

# Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



MARS  
2017  
NUMÉRO  
1007

## Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier

Parmi les personnes accueillies aux urgences, les patients âgés constituent un groupe spécifique mobilisant les équipes d'urgence de façon particulière. Leurs conditions de vie et les affections liées à l'âge entraînent une fragilité supplémentaire chez ces patients. Leur prise en charge comporte un nombre d'actes plus élevé, une hospitalisation plus fréquente en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), et se caractérise par une durée de passage plus longue que celle des patients plus jeunes.

C'est principalement la modalité de sortie qui différencie leur passage aux urgences : 56 % des patients âgés sont hospitalisés dans un service conventionnel tandis que 38 % retournent à leur domicile et 5 % dans leur établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Se dessinent ensuite plusieurs profils de patients âgés en fonction de leur provenance et de leurs pathologies.

*Cette étude est centrée sur les recours aux urgences des personnes âgées. L'Études et Résultats n° 1008 détaille plus spécifiquement les causes des durées de passage aux urgences plus longues pour les personnes âgées.*

Bénédictte Boisguérin et Léa Mauro (DREES)

Le taux de recours aux urgences est plus élevé aux âges extrêmes de la vie. Dans l'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières (encadré), les 6 000 patients âgés de 75 ans ou plus représentent 12 % des passages le mardi 11 juin 2013 et 17 % des passages de patients âgés de 15 ans ou plus alors que ce groupe d'âge ne constitue que 11 % des 15 ans ou plus en population générale. Parmi eux, 44 % sont âgés de 85 ans ou plus (32 % en population générale). La complexité des problèmes de santé s'accroît avec l'âge, en raison de la présence simultanée de plusieurs maladies chroniques (polyopathologies) et, pour les plus âgés, du risque d'une perte d'autonomie (Haute Autorité de santé, 2015 et Cour des comptes, 2012).

La fragilité physique, psychique ou socio-économique augmente également avec l'âge (Sirven, 2016). L'admission en service d'urgences survient la plupart du temps à la suite d'un état de crise ayant pour origine des causes médicales mais également sociales (isolement social, manque de ressources, perte de mobilité...) [SFMU, 2003].

Dans cette étude, les personnes âgées de 75 ans ou plus sont comparées aux patients de 15 à 74 ans, en raison de la spécificité des passages des enfants de moins de 15 ans. La comparaison



1. Les patients peuvent être attendus en non programmé pour accéder à un plateau technique ou recevoir des soins urgents. Les services sont prévenus par un médecin de leur arrivée.

2. Il s'agit de la détérioration globale des fonctions intellectuelles d'une personne âgée le plus souvent consécutive à une maladie ou à un accident, mais pouvant également survenir à la suite d'une hospitalisation.

des modes de vie des patients âgés de 75 ans ou plus et des patients plus jeunes (15-74 ans) reflète en partie ces situations de fragilité accrue. Ainsi, 43 % des patients âgés vivent seuls à leur domicile contre 32 % des 15-74 ans (tableau 1). Par ailleurs, 14 % des 75 ans ou plus vivent dans une institution (24 % des 85 ans ou plus).

### Avant de recourir aux urgences, les patients âgés ont souvent effectué d'autres démarches

La proportion de patients qui ne sont pas en mesure de répondre, par exemple inconscients, est trois fois plus élevée parmi les patients âgés. Les conditions d'arrivée de ces patients ne sont pas connues (encadré). En lien avec leur mode de vie, caractérisé par une mobilité moindre que celle des plus jeunes, les trois quarts d'entre eux proviennent de leur domicile et 45 % sont transportés en ambulance ou en taxi.

Les personnes âgées, plus inscrites dans le système de soins que les autres patients, ont entrepris davantage de démarches concernant leur état de santé au cours des 24 heures précédant le recours aux urgences, (58 % *versus* 35 % pour les 15-74 ans). Quatre fois sur cinq, ces démarches ont été réalisées auprès de médecins, en consultation ou par téléphone. Au total, 20 % des patients âgés étaient adressés aux urgences par un médecin libéral. En outre, ces services étaient prévenus de l'arrivée de 10 % des patients âgés pour un accès au plateau technique ou pour recevoir des soins urgents<sup>1</sup>.

