

Motifs d'hospitalisation de personnes âgées par les médecins généralistes : données issues d'une enquête

par le Dr Isabelle Dagneaux*

* Médecin généraliste
CAMG ULC
1200 Bruxelles

Il existe peu de données en Belgique concernant les motifs d'hospitalisation des personnes âgées. Chez elles, une hospitalisation marque souvent un tournant, quant à l'état global de santé, et parfois quant aux conditions de vie. Nous avons voulu nous placer au point de vue du médecin généraliste : pour quelles raisons envoie-t-il ses patients à l'hôpital ? Ces hospitalisations se déroulent-elles dans un contexte d'urgence ? Les diagnostics sont-ils précis ou vagues (comme l'« altération de l'état général ») ?

MÉTHODE

Nous avons demandé à des médecins généralistes de mentionner les motifs d'envoi de patients âgés de plus de 75 ans vers un hôpital, à l'occasion d'une enquête. Elle a été réalisée auprès de médecins généralistes, en février et mars 2007, en Belgique, dans deux zones de la partie francophone du pays : les cercles de l'AGEF (Association des Généralistes de l'est Francophone – région de Verviers) et de l'UOAD (Union des Omnipraticiens de l'Arrondissement de Dinant). Elle concerne principalement le vécu des médecins généralistes dans leur prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans.

Il était proposé aux médecins de remplir le questionnaire après une semaine d'observation. La première question de ce volet vise les hospitalisations de la semaine écoulée : « Avez-vous hospitalisé un(e) patient(e) durant cette semaine ? Quel en était le motif ? Était-ce une hospitalisation programmée ou réalisée en urgence ? » Une deuxième question concerne des hospitalisations plus anciennes : « Précédemment, vous souvenez-vous des motifs d'hospitalisation de patients âgés ? Était-ce en urgence ? Si vous n'en avez pas en mémoire, ne complétez rien. » Il est demandé de préciser le délai approximatif depuis l'hospitalisation en question.

Après retranscription des motifs, leur codification a été réalisée par le premier auteur selon la ICPC/CISP-2 (Classification Internationale des Soins de santé Primaires)⁽¹⁾. Plusieurs codes ont parfois dû être utilisés pour encoder la situation décrite par le médecin : il s'agit soit de plusieurs motifs, soit de facteurs de co-morbidité. Par exemple, « démence : décompensation > infection respi » a été encodé comme suit :

- R 83 pour « infection respiratoire »
- P 71 pour « autre psychose d'origine organique ».

Nous avons réalisé les calculs d'une part en prenant en compte uniquement les premiers motifs d'hospitalisation et d'autre part en considérant tous les motifs confondus. Les pathologies ont été regroupées par systèmes, indiqués par la première lettre de la classification ICPC/CISP.

RÉSULTATS

Nous avons reçu 139 enquêtes en retour, à la date de clôture des résultats (31 mars 2007), ce qui donne un taux de réponse de 40,4 %. 344 médecins généralistes sont répertoriés par les cercles sur leurs territoires. 8 médecins nous ont signalé n'avoir plus de pratique de la médecine générale ou être en congé prolongé (plusieurs mois). Nous pouvons donc estimer à 336 le nombre de médecins concernés par l'enquête. 12 enquêtes nous sont encore parvenues ensuite. Seuls 46 généra-

listes ont pris le temps d'une semaine d'observation (33 %), alors que 76 (55 %) ont précisé avoir rempli le questionnaire d'emblée. 17 (12 %) n'ont pas répondu à la question.

Le nombre de répondants et de motifs pour chacune des deux questions est repris dans le graphique 1. Étant donné le faible taux de médecins ayant réalisé effectivement une semaine d'observation, nous avons décidé de totaliser les résultats de ces deux questions,

ABSTRACT

In elderly patients, hospitalization is generally a cue-moment. Why do the general practitioners send their elderly patients to the hospital? Are these situations urgent or not? Some data from a survey in Belgium.

