

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2011

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

MOREAU Sébastien
Né le 04 septembre 1982 à Tours

Présentée et soutenue publiquement le 13 mai 2011

TITRE

IMPACT DE L'ALTERATION DE L'ETAT GENERAL SUR LA DUREE D'HOSPITALISATION.

Etude à partir de 86 patients de plus de 75 ans admis
dans le Service d'Accueil des Urgences Trousseau de Tours.

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Dequin
Membres du jury : Monsieur le Professeur Maillot
Monsieur le Professeur Couet
Monsieur le Docteur Giovannetti

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS

Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERAL

Monsieur Patrick HOARAU

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Jacques LANSAC
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P. BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER - J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN – P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - J. LAUGIER
G. LELOD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E.H. METMAN - J. MOLINE
Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD - Ch. ROSSAZZA -
Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE - J. THOUVENOT
B. TOUMIEUX - J. WEILL.

REMERCIEMENTS

Au Docteur Olivier Giovannetti

Merci de m'avoir guidé tout le long de mes études jusqu'à aboutir à cette thèse.

A Messieurs les Professeurs Dequin, Maillot et Couet

Merci de m'avoir fait l'honneur de juger cette thèse, vos connaissances et votre expérience seront nécessaires à l'enrichissement de notre réflexion.

A l'ensemble de l'équipe des urgences Trousseau de Tours

Merci pour l'aide que vous m'avez apportée dans la réalisation de mon travail. Merci également pour toutes vos attentions portées et tous les bons moments passés dans votre service.

Au Dr Soulat, Dr Deschamps et à l'ensemble de l'équipe médicale et para-médicale des urgences du CH de Châteauroux

Merci pour votre accueil. Je suis très heureux de pouvoir travailler à vos côtés et j'espère pouvoir vous donner le même plaisir.

Aux Docteurs Lanotte, Girard, Charitanski et Bernard

Merci à ceux qui resteront des exemples à suivre.

A mes amis et ma famille

Merci pour votre soutien.

A ma mère

Tu es et resteras toujours une femme magnifique, et une mère parfaite. Merci de ce que tu as fait pour ma sœur et moi.

A ma Titi

Ma chance d'être à tes côtés est énorme. Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
INTRODUCTION	2
MATERIEL ET METHODE	
I. Type d'étude et population cible	
II. Critères d'inclusion/exclusion des patients	
III. Recueil des données	
IV. Traitements des données	
V. Critère de jugement	
VI. Méthodologie	
RESULTATS	
I. Analyse des dossiers	9
II. Analyse descriptive	
III. Analyse de la durée d'hospitalisation de la strate AEG	
IV. Analyse de la durée d'hospitalisation de la strate témoin	
DISCUSSION	16
CONCLUSION	21
BIBLIOGRAPHIE	22

INTRODUCTION

La prise en charge des personnes âgées est (et le sera davantage) un problème majeur de santé public. Les plus de 75 ans représentent déjà 20% des patients dans les hôpitaux Français (1-4).

Les chiffres sont alarmants : selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), les personnes âgées de plus de 75 ans représente actuellement 8-9% de la population française ; et selon les dernières projections, il apparaît une nette accélération du vieillissement démographique avec en 2015 un taux de 10-11% de personnes de plus de 75 ans, qui pourrait atteindre en 2060 16-17% soit près de 12 millions d'individus (5-10). Une telle évolution ne peut qu'avoir des conséquences sur l'augmentation des demandes de soins et de consommation des thérapeutiques. Economiquement, cette population représente déjà le premier pôle de dépenses de l'assurance maladie (2, 11-14).

Cependant les études françaises sont peu nombreuses sur ce sujet et essentiellement constituées de thèse de médecine (15-21) dont une seule a été publiée, celle du Dr Perroux en 1992 dans le Concours Médical.

Le terme d'altération de l'état général (AEG) possède une définition précise correspondant à la triade « anorexie, asthénie et amaigrissement ». Le constat des différentes études sur ce sujet retrouve une discordance entre l'utilisation de ce terme et sa définition, puisqu'il semble bien usité dans seulement 8 à 55% des cas (16-21). Cependant les études portant sur ce sujet se basent sur le motif de l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) des urgences et non sur le motif d'envoi du médecin de ville.

Notons que le terme d'AEG est une spécificité française, qui n'est nullement retrouvée dans la littérature médicale anglo-saxonne. Le terme s'en rapprochant le plus étant « failure to thrive », qui littéralement correspondrait à « rupture dans le bon développement » (22-24). L'objectif de ce terme étant de conceptualiser la fragilité (25).

Les personnes âgées ont une prise en charge particulière (26-27). La difficulté même de définir une personne âgée en témoigne, intégrée dans des concepts de dépendance et de fragilité. Plusieurs modèles ont été développés comme celui de Wood « déficience-incapacité-désavantage » (28) ou celui de Bouchon « 1+2+3 » (29). Dans notre étude, nous avons utilisé le score ISAR, score cité dans la 10^{ème} conférence de consensus sur « la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences » (30), parue en décembre 2003, afin de posséder un critère de fragilité objectivable (31).

Actuellement, l'hospitalisation dans un service fait suite dans plus de trois quart des cas à une admission aux urgences (1-4) pour la population des patients de plus de 75 ans qui représentent environ 1/3 de l'activité de ces mêmes services d'urgence (32).

Dans un tel contexte, l'objectif de notre étude a donc été d'analyser, dans la population des patients de plus de 75 ans, l'impact de l'altération de l'état général et d'éventuels facteurs associés, sur la durée d'hospitalisation.

MATERIEL ET METHODE

I. TYPE D'ETUDE ET POPULATION CIBLE

Il s'agit d'une étude prospective descriptive portant sur les patients, ayant 75 ans et plus, adressés par un médecin de ville et pris en charge au SAU (Service d'Accueil des Urgences) du CHU de Tours entre avril et juillet 2010.

II. CRITERES D'INCLUSION/EXCLUSION DES PATIENTS

Tous les dossiers des patients ≥ 75 ans adressés aux urgences adultes de Tours par un médecin de ville avec un courrier d'admission étaient associés à une feuille de recueil de données qui permettait l'inclusion du patient.

Nous avons exclus à posteriori :

- les dossiers ayant une feuille de recueil de données incomplète
- les dossiers dont le courrier d'admission n'a pas été retrouvé

III. RECUEIL DES DONNEES

Le médecin prenant en charge le patient aux urgences devait remplir de manière prospective la fiche de recueil de données (Cf. fiche 1 ci-après).

Les jours suivants, les fiches récupérées ont permis d'établir la liste des patients à inclure dans l'étude. Pour chacun d'entre eux, une deuxième fiche (cf. fiche 2 ci-après) était renseignée grâce au dossier papier ou au Dossier Patient Partagé (DPP).

Toutes les feuilles de données ont été analysées, ce qui a permis de définir 2 groupes :

- Groupe AEG : correspondant aux patients possédant un courrier d'admission sur lequel le terme altération de l'état général était retrouvé, ou un synonyme de type : « baisse de l'état général », « AEG » ou « état général altéré »
- Groupe témoin : correspond à tous les autres patients

Fiche 1 : fiche de recueil de données

N° dossier :

☐ Groupe AEG

☐ Témoin

OU COLLER UNE ETIQUETTE

COCHER LA BONNE REPONSE

A- Courrier : 1- ☐ médecin de ville 2- ☐ SOS médecin

B- Sexe : 1- ☐ F 2- ☐ H

C- Age :

D- Mode de vie :

- 1- ☐ Seul(e) (au domicile ou en foyer logement)
- 2- ☐ Avec conjoint/ avec enfant/ avec autre personne (domicile ou foyer logement)
- 3- ☐ Structure médicalisée
- 4- ☐ Autres (maison de retraite non médicalisée ...)