La traumatologie constitue le premier motif de recours des personnes âgées (25 %), suivi par les motifs cardiovasculaires (17 %). Viennent ensuite les motifs « généraux et divers » (fièvre, altération de l'état général, fatigue, etc. : 12 %), avec peu d'écarts pour les 85 ans ou plus. Par rapport aux patients plus jeunes, les problèmes cardiaques, respiratoires ou neurologiques sont plus fréquents tandis que les motifs de traumatologie le sont moins.

En dépit de la variété des motifs de recours, les prises en charge des patients âgés aux urgences présentent des ca-



## ENCADRÉ

### Sources, champ, méthodologie

#### Le protocole d'enquête

Les analyses de cette étude utilisent les données de l'enquête nationale sur les structures des urgences de juin 2013, réalisée par la DREES. Conçue en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence (SFMU), en collaboration avec SAMU-Urgences de France (SUDF) et l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF), l'enquête a été réalisée un jour donné – le mardi 11 juin 2013, de 8 heures le matin au lendemain 8 heures – auprès des 736 points d'accueil d'urgences présents sur le territoire.

L'enquête comporte deux volets complémentaires : un recueil administratif sur les structures d'urgences hospitalières décrivant leur organisation et une enquête auprès des patients détaillant leur prise en charge. La présentation de la méthodologie détaillée de l'enquête et les données agrégées sont accessibles sur le site internet de la DREES<sup>1</sup>.

La base finale de l'enquête comprend 734 points d'accueil sur les 736 recensés, soit un taux de réponse de 99,7 %. La collecte a fourni 48 711 questionnaires patients sur les 52 018 passages enregistrés aux urgences durant la journée, soit un taux de réponse de 93,6 %. Des traitements statistiques ont été effectués par la DREES pour corriger la non-réponse totale à l'enquête, la non-réponse partielle à certaines questions ainsi que des anomalies ou des valeurs aberrantes.

#### Le champ de l'étude

Le champ de l'étude porte sur tous les patients âgés de 75 ans ou plus s'étant présentés le jour de l'enquête dans un des points d'accueil recensés, hors points d'accueil pédiatriques. Au total, la collecte a permis d'obtenir près de 6 000 questionnaires de patients de 75 ans ou plus, soit 12 % des passages. Pour la description des patients âgés, tous les patients sont pris en compte. Cependant, la plupart des variables décrivant les modalités d'arrivée (provenance, mode de transports et démarches) ne sont renseignées que pour les patients en mesure de répondre ou les patients accompagnés. Les patients ayant refusé de répondre ne sont pas pris en compte. Par ailleurs, les patients transportés par les forces de l'ordre, ceux provenant d'un établissement de santé ou d'une structure médico-sociale ne sont pas interrogés sur les démarches effectuées avant leur arrivée ou leur motivation pour se rendre aux urgences. Dans les modèles décrits sur l'hospitalisation, les patients sans abri, logés à l'hôtel ou autres ne sont pas pris en compte (au total 5 146 patients pris en compte). Enfin, la classification a été construite en excluant certaines modalités rares et non-réponses, en particulier les patients n'étant pas en mesure de répondre, ce qui conduit à 4 594 patients pris en compte dans cette classification. Pour cette raison, les résultats de l'ensemble des patients de la classification peuvent différer légèrement de l'ensemble des patients âgés. Les 0,3 % de patients âgés qui retournent chez eux avec une hospitalisation à domicile ne sont pas considérés comme hospitalisés à la sortie des urgences et sont comptabilisés dans les patients non hospitalisés à la sortie des urgences.

