

Le sujet âgé aux urgences : bilan, enjeux et perspectives

Isabelle Mignon

▶ **To cite this version:**

Isabelle Mignon. Le sujet âgé aux urgences : bilan, enjeux et perspectives. Science politique. 2012. dumas-00828005

HAL Id: dumas-00828005

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00828005

Submitted on 30 May 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.

SCIENCES PO GRENOBLE
1030 avenue Centrale – 38040 GRENOBLE
http://www.sciencespo-grenoble.fr

UNIVERSITE DE GRENOBLE
Institut d'Études Politiques de Grenoble

Isabelle MIGNON

Le sujet âgé aux urgences : Bilan, enjeux et perspectives

Master Politiques Publiques de Santé

2011-2012

Sous la direction de Catherine GUCHER, Sociologue-Maître de conférences HDR
UMR PACTE , Université Pierre Mendès France, Grenoble.

UNIVERSITE DE GRENOBLE
Institut d'Études Politiques de Grenoble

Isabelle MIGNON

Le sujet âgé aux urgences : Bilan, enjeux et perspectives

Master Politiques Publiques de Santé

2011-2012

Sous la direction de Catherine GUCHER, Sociologue-Maître de conférences HDR
UMR PACTE , Université Pierre Mendès France, Grenoble.

Mourir cela n'est rien
Mourir la belle affaire
Mais vieillir... ô vieillir!
(Jacques BREL, *Vieillir* 1977)

Remerciements

Je voudrais remercier de tout cœur :

Madame Catherine GUCHER, pour son écoute et son accompagnement tout au long de ce travail.

Toutes les personnes qui ont accepté de m'accorder du temps et de répondre à mes questions et ont ainsi donné sa richesse à cette réflexion.

Rachel, Corinne, Elsa et Dominique pour avoir compensé mes absences et m'avoir soutenue toute cette année.

Delphin, Nina et Lucy pour leur amour, leur indulgence et leur soutien sans faille.

L'ensemble de soignants des urgences, et particulièrement Carole, pour leur engagement et leur patience.

L'ensemble des participants à ce master, étudiants et enseignants, pour leurs différences, leur intelligence et leur capacité à partager.

Valérie, Daniéla et Hervé pour leur soutien amical et logistique.

Sylvie, Susan et Alex pour leur relecture pertinente et efficace.

Glossaire

AEG : Altération de l'État Général

AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources

ANAP : Agence Nationale d'Aide à la Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CESU : Chèque Emploi Service Universel

CIMU : Classification Infirmière des Malades des Urgences

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

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

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

GIR : Groupe Iso Ressources

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IF2G : Inter Filière Gériatrique et Gérontologique

l'IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IOA : Infirmière Organisatrice de l'Accueil

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MAD : Maintien A domicile Difficile

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

MEAH : Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalière

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Personnes Âgées

POSU : POles Spécialisés des Urgences

RENAU : REseau Nord Alpin des Urgences

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSR : Service de Suite et de Réadaptation

SU : Service d'Urgences

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UPATOU : Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

ZES : Zone d'Examen et de Soins

Introduction

Depuis la fin des années 1980 les services d'urgences ont connu une activité exponentielle. En dépit de temps d'attentes parfois importants, le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a crû de 43 % de 1990 à 1998[1]. Malgré un ralentissement dans les années 2000, ce chiffre continue de progresser d'environ 4% par an. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce succès.

D'une part l'offre de soin de proximité par les acteurs libéraux s'est peu à peu modifiée. Les actes de petite chirurgie ne sont plus faits par les médecins traitants, les visites à domicile se raréfient, la consultation sur rendez-vous devient la règle. Pour l'usager, l'accès aux soins de premier recours se limite en fonction de la disponibilité de son médecin. L'ouverture 24h sur 24h des urgences va permettre l'accès aux soins en fonction de la disponibilité de l'usager.

D'autre part, la permanence des soins est parfois mal assurée selon l'heure, le jour de la semaine et selon le territoire. A partir du vendredi 17h, dans la plupart des villes, il est courant de ne pas avoir de cabinet médical ouvert ou accessible. Le problème est identique la nuit. Les services d'urgences vont ainsi peu à peu combler les manques de la permanence des soins de premier recours.

