

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 06 octobre 2017 à Poitiers
par Madame EMELINE COURAUD

Etude de la morbi-mortalité des patients de 75 ans et plus, admis aux urgences pour insuffisance respiratoire aiguë

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE
Monsieur le Professeur René ROBERT
Monsieur le Professeur Arnaud THILLE
Monsieur le Docteur Farnam FARANPOUR

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Jean MACE

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 06 octobre 2017 à Poitiers
par Madame EMELINE COURAUD

Etude de la morbi-mortalité des patients de 75 ans et plus, admis aux urgences pour insuffisance respiratoire aiguë

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE
Monsieur le Professeur René ROBERT
Monsieur le Professeur Arnaud THILLE
Monsieur le Docteur Farnam FARANPOUR

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Jean MACE

Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité d'octobre à janvier**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- 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
- CASTETS Monique, 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
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- 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
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ, Chef de service des Urgences du CHU de Poitiers et Coordinateur du DESC de Médecine d'Urgence.

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie de m'avoir donné l'opportunité de pratiquer la médecine d'urgence. Recevez ici le témoignage de ma gratitude et de mon plus profond respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur René ROBERT, Professeur de Réanimation du CHU de Poitiers et chef du pôle Urgences, SAMU-SMUR.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Recevez ici le témoignage de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE, Professeur de Pneumologie au CHU de Poitiers.

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury. Recevez ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Arnaud THILLE, Professeur de Réanimation au CHU de Poitiers.

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury. Recevez ici le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Farnam FARANPOUR, Chef de pôle Urgences SAMU SMUR
Réanimation du CH de Niort.

Merci de m'avoir donné envie de faire ce métier et de me donner l'opportunité de travailler dans votre service. Recevez le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Jean MACE, médecin urgentiste au CH de Niort.

Je te remercie sincèrement d'avoir été mon directeur de thèse. Merci de m'avoir soutenue au cours de ce travail et de m'avoir apporté tous ces précieux conseils. Reçois ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Je dédie cette thèse :

A Yohan,

Merci pour tout l'amour que tu m'apportes au quotidien depuis toutes ces années. Je suis très fière d'être ta future femme.

A mes parents,

Merci de m'avoir élevée dans une famille pleine d'amour, d'avoir toujours été là pour moi, et m'avoir soutenue durant mes études de médecine. Sans vous je n'en serais jamais arrivée là.

A mon frère Anthony,

Merci pour ta présence durant ces années.

A mes grands-parents ou à leur mémoire,

A ma belle- famille,

A mes amis et co-internes,

Aux équipes médicales et para médicales des Urgences du CHU de Poitiers et du CH de Niort,

A tous les médecins,

Ceux qui ont croisé mon chemin et qui m'ont transmis leur savoir.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	8
LISTE DES ABREVIATIONS	10
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	11
I.INTRODUCTION	12
II. METHODE.....	14
2.1 Schéma de l'étude.....	14
2.2 Objectifs de l'étude.....	14
2.3 Population étudiée	14
2.4 Matériel.....	15
2.5 Variables étudiées.....	15
2.6 Critère de jugement	16
2.7 Analyse statistique.....	16
2.8 Ethique.....	17
III. RESULTATS	18
3.1 Profil de l'étude	18
3.2 Population étudiée	19
3.2.1 Données épidémiologiques	19
3.2.2 Données cliniques à l'admission aux urgences : signes de DRA	21
3.2.3 Traitements mis en place aux urgences	22
3.2.3.1 Oxygénothérapie : type/durée	22
3.2.3.2 Médication de confort	23
3.2.4 Evolution détresse respiratoire aux urgences.....	23
3.2.5 Devenir des patients après leur passage aux urgences.....	24
3.2.5.1 Services d'hospitalisation.....	24
3.2.5.2 Mortalité	25
3.2.5.3 Morbidité : évolution de l'autonomie et lieu de vie au décours de l'hospitalisation	26
IV DISCUSSION	27
4.1 Argumentation des résultats	27
4.1.1 Population étudiée.....	27

4.1.2 Variables étudiées	27
4.2 Limites de l'étude	30
4.3 Perspectives d'avenir	30
V. CONCLUSION.....	32
ANNEXE	33
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	34
RESUME.....	37
SERMENT	38

LISTE DES ABREVIATIONS

BPCO : Broncho- Pneumopathie Chronique Obstructive

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM10 : Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision

CO2 : Dioxyde de Carbone

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DRA : Détresse Respiratoire Aiguë

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAD : Hospitalisation à Domicile

HC : Haute Concentration

IRA : Insuffisance Respiratoire Aiguë

OAP : Œdème Aigu Pulmonaire

OHDN : Oxygénothérapie à Haut Débit Nasal

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Personne Agée

PaCO2 : Pression Artérielle en Dioxyde de Carbone

PaO2 : Pression Artérielle en Oxygène

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

VNI : Ventilation Non Invasive

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Organigramme d'inclusion de l'étude	18
Figure 2 - Distribution en fréquence du système d'oxygénothérapie utilisé pour les patients	22
Figure 3 - Distribution en fréquence de l'évolution de la détresse respiratoire des patients à la sortie des urgences	23
Figure 4 - Répartition en fréquence de la mortalité	25
Figure 5 - Répartition en pourcentage de l'évolution de l'autonomie au décours de l'hospitalisation	26

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Caractéristiques démographiques de la population étudiée.....	20
---	----

I. INTRODUCTION

L'insuffisance respiratoire aiguë (IRA) est une cause fréquente de consultation aux urgences et une des raisons majeures d'admission en réanimation [1]. Elle entraîne un risque vital imposant un traitement symptomatique immédiat [2].

L'oxygénothérapie est le traitement de première ligne à débiter immédiatement, conformément aux recommandations actuelles [3,4]. L'oxygène peut être délivré de manière différente selon les interfaces comprenant essentiellement pour les plus simples, des lunettes nasales ou un masque facial, mais également, en fonction du degré de gravité de la détresse respiratoire, la ventilation mécanique non-invasive voir invasive. Le but de l'oxygénothérapie est la correction rapide des signes d'insuffisance respiratoire afin d'éviter les complications liées à l'hypoxémie qui peuvent conduire à la détresse respiratoire aiguë qui associe alors des défaillances d'organes [1, 5, 6].

Chez les patients âgés, la prise en charge de l'insuffisance respiratoire aiguë est complexe car elle doit prendre en compte aussi bien le terrain (polypathologies, polymédications, degré de dépendance) que les causes de l'IRA (souvent multifactorielles) et les conséquences (parfois multiviscérales) de celles-ci [1]. Les patients âgés semblent moins ressentir la gêne respiratoire occasionnée par une broncho constriction, ou une baisse de la PaO₂. Ils semblent également moins percevoir un changement de volume pulmonaire ou de pression intra thoracique. Ces particularités physiopathologiques sont susceptibles d'expliquer pourquoi les sujets âgés se plaignent plus rarement d'une dyspnée que les sujets plus jeunes, malgré une atteinte pulmonaire parfois sévère et/ou évoluant depuis plusieurs jours [7].

