

DE LA MAISON À L'HÔPITAL : MOTIFS D'HOSPITALISATION DE PERSONNES ÂGÉES

I. DAGNEAUX,
B. VERCRUYSE,
J. DEGRYSE¹

Keywords: elderly, general practitioner, reasons for hospitalization
Mots-clés : personne âgée, médecin généraliste, motifs d'hospitalisation

Correspondance :
Dr. I. Dagneaux
Université catholique de Louvain
CAMG
avenue E. Mounier 53/5360
B-1200 Bruxelles

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.



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.

INTRODUCTION

Il existe quelques données à propos des motifs d'hospitalisation des personnes âgées dans les pays européens : elles sont collectées soit en salle d'urgence, soit en service de médecine interne. En France, le médecin généraliste est le plus souvent à l'origine de l'hospitalisation des personnes âgées (médecins sentinelles français). Qu'en est-il en Belgique ? Peu de données existent. 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 motifs sont-ils précis ou vagues (telle l'« AEG » pour « altération de l'état général », qui recouvre souvent un problème non élucidé) ? Dans l'histoire d'un patient âgé, une hospitalisation marque souvent un tournant, quant à son état global de santé, et parfois quant à ses conditions de vie. Mieux connaître les motifs d'hospitalisation peut-il amener à mieux les prévenir ou les préparer ?

MÉTHODE

Nous avons demandé à des médecins généralistes, à l'occasion d'une enquête, de mentionner les motifs d'envoi de patients âgés de 75 ans et plus vers un hôpital. Cette enquête 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). Trois cents quarante-quatre médecins

¹. Chaire de médecine générale, Centre Académique de Médecine Générale - UCL

généralistes sont répertoriés par les cercles sur leurs territoires. Huit 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. Cette enquête concerne le vécu des médecins généralistes par rapport à la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus. La dernière partie de l'enquête s'intéresse aux motifs d'hospitalisation et d'institutionnalisation des personnes âgées. Cet article se limite aux motifs d'hospitalisation.

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 qui vient de s'écouler : « Avez-vous hospitalisé un(e) patient(e) durant cette semaine ? Quel en était le motif ? Était-ce une hospitalisation programmée ou réalisée en urgence ? » La réponse est à inscrire dans un tableau où les colonnes reprennent chacun des items de la question (tableau I). 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 (tableau II).

TABLEAU I HOSPITALISATIONS DE LA SEMAINE ÉCOULÉE			
	Motif	Hospitalisation en urgence	Hospitalisation programmée
1.			

TABLEAU II HOSPITALISATIONS PLUS ANCIENNES			
	Motif	Était-ce en urgence	Il y a ... (jours, mois années)
1.			

Après retranscription, les motifs évoqués par les médecins généralistes ont été codés par le premier auteur selon la Classification Internationale des Soins de santé Primaires (ICPC / CISP-2) (1). Nous y avons ajouté quelques codes par adjonction de lettres, afin d'être plus précis en fonction de notre sujet particulier :

A 29 désigne « autre symptôme ou plainte générale » et nous précisons :

A29a Hypothermie ;

A29b Chute ;

A29c Risque de chute ;

A29d Douleur - non précisée.

Par ailleurs, L75 désigne normalement « fracture col fémoral », et nous y avons inclus également les « fractures du bassin ».

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. Nous avons tenté de refléter au mieux la situation en mettant en premier le motif constituant le facteur déclenchant de l'hospitalisation. Par exemple, « démence : décompensation > infection respi » a été encodé comme suit :

R 83 pour « infection respiratoire » ;

P 71 pour « autre psychose d'origine organique » ;

Autre exemple : « dégradation de l'état général chez parkinson » a été encodé :

A04 pour « altération de l'état général » qui constitue le motif premier de l'hospitalisation ;

N87 pour « parkinson » qui est l'état de co-morbidité.

Une situation fréquente qu'il nous faut préciser est un motif de ce type : « chute fracture de hanche ». Dans ce cas, nous avons encodé :

A 29b pour « chute » ;

L75 pour « fracture du col fémoral- bassin ».

Nous avons réalisé deux types d'analyse, d'une part en se basant sur le motif principal d'hospitalisation (premier motif), d'autre part en prenant en compte l'ensemble des motifs. 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% (2). Douze enquêtes nous sont encore parvenues ensuite. Seuls 46 généralistes 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.

