



Faculté de médecine

Année 2025/2026

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

RUCAREANU Maria

TITRE

**Étude comparative de la mortalité dans la population gériatrique avec
mention « MADD » dans le service des urgences**

Présentée et soutenue publiquement le **15/09/2025** date devant un jury composé
de :

Président du Jury : Professeur FOUGERE Bertrand, Gériatrie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur LEROY Victoire, Gériatrie, MCU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Docteur MOUMNEH Thomas, Médecine d'Urgence, MCU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Docteur DENEAU Pierre, Urgences, PH, CHU – Tours

Docteur COULONGEAT Matthieu, Gériatre, PH, CHU – Orléans

Directrice de thèse : Docteur LEMOINE Léa, PH, CHU - Tours

RESUME

Titre : Étude comparative de la mortalité de la population gériatrique avec mention « MADD » dans le service des urgences

Introduction : La population gériatrique représente une part importante des passages dans les services des urgences. Dans cette population, les problématiques sociales sont souvent intriquées aux problématiques médicales. Parmi les éléments tracés dans les dossiers médicaux, la mention MADD (Maintien Au Domicile Difficile) est régulièrement inscrite. Cette mention ne repose sur aucune définition médicale standardisée et les données issues de la littérature sont limitées mais certains profils semblent liés : femme vivant seule, en perte d'autonomie, présentant une pathologie chronique et certains syndromes gériatriques. Ces éléments sont déjà connus pour être associés à une surmortalité. Nous avons émis l'hypothèse que la mention MADD pourrait constituer un marqueur de gravité, associé à une évolution défavorable.

Méthode : Étude rétrospective, dans les centres de Tours et d'Orléans, sur la période automnale de 2022. Les patients de plus de 75 ans ayant consulté aux Urgences dans la période de l'étude, dont la mention « MADD » apparaît dans le dossier ont été inclus. Un groupe témoin « non MADD » a été constitué selon un appariement au ratio 1 :1. Le critère de jugement principal était la mortalité intrahospitalière, les critères de jugement secondaires étaient l'institutionnalisation post-hospitalisation, le nombre de réhospitalisations et la mortalité à 3 mois. Une comparaison a été faite entre les deux groupes puis une régression logistique a été réalisée.

Résultats : 420 patients ont été inclus. Le groupe MADD était significativement plus âgé, avec une perte d'indépendance fonctionnelle plus importante et plus de troubles neurocognitifs. La mortalité intrahospitalière dans le groupe MADD était significativement plus élevée (10% vs 1%, $p = 0,006$), il n'y avait pas de différence significative concernant les critères de jugement secondaires hormis le nombre d'institutionnalisations significativement plus important dans le groupe MADD (16% vs 2%, $p < 0,001$). Après ajustement sur les facteurs de confusion, la présence de la mention MADD dans le dossier médical était significativement associée à un risque accru de décès intrahospitalier, avec un odds ratio (OR) de 3,16 [IC 95% : 1,10 à 9,20].

Conclusion : La population gériatrique identifiée comme relevant d'un MADD aux urgences semblait constituer un sous-groupe spécifique dont la mortalité intra hospitalière est plus élevée. Ce surrisque reposait sur des facteurs de gravité encore mal identifiés, très certainement multifactoriels et qui devraient être mieux caractérisés pour être pris en compte dans un parcours de soins ambulatoires ou hospitaliers adapté à leur vulnérabilité.

Mots clés : Maintien au domicile difficile, Syndromes gériatriques, Service d'accueil des urgences

ABSTRACT

Title: Comparative study of morbidity and mortality in the geriatric population with in the emergency department.

Background: The geriatric population accounts for a significant proportion of emergency departments visits. In this population, social issues are often intertwined with medical issues. Among the items recorded in medical records, the term MADD (Maintien Au Domicile Difficile, or “Home Uncertainty”) is regularly noted. This notation is not based on any standardised medical definition, and data from the literature are limited. However, certain recurring profiles have been observed: older women living alone, loss of autonomy, with chronic conditions and geriatric syndromes. These factors are already known to be associated with increased mortality. We hypothesised that the notation of Home Uncertainty (HU) could be a marker of severity, potentially associated with an unfavourable outcome.

Methods: Retrospective study conducted in the centres of Tours and Orléans during the autumn of 2022. Patients over the age of 75 who visited the emergency department (ED) during the study period and whose records included the notation HU were included. A control group was formed using a 1:1 matching ratio. The primary endpoint was in-hospital mortality, and the secondary endpoints were post-hospitalisation institutionalisation, number of rehospitalisations and 3-month mortality. A comparison was made between the two groups, followed by logistic regression.

Results: 420 patients were included. The HU group was significantly older, with greater loss of functional independence and more neurocognitive disorders. In-hospital mortality in the HU group was significantly higher (10% vs. 1%, $p = 0.006$), but there were no significant differences in secondary outcomes except for the number of institutionalisations, which was significantly higher in the HU group (16% vs. 2%, $p < 0.001$). After adjusting for confounding factors, the presence of HU in the medical record was significantly associated with an increased risk of in-hospital death, with an odds ratio (OR) of 3.16 [95% CI: 1.10 to 9.20].

Conclusion: Geriatric patients identified with the mention HU in the ED seems to represent a specific subgroup with a higher in-hospital mortality rate. This excess mortality likely results from multifactorial severity factors that remain poorly defined. These patients should be better characterized in order to inform more appropriate ambulatory and inpatient care pathways tailored to their vulnerability.

Keywords: Home Uncertainty, Geriatric syndromes, Emergency department

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, Pédagogie

Pr Caroline DIGUISTO, Relations internationales

Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale

Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, Formation Médicale Continue

Pr Hélène BLASCO, Recherche

Pr Pauline SAINT-MARTIN, Vie étudiante

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Patrice DIOT

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Frédéric PATAT

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric Neurochirurgie
 ANDRES Christian Biochimie et biologie moléculaire
 ANGOULVANT Denis Cardiologie
 APETOH Lionel Immunologie
 AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
 AUPART Michel Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 BACLE Guillaume..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
 BAKHOS David Oto-rhino-laryngologie
 BALLON Nicolas Psychiatrie ; addictologie
 BARILLOT Isabelle Cancérologie ; radiothérapie
 BARON Christophe Immunologie
 BEJAN-ANGOULVANT Theodora Pharmacologie clinique
 BERHOUE Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
 BERNARD Anne Cardiologie
 BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle Biologie cellulaire
 BLASCO Hélène..... Biochimie et biologie moléculaire
 BONNET-BRILHAULT Frédérique Physiologie
 BOULOUIS Grégoire Radiologie et imagerie médicale
 BOURGUIGNON Thierry Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 BRILHAULT Jean Chirurgie orthopédique et traumatologique
 BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
 BRUNEREAU Laurent Radiologie et imagerie médicale
 BRUYERE Franck Urologie
 BUCHLER Matthias Néphrologie
 CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
 CALAIS Gilles Cancérologie, radiothérapie
 CAMUS Vincent Psychiatrie d'adultes
 CORCIA Philippe..... Neurologie
 COTTIER Jean-Philippe Radiologie et imagerie médicale
 DEQUIN Pierre-François Thérapeutique
 DESMIDT Thomas Psychiatrie
 DESOUBEUX Guillaume Parasitologie et mycologie
 DESTRIEUX Christophe Anatomie
 DI GUISTO Caroline Gynécologie obstétrique
 DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague Anatomie & cytologie pathologiques
 DUCLUZEAU Pierre-Henri Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
 EHRMANN Stephan Médecine intensive – réanimation
 EL HAGE Wissam Psychiatrie adultes
 ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
 ESPITALIER Fabien Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
 FAUCHIER Laurent Cardiologie

FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire

SAUTENET-BIGOT Bénédicte Thérapeutique
 THOMAS-CASTELNAU Pierre Pédiatrie
 TOUTAIN Annick Génétique
 VOURC'H Patrick Biochimie et biologie moléculaire
 WATIER Hervé Immunologie
 ZEMMOURA Ilyess Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
 LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor Anatomie
 MALLET Donatien Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde Cancérologie, radiothérapie
 CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie
 CHESNAY Adélaïde Parasitologie et mycologie
 CLEMENTY Nicolas Cardiologie
 DE FREMINVILLE Jean-Baptiste Cardiologie
 DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
 DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
 FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
 GARGOT Thomas Pédiopsychiatrie
 GOUILLEUX Valérie Immunologie
 HOARAU Cyrille Immunologie
 KERVARREC Thibault Anatomie et cytologie pathologiques
 KHANNA Raoul Kanav Ophtalmologie
 LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
 LEDUCQ Sophie Dermatologie
 LEJEUNE Julien Hématologie, transfusion
 MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
 MOUMNEH Thomas Médecine d'urgence
 PIVER Éric Biochimie et biologie moléculaire
 RAVALET Noémie Hématologie, transfusion
 ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire
 STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie Anatomie et cytologie pathologiques
 STEFIC Karl Bactériologie
 TERNANT David Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
 VAYNE Caroline Hématologie, transfusion
 VUILLAUME-WINTER Marie-Laure..... Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
TIN Hervé	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie Orthophoniste

CLOUTOUR Nathalie Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde Orthophoniste

HARIVEL OUALLI Ingrid Orthophoniste

IMBERT Mélanie Orthophoniste

SIZARET Eva Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes 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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) 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(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout spécialement, l'ensemble des membres du jury pour avoir accepté de juger ce travail.

Je remercie le Dr COULONGEAT Matthieu pour sa participation à l'élaboration de ce travail.

Un très grand merci à ma directrice de thèse, Dr LEMOINE Léa pour tous ses conseils, son soutien, sa qualité de relecture et d'avoir porté ce projet avec moi pour qu'il soit non seulement un exercice de thèse mais également un projet que j'ai pu m'approprier au fur et à mesure du travail et qui, je l'espère, sera utile dans l'amélioration de la prise en charge des patients âgés. Je te remercie pour ta rigueur, ta gentillesse et pour tous les moments où tu m'as dit dans tes mails de ne pas paniquer !

Un très grand merci également au Dr LEROY Victoire, non seulement pour l'honneur qu'elle me fait de participer à mon jury mais également pour tout son soutien au cours de la dernière année. Je te suis reconnaissante pour tout !

Au Dr BLEUET Joelle qui a été à l'origine de ce projet et qui m'a soutenu au début de mon internat.

A l'ensemble de l'équipe du CDC (Centre de Données Cliniques) du CHU de Tours et tout particulièrement au Dr FAUSSAT Cathie et Dr MIGEON Adrien pour leur suivi, leurs bons conseils et leur aide précieuse à l'élaboration de cette thèse.

A toutes les équipes médicales et paramédicales des centres hospitaliers dans lesquels j'ai travaillé en tant qu'interne. Merci pour votre contribution à ma formation, pour votre patience, vos conseils, les bons et les moins bons moments qui m'ont tous fait grandir professionnellement et humainement.

A ma famille : mes parents, mon frère, ma belle-sœur pour leur soutien et leur amour. Je remercie mes parents pour tous leurs efforts le long de ces années, pour la chance qu'ils nous ont donné en nous soutenant dans nos projets d'études et personnels. Pour leur exemple de travail, de rigueur, d'ouverture au monde, de curiosité et pour tant d'autres choses qui font de nous les adultes que nous sommes aujourd'hui.

Un très grand merci à la team « Canne-tons », Perrine, Marie, Emma, Théophane qui m'ont soutenu pendant toutes ces années, aux différents co-internes de spécialités et de Médecine Générale que j'ai eu dans ma formation et avec qui j'ai eu plaisir de travailler. Un grand merci particulièrement à Marie Ardant pour son soutien lors des derniers préparatifs pour la thèse. Merci pour tes mots d'encouragements et tes prières.

A mes très chers amis de Tours, de Paris et de Iasi. Je suis reconnaissante envers Dieu pour l'amitié qui nous unit. Vous êtes des frères et des sœurs pour moi. Je vous suis reconnaissante pour tous les messages de soutien que vous m'avez envoyés, pour toutes les bonnes pensées, les encouragements et les prières qui m'ont accompagnée depuis que nous nous connaissons. Nous avons partagé tellement de moments ensemble ! Des moments de joie et de peine mais que des moments qui ont servi à nous découvrir et à nous unir. Et j'espère qu'il y en aura encore plein d'autres à venir !

Mon autre Serment d'Hippocrate (Corinthiens 13:2)

01 J'aurais beau parler toutes les langues des hommes et des anges, si je n'ai pas la charité, s'il me manque l'amour, je ne suis qu'un cuivre qui résonne, une cymbale retentissante.

02 J'aurais beau être prophète, avoir toute la science des mystères et toute la connaissance de Dieu, j'aurais beau avoir toute la foi jusqu'à transporter les montagnes, s'il me manque l'amour, je ne suis rien.

03 J'aurais beau distribuer toute ma fortune aux affamés, j'aurais beau me faire brûler vif, s'il me manque l'amour, cela ne me sert à rien.

04 L'amour prend patience ; l'amour rend service ; l'amour ne jalouse pas ; il ne se vante pas, ne se gonfle pas d'orgueil ;

05 Il ne fait rien d'inconvenant ; il ne cherche pas son intérêt ; il ne s'empporte pas ; il n'entretient pas de rancune ;

06 Il ne se réjouit pas de ce qui est injuste, mais il trouve sa joie dans ce qui est vrai ;

07 Il supporte tout, il fait confiance en tout, il espère tout, il endure tout.

08 L'amour ne passera jamais. Les prophéties seront dépassées, le don des langues cessera, la connaissance actuelle sera dépassée.

09 En effet, notre connaissance est partielle, nos prophéties sont partielles.

10 Quand viendra l'achèvement, ce qui est partiel sera dépassé.

11 Quand j'étais petit enfant, je parlais comme un enfant, je pensais comme un enfant, je raisonnais comme un enfant. Maintenant que je suis un homme, j'ai dépassé ce qui était propre à l'enfant.

12 Nous voyons actuellement de manière confuse, comme dans un miroir ; ce jour-là, nous verrons face à face. Actuellement, ma connaissance est partielle ; ce jour-là, je connaîtrai parfaitement, comme j'ai été connu.

13 Ce qui demeure aujourd'hui, c'est la foi, l'espérance et la charité ; mais la plus grande des trois, c'est la charité.

Note à moi-même.

Table des matières

I.	ABBREVIATIONS	14
II.	INTRODUCTION	15
III.	METHODOLOGIE	17
	) Schéma d'étude et sélection de la population	17
	) Variables d'intérêt	17
	) Critères de jugement	18
	) Analyse statistique	18
IV.	RESULTATS	19
	) Analyse descriptive	19
	) Analyse explicative	20
V.	DISCUSSION	21
VI.	BIBLIOGRAPHIE	24
VII.	TABLEAUX ET FIGURES	26
VIII.	DECLARATIONS ET AFFIRMATIONS	30

ABBREVIATIONS

FEDORU : Fédération des Observatoires Régionaux Des Urgences

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

MADD : Maintien Au Domicile Difficile

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CH : Centre Hospitalier

EHPAD : Établissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

IDM : Infarctus Du Myocarde

FRENCH : French Emergency Nurses Classification in-Hospital Triage

OR : Odds Ratio

ATM : Aide Technique à la Marche

SEGA: Short Emergency Geriatric Assessment

CFS: Clinical Frailty Scale

Obsan: Observatoire Suisse de la Santé

ERERC : Espace de réflexion Éthique Région Centre Val de Loire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

I. INTRODUCTION

La population gériatrique représente une part importante des passages aux urgences¹. En 2024, selon un rapport de la FEDORU (Fédération des Observatoires Régionaux Des Urgences)², les patients de plus de 75 ans représentaient 17% des passages aux urgences. Ils représentaient, selon le même rapport, une part importante des hospitalisations au décours du passage aux urgences : 48% des patients ayant consulté aux urgences contre 18% dans la population adulte jeune (18-74 ans). Les projections démographiques prédisent une augmentation de cette tendance dans les années à venir en lien avec le vieillissement de la population³.