L'oxygénothérapie délivrée en première intention dans le cadre de la prise en charge de l'IRA de ces patients âgés n'est parfois pas suffisante [3,4]. Dans ce cas, il est préconisé d'y associer une médication de confort (opioïdes, benzodiazépines) dans une démarche palliative afin de soulager les souffrances physiques et psychologiques [8]. En effet, selon l'étude de Jennings et al. les opioïdes réduisent : la perception centrale de la dyspnée, l'anxiété associée à une dyspnée, la consommation d'oxygène et améliorent la fonction cardiovasculaire [9]. L'utilisation combinée des opioïdes et benzodiazépines améliore le

contrôle de la dyspnée de base et favorise le confort des patients en fin de vie [10]. D'autant plus qu'en raison de leur degré de dépendance et de leurs comorbidités, des décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives peuvent être prises en cas de sévérité de l'IRA [11].

L'IRA chez les patients âgés est un motif de consultation fréquent aux urgences [12,13]. Or, le nombre de personnes âgées (PA) en France, ne cesse d'augmenter [14]. En effet, au 1^{er} janvier 2017, la France compte 66,991 millions d'habitants et les personnes âgées d'au moins 75 ans représentent 9,2 % de la population. Ils seront selon l'INSEE 16.3% en 2050 [15]. Cette évolution de la démographie s'accompagne d'une modification de la demande de soins avec une augmentation du nombre de passage aux urgences [14]. En 2002, 12 à 14% de la totalité des passages dans les structures d'accueil étaient représentés par des personnes âgées de plus de 75 ans [16].

Il existe peu de données dans la littérature sur le type de prise en charge aux urgences des patients âgés en IRA, sur la survenue de complications pendant leur hospitalisation, sur leur durée d'hospitalisation, sur l'évolution de leur degré de dépendance à la sortie de d'hospitalisation et sur leur taux de mortalité à court et moyen terme.

Notre étude a pour but d'évaluer la morbi-mortalité des patients de 75 ans et plus, admis aux urgences pour insuffisance respiratoire aiguë.

II. METHODE

2.1 Schéma de l'étude

Notre étude est une étude épidémiologique, rétrospective, observationnelle, mono-centrique, réalisée au sein du service des urgences du Centre Hospitalier de Niort, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016.

2.2 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la mortalité des patients de 75 ans et plus, admis aux urgences du CH de Niort, pour insuffisance respiratoire aiguë et récusés du service de réanimation.

2.3 Population étudiée

Tous les patients inclus dans l'étude devaient avoir au moins 75 ans, présenter une détresse respiratoire avec une fréquence respiratoire supérieure ou égale à 25 cycles par minute et/ou la présence d'un ou plusieurs signes de lutte respiratoire (tirage des muscles accessoires, balancement thoraco-abdominal et/ou pincement des ailes du nez). Tous les patients ont dû être admis aux urgences du CH de Niort entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2016 et ont dû être qualifiés de « non réanimatoires ».

Le statut de « non réanimatoire » a été défini lors de la prise en charge des patients suite à l'association de différents critères de mauvais pronostic comme: l'âge élevé, la gravité de la

situation clinique, les comorbidités associées, l'autonomie, la présence de troubles cognitifs préexistants et le risque de dépendance lié aux techniques de suppléance [17].

Les patients présentant une exacerbation de broncho-pneumopathie chronique obstructive (stade III-IV) ou un œdème aigu pulmonaire cardiogénique ont été exclus.

2.4 Matériel

Les patients ont été sélectionnés à partir du logiciel Mediquel et sa fonction de recherche statistique, en recherchant des mots-clés pourvoyeurs de détresse respiratoire à partir des diagnostics de la Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision (CIM10) en tant que diagnostic principal : « J96.0-détresse respiratoire », « J96.1-insuffisance respiratoire aiguë », « J18.9-pneumopathie », « J20.9-bronchite », « R06.0-dyspnée ».

L'inclusion des patients dans l'étude, a été effectuée après relecture intégrale de tous les dossiers sélectionnés. Les informations manquantes, concernant la prise en charge, ont été recherchées dans le dossier informatisé du patient grâce au logiciel Télémaque et par appel téléphonique.

2.5 Variables étudiées

Les données épidémiologiques suivantes ont été recueillies à partir du dossier informatisé des patients : numéro IPP, âge, sexe, autonomie du patient évaluée par son lieu de vie avant et après hospitalisation. Le score de Charlson [18], évaluant les comorbidités, a été calculé à partir des informations retrouvées : âge, antécédents (cardiologique, pulmonaire, hépatique, diabète, démence...) (Annexe).

Pour l'évaluation clinique de l'insuffisance respiratoire aiguë et de sa prise en charge, nous avons recueilli : la fréquence respiratoire et la présence d'un ou plusieurs signes de lutte

respiratoire à l'admission (contraction active des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, balancement thoraco-abdominal...), le système d'oxygénothérapie utilisé aux urgences, l'utilisation des traitements de confort (opioïdes, benzodiazépines), l'étiologie de l'IRA et l'évolution clinique de la détresse respiratoire après la mise en route du traitement initial. Ensuite, nous avons recueilli le service et la durée d'hospitalisation des patients. Puis nous avons relevé le taux de mortalité des patients à J2, J7 et J28.

2.6 Critère de jugement

Le critère de jugement principal était la mortalité à J2, J7, J28.

Les critères de jugement secondaires étaient : la morbidité des patients selon le score de Charlson avant leur admission aux urgences, le système d'oxygénothérapie le plus invasif utilisé aux urgences (lunettes nasales, masque facial, masque à haute concentration, ventilation non invasive), l'utilisation de médicaments de confort (opioïdes, benzodiazépines), l'évolution de la détresse respiratoire après la mise en route du traitement initial lors du passage aux urgences, la durée d'hospitalisation des patients, l'évolution de l'autonomie du patient évaluée par le lieu de vie avant et après hospitalisation.

2.7 Analyse statistique

Le recueil de données et l'analyse statistique ont été réalisés à l'aide du logiciel Microsoft Excel. Les variables quantitatives sont décrites par la moyenne, l'écart-type, le minimum et le maximum. Les variables qualitatives sont exprimées en effectif et en pourcentage.

2.8 Ethique

Dans le cadre de la recherche biomédicale, l'analyse des données relatives à chaque patient inclus a été effectuée à partir de fichiers informatiques anonymes et identifiés par le mois et l'année de naissance de chaque patient. Conformément à la réglementation, l'étude a été déclarée à la CNIL, n°2083702v0.