Pour la semaine écoulée avant l'enquête, nous avons 134 hospitalisations relevées par 109 médecins (tableau III). Cela nous donne 134 premiers motifs, et 34 items sont ajoutés pour préciser la raison de l'hospitalisation ou les facteurs de co-morbidité : donc 168 motifs au total. Pour les hospitalisations plus anciennes, nous disposons de 246 hospitalisations notifiées par 115 médecins. En tenant compte des 51 motifs secondaires, 297 motifs sont répertoriés. 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, le facteur « mémoire » intervenant dans les deux cas. Ainsi, 380 hospitalisations de personnes âgées de plus de 75 ans sont encodées, nous donnant 380 premiers motifs et 85 motifs complémentaires, donc 465 motifs au total.

Les motifs les plus fréquents **par systèmes** sont les symptômes généraux et les problèmes cardiovasculaires : 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%) (graphique 1).

La seule différence significative si l'on compare « premiers motifs » (graphique 2) et « tous les motifs » (graphique 1) 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 (graphique 3) :

- 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 ? Sur un total de 380 situations, l'hospitalisation s'est le plus souvent réalisée en urgence : 291 situations urgentes (77%), et 84 non urgentes (22%) (graphique 4). Dans cinq situations, le degré d'urgence n'a pas été précisé, et cette lacune concerne toujours des hospitalisations plus anciennes (pas la semaine antérieure à l'enquête). Existe-t-il une différence dans le degré d'urgence entre la semaine d'observation et les hospitalisations antérieures ? La différence obtenue n'est pas significative (tableau IV).

Nous avons répertorié les motifs urgents par système (graphique 5). 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 des symptômes généraux.

DISCUSSION

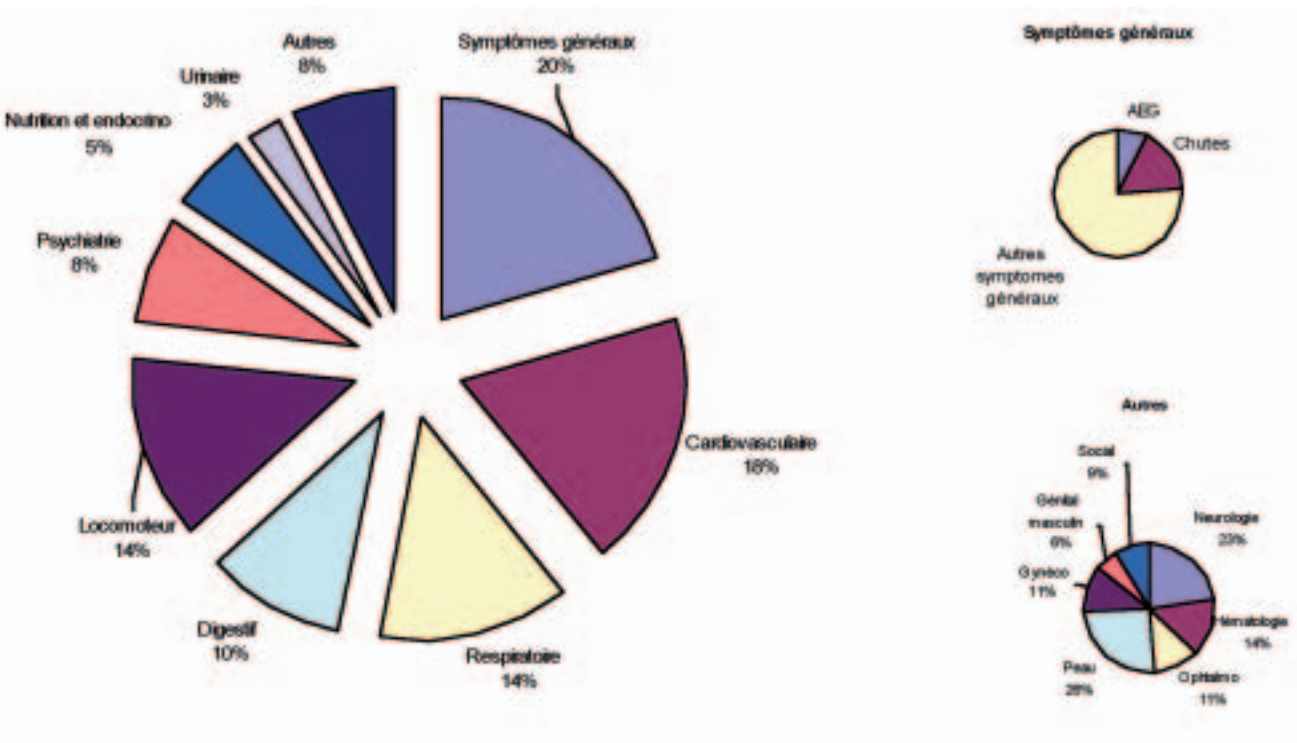
Le « facteur mémoire », impliqué dans le caractère rétrospectif du questionnaire (ou d'une partie, pour les médecins ayant pris le temps d'une semaine d'observation), nous semble provoquer au moins deux biais :