La prise en charge des patients âgés dans les services des urgences est complexe en raison d'une grande hétérogénéité des problématiques médicales et environnementales, plus fréquemment représentées dans cette population. Une étude statistique de la DRESS (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) parue en 2017 mettait en lumière la différence de profil des patients âgés de plus de 75 ans venus aux urgences, comparés à une population adulte d'âge inférieur (15-74 ans)⁴. Il a notamment été observé que la complexité des problématiques de santé s'expliquait par la présence de polypathologies, ainsi que par un surrisque de perte d'autonomie. Il était également décrit qu'une intrication de causes médicales et sociales étaient responsables d'états de « crises » amenant au passage dans les services des urgences. Lors du passage aux urgences, la prise en charge des patients âgés de plus de 75 ans nécessitait un nombre d'actes plus important, une fréquence plus élevée d'hospitalisation en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) et dans un service d'hospitalisation conventionnel. La durée de passage dépassant les 8 heures était plus importante dans le groupe gériatrique (26% vs 10% dans la population plus jeune).

Un autre résultat important de cette enquête était le fait que, parmi la population gériatrique, il existait plusieurs sous-types de patients dont le plus représenté (39% de la population gériatrique aux urgences dans la période étudiée) venait pour des motifs divers, et souvent imprécis. Malgré le recours à la réalisation d'examen complémentaires, les diagnostics de sortie des urgences restaient peu précis et avec une grande hétérogénéité tant dans les pathologies représentées que dans les niveaux de gravité. Ces patients étaient fréquemment hospitalisés après le passage aux urgences. Cette hospitalisation s'accompagnait le plus souvent d'un processus de perte d'autonomie, laissant supposer l'existence sous-jacente d'un syndrome gériatrique en lien avec le motif de consultation.

Pour ces patients dont le motif de consultation est flou et souvent associé à une perte d'autonomie, la mention MADD est souvent utilisée en pratique courante, même si elle ne fait appel à aucune définition médicale.

Plusieurs études françaises préalables^{5,6,7}, principalement descriptives, ont étudié la population gériatrique mentionnée comme relevant d'un « Maintien Au Domicile Difficile » (MADD) après un passage aux urgences et/ou hospitalisée en service conventionnel. Les données socio-démographiques associées à cette mention étaient le sexe féminin, le fait de vivre seul mais avec un entourage familial ou professionnel, ainsi que la présence de plusieurs pathologies chroniques et de syndromes gériatriques, notamment les chutes à répétition, les troubles psychocomportementaux dans le cadre de troubles neurocognitifs et la dénutrition. A noter que

dans l'étude Réunionnaise⁷ la présence de troubles neurocognitifs approchait un taux de 90% dont plus de 50% présentaient des troubles du comportement.

D'autres études ont déjà démontré l'association entre les éléments précédemment cités et une surmortalité au sein de cette population. Par exemple, un patient confus avait un taux de mortalité pouvant atteindre 50% dans l'année suivant l'épisode confusionnel^{8, 9} sachant que les troubles neurocognitifs constituaient un facteur prédisposant de syndrome confusionnel¹⁰. De même pour les chutes, il existe une surmortalité, souvent suite à des complications post-chute. Les chutes sont d'ailleurs la première cause de mortalité accidentelle tout âge confondu en France^{11,12}.

En ce qui concerne le passage dans le service des urgences, un temps de passage aux urgences de plus de 10 heures était associé à un surrisque de confusion et le temps de passage était corrélé à la mortalité intra-hospitalière¹³. Une étude récente épidémiologique détaillait la mortalité intrahospitalière au sein de la population gériatrique¹⁴. Elle mettait en évidence, une fois encore, une hétérogénéité dans la population ainsi que dans les parcours de soins et une mortalité différente. Une surmortalité a été observée chez les patients hospitalisés dans un service de Gériatrie Aigue comparativement à un autre service d'hospitalisation conventionnelle. Le profil de ces patients se distinguait par d'avantage de comorbidités, un niveau de sévérité plus élevé et présentait davantage de troubles neurocognitifs majeurs.

Ces constats illustrent l'existence, au sein de la population gériatrique, de profils cliniques et de trajectoires de soins diversifiés, associés à des niveaux de gravité médicale variables. Cette complexité, difficile à évaluer dans un temps contraint comme celui du service d'accueil des urgences, conduit probablement au moins partiellement, à la mention MADD.

Dans notre étude, nous avons émis l'hypothèse que la mention MADD pouvait traduire un signal d'alerte, potentiellement associée à un pronostic défavorable. L'objectif de ce travail était de comparer la mortalité entre un groupe de patients âgés avec la mention MADD et un groupe contrôle sans la mention MADD dans le dossier médical des urgences.

II. METHODOLOGIE

Schéma d'étude et sélection de la population

Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle de type cohorte exposés/non exposés, bicentrique (CHU de Tours et CH d'Orléans). La période de recrutement a été limitée à la saison automnale (23 septembre au 21 décembre 2022).

Pour le groupe MADD, ont été inclus tous les dossiers de patients âgés de plus de 75 ans pour lesquels la mention MADD était inscrite, soit comme motif d'admission, soit en texte libre dans le dossier rempli par l'équipe médicale. S'il existait plusieurs passages aux urgences dans la période d'inclusion, le dernier passage a été choisi. Le groupe contrôle a été sélectionné sur des bases de données fournies par les hôpitaux respectifs pour la période concernée. Nous avons procédé à un appariement aléatoire 1:1 sur le jour du passage dans le service des urgences.

Les patients résidant en EHPAD ont été exclus. Pour le groupe contrôle, les doublons n'ont pas été pris en compte en raison de l'appariement.

Variables d'intérêt

Ces données ont été recueillies à partir des dossiers personnels informatiques de triage, de passage dans le service des urgences et d'hospitalisation.

Ont été réaccueillies les variables suivantes :

- a) Le sexe (F, H), l'âge (en années)
- b) Les comorbidités médicales par le score de Charlson, non indexé à l'âge. Certaines pathologies ont été regroupées pour l'analyse, comme suit : les maladies cardiovasculaires regroupent les maladies vasculaires périphériques, la présence de diabète (léger ou sévère), les AVC (Accident Vasculaire Cérébral) et les IDM (Infarctus Du Myocarde) ; les néoplasies comprennent les lymphomes, les tumeurs avec ou sans métastases et les leucémies.
- c) Le mode de vie : le lieu de vie (domicile ou foyer logement), le fait de vivre seul, la présence d'aides au domicile, l'utilisation d'aide technique à la marche.
- d) La polymédication (≥ 5 médicaments sur l'ordonnance renseignée dans le dossier médical)
- e) Le passage aux urgences :
 - Le triage de la sévérité à l'accueil des urgences comme témoin de la sévérité à l'arrivée dans le service des urgences par l'échelle FRENCH (French Emergency Nurses Classification in-Hospital Triage).
 - Le temps de premier contact médical et le temps global passé aux urgences.
 - Le motif d'entrée inscrit au triage et le motif de sortie inscrit en conclusion de l'observation médicale : le motif a été rapporté dans la base de données sous

forme de réponse binaire dans une catégorie de pathologie. Les catégories de pathologies ont été choisies selon les grandes catégories de pathologies de l'échelle FRENCH. Les motifs correspondant aux syndromes gériatriques (confusion, chute, épuisement de l'aidant) ont été rapportés comme motifs d'entrée hors-catégories correspondant aux monopathologies. S'il existait plusieurs motifs de passage aux urgences, le motif principal était inclus.