A ce défaut de disponibilité et à cette limitation horaire de la permanence des soins s'ajoute la limitation économique. En effet, malgré un système de santé performant et souvent envié, les conditions d'accès aux soins se durcissent en France et deviennent un obstacle pour un certain nombre de citoyens. Participation financière forfaitaire, avance des frais, ces contraintes économiques limitent un recours aux soins via la médecine libérale et drainent un public paupérisé vers les urgences pour des soins de proximité.

Les réformes du système de santé ont, elles aussi, un impact sur le comportement des usagers. Avoir un médecin traitant à déclaration obligatoire, un parcours de soins à respecter sous réserve de non remboursement, contraint les usagers à entrer dans un circuit, à se conformer à un comportement, à respecter des normes et des règles. Ayant peu de temps et parfois peu d'argent à consacrer à leur santé, un certain nombre de nos concitoyens est attiré par le « système intégré » des urgences : accès en un même lieu et au même moment à un plateau technique performant et aux spécialistes.

L'hyper-spécialisation de la médecine actuelle et les progrès techniques qui l'accompagnent sont également la cause de l'attrait des urgences. L'exigence de qualité et de sécurité conditionne les comportements et il n'est pas rare de voir les usagers des urgences réclamer un scanner ou une IRM et partir avec le sentiment d'avoir mal été soignés si l'examen n'a pas été réalisé car leur état de santé

[1] www.sante.gouv.fr/htm/publication Direction de la Recherche des études de l'évaluation statistique « les usagers des urgences » Études et résultats N° 212 janvier 2003

ne le justifiait pas. Les urgences attirent car elles sont un gage d'accès à une technicité qui caractérise la médecine du XXI[ème] siècle en France.

Concernant les enfants, qui représentent une part importante des passages, les urgences sont devenues le lieu de soin qui répond à toutes les problématiques pédiatriques : chutes, blessures, fièvre, pleurs inexpliqués. Aujourd'hui, l'enfant focalise toutes les attentions et sa santé est une priorité absolue. Le moindre signe de mauvaise santé exige des mesures à la hauteur des angoisses. Ainsi, le quart des patients des urgences a moins de 15 ans et les nourrissons de moins d'un an sont proportionnellement 2,4 fois plus nombreux dans la clientèle des urgences que dans la population.[2]

Pour les médecins libéraux, les urgences sont également un moyen de faire admettre leur patient à l'hôpital. En moyenne, 30% des hospitalisations d'un établissement de soins se font par ce service. Pour accéder à un lit d'hospitalisation point n'est besoin, pour le médecin traitant, de se mettre en relation avec un spécialiste, souvent introuvable, injoignable, inaccessible. Il lui suffit de faire un courrier avec une «prière d'admettre» aux urgences qui servira d'intermédiaire et permettra l'accès à un lit d'hospitalisation.

Ainsi, dans un contexte de rationalisation de l'offre de soins et de diminution des lits d'hospitalisation, les services d'urgences servent de plate-forme d'accueil, de tri et d'orientation. Certains établissements de soins revendiquent un passage obligé dans leur service d'urgences pour toute hospitalisation. D'autres au contraire privilégient les filières de soins spécialisées et considèrent que le passage systématique par les urgences est au mieux inutile au pire une perte de chance pour le patient. Ces différences de pratique entre établissements participent à la complexité de la régulation en amont des urgences.

Cependant, les malades viennent aussi aux urgences parce qu'ils n'ont pas le choix. Le quart des usagers de ce service y accède via les services de secours (SMUR[3], pompiers, ambulanciers privés) après une régulation par le centre 15 ou y est conduit par les forces de l'ordre. Accidents de la route, de sport, agression, agitation, alcoolisations, intoxications médicamenteuses volontaires, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral... les pathologies traumatiques ou médicales sont évidemment nombreuses. Ces services de secours amènent aux urgences tous ceux qui ne peuvent ou ne veulent y venir d'eux mêmes. L'état de santé de certains de ces patients est gravissime et engage le pronostic vital. Il nécessite des soins immédiats et spécialisés. Leur prise en charge ne souffre aucun délai.

