

Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le 15 novembre 2017

par

ROGER Samantha

née le 10 juillet 1987, à Brive La Gaillarde

Profil des résidents institutionnalisés admis en Unité de Recours de Soins Gériatrique (URSG) selon leur mode d'admission : admission directe versus passage par les urgences du CHU de Limoges

Examineurs de la thèse :

M^{me} le Professeur Nathalie DUMOITIER

Mⁱ le Professeur Achille TCHALLA

M. le Professeur Daniel BUCHON

M^{me} le Docteur Martine LABACH

M le Docteur Stephan MEYER

M^{me} le Docteur Sophie PEYRICHOU

Président

Directeur de thèse

Juge

Juge

Membre invité

Membre invité



Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le 15 novembre 2017

par

ROGER Samantha

née le 10 juillet 1987, à Brive La Gaillarde

Profil des résidents institutionnalisés admis en Unité de Recours de Soins Gériatrique (URSG) selon leur mode d'admission : admission directe versus passage par les urgences du CHU de Limoges.

Examineurs de la thèse :

M^{me} le Professeur Nathalie DUMOITIER

M le Professeur Achille TCHALLA

M le Professeur Daniel BUCHON

M^{me} le Docteur Martine LABACH

M le Docteur Stephan MEYER

M^{me} le Docteur Sophie PEYRICHOU

Président

Directeur de thèse

Juge

Juge

Membre invité

Membre invité



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
BEDANE Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATO-VENEREOLOGIE Responsable de service
BERTIN Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service
BONNAUD François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire



BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE
CAIRE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service
CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
DANTOINE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
DAVIET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION



DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRAVAIL Responsable de service
DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service
ESSIG Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service
FAUCHAIS Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
FEUILLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
GAINANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
LACROIX Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE



LASKAR Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE
MABIT Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE- TRAUMATOLOGIE
MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MOHTY Dania	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service
MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur
MOUNAYER Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE



NATHAN-DENIZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION Responsable de service
PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service
PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur
ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
VALLEIX Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen



VERGNENEGRÉ Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service de l'UNITE ONCO- THORACIQUE et CUTANEE
VERGNE-SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service
VINCENT François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES Responsable de service
YARDIN Catherine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE Responsable de service

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel	Professeur des Universités MEDECINE GENERALE
----------------------	---

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE



CHABLE Hélène	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE
ESCLAIRE Françoise	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LE GUYADER Alexandre	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARIN Benoît	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
TCHALLA Achille	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

PROFESSEURS ASSOCIES

DUMOITIER Nathalie Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

MENARD Dominique Maître de Conférences associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS EMERITES

BONNETBLANC Jean-Marie Professeur des Universités Emérite

VALLAT Jean-Michel Professeur des Universités Emérite

Le 09 septembre 2014



Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2014

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHAUZEIX Jasmine	HEMATOLOGIE
COUVÉ-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE (Centre d'Investigation Clinique)
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FILLOUX Matthieu	IMMUNOLOGIE
FRUIT Dorothée	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE (Centre d'Investigation Clinique)
FREDON Fabien	ANATOMIE (assistant associé du 01-11-2014 au 31-10-2015)
GAGNOUD Rémi	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
GALY Antoine	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
GENIAUX Hélène	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
MESTUROUX Laura	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
OLOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
ROGER Lucie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2014 au 06 mars 2015 inclus)
ROULET-COUDRIER Fanny	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
THOLANCE Yannick	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ABDEH Ali	CHIRURGIE DIGESTIVE (Chef de clinique associé du 01-11-2014 au 30-04-2015)
ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASLOUM Youcef	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBOUR Marine	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
BORDAS Mathieu	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOULOGNE Cyrille	CARDIOLOGIE
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CENTI Joachim	UROLOGIE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DONADEL Lorène	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2014 au 20 février 2015 inclus)
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
DURAND Lise-Marie	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2014 au 06 mars 2015 inclus)
EGENOD Thomas	PNEUMOLOGIE

ENESCU-FLORICA Eléna-Cécilia	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
ENSERGUEIX Gaël	NEPHROLOGIE
ESPAGNE-DUBREUILH Gaëlle	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GIMENEZ Laetitia	NEUROLOGIE
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HUMMEL Vincent	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
IOSIF Christina	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (Chef de clinique associée du 14-11-2013 au 13-05- 2014 et du 14-05-2014 au 13-11-2014)
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAPÉBIE François-Xavier	MEDECINE INTERNE A
LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MAILLOCHON Edouard	CHIRURGIE DIGESTIVE
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MASSON Alexandra	PEDIATRIE
MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE



SALERNO Baptiste

CARDIOLOGIE

SCOMPARIN Aurélie

O.R.L.

TABOURET Tessa

GASTRO-ENTEROLOGIE

TALLON Elizabeth

PSYCHIATRIE d'ADULTES

TRIGOLET Marine

PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1^{er} novembre 2014 au 31 octobre 2015)

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CROS Jérôme

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)



A ma grand-mère, Reine Roger, à qui je dédie cette thèse.

*Tu as contribué à faire de moi ce que je suis,
Tu m'as appris à lire, tu m'as appris à apprendre.
Tu m'as préservée et tu m'as soutenue durant cette fameuse première année...
Jusqu'au bout...
J'aurais tant aimé que tu sois là, aujourd'hui,
Tourner avec toi cette page importante.
Je te dédie ce travail.*



Rien n'est jamais perdu tant qu'il reste quelque chose à trouver
Pierre Dac



Remerciements

À MA PRÉSIDENTE DE THÈSE

À M^{me} le **Professeur Nathalie DUMOITIER,**

Qui me fait l'honneur de présider ce jury. Je fais partie des retardataires et je crois savoir que cela vous inquiétait. Merci de l'intérêt que vous portez à ce travail. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

À MON JURY DE THÈSE

À M le **Professeur Achille TCHALLA,**

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir guidé au cours de cet exercice plutôt ardu à mon goût. Merci pour vos conseils, vos encouragements et votre disponibilité. Je suis heureuse et fière d'avoir pu mener à terme cette thèse sur un sujet qui me tenait à cœur.

À M le **Professeur Daniel BUCHON,**

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse. Merci pour vos enseignements durant les cours de DES de médecine générale et l'intérêt que vous portez à ce travail. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

À M^{me} le **Docteur Martine LABACH,**

Parce que cela fait maintenant plusieurs années que je travaille à vos côtés et que j'apprends mon métier de médecin généraliste. D'abord lors du stage praticien, puis lors du SASPAS, vous m'avez ensuite donné votre confiance pour m'occuper de vos patients en votre absence. Merci pour votre enseignement dont j'ai la chance de bénéficier encore aujourd'hui. Il était donc naturel pour moi que vous fassiez partie de ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail et de la confiance que vous m'accordez lors de chaque remplacement. Recevez ici toute ma reconnaissance et mon plus profond respect.

À M le **Docteur Stephan MEYER,**

Vous qui êtes à l'origine de cette unité qu'est l'URSG. Vous m'aviez accordé votre confiance pour vous remplacer quelques jours au début de mes remplacements. Merci d'avoir accepté de participer au jury de ma thèse. Recevez ici l'expression de mon plus profond respect.

À M^{me} le **Docteur Sophie PEYRICHOU,**

Je suis arrivée dans ton service « bébé interne » et peu sûre de moi. Tu m'as permis de grandir, de m'affirmer et de prendre confiance en moi. C'est avec toi que j'ai découvert la richesse de la gériatrie et j'ai tellement aimé travailler à tes côtés que j'ai « signé » pour six



mois de plus. Merci pour ta patience, ta bienveillance, tes conseils et ta disponibilité (même le mercredi, si bien que tes garçons me connaissent sans m'avoir jamais rencontrée). Je n'aurais pas assez de ces quelques lignes pour t'exprimer ma gratitude. Alors merci, tout simplement.

À MA FAMILLE ET MES AMIS

Je tiens à remercier également tous ceux qui m'ont soutenue (ou supportée) durant ce long chemin, famille et amis.

À **Maman**, tu as toujours été là, même si je faisais comme si je n'avais besoin de personne pour travailler. Tu as su me pousser quand il le fallait, tu as été présente quand j'en avais besoin même lorsque j'étais insupportable (oui, oui j'en suis consciente). C'est grâce à toi que je peux soutenir cette thèse aujourd'hui. Alors merci de supporter mon fichu caractère et de m'aimer de manière inconditionnelle.

À **Papa**, parce qu'avec ton calme, tu m'as accompagnée durant toutes ces années. Je me souviens des trajets pour aller à l'école, puis au lycée, puis à la gare pour rentrer à Limoges. J'ai également en mémoire le jour où nous sommes montés à Limoges voir ces fameux résultats de PCEM1. Tu as su rendre ce moment léger alors que nous n'avions pas le cœur à la fête. Parce que sans toi, ça fait longtemps que je me serais noyée sous tous mes papiers. Merci pour ta présence et ton accompagnement.

À **Stéphane**, mon grand-frère, tu es mon modèle depuis toujours. Merci de m'accueillir et de m'accorder du temps quand j'en ai besoin. Après avoir assisté à ta thèse, je suis heureuse que tu puisses être présent aujourd'hui.

À **Jean-Claude**, mon oncle, parce que t'écouter parler de ton métier m'a confortée dans le choix de mes études et que tu m'as permis de te remplacer. Merci

À **Camille L.**, bientôt 20 ans d'amitié. Des moments partagés par centaines, des souvenirs tout aussi nombreux. Tu as toujours su être là, dans les bons moments comme les moins bons. Alors merci pour ces fous rires, ces engueulades (oui, il y en a) et ces voyages auxquels tu m'as initiée.

À **Marie**, bientôt 20 ans aussi. Des fous rires il y en a eu tellement que je ne peux les compter. Des larmes aussi... Toujours là l'une pour l'autre et pour toujours. Alors merci de rester fidèle à ce que tu es et de nous faire rire, malgré toi parfois. Vingt ans et pourtant nous ne sommes qu'au début de notre amitié.

Les « twinies », « les baroudeuses du dimanche » désormais, sans vous cette première année de médecine aurait été difficile. Grâce à notre collocation, elle est passée à une vitesse folle. Je vous dois beaucoup et ne l'oublierais jamais. J'ai hâte d'écrire une nouvelle page de notre histoire en parcourant le Vietnam.

À **Christelle**, LA rencontre de mon internat, une évidence. Tu m'as prise sous ton aile ce fameux premier jour à Tulle et une amitié est née. Cinq années sont passées, des heures et des heures à papoter, puis tu es rentrée à Clermont. Mais la distance ne change rien, il y a toujours entre nous cette même complicité. Merci pour ton aide, ta patience et tous ces moments partagés.

À **Vincent**, merci de « partager » Christelle avec moi et merci pour ton amitié.

À **Camille F.**, parce qu'on ne se dit pas souvent ce genre de choses : ton amitié m'est précieuse. Toujours là pour moi, prête à écouter sans jamais porter de jugement. Merci pour ton amitié sans faille et tous les bons moments partagés.

À **Daphné**, presque 20 ans aussi que nous sommes amies. Toujours souriante, partante pour tout type d'activité. Malgré tes déménagements successifs, tu es toujours présente. Merci pour ta bonne humeur et ton amitié.

À **Mel**, tu as ce petit grain de folie que j'aime tant, cet anti-conformisme. Toujours prête à partir pour vivre de nouvelles aventures au pied levé. Merci pour ta bienveillance et ton sourire.

À **Anne**, en 10 ans, nos chemins auraient pu se séparer mais au contraire, notre amitié a grandi avec les années. Merci pour ton soutien durant cette décennie et le calme dont tu fais preuve en toutes circonstances.

À **Arnaud**, nos chemins se sont croisés par hasard et dix ans plus tard nous voilà tous les deux docteurs. Merci pour ton amitié.

À **Angélique**, une rencontre dans le RER, une collocation express, des après-midi de révision, des fous rires, de bons repas préparés par tes soins. Tant de bons moments que je ne pourrais tous les énumérer. Merci d'être entrée dans ma vie et d'en faire toujours partie.

À **Lolita**, ma cousine, parce que même si nos chemins se sont séparés, tu as été mon repère à Limoges durant de nombreuses années. À nos jeux d'enfants, à nos cabanes, à nos bêtises, à tous ces moments partagés. Merci.

À **Étienne**, merci pour ta bonne humeur, ton écoute et ton amitié.



À **mes amis**, de Limoges, de Brive, de Bordeaux... Merci pour ces moments partagés et ceux à venir.

À **l'équipe de SSRG de Rebeyrol**, merci pour votre accueil, votre professionnalisme, votre bonne humeur. Chacun et chacune d'entre vous m'a permis de m'améliorer tant sur le plan médical qu'humain. Je garde en mémoire une ambiance de travail formidable, jalonnée de petits déjeuners et de rire. Merci pour cette année inoubliable d'internat.

Au **Dr Valérie VALADE**, au **Dr Christian DELON**, au **Dr Michel BONNEAU**, qui m'ont accordé leur confiance dès la fin de l'internat. Merci pour nos discussions et nos échanges qui me permettent de progresser encore chaque jour.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

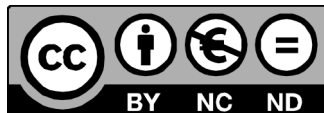


Table des matières

Liste des abréviations.....	26
I Généralités.....	27
I.1 Epidémiologie.....	27
I.2 Population en institution et urgences.....	28
I.3 Unité de Recours de Soins Gériatrique (URSG).....	29
II Article original.....	32
II.1 Introduction.....	32
II.2 Matériel et Méthodes.....	33
II.2.1 Schéma de l'étude.....	33
II.2.2 Cadre de l'étude.....	33
II.2.3 Population étudiée.....	33
II.2.4 Variables étudiées.....	34
II.2.5 Critères de jugement.....	34
II.2.6 Recueil des données.....	34
II.2.7 Analyse statistique.....	34
II.3 Résultats.....	34
II.3.1 Résultats descriptifs.....	34
II.3.2 Résultats comparatifs.....	42
II.4 Discussion.....	45
II.4.1 Principaux résultats.....	45
II.4.2 Validité interne.....	49
II.4.2.1 Forces.....	49
II.4.2.2 Limites.....	50
II.4.3 Cohérence externe.....	51
II.4.4 Synthèse et perspective.....	53
II.5 Conclusion.....	55
Références bibliographiques.....	56
Annexes.....	60
Serment d'Hippocrate.....	65



Table des illustrations

Figure 1 Diagramme de flux en fonction du mode d'admission : admission directe versus passage par les urgences	35
Figure 2 : Diagramme de répartition du nombre de patients en fonction de l'heure d'arrivée aux urgences	36
Figure 3 : Temps de passage aux urgences	39
Figure 4 : Histogramme de l'état nutritionnel de la population étudiée	44



Table des tableaux

Tableau 1 :Description des caractéristiques de la population étudiée	37
Tableau 2 : Nombre et type de traitements de notre population	41
Tableau 3 : Comparaison traitements d'entrée et de sortie.....	42
Tableau 4 : Etat nutritionnel en fonction de l'Albumine ou de l'IMC	44
Tableau 5 : Diagnostic de dénutrition selon l'IMC ou l'albuminémie	44



Liste des abréviations

AEG : Altération de l'Etat Général
AIT : Accident Ischémique Transitoire
AVCi : Accident Vasculaire Cérébral ischémique
DMS : Durée Moyenne de Séjour
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante
IMC : Indice de Masse Corporelle
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MNA : Mini Nutritional Assessment
MUPA : Médecine d'Urgence de la Personne Âgée
N : Nombre
ORULIM : Observatoire Régional des Urgences du Limousin
PCME : Président de la Commission Médicale d'Établissement
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SSRG : Soins de Suite de Réadaptation Gériatrique
URSG : Unité de Recours de Soins Gériatrique
UTHU : Unité d'Hébergement Temporaire d'Urgence



I Généralités

Avec le vieillissement de la population, la prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue un enjeu majeur tant sur le plan médical qu'économique (1), (2). En 2014, 8,8 milliards d'euros ont été consacrés aux soins de longue durée des personnes âgées hébergées en établissement.