- f) Le devenir à la suite du passage aux urgences : hospitalisation, la durée et le lieu de l'hospitalisation, les décès intrahospitaliers et les institutionnalisations à la suite de l'hospitalisation.
- g) Le devenir à 3 mois : réhospitalisations, décès et les changements de domicile.
- h) Passage préalable aux urgences : fréquence de passage aux urgences dans l'année et le mois avant le passage.

Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la mortalité intrahospitalière.

Les critères de jugement secondaires étaient l'institutionnalisation post-hospitalisation, la survenue d'une réhospitalisations dans les 3 mois à compter du passage aux urgences et la mortalité intrahospitalière à 3 mois.

Analyse statistique

Pour l'analyse descriptive, les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectifs et pourcentages. Les variables continues ont été décrites sous forme de moyenne et d'écart-type.

Les comparaisons des paramètres entre les groupes ont été effectuées par test chi-carré pour les variables qualitatives et par un T-test ou un test de Mann-Whitney selon la distribution pour les variables quantitatives. La vérification de la normalité a été réalisée par contrôle visuel des courbes de distribution. Lorsque la distribution était normale, le test t de Student a été utilisé ; dans le cas contraire, le test de Mann–Whitney a été appliqué.

Nous avons ensuite procédé à une régression logistique comprenant les variables significatives lors de l'analyse bivariée, après vérification de l'absence de multicolinéarité.

Enfin, afin de prendre en compte les facteurs de confusion, nous avons réalisé un score de propension permettant un appariement des groupes MADD et contrôle sur les variables liées au MADD et au décès. Une nouvelle régression logistique sur les groupes appariés a été réalisée.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel **JASP (version 0.19.3, JASP Team, 2025)** et **R studio**.

III. RESULTATS

Analyse descriptive (Cf. tableaux 1, 2 et 3, Figure 1)

420 patients ont été inclus, 210 dans le groupe MADD avec un effectif de 83 patients dans chaque groupe du CH d'Orléans et 127 patients dans chacun des groupes du CHU de Tours.

L'âge moyen de l'échantillon était de 84 ans (± 6 ans). La moyenne d'âge était significativement plus élevée dans le groupe MADD (86 vs 83 ans, $p < 0,001$). La proportion de patients âgés de 90 ans ou plus était également plus importante dans le groupe MADD avec 25,2 % contre 14,8% dans le groupe contrôle. Il existe une majorité de femmes dans l'ensemble des groupes mais sans différence significative entre eux (56% vs 53%, $p=0,493$).

Concernant le mode de vie, une différence significative était constatée entre les 2 groupes, respectivement le groupe MADD et le groupe contrôle, concernant le fait de vivre seul (54% vs 48% pour $p=0,004$), l'utilisation d'une aide technique à la marche (49% vs 29%, $p < 0,001$) et la présence d'aides au domicile (62% vs 33%, $p < 0,001$).

Le taux de polymédication ne montrait pas de différence entre les deux groupes.

Concernant les comorbidités, le groupe contrôle est significativement plus comorbide sur le score de Charlson (3 ± 2 vs 2 ± 2 , $p < 0,001$). Une plus grande proportion de patients du groupe contrôle avait un score >3 (35,2 % vs 20,0 %). Les patients du groupe contrôle souffraient plus de maladies cardiovasculaires (75% vs 58%, $p < 0,001$) et de néoplasies (25% vs 11%, $p < 0,001$), tandis que les patients du groupe MADD présentaient significativement plus de troubles neurocognitifs (38% vs 12%, $p < 0,001$).

Concernant les passages aux urgences dans l'année, on ne note pas de différence significative entre les deux groupes mais plus de passage dans le mois précédant pour le groupe MADD (16% vs 4%, $p < 0,001$).

Le temps de premier contact médical aux urgences était allongé dans le groupe MADD ($3h21 \pm 2h58$ vs $2h15 \pm 1h41$, $p < 0,001$) et le temps total passé aux urgences était plus que doublé ($20h19 \pm 15h47$ vs $10h06 \pm 8h53$, $p < 0,001$).

Les patients du groupe MADD présentaient un niveau de triage initialement plus grave (plus forte proportion de niveaux 3 et 4), même s'il existait un nombre de données manquantes importantes.

Concernant les motifs de passage aux urgences, les diagnostics d'entrée infirmiers et les diagnostics médicaux de sortie montraient significativement plus de motifs cardiologiques ($p < 0,001$ à l'entrée et $p = 0,003$ à la sortie), respiratoires (respectivement, $p = 0,012$ et $p = 0,002$) et digestifs (respectivement, $p = 0,036$ et $p = 0,001$) dans le groupe contrôle. Les motifs d'entrée les plus représentés dans le groupe MADD étaient les motifs orthopédiques et traumatologiques (14% vs 7%, $p = 0,018$) et les motifs en lien avec un syndrome gériatrique : l'épuisement de l'aidant principal (2% vs 0%, $p = 0,044$), un syndrome confusionnel (9% vs 2%, $p < 0,001$). A noter, aucune différence significative entre les deux groupes pour le motif d'entrée « chute » (MADD : 27% vs non-MADD : 22%, $p=0,215$).

Deux motifs variaient significativement entre le diagnostic d'entrée et la sortie : le motif infectiologique qui se trouvait à la limite de la significativité à l'entrée, en faveur du groupe contrôle (9% vs 4%, $p=0,058$) et qui devenait significativement plus élevé dans le groupe MADD à la sortie (27% vs 16%, $p = 0,007$) ; et les motifs orthopédiques qui étaient significativement plus élevés dans le groupe MADD à l'entrée (14% vs 7%, $p= 0,018$) et devenaient non significatifs après diagnostic médical. (Voir Figure 1, Tableaux 2 et 3).

Les patients avec mention MADD étaient davantage hospitalisés (80% vs 51%, $p<0,001$) et la moyenne de durée d'hospitalisation était significativement plus longue ($14j \pm 15$ vs $4j \pm 7$, $p <0,001$). Le lieu d'hospitalisation était principalement un service d'hospitalisation en Médecine conventionnelle. A noter qu'il n'existait pas de différence significative entre les groupes concernant l'hospitalisation en UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) (11% vs 12%, $p = 0,746$).

Concernant la mortalité intrahospitalière, 27 des patients inclus dans l'étude sont décédés, dont 21 dans les groupes MADD et 6 dans le groupe contrôle (10% vs 3%, $p=0,006$).

Les patients dans le groupe MADD étaient significativement plus institutionnalisés après l'hospitalisation (16% vs 2%, $p<0,001$).

Concernant le devenir à 3 mois, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant les réhospitalisations (15% vs 18%, $p=0,454$) ni le nombre de décès (17% vs 10%, $p= 0,089$). A noter, un nombre plus important de perdus de vue dans le groupe MADD (42% vs 19%, $p< 0,001$).

Analyse explicative (tableau 4)

Dans le modèle de régression logistique multivariée évaluant la mortalité hospitalière, l'appartenance au groupe MADD était associée à un risque significativement plus élevé de décès à l'hôpital par rapport au groupe non-MADD (OR = 3,07 ; IC95% [1,10–9,65] ; $p = 0,04$).