E- Aides préexistantes hormis les patients vivants dans une structure médicalisée :
(plusieurs réponses possibles)

- 1- ☐ Aucune
- 2- ☐ Aide-ménagère
- 3- ☐ Infirmière au domicile
- 4- ☐ Auxiliaire de vie
- 5- ☐ Famille/ voisins
- 6- ☐ NSP

F- Y-a-t'il eu une augmentation des aides récemment (6 derniers mois)? :

- 1- ☐ Non
- 2- ☐ Oui

G- Hospitalisation au cours des 6 mois précédents :

- 1- ☐ Non
- 2- ☐ Oui

H- Troubles visuels :

- 1- ☐ Non
- 2- ☐ Oui

I- Troubles mnésiques :

- 1- ☐ Non
- 2- ☐ Oui

J- Prise de médicaments :

- 1- ☐ ≤3
- 2- ☐ >3

TSVP

Fiche 1 : suite fiche recueil de données

K- Pour le groupe AEG et témoin : triade retrouvée? :

- 1- ☐ Asthénie
- 2- ☐ Anorexie
- 3- ☐ Amaigrissement
- 0- ☐ Non retrouvée

L- Orientation post-SAU :

- 1- ☐ Retour à domicile (RAD)
- 2- ☐ UHCD (Unité d'hospitalisation de courte durée) et hébergement box
- 3- ☐ Hospitalisation
- 4- ☐ Convalescence
- 5- ☐ Décès

M- Diagnostic(s) au SAU : _____

- 1- ☐ Cardiovasculaire
- 2- ☐ Pneumologie
- 3- ☐ Infectieux
- 4- ☐ Métabolique/iatrogène
- 5- ☐ Hématologie/cancérologie
- 6- ☐ Rhumatologie
- 7- ☐ Pathologie abdominale non infectieuse
- 8- ☐ Neurologie
- 9- ☐ Psychiatrie
- 10- ☐ Problème social
- 11- ☐ Troubles cognitifs
- 12- ☐ Autres

Fiche 2 : fiche de complément d'information

N- Service si hospitalisation :

O- Diagnostic final :

P- Orientation finale :

Q- Dates entrée/sortie (durée) :

R- Antécédents :

S- Traitements :

IV. TRAITEMENTS DES DONNEES

Les données ont été intégrées dans un tableau Numbers (Apple) enregistrés en format xls, puis incorporées pour les analyses statistiques dans le logiciel Stata 11 (Statistics Data Analysis / TX / USA).

V. CRITERE DE JUGEMENT

Afin de déterminer l'impact de l'AEG sur la durée d'hospitalisation, nous avons utilisé la durée de séjour des patients, exprimée en jour(s).

L'hospitalisation a été définie comme débutant à l'admission au SAU et se terminant lors de la sortie du patient. Ainsi, la durée de séjour dans notre étude est au minimum de un jour (même en cas de retour à domicile directement à l'issue du passage aux urgences), puisqu'elle prend obligatoirement en considération, pour tous les patients, leur passage au SAU.

VI. METHODOLOGIE

Dans un premier temps, une analyse descriptive des caractéristiques de notre population et de nos deux groupes constitués (AEG et témoin) a été effectuée.

Celle-ci est présentée :

- Pour les variables continues (durée d'hospitalisation et moyenne d'âge), par la moyenne suivie de son intervalle de confiance à 95% (95%IC)
- Pour les variables binaires, par le pourcentage des classes

La normalité de distribution des variables continues présentes dans notre étude a été vérifiée de manière systématique par :

- une analyse visuelle (subjective) d'histogrammes de distribution et
- le test de Shapiro-Wilk, pour lequel un « p » < 0.05 a été choisi pour rejeter la normalité

La distribution s'est révélée normale pour l'âge ($p = 0.57$), mais nous avons choisi de catégoriser cette variable en 2 classes (plus ou moins de 85 ans) afin de faciliter l'interprétation issue des résultats d'analyse.

La normalité de distribution n'a par contre pas été vérifiée pour la durée d'hospitalisation ($p < 10^{-4}$), ce qui a conduit à pratiquer pour la suite des analyses des tests non paramétriques.

Les 2 groupes constitués (témoin et AEG) ont été analysés en utilisant :

- pour la comparaison de moyennes : un test non paramétrique de Wilcoxon (en raison de la taille parfois trop faible de certains sous-groupes de variables interdisant l'utilisation de test paramétrique type Student).
- pour la comparaison des pourcentages : un test de χ^2 ou un test exact de Fischer selon les cas.

Dans les 2 cas, un « p » < 0.05 a été choisi comme seuil de différence significative entre les 2 groupes.

Par la suite, il a été effectué la recherche d'éventuels facteurs de confusion, parmi les variables qui de manière logique pouvaient jouer un tel rôle. Cette recherche a été réalisée par la comparaison des « p », issus des tests de Wilcoxon comparant pour chaque variable les durées d'hospitalisation dans les 2 strates de l'éventuel facteur de confusion. Une variable était alors considérée comme facteur de confusion si elle était à l'origine d'une différence entre ces deux valeurs de « p » de plus de 20%.

L'AEG est d'emblée apparue comme un facteur de confusion modifiant l'effet de nombreuses variables sur le critère de jugement principal, à savoir la durée d'hospitalisation. Il a alors été décidé de réaliser la suite des analyses de manière stratifiée, à savoir :

- strate AEG
- strate témoin

Dans chacune des 2 strates, l'analyse univariée a été conduite en utilisant pour la comparaison de moyennes de durée d'hospitalisation, un test non paramétrique de Wilcoxon.

A la suite de cette analyse univariée, il a été prévu de retenir :

- toutes les variables pour lesquelles la valeur de « p » était inférieure à 0.2
- d'éventuelles variables à forte pertinence scientifique, même en présence d'une valeur de « p » supérieure à 0.2

Ainsi, une liste de variables candidates pour une régression linéaire a été établie. A partir de cette liste, il a alors été recherché de manière exhaustive la présence d'éventuels facteurs d'interactions par la réalisation de tests de Wald.

Enfin, toujours de manière stratifiée sur les 2 groupes, une régression linéaire a pu être réalisée, testant différents modèles emboîtés par le test du rapport de vraisemblance, avec un « p » choisi à 0.05.

A chacune des étapes de la régression, bien que guidés par les tests statistiques, nous avons examiné si les variables entraient ou sortaient du modèle de façon compréhensible et interprétable.

A l'issue de cette régression linéaire multivariée, il a été possible d'individualiser des facteurs indépendants d'influence de modification de la durée d'hospitalisation et ce dans chacune des 2 strates de notre population d'étude.

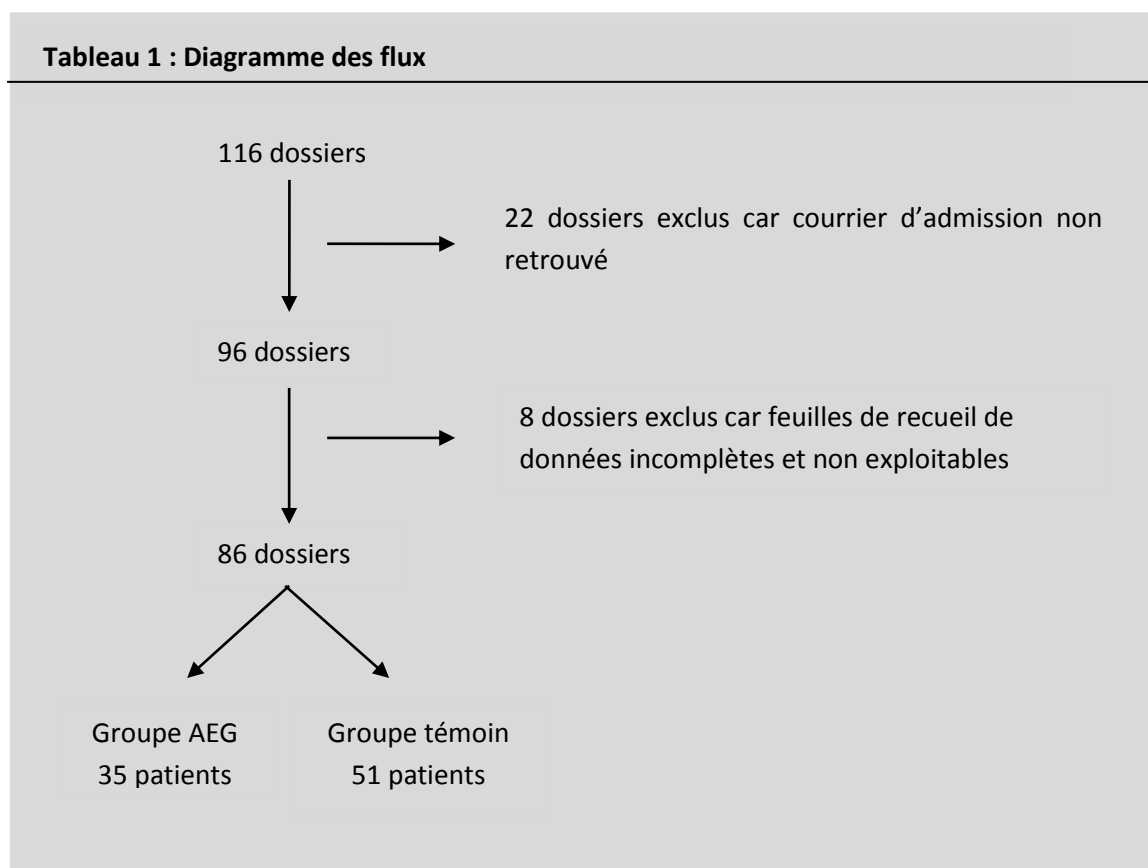
Enfin, dans chacune des 2 strates et ce pour les variables indépendantes issues de la régression linéaire, il a été construit des courbes de Kaplan-Meier assorties de tests de Logrank, pour lesquels une valeur de « p » < 0.05 a été choisie comme seuil de significativité

RESULTATS

I. ANALYSE DES DOSSIERS

Entre avril et juillet 2010 aux urgences adultes du CHRU de Tours, 116 feuilles de recueil de données ont été récupérées.