III. RESULTATS

3.1 Profil de l'étude

La recherche CIM 10, nous a permis d'extraire 1450 dossiers de patients. Après la relecture intégrale de chacun de ces dossiers, nous avons sélectionné 130 patients de 75 ans ou plus, admis aux urgences du CH de Niort sur l'année 2016, présentant une détresse respiratoire et qualifiés de « non réanimatoires » lors de leur prise en charge initiale. Ensuite, nous avons exclu 13 patients : 10 d'entre eux présentaient un œdème aigu pulmonaire cardiogénique et 3 d'entre eux présentaient une exacerbation de broncho-pneumopathie chronique obstructive de stade 3 ou 4. Au total, 117 patients ont été inclus dans notre étude.

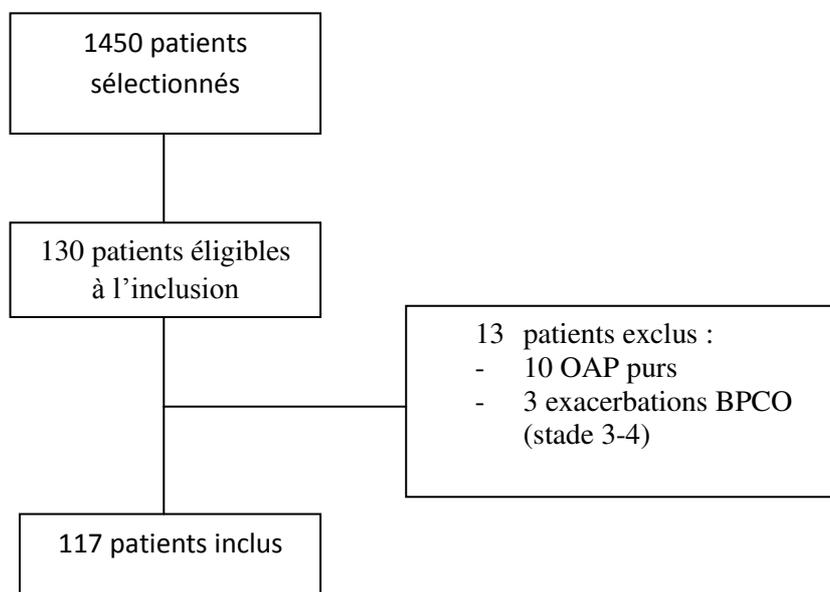


Figure 1 - Organigramme d'inclusion de l'étude

3.2 Population étudiée

3.2.1 Données épidémiologiques

Sur les 117 patients inclus, il y avait 48 hommes (41%) et 69 femmes (59%) soit un sex-ratio de 0,70. Plus de la moitié des patients avait entre 80 et 89 ans (56%). L'âge moyen était de 87 ans avec une médiane à 86 ans [75 -98].

Le score de Charlson moyen à l'admission des patients aux urgences était égal à 7 avec des extrêmes allant de 4 à 12. 70 patients (60%) avaient un score de Charlson compris entre 4 et 7 et 47 patients (40%) avaient un score de Charlson supérieur à 7.

Les pneumopathies étaient responsables de détresse respiratoire chez 109 patients (93%). Parmi les causes de détresse respiratoire non classées, on retrouvait une décompensation oedémato-ascitique (1%) et un coma de cause iatrogène (1%).

Age, année, n(%)	
75-79 ans	14 (12)
80-84	31 (26)
85-89	35 (30)
90-94	20 (17)
> 95	17 (15)
Sexe, n(%)	
Hommes	48 (41)
Femmes	69 (59)
Score de Charlson, n(%)	
4 – 5	26 (22)
6 – 7	44 (38)
8 – 9	34 (29)
> ou = 10	13 (11)
Lieu de vie avant hospitalisation, n(%)	
EHPAD	70 (60)
HAD	3 (3)
SSR	1 (1)
Domicile	38 (32)
Foyer logement	5 (4)
Etiologies des détresses respiratoires aiguës, n (%)	
Pneumopathie	109 (93)
Syndrome coronarien aigu	3 (3)
Choc septique	3 (3)
Autre	2 (2)

Tableau 1 - Caractéristiques démographiques de la population étudiée

3.2.2 Données cliniques à l'admission aux urgences : signes de DRA

La fréquence respiratoire moyenne était de 32 cycles par minute [25-60]. La fréquence respiratoire était une donnée manquante dans 6 dossiers.

Les signes de lutte respiratoire ont été retrouvés chez 101 patients (86%). La présence de signes de lutte respiratoire n'était pas renseignée dans 16 dossiers.

3.2.3 Traitements mis en place aux urgences

3.2.3.1 Oxygénothérapie : type/durée

Deux types de système d'oxygénothérapie ont été largement utilisés. 46 patients (39%) ont reçu de l'oxygène aux lunettes et 42 (36%) au masque à haute concentration (masque HC). Les 29 autres patients (25%) ont reçu une oxygénothérapie par masque facial, par ventilation non invasive (VNI), ou par un dispositif d'oxygénothérapie à haut débit nasal (Optiflow) (OHDN) (Figure 2).

La durée moyenne de l'oxygénothérapie administrée était de 6 jours [1 à 64].

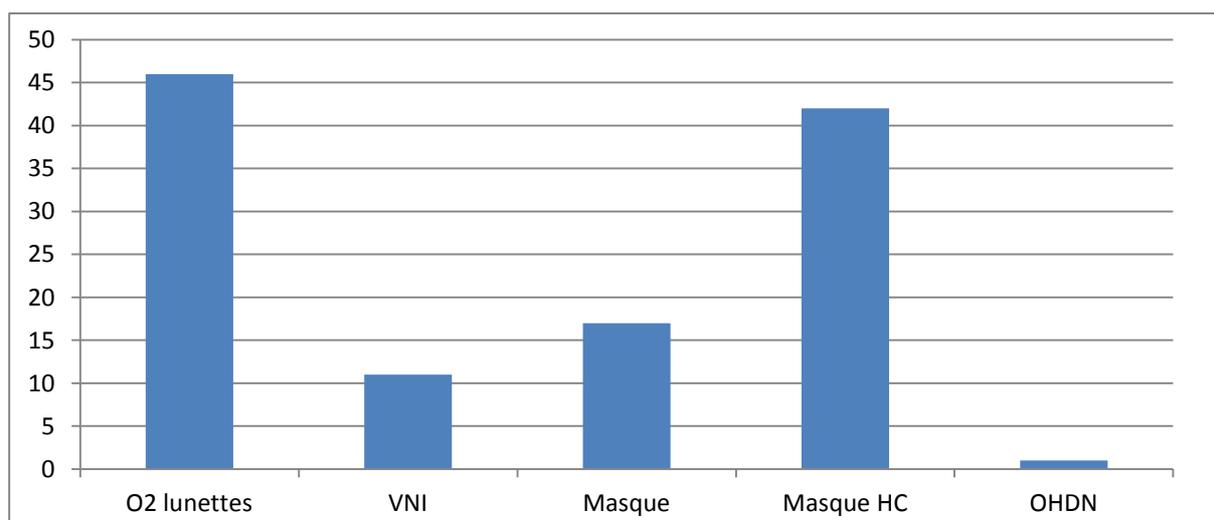


Figure 2 - Distribution en fréquence du système d'oxygénothérapie utilisé pour les patients

