,8%)	43 (23%)	1 (1,3%)	0,00002
Onco-hématologique	33 (12,6%)	25 (13,4%)	8 (10,7%)	0,551
Toxique	22 (8,4%)	11 (5,9%)	11 (14,7%)	0,02
Indice de Charlson M [IQR]	6 [4;8]	7 [5;8]	4 [3;5]	0,045
Motif d'admission N (%)				0,404
Médical	202 (77,1%)	141 (75,4%)	61 (81,3%)	
Traumatique	47 (17,9%)	37 (19,8%)	10 (13,3%)	
Mixte	13 (5%)	9 (4,8%)	4 (5,4%)	

μ : moyenne ; ET : Écart-type ; M : Médiane ; IQR : Interquartiles

Parmi les antécédents observés, la cause cardio-vasculaire est prédominante avec 61,5% des personnes concernées, dont 132 (70,6%) dans le groupe HAS et 29 (38,7%) dans le groupe OMS. Les autres antécédents ont des proportions moindres. La proportion de patients consommant des toxiques (tabagisme et/ou éthylisme) est de 22 (8,4%) dans la population totale avec 11 (5,9%) dans le groupe HAS et 11 (14,7%) dans le groupe OMS. Devant la présence de nombreuses comorbidités associées, le score de Charlson a été calculé pour chacune d'entre elle, il est compris dans notre population de 2 à 14 avec une médiane à 6. Le motif d'admission principal était d'ordre médical avec 202 (77,1%) patients (77,1%), puis traumatique avec 47 (17,9%) patients.

3.2. Critères de jugement

Il y avait 110 (58,8%) patients hospitalisés dans le groupe HAS et 25 (33,3%) dans le groupe OMS ($p = 0,0002$)

Parmi les critères de jugements secondaires, le nombre de décès à J30 est respectivement de 14 (7,5%) patients dans le groupe HAS et de 1 (1,4%) patient dans le groupe OMS ($p = 0,044$). La durée de passage aux urgences est en moyenne de 7,2h sur l'ensemble de la population avec un temps minimal de 1h et maximal de 35h. La durée d'hospitalisation moyenne est de 14,3 jours ($\pm 10,4$ jours). Certains patients sont encore hospitalisés lors du recueil des données à J30, notamment 19 dans le groupe HAS et 3 dans le groupe OMS. (**Tableau 2**)

Tableau 2 : Critères de jugements

Variables	Overall	HAS	OMS	p
Hospitalisation N (%)	135 (51,5%)	110 (58,8%)	25 (33,3%)	0,0002
Décès à J30 N (%)	15 (5,7%)	14 (7,5%)	1 (1,4%)	0,044
Durée de passage aux urgences μ (ET)	7,2 (4,8)	7,6 (4,9)	6,1 (4,3)	0,006
Durée d'hospitalisation μ (ET)	14,3 (10,4)	15 (10,5)	10,7 (9,5)	0,028

μ : moyenne ; ET : Ecart-type

Durée de passage aux urgences en heure ; Durée d'hospitalisation en jour

4. Discussion

4.1. Synthèse des résultats

Notre étude, concernant la population de plus de 65 ans se présentant aux urgences du CHU de Poitiers, démontre une augmentation du taux d'hospitalisation chez les patients gériatriques, définis selon la définition de la HAS par rapport à la définition de l'OMS. Le temps passé aux urgences et dans un service d'hospitalisation est également plus important chez les patients plus âgés ou présentant plusieurs maladies chroniques. Le risque de décès à 30 jours est également plus élevé que dans la population OMS.

4.2. Comparaison aux données de la littérature

En raison de la croissance de leur population, de nombreuses études ont analysé les caractéristiques des patients âgés. Leur but étant d'améliorer la pratique médicale. L'étude pilote turque [9], précurseur de l'étude européenne EGERs, a publié des résultats semblables à notre étude. Elle a mis en avant une augmentation de la population âgée dans la population générale. Ce qui entraînait un passage élevé de cette population aux urgences. Elle a exprimé une augmentation d'hospitalisation dans la population de plus de 75 ans ($p = 0,034$) sans différence de sexe. Elle retrouvait également une augmentation significative de l'âge ($p = 0,001$) dans le groupe des décédés par rapport aux survivants. Une étude irlandaise publiée en 2014 [10] présentait également des résultats en accord avec ceux de notre étude. La population analysée représentait tous les patients de plus de 65 ans se présentant aux urgences du CHU de Dublin sur une année. Le temps passé aux urgences était supérieur à 6h pour plus de la moitié de la population et augmentait pour une cause médicale. L'âge avancé était prédictif d'une durée d'hospitalisation plus longue. Un score de Charlson élevé était prédictif d'un risque de décès à l'hôpital.