---

2 www.sante.gouv.fr/htm/publication Direction de la Recherche des études de l'évaluation statistique « les usagers des urgences » Études et résultats N° 212 janvier 2003

3 SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation. Ce sont les équipes qui se déplacent à la demande des régulateurs du SAMU sur une urgence grave. Ce sont ainsi des équipes hospitalières d'intervention en milieu pré hospitalier

Enfin, de manière exceptionnelle, les services d'urgences doivent être en mesure d'accueillir un afflux massif de victimes à l'occasion de déclenchement d'un plan blanc ou plan de secours. Les plans de secours peuvent être déclenchés pour venir en aide au département voisin en cas de besoin (ce qui a été le cas pour les services d'urgences des établissements de Haute Garonne lors de l'accident de l'usine AZF) ou pour faire face à un nombre de victimes important pour une raison médicale ou accidentelle (intoxication alimentaire dans une cantine scolaire, épidémie de grippe, intoxication au monoxyde de carbone du public d'une salle de spectacle, accident de la route mettant en cause plusieurs véhicules et entraînant de nombreuses victimes). Les établissements de santé qui ont des services d'urgences doivent être en mesure d'accueillir en même temps la population quotidienne et les victimes d'une situation d'exception.

Ainsi, les motifs de recours aux services des urgences sont multiples et variés, la difficulté pour les urgentistes étant de distinguer dans le flux continu de patients ce qui relève d'une urgence immédiate, d'une urgence relative, d'une urgence vraie, d'une urgence ressentie. Des personnes venant pour des motifs très différents les uns des autres accèdent aux urgences selon des modes d'accès également différents. Certains jours, l'affluence est importante et les délais d'attente aussi, faisant parfois la une des journaux. Suite à une médiatisation importante due en grande partie aux conséquences désastreuses de la canicule de 2003, **l'engorgement chronique des services d'urgences est devenu un problème de santé publique.**

L'affluence de patients sollicitant les services d'urgences va entraîner, pour les personnels médicaux et non médicaux qui travaillent aux urgences, la nécessité de hiérarchiser et de trier au mieux toutes ces demandes de soins afin de pouvoir y répondre dans les plus brefs délais et de façon adéquate. Les pressions et les tensions qu'ils subissent en permanence viennent à la fois des usagers, des professionnels et des conditions de fonctionnement : nombreuses entrées simultanées, difficulté pour obtenir un examen, un résultat, un lit, un transfert, manque de brancard, de personnels, de matériel, impatience des usagers, des ambulanciers, des pompiers, des familles. Tout le monde veut que tout aille vite. Néanmoins, il faut aux professionnels des urgences résister à ces pressions pour prendre le temps d'évaluer, examiner, faire faire les examens et obtenir les résultats, donner des traitements, évaluer leurs effets, solliciter l'avis d'un médecin spécialiste, décider l'orientation, panser, plâtrer, rassurer, écouter, réconforter... Entre toutes ces étapes des délais plus ou moins longs et plus ou moins compressibles imposent des temps d'attente. Attendre est une activité incontournable aux urgences. Plus l'affluence est importante plus l'attente risque d'être importante. Plus la situation de soin est complexe plus il faudra du temps pour l'évaluer correctement.

Pour faire face à son succès la médecine d'urgence a fait l'objet d' une volonté de structuration et de clarification. Plusieurs textes réglementaires, remplaçant ceux qui existaient depuis les années 1950,

sont venus définir et cadrer ses missions, l'organisation de ses structures et la nécessaire articulation de celles-ci avec le reste du système de santé. Deux décrets[4], consécutifs à deux rapports (rapport STEG en 1993 et rapport BARRIER en 1994) entament l'évolution et la structuration de la médecine d'urgence.

Les responsables des politiques publiques et les acteurs des urgences voudraient que les urgences hospitalières, notamment les Service d'Accueil des Urgences (SAU)[5], se concentrent et prennent en charge uniquement les « vraies urgences », laissant la « bobologie » ou la permanence des soins aux autres acteurs du système de soins. Pour eux, l'idéal serait de renvoyer ceux qui viennent chercher une offre de soin qui existe ailleurs, traiter rapidement les petites urgences qui consomment peu de soins pour que ces personnes repartent sans engorger les services, orienter les cas les plus graves vers des filières spécialisées organisées en amont et n'admettre aux urgences que les personnes dont les problèmes de santé ne relèvent d'aucun de ces trois premiers groupes. Cette vision très rationnelle des urgences est portée par les réformateurs de l'hôpital aidés par leurs cabinets de conseil. Cependant ce modèle n'arrive pas à s'installer durablement sur l'ensemble du territoire ou tout du moins n'est pas toujours aisé à mettre en place.