Légende : en ordonnée, le nombre de patients ; en abscisse, les différents systèmes d'oxygénothérapie utilisés

3.2.3.2 Médication de confort

Sur les 117 patients inclus, 16 patients (14%) ont reçu une médication de confort. Nous avons défini les médications de confort par l'utilisation d'hypnotique type Hypnovel® et/ou d'opioïde type Oxynorm®. 2 (13%) patients ont reçu de l'Hypnovel®, 3 (19%) de l'Oxynorm® et 11 patients (69%) ont reçu une association de l'Hypnovel® et de l'Oxynorm®. Ces patients ont un taux de mortalité plus élevé : 12 patients (75%) sont décédés à J2 et la totalité vingt-huit jours après leur admission.

3.2.4 Evolution détresse respiratoire aux urgences

A la sortie des urgences, 67 patients (57%) étaient améliorés par les thérapeutiques mises en place et 50 patients (43%) présentaient une aggravation clinique de leur détresse respiratoire.

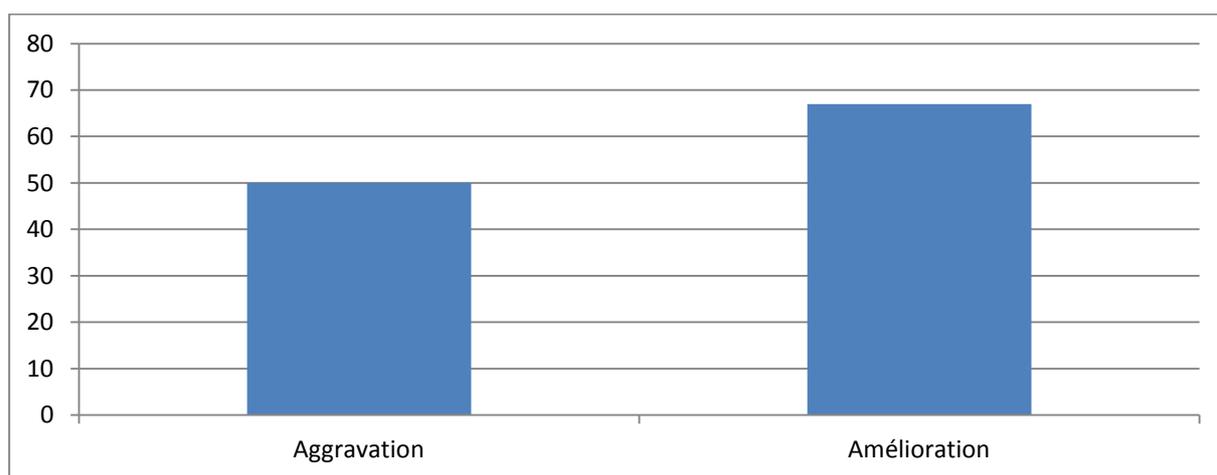


Figure 3 - Distribution en fréquence de l'évolution de la détresse respiratoire des patients à la sortie des urgences

Légende : en ordonnée, le nombre de patients ; en abscisse l'évolution de la détresse respiratoire

3.2.5 Devenir des patients après leur passage aux urgences

3.2.5.1 Services d'hospitalisation

Sur les 117 patients, 40 patients (34%) ont été hospitalisés dans le service de gériatrie, 15 patients (13%) dans le service de médecine polyvalente et 14 patients (12%) dans le service de pneumologie. Une minorité des patients ont été dirigés vers les autres services : cardiologie, gastro-entérologie, néphrologie, unité médico-chirurgicale et soins palliatifs du centre hospitalier de Niort. 5 patients (4%) sont retournés directement à leur domicile après leur passage aux urgences.

La durée moyenne d'hospitalisation de ces patients était de 7 jours [1-64].

3.2.5.2 Mortalité

Parmi les 117 patients inclus dans notre étude, 33 patients (28%) sont décédés aux urgences, 41 patients (35%) sont décédés dans les deux jours suivant leur admission aux urgences, 54 patients (46%) sont décédés dans les sept jours suivant leur admission et 64 patients (55%) sont décédés dans les vingt-huit jours suivant leur admission aux urgences. La survie à J28 était de 53 patients (45%) (Figure 4).

La majorité des patients décédés à J2 avaient entre 80 et 89 ans (56%). Sur les 13 patients décédés entre le deuxième et le septième jour, 7 patients (54%) avaient entre 80 et 89 ans. Sur les 10 décès survenus entre le septième et le vingt-huitième jour, 6 patients (60%) avaient entre 80 et 89 ans.

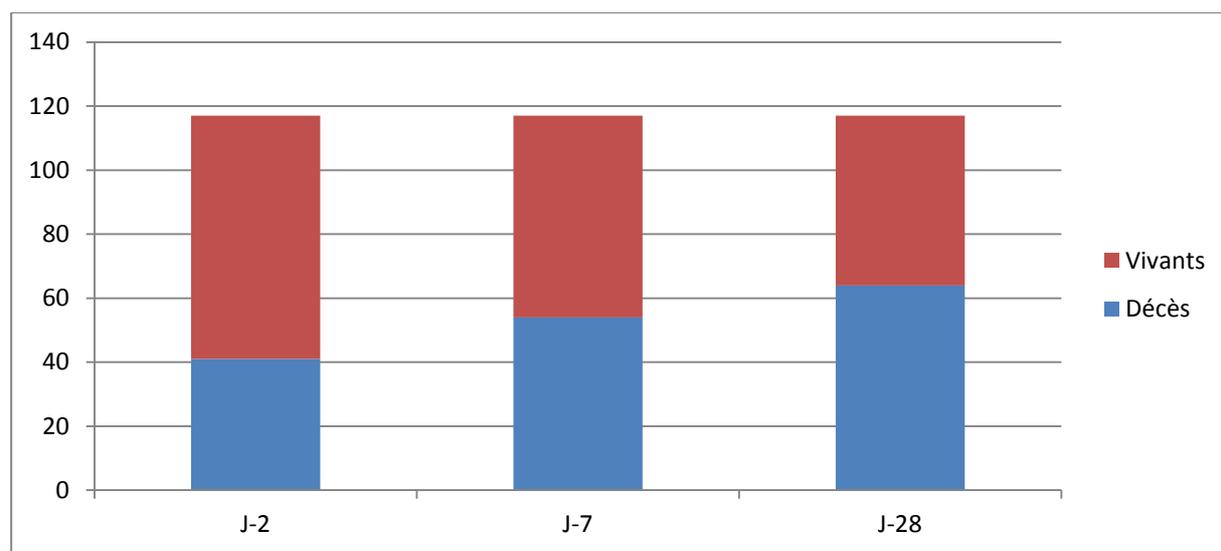


Figure 4 - Répartition en fréquence de la mortalité

Légende: en ordonnée, le nombre de patients ; en abscisse, la mortalité à J2, J7, J28

Sur les 109 patients atteints de pneumopathies aiguës, 57 (52%) sont décédés vingt-huit jours après leur admission aux urgences.