- les situations les plus marquantes ou impressionnantes vont sans doute être plus citées, telles que AVC ou chutes, mais il peut y avoir d'autres facteurs déterminant une remémoration plus aiguë (situation psychosociale du patient, investissement dans la relation avec le patient et/ ou la famille,...). Ce biais est d'autant plus marquant que le temps s'écoule. Il l'est donc probablement moins pour la semaine qui vient de s'écouler, qui constitue la base de réponse à la première question pour les médecins n'ayant pas pris une semaine d'observation.

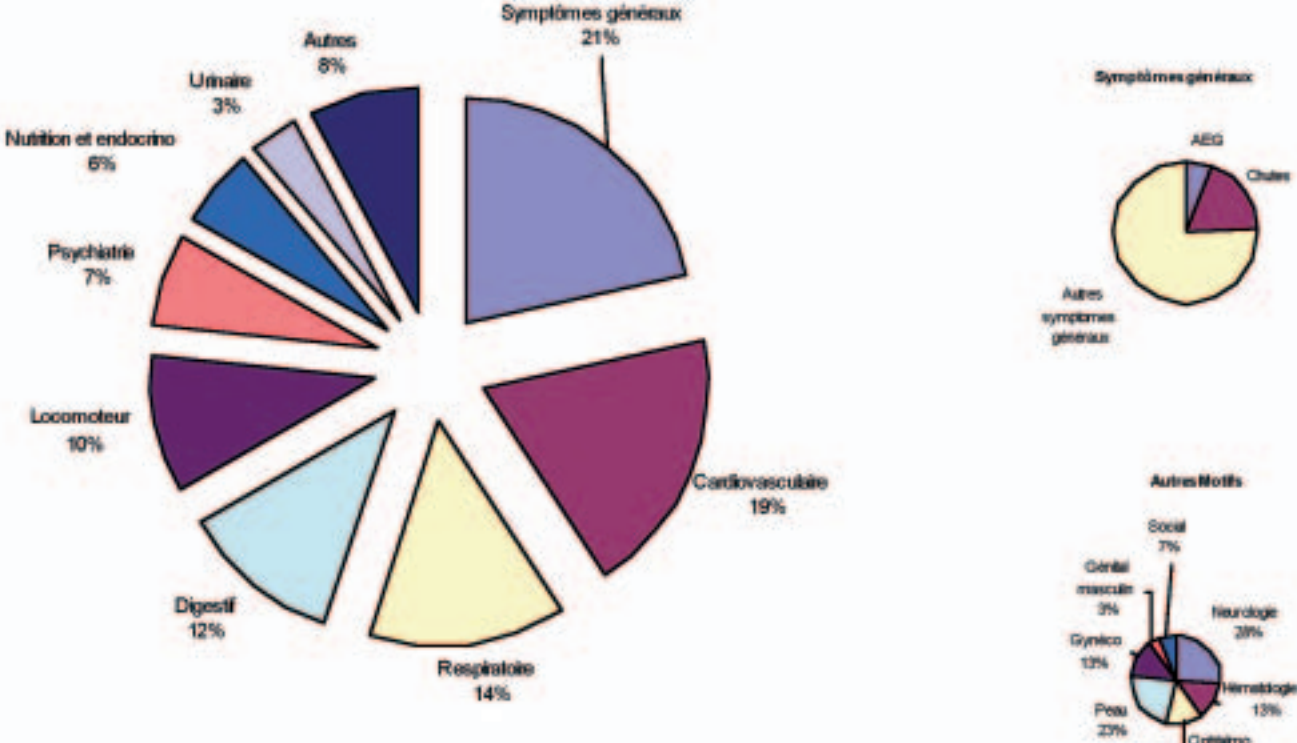
TABLEAU III
NOMBRE DE MOTIFS DANS LES DEUX QUESTIONS CONCERNANT LES HOSPITALISATIONS