Dans les pays européens, la population gériatrique représente un enjeu de santé publique notamment dans les services de soins aigus depuis plusieurs années. Ces résultats ne sont pas isolés et sont comparables dans les pays en voie de développement qui présentent une population majoritairement rurale, analphabète et plus pauvre. Une étude indienne [11] comparant la population âgée (âge supérieur à 60 ans) par rapport à la population générale corrobore nos résultats. Elle se basait sur des critères de tri aux urgences selon l'Emergency Severity Index (ESI) (**Annexe 3**). Parmi la population âgée, un grand nombre était décédé à l'arrivée aux urgences ou trié en zone très critique (niveau 1). La durée de séjour était plus élevée chez les patients âgés. Il a également été mis en évidence que certains symptômes comme la fièvre, de cause infectieuse ou non, étaient plus présents chez les patients âgés ayant des comorbidités sous-jacentes. Le critère de comorbidité entraînait une augmentation de la mortalité dans cette population âgée.

Ces résultats suggèrent la nécessité de mettre en place des services gériatriques de premières lignes pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Une prise en charge adaptée aux besoins des personnes gériatriques pourrait réduire le temps d'attente, le nombre d'hospitalisation et la mortalité.

4.3. Limites

Notre étude présente de nombreuses limites. Tout d'abord, il s'agit d'une étude analytique rétrospective, à risque de biais de sélection. Notre faible échantillon est issu d'une population monocentrique. Cette dernière peut différer de la population générale et présenter des caractéristiques spécifiques locales. Dans la population générale, certains facteurs ont été identifiés comme favorisant l'admission à l'hôpital ou le passage aux urgences, comme la résidence dans une zone rurale proche d'un centre urbain, les personnes à faible revenu, un nombre élevé de médicaments prescrits et les antécédents de maladie cardiaque [12].

La collecte des données s'est faite soit par transmission orale, soit entre professionnel de santé ayant pu entraîner un biais d'information. Il existe aussi une perte de donnée concernant les patients non hospitalisés pour lesquels le décès à J30 n'était pas relevé.

4.4. Implications

Connaitre et définir au mieux une population implique d'améliorer son parcours de soin. Il faut différencier les patients âgés, des patients gériatriques. En effet, ces derniers présentent des problématiques que tous les patients âgés ne présentent pas.

Nous savons que la population âgée est demandeuse de soins et représente un fort taux de passage aux urgences alors que d'autres structures seraient plus adaptées [13]. Un des critères majeurs favorisant ce surpeuplement aux urgences est la fragilité. Elle est définie par Fried comme un état de vulnérabilité extrême aux facteurs de stress endogènes et exogènes exposant la personne à un risque plus élevé de résultats négatifs liés à la santé. Elle peut représenter une phase de transition entre le vieillissement réussi et l'invalidité. Les soins d'urgences pour une population vieillissante présentant de nombreuses comorbidités, représentent un défi avec une gestion multidisciplinaire de la pathologie aigue. L'American Geriatrics Society (AGS) propose des stratégies alternatives nouvelles permettant à terme d'améliorer la prestation des soins de la population âgée. Cependant, la faisabilité de ces nouveaux programmes « de dépistage préhospitalier, des services d'urgence adaptés aux personnes gériatriques, des salles d'apaisement pour les patients hospitalisés et le modèle de l'hospitalisation à domicile » n'a pas encore été testée. Ces solutions pourraient être proposées aux patients âgés du monde entier [14].