Le diagramme de flux ci-dessous résume les différentes étapes de constitution de notre échantillon (tableau 1).



II. ANALYSE DESCRIPTIVE

La durée d'hospitalisation dans la population générale est de 6.74 jours. Dans la strate AEG elle est de 6.83 jours et dans la strate témoin de 6.68 jours ($p = 0.82$).

Les résultats sont représentés dans le tableau 2 ci-après.

Tableau 2 : Résultats de l'analyse descriptive de l'ensemble de la population et des 2 strates

	MOYENNE [95%IC] ou NOMBRE (%)			
	Population totale n = 86	AEG n = 35	Témoin n = 51	p
Durée hospitalisation (jours)	6,74 [5,1-8,4]	6,83 [4,2-9,5]	6,68 [4,5-8,9]	0,82
Sexe masculin	29 (33,7%)	12 (34,3%)	17 (33,3%)	0.93
Moyenne âge	86,9 [85,5-88,3]	87,5 [85,2-89,7]	86,5 [84,7-88,2]	0,62
Test ISAR > 2	32 (37,2%)	12 (34,3%)	20 (39,2%)	0,66
Vivant seul	22 (25,6%)	9 (25,7%)	13 (25,5%)	0.53
Vivant avec une tierce personne	34 (39,5%)	16 (45,7%)	18 (35,3%)	
Vivant en structure médicalisée	30 (34,9%)	10 (28,6%)	20 (39,2%)	
Aide-ménagère	35 (40,7%)	15 (42,9%)	20 (39,2%)	0.82
Auxiliaire de vie	13 (15,1%)	5 (14,3%)	8 (15,7%)	0.86
Infirmière	10 (11,6%)	0 (0%)	10 (19,6%)	NC
Asthénie (* ¹)	35 (50%)	21 (70%)	14 (35%)	0,007
Anorexie (* ¹)	29 (41,4%)	19 (63,3%)	10 (25%)	0.002
Amaigrissement (* ¹)	21 (30%)	13 (43,3%)	8 (20%)	0.06
Triade AEG (* ¹)	15 (21,4%)	10 (33,3%)	5 (12,5%)	0.036
Antécédent de diabète	13 (15,1%)	6 (17,1%)	7 (13,7%)	0,76
Antécédent de fibrillation auriculaire	23 (26,7%)	8 (22,9%)	15 (29,4%)	0,62
Antécédent coronaropathie	20 (23,3%)	7 (20%)	13 (25,5%)	0,61
Antécédent d'hypertension artérielle	50 (58,1%)	20 (57,1%)	30 (58,8%)	0,88
Antécédent d'insuffisance cardiaque	17 (19,7%)	5 (14,3%)	12 (23,5%)	0,41
Antécédent de dépression	21 (24,4%)	8 (22,9%)	13 (25,5%)	0,78
Antécédent de démence	22 (25,6%)	10 (28,6%)	12 (23,5%)	0,62
Traitement par psychotrope	51 (59,3%)	24 (68,6%)	27 (52,9%)	0,18
Traitement par anticoagulant / antiagrégant plaquettaire	41 (47,7%)	14 (40%)	27 (52,9%)	0,28
Hospitalisation post-urgences	43 (50%)	17 (48,6%)	26 (51%)	0.81
Retour à domicile post-urgences	17 (19,8%)	6 (17,1%)	11 (21,6%)	
UHCD post-urgences	26 (30,2%)	12 (34,3%)	14 (27,5%)	
Décès	8 (9,3%)	0 (0%)	8 (15,7%)	NC
Retour à domicile après hospitalisation (* ²)	53 (76,8%)	24 (82,8%)	29 (72,5%)	
Retour à domicile total	70 (89,7%)	30 (85,7%)	40 (93%)	0.82

*¹ : n = 70

*² : n = 69

III. ANALYSE DE LA DUREE D'HOSPITALISATION DE LA STRATE AEG

Les résultats de l'analyse univariée et multivariée de la strate AEG, sont résumés dans les tableaux 3 et 4 ci-après.

Tableau 3 : Résultats d'analyse univariée de la durée d'hospitalisation (jours) de la strate AEG

	Durée d'hospitalisation (jours) IC [95%]		p
	Oui	Non	
Sexe masculin	9.7 [4.7-14.8]	5.3 [2.1-8.5]	0.03
Age > 85 ans	4.2 [2.4-6]	11.8 [5.2-18.5]	0.04
Test ISAR > 2	4.1 [1.2-6.9]	8.3 [4.5-12.1]	0.14
Vivant seul	7.6 [0.3-17.7]	6.6 [3.6-9.5]	0.8
Vivant en structure médicalisée	8 [4.5-11.5]	4 [0.5-7.5]	0.1
Aide-ménagère	7.5 [2.9-12.1]	6.3 [2.8-9.8]	0.35
Auxiliaire de vie	3.4 [0.1-6.7]	7.4 [4.3-10.5]	0.7
Asthénie	7.7 [3.8-11.6]	5.9 [0.4-11.4]	0.37
Anorexie	9 [4.6-13.4]	3.9 [0.9-6.9]	0.1
Amaigrissement	5.1 [1.3-9]	8.6 [4-13.3]	0.22
Triade AEG	4.5 [0.9-8]	8.4 [4.2-12.7]	0.37
Antécédent de diabète	2.2 [0.5-3.8]	7.8 [4.7-10.9]	0.13
Antécédent de fibrillation auriculaire	10.9 [4.4-17.3]	5.6 [2.7-8.6]	0.09
Antécédent de coronaropathie	5.1 [1.5-8.8]	7.3 [4-10.5]	0.93
Antécédent d'hypertension artérielle	7.1 [3.6-10.6]	6.5 [1.9-11.1]	0.45
Antécédent d'insuffisance cardiaque	5.6 [-2.2-13.4]	7 [4-10]	0.5
Antécédent de dépression	8 [-1.6-17.6]	6.5 [3.9-9.1]	0.64
Antécédent de démence	6.4 [0.1-12.7]	7 [3.9-10.1]	0.43
Traitement psychotrope	5.6 [2.7-8.5]	9.5 [3.4-15.7]	0.1
Traitement par anticoagulant / antiagrégant plaquettaire	7.1 [3.1-11.1]	6.7 [2.8-10.5]	0.64
Hospitalisation en UHCD	2.25 [0.9-3.6]	12.1 [7.9-16.3]	< 10 ⁻⁴
Retour à domicile total	5.3 [3-7.7]	15.8 [2.6-29]	0.12

Tableau 4 : Résultats d'analyse de régression linéaire multivariée de la durée d'hospitalisation de la strate AEG

	Coefficient	p	IC [95%]	
Age > 85 ans	-0.87	0.006	-1.47	-0.27
UHCD	-8.55	<10 ⁻⁴	-12.67	-4.42
Retour à domicile	-5.54	0.048	-11.02	-0.06
Constante	94.3	0.001	41.47	147.08
R ² = 0.63				

Les graphiques de courbes de Kaplan-Meier, assorties du « p » du test de logrank, sont représentés ci-après, pour les variables significatives de la régression linéaire multivariée.