#### Méthodologie du modèle pour expliquer les déterminants de l'hospitalisation

Le recours à l'hospitalisation a été analysé à l'aide d'une régression logistique. Les variables explicatives mentionnées sont significatives : elles ont chacune une influence, toutes choses égales par ailleurs.

1. <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013>

caractéristiques communes à mettre en relation avec la fragilité et les pathologies particulières de ces patients. De fait, la décision d'hospitaliser ou non un patient âgé dans un autre service présente un double risque qui peut expliquer une prise en charge plus complexe aux urgences. D'une part, l'hospitalisation d'un patient âgé peut s'avérer délétère (syndrome de glissement<sup>2</sup> de la personne âgée). D'autre part, la décision de retour à domicile doit prendre en compte des critères médicaux mais également l'environnement de la personne, en particulier si elle vit seule à domicile : il est important de tenir compte de l'aide, de la surveillance ou du traitement particulier que le patient devra recevoir à domicile (Maire, 2013).

### Une prise en charge plus longue qui comporte plus d'actes et de séjours en UHCD

La réalisation plus fréquente d'actes à visée diagnostique pour les patients âgés est largement documentée : « La présence de multiples pathologies intriquées implique souvent un recours aux examens biologiques et radiologiques. Comparées à une population générale, les personnes âgées ont en moyenne un tiers d'examens complémentaires en plus pour un pourcentage de diagnostics identiques » (SFMU, 2003). Le 11 juin 2013, les patients âgés sont nombreux à avoir bénéficié d'examens médicaux (actes de biologie pour 74 % d'entre eux, actes

**TABLEAU 1**  
**Modalités d'arrivée aux urgences selon l'âge des patients**

		En % des patients	
		15-74 ans	75 ans ou plus
Mode de vie	seul à domicile	32	43
	non seul à domicile	64	42
	en institution	2	14
Mode d'arrivée	propres moyens	51	16
	véhicule d'un tiers	22	15
	ambulance, taxi	10	45
	pompiers ou SMUR	15	23
Provenance	domicile	67	75
	institution	1	11
	établissement de santé	1	3
	voie publique	23	5
Motif de recours	général et divers <sup>1</sup>	5	12
	traumatologie	35	25
	cardiologique	11	17
	respiratoire	3	12
	neurologique	6	9
	gastrologique	11	10
Démarques entreprises <sup>2</sup>	autre	30	15
	Dont auprès du médecin traitant ou d'un autre médecin (médecin de garde, SOS médecin)	35	58
		25	47

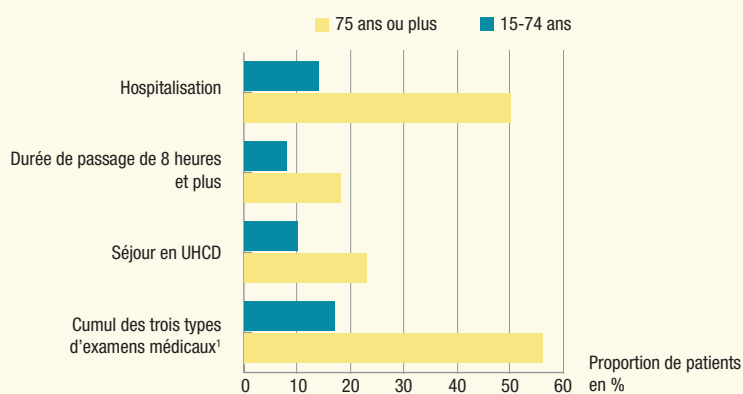
1. La rubrique « général et divers » comprend les patients venus pour de la fièvre, un problème d'altération de l'état général, de la fatigue, des sutures, des pansements, etc.

2. Concernant la santé, dans les 24 heures précédant le recours aux urgences.

Champ • Points d'accueil des structures d'urgences ayant une autorisation d'urgences générales.

Source • DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013.

**GRAPHIQUE**  
**Contenu de la prise en charge aux urgences et modalités de sortie selon l'âge des patients**



1. Imagerie, biologie, autre acte diagnostic.

Champ • Points d'accueil des structures d'urgences ayant une autorisation d'urgences générales.