Les motifs de recours peuvent paraître simples mais au final le diagnostic porté révèle une pathologie plus complexe. La crainte de passer à côté de quelque chose de grave limite le renvoi de patients. Si le patient est refoulé aux urgences rien ne garantit qu'il aille consulter ailleurs. L'organisation en filière pour les patients les plus graves semble être soutenue par les urgentistes qui reconnaissent ainsi la limite de leurs compétences mais aussi la limite de leur organisation. Certaines filières fonctionnent bien, d'autres peinent à s'organiser. Dans tous les cas, dès qu'elles sont saturées ces filières ont recours aux urgences.

Pour les soignants, seule l'urgence et la gravité de la situation sont des critères de hiérarchisation. Dans certains services, l'utilisation d'une échelle de tri leur permet dès l'accueil de déterminer la gravité d'une demande de soin et de prioriser l'ordre de passage du patient. Les différentes entrées sont ainsi classées selon leur gravité et non pas selon leur ordre d'arrivée. L'organisation d'une «filière courte» pour les patients ambulatoires préconisée par les tutelles pour désengorger les services d'urgences a du mal à être acceptée car elle heurte la logique des urgentistes qui sont formés à prendre en charge les malades les plus graves en premier. L'organisation en «filière courte» et «filière longue» peut être en outre compromise par des moyens humains insuffisants, des

[4] Décrets 95-647 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et 95-648 du 09 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins accueil et traitement des urgences

[5] Les SAU se situent dans les hôpitaux de référence. Ils accueillent toutes les urgences y compris les urgences psychiatriques

locaux inadaptables ou encore par des résistances des acteurs de terrain[6].

La notion d'urgence, même de l'urgence médicale, est relative. Sa définition n'est pas la même selon que l'on interroge le dictionnaire ou les sociétés savantes. Pour le Larousse l'urgence médicale est une : « Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement. »[7] Pour les médecins urgentistes il n'y a pas une définition de l'urgence mais des urgences dans chaque domaine de la médecine. Objectivée par des critères cliniques et/ou biologiques et/ou radiologiques, l'urgence pour les soignants est codifiée et assortie de conduites à tenir ou de protocoles de prise en charge. Pour le patient, l'heure, l'intensité des symptômes, les circonstances de survenue, l'âge, le niveau d'angoisse, font varier considérablement le sentiment d'urgence.

Les situations d'urgences sont néanmoins toujours redoutées car elles peuvent mettre en cause la vie d'un individu et mettent à l'épreuve la compétence de l'équipe qui se sentira responsable du résultat. Paradoxalement, pour des raisons identiques, les situations d'urgences sont aussi souhaitées par les mêmes personnels car elles leur permettent d'exprimer leurs compétences et mettre en œuvre les savoirs acquis. Ils en retirent également un puissant sentiment d'utilité. Même dans un service d'urgences, les vraies situations d'urgences sont cependant rares car elles sont anticipées autant que possible. Pour donner toutes les chances de survie à un patient qui présente une détresse vitale en amont des urgences, celui-ci pourra être adressé directement dans le service approprié (réanimation, salle de déchocage, salle de coronarographie interventionnelle...).

La connaissance des usagers des urgences et leur catégorisation semblent être la clef pour lutter contre l'engorgement chronique des services d'urgences français. Sur le plan sociologique, Jean PENEFF va mener en 2000 une enquête pour étudier les malades des urgences. Le livre tiré de cette enquête amène des éléments de compréhension de la fréquentation des urgences et pose un constat sociologique qui ne laisse pas penser que cette fréquentation ira en diminuant à l'avenir. [8]

PENEFF n'est pas le seul à s'intéresser à ceux qui fréquentent les urgences. L'enquête nationale menée en 2003 par la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et de la Statistique : «Les usagers des urgences» va être la base de nombreux travaux. Elle caractérise les usagers des urgences selon leur motif et leur mode de recours, leur gravité et leur devenir, chaque critère caractérisé par l'âge. Cette enquête révèle que les classes d'âge les plus consommatrices des urgences sont les nourrissons de moins d'un an (48 %) et les personnes âgées de 80 ans et plus (40 %). Les plus de 70 ans ne représentent que 14 % du total mais ils représentent 50% des passages qui