Le nombre de personnes âgées très dépendantes vivant en EHPAD, classées en groupe iso-ressources GIR 1 ou 2 augmente régulièrement.

La dépendance est définie comme le transfert vers un tiers d'actes nécessaires pour assurer les tâches élémentaires de la vie courante. Elle ne tient compte que de la dépendance physique ou instrumentale, à l'exclusion de la dépendance affective ou économique (3). Le degré de dépendance d'une personne âgée dépend du niveau des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité qu'elle subit, et non de son état de santé. Cependant la frontière entre dépendance et problèmes de santé est ténue. En effet les limitations résultent souvent de problèmes de santé actuels ou passés.

Il est donc essentiel de prendre en charge rapidement et de la façon la plus adaptée possible toute nouvelle pathologie ou toute aggravation d'une pathologie antérieure, afin de préserver l'autonomie du sujet âgé.

I.1 Epidémiologie

Au 1^{er} Janvier 2016, la France compte 66,6 millions d'habitants. Les habitants âgés d'au moins 65 ans représentent 18,8% de la population, soit une progression de 3,7 points en vingt ans. La hausse est de 2,8 points sur la même période pour les habitants âgés de 75 ans ou plus. Cela représente près d'un habitant sur dix au 1^{er} janvier 2016.

Selon les projections de l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) jusqu'en 2035 la progression des personnes âgées de plus de 60 ans augmenterait fortement. En 2060, 23,6 millions de personnes seraient âgées de plus de 60 ans, soit une personne sur trois. 16,2 % de la population aurait 75 ans ou plus. On pourrait alors compter 200 000 centenaires.

En 2015, l'espérance de vie d'une femme est de 85,0 ans et celle d'un homme de 78,9 ans.

Au 1^{er} janvier 2014, en France :

- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : 7 258 établissements, 557 648 lits en hébergement permanent
- Maison de retraite non EHPAD : 450 établissements, 15 829 lits en hébergement permanent
- Foyers-logements : 2 337 établissements, 111 370 logements
- Unités de soins longue durée : 596 USLD, 31 821 lits

En 2015, l'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes détient le plus fort taux de séniors. La situation du Limousin influence fortement cette tendance puisque près d'un Limousin sur trois a 60 ans ou plus.

Au 1^{er} janvier 2010 : 12,8% de la population du Limousin a 75 ans ou plus. Le Limousin a une population nettement plus âgée que la moyenne nationale.

Offre médico-sociale en Limousin en 2017 :

- 123 EHPAD (47 en Corrèze, 32 en Creuse et 44 En Haute-Vienne)
- 23 Foyers-Logements (10 en Corrèze, 3 en Creuse, 10 en Haute-Vienne)

Si on extrapole, en 2030 :

- 75 000 personnes âgées supplémentaires
- Plus de 27 000 Limousins dépendants
- Evolution de la dépendance entre 2007 et 2030 : + 28%

Le vieillissement de la population soumet le système de soins à des demandes croissantes, notamment dans les services d'urgence.

I.2 Population en institution et urgences

Les sujets âgés vivant en institution sont des sujets fragiles et souvent polypathologiques pour lesquels une agression peut entraîner une hospitalisation(4).

Cette hospitalisation peut être source de déstabilisation physique et psychique et entraîner ou aggraver une perte d'autonomie.

Les hospitalisations des résidents en EHPAD sont fréquentes et souvent répétées.

Il existe des facteurs prédictifs d'hospitalisation, répertoriés par l'HAS (5) :

- Un âge plus élevé
- Un degré de dépendance plus grand
- Une hospitalisation dans les 6 mois
- Le fait d'être nouvellement admis en EHPAD
- L'absence de directives anticipées ou de programmes de soins palliatifs dans l'EHPAD
- Certaines pathologies : insuffisance cardiaque, difficultés respiratoires, problèmes génito-urinaires et infections
- Les contentions, les escarres, la nutrition entérale et l'utilisation de cathéters ou de nouveaux médicaments.

Les principaux motifs d'hospitalisation non programmée des résidents d'EHPAD sont : les chutes (1/3 dont la moitié avec fractures), les décompensations cardiopulmonaires (30%) puis les problèmes urodigestifs, neurovasculaires et les troubles du comportement.

Vingt pourcent des hospitalisations des personnes âgées de 80 ans ont une cause iatrogénique.

Plus de 20% des patients qui se présentent dans un service d'accueil d'urgence (SAU) en France sont âgés de 75 ans ou plus (6). Trop souvent le patient âgé est perçu comme « embolisant » le service des urgences.

Cela peut se traduire par des hospitalisations non pertinentes ou dans des services inadéquats. La conséquence possible peut être une sortie trop précoce qui engendrera une perte de chance pour le patient gériatrique, associée souvent à une réhospitalisation à court terme délétère pour le patient et coûteuse pour la société (7).

Pour améliorer le parcours de soins des personnes âgées, il a été préconisé en priorité une admission directe dans une structure de médecine gériatrique aigue.

La filière de soins gériatriques est donc essentielle dans la prise en charge du patient âgé.

Une étude a montré que 35% des patients d'EHPAD bénéficient d'au moins une hospitalisation par an. Plus de la moitié de ces patients passe par un service d'accueil d'urgences (8).

En 2013, les personnes âgées représentaient 25% des passages quotidiens au service des urgences du CHU de Limoges. Cela représentait plus de 9 140 passages aux urgences chez les personnes âgées de plus de 75 ans. (9)

Les patients vivant en EHPAD représentent de 9% à 37% des consultations totales des urgences (10),(11),(12) au niveau national.

L'étude PLEIAD, réalisée en 2010, révèle qu'environ 4 résidents sur 10 ont été hospitalisés sur une période de trois mois. Parmi les résidents sortant, 70% quittent l'EHPAD pour l'hôpital. Dans 57,7% des cas les résidents sont adressés directement à un service d'urgence ; dans 7,7% des cas directement dans un service de gériatrie (13)

L'étude IQUARE, réalisée en 2011 retrouve un taux d'hospitalisation des résidents de 31,6%, dont 57,8% vers les urgences (14).

En 2010 en Limousin, le temps de passage moyen d'un patient d'EHPAD âgé de 75 ans ou plus aux urgences est de 4h20. Le passage d'un patient de 75 ans ou plus a une durée 1,75 fois supérieure à celle observée pour le reste de la population consultant aux urgences (15).

Plus de deux tiers (67,2% en 2010) de la population âgée de 75 ans et plus, en provenance des EHPAD, accueillie aux urgences est hospitalisée dans une Unité Fonctionnelle.

Il est donc essentiel d'optimiser la prise en charge de ces patients.

De plus les études ont montré que les services d'urgence n'étaient pas un lieu adapté à la prise en charge gériatrique. Le passage aux urgences est associé, pour la personne âgée, à un risque accru de confusion, d'escarre, de chute, d'iatrogénie médicamenteuse, d'incontinences, de déclin fonctionnel et d'augmentation de l'état de dépendance voire de décès. (16)

Dans ce contexte, l'Unité de Recours de Soins gériatriques (URSG) semble être une réponse adaptée à ces flux entre EHPAD et service d'accueil d'urgence (SAU).

I.3 Unité de Recours de Soins Gériatrique (URSG)

La première URSG nationale a été créée au CHU de Limoges en 2004. Initialement, elle devait se nommer « Réseau EHPAD Chastaignt ». Ce projet avait obtenu l'accord du PCME, le Professeur B. Descottes. Ce nom avait été choisi car il existait à l'époque une unité de soins de suite à Chastaignt et le siège de l'URSG devait s'y trouver. Le directeur général du CHU de Limoges, M P. Vigouroux ne souhaitait pas garder ce nom. A l'époque il ne semblait pas judicieux d'associer le nom de Chastaignt à cette nouvelle Unité. M P. Vigouroux et M P. Verger (Directeur de la politique gérontologique du CHU de Limoges) ont donc trouvé ce nom d'URSG.

Au début elle comprenait 5 lits. Elle est pérenne depuis le 1^{er} mai 2009. En 2016 l'URSG est dotée de 10 lits.

L'URSG est une unité spécifique au sein du service de SSRG (Soins de suite et de Réadaptation Gériatrique) à l'hôpital Jean Rebeyrol.

Dans un premier temps, cette unité s'adressait uniquement aux résidents d'EHPAD. Elle a été étendue secondairement aux résidents de Foyers-Logements et à l'UTHU.

L'URSG a plusieurs objectifs qui ont été clairement définis dès sa création :

- Eviter le passage aux urgences pour les résidents d'EHPAD dont la pathologie est diagnostiquée
- Avoir une réactivité de prise en charge dans les 24 à 48 heures
- Organiser dès que l'état du résident est stable le retour à l'EHPAD d'origine

En institution, la prise en charge de pathologies aiguës nécessitant des soins constants est souvent difficile en raison d'un personnel paramédical limité la journée et absent la nuit.

L'URSG permet alors d'assurer une permanence des soins.

Cette unité s'adresse donc aux sujets âgés vivant en institution, dont le diagnostic de la pathologie est posé par le médecin à l'EHPAD (médecin traitant, médecin coordonnateur, SOS médecin...), qui ne nécessite pas de bilan ou d'explorations complémentaires, et dont la prise en charge est impossible en EHPAD (nécessité d'une surveillance rapprochée, prescription de perfusions intraveineuses...).

La programmation d'une entrée directe au sein de l'unité évite le passage aux urgences et l'attente d'une place dans un service adapté à la pathologie ayant motivé l'hospitalisation. De plus il peut arriver qu'en l'absence de place adaptée, le patient soit hébergé dans un service inadapté ce qui pourra être délétère pour sa prise en charge.

L'URSG propose l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, une expertise gériatrique et une continuité des soins médicaux et paramédicaux. La prise en charge se fait en lien avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur.

Cette structure participe à la préservation de l'autonomie du résident tout en soulageant les équipes d'EHPAD d'une charge en soins qu'elles n'ont pas les moyens d'assurer (17).

Les hospitalisations en URSG ont lieu du lundi au vendredi. Il n'y a ni entrée le week-end, ni les jours fériés. La décision d'hospitalisation est médicale.

Si le patient vient directement d'EHPAD, la validation de l'hospitalisation est faite suite à un entretien téléphonique entre le médecin de l'URSG et le médecin adressant le patient, ou par l'envoi d'une demande spécifique par fax. (Annexe 1)

Si la demande est en adéquation avec les critères d'admission en URSG, la feuille spécifique à l'URSG est remplie par le médecin traitant ou le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Elle est faxée dans le service et contresignée par le médecin de l'URSG pour validation de la prise en charge. La date et l'heure d'hospitalisation sont précisées sur la feuille.

Si la demande est uniquement faxée, le médecin demandeur est contacté par téléphone pour permettre la validation de l'hospitalisation.

Si le patient est passé par les urgences, il est adressé par le gériatre présent au SAU (MUPA). La validation se fait après entretien téléphonique entre le gériatre des urgences et le gériatre de l'URSG.

Une fois validé par le médecin de l'URSG, le fax est renvoyé à la structure d'hébergement servant ainsi de bulletin d'admission.

L'EHPAD s'engage sur ce document à réadmettre le résident une fois l'épisode aigu réglé.

Si la demande est refusée, les arguments sont toujours expliqués au médecin demandeur et il lui est proposé une orientation vers un autre secteur de la filière gériatrique pour une prise en charge plus adaptée à la pathologie du sujet âgé.

En cas d'absence de place en URSG le jour de la demande, il est systématiquement proposé une autre prise en charge au sein de la filière gériatrique où une solution est trouvée pour héberger le patient et lui assurer les soins nécessaires, en attendant une place le lendemain en URSG.

La fiche spécifique précise :

- Les antécédents du patient
- Le traitement
- Le diagnostic motivant la demande

Il n'est pas nécessaire pour le médecin qui adresse le patient de rédiger un courrier médical. Le patient se présentera également avec le dossier de liaison d'urgence édité par l'EHPAD (5).



II Article original

II.1 Introduction

« La filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique. Une filière propose les dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé prenant en compte le caractère évolutif et non toujours prévisible de ses besoins de santé. » (18)

Le Plan solidarité grand âge 2007-2012 était destiné à permettre l'adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes âgées à l'évolution démographique en assurant une continuité de la prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé. Le système hospitalier doit pouvoir faire face, non seulement à l'accroissement du nombre de personnes âgées, mais aussi répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, souvent polypathologiques et fragiles. L'objectif est de prévenir la perte d'autonomie. Pour assurer un parcours de soins sans perte de chance et réduire le risque d'installation ou d'aggravation d'une dépendance, il est essentiel de proposer une offre de soins adaptés (18),(19).

Les patients d'EHPAD sont souvent des patients fragiles ou dépendants et le passage par un service d'accueil d'urgence peut favoriser le déclin fonctionnel et cognitif de cette population (5). En effet l'avancée en âge s'accompagne souvent de l'apparition d'un nombre croissant de comorbidités. Lors d'un épisode aigu, ces nombreuses comorbidités peuvent rendre la prise en charge des patients âgés plus lourde et plus difficile en EHPAD.

Le manque de personnel paramédical en EHPAD 24h/24 et notamment l'absence d'infirmière la nuit, conduit souvent au transfert du patient aux urgences lorsque son état nécessite une surveillance ou une prise en charge continue (20).

De plus, des études ont mis en évidence les notions d'hospitalisation inappropriée, d'hospitalisation appropriée potentiellement évitable et d'hospitalisation appropriée inévitable (16). Certains passages aux urgences pourraient être évités puisque la prise en charge des patients d'EHPAD dont le diagnostic est déjà fait ne nécessite pas toujours le plateau technique des urgences.

Une étude a démontré l'intérêt de privilégier l'admission directe dans un service de gériatrie aigu pour les patients de plus de 75 ans (21). Cela nécessite une bonne collaboration ville-hôpital, afin d'optimiser le parcours de soins.

Le médecin traitant a un rôle essentiel dans l'organisation du parcours de soins du patient âgé. En règle générale c'est lui qui adresse le patient à l'hôpital (22).

L'URSG est un des moyens existant sur le CHU de Limoges, d'éviter le passage par les urgences en proposant une prise en charge personnalisée du patient dans un service hospitalier adapté.

Depuis 3 ans, on observe une diminution du nombre d'admissions directes dans l'unité d'URSG au profit d'une augmentation du nombre d'admissions via les urgences.

Cela nous a amené à nous interroger sur les critères qui peuvent influencer cette diminution des admissions directes.