Source • DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013.

diagnostics de type électrocardiogramme [ECG] pour 68 %<sup>3</sup>). Pour la moitié d'entre eux, la prise en charge a comporté trois types d'examen cumulés (imagerie, biologie et autre acte diagnostic) [graphique]. On observe aussi davantage d'actes de soin (pansements, points de suture, aérosols, immobilisation de membres), d'avis spécialisés ou de passages par la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV)<sup>4</sup>. Près d'une personne âgée sur cinq a séjourné dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) pendant son passage aux urgences (contre une personne sur treize chez les 15-74 ans). L'UHCD fait partie intégrante du service d'urgence, elle est destinée à hospitaliser des patients pour une durée limitée. Elle permet la mise en observation avant orientation (retour à domicile ou hospitalisation) et la réalisation d'examen ou de soins. Une fois la décision prise, elle peut également être utilisée pour la surveillance nécessaire avant un retour à domicile, mais aussi de zone d'attente d'un lit en cas d'hospitalisation conventionnelle.

Les durées de passage aux urgences des patients âgés sont bien plus longues que celles des autres patients. Elles se prolongent au-delà de huit heures pour 23 % des patients âgés<sup>5</sup> (contre 10 % pour les 15-74 ans). Leur prise en charge dure plus longtemps, notamment en raison de ces actes d'investigation et du séjour en UHCD.

### Plus de la moitié des patients âgés sont hospitalisés en aval des urgences

À l'issue du passage aux urgences, 56 % des patients âgés sont hospitalisés dans un autre service, 38 % retournent à leur domicile<sup>6</sup> et 5 % dans leur établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'origine (EHPAD)<sup>7</sup>. La probabilité d'hospitalisation à la sortie des urgences est 2,6 fois plus élevée que celle des 15-74 ans, toutes choses égales par ailleurs<sup>8</sup>. Neuf patients sur dix sont hospitalisés dans le même établissement que le service d'urgence et un sur dix est transféré dans un autre établissement. 68 % des personnes âgées hospitalisées le sont en service de médecine, 21 % en chirurgie, 8 % en soins intensifs ou en réanimation et 3 % dans d'autres

•••

3. Pour la comparaison avec les 15-74 ans sur les actes réalisés aux urgences, voir tableau complémentaire A sur le site internet de la DREES.

4. Les SAUV permettent de réaliser des actes de réanimation respiratoires et cardiaques.

5. Pour plus de détails, voir *Études et Résultats* n° 1008.

6. Y compris 0,3 % de retours à domicile avec hospitalisation à domicile.

7. Le reliquat correspond à des passages aux urgences écourtés : 1 % des patients âgés sont soit partis sans attendre ou contre avis médical, soit ont été orientés en maison médicale de garde, soit sont décédés.

8. En tenant compte des conditions d'arrivée, du contenu de la prise en charge et de la pathologie ainsi que des caractéristiques du point d'accueil.

services. Dans un quart des cas, l'équipe des urgences a dû faire appel à plus d'un service pour trouver une place d'hospitalisation à ces patients. Le délai entre la décision d'hospitalisation et l'obtention d'une place allonge également la durée du passage aux urgences : il est supérieur à une heure pour 35 % des personnes âgées hospitalisées à partir des urgences.

L'enquête permet de déterminer les facteurs de l'hospitalisation dans un autre service pour les 75 ans ou plus<sup>9</sup>. En premier lieu, la probabilité d'être hospitalisé augmente fortement avec le nombre d'exams effectués et les pathologies associées et ce, quel que soit le diagnostic principal : les patients âgés ayant bénéficié d'analyses biologiques ont sept fois plus de chance d'être hospitalisés que les autres. D'autres éléments de la prise en charge entrent également en compte. Ainsi, le fait d'avoir bénéficié d'un autre acte à visée diagnostique (de type ECG) ou d'un avis spécialisé semblent être des indicateurs supplémentaires de l'instabilité de l'état de santé et de la nécessité d'une hospitalisation.