	Nombre de répondants	Nombre de premiers motifs	Motifs complémentaires	Tous les motifs
Semaine précédent l'enquête	109	134	34	168
Hospitalisations plus anciennes	115	246	51	297
Total	224	380	85	465

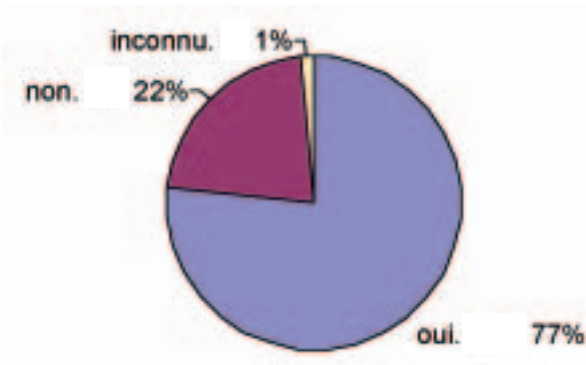
Graphique 1 – répartition des premiers motifs d'hospitalisation, par systèmes



Graphique 2 – répartition de tous les motifs d'hospitalisation, par systèmes



Graphique 3 – proportion des hospitalisations urgentes



Graphique 4 – caractère urgent des hospitalisations, en fonction des motifs (classés par systèmes)

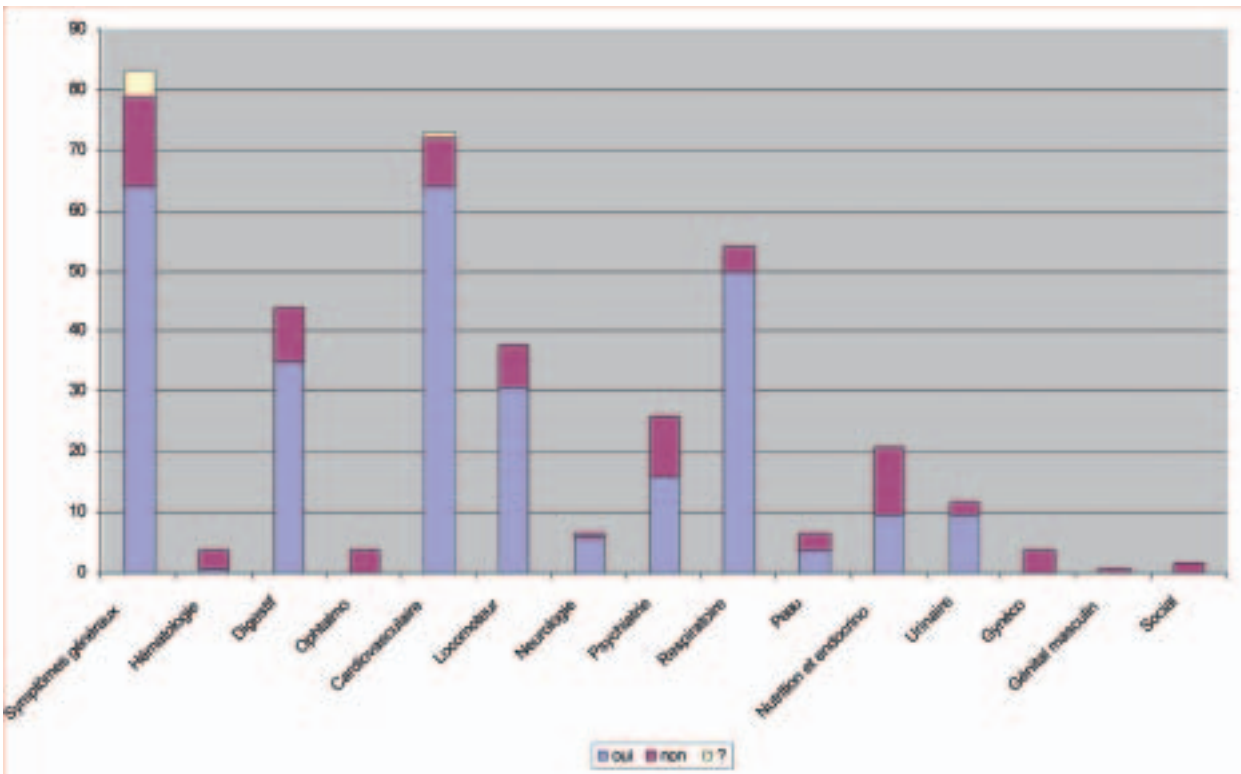


TABLEAU IV – EN CE QUI CONCERNE L’URGENCE DE L’HOSPITALISATION, Y A-T-IL UNE DIFFÉRENCE DE RÉSULTATS ENTRE LA SEMAINE PRÉCÉDENT L’ENQUÊTE ET LES HOSPITALISATIONS ANTÉRIEURES ? NON