Le sexe féminin était associé à une diminution non significative de la mortalité (OR = 0,48 ; IC95% [0,19–1,15] ; $p = 0,10$), tandis que l'âge (par tranche de 5 ans) montrait une tendance à la significativité (OR = 1,41 ; IC95% [0,99–2,04] ; $p = 0,06$).

Le temps passé aux urgences n'était pas significativement associé à la mortalité hospitalière (OR = 1,67 ; IC95% [0,91–2,95] ; $p = 0,08$).

La charge en comorbidités, évaluée par le score de Charlson, n'était pas associée de manière significative à la mortalité hospitalière : OR = 1,39 (IC95% [0,35–7,07] ; $p = 0,66$) pour un score de 1 à 3, et OR = 4,46 (IC95% [0,73–30,90] ; $p = 0,11$) pour un score >3, comparativement à un score nul.

La présence de troubles neurocognitifs dans les antécédents n'était pas associée à la mortalité (OR = 0,99 ; IC95% [0,38–2,47] ; $p = 0,98$). De même pour le diagnostic de confusion à l'entrée aux urgences (OR = 1.88 ; IC 95% [0.54 – 6.48] ; $p = 0.32$).

En revanche, la présence de comorbidités cardiovasculaires était associée à une diminution significative du risque de décès hospitalier (OR = 0,30 ; IC95% [0,11–0,85] ; $p = 0,02$).

D'autres variables cliniques, comme l'antécédent de néoplasie (OR = 1,73 ; IC95% [0,55–5,28] ; p = 0,34) ou le passage aux urgences dans le mois (OR = 0,49 ; IC95% [0,07–1,89] ; p = 0,37), n'étaient pas significativement associées à la mortalité hospitalière.

Analyse après appariement par score de propension (Figures 2 et Tableaux 5 et 6)

Après appariement sur les facteurs de confusion (cf tableau 5), 2 groupes de 105 patients ont été générés. Une nouvelle régression logistique a été réalisée et retrouve un surrisque de mortalité intrahospitalière pour les patients portant la mention MADD avec un OR à 3.98 (IC95% [1,2-17,99] ; p= 0.04).

IV. DISCUSSION

Cette étude a montré une mortalité hospitalière significativement plus élevée dans le groupe de patients pour lesquels la mention MADD a été inscrite dans le dossier médical lors du passage aux urgences, comparativement à un groupe contrôle.

Conformément aux études précédentes^{5,6,7}, le groupe MADD était caractérisé par des patients plus âgés, en majorité des femmes, plus dépendants et avec plus de troubles neurocognitifs. En revanche, contrairement à ce qui était décrit dans les études précitées on remarquait que le groupe contrôle présentait un score de Charlson plus élevé avec des pathologies cardiovasculaires, respiratoires, néoplasiques, digestives, rénales et métaboliques plus importantes.

A leur arrivée aux urgences le groupe MADD présentait un triage d'accueil plus grave, une durée de passage plus importante et un taux d'hospitalisation plus élevé. Le nombre de passages aux urgences dans le mois précédent le passage d'inclusion était plus élevé dans ce groupe et les motifs d'entrée étaient centrés sur des syndromes gériatriques.

Concernant leur devenir, les patients MADD étaient significativement plus institutionnalisés en fin d'hospitalisation. Nous n'avons pas trouvé de différence significative concernant les réhospitalisations ou la mortalité hospitalière à 3 mois. Il est important de souligner le grand nombre de perdus de vue qui s'approchait de la moitié de l'effectif MADD dans le suivi à 3 mois. La mortalité extrahospitalière n'était pas étudiée dans cette étude mais une surmortalité extrahospitalière n'est pas exclue^{15,16}.

Dans l'analyse multivariée concernant la mortalité intrahospitalière, aucune autre association significative n'a été retrouvée. L'âge était à la limite de la significativité. Les autres facteurs isolés dont les syndromes gériatriques seuls ou le mode de vie ne semblaient pas sous-tendre par eux-mêmes le lien avec la surmortalité observée.

A noter que la majorité des mentions MADD étaient posées lors du triage par des infirmiers d'orientation. Il est probable que la dépendance fonctionnelle et la carence environnementale ainsi qu'une fragilité existaient à l'admission, sans outil dédié. De nombreuses échelles se développent pour le triage des fragilités gériatriques aux urgences, telles que la SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment)¹⁷. L'utilisation d'échelles de fragilité (CFS : Clinical Frailty Scale) à l'accueil des urgences modifiait significativement le score de gravité appliqué par les

infirmiers d'orientation, avec des scores de gravité plus élevés quand la fragilité était prise en compte¹⁸.

Le groupe MADD présentait plus fréquemment des comorbidités neurocognitives, ce qui avait déjà été évoqué dans la littérature. Cela pourrait expliquer les difficultés d'orientation diagnostic à l'accueil des urgences, mais également un séjour hospitalier prolongé et plus à risque de complications secondaires, notamment de syndromes confusionnels. Plusieurs articles mettaient en évidence une durée de séjour prolongée dans les services d'hospitalisation aigue¹⁹. La durée moyenne de séjour était plus que doublée dans l'une d'entre elle avec une durée moyenne d'hospitalisation passant de 14,1 jours pour des patients du groupe contrôle contre 31 jours pour le groupe présentant des troubles neurocognitifs²⁰.

Une étude observationnelle Suisse faite par l'Obsan²¹ (Observatoire Suisse de la Santé) a décrit les parcours de soins d'une population présentant des troubles neurocognitifs. On y retrouvait une population institutionnalisée pour les trois quarts. L'institutionnalisation apparaît dans les 4 ans précédant le décès. Les parcours de soins semblaient très hétérogènes mais il en ressort 2 profils de patients prédominants avec des parcours de soins différents. Le premier avec un parcours présentant moins d'hospitalisations ou de consultations ambulatoires lorsque les patients avaient des troubles neurocognitifs sans autres pathologies chroniques organiques. Le deuxième dans lequel les patients présentaient une pathologie cognitive et une autre comorbidité associée et qui nécessitaient des hospitalisations et des consultations ambulatoires hospitalières à répétition. Les patients MADD pourraient éventuellement correspondre au deuxième type de population avec une intrication d'une autre pathologie participant à la difficulté diagnostique et d'orientation.

Comme attendu, dans notre étude, les motifs de consultation pour un syndrome gériatrique étaient significativement plus élevés dans le groupe MADD, sauf pour les chutes. Néanmoins, les diagnostics d'entrée pour le groupe MADD étaient plus fréquemment des causes orthopédiques et traumatologiques, probablement secondaires à des chutes. Cela peut s'expliquer par le fait que lors de l'inclusion, seul le motif principal écrit à l'accueil était noté, ce qui constitue un biais de mesure.

D'autres limites sont à mentionner. D'abord, de par le design rétrospectif de l'étude sur étude de dossier, l'ensemble des données recueillies n'était pas uniforme et n'a pas permis de recueillir de données de fragilité. Le temps de passage aux urgences a été calculé à partir des feuilles d'observation et peut ne pas correspondre au temps total de passage. Ainsi, ce temps a été sous-évalué, probablement sans différence entre les deux groupes. Le recueil du score de gravité à l'admission a été partiel sur le site de Tours, car n'est plus consultable au-delà d'un an du passage aux urgences. Enfin, la mortalité dans le groupe « non MADD » a pu être sous-évaluée, les passages multiples aux urgences n'ayant pas pu être pris en compte comme dans le groupe MADD en raison de la méthode d'appariement.