Les personnes atteintes de pathologies cardiaques, digestives, neurologiques ou respiratoires ont plus de chance d'être hospitalisées que les patients souffrant de lésions traumatiques ou de « symptômes<sup>10</sup> ». La gravité de la pathologie entre également en compte<sup>11</sup>. Les patients les plus âgés (85 ans ou plus) et ceux qui vivent seuls à domicile ont aussi une probabilité un peu plus élevée d'être hospitalisés.

Certaines conditions d'arrivée semblent aussi plus déterminantes comme l'arrivée en ambulance ou en taxi, la provenance du domicile ou d'un autre établissement de santé comparée à la provenance d'une institution. La faible taille du point d'accueil des urgences (approchée par le nombre de passages peu élevé, ou le fait d'être situé dans un centre hospitalier [CH] plutôt qu'en centre hospitalier régional [CHR] pour les établissements publics) augmente la probabilité d'hospitalisation des patients âgés. Enfin, le fait que le point d'accueil des urgences se situe dans un établissement avec un service spécialisé de gériatrie<sup>12</sup> constitue un facteur augmentant la probabilité d'être hospitalisé.

## Huit grands groupes de patients âgés aux urgences selon leur prise en charge

Une typologie<sup>13</sup> des personnes âgées distingue les parcours des patients hospitalisés à la suite des urgences de ceux des patients qui rentrent à domicile ou en EHPAD après leur prise en charge aux urgences. Huit « situations types » se dessinent (tableau 2).

Les quatre premiers groupes de patients très majoritairement hospitalisés à l'issue de leur passage se distinguent par une prise en charge plus lourde. Leur état de santé conduit à les soumettre à davantage d'exams complémentaires (plus des deux tiers cumulent des actes d'imagerie, de biologie, et d'autres actes diagnostics de type ECG) et bénéficient plus souvent d'actes de soins, d'avis spécialisés ou d'accueil en SAUV. Leur passage comporte plus souvent un séjour en UHCD, en conséquence, la durée de leur passage est plus élevée (8 heures ou plus pour 25 % à 36 % d'entre eux contre 22 % en moyenne). Comme la majorité des patients âgés, ces patients viennent en grande majorité de leur domicile, pour 10 % d'EHPAD. Ces patients majoritairement hospitalisés se distinguent surtout par les diagnostics à la sortie des urgences : symptômes divers, pathologies cardiaques, respiratoires ou neurologiques.

## Le groupe le plus important rassemble des patients aux symptômes divers et majoritairement hospitalisés...

Parmi les quatre groupes de patients majoritairement hospitalisés, le groupe le plus important rassemble 39 % des patients âgés et correspond à des recours pour des pathologies diverses. Les motifs de recours énoncés par les patients à leur arrivée aux urgences sont variés. En dépit de la quantité d'actes exploratoires effectués, les diagnostics posés à la sortie restent peu précis et demeurent des symptômes pour la moitié des patients.

Ces patients souffrent de dyspnée, d'altération de l'état général, de malaises sans perte de connaissance, de douleurs thoraciques, etc. Le degré de gravité des pathologies est également très hétérogène et les comorbidités sont relativement fréquentes. S'ajoute vraisemblablement

à ces pathologies un processus de perte d'autonomie, non observable dans les données de cette enquête mais pris en compte par les médecins urgentistes.

## ... qui se distinguent des 21 % de patients affectés de pathologies aiguës

Les trois groupes suivants de patients majoritairement hospitalisés (2, 3 et 4) se différencient du premier par l'homogénéité des diagnostics. Il s'agit de pathologies précises qui, par leur sévérité, requièrent généralement une prise en charge hospitalière.