Dans cette étude, nous nous attacherons à décrire le profil des patients âgés admis en URSG en fonction de leur mode d'admission selon différents critères. Puis nous comparerons les deux groupes afin de savoir s'il existe une différence entre eux justifiant un mode d'admission plutôt qu'un autre.

Dans un second temps nous évaluerons d'autres paramètres de l'hospitalisation comme la durée moyenne de séjour, le taux de mortalité et le statut nutritionnel des deux groupes.

II.2 Matériel et Méthodes

II.2.1 Schéma de l'étude

Nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective descriptive des résidents institutionnalisés admis à l'URSG selon leur mode d'entrée dans l'unité : admission directe versus passage par les urgences.

L'étude porte sur les patients présents en URSG du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016. Nous avons choisi de la réaliser sur un an afin de limiter le biais de sélection lié à la saisonnalité (canicule, épidémie...) et d'obtenir un nombre suffisant de dossiers pour réaliser une étude cohérente.

II.2.2 Cadre de l'étude

Cette étude a été réalisée à l'URSG du CHU de Limoges qui est une unité du service de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique (SSRG) de l'hôpital Jean Rebeyrol.

L'étude a donc été réalisée en Haute-Vienne.

On peut distinguer 2 populations :

- Les patients venant d'EHPAD ou de Foyers-Logements appartenant à Limoges Métropole
- Les patients venant de l'extérieur de Limoges Métropole

Limoges Métropole est une communauté d'agglomération constituée de 20 communes, qu'elles soient urbaines, péri-urbaines ou rurales. De par son implantation géographique, sa vitalité démographique, culturelle, économique et l'étrange forme de son périmètre, Limoges Métropole s'apparente au cœur du Limousin. (Annexe 2)

La communauté d'agglomération Limoges Métropole est un établissement public de coopération intercommunale qui rassemble 208 705 habitants, soit près de la moitié de la population de la Haute-Vienne.

Les communes membres sont : Aureil, Boisseuil, Bonnac-la-Côte, Condat-sur-Vienne, Couzeix, Eyjeaux, Feytiat, Isle, Le Palais-sur-Vienne, Le Vigen, Limoges, Panazol, Peyrihac, Rilhac-Rancon, Saint-Gence, Saint-Just-le-Martel, Solognac, Verneuil-sur-Vienne, Veyrac.

II.2.3 Population étudiée

Ont été inclus dans l'étude les patients présents en URSG du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016. Il s'agissait donc de patients résidant dans un EHPAD ou un foyer logement de la Haute-Vienne. Tous les patients d'URSG ont donc été inclus.

II.2.4 Variables étudiées

Les variables recueillies étaient :

- Le mode d'admission
- Les données sociodémographiques : âge, sexe, lieu de vie
- Le motif d'hospitalisation
- Le diagnostic de sortie
- Le nombre de comorbidités
- Le nombre et le type de traitement médicamenteux à l'entrée
- Le nombre et le type de traitement médicamenteux à la sortie
- L'état nutritionnel en exploitant l'indice de masse corporel (IMC) et l'albuminémie
- La durée moyenne de séjour (DMS)
- Le devenir à la sortie d'URSG (retour à l'EHPAD ou au Foyer-Logement d'origine, réorientation aux urgences ou en MCO, décès)
- Le nombre de réadmissions en URSG durant l'année
- La durée de passage aux urgences
- L'horaire d'arrivée aux urgences

II.2.5 Critères de jugement

Dans cette étude nous analysons deux types de variables :

- Des variables quantitatives pour lesquelles nous utiliserons des moyennes et des écart-types
- Des variables qualitatives pour lesquelles nous utiliserons des proportions (pourcentage)

II.2.6 Recueil des données

Le recueil des données s'est fait de manière rétrospective par étude des dossiers informatiques des patients inclus dans l'étude. (Logiciel Crossway)

II.2.7 Analyse statistique

Les moyennes et les écart-types ont été calculés à l'aide du logiciel Excel ©.

L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel de statistique R. L'analyse des données qualitatives a été réalisée grâce à un test exact de Fisher.

Les comparaisons de moyennes ont été réalisées grâce au test t de Student à variance inégale.

II.3 Résultats

II.3.1 Résultats descriptifs

77 patients ont été pris en charge en URSG en 2016 et donc inclus dans l'étude. Aucun patient n'a été exclu. La figure 1 ci-après décrit la population étudiée en fonction de leur mode d'admission.

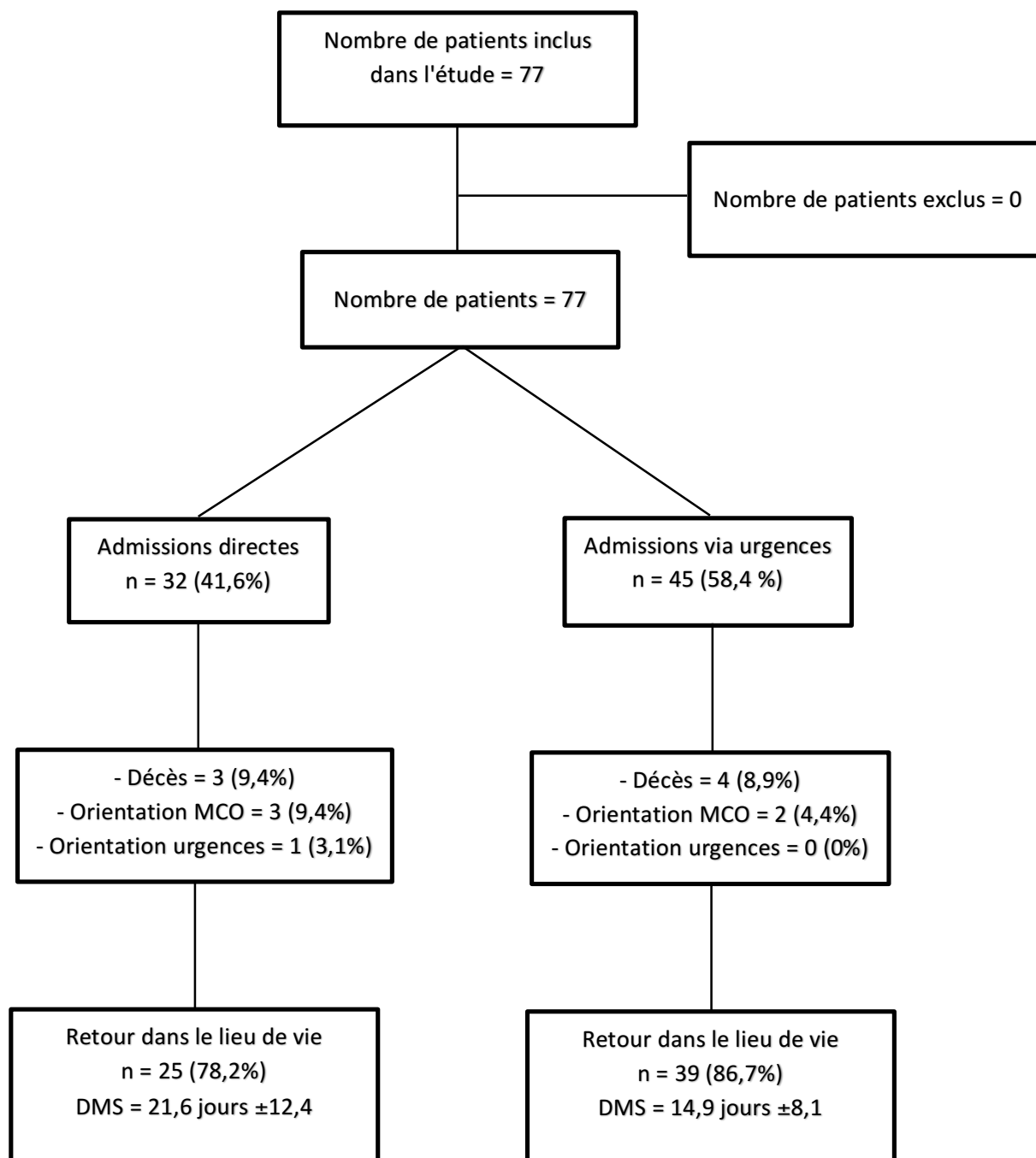


Figure 1 Diagramme de flux en fonction du mode d'admission : admission directe versus passage par les urgences

Quarante cinq patients (58,4%) sont entrés dans le service via les urgences et 32 patients (41,6%) ont bénéficié d'une entrée directe en URSG. L'effectif des deux groupes n'est pas significativement différent avec une p-value de 0,42.

La durée moyenne de séjour de la population globale de notre étude est de 17,7 jours.

Concernant le devenir des patients :

- 7 (9,1%) décès
- 5 (6,5%) orientation en MCO

- 1 (1,3%) orientation aux urgences
- 64 (83,1 %) patients ont regagné leur lieu de vie d'origine.

Concernant les horaires d'arrivée des patients entrés par les urgences : 13 (28,9%) sont arrivés le matin entre 8h et 12h, 12 (26,7%) l'après-midi entre 12h et 20h et 20 (44,4%) le soir ou la nuit entre 20h et 8h (Figure 2).

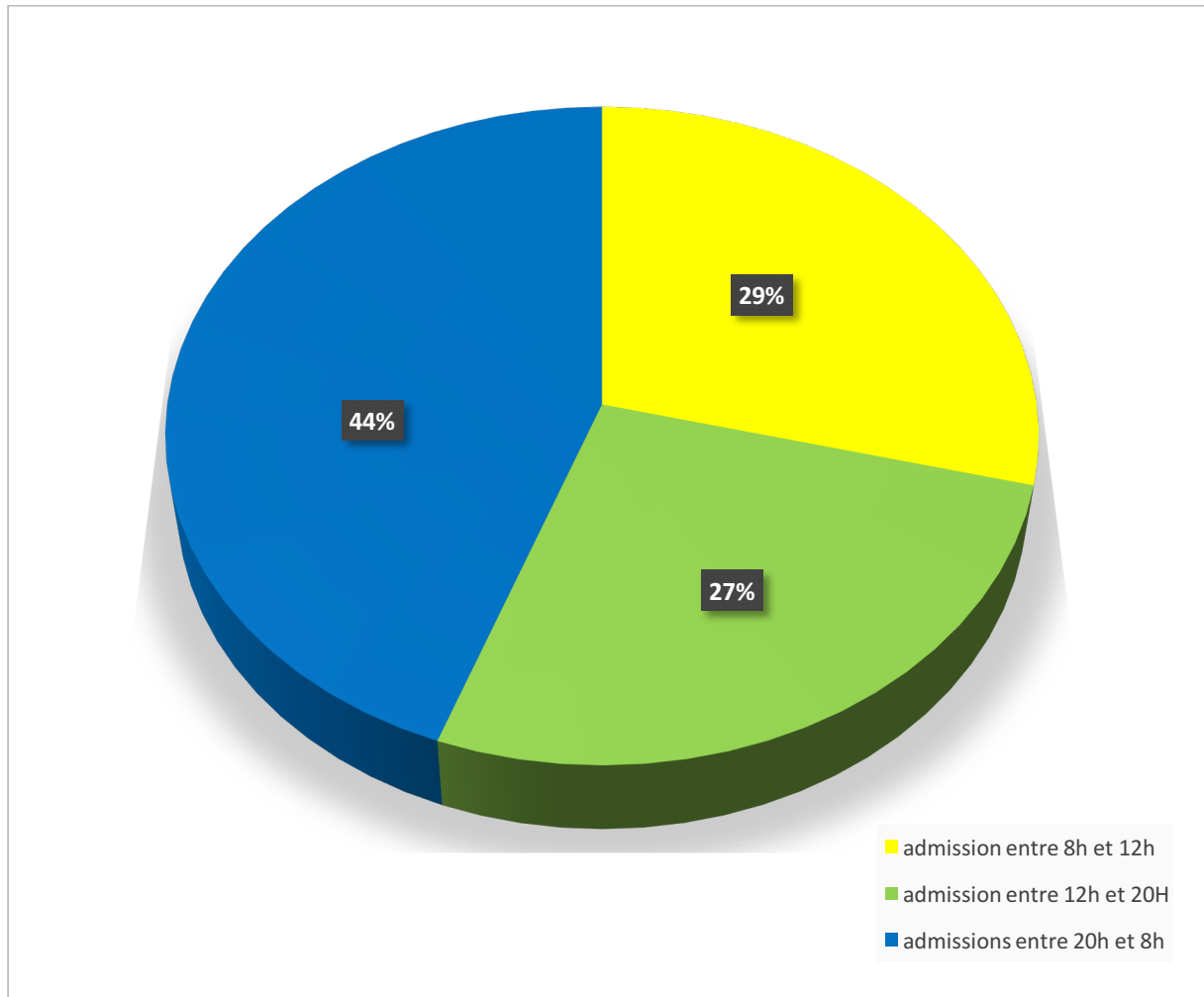


Figure 2 : Diagramme de répartition du nombre de patients en fonction de l'heure d'arrivée aux urgences

Concernant les patients ayant bénéficié d'une entrée directe, l'admission s'est toujours faite en début d'après-midi, puisque la majorité des sorties du service se fait à ce moment-là, laissant une place disponible à partir de 14h environ.

Le tableau 1 ci-après, décrit les caractéristiques des patients de la population étudiée et permet de comparer les 2 groupes selon leur mode d'admission.