Plusieurs études ont proposé des outils d'évaluation gériatrique pour permettre d'identifier les patients les plus à risques de présenter des événements indésirables aux urgences. En utilisant par exemple l'indice de fragilité (FI) [15]. Ces outils sont souvent chronophages et

demandent du personnel formé. Un moyen d'évaluation de la gravité de la personne âgée aux urgences permettrait un tri adapté. Dans sa thèse, le Dr DUPUY a évalué dans la population gériatrique différents scores de tri aux urgences, validés dans la population générale. Parmi ces scores, REMS (Rapid Emergency Medicine Score), MEWS (Modified Early Warning Score) et VIEWS (Vital PAC Early Warning Score), aucun n'a démontré de manière significative de différence pronostique concernant l'hospitalisation et la mortalité à 30 jours de la population de plus de 65 ans. [16]

Pour pallier ces problématiques, des filières gériatriques ont été créées dans les pays anglo-saxons, des Geriatric Emergency Department (GED), composées de médecins et d'infirmières spécialisés [17, 18]. Ils proposent des innovations et une amélioration des soins, du préhospitalier au post-urgence, adaptées à chaque patient. En Europe, des lignes directrices cliniques multidisciplinaires et paneuropéennes ont été élaborées pour la médecine d'urgence gériatrique. Elles sont présentées sous forme d'affiches éducatives. Elles promeuvent des conseils et une éducation visant à améliorer les connaissances de cette population [19]. En France, la HAS a publié une fiche de bonne pratique pour la prise en charge de la personne âgée en 2020 [20]. Elle vise à renforcer la coordination ville-hôpital, fluidifier le parcours de soins, prévenir les dépendances et optimiser la continuité des soins. Une plateforme territoriale d'appui facilite ce processus, mais elle est limitée par la demande médico-sociale. Des équipes mobiles de gériatrie ont été créées pour aider les personnes âgées à vivre à domicile [21]. Certains services d'urgences ont un système d'urgences gériatriques, inspiré du modèle américain [22]. Ces outils de médecine gériatrique sont récents et peu évalués.

5. Conclusion

Cette étude nous permet de constater que le taux d'hospitalisation, après un passage aux urgences, augmente dans la population poitevine répondant aux critères de la définition de la gériatrie émise par la HAS. La durée de passage aux urgences et le temps d'hospitalisation de cette population sont également augmentés.

Une meilleure connaissance de cette population gériatrique permettrait le développement de filière de soins adaptée. A l'heure actuelle, il n'existe aucune méthode ayant montré une supériorité dans l'évaluation de la personne âgée aux urgences.

Références

- [1] Department of Economic and Social Affairs .United Nations demographic yearbook. 2016.67^{ème} édition
- [2] Population par âge –Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 25 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
- [3] Ukkonen M, Jämsen E, Zeitlin R, Pauniahho SL. Emergency department visits in older patients: a population-based survey. BMC Emerg Med.2019;19(1):20.
- [4] Shah MN, Bazarian JJ, Lerner EB, Fairbanks RJ, Barker WH, Auinger P, et al. The Epidemiology of Emergency Medical Services Use by Older Adults: An Analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. Academic Emergency Medicine. 2007;14(5):441-7.
- [5] Roberts DC, McKay MP, Shaffer A. Increasing Rates of Emergency Department Visits for Elderly Patients in the United States, 1993 to 2003. Annals of Emergency Medicine.2008;51(6):769-74.
- [6] Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus. Gérontologie et société. 2011;34 /138(3):127-42.
- [7] Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Internet]. [cité 25 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241565042>
- [8] Haute autorité de santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires.2015
- [9] Ergin M, Karamercan M, Ayranci M, Yavuz Y, Yavaş Ö, Serinken M, et al. Epidemiological characteristics of geriatric patients in emergency departments: Results of a multicenter study.2015;18:259-65.

- [10] Kennelly SP, Drumm B, Coughlan T, Collins R, O'Neill D, Romero-Ortuno R. Characteristics and outcomes of older persons attending the emergency department: a retrospective cohort study. *2014;107(12):977-87.*
- [11] Kaeley N, Kumar J, Kumar M, Vempalli N, Dhar M, Bhardwaj BB, et al. Prevalence and pattern of geriatric emergencies in a teaching hospital of North India. *J Family Med Prim Care.2021;10(10):3899-903.*
- [12] Dufour I, Chouinard MC, Dubuc N, Beaudin J, Lafontaine S, Hudon C. Factors associated with frequent use of emergency-department services in a geriatric population: a systematic review. *BMC Geriatr.2019;19(1):185.*
- [13] Legramante JM, Morciano L, Lucaroni F, Gilardi F, Caredda E, Pesaresi A, et al. Frequent Use of Emergency Departments by the Elderly Population When Continuing Care Is Not Well Established. *PLoS One.2016;11(12):e0165939.*
- [14] Carpenter CR, Platts-Mills TF. Evolving Prehospital, Emergency Department, and “Inpatient” Management Models for Geriatric Emergencies. *Clin Geriatr Med.2013;29(1):10.1016/j.cger.2012.09.003.*
- [15] Brousseau AA, Dent E, Hubbard R, Melady D, Émond M, Mercier É, et al. Identification of older adults with frailty in the Emergency Department using a frailty index: results from a multinational study. *Age Ageing.2018;47(2):242-8*
- [16] Paul Dupuy - Valeur prédictive des scores cliniques REMS (Rapid Emergency Medicine Score), MEWS (Modified Early Warning Score) et VIEWS (Vital PAC Early Warning Score) sur la mortalité à 30 jours : une étude observationnelle rétrospective monocentrique - UPhèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cité 4 sept 2023].
- [17] Marsden EJ, Taylor A, Wallis M, Craswell A, Broadbent M, Johnston-Devin C, et al. A structure and process evaluation of the Geriatric Emergency Department Intervention model. *Australasian Emergency Care.2021;24(1):28-33.*