Figure 1 : Courbe de Kaplan-Meier : durée d'hospitalisation selon l'âge de la strate AEG

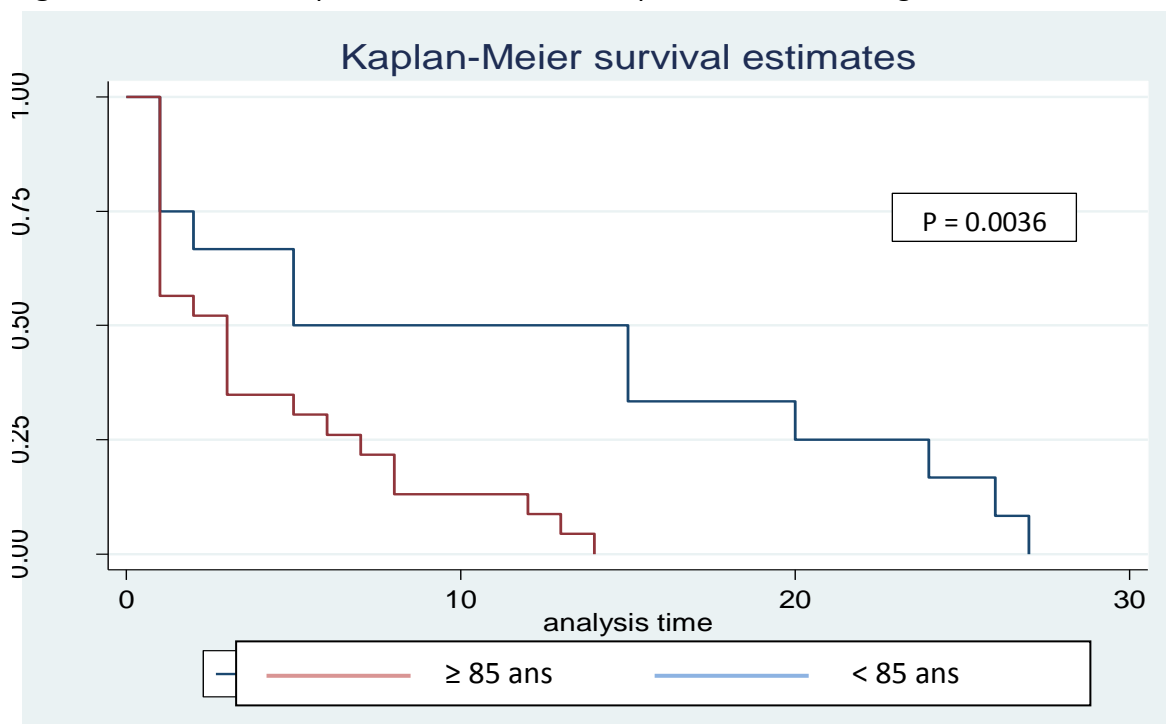


Figure 2 : Courbe de Kaplan-Meier : durée d'hospitalisation selon l'hospitalisation en UHCD de la strate AEG

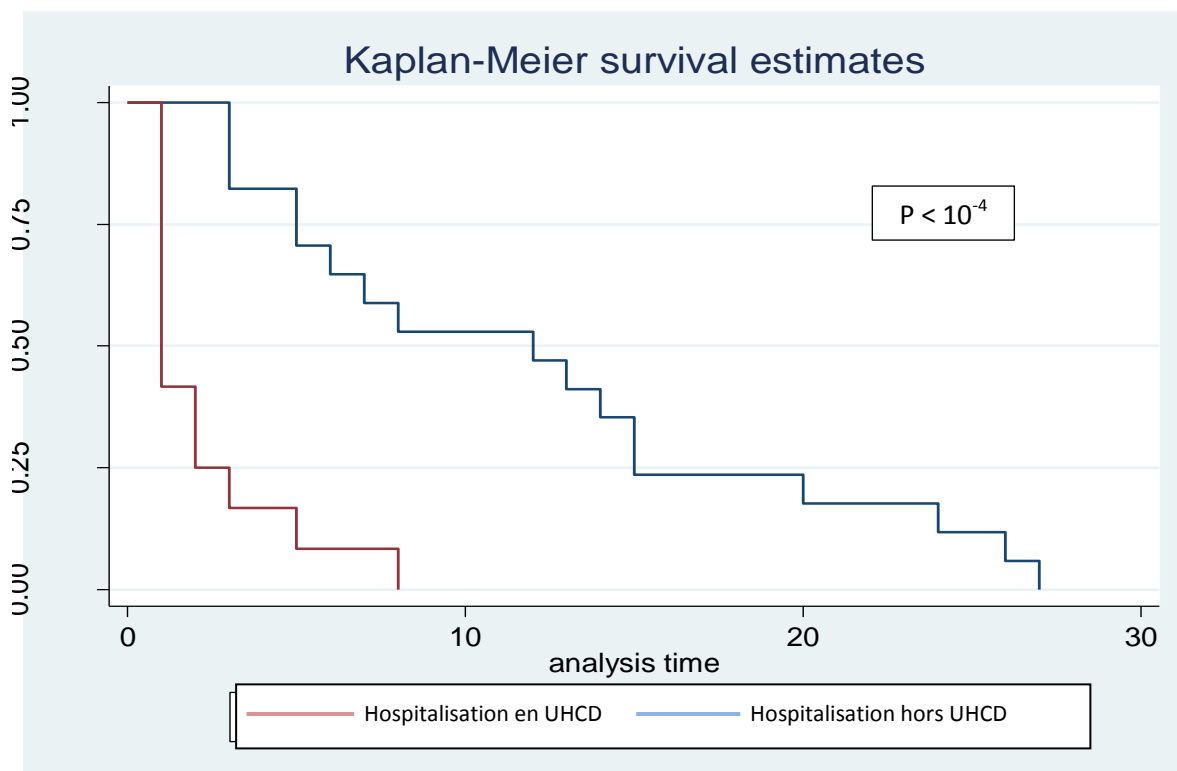
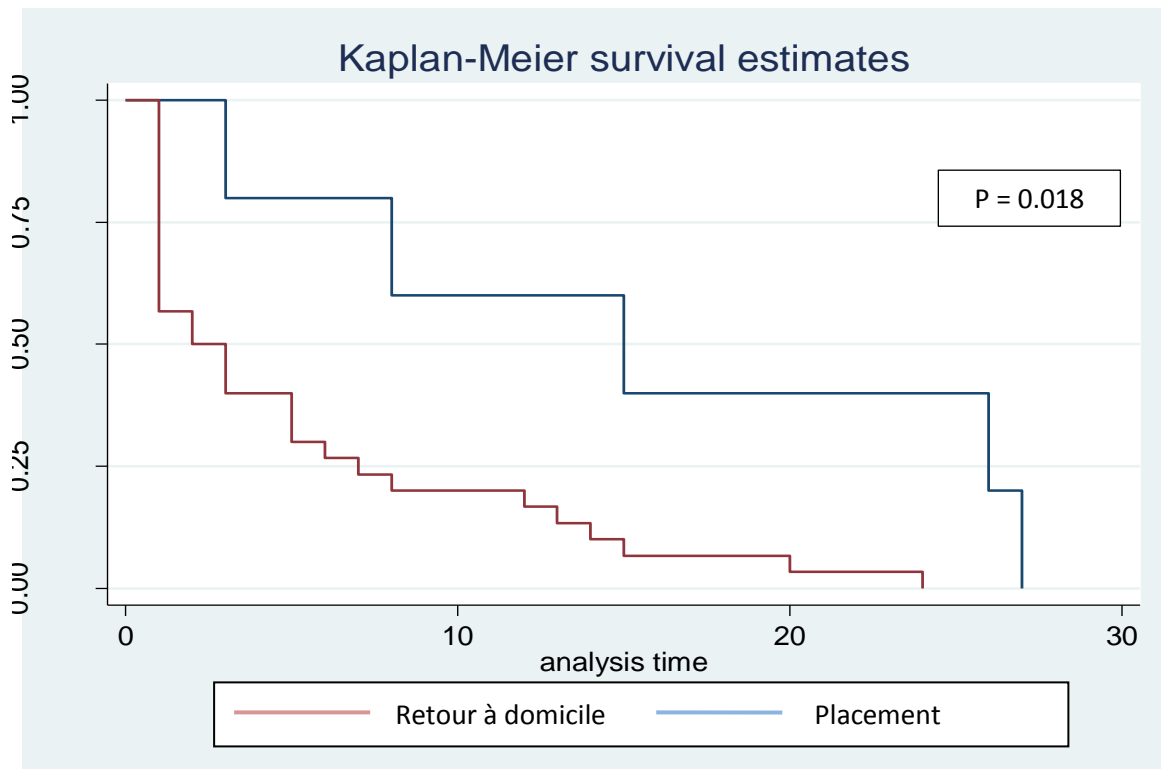


Figure 3 : Courbe de Kaplan-Meier : durée d'hospitalisation selon la nécessité de placement de la strate AEG



IV. ANALYSE DE LA DUREE D'HOSPITALISATION DE LA STRATE TEMOIN

Les résultats de l'analyse univariée et multivariée de la strate témoin, sont résumés dans les tableaux 5 et 6 ci-après.