3.2.5.3 Morbidité : évolution de l'autonomie et lieu de vie au décours de l'hospitalisation

Avant leur admission aux urgences, 76 patients (65%) vivaient en institution (SSR, EHPAD ou foyer logement), 41 patients (35%) vivaient à domicile dont 3 patients (3%) étaient en HAD.

Après leur hospitalisation, sur les 53 patients (45%) encore en vie, 40 patients (75%) ont été placés ou sont retournés en institution et 13 patients (25%) sont retournés à domicile.

Sur les 41 patients vivant initialement à domicile, 24 patients (59%) sont décédés à J-28, seulement 13 patients (32%) ont pu y retourner et 4 (10%) ont été institutionnalisés.

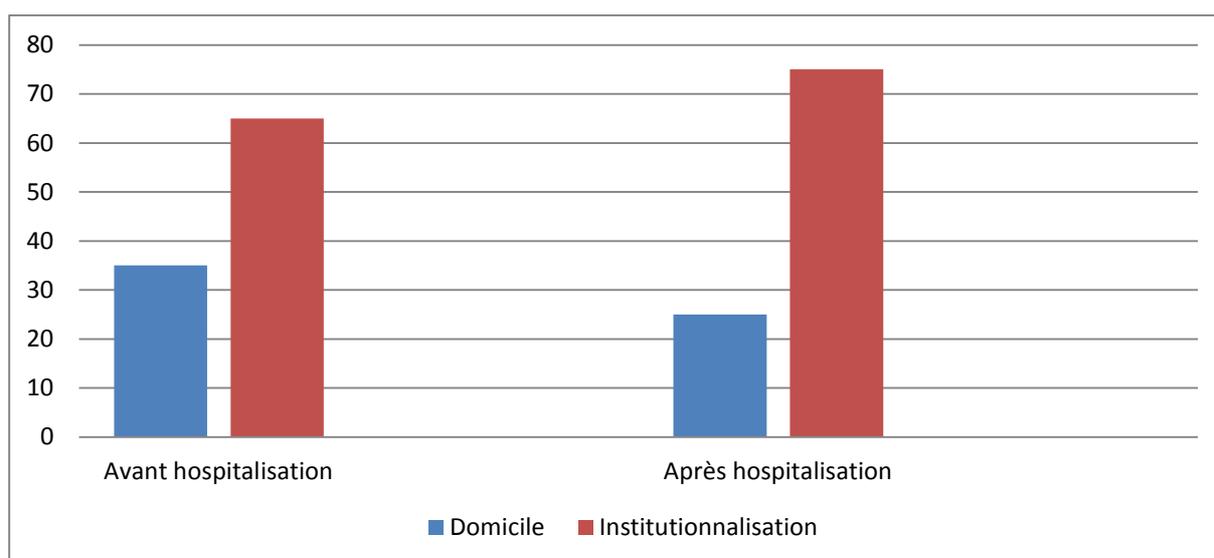


Figure 5 - Répartition en pourcentage de l'évolution de l'autonomie au décours de l'hospitalisation

Légende : en ordonnée, le pourcentage de patients ; en abscisse, le lieu de vie avant et après hospitalisation

IV DISCUSSION

4.1 Argumentation des résultats

4.1.1 Population étudiée

La population étudiée comportait 41% d'hommes ce qui est comparable avec les données de la littérature. En revanche, l'âge moyen était de 87 ans, ce qui est plus âgé que dans les séries [19], [20]. L'étude épidémiologique de 2002 de P. Ray et al. [19] retrouvait un âge moyen de 80 ans. Cet écart par rapport aux données de la littérature, pourrait s'expliquer par le fait que l'âge minimum retenu pour l'inclusion des patients dans notre étude était de 75 ans alors qu'il était de 65 ans dans les autres études. L'OMS définit la vieillesse comme débutant à partir de 65 ans [21]. Cependant, si l'on considère la période où la personne âgée est la plus fragile et la plus exposée au risque de perte d'autonomie, l'âge de 75 ans est le plus pertinent [22].

Le score de Charlson moyen des patients inclus dans notre étude était de 7. Or, un lien entre le score de comorbidité et la mortalité a été démontré dans l'étude de Charlson et al. [23]. En effet, ce score combinant âge et comorbidité est hautement prédictif de la survie des patients ($p < 0,0001$). Suite à l'étude de Buntix et al. [24], nous pouvons classer nos patients comme ayant un niveau de comorbidité allant de moyen (2-5) à élevé (supérieur à 5). La mortalité augmente significativement selon le niveau de comorbidité : moyen avec un hazard ratio (HR) à 2 et élevé avec un HR à 3,62.

4.1.2 Variables étudiées

Notre étude a montré que le taux de mortalité à vingt-huit jours de l'admission aux urgences était de 55%. Ces résultats sont supérieurs à ceux retrouvés dans la littérature.

L'étude de Mihaela et al. [25] a retrouvé une mortalité intra hospitalière de 21% pour la tranche des 65-85 ans et de 29% pour les patients de plus de 85ans, de 2001 à 2009. Mais cette étude n'a pas pris en compte le caractère « non réanimatoire », en incluant des patients admis dans le service de réanimation. L'étude de Metcalfe et al. [26] a confirmé que la mortalité hospitalière chez les patients non admis dans le service de réanimation (38%) était plus élevée que pour ceux admis (35%). A 3 mois, la mortalité à distance est de 46% pour les patients non admis et de 37% pour les patients admis. La mortalité est globalement plus importante pour les patients non admis en réanimation souvent considérés comme trop graves. La décision d'admission des sujets âgés en réanimation est complexe. L'intensité des traitements diminue avec l'âge et les décisions de suspendre les traitements sont plus fréquentes chez les personnes âgées. De plus, l'étude de Guidet et al. [27] suggère qu'il faut établir des recommandations consensuelles d'admission en réanimation des personnes âgées de plus de 80 ans. En effet, l'analyse de la littérature et des bases de données suggèrent une très grande hétérogénéité des pratiques avec des taux de refus d'hospitalisation en réanimation pouvant varier d'un à cinq, ce qui se traduit par un pourcentage d'admission en réanimation des personnes âgées de plus de 80 ans, variant de 3 à 20% selon les réanimations.