Tableau 1 :Description des caractéristiques de la population étudiée

Caractéristiques	Population étude : 77 patients n(%)	Groupe 1 : Entrée par urgences : 45 (58,4)	Groupe 2 : Entrée directe URSG : 32 (41,6)	p- value	Odds Ratio (OR)	intervalle de confiance à 95%
<u>Age</u> (moyenne +/- ET), années	88,9 +/- 5,79	89,4 +/- 5,76	88,3 +/- 5,88	0,4229	-	-
<u>Sexe féminin</u>	63 (81,8)	37 (82,2)	26 (81,3)	1	0,99	0,48;2,05
<u>Lieu de résidence</u>						
Limoges métropole	57 (74,0)	30 (66,7)	27 (84,4)	0,5979	1,26	[0,60;2,67]
Extérieurs Limoges métropole	20 (26,0)	15 (33,3)	5 (15,6)	0,2052	0,47	[0,12;1,54]
<u>Motif d'hospitalisation</u>						
Toux/Désaturation/Dyspnée	21 (27,3)	18 (40,0)	3 (9,4)	0,0223	0,24	[0,04;0,91]
Déshydratation	8 (10,4)	3 (6,7)	5 (15,6)	0,2866	2,32	[0,42;16,02]
Décompensation cardiaque	4 (5,2)	3 (6,7)	1 (3,1)	0,6420	0,47	[0,01;6,20]
Syndrome infectieux	11 (14,3)	6 (13,3)	5 (15,6)	1,0000	1,17	[0,26;5,05]
Chute	3 (3,9)	2 (4,4)	1 (3,1)	1,0000	0,71	[0,01;14,11]
AEG	4 (5,2)	1 (2,2)	3 (9,4)	0,3105	4,15	[0,32;225,99]
Troubles neurologiques	10 (13,0)	10 (22,2)	0 (0,0)	0,0116	-	-
Rééducation	10 (13,0)	0 (0,00)	10 (31,3)	0,0003	-	-
PEC Plaie/Surveillance	4 (5,2)	0 (0,00)	4 (12,5)	0,0354	-	-
Troubles digestifs	2 (2,6)	2 (4,4)	0 (0,0)	0,5118	-	-
<u>Diagnostic de sortie URSG</u>						
Pneumopathie	16 (20,8)	15 (33,3)	1 (3,1)	0,0082	0,10	[0,00;0,68]
Bronchite exacerbation BPCO	6 (7,8)	3 (6,7)	3 (9,4)	0,6932	1,40	[0,18;11,14]
Décompensation cardiaque	5 (6,5)	5 (11,1)	0 (0,0)	0,1509	-	-
Iatrogénie	3 (3,9)	2 (4,4)	1 (3,1)	1,0000	0,71	[0,01;14,11]
Trouble neurologique	11 (14,3)	7 (15,6)	4 (12,5)	1,0000	0,81	[0,16;3,49]
Déshydratation	4 (5,2)	3 (6,7)	1 (3,1)	0,642	0,47	[0,01;6,20]
Pathologie urinaire	10 (13,0)	5 (11,1)	5 (15,6)	0,7376	1,40	[0,30;6,64]
Rééducation / Orthopédie	7 (9,1)	0 (0,0)	7 (21,9)	0,0033	-	-
Pathologie psychiatrique	4 (5,2)	1 (2,2)	3 (9,4)	0,3105	4,15	[0,32;225,99]
Pathologie digestive	4 (5,2)	2 (4,4)	2 (6,3)	1,0000	1,40	[0,10;20,26]
AEG	2 (2,6)	2 (4,4)	0 (0,0)	0,5118	-	-
Syndrome infectieux autre	3 (3,9)	0 (0,0)	3 (9,4)	0,0796	-	-
Anémie	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (3,1)	0,423	-	-
Plaie	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (3,1)	0,423	-	-
<u>Nombre de comorbidités par patient (Moyenne +/-ET)</u>						
Insuffisance respiratoire chronique	1,70 +/- 0,96	1,76 +/- 1,00	1,63 +/- 0,91	0,5534	-	-
chronique	6 (7,8)	5 (11,1)	1 (3,1)	0,3945	0,28	[0,01;2,72]

Insuffisance rénale chronique	15 (19,5)	8 (17,8)	7 (21,9)	0,7793	1,23	[0,34;4,32]
Insuffisance cardiaque	29 (37,7)	21 (46,7)	8 (25,0)	0,2612	0,54	[0,18;1,47]
Troubles cognitifs et démences	53 (68,8)	29 (64,4)	24 (75,0)	0,7204	1,16	[0,54;2,50]
Chutes à répétition	5 (6,5)	3 (6,7)	2 (6,3)	1,0000	0,94	[0,07;8,69]
Diabète	21 (27,3)	13 (28,9)	8 (25,0)	0,8081	0,87	[0,28;2,57]

La population féminine représente 81,8 % des entrées.

L'âge moyen de la population de l'étude était de 88,9 ± 5,79 ans.

Concernant le lieu de résidence les patients viennent en grande majorité (74%) de la communauté d'agglomération Limoges Métropole.

Les principaux motifs d'hospitalisation en URSG en 2016 sont par ordre décroissant de fréquence :

- Troubles respiratoires (toux, dyspnée, désaturation) pour 21 (27,3%) patients
- Syndrome infectieux pour 11 (14,3%) patients
- Troubles neurologiques pour 10 (13%) patients
- Prise en charge rééducative pour 10 (13%) patients
- Déshydratation pour 8 (10,4%) patients
- Décompensation cardiaque pour 4 (5,2%) patients
- Altération de l'état général pour 4 (5,2%) patients
- Prise en charge de plaie et surveillance pour 4 (5,2%) patients
- Chute pour 3 (3,9%) patients
- Troubles digestifs pour 2 (2,6%) patients

Si l'on regroupe les patients venant pour chute (3,9%) et pour prise en charge rééducative (13%), on atteint 16,9%.

Les principaux diagnostics de sortie d'URSG sont :

- Pneumopathie pour 16 (20,8%) patients
- Exacerbation de bronchite chronique obstructive pour 6 (7,8%) patients
- Décompensation cardiaque pour 5 (6,5%) patients
- Pathologie neurologique (AVCi, épilepsie, maladie de Parkinson, AIT) pour 11 (14,3%) patients
- Pathologie urinaire (infection urinaire, pyélonéphrite, hématurie) pour 10 (13%) patients
- Pathologie orthopédique et rééducation pour 7 (9,1%) patients
- Pathologies diverses (AEG, anémie, prise en charge de plaie, pathologie infectieuse autre) pour 7 (9,1%) patients
- Pathologie digestive pour 4 (5,2%) patients
- Déshydratation pour 4 (5,2%) patients
- Pathologie psychiatrique pour 4 (5,2%) patients
- Iatrogénie pour 3 (3,9%) patients

Il est important de définir le terme de comorbidités. « C'est la coexistence de situations fréquentes en gériatrie et/ou de pathologies chroniques en référence à une maladie index. La

comorbidité vise à décrire l'ensemble des pathologies qui impacte la prise en charge d'une pathologie en y intégrant les différents aspects de l'évaluation gériatrique standardisée. »(23) Les différentes comorbidités du patient auront un impact non négligeable sur sa situation clinique.

La moyenne du nombre de comorbidités dans notre population est de $1,70 \pm 0,96$.

Les principales comorbidités retrouvées dans notre étude sont :

- Troubles cognitifs et démence pour 53 (68,8%) patients
- Insuffisance cardiaque pour 29 (37,7%) patients
- Diabète pour 21 (27,3%) patients
- Insuffisance rénale chronique pour 15 (19,5%) patients
- Insuffisance respiratoire chronique pour 6 (7,8%) patients
- Chutes à répétition pour 5 (6,5%) patients

Durant l'année 2016, 2 patientes ont été admises à plusieurs reprises en URSG. L'une d'elle a bénéficié de 4 hospitalisations en URSG (3 entrées par les urgences et 1 entrée directe). L'autre patiente a été hospitalisée 2 fois dans l'unité, en entrant à chaque fois par les urgences.

La durée de passage aux urgences : 15,5% des patients sont restés entre 2h et 6h aux urgences, 28,9% entre 6h et 12h, 26,7% entre 12h et 18h, 6,7% entre 18h et 24h et 22,2 % plus de 24h. La Figure 3 ci-dessous met en évidence l'hétérogénéité du temps de passage aux urgences avec une variation trimodale.

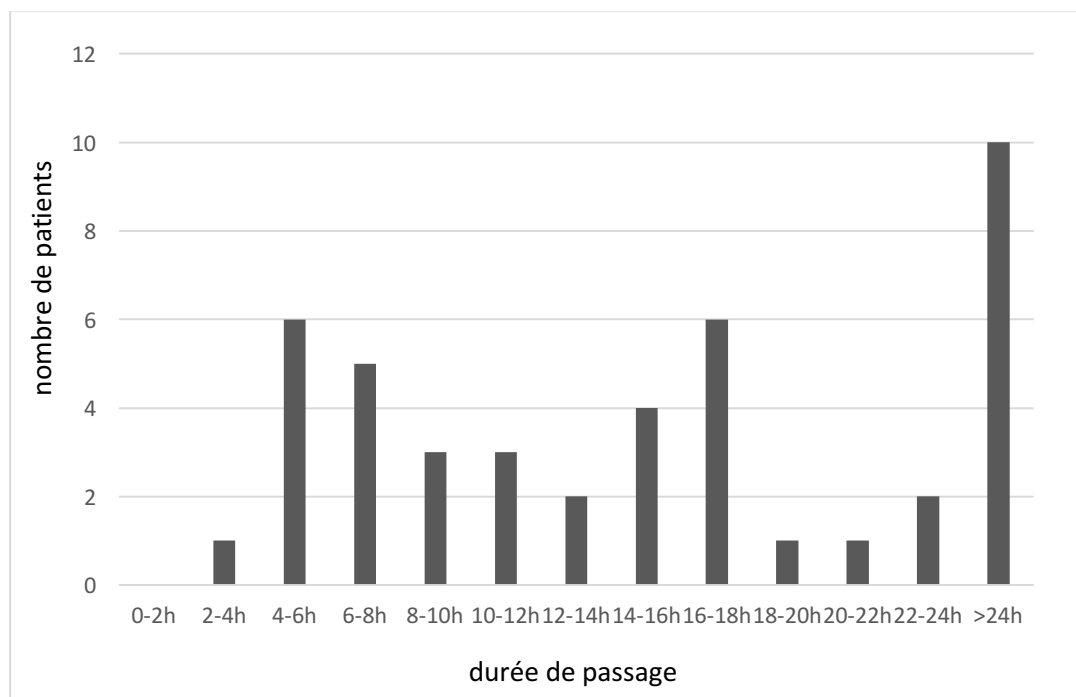


Figure 3 : Temps de passage aux urgences

Nous avons évalué l'état nutritionnel des patients en dosant l'albuminémie qui fait partie du bilan biologique d'entrée en gériatrie. Elle est dosée 3 à 5 jours après l'entrée dans le service. L'évaluation nutritionnelle des patients inclus dans l'étude a été retrouvée dans 65 dossiers sur 77.

Nous pouvons constater que :

- 27 (41,5%) patients ont une Albumine supérieure à 35 g/L, ils sont donc considérés comme ayant un état nutritionnel correct.
- 14 (21,6%) patients ont une Albumine comprise entre 30 g/L et 35g/L et présentent donc une dénutrition modérée
- 27 (36,9%) patients ont une Albumine inférieure à 30 g/L et présentent donc une dénutrition sévère.

Au total, 58,5% de notre population est dénutrie. (Tableau 4)

Le tableau 2 ci-après a permis de comparer le nombre et le type de traitements dans notre population, puis en fonction de chaque groupe.

Dans notre étude, le nombre moyen de traitement par patient à l'entrée en URSG est de $9,1 \pm 3,4$.

Par ordre de fréquence, différentes classes thérapeutiques sont retrouvées majoritairement dans notre population :

- Antidépresseurs chez 57 (74%) patients
- Laxatifs chez 38 (49,4%) patients
- Antalgiques palier 1 chez 37 (48,1%) patients
- Neuroleptiques chez 32 (41,6%) patients
- Diurétiques chez 28 (36,4%) patients
- Antiagrégants chez 24 (31,2%) patients
- Benzodiazépines chez 24 (31,2%) patients
- Anticoagulants chez 21 (27,3%) des patients
- Anticholinestérasiques chez 15 (19,5%) patients
- Hypnotiques chez 12 (15,6%) patients
- Antalgiques palier 2 chez 12 (15,6%) patients
- Morphiniques chez 4 (5,2%) patients

Concernant les traitements de sortie, le nombre de médicaments est en moyenne de $9,7 \pm 3,3$



Tableau 2 : Nombre et type de traitements de notre population

Caractéristiques	Population étude : 77 patients n(%)	Groupe 1 : Entrée par urgences : 45 (58,4%)	Groupe 2 : Entrée directe URSG : 32 (41,6%)	p-value	Odds Ratio (OR)	intervalle de confiance
<u>Nb de traitement d'entrée/patient</u>	9,1 +/- 3,4	9,0 +/- 3,2	9,4 +/- 3,8	0,5835	-	-
Antalgiques palier 1	37 (48,1)	22 (48,9)	15 (46,9)	1,0000	0,96	[0,39;2,28]
Antalgiques palier 2	12 (15,6)	6 (13,3)	6 (18,8)	0,7551	1,40	[0,34;5,77]
Morphiniques	4 (5,2)	1 (2,2)	3 (9,4)	0,3105	4,15	0,32;225,99]
Antiagrégants	24 (31,2)	15 (33,3)	9 (28,1)	0,8141	0,85	[0,29;2,37]
Anticoagulants	21 (27,3)	9 (20,0)	12 (37,5)	0,2249	1,86	[0,63;5,66]
Diurétiques	28 (36,4)	18 (40,0)	10 (31,3)	0,6566	0,78	[0,28;2,07]
Neuroleptiques	32 (41,6)	15 (33,3)	17 (53,1)	0,2963	1,59	[0,64;3,97]
Benzodiazépines	24 (31,2)	17 (37,8)	7 (21,9)	0,3410	0,58	[0,18;1,69]
Laxatifs	38 (49,4)	23 (51,1)	15 (46,9)	1,0000	0,92	[0,38;2,17]
Anticholinestérasiques	15 (19,5)	8 (17,8)	7 (21,9)	0,7793	1,23	[0,34;4,32]
Antidépresseurs	57 (74,0)	28 (62,2)	29 (90,6)	0,2983	1,45	[0,69;3,07]
Somnifères	12 (15,6)	6 (13,3)	6 (18,8)	0,7551	1,40	[0,34;7,77]
<u>Nb de traitement de sortie/patient*</u>	9,7 +/- 3,3 ^a	9,4 +/- 3,0 ^b	10,2 +/- 3,7 ^c	0,3725	-	-
Antalgiques palier 1	44 (62,9)	27 (65,8)	17 (58,6)	0,8455	0,89	[0,38;2,06]
Antalgiques palier 2	8 (11,4)	3 (7,3)	5 (17,2)	0,2854	2,33	[0,42;16,20]
Morphiniques	5 (7,1)	1 (2,4)	4 (13,8)	0,1626	5,53	[0,51;284,69]
Antiagrégants	23 (32,9)	14 (34,1)	9 (31,0)	1,0000	0,91	[0,30;2,62]
anticoagulant	16 (22,9)	7 (17,1)	9 (31,0)	0,4033	1,80	[0,53;6,42]
Diurétiques	22 (31,4)	15 (36,6)	7 (24,1)	0,4636	0,66	[0,20;2,00]
Neuroleptiques	23 (32,9)	11 (26,8)	12 (41,4)	0,4689	1,54	[0,54;4,44]
Benzodiazépines	19 (27,1)	11 (26,8)	8 (27,6)	1,0000	1,03	[0,32;3,22]
Laxatifs	48 (68,6)	27 (65,8)	21 (72,4)	0,8508	1,10	[0,49;2,46]
Anticholinestérasiques	11 (15,7)	6 (14,6)	5 (17,2)	1,0000	1,18	[0,26;5,13]
Antidépresseurs	41 (58,6)	21 (51,2)	20 (68,9)	0,5529	1,34	[0,58;3,14]
Somnifères	12 (17,1)	5 (12,2)	7 (24,1)	0,3507	1,96	[0,48;8,67]

* : nombre de patients inclus – nombre de décès

^a : nombre de patients = 77-7 = 70

^b : nombre de patients = 45-4 = 41

^c : nombre de patients = 32-3 = 29

On observe qu'il n'y a pas de différence significative entre les traitements d'entrée et les traitements de sortie, que ce soit concernant le nombre moyen de médicaments ou la répartition selon les classes thérapeutiques (tableau 3 ci-après)

Tableau 3 : Comparaison traitements d'entrée et de sortie

	Traitements d'entrée	Traitements de sortie	p-value
<u>Nb de traitements d'entrée/patient</u>	9,1 +/- 3,4	9,7 +/- 3,3	0,29
Antalgiques palier 1	37 (48,1)	44 (62,9)	0,41
Antalgiques palier 2	12 (15,6)	8 (11,4)	0,63
Morphiniques	4 (5,2)	5 (7,1)	0,74
Antiagrégants	24 (31,2)	23 (32,9)	1,00
Anticoagulants	21 (27,3)	16 (22,9)	0,71
Diurétiques	28 (36,4)	22 (31,4)	0,74
Neuroleptiques	32 (41,6)	23 (32,9)	0,53
Benzodiazépines	24 (31,2)	19 (27,1)	0,73
Laxatifs	38 (49,4)	48 (68,6)	0,28
Anticholinestérasiques	15 (19,5)	11 (15,7)	0,67
Antidépresseurs	57 (74,0)	41 (58,6)	0,43
Somnifères	12 (15,6)	12 (17,1)	0,83

II.3.2 Résultats comparatifs

Nous nous attacherons dans ce chapitre à comparer les deux groupes pour déterminer si une différence de profil des patients peut influencer sur leur mode d'admission en URSG.