---

[6] BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression,* Paris, éditions la découverte, 2010

[7] Dictionnaire Larousse en ligne http://www.editions-larousse.fr/

[8] PENEFF Jean, *Les malades des urgences,* Paris, éditions Métailié, 2000

se concluent par une hospitalisation. Trois observations issues de cette enquête ont également retenu notre attention :

- c'est aux extrêmes des âges de la vie que la fréquentation des urgences est le plus important
- plus on est âgé et plus le taux d'hospitalisation est important
- si les moins de 25 ans attendent peu un lit d'hospitalisation, celui-ci est de plus en plus difficile à obtenir en fonction de l'âge[9].

Si l'enquête de la DRESS parle des plus de 70 ans, les statistiques hospitalières recensent quant à elles les plus de 75 ans. En effet, ce critère de plus de 75 ans se retrouve dans la majorité de la littérature concernant les personnes âgées et les structures de soins. La Société Française de Médecine d'Urgences (SFMU), société savante qui regroupe de nombreux services et professionnels, a publié en décembre 2003 sa 10ème conférence de consensus intitulée « prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences ». Ce texte propose des recommandations précises sur la manière dont il convient d'accueillir les personnes de plus de 75 ans dans un service d'urgences. Il définit les critères d'admission aux urgences pour les plus de 75 ans et énonce cette recommandation : « Les PA[10] sont accueillies dans les services d'urgences sans discrimination et bénéficient des soins nécessités par leur état. Un grand âge, des troubles cognitifs ou sensoriels, un niveau de dépendance élevé ne sont pas un obstacle à des soins appropriés dans un SU[11]. Cependant, le recours au SU ne doit être décidé que s'il constitue la filière de soins la plus efficiente pour répondre aux besoins de la PA. Dans certaines circonstances, c'est le recours au réseau gérontologique, et non pas l'admission aux urgences, qui constitue la solution la plus adaptée. »[12] Si une attention particulière est portée aux plus de 75 ans dans les services d'urgences, c'est que cette population y est présente et y séjourne plus longtemps que les autres usagers.

En effet, comme pour l'ensemble de la population, les services d'accueil des urgences sont un mode de recours aux soins par nos aînés. Au CHU de province qui a servi de terrain d'enquête, les plus de 75 ans représentent en 2011 19,75% des passages et 47,81% des hospitalisations dans les services de soins. Le vieillissement progressif de la population et la médicalisation de la vieillesse ne sont pas en faveur d'une diminution de l'activité des urgences. Pour autant, toute personne de plus de 75 ans ne va pas forcément « poser un problème » mais statistiquement elle va nécessiter plus que les autres une place d'hospitalisation et (dans un contexte de difficulté d'aval) va rester plus

[9] www.sante.gouv.fr/htm/publication Direction de la Recherche des études de l'évaluation statistique « Les usagers des urgences » Études et résultats N° 212, janvier 2003

[10] PA= personnes âgées

[11] SU = service d'urgences

[12] Société Française de Médecine d'Urgence, 10ème conférence de consensus « *Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences* », 5 décembre 2003- Strasbourg

longtemps aux urgences. Elle risque de séjourner de nombreuses heures sur un brancard, au milieu des autres usagers. Il est courant qu'elle y passe la journée ou la nuit, parfois plus de 24 heures.

Les motifs de recours des personnes de plus de 75 ans cachent parfois des situations médicales ou sociales complexes qui nécessitent du temps pour être analysées, des compétences spécifiques, et des réponses qui prennent en compte tous les aspects de la situation. Une hospitalisation est donc souvent nécessaire. Cependant les services de soins, centrés sur leurs spécialités et soucieux de limiter autant que possible la durée moyenne de séjour dans leur unité, hésitent à accepter la personne âgée de plus de 75 ans car ils craignent que la situation de soin du présent ne masque une situation plus complexe et qui compromettra la sortie de la personne. La demande de soins plus importants, le faible nombre de lits de soins de suite et de réadaptation (SSR), sont également des freins à l'hospitalisation des plus de 75 ans dans les lits disponibles de l'hôpital[13]. **Paradoxalement ce sont les personnes les plus âgées et les plus fragiles qui attendent le plus longtemps aux urgences.**