La fréquence respiratoire moyenne était de 32 cycles par minute ce qui correspond aux données de la littérature [28].

Les pneumopathies aiguës communautaires ont été responsables de détresse respiratoire chez 93% des patients. Les étiologies cardiaques, en dehors des œdèmes aigus pulmonaires, n'ont été responsables que d'une minorité des détresses respiratoires. L'étude de Jokinen et al. confirme que les pneumopathies sont l'une des étiologies principales de détresse respiratoire et qu'elles sont responsables d'hospitalisation avec un taux de mortalité élevé [29].

Les systèmes d'oxygénation les plus utilisés dans notre étude étaient les lunettes à oxygène et le masque à haute concentration. Ces données sont comparables à celles retrouvées dans la littérature. Les masques à haute concentration doivent être utilisés dans les situations de détresse respiratoire nécessitant des FiO₂ élevées. Selon l'étude de S. Nava et al. [30], le support ventilatoire doit être efficace tout en assurant une prise en charge à la fois confortable et digne pour les patients [31]. L'oxygénothérapie palliative est fréquemment prescrite pour gérer la dyspnée chez les patients en fin de vie. Selon l'étude de P. Abernethy

et al. [32], incluant seulement des patients en soins palliatifs, l'oxygénothérapie utilisée dans une démarche palliative diminue l'intensité de la dyspnée réfractaire.

Dans notre étude, la médication de confort a été utilisée chez 16 patients. Une grande disparité existe sur ces données dans la littérature. Selon l'étude de Wilson et al. [33], les opioïdes augmentaient la dépression respiratoire due à une rétention de CO₂ trop importante. Au contraire, l'étude publiée par Walsh et al. [34] n'a montré aucune diminution de la fréquence respiratoire chez les patients ayant reçu des opioïdes dans le cadre d'une dyspnée. Même si l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la dyspnée a été mentionnée dans la littérature, l'organisation mondiale de la santé, en 2001, a toujours considéré l'utilisation des opioïdes forts contre-indiquée pour le traitement des troubles de ventilation obstructive chronique. Suite à cette recommandation on peut comprendre la réticence générale des cliniciens dans l'utilisation des opioïdes chez les patients dyspnéiques, même en l'absence de maladie respiratoire obstructive. Or, les opioïdes et anxiolytiques diminuent la sensation de dyspnée et l'anxiété, sans entraîner de dépression respiratoire à condition qu'ils soient administrés à la bonne dose [35]. Il serait intéressant de renforcer la formation des urgentistes sur l'utilisation des médicaments de confort afin qu'elles soient mieux et plus souvent utilisées chez les patients en fin de vie présentant une détresse respiratoire.

Les services de gériatrie et de médecine polyvalente étaient les deux services dans lesquels la majorité des patients a été hospitalisée après leur passage aux urgences. La durée moyenne d'hospitalisation était de 7 jours. Cette donnée est inférieure à celle retrouvée dans la littérature. Selon l'étude pilote menée au CHRU de Strasbourg [36], la durée moyenne de séjour des patients de plus de 75ans, admis aux urgences toute cause confondue, était de 21 jours. Cette différence pourrait s'expliquer par un taux de mortalité plus élevé dans notre étude entraînant une durée d'hospitalisation moyenne plus courte. De plus, l'étude de Rosenthal et al. [37] montre que l'âge est un des principaux facteurs associé à la durée de séjour avec une augmentation en moyenne de 16% de la durée totale comparativement à la catégorie des moins de 70 ans.

Outre une mortalité élevée, notre étude met en évidence une diminution de l'autonomie d'un grand nombre de patients à leur sortie d'hospitalisation. En effet, 41 patients

(35%) vivaient à domicile avant leur hospitalisation contre 13 patients sur les 53 vivants (25%) à la sortie d'hospitalisation et 76 patients (65%) vivaient en institution avant leur hospitalisation contre 40 patients sur les 53 vivants (75%) à la sortie d'hospitalisation. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de Lang et al. [36] qui a montré qu'au décours de leur hospitalisation, le niveau de dépendance de 53% des patients s'est aggravé. Les éléments associés au déclin fonctionnel des personnes âgées sont l'apparition de troubles de la marche entraînant un risque de chute, la détérioration cognitive et le risque de dénutrition.

4.2 Limites de l'étude

En raison de son caractère rétrospectif, notre étude présente un biais de sélection. Il est difficile d'assurer que l'ensemble des patients de 75 ans ou plus, ayant présenté une détresse respiratoire et récusé de réanimation, ait été inclus. Ce biais est dû au type de l'étude, mais aussi à la disparité de sélection des patients liée au codage diagnostique. Néanmoins, le balayage d'une importante population de patients (1450 dossiers analysés) a permis de le minimiser.

Par ailleurs, l'étude est susceptible de comporter aussi un biais d'information, dans la mesure où certains dossiers étaient incomplètement renseignés : fréquence respiratoire, signes de lutte respiratoire, durée de l'oxygénothérapie. Pour limiter ce biais nous nous sommes référés aux courriers des services d'hospitalisation afin de compléter les données manquantes.

La validité externe de notre étude est limitée par le caractère monocentrique de l'étude mais le recueil de données sur un an permet d'atténuer cette limite.

4.3 Perspectives d'avenir

Nous avons réalisé cette étude dans le but de recueillir les données épidémiologiques de la population des patients de 75 ans et plus, admis aux urgences pour la prise en charge de leur détresse respiratoire et récusés du service de réanimation, dans le but de réaliser une

seconde étude. En effet, nous envisageons de réaliser une étude de type avant/après dont le but sera de comparer la morbi-mortalité des patients traités par oxygénothérapie à haut débit nasal (OHDN) versus ceux traités par oxygénothérapie standard. Cette étude s'intéressera aux patients de 75 ans ou plus, admis aux urgences pour détresse respiratoire et récusés du service de réanimation. Les données épidémiologiques de notre étude, vont alors nous permettre de définir le groupe oxygénothérapie standard (groupe avant) de la prochaine étude.

L'oxygénothérapie à haut débit nasal étant disponible dans les services de réanimation et d'urgences, tend à être largement utilisée, en raison de ses effets physiologiques par rapport à l'oxygénothérapie standard. L'étude FLORALI de Frat et al. [5] a montré chez 310 patients que l'OHDN était plus bénéfique que l'oxygénothérapie conventionnelle et que la ventilation non-invasive dans le traitement des insuffisances respiratoires aiguës hypoxémiques non hypercapniques en Réanimation.