Nous accepterons de manière empirique qu'une différence est significative lorsque la p-value est inférieure ou égale à 0,05. (Tableau 1)

Il n'existe pas de différence significative entre l'âge des patients entrés par les urgences et l'âge des patients entrés directement en URSG ($p=0,42$).

Concernant le sexe des patients, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes, avec une prédominance nette des femmes ($p=1$).

Les données numériques concernant le lieu de résidence des patients semblaient mettre en évidence une part plus importante d'entrées directes lorsqu'ils venaient de Limoges-Métropole. A l'inverse il semblait y avoir plus d'entrées par les urgences lorsqu'ils venaient de l'extérieur de Limoges-Métropole. Ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

Concernant le devenir des patients, dans le groupe de patients entrés par les urgences :

- 4 (8,9%) patients sont décédés
- 2 (4,4%) patients ont été réorientés dans un service MCO
- Aucun patient n'a été réorienté aux urgences.

Dans le groupe de patients entrés directement en URSG :

- 3 (9,4%) patients sont décédés
- 3 (9,4%) patients ont été réorientés dans un service MCO
- 1 (3,1%) patient a été orienté secondairement aux urgences

Au total, dans le groupe passé par les urgences 39 (86,7%) patients sont rentrés dans leur lieu de vie en fin d'hospitalisation contre 25 (78,2%) dans le groupe « entrée directe ». Il n'y a

pas de différence significative concernant le devenir entre les deux groupes ($p=0,86$). (Figure 1)

La durée moyenne de séjour est de 21,6 jours \pm 12,4 pour le groupe « entrée directe » et de 14,9 jours \pm 8,1 pour le groupe « urgences ». On observe donc une différence significative de DMS entre les deux groupes ($p=0,01$). Les patients entrés directement en URSG sont hospitalisés plus longtemps que ceux entrés par les urgences.

On observe certaines différences concernant les motifs d'hospitalisation entre les deux groupes (Tableau 1)

- Les patients adressés pour dyspnée ou désaturation ($p=0,02$) et les patients adressés pour troubles neurologiques ($p=0,01$) sont hospitalisés majoritairement par les urgences
- L'hospitalisation pour prise en charge rééducative se fait en entrée directe en URSG ($p = 0,0003$)
- Les patients adressés pour prise en charge de plaie ou surveillance font essentiellement partie du groupe « entrée directe » ($p=0,03$)

Concernant les diagnostics de sortie on observe des différences significatives entre les deux groupes pour deux pathologies :

- Les patients hospitalisés pour pneumopathie entrent essentiellement par les urgences ($p=0,008$)
- Les patients hospitalisés pour des pathologies orthopédiques ou de la rééducation entrent le plus souvent directement dans l'unité ($p=0,003$)

Les deux groupes ne présentent pas de différence significative pour les autres diagnostics de sortie.

Concernant les comorbidités, nous pouvons constater que les populations des deux groupes sont homogènes et ne présentent pas de différence significative. La différence du nombre de comorbidités dans les deux groupes n'est pas significative avec une p-value à 0,55. La répartition des différentes comorbidités est semblable dans les deux groupes. (Tableau 1)

Concernant les traitements d'entrée ou de sortie il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes. Il existe une poly médication dans les deux groupes. La différence de répartition des traitements selon leur classe thérapeutique dans les deux groupes n'est pas statistiquement significative. (Tableau 2)

L'état nutritionnel d'un patient est souvent prédictif de sa capacité de récupération suite à la survenue d'une pathologie aiguë. Il est donc important de savoir si les deux groupes sont statistiquement différents concernant cette donnée.

Sur le plan nutritionnel les populations des deux groupes ne présentent pas de différence statistiquement significative, que l'on compare l'albuminémie des patients ou leur IMC. (Tableau 4 ci-après)

Tableau 4 : Etat nutritionnel en fonction de l'Albumine ou de l'IMC

	Population étude n (%)	Groupe 1 entrée par urgences	Groupe 2 : entrée directe	p-value
Albumine <30	24 (36,9)	13 (33,3)	11 (42,3)	0,6361
Albumine <35	14 (21,6)	9 (23,1)	5 (19,2)	1,000
Albumine >35	27 (41,5)	17 (43,6)	10 (38,5)	0,8193
IMC <18	5 (8,8)	4 (10,8)	1 (5)	0,6540
IMC <21	9 (15,8)	4 (10,8)	5 (25)	0,2822
IMC >21	43 (75,4)	29 (78,4)	14 (70,0)	0,8337

En revanche, l'histogramme ci-dessous révèle la disparité de discrimination entre les critères IMC ou Albumine pour décrire l'état nutritionnel des patients.

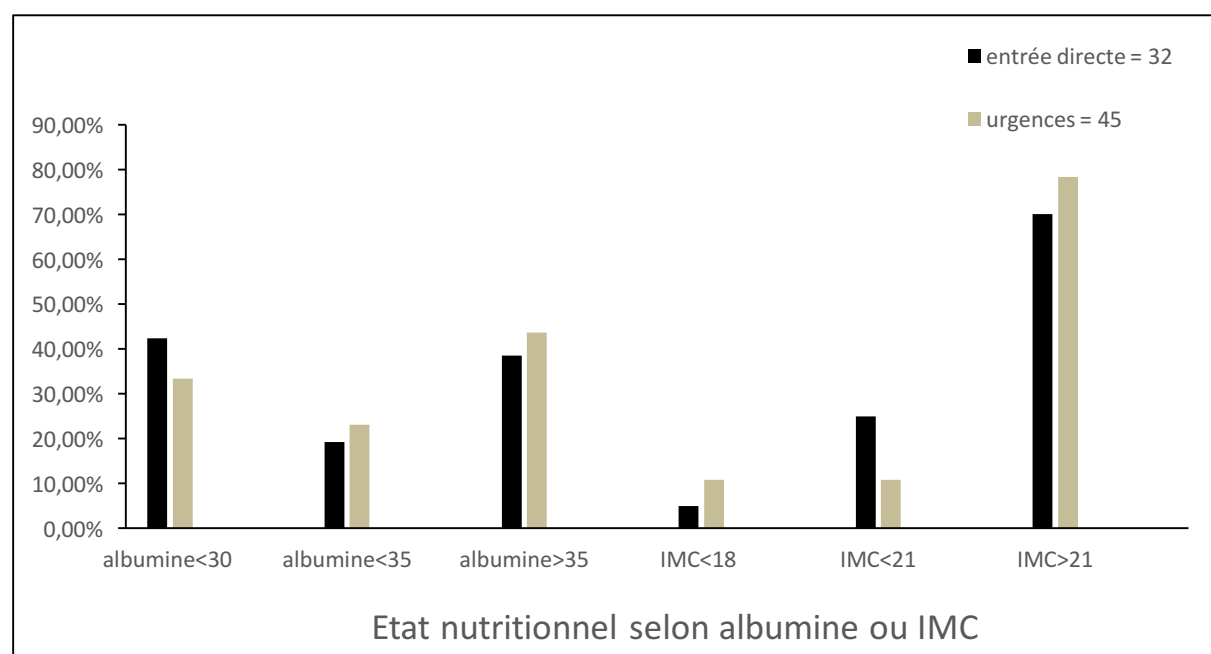


Figure 4 : Histogramme de l'état nutritionnel de la population étudiée

Ainsi selon le critère retenu (IMC ou Albumine), le taux de dénutrition dans notre population globale est représenté dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Diagnostic de dénutrition selon l'IMC ou l'albuminémie

	IMC n=57	Albumine n= 65	p
pas de dénutrition	43 (75,4)	27 (41,5)	0,05
dénutrition modérée	9 (15,8)	14 (21,6)	0,65
dénutrition sévère	5 (8,8)	24 (36,9)	0,003

II.4 Discussion

II.4.1 Principaux résultats

Le premier constat que l'on peut faire est que le nombre de patients entrés par les urgences (58,4%) est plus important que celui des patients entrés directement en URSG (41,6%). Cependant il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes.

Dans un second temps on constate que ce qui semble influencer sur le choix du mode d'admission est la gravité perçue par le médecin adresseur. En effet, la proportion de certains motifs d'hospitalisation diffère entre les deux groupes. Cela laisse supposer que les patients présentant un état de santé jugé plus précaire entrent par les urgences.

Sur le plan sociodémographique il n'y a pas de différence significative entre nos deux groupes qui puisse expliquer le choix d'une admission par les urgences plutôt qu'une entrée directe en URSG. Que ce soit concernant l'âge ou le sexe, les deux groupes ne sont pas statistiquement différents.

Concernant la provenance des patients, les chiffres semblaient souligner le fait que plus l'EHPAD se trouvait à distance de Limoges (qui plus est hors Limoges-Métropole), plus l'accès à l'URSG par les urgences était favorisé. Notre étude n'a pas permis de confirmer cette tendance.

Les deux groupes ne présentent pas de différence significative en terme de comorbidités, de traitement ou de statut nutritionnel.

On peut donc en déduire que ce n'est pas le profil du patient qui détermine son mode d'admission puisque nos deux groupes ne sont pas significativement différents en tous points.

Le motif d'hospitalisation peut être un critère expliquant le choix d'une orientation plutôt que l'autre. En effet nous avons constaté que pour les patients présentant une symptomatologie telle que dyspnée/désaturation ou troubles neurologiques, l'orientation préférentielle était les urgences. Cela peut s'expliquer par le fait que lorsqu'un patient présente ce type de symptômes, une notion d'urgence relative existe.

Il existe un facteur humain non négligeable. En effet les notions d'urgence et de gravité sont relatives à chaque acteur de la prise en charge du patient âgé. C'est la gravité perçue par le médecin adresseur ou par l'équipe soignante qui déterminera en partie le mode d'admission. De plus ces motifs d'hospitalisation induisent souvent la nécessité d'une exploration diagnostique et donc d'un plateau technique disponible rapidement. Des troubles neurologiques peuvent nécessiter un avis spécialisé qui sera obtenu plus rapidement dans un SAU.

De même une dyspnée ou une désaturation peuvent tout à fait être prises en charge directement en URSG, cependant en fonction de l'intensité de celles-ci, le médecin traitant pourra être amené à considérer que la prise en charge la plus rapide possible sera de mise. Il adressera donc son patient au SAU directement pour pallier l'urgence.

Il semble donc que ce qui permet de choisir une orientation plutôt qu'une autre est le motif d'hospitalisation et le diagnostic de sortie. Cependant cette orientation est à l'appréciation du médecin adressant le patient. L'hospitalisation en urgence est décidée par le médecin traitant dans près de la moitié des cas (10).

L'évaluation du critère « gravité perçue » n'est pas standardisée. Ce choix se fait en amont de l'arrivée à l'hôpital, par des intervenants différents qui n'auront pas toujours une même démarche de prise en charge pour des symptômes équivalents.

Ainsi certains passages aux urgences de patients relevant de l'URSG peuvent être considérés comme inappropriés. La pertinence et/ou le rapport bénéfice/risque sont discutables par rapport à des soins qui pourraient être réalisés directement dans l'unité de recours de soins gériatrique.

Au vu du profil particulier du patient âgé, le passage aux urgences peut être à l'origine de complications qui vont se rajouter à la cause ayant initialement motivée l'hospitalisation et potentiellement compliquer la prise en charge.

Nous pouvons également nous poser la question de la facilité d'accès du SAU. En effet en cas d'urgence, le médecin a simplement besoin d'adresser son patient, accompagné d'une lettre. En cas d'orientation en URSG, il devra passer un appel au médecin responsable de l'URSG ou faxer une demande avant de pouvoir adresser son patient. Cette démarche, dans ce contexte d'urgence relative est peut-être perçue par le médecin adresseur comme trop longue ou fastidieuse.

A l'inverse, nous pouvons constater qu'en cas de motifs d'hospitalisation tels que prise en charge rééducative, prise en charge de plaie ou surveillance, le choix préférentiel est l'entrée directe en URSG. Cela peut s'expliquer de la même manière. Dans ce contexte, il n'y a pas de notion d'urgence à court terme, le patient pourra être pris en charge dans les heures qui suivent sans majorer l'anxiété du patient, du personnel soignant ou du médecin. Il semble alors tout à fait acceptable pour l'équipe soignante d'attendre quelques heures avant d'adresser le patient.

L'horaire auquel est adressé le patient est également un critère qui conditionne son mode d'admission. On constate qu'une grande partie des entrées par les urgences se font à des heures où l'entrée directe en URSG n'est pas envisageable puisqu'il n'y a pas d'entrée le soir ou la nuit. (Figure 2)

On note une différence significative entre les deux groupes concernant les diagnostics de sortie avec une prédominance de pneumopathie dans le groupe « urgences » ($p=0,0082$), et une prédominance de pathologies orthopédiques et rééducation dans le groupe « entrée directe » ($p=0,0033$). Nous pouvons l'expliquer de la même manière que pour les motifs d'hospitalisation (Notion d'urgence à court ou moyen terme) (Tableau 1)

Au total, les critères qui semblent influencer sur le mode d'admission sont :

- Le type de symptomatologie et donc le motif d'hospitalisation qui entraîne l'hospitalisation
- La notion de délai de prise en charge semblant « acceptable » dans le cadre des urgences relatives
- L'horaire auquel est adressé le patient.

Nous remarquons dans notre étude que 2 patientes ont été hospitalisées à plusieurs reprises durant l'année dans l'unité d'URSG. Nous aurions pu penser qu'une fois la première hospitalisation faite, et la possibilité d'une hospitalisation directe en service adapté connue, les patientes auraient été adressées directement en URSG afin d'éviter le passage par les

urgences qui, comme nous l'avons évoqué précédemment peut être délétère. Or la première patiente est passée trois fois sur quatre par les urgences et la deuxième 2 fois par les urgences.

En ce qui concerne la première patiente (4 passages en URSG), un des motifs d'hospitalisation était une crise convulsive. Cela peut expliquer aisément la raison du mode d'admission choisi. Concernant les 3 autres hospitalisations, le diagnostic était à chaque fois une pyélonéphrite. Le choix de l'orientation par les urgences ne peut être expliqué ni par son horaire d'admission puisqu'elle a été adressée à chaque fois en journée, ni par la nécessité d'un plateau technique en urgence.

On peut donc s'interroger sur les raisons qui ont poussé le médecin à adresser sa patiente préférentiellement par les urgences plutôt qu'en entrée directe. Est-ce plus simple et plus rapide d'adresser un patient aux urgences ? Persiste-t-il une méconnaissance de la filière gériatrique et notamment de l'URSG chez les médecins généralistes ?