Notre étude a également plusieurs points forts. Premièrement, le caractère bicentrique car la notion MADD étant subjective, sans définition précise, elle est susceptible de varier en fonction des centres et des pratiques. Une étude multicentrique permet d'avoir une plus grande homogénéité sur le profil et le devenir des patients MADD. D'autre part, notre étude a pris en

compte un large panel de données cliniques. Elle est également, à notre connaissance, la première étude comparative dans une population gériatrique.

En conclusion, comparativement au groupe contrôle, les patients identifiés comme relevant d'un MADD aux urgences étaient plus âgés, présentaient plusieurs syndromes gériatriques tels que les troubles neurocognitifs, l'isolement social et étaient plus dépendants. Ils consultaient pour une affection médicale aiguë, souvent infectieuse et avaient un temps de passage aux urgences allongés, menant plus souvent à une hospitalisation, souvent de longue durée et avec une surmortalité et un risque plus élevé d'être institutionnalisé au décours. Cette complexité gériatrique est d'autant plus difficile à saisir et à gérer avec la temporalité qu'un service d'urgences exige, ce qui allonge les durées de passages et accroît par elle-même le risque de surmortalité. Les facteurs responsables de cette surmortalité semblent multiples et nécessitent d'autres études pour comprendre les facteurs intrinsèques et extrinsèques. Plusieurs pistes nous semblent pertinentes à étudier : l'analyse qualitative des personnes inscrivant la mention, la prise en compte de la fragilité, l'implication de la iatrogénie hospitalière et l'étude de la mortalité extra hospitalière.

Le parcours de soin ambulatoire et hospitalier de la population gériatrique est donc un enjeu majeur à la fois sanitaire et économique. Pour pouvoir répondre aux défis de l'augmentation de la population et de son espérance de vie, des structures et un parcours de soin adaptés, répondant à l'hétérogénéité de cette population, sont nécessaires. Les échelles de dépistage de fragilité aux urgences, le recours à des équipes mobiles dédiées²², ainsi que l'inclusion dans des filières gériatriques sont probablement des leviers pour limiter les évolutions défavorables.

V. BIBLIOGRAPHIE

1. FEDORU_CC2024_V3.pdf. Accessed August 9, 2025. https://fedoru.fr/wp-content/uploads/2025/03/FEDORU_CC2024_V3.pdf
2. Impact-des-personnes-agees-aux-urgences-Journee-FEDORU-2025.pdf. Accessed August 9, 2025. <https://fedoru.fr/wp-content/uploads/2025/04/Impact-des-personnes-agees-aux-urgences-Journee-FEDORU-2025.pdf>
3. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619. Accessed August 9, 2025. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
4. er1007.pdf. Accessed August 9, 2025. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1007.pdf>
5. 2023_Medecine_VincentLola.pdf. Accessed August 10, 2025. https://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2023_Medecine_VincentLola.pdf
6. Guide thèse d'exercice. Accessed August 10, 2025. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01178500/document>
7. Vial N. Facteurs déterminants déclarés de l'adressage de personnes âgées aux urgences pour des motifs médico-sociaux complexes: étude quantitative au CHU site Sud, Saint Pierre, île de La Réunion.
8. McCusker J, Cole M, Dendukuri N, Han L, Belzile E. The course of delirium in older medical inpatients: a prospective study. *J Gen Intern Med.* 2003;18(9):696-704. doi:10.1046/j.1525-1497.2003.20602.x
9. Goldberg TE, Chen C, Wang Y, et al. Association of Delirium With Long-term Cognitive Decline: A Meta-analysis. *JAMA Neurol.* 2020;77(11):1373-1381. doi:10.1001/jamaneurol.2020.2273
10. Fong TG, Inouye SK. The inter-relationship between delirium and dementia: the importance of delirium prevention. *Nat Rev Neurol.* 2022;18(10):579-596. doi:10.1038/s41582-022-00698-7
11. Gaelle PEDRONO, BODARD J, CARCAILLON L, et al. Les chutes des personnes âgées: un enjeu majeur de santé publique. Published online June 2015.
12. BARRY Y, LASBEUR L, THELOT B. *Mortalité Par Accident de La Vie Courante En France Métropolitaine, 2000-2008*. Santé Publique France; 2011:328-332.
13. Bo M, Bonetto M, Bottignole G, et al. Length of Stay in the Emergency Department and Occurrence of Delirium in Older Medical Patients. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(5):1114-1119. doi:10.1111/jgs.14103
14. Gooris A, Retbi A, Dibling M, Verny M, Rufat P, Tezenas du montcel S. Déterminants de la mortalité intra-hospitalière des personnes âgées dans les établissements de santé français, depuis 2018. *J Epidemiol Popul Health.* 2025;73:202897. doi:10.1016/j.jep.2025.202897

15. Adriouch L. Comprendre pour mieux agir : étude descriptive d’une cohorte de 30 patients infectés par le VIH et “perdus de vue” à l’hôpital de jour de Cayenne. Published online October 12, 2009:175.
16. Yu JKL, Chen SCC, Wang KY, et al. True outcomes for patients on antiretroviral therapy who are “lost to follow-up” in Malawi. *Bull World Health Organ.* 2007;85(7):550-554. doi:10.2471/blt.06.037739
17. Jooharoo K, Thys M, Seidel L, Drame M, Gillain S. La Grille SEGA pour préciser le risque de mortalité des patients âgés hospitalisés. *Rev Gériatrie.* 2024;49(6). Accessed August 12, 2025. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/329123>
18. Ng CJ, Chien LT, Huang CH, et al. Integrating the clinical frailty scale with emergency department triage systems for elder patients: A prospective study. *Am J Emerg Med.* 2023;66:16-21. doi:10.1016/j.ajem.2023.01.002
19. Plante J, Latulippe K, Kröger E, et al. Cognitive Impairment and Length of Stay in Acute Care Hospitals: A Scoping Review of the Literature. *Can J Aging Rev Can Vieil.* 2021;40(3):405-423. doi:10.1017/S0714980820000355
20. Briggs R, Coary R, Collins R, Coughlan T, O’Neill D, Kennelly SP. Acute hospital care: how much activity is attributable to caring for patients with dementia? *QJM Int J Med.* 2016;109(1):41-44. doi:10.1093/qjmed/hcv085
21. Dutoit L, Zufferey J, Pellegrini S. Trajectoires de soins des patients atteints de démence.
22. Launay C, Annweiler C, de Decker L, Kabeshova A, Beauchet O. Early Hospital Discharge of Older Adults Admitted to the Emergency Department: Effect of Different Types of Recommendations Made by a Mobile Geriatric Team. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(6):1031-1033. doi:10.1111/jgs.12294