Tableau 5 : Résultats d'analyse univariée de la durée d'hospitalisation (jours) de la strate témoin

	Durée d'hospitalisation (jours) IC [95%]		p
	Oui	Non	
Sexe masculin	6.6 [2.4-10.8]	6.7 [4-9.5]	0.75
Age > 85 ans	5.9 [3.3-8.4]	7.9 [3.7-12]	0.38
Test ISAR > 2	7 [3.3-10.7]	6.5 [3.6-9.4]	0.7
Vivant seul	7.2 [2.7-11.6]	6.5 [3.9-9.2]	0.63
Vivant en structure médicalisée	6.8 [4-9.6]	6.5 [2.6-10.4]	0.74
Aide-ménagère	7.3 [3.6-11]	6.3 [3.4-9.2]	0.55
Auxiliaire de vie	9.6 [1.2-18.1]	6.1 [3.9-8.4]	0.42
Asthénie	8 [3.8-12.2]	6.9 [3.4-10.4]	0.42
Anorexie	9.1 [4.9-13.3]	6.7 [3.4-10]	0.07
Amaigrissement	9.1 [3.7-14.5]	6.8 [3.8-9.9]	0.16
Triade AEG	10.6 [0.7-20.5]	6.8 [4-9.6]	0.3
Antécédent de diabète	11.4 [2.7-20.2]	5.9 [3.7-8.2]	0.04
Antécédent de fibrillation auriculaire	7.3 [2.7-12]	6.4 [3.8-9]	0.92
Antécédent de coronaropathie	6.5 [2.7-10.2]	6.8 [4-9.5]	0.42
Antécédent d'hypertension artérielle	8.2 [4.8-11.6]	4.6 [2.3-6.9]	0.36
Antécédent d'insuffisance cardiaque	11 [4.6-17.4]	5.4 [3.2-7.5]	0.1
Antécédent de dépression	7.8 [2-13.7]	6.3 [3.9-8.7]	0.85
Antécédent de démence	5.3 [1.6-9]	7.1 [4.4-9.8]	0.6
Traitement psychotrope	7.4 [4.1-10.8]	5.8 [2.8-8.9]	0.43
Traitement par anticoagulant / antiagrégant plaquettaire	8.9 [5.2-12.7]	4.2 [2.3-6]	0.14
Hospitalisation en UHCD	2 [0.9-3.1]	11.6 [8.2-15]	<10 ⁻⁴
Retour à domicile total	5.5 [3.3-7.7]	16 [-12-44]	0.04

Tableau 6 : Résultats d'analyse de régression linéaire multivariée de la durée d'hospitalisation de la strate témoin

	Coefficient	p	IC [95%]	
UHCD	-10	<10 ⁻⁴	-14.45	-5.56
Retour à domicile	-8.02	0.037	-15.51	-0.53
Constante	19.33	<10 ⁻⁴	12.06	26.61
R ² = 0.48				

Les graphiques de courbes de Kaplan-Meier, assorties du « p » du test de logrank, sont représentés ci-après, pour les variables significatives de la régression linéaire multivariée.

Figure 4 : Courbe de Kaplan-Meier : durée d'hospitalisation selon l'hospitalisation en UHCD de la strate témoin

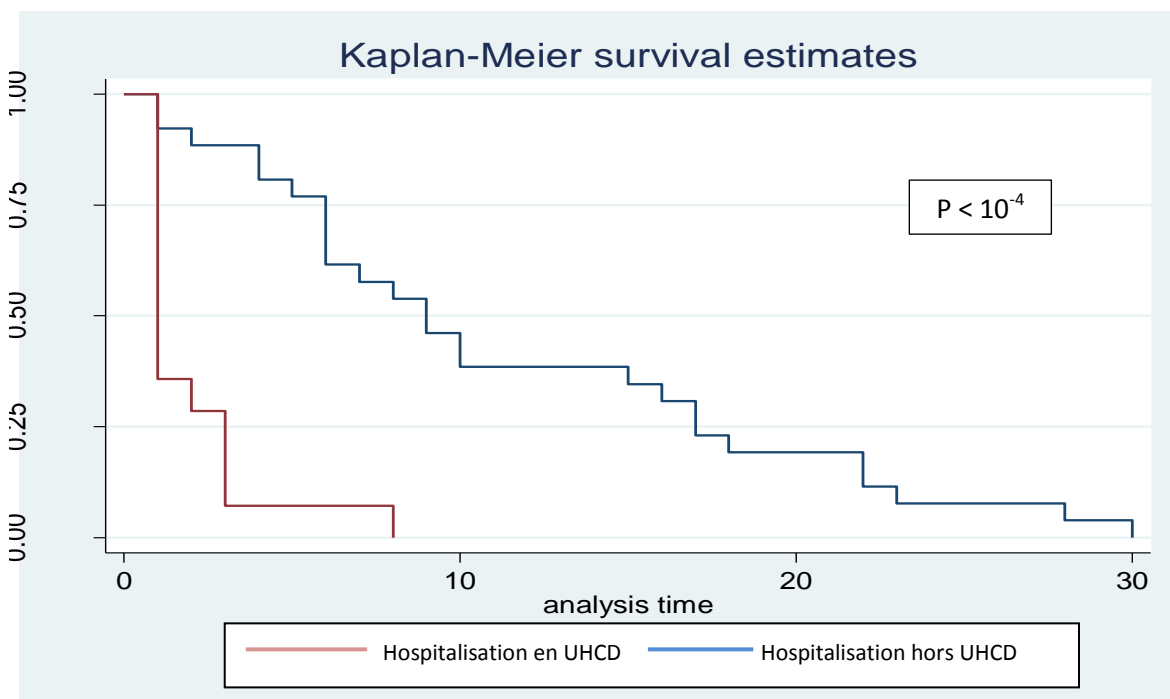
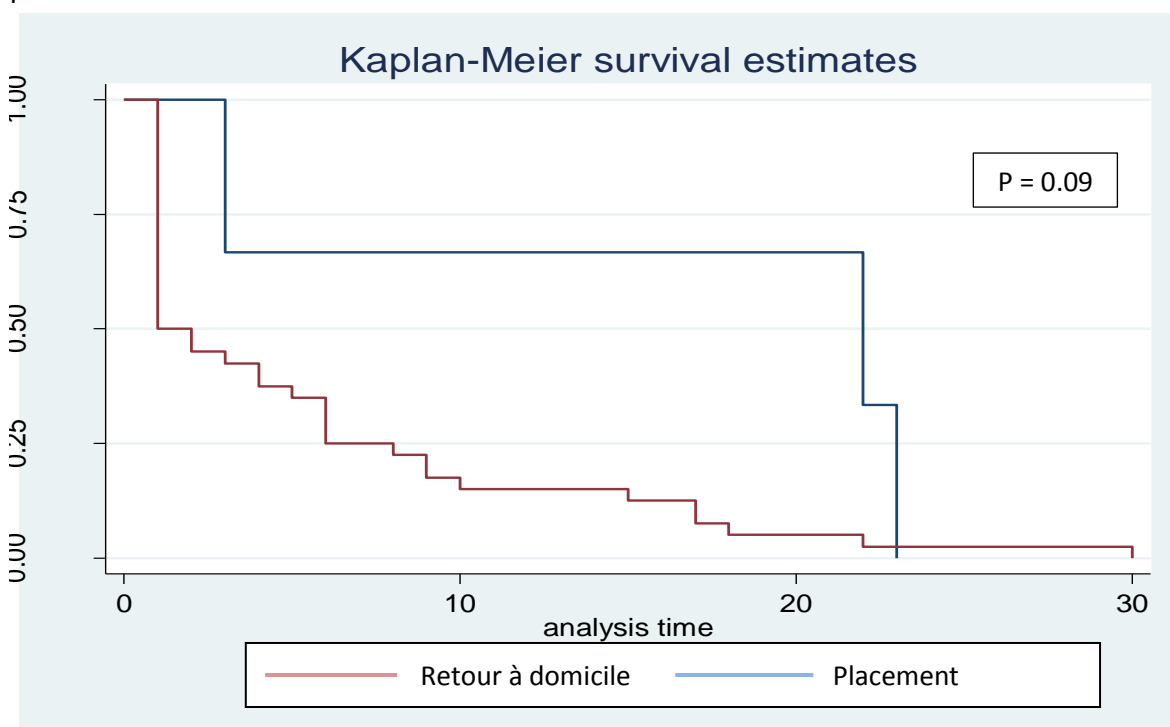


Figure 5 : Courbe de Kaplan-Meier : durée d'hospitalisation selon la nécessité d'un placement de la strate témoin



DISCUSSION

En 2010, 45574 patients ont été enregistrés aux urgences de l'hôpital Trousseau avec un taux d'hospitalisation avoisinant les 28%, soit environ 12700 hospitalisations, selon les informations du Service d'Information Médicale, d'Epidémiologie et d'Economie de la Santé (SIMEES) (33).