En ce qui concerne la deuxième patiente, elle a été adressée une fois pour décompensation cardiaque et une fois pour pneumopathie. Ces 2 diagnostics peuvent expliquer le choix du mode d'admission par le médecin.

Notre étude a mis en évidence une différence statistiquement significative de la durée moyenne de séjour entre les deux groupes (21,6 jours vs 14,9 jours, $p=0,0102$). On constate que les patients entrés par les urgences sont restés hospitalisés en moyenne une semaine de moins que ceux ayant bénéficié d'une entrée directe. Nous avons constaté que le profil des patients était le même dans les deux groupes, cela ne peut donc pas expliquer cette différence de DMS.

Cette différence peut s'expliquer par plusieurs constats :

- Il existe peut-être un biais de sélection. En effet les patients venant des urgences qui sont adressés en URSG ont déjà été évalués par un gériatre de la MUPA aux urgences. L'orientation en URSG est donc évaluée par un spécialiste. Dans ces conditions, les patients ayant accès à l'URSG répondent à tous les critères d'hospitalisation en URSG : pathologie diagnostiquée ne nécessitant pas de bilan complémentaire. Les patients orientés directement en URSG n'ont pas pu bénéficier de cette évaluation gériatrique préalable et l'orientation n'est parfois pas tout à fait adaptée. Ainsi on observe que dans ce groupe, un patient a été réorienté vers les urgences et deux patients ont été adressés secondairement dans un autre service.
- Les urgences bénéficient d'un plateau technique plus accessible et plus rapide que celui de l'URSG. Cela permet d'adresser à l'URSG des patients dont le bilan a été réalisé en intégralité. En effet, l'exploration diagnostique et l'attente d'exams complémentaires peut allonger la durée moyenne de séjour.
- Filtre des urgences : les patients venant des urgences sont souvent des patients cliniquement plus stables que les patients entrés directement dans le service. En effet, si un patient des urgences présente un état plus critique nécessitant une prise en charge aiguë il sera adressé préférentiellement en médecine gériatrique plutôt qu'en URSG. Cela peut donc également expliquer cette différence de DMS.
- Le diagnostic peut également expliquer cette différence. En effet la prise en charge d'une pathologie orthopédique ou la prise en charge en rééducation seront plus longues que la gestion d'une pneumopathie ou d'une décompensation cardiaque par exemple. De plus même si les chiffres ne sont pas statistiquement significatifs ($p=0,31$), on observe une part plus importante de patients venus pour pathologie psychiatrique.



Ces pathologies nécessitent souvent une prise en charge plus longue du fait de la nécessité parfois, d'avoir un avis spécialisé et de rééquilibrer le traitement.

Comme évoqué précédemment, connaître le statut nutritionnel est important pour la prise en charge du patient âgé. Le dosage de l'albuminémie doit faire partie systématiquement du bilan gériatrique. Il doit être réalisé 3 à 5 jours après l'entrée afin de limiter les facteurs qui peuvent influencer sur l'albuminémie tels qu'une déshydratation, un syndrome infectieux.

Selon l'HAS, la dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins énergétiques de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires qui ont des conséquences délétères. Chez la personne âgée la dénutrition entraîne ou aggrave un état de fragilité ou de dépendance et favorise la survenue de morbidités. Elle est également associée à une aggravation du pronostic des maladies sous-jacentes et augmente le risque de décès. Cela explique pourquoi il est important d'évaluer l'état nutritionnel des patients âgés.(24)

Cette évaluation nous permettra ensuite de mettre en place, si nécessaire des mesures pour améliorer ce critère.

On observe une discordance concernant l'état nutritionnel des patients en fonction de la variable étudiée. Pour évaluer le statut nutritionnel d'un patient on peut utiliser l'IMC, l'albuminémie, les variations de poids ou le test MNA Global (annexe 1)

Connaître les variations de poids en hospitalisation est difficile puisque, à moins d'être en présence d'un patient hospitalisé régulièrement, on ne connaît en général pas les variations de poids sur les derniers mois. De plus le MNA Global peut être difficilement réalisable du fait d'un interrogatoire pouvant être biaisé par les troubles cognitifs.

On peut donc évaluer plus facilement l'état nutritionnel avec l'IMC ou l'albumine qui se mesure à un instant donné. La Figure 4 nous permet de comparer le taux de dénutrition selon la variable étudiée.

On constate qu'il y a plus de patients présentant une dénutrition sévère si l'on se base sur l'albuminémie plutôt que sur l'IMC. En évaluant l'albumine, 24 (36,9%) patients sont sévèrement dénutris alors que l'IMC révèle seulement 5 (8,8%) cas de dénutrition sévère dans notre population. Cette différence d'effectif est statistiquement significative puisque la p-value est à 0,003. De la même manière dans notre étude 27 (41,5%) patients présentent un statut nutritionnel correct si l'on se base sur l'albuminémie alors que le calcul de l'IMC évalue à 43 (75,4%) le nombre de patients non dénutris ($p=0,05$) (Tableau 4).

Cette différence pose un problème de prise en charge. En effet, en cas de dénutrition, les patients bénéficient d'un relevé alimentaire réalisé sur 3 jours, d'un avis diététique et de la mise en place d'un régime alimentaire adapté.

Nous pouvons donc nous interroger sur le type de méthode à adopter chez nos patients âgés pour déterminer au mieux le statut nutritionnel.

Une étude a comparé plusieurs marqueurs de la dénutrition pour essayer de trouver celui qui était capable de dépister au mieux la dénutrition (25). Il y a été mis en évidence que l'IMC ne suffit pas pour évaluer le statut nutritionnel du sujet âgé puisqu'il existe de nombreux faux négatifs. Il est nécessaire de doser l'albumine sérique pour avoir un reflet plus juste de l'état nutritionnel du patient. Cependant il faut l'interpréter en fonction des pathologies présentées pouvant être responsables d'une hypoalbuminémie (par exemple un syndrome inflammatoire) ou d'une augmentation de l'albumine (déshydratation).

Comme dans l'étude de Pechu et al., notre étude met en évidence une sous-estimation de la dénutrition par le calcul de l'IMC et donc l'importance de doser l'albumine chez tous nos patients gériatriques.

On observe une bonne concordance entre les motifs d'hospitalisation et les diagnostics de sortie.

Si l'on observe les principaux résultats

- 21 (27,3%) patients ont été adressés pour troubles respiratoires et au total 22 (28,6%) patients ont un diagnostic de pneumopathie ou d'exacerbation de BPCO
- 4 (5,2%) patients étaient adressés pour décompensation cardiaque et 5 (6,5%) patients sortent d'hospitalisation avec ce diagnostic.
- 10 (13%) patients étaient adressés pour troubles neurologiques et 11 (14,3%) patients ont comme diagnostic final une pathologie neurologique.

Cela signifie donc qu'en majorité l'orientation des patients était bonne et les hospitalisations appropriées. Il faut simplement encourager les entrées directes pour éviter à nos patients une attente longue et potentiellement délétère aux urgences lorsque c'est évitable.

II.4.2 Validité interne

II.4.2.1 Forces

Une des forces de cette étude est de décrire le profil des résidents institutionnalisés hospitalisés en URSG et d'évaluer ce qui influe sur leur mode d'admission.

L'admission des personnes âgées aux urgences est une thématique importante. Le nombre d'admissions de cette population dans les services d'urgence n'a cessé d'augmenter. Comme le souligne la littérature, les résidents institutionnalisés représentent 9% à 37% des consultations totales des urgences (10),(11),(12) au niveau national. Notre étude s'inscrit donc bien dans cette thématique.

Ce travail s'ancre également dans une démarche d'amélioration du parcours de soins du patient âgé dépendant. L'URSG a permis de créer un parcours dédié aux résidents d'EHPAD ou de foyer logement lorsqu'une hospitalisation est nécessaire dans le cadre du traitement d'une pathologie diagnostiquée.

Plusieurs études ont été réalisées sur la population âgée ou la population d'EHPAD consultant aux urgences ou hospitalisée en court séjour gériatrique(16)(26)(10)(27)(21). Il n'existe pas de structure équivalente à l'URSG en France qui soit typiquement dédiée aux résidents institutionnalisés. C'est donc la première étude qui s'intéresse à la prise en charge des résidents d'EHPAD ou de Foyer-Logement dans une unité spécifique.

Une autre force de notre étude est l'homogénéité des 2 groupes qui ne présentent pas de différence statistiquement significative sur le plan sociodémographique, des comorbidités et des traitements.

L'étude a eu lieu sur un an, cela a donc permis de pallier l'effet de saisonnalité.

II.4.2.2 Limites

Notre étude, comme la plupart des études observationnelles rétrospectives, présente des limites.

La rétrospectivité de l'étude a introduit un biais puisqu'il nous manque certaines données. Ainsi, concernant le statut nutritionnel des patients, il manque certaines valeurs (albumine et IMC) qui n'ont pas été notées dans le dossier informatisé. En effet, pour 15,6% des patients l'albuminémie n'a pu être trouvée et l'IMC manquait pour 25,9% des patients. Une étude prospective aurait peut-être permis d'éviter cela.

Concernant la provenance géographique, il semblait se dessiner un accès plus direct à l'URSG lorsque les patients faisaient partie de Limoges-Métropole. Ce chiffre n'étant pas statistiquement significatif nous ne pouvons conclure. Un échantillon plus important nous aurait peut-être permis de mettre en évidence cette différence. Cela peut mettre en avant un manque de puissance de l'étude.

Concernant la puissance, seulement 77 patients ont été inclus. Nous avons constaté qu'en 2016 le nombre d'admissions en URSG avait diminué.

Si l'on reprend les statistiques de 2013 à 2015 :

- En 2013, 141 patients ont bénéficié d'une prise en charge dans l'unité, 62,4% par entrée directe, la DMS était de 15,0 jours, 75,8% des patients ont regagné leur lieu de vie, 12,1% des patients sont décédés.
- En 2014, 102 patients, 50% d'entrées directes, DMS = 16,5 jours, 80,4% des patients ont regagné leur lieu de vie, 7,8% des patients sont décédés
- En 2015, 134 patients, seulement 20,9% d'entrées directes, DMS = 18,3 jours, 83,6% des patients ont regagné leur lieu de vie, 4,5% des patient sont décédés.

Il aurait pu être intéressant d'effectuer la même étude sur plusieurs années pour avoir une population plus importante. Cela nous aurait peut-être permis de mettre en évidence d'autres différences entre les 2 groupes prédisposant le mode d'admission.

En revanche, on constate que les DMS et les taux de retour au lieu de vie initial sont stables sur les dernières années.

Il existe un biais de sélection dans notre étude puisqu'elle ne porte que sur le CHU de Limoges. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le CHU, par sa vocation de centre de référence, peut drainer une population dans un état de santé plus grave ou plus précaire qu'un centre hospitalier périphérique.

Nous n'avons pas évalué dans notre étude la disponibilité des lits d'URSG. Une absence de place en URSG peut avoir conduit le médecin à adresser son patient aux urgences.

La filière gériatrique est vaste avec différents services qui varient en fonction de la prise en charge souhaitée. Il peut paraître complexe, pour certains médecins de ville de mémoriser chaque service ainsi que leur spécificité. Plusieurs choix sont possibles dans le cadre de l'hospitalisation directe et cela peut-être confusogène pour des médecins traitants qui, parfois, travaillent avec plusieurs hôpitaux différents.

La question de la connaissance de cette filière et plus précisément de l'URSG doit se poser, or nous n'avons pas étudié cette variable dans notre étude.

Nous n'avons pas évalué la connaissance de l'URSG par les médecins généralistes. Cette méconnaissance de la filière gériatrique peut amener un biais dans notre étude puisque les

médecins n'ayant pas été sensibilisés à l'existence de l'URSG enverront leurs patients d'EHPAD ou de Foyer-Logement au SAU. Dans ce contexte-là, notre étude a pour objectif de renforcer le lien Ville-Hôpital.

Malgré les limites évoquées ci-dessus, notre étude nous permet de définir de façon précise le profil des résidents institutionnalisés admis en URSG.

II.4.3 Cohérence externe

Dans le cadre d'une hospitalisation, l'étude PLEIAD (13) a montré un passage par les urgences pour les résidents d'EHPAD dans 60% des cas ; dans notre étude cela concernait 58,4% des cas.

L'âge moyen de la population de l'étude était de $88,9 \pm 5,79$ ans. Les patients hospitalisés en URSG sont globalement plus âgés que ceux retrouvés dans la littérature (28), (29), (30).

La population féminine représente 81,8 % des entrées, ce chiffre est concordant avec ce qu'on peut trouver dans la littérature (81,7% dans l'étude de Le Fur-Musquer et al.) (28).

L'hospitalisation directe en URSG ne peut avoir lieu que la journée et en semaine. Cette contrainte horaire peut influencer sur le mode d'admission. Gruneir et al. a mis en évidence que les hospitalisations de patients institutionnalisés ont surtout lieu en journée et en semaine (42%) et rarement la nuit et le week-end (18,8%) (31). L'étude PLEIAD va dans le même sens, la décision d'hospitalisation a lieu dans 65% des cas la journée (13). Dans notre étude 56% des patients entrés par les urgences sont adressés entre 8h et 20h (Figure 2). Les horaires d'admissions sont donc cohérents avec ce que l'on retrouve dans la Littérature.

Dans une étude réalisée en 2009, le temps de passage moyen aux urgences des patients âgés était de 5h12 (32). Une autre étude retrouve un temps de passage variant de 8h à 13h environ (33). Cette dernière concernait les patients institutionnalisés ou non.

Dans notre travail, 24 (53,3%) patients ont eu un temps de passage aux urgences supérieur à 14h. On peut s'interroger sur les motifs de cette différence. Du fait de sa fragilité et de ses polyopathologies, notre population a peut-être nécessité plus d'examen complémentaires ou d'avis spécialisés que dans une population qui vit encore au domicile.

Pour ces patients fragiles, le passage aux urgences n'est pas sans conséquence. Il est responsable dans 20% des cas d'escarre, dans 40% des cas de syndrome confusionnel et serait prédictif d'une mortalité à moins de 6 mois de 34% (34).

L'étude réalisée par ORULIM(15) en 2011 a étudié la répartition des passages de résidents d'EHPAD en fonction de leur motif d'admission aux urgences sur l'année 2010.

La traumatologie constituait 30,1% des motifs de consultation. C'est une différence avec notre étude. Même si l'on regroupe les patients venant pour chute (3,9%) et pour prise en charge rééducative (13%), on atteint seulement 16,9%. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que dans l'étude d'ORULIM, tous les passages aux urgences étaient comptabilisés. Dans ces 30,1%, il y a probablement une partie des patients qui est sortie des urgences directement à l'EHPAD et une partie qui a été hospitalisée en orthopédie.

Dans l'étude ORULIM : 17,2% de la population avait été adressée pour pathologie pneumologique et 11,7% pour pathologie cardiaque. Si l'on compare ces chiffres à ceux de



notre étude, on constate une discordance de répartition entre les troubles respiratoires (27,3%) et les pathologies cardiaques (5,2%). Cela peut s'expliquer très simplement par le fait que dans notre étude les pathologies pulmonaires et les décompensations cardiaques sont souvent intriquées.