VI. TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1. Tableau descriptif

	Total (n=420)	MADD (n= 210)	Non MADD (n=210)	Pvalue
Sexe Homme	192 (45%)	92 (47%)	100 (43%)	0,493
Age	84 ± 6	85 ± 6	83 ± 6	<0,001 *
Mode de vie¹				
Vit seul	216 (51%)	115 (54%)	101 (48%)	0,004*
ATM (Aide technique à la marche)	164 (39%)	103 (49%)	61 (29%)	<0,001*
Domicile	370 (88%)	186 (88%)	184 (87%)	0,604
Protection juridique	21 (5%)	17 (8%)	4 (1%)	0,605
Aides au domicile	203 (48%)	132 (62%)	71 (33%)	<0,001*
Polymédication	245 (58%)	123 (58%)	122 (58%)	0,605
Comorbidités				
Troubles neurocognitifs	107 (25%)	81 (38%)	26 (12%)	< 0,001 *
Insuffisance cardiaque	52 (12%)	28 (13%)	24 (11%)	0,553
Maladie cardio vasculaire ^{\$}	281 (66%)	122 (58%)	159 (75%)	< 0,001 *
Maladie rénale chronique	57 (13%)	24 (11%)	33 (15%)	0,200
Néoplasie £	77 (18%)	24 (11%)	53 (25%)	<0,001 *
Maladie pulmonaire	72 (17%)	31 (14%)	41 (19%)	0,195
Score Charlson	2 ± 2	2 ± 2	3 ± 2	< 0,001 *
Passage aux urgences dans le mois précédent	45 (10%)	35 (16%)	10 (4%)	<0,001 *
Passage dans l'année	1,7 ± 1,2	1,9 ± 1,3	1,6 ± 1,7	0,178
Temps				
Premier contact méd (min et heures)	169 ± 149 2h49 ± 2h30	201 ± 178 3h21 ± 2h58	135 ± 101 2h15 ± 1h41	<0,001 *
Passé aux urgences (minutes et heures)	915 ± 828 15h15 ± 13h48	1219 ± 947 20h19 ± 15h47	606 ± 533 10h06 ± 8h53	<0,001 *
Hospitalisation au décours du passage aux urgences				
	276 (65%)	168 (80%)	108 (51%)	<0,001 *
Durée de l'hospitalisation	8 ± 12	14 ± 15	4 ± 7	< 0,001 *
Institutionnalisation	38 (9%)	34 (16%)	4 (2%)	<0,001*
Décès intra hospitalier ²	27 (6%)	21 (10%)	6 (1%)	0,006 *
Décès à 3 mois	58 (13%)	36 (17%)	22 (10%)	0,089
Réhospitalisations à 3 mois	70 (16%)	32 (15%)	38 (18%)	0,454

¹données manquantes (pour 10 sujets au maximum)

²17 données manquantes

\$ inclut : maladies vasculaire périphériques, diabète, AVC, IDM

£ inclut: lymphome, tumeur sans métastase, tumeur avec métastase, leucémie

Les variables numériques sont présentées sous forme de moyenne et d'écart type.

Les variables nominales sont présentées sous forme d'effectifs et pourcentages.

Tableau 2 : Tableau descriptif des motifs d'entrée aux urgences inscrits par le personnel infirmier lors du triage d'accueil

Motifs d'entrée réalisés par infirmière d'accueil	Total (n=420)	MADD (n=210)	Non MADD (n=210)	p-value
Neurologiques	42 (10%)	15 (7%)	27 (12%)	0,051
Infectiologiques	30 (7%)	10 (4%)	20 (9%)	0,058
Cardiologiques	41 (9%)	10 (4%)	31 (14%)	< 0,001*
Psychiatriques	8 (2%)	5 (2%)	3 (1%)	0,479
Orthopédiques et traumatologiques	45 (10%)	30 (14%)	15 (7%)	0,018*
Respiratoires	46 (11%)	15 (7%)	31 (14%)	0,012*
Digestifs	36 (8%)	12 (5%)	24 (11%)	0,036*
Rénaux et urologiques	11(2%)	3 (1%)	8 (3%)	0,127
Epuisement de l'aidant principal	4 (1%)	4 (2%)	0	0,044*
Confusion	24 (5%)	20 (9%)	4 (2%)	< 0,001*
Chute	105 (25%)	58 (27%)	47 (22%)	0,2115

Tableau 3 : Tableau descriptif des motifs de sortie inscrits par le médecin

Motif de sortie renseigné par médecin urgentiste	Total (n=420)	MADD (n=210)	Non MADD (n=210)	p-value
Neurologiques	45 (10%)	19 (9%)	26 (12%)	0,269
Infectiologiques	93 (22%)	58 (27%)	35 (16%)	0,007*
Cardiologiques	52 (12%)	16 (7%)	36 (17%)	0,003*
Psychiatriques	5 (2%)	4 (2%)	1 (0,5%)	0,179
Orthopédiques et traumatologiques	96 (22%)	40 (19%)	56 (26%)	0,063
Respiratoires	19 (4%)	3 (1%)	16 (7%)	0,002*
Digestifs	29 (7%)	6 (2%)	23 (11%)	0,001*
Rénaux et urologiques	24 (5%)	8 (3%)	16 (7%)	0,093
Épuisement de l'aidant principal	5 (1%)	5 (2%)	0	0,024*

Figure 1. Tableau comparatif des motifs d'entrée et des diagnostics de sortie selon la mention MADD (exprimés en pourcentage)

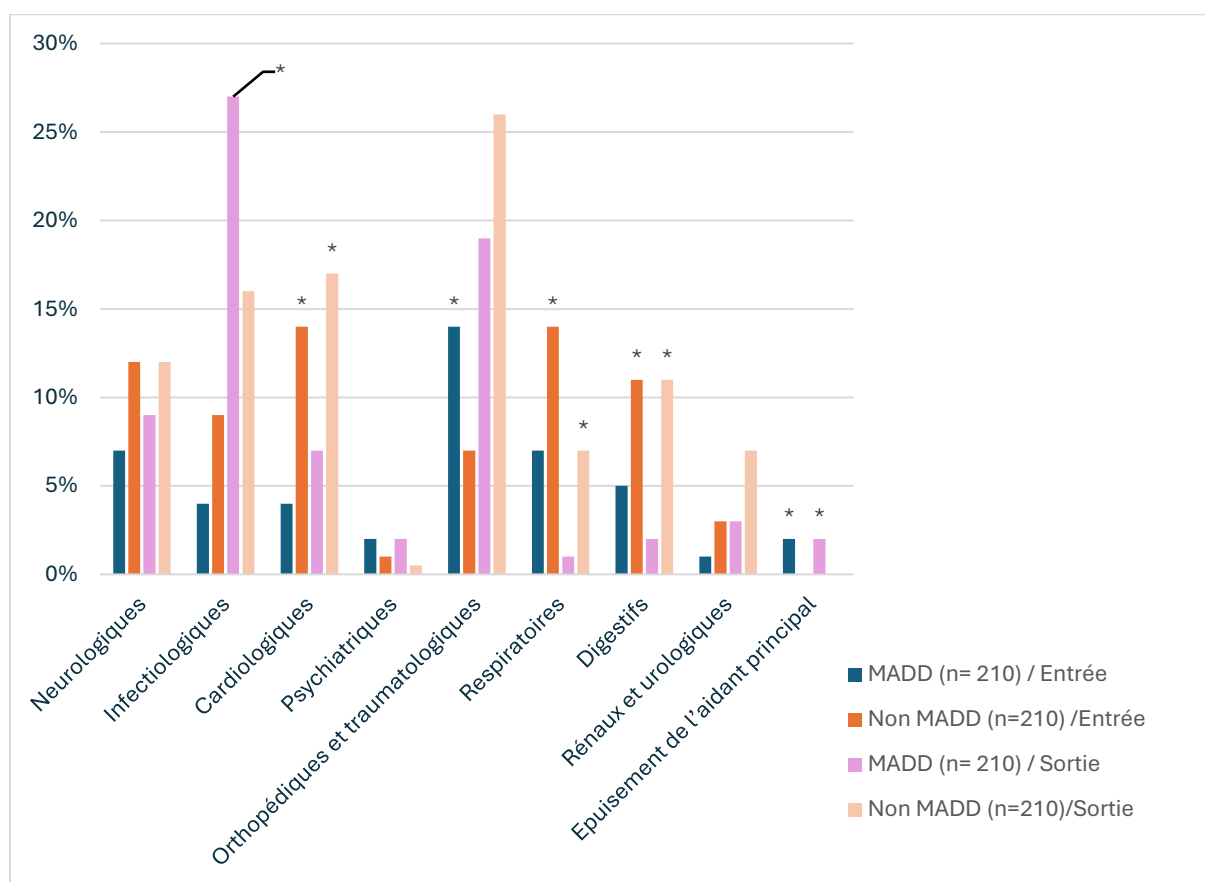


Tableau 4. Facteurs associés à la mortalité hospitalière (modèle de régression logistique multivariée)