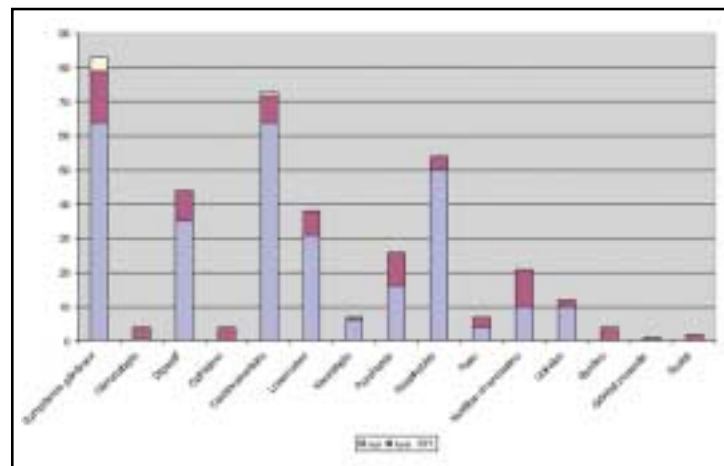
Key Words :
elderly, general practitioner, reasons for hospitalization.

RÉSUMÉ

Chez les personnes âgées, l'hospitalisation est en général un moment-clef. Pour quelles raisons les généralistes hospitalisent-ils leurs patients ? Est-ce dans un contexte d'urgence ? Quelques données issues d'une enquête en Belgique.

Mots clés : personnes âgées, médecine générale, motif d'hospitalisation.

Graphique 1 : caractère urgent des hospitalisations, en fonction des motifs (classés par systèmes).



le facteur «mémoire» intervenant dans les deux cas. Ainsi, 380 premiers motifs d'hospitalisation de personnes âgées de plus de 75 ans sont encodés, modulés par 85 motifs complémentaires.

Les motifs les plus fréquents **par systèmes** sont les symptômes généraux et les problèmes cardio-vasculaires: ils représentent ensemble plus d'un tiers des motifs (38%). Si l'on cumule les motifs respiratoires (14%) et cardiaques (18%), ils représentent un tiers des motifs d'hospitalisation (32%) (voir graphique 2).

La seule différence significative si l'on compare «premiers motifs» et «tous les motifs» réside dans le système locomoteur, qui représente 10% des premiers motifs et 14% de tous les motifs.

Si l'on regarde les chiffres pour les **pathologies** les plus fréquentes, on trouve, tous motifs confondus:

- chutes: 10,97%
- fracture du col fémoral ou hanche: 8,82%
- dyspnée aiguë: 4,30%
- infection des voies respiratoires inférieures: 4,09%
- décompensation cardiaque: 3,66%
- faiblesse ou fatigue généralisée: 3,23%

Y a-t-il un **caractère urgent** à l'hospitalisation? Oui dans 77% des situations (291), non dans 22% (84). Dans 5 situations, le degré d'urgence n'a pas été précisé, et cette lacune concerne toujours des hospitalisations plus anciennes.