Les patients du groupe 2 (11 % des patients âgés) souffrent de problèmes cardiaques : insuffisances cardiaques, troubles du rythme, pathologies coronaires et autres thromboses ; ceux du groupe 3 (6 %) présentent des problèmes respiratoires : infections pulmonaires et bronchites aiguës ou chroniques. Un tiers des patients hospitalisés pour des raisons cardiaques ont des motifs de recours respiratoires car les symptômes de pathologies cardiaques et respiratoires se ressemblent. Pour ces deux groupes, les pathologies associées sont plus fréquentes : elles concernent quatre patients sur dix. La santé de ces patients s'est aggravée depuis plusieurs jours pour près de la moitié d'entre eux. Les patients du groupe 4 (4 %) souffrent d'affections neurologiques. Il s'agit dans 70 % des cas d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques. Ils se distinguent des premiers groupes par la soudaineté des troubles ayant conduit aux urgences. Ainsi, ces patients ont entrepris moins fréquemment de démarches avant le recours aux urgences, ils sont moins souvent adressés par un médecin libéral et sont plus fréquemment transportés par les pompiers ou le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Enfin, 3 % des patients âgés majoritairement hospitalisés (groupe 5) étaient déjà pris en charge dans un établissement de santé avant le recours aux urgences. Parmi eux, les deux tiers viennent d'un autre hôpital. Par ailleurs, un quart vient d'une unité de soins de suite et réadaptation (SSR), un quart d'une unité de soins de longue durée (USLD) et la moitié des services de médecine et chirurgie. La moitié d'entre eux résident habituellement en institution.

...

**9.** Les résultats qui suivent sont présentés toutes choses égales par ailleurs (encadré et tableau complémentaire B sur le site internet de la DREES).

**10.** La catégorie « symptômes » regroupe les symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs.

**11.** La gravité est approchée par un indice construit en regroupant les diagnostics codés dans l'enquête selon deux critères : leur sévérité estimée à dire d'experts (SFMU) et la proportion des patients en soins intensifs ou en réanimation selon chaque diagnostic (étude réalisée à partir du PMSI) [Ricroch, Vuagnat, 2017].