	OR	IC95%	p
Mention MADD (oui vs non)	3,16	[1,10 – 9,20]	0,03*
Sexe féminin (vs masculin)	0,48	[0,19 – 1,15]	0,10
Âge (par tranche de 5 ans)	1,41	[0,99 – 2,04]	0,06
Score de Charlson 1–3 (vs 0)	1,39	[0,35 – 7,07]	0,66
Score de Charlson >3 (vs 0)	4,46	[0,73 – 30,90]	0,11
Trouble neurocognitif (oui vs non)	0,99	[0,38 – 2,47]	0,98
Comorbidité cardiovasculaire (oui vs non)	0,30	[0,11 – 0,85]	0,02*
Comorbidité néoplasique (oui vs non)	1,73	[0,55 – 5,28]	0,34
Passage aux urgences dans le mois (oui vs non)	0,49	[0,07 – 1,89]	0,37
Syndrome confusionnel	1,88	[0,54 – 6,48]	0,32
Aides au domicile	1,16	[0,48 – 2,80]	0,74

Les valeurs sont exprimées en odds ratio (OR) avec leur intervalle de confiance à 95 % (IC95%).

Figure 2

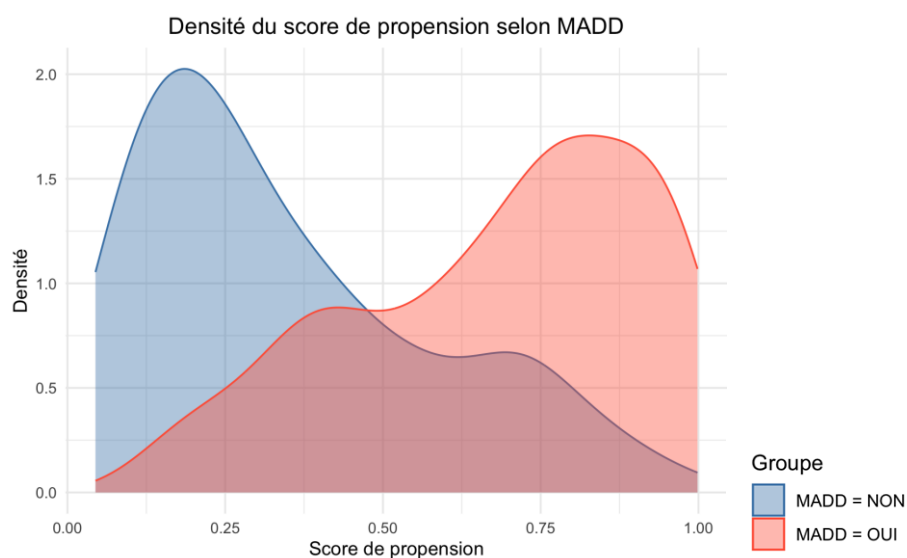


Tableau 5. Répartition des effectifs après appariement par score de propension

	Non-MADD (n=105)	MADD (n=105)
Sexe Femmes	58 (55,2)	54 (51,4)
Age		
<80	27 (25,7)	30 (28,6)
80-89	55 (52,4)	54 (51,4)
>=90	23 (21,9)	21 (20,0)
Charlson		
0	17 (16,2)	11 (10,5)
1 à 3	62 (59,0)	66 (62,9)
>3	26 (24,8)	28 (26,7)
Troubles neurocognitifs	24 (22,9)	26 (24,8)
Comorbidités cardiovasculaires	69 (65,7)	73 (69,5)
Comorbidités néoplasiques	17 (16,2)	16 (15,2)
Passage aux urgences dans le mois	9 (8,6)	15 (14,3)
Aides au domicile	52 (49,5)	62 (59,0)
Aide technique à la marche	47 (44,8)	48 (45,7)
Vit seul	59 (56,2)	54 (51,4)
Polymédication	64 (61,0)	67 (63,8)
Temps passé aux Urgences	0,54 (0,46)	0,61 (0,45)

Tableau 6. Evaluation de la mortalité après appariement par score de propension

	OR	IC 95%	p
Mention MADD	3.98	[1,2-17,99]	0,04

VII. DECLARATIONS ET AFFIRMATIONS

Une demande d'avis éthique a été réalisé auprès de l'ERERC (Espace de Réflexion Éthique Région Centre Val de Loire). Les patients avaient été informés de la possible utilisation de leurs données à des fins de recherche via l'affichage dans les services des centres respectifs.

Un accord auprès de la CNIL a été obtenu.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

Vu, la Directrice de Thèse,

Dr LEMOINE Léa, à TOURS le 19/08/2025

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line with a vertical stroke crossing it, and a small loop at the top of the vertical stroke.

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

RUCAREANU Maria

35 pages – 4 tableaux – 1 graphiques - annexes

Résumé :

Introduction : La population gériatrique représente une part importante des passages dans les services des urgences. Dans cette population, les problématiques sociales sont souvent intriquées aux problématiques médicales. Parmi les éléments tracés dans les dossiers médicaux, la mention MADD (Maintien Au Domicile Difficile) est régulièrement inscrite avec ou sans motif médical. Cette mention ne repose sur aucune définition médicale standardisée et les données issues de la littérature sont limitées. Nous avons émis l'hypothèse que la mention MADD pourrait constituer un marqueur de gravité, potentiellement associé à une évolution défavorable.

Méthode : Etude rétrospective, dans les centres de Tours et d'Orléans, sur la période automnale de 2022. Les patients de plus de 75 ans ayant consulté aux Urgences dans la période de l'étude, dont la mention MADD apparaît dans le dossier ont été inclus. Un groupe témoin non MADD a été constitué selon un appariement au ratio 1 :1. Le critère de jugement principal était la mortalité intrahospitalière, les critères de jugement secondaires étaient l'institutionnalisation post-hospitalisation, le nombre de réhospitalisations et la mortalité à 3 mois. Une comparaison a été faite entre les deux groupes puis une régression logistique a été réalisée.

Résultats : 420 patients ont été inclus. Le groupe MADD était significativement plus âgé, avec une perte d'indépendance fonctionnelle plus importante et plus de troubles neurocognitifs. La mortalité intrahospitalière dans le groupe MADD est significativement plus élevée (10% vs 1%, $p = 0,006$), il n'y avait pas de différence significative concernant les critères de jugement secondaires hormis le nombre d'institutionnalisations significativement plus importants dans le groupe MADD (16% vs 2%, $p < 0,001$). Après ajustement sur les facteurs de confusion, la présence de la mention MADD dans le dossier médical était significativement associée à un risque accru de décès intrahospitalier, avec un odds ratio (OR) de 3,16 [IC 95% : 1,10 à 9,20]. D'autres éléments analysés n'ont pas retrouvé un surrisque de décès intra-hospitalier.

Conclusion : La population gériatrique décrite comme MADD aux urgences est une population gériatrique à part qui présente un surrisque de mortalité intrahospitalière sur des facteurs de gravité encore mal identifiés, très certainement multifactoriels et qui devraient être pris en compte pour un parcours de soins ambulatoire et hospitalier adapté.

Mots clés : Maintien au domicile difficile, Syndromes gériatriques, Service d'accueil des urgences

Jury :

Président du Jury :	Professeur FOUGERE Bertrand
Directrice de thèse :	<u>Docteur LEMOINE Léa</u>
Membres du Jury :	Docteur Victoire LEROY
	Docteur Thomas MOUMNEH
	Docteur Pierre DENEAU
	Docteur Matthieu COULONGEAT

Date de soutenance : Lundi 15 septembre 2025