La notion de fragilité, très souvent employée dans le vocabulaire gériatrique n'a pas de définition consensuelle : « sa définition a progressivement évolué au cours de ces deux dernières décennies, mais à ce jour, elle n'est pas encore assez précise pour faire l'unanimité ; chaque chercheur l'abordant par un concept proche de son centre d'intérêt (approche médicale, approche physiologique, approche biologique...).»[14]

Pour le dictionnaire la fragilité est la facilité à se casser, un manque de solidité. La fragilité est un état précaire du sujet. Pour la personne âgée, la fragilité va consister à un ensemble de facteurs qui va risquer de faire apparaître ou d'aggraver la dépendance. « État ou syndrome qui résulte d'une réduction multi-systémique des capacités de réserves au point que plusieurs systèmes physiologiques s'approchent ou dépassent le seuil d'insuffisance. Par conséquent, la personne dite fragile a un risque supérieur d'incapacité ou de mort même face à des perturbations externes mineures (Campbell et Buchner). » Ainsi la fragilité est une notion subjective. Le Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005 présenté par Paulette Guinchard-Kunstler, Secrétaire d'État aux personnes âgées, retient les critères de WINOGRAD[15] : le grand âge, des pathologies invalidantes, la malnutrition, la poly-médication, les problèmes médico-sociaux et familiaux, l'incontinence. Malheureusement, les personnes âgées n'arrivent pas aux urgences avec un score de fragilité déjà établi. Elles arrivent pour des demandes de soins aiguës ou des situations de décompensation d'une ou plusieurs pathologies chroniques.

---

[13] C.Vassy, *L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire*, Mouvements, 2004/2 n° 32, p. 67-74.

[14] DRAMÉ Moustapha et al., « la fragilité du sujet âgée : actualité-perspectives, *gérontologie et société,* 2004/2 n°109, p. 31-45. DOI : 10.3917/gs.1090031

[15] Chercheur qui a établi des critères de fragilité en 1991

Leur fragilité est parfois repérée aux urgences mais parfois elle passe inaperçue. Dans tous les cas elle ne permet pas de diminuer le temps de passage mais au contraire l'aggrave.

C'est pourquoi, plus que pour le reste de la population, la pertinence du recours au service des urgences se pose pour les personnes de plus de 75 ans, car elles sont susceptibles d'avoir des critères de fragilité. Si l'on peut affirmer que la grande majorité y a autant sa place que n'importe quel autre usager, un certain nombre d'entre elles risquent une aggravation de leurs problèmes de santé du fait de leur venue aux urgences. Les professionnels de la gériatrie, ceux des urgences, les familles de malades et surtout les malades eux-mêmes s'accordent à dire que le passage dans un service d'urgences est à éviter pour toute personne âgée fragile car l'impossibilité fonctionnelle de répondre aux besoins de santé de ces personnes les exposent à une perte de chance.

Occupés à répondre au flux des entrées du jour, les personnels médicaux et paramédicaux des urgences semblent ne pas être en mesure de donner les soins spécifiques que l'état de santé des personnes fragiles nécessite. Impuissants, ils ne peuvent qu'assister à la « maltraitance » institutionnelle que subissent ces personnes et se sentir complices de situations humainement intenables. Soit ils méconnaissent ou sous estiment la particularité des soins dus aux personnes âgées fragiles, soit ils les connaissent et les estiment à leur juste valeur mais l'organisation des urgences ne leur permet pas de les mettre en œuvre. Le soignant qui a des valeurs humanistes ne peut qu'être en souffrance face aux conditions d'accueil qui sont faites aux plus fragiles de leurs patients. Ils le manifeste souvent par des expressions de rejet, trouvant parfois à juste titre, parfois à tort que ces patients ne devraient pas être là.

Dans les discours médicaux et dans le discours des tutelles, l'adressage au service d'urgences des personnes âgées est souvent présenté comme inadéquat mais qu'en est-il exactement ? Est-ce le cas pour toutes les personnes âgées ? Est-ce le cas dans tous les services d'urgences ?