**12.** Pour plus de détails, voir *Études et Résultats* n° 1008.

**13.** Une classification ascendante hiérarchique a été mise en œuvre pour obtenir cette typologie des personnes âgées.

**TABLEAU 2**  
**Huit profils de patients âgés pris en charge aux urgences**

Modalité de regroupement principale		Patients majoritairement hospitalisés à l'issue du passage aux urgences					Patients non hospitalisés à l'issue du passage aux urgences			Ensemble des patients	
Modalité de regroupement secondaire		Pathologies des patients				Provenance des patients	Pathologie des patients		Provenance des patients		
Groupes de patients		Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5	Groupe 6	Groupe 7	Groupe 8		
		symptômes divers	affections cardiaques	affections respiratoires	affections neurologiques	provenant d'un établissement de santé	lésions sans gravité	provenant d'un EHPAD	provenant de la voie publique		
Répartition des patients		39 %	11 %	6 %	4 %	3 %	28 %	4 %	5 %	<b>100 %</b>	
<b>Variables actives dans l'analyse de données</b>											
Mode d'arrivée	propres moyens ou véhicule d'un tiers	19	28	22	25	13	<b>62</b>	3	17	<b>32</b>	
	ambulance taxi	<b>57</b>	<b>51</b>	<b>54</b>	43	<b>75</b>	26	<b>80</b>	9	<b>46</b>	
	pompiers ou SMUR	<b>24</b>	22	24	<b>32</b>	13	13	17	<b>74</b>	<b>23</b>	
Provenance	domicile	<b>89</b>	<b>90</b>	<b>84</b>	<b>88</b>	0	<b>97</b>	13	0	<b>81</b>	
	EHPAD	11	10	<b>16</b>	10	0	3	<b>86</b>	0	<b>11</b>	
	établissement de santé	0	0	0	0	<b>100</b>	0	0	0	<b>3</b>	
	voie publique	0	0	0	2	0	0	1	<b>100</b>	<b>5</b>	
Prise en charge	3 types d'examen médicaux	<b>66</b>	<b>79</b>	<b>88</b>	<b>83</b>	44	9	34	34	<b>50</b>	
	UHCD	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	13	3	11	13	<b>18</b>	
Diagnostic à la sortie	symptômes	<b>49</b>	0	0	0	25	14	<b>30</b>	24	<b>26</b>	
	lésions traumatiques	16	0	0	0	<b>26</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>62</b>	<b>25</b>	
	pathologies cardiaques	0	<b>100</b>	0	0	<b>13</b>	1	1	5	<b>12</b>	
	pathologies respiratoires	0	0	<b>100</b>	0	<b>8</b>	0	3	0	<b>6</b>	
	pathologies neurologiques	0	0	0	<b>100</b>	<b>6</b>	0	2	1	<b>5</b>	
	pathologies digestives et du métabolisme	<b>16</b>	0	0	0	7	5	4	1	<b>8</b>	
	autres	<b>20</b>	0	0	0	15	<b>33</b>	13	7	<b>19</b>	
Diagnostic associé	1 ou plus	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>43</b>	24	<b>28</b>	14	18	24	<b>27</b>	
Indice de gravité	0 ou 1	<b>51</b>	2	5	7	45	<b>77</b>	<b>70</b>	<b>67</b>	<b>50</b>	
	2 et plus	49	<b>98</b>	<b>95</b>	<b>93</b>	<b>55</b>	23	30	33	<b>50</b>	
Durée du passage	inférieure à 3 h	12	19	16	17	<b>36</b>	<b>62</b>	<b>37</b>	<b>47</b>	<b>30</b>	
	de 3 h à 8 h	<b>56</b>	<b>57</b>	<b>52</b>	47	47	33	48	41	<b>48</b>	
	8 h et plus	<b>33</b>	<b>25</b>	<b>32</b>	<b>36</b>	17	5	15	12	<b>22</b>	
Modalité de sortie	retour à domicile ou en EHPA ou EHPAD	22	17	18	14	29	<b>87</b>	<b>100</b>	<b>71</b>	<b>44</b>	
	hospitalisation	<b>78</b>	<b>83</b>	<b>82</b>	<b>86</b>	<b>71</b>	14	0	29	<b>56</b>	

Des variables supplémentaires illustratives (tranche d'âge, motif de recours, mode de vie, etc.) sont présentées dans le tableau complémentaire C sur le site internet de la DREES. Toutes les modalités sont significatives au seuil de 5 %. Les chiffres en gras correspondent aux modalités dont la proportion est supérieure à celle de l'ensemble des patients. Les groupes 1, 2, 3, 4 et 6 ont comme proximité principale une pathologie précise alors que les groupes 5, 7 et 8 ont comme proximité principale leur provenance avant leur arrivée aux urgences : un établissement de santé, un EHPAD ou la voie publique. Cela n'empêche pas les patients des premiers groupes de provenir d'un établissement de santé, d'un EHPA, d'un EHPAD ou de la voie publique. De la même façon, parmi les patients des groupes 5, 7 et 8, certains souffrent également de pathologies cardiaques, respiratoires ou neurologiques.

La classification a été construite en excluant certaines modalités rares et non-réponses. Pour cette raison les résultats de l'ensemble des patients de la classification peuvent différer légèrement de l'ensemble des patients âgés.

**Lecture** • 19 % des patients du groupe 1 sont arrivés aux urgences par leurs propres moyens ou accompagnés par un tiers contre 32 % en moyenne sur l'ensemble des personnes âgées de 75 ans ou plus. De plus, les patients du groupe 1 sont significativement différents de la moyenne des patients âgés sur les modalités de la variable mode d'arrivée (valeur test inférieure à 5 %). Ils sont significativement plus pris en charge par une ambulance ou un taxi par exemple.