Les autres différences de répartition de motifs d'hospitalisation peuvent s'expliquer par le fait que les patients nécessitant une prise en charge chirurgicale ou un bilan étiologique ne sont pas orientés en URSG puisqu'elle n'a pas vocation à réaliser ce type de prise en charge.

Dans tous services gériatriques confondus, la durée moyenne de séjour est de 11 à 23 jours dans la littérature (26),(12),(35),(36). Dans notre étude la DMS des patients hospitalisés par les urgences est de 14,9 jours, celles des patients entrés directement en URSG est de 21,6 jours. La DMS globale est de 17,7 jours.

Contrairement à une étude réalisée en court séjour gériatrique en 2013, dans notre étude le temps d'hospitalisation est plus long dans le groupe « entrée directe » (21). Cela peut être expliqué par le motif d'hospitalisation et le diagnostic de sortie. La prise en charge de plaies ou les prises en charges rééducatives étaient plus représentées dans le groupe « entrée directe ». Ces prises en charges sont plus longues que le traitement d'une pneumopathie par exemple. De plus, certains patients du groupe « entrée directe » ont bénéficié d'examen complémentaires. Cela peut avoir des conséquences sur la DMS du fait des contraintes de temps imposées par l'accès au plateau technique.

Concernant le devenir des patients, les chiffres de notre étude (figure 1) sont comparables à ceux de la littérature où 89% des patients résidents en EHPAD retournent dans leur structure initiale après une hospitalisation, 8% décèdent et 3% entrent en USLD (26).

Concernant le taux de décès, l'étude réalisée par E. Le Fur-Musquer retrouvait 10% de décès après un passage hospitalier (10). Les chiffres de notre étude sont concordants avec 9,4% de décès dans le groupe « entrée directe » et 8,9% de décès dans le groupe « urgences ».

Nous constatons que le devenir des patients des deux groupes n'est pas statistiquement différent. On peut donc en déduire que la prise en charge directe en URSG est tout aussi efficace que celle des urgences. Cette notion de prise en charge en unité aiguë de gériatrie tout aussi efficace et sûre que celle des urgences se retrouve dans la littérature (37). En terme médico-économique cette prise en charge directe serait moins onéreuse (37). De plus nous savons que le passage aux urgences de la population gériatrique peut être délétère et aggraver l'état de patients déjà fragiles. Il est donc primordial de favoriser les entrées directes en services adaptés.

La consommation de médicaments chez le patient âgé a des conséquences en terme d'iatrogénie, de morbi-mortalité et d'impact médico-économique. Les patients de plus de 80 ans représentent 11,9% des dépenses médicales. La prise en charge médicamenteuse des patients en EHPAD est souvent marquée par une polymédication : en moyenne huit molécules par jour (20). Cela expose les patients à un risque accru d'interactions médicamenteuses.

Dans notre étude le nombre moyen de traitements par patient est de 9,1 à l'entrée et de 9,7 à la sortie. Dans l'étude de Blochet et al, le nombre de médicaments par patient est de 6,3 (38). Dans l'étude PLEIAD ce nombre varie entre 6,1 et 7,4 (13).

Le nombre moyen de médicaments par patient est donc plus important dans notre étude.



Comme dans l'étude PLEIAD, on observe une large utilisation des antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques chez les résidents d'EHPAD. En terme d'iatrogénie ces médicaments peuvent augmenter le risque de chutes à répétition.

Les résultats de notre étude sont comparables à ceux de Blochet et al. concernant les diurétiques, les benzodiazépines, les anticholinestérasiques.

Dans notre étude 53 (68,8%) patients présentent des troubles cognitifs.

En France en 2006, il était encore difficile d'estimer le nombre de démences. Il n'existait pas d'indicateur sanitaire fiable ni de registre permettant un recensement exhaustif et pérenne des cas. (Etude PAQUID en cours). La prévalence des démences en 1999 était estimée pour les sujets de plus de 75 ans à 13,2% pour les hommes et 20,5% pour les femmes. Elle augmente très nettement avec l'âge et est beaucoup plus marquée en institution où plus de deux tiers des sujets sont déments (39). Les chiffres de notre étude sont donc en adéquation avec ceux trouvés dans la littérature.

Concernant l'insuffisance cardiaque, il existe une surreprésentation dans notre population puisque nous atteignons 37,7% contre 10 à 15% chez les plus de 80 ans dans la Littérature. (40). Cela peut s'expliquer par le fait que la prise en charge de la décompensation cardiaque entre parfaitement dans le cadre de compétences de l'URSG.

Les chutes à répétition sont considérées comme un indicateur de mauvais état de santé, voire un marqueur de fragilité chez la personne âgée. Pour pouvoir parler de chute à répétition, l'HAS en 2009 a retenu comme critères : la survenue d'au moins deux chutes dans des intervalles de temps s'étendant de 6 à 12 mois en moyenne (41). Ces chutes à répétition concernent, selon l'HAS 15% des personnes de plus de 65 ans et 25% des plus de 80 ans (42). Il semble donc que les chiffres de notre étude concernant les chutes à répétition soient en deçà de la réalité. Cela peut s'expliquer par le fait que les chutes à l'EHPAD lorsqu'elles sont sans conséquences, ne sont pas consignées dans le dossier du patient.

La prévalence de la dénutrition augmente avec l'âge. Selon l'HAS, elle est de 25 à 38% chez les patients institutionnalisés et de 30 à 70% chez les patients hospitalisés (24).

58,5% de notre population est dénutrie. Ces résultats sont cohérents avec les données de la littérature.

II.4.4 Synthèse et perspective

La population est vieillissante et la demande de soins est de plus en plus importante. Les services d'accueil d'urgence constituent une des principales portes d'entrées de l'hôpital. Ils sont par conséquent de plus en plus sollicités.

La population gériatrique a des caractéristiques propres, marquées par une fragilité plus importante. On estime que 25 à 50% des sujets de plus de 85 ans peuvent être considérés comme fragiles dans les cohortes nord-américaines ou européennes (43). Selon la Société française de gériatrie et de gérontologie clinique, « la fragilité se définit par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress ». Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacité, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution.

Pour les patients institutionnalisés, un passage aux urgences peut être à l'origine de complications et donc être délétère. Il était donc primordial de pouvoir proposer une prise en charge plus adaptée à cette population.



L'URSG répond bien à cet objectif de désengorgement des urgences et de parcours de soins plus adapté à la population institutionnalisée et fragile.

Il est important de sensibiliser les médecins de ville à cette unité qui propose une prise en charge toute aussi efficace que celle des urgences.

L'entrée directe en URSG doit donc être favorisée pour les patients d'EHPAD et de foyers logement qui répondent aux critères d'admission.

Ces critères d'admission doivent être parfaitement connus des médecins de ville pour faciliter l'orientation des patients et permettre un gain de temps au médecin adresseur. Nous n'avons pas étudié ce paramètre. Pour ce faire, il aurait fallu réaliser une enquête auprès des médecins généralistes, des médecins coordonnateurs et des équipes soignantes d'EHPAD pour évaluer leur connaissance de l'URSG et ses critères d'admission.

La connaissance de la filière gériatrique est primordiale.

Tous les acteurs importants dans la prise en charge du patient d'EHPAD doivent être informés régulièrement sur l'URSG et ses modalités d'admission : les médecins coordonnateurs d'EHPAD, les médecins traitants, les médecins régulateurs, les urgentistes, les soignants, les cadres de santé, les résidents ainsi que leur famille éventuellement.

Cette information pourrait se faire selon différentes modalités :

- Lors des congrès gériatriques locaux
- Par courrier avec envoi d'une plaquette informative aux médecins traitants.

Ce type d'action a été réalisé en 2009 lors de l'augmentation du nombre de lits et avait permis une nette augmentation des entrées directes et du nombre total d'entrée (17).

L'information doit être renouvelée tous les ans en raison du turn-over des professionnels concernés.

De plus il est important que les professionnels de santé aient une meilleure connaissance et une meilleure lisibilité de l'ensemble de la filière gériatrique, en intra comme en extrahospitalier.

Pour pallier cette méconnaissance de la filière gériatrique, nous pourrions recommander d'intégrer un stage obligatoire de gériatrie à la maquette des internes de médecine générale.

Il pourrait être intéressant que la définition des rôles de chaque composante de la filière, les conditions de sollicitation et le moyen de contacter rapidement un référent pouvant aider à l'orientation du sujet âgé soient notifiés sur un support papier et informatique. Cette base de données devrait être accessible rapidement par le personnel soignant et les médecins au sein de chaque EHPAD ou Foyer-logement ainsi qu'au service d'accueil des urgences.

Cela favoriserait une prise en charge plus adaptée pour chaque patient et éviterait probablement certaines hospitalisations via les urgences.

Il est primordial de renforcer les partenariats entre les EHPAD et les hôpitaux afin de permettre une meilleure communication entre les différents intervenants. Les EHPAD font partie intégrante de la filière gériatrique.

Si une enquête était réalisée auprès des médecins de ville pour évaluer la connaissance de la filière gériatrique et plus précisément de l'URSG, il serait pertinent de s'intéresser aux difficultés ressenties par ces praticiens lorsqu'ils souhaitent adresser un patient en URSG. Aujourd'hui, il est peut-être plus facile et plus rapide d'adresser un patient aux urgences.



Une autre piste de réflexion pourrait être de développer une expertise gériatrique au sein des EHPAD permettant une orientation adéquate si une hospitalisation est nécessaire. On pourrait imaginer mettre en place un numéro unique dédié entre le gériatre d'astreinte et les médecins intervenant dans l'EHPAD. Notons qu'une plateforme de régulation téléphonique en médecine gériatrique est opérationnelle au CHU de Limoges (annexe 4).

Un autre axe de réflexion serait de sensibiliser le personnel d'EHPAD à contacter le médecin traitant le plus tôt possible dans la journée en cas de problème pour que la décision d'hospitalisation puisse être prise à des horaires où l'entrée directe est possible.

A Limoges, l'URSG est intégré au service de SSRG. Il serait donc tout à fait envisageable que cette unité soit étendue sur plusieurs services de SSRG plus éloignés de Limoges afin de proposer une offre de soins à distance du CHU.

II.5 Conclusion

Cette étude nous a permis d'étudier le profil des patients admis en URSG en fonction de leur mode d'admission : admission directe ou admission par les urgences.

Les effectifs des deux groupes ne présentent pas de différence significative.

Il s'agit d'une population âgée, polypathologique, à prédominance féminine, polymédiquée, dénutrie, venant en majorité de la communauté d'agglomération de Limoges.

Il n'existe pas de différence de profil entre les deux groupes qui puisse justifier un mode d'admission plutôt qu'un autre.

En revanche l'horaire, le motif d'hospitalisation et la gravité perçue par le médecin adresseur influencent ce mode d'admission.

En conclusion, l'URSG a un rôle non négligeable parmi les nouveaux axes pour améliorer la prise en charge des sujets âgés d'EHPAD. Elle représente une passerelle entre les EHPAD et l'hôpital. L'objectif de l'URSG est d'améliorer la prise en charge des résidents institutionnalisés nécessitant une hospitalisation et d'éviter un passage aux urgences.



Références bibliographiques

1. tableau de l'économie française insee [Internet]. [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1906743/tef2016.pdf>
2. HCAAM : rapport assurance maladie-perte d'autonomie 23 juin 2011 [Internet]. [cité 13 sept 2017]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf
3. Magnier A-M. Maintien à domicile des personnes âgées. EMC - Traité Médecine AKOS. avr 2013;8(2):1-7.
4. Rolland Y, Andrieu S, Crochard A, Goni S, Hein C, Vellas B. Psychotropic Drug Consumption at Admission and Discharge of Nursing Home Residents. J Am Med Dir Assoc. mai 2012;13(4):407.e7-407.e12.
5. Haute Autorité de Santé - Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad [Internet]. [cité 10 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad
6. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des Admissions et Urgences d'une grans Hôpital [Internet]. [cité 10 sept 2017]. Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/1999/4/IMP_FANELL_ps.pdf
7. Un programme pour la Gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir [Internet]. [cité 10 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000419.pdf>
8. Analyse des patients provenant d'EHPAD adressés aux urgences : étude multicentrique sur le Nord Pas De Calais [Internet]. [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/4abb9687-af88-4bd8-9873-41b2eacec266>
9. VERGER P. Unité d Hébergement Temporaire d Urgence (UHTU) - PDF [Internet]. [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/29443570-Unite-d-hebergement-temporaire-d-urgence-uhtu.html>
10. Le Fur-Musquer E. Thèse : Modalités d'hospitalisations en urgences des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes.
11. Drunat O, Roucou Y. Filières de soins hospitaliers et sujets âgés : expérience du centre hospitalier de Lagny Marne La Vallée. Rev Gériatrie 1994. 19:297-307.
12. Congy F, Piette F, Speciel P et al. Les personnes âgées admises par le service d'urgences du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière. Rev Gériatrie 1990. (15):45-56.
13. Rolland Y. Etude PLEIAD : Les flux d'entrée et de sortie des résidents des EHPAD en France. Rev Gériatrie 2012. 37(7):543-8.
14. de Souto Barreto P, Lapeyre-Mestre M, Mathieu C, Piau C, Bouget C, Cayla F, et al. A multicentric individually-tailored controlled trial of education and professional support to nursing home staff: Research protocol and baseline data of the IQUARE study. J Nutr Health

Aging. févr 2013;17(2):173-8.

15. Filière de soins gériatriques : le flux de personnes âgées de 75 ans ou plus en provenance des EHPAD, ayant recours aux services des urgences en Limousin [Internet]. [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.sante-limousin.fr/travail/epsilim/activites-epsilim/veille/orulim/fichiers/ORULIM%20travail%20filier%20soins%20geriatriques%20Urgences%20EHPAD%20en%20Limousin.pdf>

16. Thèse : Analyse descriptive des facteurs intervenant dans la décision du transfert des patients venant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) vers les services d'urgences du CHU de Toulouse ; GIOVANNI E 2013 [Internet]. [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/228/1/2013TOU31087.pdf>

17. Meyer S., Verger Ph., Peyrichou S., et al. Une solution dans la prise en charge des résidents d'EHPAD en situation d'urgence paramédicale : l'unité de recours de soin gériatrique du CHU de Limoges. Rev Gériatrie 2011. (36):215-20.

18. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°58 Circulaire DHOS/02 N°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques [Internet]. [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>

19. Masson E. Organisation du soin du patient âgé, filières et approche territoriale [Internet]. EM-Consulte. [cité 14 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/1101685/organisation-du-soin-du-patient-age-filieres-et-ap>

20. Rapport_Politiquedu_medicament_en_EHPAD_final.pdf [Internet]. [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Politiquedu_medicament_en_EHPAD_final.pdf

21. Thèse : Hospitalisation des personnes âgées par le médecin traitant : admission directe ou par les urgences? Un étude prospective en court séjour gériatrique. Favre J., Manoury T. 2014 [Internet]. [cité 12 sept 2017]. Disponible sur: <http://pepote-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/7d5c90e1-0f4e-4273-8dfa-6b7b125a4ac4>

22. Vulnérabilité de la personne âgée. Duquesne F. 2011 [Internet]. [cité 14 sept 2017]. Disponible sur: http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Vulnerabilite_de_la_personnes_agee.pdf

23. Evaluation des comorbidités chez la personne âgée. Gériatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2015; 13 : 7-12 Berrut G., De Decker L. [Internet]. [cité 14 sept 2017]. Disponible sur: http://www.jle.com/download/gpn-305289-evaluation_des_comorbidites_chez_la_personne_agee--Wbp3yn8AAQEAAACY3hxA4AAAH-a.pdf

24. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.Recommandations HAS Avril 2007 [Internet]. [cité 12 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf

25. Pechu A. Dosage de l'albumine sérique. Un marqueur de l'état nutritionnel de la personne âgée. Médecine. 1 avr 2010;6(4):156-60.