Est-ce par défaut d'organisation d'accompagnement et de prise en charge à domicile ou en institution que les personnes âgées sont adressées aux urgences ? Est-ce par défaut d'organisation de l'accès à un lit d'hospitalisation ou de possibilité de retour à domicile rapide qu'elles restent si longtemps aux urgences ? Le réseau gérontologique fonctionne-t-il suffisamment bien pour éviter le recours aux urgences ? Quelles alternatives aux urgences hospitalières sont proposées en cas de crise sanitaire ou sociale chez les sujets âgés ?

Que faire en tant que cadre de santé pour que ceux qui n'ont rien à faire aux urgences n'y entrent pas ? Non pas qu'ils y soient les malvenus mais parce que cela constitue un risque et une perte de chance au même titre que certaines urgences vitales qui ont un circuit spécifique.

Si la venue aux urgences des personnes âgées est pertinente, les soins qui leurs sont donnés sont-ils toujours adaptés ? Sinon en quoi ne le sont-ils pas et pourquoi ? Existe-t-il des organisations qui

permettraient d'améliorer les soins aux urgences pour ce public bien particulier ?
Que faire pour mettre un peu d'ordre et beaucoup d'humanité quand on sent ou qu'on sait que les urgences n'étaient pas la meilleure solution pour la personne mais la seule envisageable ?
Comment, dans le contexte actuel de maîtrise des dépenses de santé, améliorer l'accueil des plus fragiles et adapter les prises en charge ? Est-ce possible ? Est-ce souhaitable ? Est-ce faisable ?
Ce questionnement amène à formuler la problématique suivante :

Comment comprendre les difficultés de prise en charge des personnes âgées fragiles aux urgences ?

L'objet de ce travail de recherche est de réfléchir à la fois sur la pertinence de recours aux urgences pour les personnes âgées fragiles, sur les alternatives que le réseau gérontologique est en mesure de proposer et sur la qualité des soins qu'elles reçoivent pendant leur séjour aux urgences.
La volonté de traiter ce sujet est issue d'une pratique quotidienne depuis cinq ans de cadre de santé dans le service d'urgences d'un CHU de province qui nous a conduit à émettre deux hypothèses.
La première hypothèse est que le réseau gérontologique devrait prendre en charge un certain nombre de personnes âgées fragiles qui sont adressées par défaut aux urgences, soit par une erreur « d'aiguillage », soit parce que la structure de soins adéquate est inexistante ou inaccessible à l'intérieur du réseau.
La deuxième hypothèse est que la représentation que les soignants ont de la mission des urgences et de la vieillesse les incitent soit à adresser les personnes fragiles aux urgences quand ils travaillent dans une structure de soins pour personnes âgées, soit d'estimer qu'elles n'y ont pas leur place si ils travaillent aux urgences.
Ce travail a tout d'abord été alimenté par une recherche documentaire sur les urgences et sur les personnes âgées et particulièrement les plus fragiles. Les données statistiques nationales se rapportant à ces sujets ont été enrichies de données statistiques locales quand elles étaient disponibles et/ou accessibles. A cette recherche documentaire s'est ajoutée une enquête de terrain réalisée à partir d'entretiens semi-directifs.
Deux échantillons de population distincts ont été sollicités pour alimenter l'enquête de cette recherche. Elles ont été définies au regard des deux hypothèses. Le premier échantillon est constitué d'acteurs qui agissent en amont des urgences et qui sont les acteurs du réseau gérontologique ou les acteurs qui adressent les personnes âgées aux urgences. Le deuxième échantillon est constitué de soignants travaillant aux urgences et dans deux structures d'accueil pour personnes âgées. Pour les soignants travaillant en gériatrie, le choix des structures s'est fait à partir de statistiques de

recours parmi les établissements sollicitant souvent le centre 15. Deux structures ont été sollicitées : une à l'intérieur de l'agglomération où est implanté le CHU de l'étude et la deuxième à l'extérieur de la même agglomération. Au total, vingt entretiens ont été menés entre le 11 avril et le 4 juillet 2012 (ANNEXE 1: tableau des entretiens). Des guides d'entretiens différents ont été utilisés pour les deux populations (ANNEXE 2 et 3 : guides d'entretiens). Certains entretiens ont été retranscrits intégralement, d'autres ont été pris en notes selon une grille d'analyse (ANNEXE 4 : grille d'analyse des entretiens) qui a permis de dégager les thèmes principaux abordés par les personnes interrogées. C'est à partir de ces thèmes qu'a été construit le plan de cette recherche.