Toujours dans une démarche d'amélioration des soins, il semblerait intéressant de pouvoir proposer à ces patients de 75 ans ou plus, récusés de réanimation, ce dispositif d'oxygénation non invasif, considéré comme étant plus confortable et plus efficace pour la prise en charge des détresses respiratoires.

V. CONCLUSION

Cause fréquente de consultation aux urgences, la prise en charge de l'insuffisance respiratoire aiguë de la personne âgée est peu codifiée.

Cette étude a permis d'élaborer une base de données épidémiologiques pour les patients de 75 ans et plus, admis aux urgences pour insuffisance respiratoire aiguë mais aussi, de mettre en évidence une morbi-mortalité élevée chez ce type de patients.

Dans l'avenir, nous pourrions comparer ces résultats à ceux d'une étude sur l'oxygénothérapie à haut débit nasal des mêmes patients afin de savoir laquelle est la plus efficace en terme de confort et de morbi-mortalité.

ANNEXE

Nombre de points attribués aux morbidités prises en compte dans le calcul du score de Charlson :

Nombre de points attribués	Conditions
1 point	50-60 ans Infarctus myocardique Insuffisance cardiaque Insuffisance vasculaire périphérique Maladie cérébrovasculaire Démence Maladie pulmonaire chronique Maladie du tissu conjonctif Maladie ulcéreuse Hépatopathie Diabète
2 points	61-70 ans Hémiplégie Maladie rénale modérée à sévère Diabète avec lésions organiques Tumeur de toute origine
3 points	71-80 ans Hépatopathie modérée à sévère
4 points	81-90 ans
5 points	Plus de 90 ans
6 points	Tumeur solide métastatique SIDA

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Rubenfeld GD, Caldwell E, Peabody E, et al. Incidence and outcomes of acute lung injury. *N Engl J Med*. 2005 Oct 20;353(16):1685- 93.
2. Caubel A. Acute respiratory failure: diagnosis and treatment in emergency department. *Réanimation*. 2006 Dec;15(7- 8):523- 32.
3. O'Driscoll BR, Howard LS, Davison AG, British Thoracic Society. BTS guideline for emergency oxygen use in adult patients. *Thorax*. 2008 Oct;63 Suppl 6:vi1-68.
4. Kallstrom TJ, American Association for Respiratory Care (AARC). AARC Clinical Practice Guideline: oxygen therapy for adults in the acute care facility--2002 revision & update. *Respir Care*. 2002 Jun;47(6):717- 20.
5. Frat J-P, Goudet V, Girault C. High flow, humidified-reheated oxygen therapy : A new oxygenation technique for adults. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2013 Oct;30(8):627- 43.
6. Sztrymf B, Messika J, Bertrand F, Hurel D, Leon R, Dreyfuss D, et al. Beneficial effects of humidified high flow nasal oxygen in critical care patients: a prospective pilot study. *Intensive Care Med*. 2011 Nov;37(11):1780- 6.
7. Manning HL, Schwartzstein RM. Pathophysiology of dyspnea. *N Engl J Med*. 1995 Dec 7;333(23):1547- 53.
8. Garrouste-Orgeas M, Timsit J-F, Montuclard L, Colvez A, Gattolliat O, Philippart F, et al. Decision-making process, outcome, and 1-year quality of life of octogenarians referred for intensive care unit admission. *Intensive Care Med*. 2006 Jul;32(7):1045- 51.
9. Jennings A-L, Davies AN, Higgins JPT, Gibbs JSR, Broadley KE. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. *Thorax*. 2002 Nov 1;57(11):939- 44.
10. Thomas JR, von Gunten CF. Clinical management of dyspnoea. *Lancet Oncol*. 2002 Apr;3(4):223- 8.
11. Conseil M, Carr J. La ventilation non invasive chez des malades avec limitations thérapeutiques. *MAPAR*. 2013;213- 9.
12. Azoulay E, Kouatchet A, Jaber S, Lambert J, Meziani F, Schmidt M, et al. Noninvasive mechanical ventilation in patients having declined tracheal intubation. *Intensive Care Med*. 2013 Feb;39(2):292- 301.
13. Curtis JR, Nielsen EL, Treece PD, Downey L, Dotolo D, Shannon SE, et al. Effect of a Quality-Improvement Intervention on End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011 Feb 1;183(3):348- 55.

14. Arrouy L, Beaune S. La personne âgée aux urgences. Guide pratique du vieillissement. 2016;234- 8.
15. Insee. (page consultée le 05/02/17). Population par âge – Tableaux de l'économie française, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2582785?sommaire=2587886>
16. J. Bouget, F. Carpentier, J. Kopfer schmitt, H. Lambert, P. Lebrin, T. Rusterholtz, Conférence de consensus, Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Société Francophone de médecine d'urgence [en ligne]. 2003 Dec 5. Disponible sur: http://www.sfm.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf
17. Joynt GM, Gomersall CD, Tan P, Lee A, Cheng CA, Wong EL. Prospective evaluation of patients refused admission to an intensive care unit: triage, futility and outcome. *Intensive Care Med.* 2001 Sept;27(9):1459- 65.
18. Neuzillet Y. Evaluation of co-morbidities and co-morbidity evaluation scores. *Progrès en urologie.* 2009 Nov;(Suppl. 3):S80- 6.
19. Ray P, Birolleau S, Lefort Y, Becquemin M-H, Beigelman C, Isnard R, et al. Acute respiratory failure in the elderly: etiology, emergency diagnosis and prognosis. *Crit Care.* 2006;10(3):R82.
20. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc.* 2003 Apr;51(4):451- 8.
21. Collège des Enseignants et de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). (page consultée le 05/05/17). *Le Vieillissement Humain*, [en ligne]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie1/site/html/cours.pdf>
22. Duquesne F. Vulnérabilité de la personne âgée. Conférences : personne âgée en structures d'urgence. 2011;(Chapitre 28):277- 91.
23. Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol.* 1994 Nov;47(11):1245- 51.
24. Buntinx F, Niclaes L, Suetens C, Jans B, Mertens R, Van den Akker M. Evaluation of Charlson's comorbidity index in elderly living in nursing homes. *J Clin Epidemiol.* 2002 Nov;55(11):1144- 7.
25. Stefan MS, Shieh M-S, Pekow PS, Rothberg MB, Steingrub JS, Lagu T, et al. Epidemiology and outcomes of acute respiratory failure in the United States, 2001 to 2009: a national survey. *J Hosp Med.* 2013 Feb;8(2):76- 82.
26. Metcalfe MA, Sloggett A, McPherson K. Mortality among appropriately referred patients refused admission to intensive-care units. *Lancet.* 1997 Jul 5;350(9070):7- 11.
27. Boumendil A, Somme D, Garrouste-Orgeas M, Guidet B. Should elderly patients be admitted to the intensive care unit? *Intensive Care Med.* 2007 Jul;33(7):1252- 62.