	Semaine écoulée		Semaine ancienne		Total
Oui	107	79,85%	184	74,80%	291
Non	27	20,15%	57	23,17%	84
Inconnu	0	0	5	0,0203252	5
	134		246		380

- 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 » dans le répertoire des motifs et/ ou pathologies (et dans notre encodage pour les chiffrer ici).

Est-ce un signe de ce « facteur mémoire » ? C'est dans la notification des hospitalisations anciennes que cinq réponses n'ont pas été données quant au statut urgent ou non de l'hospitalisation, alors que celui-ci a toujours été précisé pour la semaine qui venait de s'écouler.

Il y a peu de différences entre la répartition des premiers motifs et celle de tous les motifs ensemble (premiers motifs et seconds ou co-morbidité). La seule différence significative concerne le système locomoteur, 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 (A29b), 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 premiers motifs d'hospitalisation. Il faut préciser le type de pathologies répertoriées sous ces systèmes : en effet, les AVC et AIT (accidents vasculaires cérébraux et accidents ischémiques transitoires) sont répertoriés en « maladies cardiovasculaires » selon le CISP/ICPC et non en neurologie (tableau V). Cela explique que ce dernier système soit loin dans le classement, avec seulement 2% des premiers 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 (P70) dans la classification que nous avons utilisée. Elles représentent respectivement 0,86 et 3,01% de tous les motifs d'hospitalisation.

Le motif d' « **altération de l'état général** » (« AEG »), 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' « AEG ». Ce motif est connu pour être utilisé lorsque 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). Nos résultats contrastent avec l'étude réalisée au service d'urgences d'un hôpital universitaire français (2), où les symptômes généraux, non spécifiques, représentent près d'un tiers des admissions (31,8%), dans une propor-

TABLEAU V
CLASSIFICATION DES SYMPTÔMES GÉNÉRAUX ET DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Symptômes généraux	Maladies du système cardiovasculaire
A01-Douleurs générales ou de sites multiples	K04-Tachycardie
A03-Fièvre	K74-Cardiopathie ischémique avec angor
A04-Fatigue ou faiblesse générale (AEG pour « altération de l'état général »)	K75-Infarctus du myocarde
A05-Sensation d'être malade	K76-Cardiopathie ischémique sans angor
A06-Syncope	K77-Décompensation cardiaque
A07-Coma	K78-FA
A28-Autre plainte générale	K80-Arythmie (autre)
A29a-Hypothermie	K81-Souffle cardiaque ou artériel
A29b-Chute	K84-Autre maladie cardiaque
A29d-Douleur - non précisée	K85-Pression sanguine élevée
A78-Autre maladie infectieuse	K89-AIT
A79-Cancer	K90-AVC
A84-Intoxication par substance médicinale	K92-Athérosclérose ou maladie vasculaire périphérique
A87-Complication de traitement médical	K93-Embolie pulmonaire
A89-Prothèse articulaire	K94-Phlébite et thrombophlébite
A99-Mise au point diagnostique - sans précision	K99-Autre maladie cardio-vasculaire

tion similaire avec les admissions pour maladies cardio-pulmonaires (31,6 %). Viennent ensuite les désordres neuropsychiatriques (28,2 %) et les chutes (8,3 %). Une étude danoise réalisée en 1989 (3) a enregistré les motifs d'admission à l'hôpital de personnes âgées de plus de 75 ans suivies à domicile pendant trois ans. Quatre cents nonante hospitalisations ont eu lieu (incluant les réadmissions). L'altération de l'état général représente 4% des hospitalisations. Le premier motif est la chute, représentant 14% des hospitalisations pour l'ensemble de population, mais 20% si l'on ne considère que la population féminine. 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. Une étude réalisée au CHU de Rouen (4), en France, s'est intéressée aux personnes très âgées arrivant au service des urgences (plus de 90 ans). 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. Le secteur chirurgical était concerné par 42% des admissions, et le motif de chute intervenait pour 42% des pathologies chirurgicales, suivi de la douleur abdominale dans 19%. Les différences entre ces études et la nôtre peuvent aussi être dues au type de classification utilisé (ICD-9 *versus* ICPC).