**Champ** • Patients âgés de 75 ans ou plus pris en compte dans la classification.

**Source** • DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013.

Plusieurs situations pourraient expliquer le passage aux urgences de ces patients préalablement hospitalisés : le besoin du plateau technique ou du médecin spécialisé d'un autre établissement ; une chute dans le cas des patients provenant d'USLD ou de SSR, par exemple. Les affections de ces patients sont hétéroclites (pathologies et degrés de gravité divers). À la suite de leur passage aux urgences, 71 % sont ré-hospitalisés, 29 % retournent à domicile ou en EHPAD. Leur séjour aux urgences est assez court, certainement parce que la raison de leur passage est circonscrite, leur dossier médical a été préalablement transmis aux équipes soignantes et leur modalité de sortie est le plus souvent prévue. D'ailleurs,

ils sont relativement moins nombreux à bénéficier d'examen complémentaires, ces derniers ayant peut-être déjà été réalisés, mais plus nombreux à bénéficier d'un avis spécialisé.

### La majorité des patients âgés qui rentrent chez eux à l'issue des urgences présentaient des lésions traumatiques peu sévères

Les trois derniers groupes de patients âgés rassemblent les passages majoritairement suivis par un retour à domicile ou en EHPAD. Ces patients souffrent en majorité de traumatismes peu graves : plaies et contusions ou fractures. Ils nécessitent moins d'exa-

mens, sont rarement hospitalisés en UHCD et la durée de leur passage est relativement courte. Leur provenance différencie ces patients : ceux qui viennent de leur domicile sont davantage venus par leurs propres moyens, ceux qui viennent principalement d'un EHPAD sont transportés en ambulance ou taxi et ceux qui arrivent de la voie publique sont en majorité transportés par les pompiers ou le SMUR. Les patients venant de la voie publique ou de leur domicile sont plus jeunes et vivent plus souvent seuls à leur domicile que les autres. Moins de la moitié avaient fait une démarche avant de se rendre aux urgences. Les patients provenant d'un EHPAD sont plus âgés. ■

## ➔ POUR EN SAVOIR PLUS

- **Boisguérin B., Mauro L.**, 2017, « Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue », *Études et Résultats*, DREES, n° 1008.
- **Boisguérin B., Valdelièvre H.**, 2014, « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », *Études et Résultats*, DREES, n°889, juillet.
- **Cour des comptes**, 2012, « La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents » dans *Le rapport public annuel 2012*, février.
- **Haute Autorité de santé**, 2015, « Prendre en charge une personne âgée poly pathologique en soins primaires » dans *Note méthodologique et de synthèse documentaire*, mars.
- **Maire A.**, 2013, « Pertinence des hospitalisations *via* le service des urgences chez les patients de plus de 75 ans », *Thèse de médecine générale*, Université Paris Diderot – Paris 7.
- **Ricroch L., Vuagnat A.**, 2017, « Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé », *Études et Résultats*, DREES, n° 997, février.
- **Ricroch L.**, 2016, « Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers », *Études et Résultats*, DREES, n°973, septembre.
- **Ricroch L., Vuagnat A.**, 2015, « Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins », *Études et Résultats*, DREES, n°929, août.
- **Ricroch L.**, 2015, « Urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité », *Études et Résultats*, DREES, n°906, mars.
- **Sirven N.**, 2016 « Vieillesse, fragilité et dépenses de santé », *Questions d'économie de la santé*, n°216, mai, IRDES.
- **Société française de médecine d'urgence**, 2003, « Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences », *10<sup>e</sup> Conférence de consensus*, décembre.

## LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site  
[drees.social-sante.gouv.fr](http://drees.social-sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur  
[www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr)

Pour recevoir nos avis de parution  
[drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution](http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution)

**Directeur de la publication** : Franck von Lennep

**Responsable d'édition** : Souphaphone Douangdara

**Secrétaires de rédaction** : Sabine Boulanger et Fabienne Brifault

**Composition et mise en pages** : NDBD

**Conception graphique** : Julie Hiet et Philippe Brulin

**Imprimeur** : Imprimerie centrale de Lens

**Pour toute information** : [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384