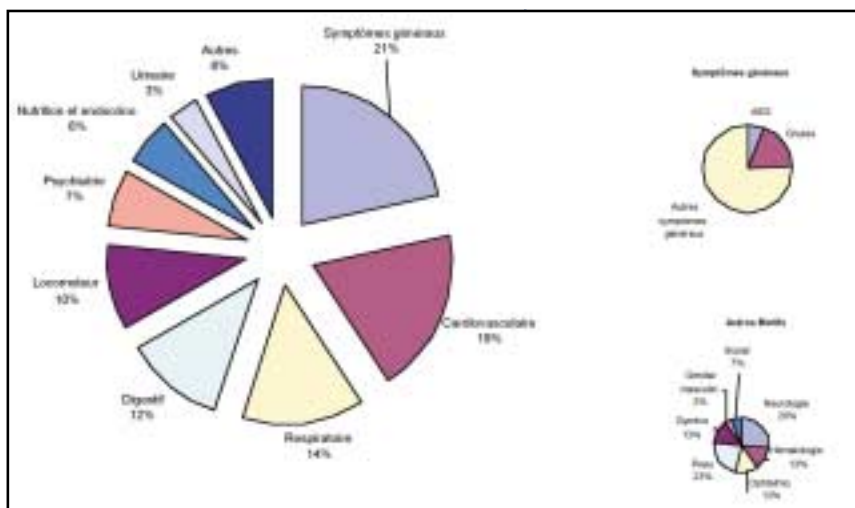
Nous avons répertorié les motifs urgents par système (voir graphique 3). L'urgence se retrouve dans presque tous les types de motifs d'hospitalisation à l'exception des systèmes gynécologiques, urinaires et des motifs sociaux. L'absence de précision du caractère urgent concerne surtout les symptômes généraux.

DISCUSSION

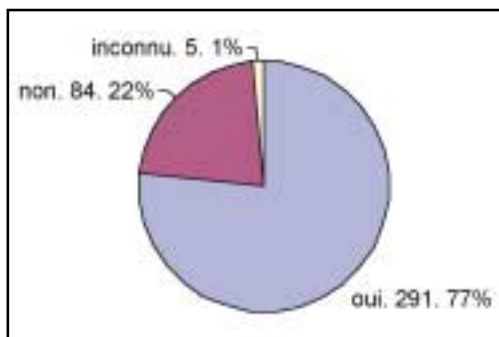
Le «facteur mémoire», impliqué dans le caractère rétrospectif du questionnaire (ou d'une partie, pour les médecins ayant pris le temps d'une semaine d'observation), nous semble provoquer au moins deux biais:

- les situations les plus marquantes ou impressionnantes vont sans doute être plus citées, telles que AVC brutal ou chute, mais aussi une situation psychosociale difficile, un long investissement dans la relation avec le patient et/ou la famille...
- les motifs risquent beaucoup plus de se confondre avec les diagnostics: pour une hospitalisation plus ancienne, le diagnostic est le plus souvent connu, alors qu'il arrive régulièrement qu'il ne le soit pas au moment où le patient est envoyé à l'hôpital pour un motif aigu. Cela fera par exemple la différence entre «chute» et «fracture du col fémoral».

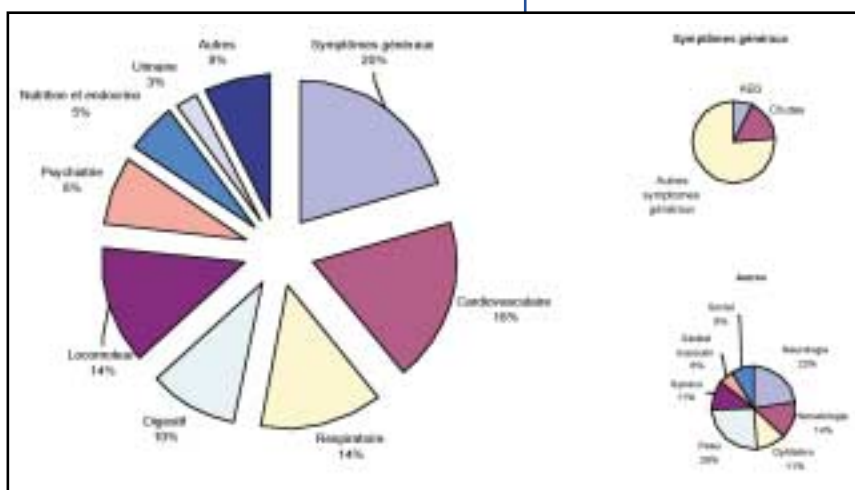
Il y a peu de différences entre la répartition des premiers motifs et celle de tous les motifs ensemble (premiers motifs et seconds ou comorbidité) (graphiques 2 et 4). La seule différence significative concerne le système loco-



Graphique 2: répartition des premiers motifs d'hospitalisation, par systèmes



Graphique 3: proportion des hospitalisations urgentes.