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 internistiques y sont par conséquent surreprésentés, proportionnellement. Ainsi, une étude espagnole (5), montre que la dyspnée occupe 35% des motifs d'hospitalisation, 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%. Il y a 30% de symptômes « autres » (après avoir dénombré la fièvre, les épigastalgies, le méléna, la perte de conscience, les douleurs abdominales, la diarrhée, les douleurs de type pleural). Une autre étude espagnole (6), réalisée dans une autre ville, parle de 8,1% de « syndrome général », en troisième position la dyspnée (42,7%) et la fièvre (8,1%). Ces deux études (4, 5) distinguent très clairement les symptômes présentés par les patients à leur arrivée et le diagnostic final qui est posé. Une dyspnée peut ainsi être un symptôme révélateur

tant d'une maladie cardiaque que respiratoire. 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 cardiovasculaires 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).

Au-delà de ces comparaisons, ces chiffres nous montrent :

- d'une part le peu de références dont nous disposons en la matière : nous n'avons pas relevé d'études faites à partir de l'envoi par un médecin généraliste. Nous avons cité une étude réalisée en service d'urgence. Les autres concernent des services de médecine interne, et donc plusieurs pathologies ne sont plus prises en compte.
- La disparité dans les chiffres : celle-ci est probablement due à plusieurs facteurs :
 - l'environnement de l'hôpital, d'éventuelles spécialisations qui accentuent l'admission à cet endroit de certaines pathologies ? ;
 - le type de population de la ville et du pays en question ;
 - le manque de distinction nette entre motif d'hospitalisation, et plus précisément encore les symptômes présentés par le patient (p.ex. dyspnée), et le diagnostic de maladie aiguë posé en cours d'hospitalisation rend les comparaisons difficiles.

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 (A29b : 10,97%) et fractures (fracture du col fémoral L75 : 8,82%) représentent également une part importante des hospitalisations, plutôt prises en charge par le secteur chirurgical. Elles sont plus nombreuses que les hospitalisations pour dyspnée (R02 : 4,30%), infection des voies respiratoires (R78 : 4,09%) et décompensation cardiaque (K77 : 3,66%) prises ensemble (12,05 %). Ceci est conforté par les études danoise (3) et française (4). Une prévention des chutes serait donc selon nous également à mettre en œuvre chez les personnes âgées.

Une des limites de cette étude se trouve dans l'absence de justification du caractère urgent de l'hospitalisation. S'il apparaît évident pour les

fractures ou leur suspicion, ainsi que pour les dyspnées, il serait intéressant de le préciser dans les autres cas : s'agit-il d'une instabilité hémodynamique, de la nécessité d'examens rapides, d'une menace vitale?...

CONCLUSION

Les principaux motifs d'hospitalisation des personnes âgées par le médecin généraliste sont, dans l'ordre de prévalence, les chutes, les fractures du col et du bassin, la dyspnée aiguë et les infections respiratoires. La majorité des hospitalisations a lieu dans un contexte urgent. De futures recherches devraient permettre de comparer ces chiffres avec des données obtenues en salle d'urgences. La récolte de données complémentaires permettrait d'appréhender plus complètement les enjeux de l'hospitalisation à partir du domicile. Le caractère urgent de l'hospitalisation serait à justifier de façon plus précise, afin de pouvoir éventuellement limiter la proportion de ces hospitalisations.

Enfin, il est important d'envisager une prévention des chutes par un travail concerté des différents intervenants à domicile.



RÉFÉRENCES

1. Jamouille M, Roland M, et al. *Classification internationale des soins de santé primaires* – deuxième version, Care Editions, Bruxelles, 2000.
2. 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*. 2001; **13**(6): 421-429.
3. Hendriksen C, Lund E, Stromgard E: Hospitalization of elderly people. A 3-year controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 1989; **37**(2):117-122.
4. Moritz F, Benez F, Verspyck V, Lemarchand P, Noel D, Moiré 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.
5. 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.
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.
7. 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.