La part économique et logistique liée aux hospitalisations est certaine, et celles-ci sont alourdit par l'allongement des séjours. Les patients âgés ont des durées d'hospitalisation plus importantes, c'est pourquoi nous avons orienté notre recrutement sur ce type de patient. L'âge limite de notre étude a été fixé à 75 ans pour être en accord avec la 10^{ème} conférence de consensus sur « la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences » parue en décembre 2003.

Pour la période de recrutement de notre étude, 11934 passages ont été comptabilisé dont 2381 patients de plus de 75 ans. Ainsi notre recrutement, avec 116 dossiers, concerne seulement près de 5% de l'ensemble de la population des patients de plus de 75 ans admis aux urgences pendant cette période, ce qui est très faible.

Ceci s'explique principalement par le mode de recrutement de notre population qui imposait un courrier médical. Or, l'admission aux urgences se fait préférentiellement soit spontanément, soit après contact téléphonique. Ainsi seule une partie (de taille malheureusement indéterminable) des 2381 patients de plus de 75 ans de notre période d'étude était sélectionnable.

D'autres éléments apportent une explication à ce faible recrutement comme l'instauration début juillet 2010 du DPP, responsable à la fin de l'étude de l'abandon du dossier papier (où se trouvait la feuille de recueil) et de la nécessité d'adaptation de l'équipe soignante au logiciel. Pour preuve, le recrutement de mai et juin était d'environ 50 patients/mois, et a chuté à une dizaine en juillet et ce de façon parallèle à une nette baisse de la qualité des données recueillies.

Par ailleurs, la chronophagie (toute relative soit-elle) des études reste difficilement compatible avec une activité comme celle des urgences.

Enfin, la multiplication des médecins impliqués dans le système de garde complique l'exhaustivité des recrutements.

La strate AEG est constituée de 35 patients (soit 40% de notre échantillon) et seulement 33% d'entre eux possèdent la triade d'AEG à l'interrogatoire aux urgences.

La différence existant entre l'AEG retrouvée par le médecin de ville et l'absence de celle-ci aux urgences, s'explique par plusieurs raisons :

- Un abus de langage des médecins de ville, qui en utilisant ces 3 lettres, essayent d'exprimer une situation complexe d'évolution plus ou moins aiguë, et probablement au-delà des signes cliniques objectifs d'AEG.
- La difficulté à descendre aux urgences la présence ou non d'une asthénie, d'une anorexie et/ou d'un amaigrissement ; le médecin étant confronté à l'interrogatoire de patients âgés, plus ou moins atteints de trouble cognitif (ce qui complique la pertinence du recueil de données médicales).

Mais au-delà des problèmes de sémantique, le terme d'altération de l'état général exprime plus « une dégradation rapide des différentes fonctions entraînant une rupture de l'équilibre homéostatique », comme le montre bien l'étude du Dr Vincent en 1998 (34).

C'est bien cette notion qui nous intéresse et c'est donc l'AEG établie par le médecin de ville sur laquelle se base notre travail.

Par ailleurs, les 2 groupes constitués (AEG et témoin) de notre étude présentent quoiqu'il en soit des différences significatives sur le critère « triade AEG » ($p = 0.036$)

Les caractéristiques socio-épidémiologiques de nos deux strates ne présentent pas de différence significative, hormis de manière logique pour l'asthénie ($p = 0.007$), l'anorexie ($p = 0.002$) et la triade AEG ($p = 0.036$), variables directement corrélées au profil de stratification. En particulier, la durée d'hospitalisation dans les 2 strates est proche de 7 jours ($p = 0.82$).

Ainsi, l'AEG n'influence pas directement la durée d'hospitalisation, ce qui va à contre sens des idées « préconçues ». De la même manière, un score ISAR supérieur à 2 n'est pas retrouvé comme facteur significatif d'allongement de l'hospitalisation, que ce soit dans le groupe AEG ($p = 0.14$) ou dans le groupe témoin ($p = 0.7$). Pourtant, le score ISAR est un outil validé pour le repérage du risque de perte d'autonomie et de survenue de pathologies intercurrentes à 6 mois pour les patients de plus de 75 ans (35). Il est composé de 6 questions, un score > 2 signe un état de fragilité et doit conduire à une évaluation gériatrique standardisée (EGS).

Son utilisation est recommandée par la conférence de consensus de 2003 (30) pour les patients de plus de 75 ans aux urgences au moment de l'interrogatoire afin de repérer leur fragilité et ainsi cibler l'action des équipes mobiles présentes dans les services d'urgences (36).

Ainsi, 2 indices potentiels de fragilité accrue des patients (tels que l'AEG ou un test ISAR élevé), n'apparaissent pas dans notre travail comme des facteurs d'influence directe de la durée d'hospitalisation.

Cependant, le rôle de tels indicateurs paraît plus complexe et l'AEG se comporte dans notre échantillon comme un facteur confusionnel, ce qui a orienté notre travail vers une analyse stratifiée.

Ainsi les facteurs indépendants, dans l'analyse multivariée, allongeant de manière significative la durée d'hospitalisation, sont :

- dans la strate AEG : l'hospitalisation dans un service autre que l'UHCD ($p < 10^{-4}$), la nécessité d'un placement dans un moyen ou long séjour ($p = 0.048$) et un âge inférieur à 85 ans ($p = 0.006$)
- dans la strate témoin : l'hospitalisation dans un service autre que l'UHCD ($p < 10^{-4}$) et la nécessité d'un placement dans un moyen ou long séjour ($p = 0.037$)

Selon le SIMEES en 2010, la Durée Moyenne de Séjours (DMS) est de 0.88 jours en UHCD contre 4.8 jours pour le CHU dans sa globalité.

Dans notre étude, les durées d'hospitalisation pour les 2 strates (groupe AEG et groupe témoin) sont plus longues, avec environ 2 jours en UHCD contre 12 jours pour les autres types d'hospitalisation (en sachant qu'aucun des patients pris en charge en UHCD n'a été transféré dans un autre service secondairement). Cet allongement de la durée de séjour paraît logique puisque l'analyse du SIMEES est globale alors que notre étude ne s'intéresse qu'aux patients de plus de 75 ans à risque accru de comorbidités médico-sociales.

Cependant, il convient malgré tout de constater que dans notre travail la DMS de l'UHCD est nettement inférieure à celle des autres types d'hospitalisations ($p < 10^{-4}$).

Etant donné sa mission, les patients admis en UHCD le sont pour la plupart sur une indication d'hospitalisation prédite courte. Ainsi, les 26 patients de notre échantillon (groupe AEG et témoin) hospitalisés à l'UHCD, présentent, en grande majorité, des pathologies nécessitant des surveillances, hors complication, de courtes durées (surveillances post-chute, infections de gravité modérée, surdosage en anti-vitamine K, fin de vie, ...). Cet aspect est parfaitement visualisé sur les courbes de Kaplan-Meier où l'on observe que dans les 2 strates, plus de 50% de l'effectif de départ a disparu après le premier jour d'hospitalisation. Ces considérations vont logiquement dans le sens d'une diminution drastique de la durée de séjour.

Par ailleurs, les patients hospitalisés à l'UHCD bénéficient d'une prise en charge par un médecin urgentiste, qui au-delà de la gestion globale de l'épisode aigu, aura probablement tendance à envisager un retour à domicile. Mais ce raccourcissement relatif de la durée de séjour ne pourrait être logiquement interprété qu'avec une connaissance du devenir post-hospitalisation de ces patients, et notamment du taux de ré-hospitalisation à plus ou moins court terme.