Graphique 4: répartition de tous les motifs d'hospitalisation, par systèmes.

moteur, qui représente 14% des tous les motifs versus 10% des premiers motifs. Cela peut facilement s'expliquer par les chutes qui sont codifiées comme telles en premier motif, et donc classées dans les «motifs généraux» alors que la fracture consécutive à (ou parfois cause de) la chute est alors répertoriée en second motif, et rangée dans le système locomoteur.

Les **symptômes généraux** et les **symptômes cardiologiques** sont les plus fréquemment cités et représentent à eux seuls 40% des motifs d'hospitalisation. Il faut préciser que les

AVC et AIT (accidents vasculaires cérébraux et accidents ischémiques transitoires) sont répertoriés en «maladies cardio-vasculaires» selon le CISP/ICPC et non en neurologie. Cela explique que ce dernier système soit loin dans le classement, avec seulement 2 % des motifs d'hospitalisation.

Une autre précision s'impose devant le chiffre de 2 % pour les **maladies neurologiques**, versus 7 % pour les maladies psychiatriques : démence et désorientation sont répertoriées en psychiatrie dans la classification que nous avons utilisée. Elles représentent respectivement 0,86 et 3,01 % de tous les motifs d'hospitalisation.

Le motif «**altération de l'état général**», est assez peu présent dans nos résultats : 1,3 % des premiers motifs et 1,5 % de tous les motifs confondus. La chute est 4,5 fois plus fréquente que l'altération de l'état général. Ce motif est connu pour être utilisé lorsqu'aucune piste diagnostique précise ne s'ouvre à l'anamnèse et l'examen clinique, mais que l'état général du patient se dégrade souvent plus ou moins lentement, parfois rapidement. Sa «réputation», en salle d'urgence entre autres, nous fait nous étonner devant sa faible présence dans nos résultats. Cela contraste avec l'étude réalisée au service d'urgences d'un hôpital universitaire français⁽²⁾, où les symptômes généraux non spécifiques représentaient près d'un tiers des admissions (31,8 %), dans une proportion similaire avec les admissions pour maladies cardio-pulmonaires (31,6 %). Par contre, une étude danoise réalisée en 1989⁽³⁾ révèle que le motif le plus fréquent est la chute, représentant 14 % des hospitalisations de façon globale, mais 20 % chez les femmes. Le premier motif d'hospitalisation chez les hommes est la dyspnée, avec 18 % des hospitalisations masculines, et un total de 12 % pour les deux sexes. L'altération de l'état général représente 4 % des hospitalisations. Une étude réalisée au CHU de Rouen⁽⁴⁾, en France, s'est intéressée aux personnes de plus de 90 ans arrivant au service des urgences : 42 % des admissions se sont faites dans le secteur chirurgical, et le motif de chute intervenait pour 42 % des pathologies chirurgicales, suivi de la douleur abdominale dans 19 %. Les principaux motifs d'admission des patients dans le secteur médical étaient l'altération de l'état général (18,6 %), un malaise (12,8 %), des troubles digestifs (11,6 %) ou respiratoires (22,1 %) dont près d'un sur deux était une poussée d'insuffisance ventriculaire gauche.