- [18] Southerland LT, Lo AX, Biese K, Arendts G, Banerjee J, Hwang U, et al. Concepts in Practice: Geriatric Emergency Departments. *Ann Emerg Med.*2020;75(2):162-70.
- [19] Lucke JA, Mooijaart SP, Heeren P, Singler K, McNamara R, Gilbert T, et al. Providing care for older adults in the Emergency Department: expert clinical recommendations from the European Task Force on Geriatric Emergency Medicine. *Eur Geriatr Med.* 2022;13(2):309-17.
- [20] Haute autorité de Santé, Evaluation de la prise en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification.Fiche pédagogique.2020
- [21] Natali JP, Schwald N, Bach F, Bourgoïn G, Chiffroy D, Bloch F. [Benefit of a geriatric mobile team in the emergency departments: a ten-year review]. *Soins Gerontol.* 2015;(116):22-4.
- [22] Torres C, Langlois M, Verny M, Boddaert J, Magny E. [Geriatric pathways and organisation in response to the needs of EDS]. *Soins Gerontol.* 2021;26(151):10-3.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de recueil de données

EGERS CRF

European Geriatric Emergency Departments Registry Study

Inclusion criteria: All consecutive patients aged 65 or older presenting to the Emergency

Proposed study period, 7 consecutive days from 19th October 2020 to 16th November 2020:
..... (period in which recruitment was performed)

First 3 Letters of the Country |_|_|_| Site |_|_| Patient N |_|_|_|

Day of admission: Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday Saturday Sunday

Time of admission: 00:00-08 00 08:01-16 00 16:01-20 00 20:01-23 59

Gender: M F Age (yo) |_|_|_|

Major Presenting Complaint: (Just Check One Major Complaint)

Non-Traumatic Complaint

- Abdominal Pain**
- Agitation and Psychosis**
- The Alcoholic Patient**
- Back Pain**
- Bleeding**
- Chest Pain**
- Dizziness (Vertigo)**
- Extremity Pain and Numbness**
- Fever (Elevated Temperature)**
- Headache**
- Hypotension**
- Jaundice**
- Mental Status Change and Coma**
- Palpitations and Tachycardia**
- Rash**
- Seizure**
- Shortness of Breath**
- Syncope and Near-Syncope**
- Toxic Ingestion**
- Change in Vision**
- Weakness and Fatigue**
- Abnormal findings on examination of blood (Hyperglycemia, Anemia, etc)**
- Other Non trauma.....**
.....
.....

Traumatic Complaint

- Falls**
- Motor Vehicle Accidents**
- Pedestrian Struck**
- Burns**
- Assaults**
- Other Trauma.....**
.....
.....
.....

Presentation Symptoms and Signs:

Systolic Blood Pressure: mmHg Temperature: ° C
Diastolic Blood Pressure: mmHg Respiratory rate/min:
Heart Rate: bpm Oxygen saturation (SpO2): %
Needs additional oxygen supply with nasal cannula or face mask: Yes No
Glasgow Coma Score: Eye: | Voice: | Motor: | TOTAL:

Co-morbidities:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Coronary artery disease | <input type="checkbox"/> Dyslipidemia Chronic |
| <input type="checkbox"/> Left Ventricular Failure | <input type="checkbox"/> Liver disease |
| <input type="checkbox"/> Right Ventricular Failure | <input type="checkbox"/> Chronic inflammatory disease |
| <input type="checkbox"/> Prior coronary revascularization (Bypass) | <input type="checkbox"/> Active/recent malignant tumor |
| <input type="checkbox"/> Chronic Obst. Pulm. Disease | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Dementia, Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Chronic renal disease wo routine dialysis | <input type="checkbox"/> Immunosuppression/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Chronic renal disease with routine dialysis | <input type="checkbox"/> Alcohol (> 30g/day for M and > 20 g/day for F) |
| <input type="checkbox"/> Prior stroke (Hemorrhagic or Ischemic) | <input type="checkbox"/> Smoking (Active or stopped within last year) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Other..... |
| <input type="checkbox"/> Hypertension | |

Chronic Medications:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beta-blockers | <input type="checkbox"/> Oral Antidiabetics |
| <input type="checkbox"/> Calcium antagonists | <input type="checkbox"/> Insulin |
| <input type="checkbox"/> ACE Inhibitors or Angiotensin II receptor blockers | <input type="checkbox"/> Oral Steroids |
| <input type="checkbox"/> Diuretics | <input type="checkbox"/> Cardiac Glycosides |
| <input type="checkbox"/> Statins | <input type="checkbox"/> Vit K antagonists |
| <input type="checkbox"/> Antiplatelet | <input type="checkbox"/> Psychiatric treatment |
| <input type="checkbox"/> NSAID or Other Analgesics | <input type="checkbox"/> Antidepressant |
| <input type="checkbox"/> Inhaled Beta2mimetics | <input type="checkbox"/> Antiepileptic |
| <input type="checkbox"/> Inhaled steroids | <input type="checkbox"/> Chemotherapy Drugs |
| <input type="checkbox"/> Oxygen +/- NIV at home | <input type="checkbox"/> Other..... |
| | |

<u>Consequence of ED Presentation:</u>	
<i>Final (Hospital or ED for discharged patients) Principal Diagnosis (only one diagnosis):</i>	
<input type="checkbox"/> Patient Has Home Care Service <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> Patient Has History of Falls <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> Patient Has Temporary Disorientation <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> Discharged From the Emergency Department Length of stay in ED: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (hours) <input type="checkbox"/> Admission to the Emergency Observation unit Length of stay in Obser. Unit: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (hours) <input type="checkbox"/> Admitted to Wards <input type="radio"/> Cardiology <input type="radio"/> Pneumology <input type="radio"/> Internal Medicine <input type="radio"/> Geriatrics <input type="radio"/> General Surgery <input type="radio"/> Neurosurgery <input type="radio"/> Orthopedics/Traumatology <input type="radio"/> Thorax Surgery <input type="radio"/> Cardiovascular Surgery <input type="radio"/> Other <input type="checkbox"/> Admitted to Intensive Care Unit <input type="checkbox"/> Death at ED <input type="checkbox"/> Death during Hospitalization	<p style="text-align: center;"><i>For HOSPITALIZED PATIENTS</i></p> <p style="text-align: center;"><i>STATUS at 30 days:</i></p> <p>30 days: <input type="radio"/> Alive <input type="radio"/> Death</p> <p><i>If Admitted to Wards or ICU</i></p> <input type="checkbox"/> <i>Total Length of Stay in Hospital: <input type="text"/> <input type="text"/> (days)</i> <input type="checkbox"/> <i>Total Length of Stay in Wards: <input type="text"/> <input type="text"/> (days)</i> <input type="checkbox"/> <i>Total Length of Stay in ICU: <input type="text"/> <input type="text"/> (days)</i> <input type="checkbox"/> <i>Still in Wards</i> <input type="checkbox"/> <i>Still in ICU</i>

Annexe 2 : Score de Charlson

Score	Comorbidités
1	Infarctus du Myocarde Insuffisance cardiaque Accident vasculaire cérébral Ischémie vasculaire périphérique Démence Insuffisance respiratoire chronique Connectivite Ulcère gastrique Maladie hépatique modérée
2	Diabète sans atteinte d'organe Hémiplégie Insuffisance rénale modérée ou sévère Diabète avec atteinte d'organe Tumeur solide Leucémie Lymphome
3	Maladie hépatique sévère
6	Tumeur solide stade métastatique SIDA
	Ages
1	50 à 59 ans
2	60 à 69 ans
3	70 à 79 ans
4	80 à 89 ans
5	90 à 99 ans
6	100 à 109 ans