De plus, dans un climat de réduction radicale des coûts, il pourrait être alléchant de privilégier des structures de type UHCD dans l'objectif de réduire les DMS. Ceci détournerait dangereusement les missions dévolues tant aux UHCD qu'aux autres services d'hospitalisation. Pallier ainsi la carence de place existant dans les hôpitaux français serait une erreur (37-38), car cela reviendrait à perdre de vue la globalité médico-psycho-sociologique des patients.

Le placement à moyen ou long terme est significativement associé à un allongement de la durée d'hospitalisation, qui passe d'environ 5 à 16 jours, que ce soit pour la strate AEG ($p = 0.048$) ou la strate témoin ($p = 0.037$). Ces résultats sont plus que logiques compte tenu de la difficulté à obtenir un placement dans de telles structures (40-41), et ce dans des délais « raisonnables ».

Cependant, bien que ces résultats soient en accord avec notre pratique, ils sont à relativiser en raison du très faible effectif de patients de notre étude pour lesquels le retour à domicile s'est avéré impossible (5 dans la strate AEG et 3 dans la strate témoin).

En 2010, les résultats globaux des DMS du SIMEES du CHU de Tours sont pour les patients de 75 à 85 ans de 6.5 jours et pour les patients de plus de 85 ans de 10.5 jours. Ces résultats vont dans le sens d'une enquête sur les utilisateurs des services d'urgence parue dans le journal européen des Urgences en 2004 (1), pour laquelle les DMS s'allongent proportionnellement avec l'âge.

Pourtant, dans notre travail, l'âge interagit de manière contraire dans la strate AEG qui voit les durées d'hospitalisation diminuer chez les patients les plus âgés (4 jours pour les plus de 85 ans et 12 jours pour les moins de 85 ans ($p = 0.04$)). A noter que l'âge n'influence pas la DMS dans la strate du groupe témoin.

L'AEG n'intervient donc pas seule dans la modification de la durée d'hospitalisation mais lorsqu'elle est associée à un âge supérieur à 85 ans, en infléchissant nettement cette durée. Cette réduction peut trouver une explication dans une certaine limitation des explorations et des thérapeutiques à envisager chez un patient âgé et de surcroît altéré.

A noter que le sexe est significativement lié à la durée d'hospitalisation dans l'analyse univariée du groupe AEG, où le fait d'être une femme divisait par 2 la durée de séjour ($p = 0.03$). Il peut alors paraître surprenant de constater sa disparition dans le modèle de régression linéaire multivariée. Cependant, 92% des patients de notre étude hospitalisés en UHCD (variable fortement liée à une réduction de la DMS) sont des femmes. C'est cette corrélation ($p = 0.008$) entre le sexe et l'hospitalisation en UHCD, qui explique la disparition de la variable sexe dans le modèle final, puisqu'elle correspond en fait au même profil de patients que la variable UHCD.

Qualités et limites de l'étude

Au-delà de l'aspect purement descriptif, ce travail permet de mettre en évidence des facteurs indépendants d'influence de la DMS, et ce au sein d'une analyse stratifiée.

L'étude permet aussi de s'intéresser de plus près à la population des patients âgés, qui du fait de son évolution démographique actuelle et de son impact médico-social, devient de plus en plus un problème de santé public ; aspect encore trop peu abordé (la pauvreté de la littérature en atteste).

Par ailleurs, notre travail, qui intègre pour la sélection des malades le ressenti des médecins traitants, évite une vision purement hospitalière, souvent incomplète. Ceci assure une identification, et ainsi un recrutement de patients altérés, en adéquation avec la réalité extra-hospitalière.

Le recueil de données de manière prospective valorise également notre étude.

Cependant, la limite principale de notre travail provient de la taille de notre échantillon, qui fait perdre à notre analyse une certaine puissance (comme en témoigne d'ailleurs la largeur de certains intervalles de confiance, ainsi que la valeur des chiffres de R^2 des régressions multivariées). Et avec une telle taille d'échantillon, se pose le problème de l'exhaustivité de notre recrutement.

Par ailleurs, notre étude s'intéressant à la durée de séjour, l'absence de renseignement sur l'évolution des patients en post-hospitalier (ré-hospitalisation, mortalité, fréquence des visites médicales, prise en charge ambulatoire, ...) reste regrettable.

Bien qu'établi en prospectif, une autre limite réside dans un recueil de données basé sur des renseignements médicaux non remis en question et n'ayant pu être vérifiés.

Nous pouvons aussi déplorer le caractère monocentrique de l'étude, qui peut être à l'origine d'un biais par l'existence de certaines particularités locales, tant chez les patients que dans leur prise en charge hospitalière. Ainsi, une étude multicentrique, pourrait réduire cet écueil tout en accroissant la taille de l'échantillon.

Enfin, il aurait été intéressant de pouvoir intégrer dans l'analyse d'autres variables, afin d'obtenir une analyse multifactorielle prenant en compte le patient dans son ensemble, tels des aspects nutritionnels (albumine, vitamines, ...), psychologiques (score de dépression (mini-GDS), ...) ou encore d'interactions environnementales (score ADL (Activities of Daily Living), grille AGGIR (Activité Groupe Iso-Ressources), ...)

CONCLUSION

L'altération de l'état général chez les patients admis aux urgences ne présage pas de manière directe d'une augmentation de la durée d'hospitalisation, comme on aurait pu le penser. Il en va de même pour le mode de vie des patients, pour des antécédents souvent réputés à risque de complication (démence, hypertension artérielle, fibrillation auriculaire ...) ou encore pour des traitements pourvus d'effets secondaires potentiellement graves (anticoagulants, psychotropes ...). Et l'âge élevé qui allonge habituellement la durée d'hospitalisation, la raccourcit ici quand il s'associe à un état de « fragilité ».

Parallèlement à ces constatations, si le rôle joué par l'UHCD reste complexe, la nécessité d'un placement est aujourd'hui, de manière logique, le facteur d'influence notable d'augmentation des durées de séjour.

Avec une population âgée en pleine expansion démographique, ce problème ne fera que s'accroître ; l'étudier dès maintenant de plus près nous permettra peut-être d'y faire face et de l'anticiper.

Dans tous les cas, les résultats de notre étude restent à confirmer par des études concernant un plus grand volume de patients et intégrant des critères supplémentaires (aspects nutritionnels, taux de ré-hospitalisation, ...), tant la relation entre hospitalisation et personnes âgées paraît multifactorielle et complexe.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lazarovici C., Carrasco V., Baudeau D. et al. Enquête sur les utilisateurs des services d'urgences, profil des usagers de plus de 75 ans. Journal Européen des Urgences. [En ligne 04/2011] <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=16165760>
2. Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Famille. Plan solidarité Grand Age 2007-2012. [En ligne 04/2011] http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age.pdf
3. Carrasco V., Baubeau D. Les usagers des urgences. Etudes et résultats. Santé-gouv.fr. [En ligne 04/2011] <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er625.pdf>
4. Fanello S., Moutel L., Houssin L., Durand-Stocco C., Roy PM. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des Admissions et Urgences d'un grand Hôpital. Santé publique. 1999. [En ligne 04/2011] <http://sfsp.unice.fr/publications/1999/numero4/article7.pdf>
5. Denis F., Données démographiques sur le vieillissement en France. [Auteur du livre] Veyssier Pierre. Vieillesse : les données biologiques. Paris. Elsevier, 2005.
6. Sardon JP. La conjoncture démographique : l'Europe et les autres pays développés. Population-F. 2006, vol 61, p 225-300.
7. Avramov D., Maskova M. Vieillesse active en Europe. Strasbourg : éditions du Conseil de l'Europe 2004. [En ligne 04/2011] http://www.coe.int/t/f/coh%E9sion_sociale/population/5457-0_Demog.%20no41%20Fr.pdf
8. Evolution de la population. Insee. [En ligne 04/2011] http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02152
9. Projections de la population 2010-2060, pour la France Métropolitaine. Synthèse des résultats. Ined. [En ligne 04/2011] http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/projections/
10. Projections de la population à l'horizon 2060 en France Métropolitaine. Insee. [En ligne 04/2011] http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1320
11. Commission des finances, de l'économie générale et du plan de l'Assemblée Nationale. Les perspectives démographiques de la France, analyse économique. Rapports d'information. 2006. [En ligne 04/2011] <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i2831.asp>
12. Torres S. Le vieillissement de la population. Sciences humaines. 2005, vol 163, p 56-57.
13. Serment C. Démographie, santé et soins des personnes âgées. Les consommations médicales du grand âge. <http://www.irdes.fr/espacerecherche/enquetes/enquetepersagees.htm>
14. Auvray L., Serment C. Consommation et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées : un état des lieux. Gérontol : soc. 2002, vol 103, p 13-27. [En ligne 04/2011] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_409021/synthese-bibliographique-pmsa
15. Perroux D., Gourain P., Bourrier P. Le syndrome AEG : altération de l'état général. Le Concours Médical. 1993. Vol 115, p 2753-2758.