26. Durif N. Motifs d'hospitalisation en unité de gériatrie aiguë des personnes âgées

vivant en EHPAD par les médecins généralistes. [Thèse d'exercice : médecine générale]. Poitiers; 2008.

27. Giovanni E. Thèse : Analyse descriptive des facteurs intervenant dans la décision du transfert des patients venant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendant. 2013.

28. Modalités d'hospitalisation en urgence des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes; *Geriatric Psychol Neuropsychiatric* , 2011; 9 (4):409-15 [Internet]. [cité 12 sept 2017]. Disponible sur: http://www.jle.com/download/gpn-290657-modalites_dhospitalisations_en_urgence_des_sujets_ages_heberges_en_etablissements_pour_personnes_agees_dependantes--WbgHon8AAQEAAHPS6EYAAAAG-a.pdf

29. Saliba D, Kington R, Buchanan J, Bell R, Wang M, Lee M, et al. Appropriateness of the decision to transfer nursing facility residents to the hospital. *J Am Geriatr Soc.* févr 2000;48(2):154-63.

30. Payot I., Monette J., Béland F. Problèmes reliés à la pharmacothérapie comme cause d'hospitalisation chez la personne âgée fragile. *Rev Gériatrie* 2006. (31):785-94.

31. Gruneir A, Bell CM, Bronskill SE, Schull M, Anderson GM, Rochon PA. Frequency and pattern of emergency department visits by long-term care residents--a population-based study. *J Am Geriatr Soc.* mars 2010;58(3):510-7.

32. Neouze A, Dechartres A, Legrain S, Raynaud-Simon A, Gaubert-Dahan M-L, Bonnet-Zamponi D. Mode d'hospitalisation des patients âgés dans une unité de gériatrie aiguë. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 juin 2012;10(2):143-50.

33. Deschodt M, Devriendt E, Sabbe M, Knockaert D, Deboutte P, Boonen S, et al. Characteristics of older adults admitted to the emergency department (ED) and their risk factors for ED readmission based on comprehensive geriatric assessment: a prospective cohort study. *BMC Geriatr.* 26 avr 2015;15:54.

34. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age Ageing.* nov 2014;43(6):759-66.

35. Jones JS, Dwyer PR, White LJ, Firman R. Patient transfer from nursing home to emergency department: outcomes and policy implications. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* sept 1997;4(9):908-15.

36. Labet T., Bouget J. Les urgences gériatriques médicales en hôpital général : pour une meilleure prise en charge. *Rev Gériatrie* 1995. (20):471-9.

37. Aizen E, Swartzman R, Clarfield AM. Hospitalization of nursing home residents in an acute-care geriatric department: direct versus emergency room admission. *Isr Med Assoc J IMAJ.* oct 2001;3(10):734-8.

38. Medissimo-Publication-Etude-Usage-des-medicaments-en-Ehpad.pdf [Internet]. [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.medissimo.fr/wp-content/uploads/2015/06/Medissimo-Publication-Etude-Usage-des-medicaments-en-Ehpad.pdf>

39. Inserm. Données de prévalence et d'incidence des démences [Internet]. [cité 14 sept

2017]. Disponible sur:

http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/1113/Chapitre_15.html#titre_n2_3

40. Bouilly C, Hanon O. Insuffisance cardiaque et pathologies associées. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr*. 2015;(13):13-22.

41. Définition épidémiologie et conséquences des chutes; Inserm [Internet]. [cité 14 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/?sequence=5>

42. chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf [Internet]. [cité 14 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf

43. Syndrome de fragilité [Internet]. [cité 20 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/?sequence=13>



Annexes

Annexe 1. Feuille d'admission en Unité de Recours et de Soins Gériatrique	61
Annexe 2. Carte de répartition des EHPAD et Foyer-Logement en Haute-Vienne	62
Annexe 3. MNA : Mini Nutritional Assessment	63
Annexe 4. Numéro de la plateforme de régulation téléphonique du CHU de Limoges	64



Annexe 1. Feuille d'admission en Unité de Recours et de Soins Gériatrique



PÔLE
clinique médicale
et gériatrie clinique

Feuille d'admission en Unité de Recours et de Soins Gériatrique 3^{ème} étage Aile A HOPITAL JEAN-REBEYROL

Coordonnées URSG
IDE : 05-55-05-69-19
Fax : 05-55-05-87-96

Identité du résident

NOM.....

Prénom.....

Date de naissance.....

Personne à prévenir

téléphone

Coordonnées de l' EHPAD d'origine

Nom.....

téléphone.....

Fax

Nom du médecin traitant:

Traitement :

Antécédents :

Motif de l'entrée :

Engagement de reprise en charge :

Je soussigné(e) Docteur....., médecin traitant et/ou médecin
coordonnateur m'engage à reprendre Mr /Mme dans
l'EHPAD de après ses soins en URSG.

Date.....

Signature :

Avis du médecin référent de l'URSG :

« Bon pour accord »

Signature :

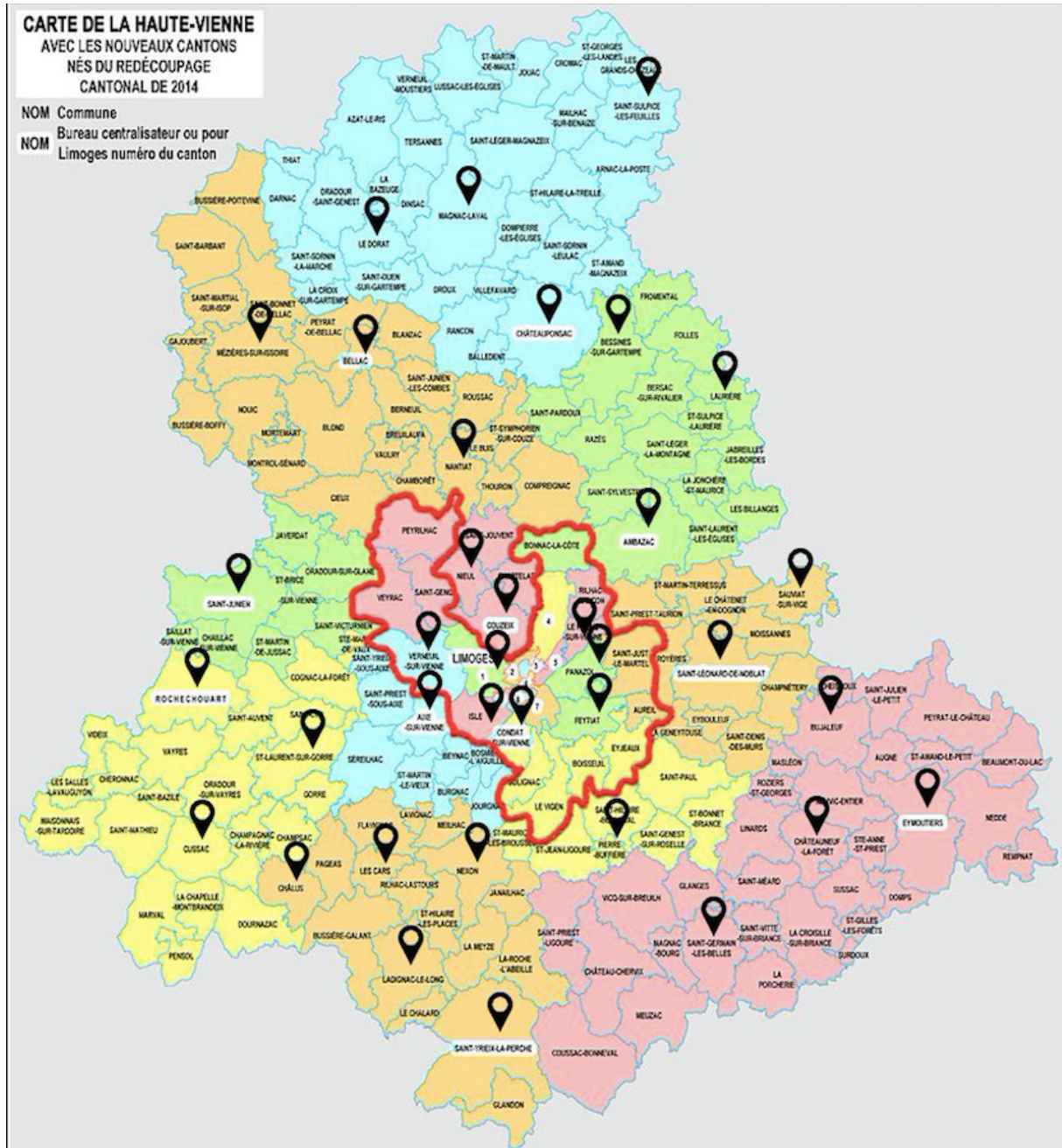
Date.....



Annexe 2. Carte de répartition des EHPAD et Foyer-Logement en Haute-Vienne

📍 Localisation EHPAD ou Foyer-Logement

----- Limoges Métropole



Annexe 3. MNA : Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Nom :		Prénom :		
Sexe :	Age :	Poids, kg :	Taille, cm :	Date :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage	
<p>A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?</p> <p>0 = baisse sévère des prises alimentaires 1 = légère baisse des prises alimentaires 2 = pas de baisse des prises alimentaires</p>	<input type="checkbox"/>
<p>B Perte récente de poids (<3 mois)</p> <p>0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids</p>	<input type="checkbox"/>
<p>C Motricité</p> <p>0 = au lit ou au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile</p>	<input type="checkbox"/>
<p>D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois ?</p> <p>0 = oui 2 = non</p>	<input type="checkbox"/>
<p>E Problèmes neuropsychologiques</p> <p>0 = démence ou dépression sévère 1 = démence légère 2 = pas de problème psychologique</p>	<input type="checkbox"/>
<p>F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)²</p> <p>0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Score de dépistage (sous-total max. 14 points)</p> <p>12-14 points: état nutritionnel normal 8-11 points: à risque de dénutrition 0-7 points: dénutrition avérée</p> <p>Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluation globale	
<p>G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?</p> <p>1 = oui 0 = non</p>	<input type="checkbox"/>
<p>H Prend plus de 3 médicaments par jour ?</p> <p>0 = oui 1 = non</p>	<input type="checkbox"/>
<p>I Escarres ou plaies cutanées ?</p> <p>0 = oui 1 = non</p>	<input type="checkbox"/>
<p>J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?</p> <p>0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas</p>	<input type="checkbox"/>
<p>K Consomme-t-il ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <p>0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?</p> <p>0 = non 1 = oui</p>	<input type="checkbox"/>
<p>M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)</p> <p>0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>N Manière de se nourrir</p> <p>0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté</p>	<input type="checkbox"/>
<p>O Le patient se considère-t-il bien nourri ?</p> <p>0 = se considère comme dénutri 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition</p>	<input type="checkbox"/>
<p>P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?</p> <p>0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Q Circonférence brachiale (CB en cm)</p> <p>0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22 1,0 = CB > 22</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>R Circonférence du mollet (CM en cm)</p> <p>0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Évaluation globale (max. 16 points) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Score de dépistage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Score total (max. 30 points) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Appréciation de l'état nutritionnel</p> <p>de 24 à 30 points <input type="checkbox"/> état nutritionnel normal de 17 à 23,5 points <input type="checkbox"/> risque de malnutrition moins de 17 points <input type="checkbox"/> mauvais état nutritionnel</p>	

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges*. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

Annexe 4. Numéro de la plateforme de régulation téléphonique du CHU de Limoges

06.14.40.81.39

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Profil des résidents institutionnalisés admis en Unité de Recours de Soins Gériatrique (URSG) selon leur mode d'admission : admission directe versus passage par les urgences du CHU de Limoges.

Objectifs : Notre but était de décrire le profil des patients âgés admis en URSG en fonction de leur mode d'admission selon différents critères. Puis de comparer les deux groupes pour savoir s'il existait une différence entre eux justifiant un mode d'admission plutôt qu'un autre.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective descriptive sur un an des résidents institutionnalisés admis à l'URSG selon leur mode d'entrée. Cette étude a été réalisée en Haute-Vienne. Le profil de chaque patient des deux groupes a été étudié selon différentes variables (qualitatives et quantitatives).

Résultats : Sur les 77 patients inclus dans l'étude, 32 (41,6%) ont été admis directement en URSG et 45 (58,4) sont passés par les urgences. Concernant le profil des patients des deux groupes il n'y avait pas de différence statistiquement significative. Les patients admis par les urgences arrivaient dans 44% des cas entre 20h et 8h et étaient souvent adressés pour troubles neurologiques ou dyspnée. Les patients admis directement en URSG étaient adressés en début d'après-midi, souvent pour rééducation ou surveillance. Les critères qui influent sur le mode d'admission sont donc le motif d'hospitalisation, l'horaire d'admission et la gravité perçue par le médecin adressant le patient.

Conclusion : Plus de la moitié des admissions en URSG se fait via les urgences avec pour beaucoup un passage au SAU qui aurait pu être évité. Il apparaît que les motifs d'admission directe en URSG et via les urgences sont différents. Mais une sensibilisation ou une diffusion des critères d'admission à l'URSG pourraient permettre de diminuer ces passages aux urgences.

Mots-clés : EHPAD, Gériatrie, Urgences, Hospitalisation, parcours de soins, Filière gériatrique

Profile of institutionalized residents admitted to the geriatric care unit (URSG) according to their mode of admission : direct admission versus emergencies of the Limoges University Hospital.

Objectives: Our aim was to describe the profile of elderly patients admitted to URSG according to their mode of admission following different criteria. Then compare the two groups to see if there was a difference between them justifying one mode of admission rather than another.

Methods: We conducted a one-year descriptive retrospective cohort study of institutionalized residents admitted to the URSG according to their mode of entry. This study was carried out in Haute-Vienne. The profile of each patient in the two groups was studied according to different variables (qualitative and quantitative).

Results: Of the 77 patients enrolled in the study, 32 (41,6%) were admitted directly to URSG and 45 (58,4%) were admitted to emergency. There was no statistically significant difference in the profile of patients in the two groups. Patients admitted by emergencies arrived in 44% of cases between 8 pm and 8 am and were often addressed for neurological disorders or dyspnea. Patients admitted directly to URSG were addressed in the early afternoon, often for rehabilitation or supervision. The criteria influencing the admission procedure are therefore the reason for hospitalization, the admission schedule and the perceived seriousness of the physician addressing the patient.

Conclusion: More than half of the URSG admissions are made through emergencies, with for many a passage to the SAU that could have been avoided. It appears that the reasons for direct admission to URSG and through emergencies are different. But sensitization or dissemination of the admission criteria to the URSG could allow to reduce these passages to the emergencies.

Keywords : Nursing home, Geriatric, Emergencies, Hospitalization, Care pathway, Geriatric network