28. Perrin C, Rolland F, Berthier F, Duval Y, Jullien V. Noninvasive ventilation for acute respiratory failure in a pulmonary department. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2015 Nov;32(9):895- 902.
29. Jokinen C, Heiskanen L, Juvonen H, Kallinen S, Karkola K, Korppi M, et al. Incidence of community-acquired pneumonia in the population of four municipalities in eastern Finland. *Am J Epidemiol*. 1993 May 1;137(9):977- 88.
30. Nava S, Hill N. Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *Lancet*. 2009 Jul 18;374(9685):250- 9.
31. Levy M, Tanios MA, Nelson D, Short K, Senechia A, Vespia J, et al. Outcomes of patients with do-not-intubate orders treated with noninvasive ventilation. *Crit Care Med*. 2004 Oct;32(10):2002- 7.
32. Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, Clark K, Herndon JE, Marcello J, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2010 Sept 4;376(9743):784- 93.
33. Wilson RH, Hoseth W, Dempsey ME. Respiratory acidosis. I. Effects of decreasing respiratory minute volume in patients with severe chronic pulmonary emphysema, with specific reference to oxygen, morphine and barbiturates. *Am J Med*. 1954 Oct;17(4):464- 70.
34. Walsh TD. Opiates and respiratory function in advanced cancer. *Recent Results Cancer Res*. 1984;89:115- 7.
35. Clemens KE, Klaschik E. Symptomatic therapy of dyspnea with strong opioids and its effect on ventilation in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2007 Apr;33(4):473- 81.
36. Lang P-O. Indicateurs précoces de durée de séjour prolongée chez les sujets âgés. *La Presse Médicale*. mars 2007;Vol. 36(3-C1):389- 98.
37. Rosenthal GE, Landefeld CS. Do older Medicare patients cost hospitals more? Evidence from an academic medical center. *Arch Intern Med*. 1993; 153: 89-96.

RESUME

Etude de la morbi-mortalité des patients de 75 ans et plus, admis aux urgences pour insuffisance respiratoire aiguë

Introduction : Cause fréquente de consultation aux urgences, la prise en charge de l'insuffisance respiratoire aiguë de la personne âgée est peu codifiée. L'objectif de l'étude était d'évaluer la morbi-mortalité des patients de 75 ans et plus, admis aux urgences pour insuffisance respiratoire aiguë.

Méthodes : Nous avons mené une étude épidémiologique, rétrospective, observationnelle et monocentrique au centre hospitalier de Niort. Tous les patients de 75 ans ou plus, admis aux urgences du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016, présentant une détresse respiratoire et considérés comme « non réanimatoires » ont été inclus dans cette étude. Le critère de jugement principal était la mortalité à J2, J7, et J28. Pour chaque patient, l'âge, le score de Charlson, le type d'oxygénothérapie, la médication de confort, l'évolution de la détresse respiratoire, la durée d'hospitalisation et l'évolution de l'autonomie ont été collectés.

Résultats : Après avoir sélectionné 1450 patients, 117 patients ont été inclus dans cette étude. La mortalité était de 35% à J-2, 46% à J-7 et 55% à J-28. 33 des 64 décès survenus à J-28 ont eu lieu aux urgences. L'âge moyen était de 87 ans. La moyenne du score de Charlson dans notre étude était de 7 et 78% des patients présentaient un score supérieur à 5 (soit un score de comorbidité élevé). 46 patients (39%) ont reçu de l'oxygène aux lunettes et 42 (36%) au masque à haute concentration. La durée moyenne de l'oxygénothérapie reçue était de 6 jours [1 à 64]. 16 patients (14%) ont reçu une médication de confort. 41 patients (35%) vivaient à domicile avant leur hospitalisation contre 13 patients (25%) à la sortie d'hospitalisation.

Conclusion : Cette étude met en évidence une mortalité élevée pour cette catégorie de patients. Les données épidémiologiques de cette étude, vont permettre d'en réaliser une nouvelle dont le but sera d'évaluer l'efficacité de l'oxygénothérapie à haut débit nasal chez ces patients.

MOTS-CLES

Insuffisance respiratoire aiguë ; sujet âgé ; non réanimatoire ; oxygénothérapie ; médication de confort ; mortalité



UNIVERSITÉ 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 !



RESUME

Etude de la morbi-mortalité des patients de 75 ans et plus, admis aux urgences pour insuffisance respiratoire aiguë

Introduction : Cause fréquente de consultation aux urgences, la prise en charge de l'insuffisance respiratoire aiguë de la personne âgée est peu codifiée. L'objectif de l'étude était d'évaluer la morbi-mortalité des patients de 75 ans et plus, admis aux urgences pour insuffisance respiratoire aiguë.

Méthodes : Nous avons mené une étude épidémiologique, rétrospective, observationnelle et monocentrique au centre hospitalier de Niort. Tous les patients de 75 ans ou plus, admis aux urgences du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016, présentant une détresse respiratoire et considérés comme « non réanimatoires » ont été inclus dans cette étude. Le critère de jugement principal était la mortalité à J2, J7, et J28. Pour chaque patient, l'âge, le score de Charlson, le type d'oxygénothérapie, la médication de confort, l'évolution de la détresse respiratoire, la durée d'hospitalisation et l'évolution de l'autonomie ont été collectés.

Résultats : Après avoir sélectionné 1450 patients, 117 patients ont été inclus dans cette étude. La mortalité était de 35% à J-2, 46% à J-7 et 55% à J-28. 33 des 64 décès survenus à J-28 ont eu lieu aux urgences. L'âge moyen était de 87 ans. La moyenne du score de Charlson dans notre étude était de 7 et 78% des patients présentaient un score supérieur à 5 (soit un score de comorbidité élevé). 46 patients (39%) ont reçu de l'oxygène aux lunettes et 42 (36%) au masque à haute concentration. La durée moyenne de l'oxygénothérapie reçue était de 6 jours [1 à 64]. 16 patients (14%) ont reçu une médication de confort. 41 patients (35%) vivaient à domicile avant leur hospitalisation contre 13 patients (25%) à la sortie d'hospitalisation.

Conclusion : Cette étude met en évidence une mortalité élevée pour cette catégorie de patients. Les données épidémiologiques de cette étude, vont permettre d'en réaliser une nouvelle dont le but sera d'évaluer l'efficacité de l'oxygénothérapie à haut débit nasal chez ces patients.

MOTS-CLES

Insuffisance respiratoire aiguë ; sujet âgé ; non réanimatoire ; oxygénothérapie ; médication de confort ; mortalité