- 16.** Denaud-Poquet V. Hospitalisation pour AEG aux urgences de Nantes en 1995. 1196. Thèse de médecine.
- 17.** Boudénia K. Le syndrome d'altération de l'état général aux urgences. Dijon. 1999. Thèse de médecine.
- 18.** Perroux D. Le syndrome d'AEG : altération de l'état général ; à propos de 108 admissions consécutives pour ce motif dans le service d'urgence du CHRU d'Angers. Angers. 1991. Thèse de médecine.
- 19.** Durand S. Altération de l'état général au SAU de l'hôpital de Mont de Marsan. Bordeaux. 2001. Thèse de médecine.
- 20.** Brunache L. Altération de l'état général chez le patient âgé. Clermont-Ferrand. 2006. Thèse de médecine.
- 21.** Llanes O. Le sujet âgé de plus de 75 ans consultant pour AEG aux urgences : une population fragile à repérer et à orienter dans la trajectoire de soin gériatrique ? Paris. 2009. Thèse de médecine.
- 22.** Braun JV, Wykle MH, Cowling WR. Failure to thrive in older persons : a concept derived. Oxford Journals. Gerontologist 1988, vol 28, p 809-812.
- 23.** Sarkisian CA., Lachs MS. « Failure to thrive » in older Adults. Annals of internal Medecine. 1996, vol 124, p 1072-1078.
- 24.** Fried LP., Watson J. Frailty and failure to thrive. In principles of geriatric a medicine and gerontology. 4th edition. New York : Md Granhill. 1998, p 1387-1402.
- 25.** Katz D. Failure to thrive in the elderly exploration of the concept and delineation of psychiatric components. J Geriatr Neurol. 1993, vol 6, p 161-169.
- 26.** Bouchon JP. Particularités diagnostiques et grands principes thérapeutiques en gériatrie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Traité de Médecine Akos. Paris. Elsevier SAS. 2004, vol 3, p 1010-1014.
- 27.** Carli P., Riou B., Télion C. Urgences médico-chirurgicales de l'adulte 2^{ème} édition. Arnette. Prise en charge en urgence des patients âgés. P 97-103.
- 28.** Pradat-Diehl P., Chardonneraux H., Mazevet D. Introduction à la notion de handicap. Encyclopédie Médico-chirurgicale. Traité de Médecine Akos. Paris : Elsevier SAS, 2004, vol 3, p 1080-1083.
- 29.** Collège National des Enseignants de Gériatrie. Le concept de fragilité. Jeandel C. Corpus de Gériatrie. Montmorency : Paris, 2004, tome 2, vol 26.
- 30.** Conférence de consensus, Société Française de Médecine d'Urgence « Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux Urgences » 2003. Texte long [En ligne 04/2011] http://www.sfmur.org/documents/consensus/pa_urgs_long.pdf
- 31.** Mc cusker J., Bellavance F., Cardin S. et al. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit : the ISAR sceeming tool. J Am Geriatr Soc. 1999, vol 47, p 1229-1237.
- 32.** Missed diagnoses among elderly patients discharged from an accident and emergency department. J Accid Emerg Med. 1996, vol 13, p 256-257. [En ligne 04/2011] <http://emj.bmj.com/content/13/4/256>

- 33.** Intranet. Bilan d'activité PMSI 2010. Rapports d'activité par pôle. Pôle urgence-réanimation.
- 34.** Vincent D. Altération de l'état général chez le patient âgé. Année Gériatrique. 1998, vol 12, p 166-187.
- 35.** McCusker J. Bellay Ange F. Cardin S. et al. Prediction of hospital utilization among elderly patients during the 6 months after an emergency department visit. Ann Emerg Med. 2000, vol 36, p 438-445.
- 36.** Gauvain JB. Ripault H. Chavanne D. UHCD : impact d'une présence gériatrique. Année gériatrique. 2002, vol 16, p 89-104.
- 37.** L'hôpital public manque-t-il réellement de personnel ? R. Holcman. Journal d'Economie Médicale 2007, vol 25, n°5-6, p307-317.
http://www.robertholcman.net/public/documents/articles/manque_personnel_hopital.pdf
- 38.** Avis et rapports du Conseil Economique et Social : l'hôpital public en France, bilan et perspectives. M. Eric Molinié.
http://www.robertholcman.net/public/documents_institutionnels/rapports/rapport_molini_e.pdf
- 39.** Thèse de médecine. Laurence Blaise-Ptak. Juin 2005. Facteurs prédictifs de la durée d'hospitalisation des personnes âgées en court séjour gériatrique. CHU Nancy.
http://scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_T_2005_BLAISE_PTAK_LAURENCE.pdf
- 40.** Woimant F. De Broucker T. Vassel P. Groupe de travail « Organisation des structures de soins dans la pathologie neuro-vasculaire » de la société française Neuro-vasculaire. 2002. Résultats de 3 enquêtes nationales. http://www.picardmed.com/avc/iso_album/pec-avc-enquete-2003.pdf

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

**Avis favorable de la Commissions des thèses
du Département de Médecine Générale
en date du *20 mai 2010***

Le Directeur de Thèse

**Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours**

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

MOREAU Sébastien

Thèse n°

24 pages – 6 tableaux – 5 figures – 2 fiches

Résumé :

Contexte

Le terme d'altération de l'état général (AEG) est souvent utilisé par les médecins, sans pour autant qu'il corresponde scrupuleusement à la triade « asthénie-anorexie-amaigrissement » et tout particulièrement chez les personnes âgées. La population des plus de 75 ans, en nette croissance actuelle, est très consommatrice de soins avec des durées d'hospitalisation élevées.

Matériel et méthode

La population provient d'une étude prospective monocentrique (SAU Trousseau, Tours) incluant de mai à juillet 2010, des patients de plus de 75 ans adressés avec un courrier par un médecin de ville. Deux groupes ont été constitués (groupe AEG et groupe témoin) en fonction de la présence ou non du terme d'« AEG » dans le courrier d'admission.

Le critère de jugement principal a été la durée d'hospitalisation. L'analyse statistique a été stratifiée sur l'appartenance au groupe AEG ou témoin, car si la présence d'une AEG n'est pas apparue comme un facteur influant de manière significative la durée d'hospitalisation, elle se comporte comme un facteur confusionnel. Dans chacune des deux strates, les paramètres d'influence de la durée d'hospitalisation ont alors été identifiés en analyse univariée puis intégrés dans un modèle de régression linéaire multivariée.

Résultats

Au total, 86 patients ont été inclus : 35 dans le groupe AEG et 51 dans le groupe témoin.

Sur l'ensemble de notre cohorte, l'AEG n'influence pas de manière significative ($p = 0.82$) la durée d'hospitalisation.

Les facteurs indépendants allongeant de manière significative la durée d'hospitalisation sont :

- dans la strate AEG : l'hospitalisation dans un service autre que l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ($p < 10^{-4}$), la nécessité d'un placement dans un moyen ou long séjour ($p = 0.048$) et un âge < 85 ans ($p = 0.006$)
- dans la strate témoin : l'hospitalisation dans un service autre que l'UHCD ($p < 10^{-4}$) et la nécessité d'un placement dans un moyen ou long séjour ($p = 0.037$)

Conclusion

La durée d'hospitalisation n'est pas liée de manière significative à la présence d'une AEG. Cependant, si certains paramètres (hospitalisation en UHCD, nécessité d'un placement) sont des facteurs d'influence qui paraissent logiques, il apparaît que la « fragilité » associée à un âge élevé raccourcit la durée d'hospitalisation. Ces résultats restent à être confirmés sur une population plus importante et prenant en considération des critères supplémentaires (aspect nutritionnels, pourcentage de ré-hospitalisation à court terme, ...), tant la relation entre hospitalisation et personnes âgées paraît multifactorielle et complexe.

Mots clés :

- Personnes âgées
- Altération de l'état général
- Durée d'hospitalisation
- Urgences

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Dequin

Membres : Monsieur le Professeur Maillot

Monsieur le Professeur Couet

Monsieur le Docteur Giovannetti

Date de la soutenance : 13 mai 2011