D'autres études s'intéressent aux motifs d'hospitalisation en médecine interne. Ceci écarte la majorité des problèmes locomoteurs, entre autres les fractures dues aux chutes. Elles évitent aussi les pathologies gynécologiques et génitales, et sans doute partiellement les maladies neurologiques et psychiatriques. Les chiffres pour les pathologies internistes y sont par conséquent surreprésentés, proportionnellement. Ainsi, une étude espagnole⁽⁵⁾, montre que la dyspnée occupe 35 % des motifs d'hos-

pitalisation, avec ensuite 11 % pour une maladie à symptomatologie neurologique. Le motif d'«asthénie», que l'on peut partiellement mettre en parallèle avec «altération de l'état général», intervient pour 3 %. Une autre étude espagnole⁽⁶⁾, parle de 8,1 % de «syndrome général», en troisième position la dyspnée (42,7 %) et la fièvre (8,1 %). Une troisième étude de ce type, réalisée dans un service de médecine interne polonais, à Lodz⁽⁷⁾, montre un taux de 54,7 % d'admission pour maladies cardio-vasculaires et de 19,9 % pour maladies respiratoires. Il n'y est pas question des symptômes généraux, alors que toutes ces études utilisent la même classification (ICD-9-CM). Nos chiffres sont donc corroborés par d'autres, mais il faut tenir compte des différences de contexte et de méthodologie.

Les deux études espagnoles citées concluent à la nécessité d'accentuer la prévention primaire et secondaire afin de diminuer la morbi-mortalité liée aux pathologies cardio-respiratoires, puisqu'elles représentent les motifs les plus fréquents d'hospitalisation en médecine interne. Dans notre enquête, les hospitalisations pour chutes (10,97 %) et fractures (fracture du col fémoral 8,82 %) représentent également un part importante des hospitalisations, plutôt prises en charge par le secteur chirurgical. Elles sont plus nombreuses que les hospitalisations pour dyspnée (4,30 %), infection des voies respiratoires (4,09 %) et décompensation cardiaque (3,66 %) prises ensemble (12,05 %). Ceci est conforté par les études danoise⁽⁴⁾ et française⁽⁵⁾.

CONCLUSION

Les motifs d'hospitalisation des personnes âgées par le médecin généraliste relèvent de diverses pathologies, où l'on retrouve principalement les chutes, les fractures du col et du bassin, mais aussi les pathologies cardio-vasculaires et respiratoires. La majorité des hospitalisations a lieu dans un contexte d'urgence. Il serait important de pouvoir comparer ces chiffres avec des données obtenues en salle d'urgences et en première ligne. Enfin, une autre question se pose : l'évaluation globale régulière de la personne âgée permettrait-elle de diminuer l'urgence des hospitalisations ? Voilà autant de pistes à explorer... ■

BIBLIOGRAPHIE

- Jamoulle M., Roland M., et al., Classification internationale des soins de santé primaires – deuxième version, Care Editions, Bruxelles, 2000.
- Onen F, Abidi H, Savoye L, Elchardus JM, Legrain S, Courpron PH. Emergency hospitalization in the elderly in a French university hospital: medical and social conditions and crisis factors precipitating admissions and outcome at discharge. *Aging (Milano)* 2001; **13** (6): 421-9.
- Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. Hospitalization of elderly people. A 3-year controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1989; **37** (2): 117-122.
- Moritz F, Benez F, Verspyck V, Lemarchand P, Noel D, Moirot E et al. [How to manage very elderly patients in the emergency room? Evaluation of 150 very elderly patients at the Rouen university hospital center]. *Presse Med* 2001; **30** (2): 51-54.
- Delgado Morales JL, Alonso dB, Pascual C, I, Villacorta Martin MM, Ergueta MP, Gonzalez SE. [Observational study of patients admitted to an Internal Medicine service]. *An Med Interna* 2004; **21** (1): 3-6.
- Cinza SS, Cabarcos Ortiz dB, Nieto PE, Lorenzo Z, V. [Epidemiologic analyses of elderly patients in an Internal Medicine department]. *An Med Interna* 2006; **23** (9): 411-415.
- Kardas P, Ratajczyk-Pakalska E. Reasons for elderly patient hospitalization in departments of internal medicine in Lodz. *Aging Clin Exp Res* 2003; **15** (1): 25-31.