Annexe 3 : Emergency Severity Index » (ESI)

Niveau ESI		
ESI 1	Patient avec instabilité importante, doit être immédiatement pris en charge par un médecin, nécessite souvent une intervention (exemple : intubation) pour être stabilisé	Ce niveau représente 2% des patients et 73% des patients sont hospitalisés
ESI 2	Patient potentiellement instable, doit être pris en charge par un médecin dans un délai inférieur à 10 minutes, nécessite souvent des examens complémentaires biologique et d'imagerie, un traitement et une hospitalisation	Ce niveau représente 22% des patients et 54% des patients sont hospitalisés
ESI 3	Patient stable, doit être pris en charge par un médecin dans un délai inférieur à 30 minutes, nécessite souvent des examens complémentaires biologique et d'imagerie, un traitement et le plus souvent sort en externe	Ce niveau représente 39% des patients et 24% des patients sont hospitalisés
ESI 4	Patient stable, peut ne pas être pris en charge rapidement pas un médecin, nécessite peu d'examen complémentaire et doit normalement sortir en externe	Ce niveau représente 27% des patients et 2% des patients sont hospitalisés
ESI 5	Patient stable, peut ne pas être pris en charge rapidement pas un médecin, ne nécessite pas d'examen complémentaire et doit normalement sortir en externe	Ce niveau représente 10% des patients qui ne présente pas d'indication à être hospitalisés

Résumé

Introduction

L'importance de la population concernée par le vieillissement est un enjeu de santé publique. En France, les patients de plus 65 ans représenteraient 20% de la population. Il existe une multitude de définitions de la personne gériatrique. Nous avons voulu démontrer que la définition émise par l'OMS n'était pas adaptée à notre population française.

Matériel et méthode

Nous avons conduit une étude rétrospective analytique au sein de la structure des urgences adultes du CHU de Poitiers, entre le 5 et le 11 octobre 2020. Nous avons inclus tous les patients de plus de 65 ans. Nous avons comparé le groupe HAS (âge >75ans ou >65ans et au moins 2 comorbidités) et groupe OMS (âge entre 65 et 74 ans non comorbide). Notre critère de jugement principal était la proportion de patients âgés hospitalisés après un passage aux urgences.

Résultats

262 patients âgés entre 65 et 101 ans ont été inclus, 187 dans le groupe HAS et 75 dans le groupe OMS. Le taux d'hospitalisation dans les 2 populations était de 110 (58,8%) dans le groupe HAS et de 25 (33,3%) dans le groupe OMS ($p = 0,0002$).

Discussion

Il serait nécessaire de mettre en place des services gériatriques de première ligne pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Une prise en charge adaptée aux besoins des personnes gériatriques pourrait réduire le temps d'attente, le nombre d'hospitalisation et la mortalité.

Mots clés : Gériatrie ; Vieillesse ; Médecine d'urgence.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



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

L'importance de la population concernée par le vieillissement est un enjeu de santé publique. En France, les patients de plus 65 ans représenteraient 20% de la population. Il existe une multitude de définitions de la personne gériatrique. Nous avons voulu démontrer que la définition émise par l'OMS n'était pas adaptée à notre population française.

Matériel et méthode

Nous avons conduit une étude rétrospective analytique au sein de la structure des urgences adultes du CHU de Poitiers, entre le 5 et le 11 octobre 2020. Nous avons inclus tous les patients de plus de 65 ans. Nous avons comparé le groupe HAS (âge >75ans ou >65ans et au moins 2 comorbidités) et groupe OMS (âge entre 65 et 74 ans non comorbide). Notre critère de jugement principal était la proportion de patients âgés hospitalisés après un passage aux urgences.

Résultats

262 patients âgés entre 65 et 101 ans ont été inclus, 187 dans le groupe HAS et 75 dans le groupe OMS. Le taux d'hospitalisation dans les 2 populations était de 110 (58,8%) dans le groupe HAS et de 25 (33,3%) dans le groupe OMS ($p = 0,0002$).

Discussion

Il serait nécessaire de mettre en place des services gériatriques de première ligne pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Une prise en charge adaptée aux besoins des personnes gériatriques pourrait réduire le temps d'attente, le nombre d'hospitalisation et la mortalité.

Mots clés : Gériatrie ; Vieillesse ; Médecine d'urgence.