Cette étude se divise en deux parties. La première partie problématisera l'augmentation du grand âge, les soins spécifiques qui le concernent et les soins dispensés dans un service d'urgences. La deuxième partie abordera les réseaux et filières de soins et leur capacité à répondre aux besoins de santé des personnes âgées. Cette étude permettra de dégager des pistes de réflexion et/ou d'action pour améliorer la future prise en soins des personnes âgées fragiles aux urgences et d'infirmer et/ou affirmer les hypothèses.

1 Aux urgences, les personnes âgées sont-elles des patients comme les autres ?

Afin de comprendre la problématique des personnes âgées dans les services d'urgences, nous allons dans un premier temps considérer comment peut se définir une personne âgée, quels sont les besoins en soins de cette population et ce qui la caractérise. Ensuite nous aborderons la question des services d'urgences et du terrain d'enquête plus particulièrement. Enfin les problèmes particuliers de ces urgences avec sa population âgée seront évoqués.

1.1 De la vieillesse au vieillissement de la population

1.1.1 La vieillesse : un construit social basé sur des représentations

Comme le dit Vincent CARADEC en introduction de son livre « La sociologie du vieillissement », « il n'est pas facile de définir la vieillesse, la notion évoquant une série de termes qui se confondent, se recouvrent ou s'opposent : personnes âgées, vieillards, troisième âge, quatrième âge, aînés, retraités, seniors, etc. Il n'est guère plus simple d'en déterminer le seuil : la catégorie statistique des « personnes âgées » le fixe à 60 ans, mais bien des sexagénaires refuseraient un tel classement. » [16] La vieillesse est un construit social en perpétuel mouvement. On peut être considéré comme vieux à tout âge. Un gymnaste est déjà vieux à 17 ans, alors qu'un acteur pourra exercer son art à n'importe quel âge et ne sera jamais trop vieux pour travailler. La vie sociale est normée par des critères d'âge qui déterminent les temps sociaux et construisent les rapports des humains entre eux. La vieillesse n'est pas une chose en soi ; elle caractérise l'état d'une chose ou d'un être vivant. En règle générale la « vieillesse » d'une chose ou d'une personne renvoie à sa fin imminente, à sa finitude. « Le mot «vieillissement» indique presque toujours qu'un individu, une idée, un bâtiment, un avion, un cuirassé, une star du football, un acteur de cinéma ou un Premier Ministre est nettement sur le déclin, «dépassé ». »[17] La connotation négative du vieillissement trouve son origine dans cette idée « d'avoir été ». Dans une société de la performance, vieillir est synonyme de perte. Perte de la faculté d'être le meilleur, perte de sa place sociale, perte de sa santé...Vieillir est presque toujours présenté comme une mauvaise chose, contre laquelle il faut lutter de toutes ses forces et avec tous ses moyens.

[16] V. CARADEC, *sociologie de la vieillesse et du vieillissement,* 2ème édition, Armand Colin, 2008, P 5

[17] M. JOHNSON, *La conception de la vieillesse dans les théories gérontologiques,* Retraite et société, 2001/3 no 34, p. 51-67.

A partir de 1962, les élites politiques et intellectuelles françaises ont commencé à penser la vieillesse sur le plan démographique par rapport au nombre de retraités : comment ce nouveau groupe d'âge allait trouver sa place dans la société française ? L'état va se saisir du « problème » afin d'aménager la cohabitation des différentes tranches d'âge de la société et de maintenir la cohésion sociale[18]. La commission LAROQUE va mettre à l'agenda une politique publique en faveur des retraités et du 3ème âge. Les préconisations de son rapport vont servir de fondement aux politiques en faveur des « personnes âgées » pendant quarante ans.

En soi « Personne âgée » ne veut rien dire car on est toujours âgée de X ou Y années. Depuis le passage de l'âge légal de la retraite à 65 ans, l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) classe les populations selon 3 grandes classes d'âges : les moins de 20 ans, les 20-64 ans et les plus de 65 ans. Les « personnes âgées » sont la catégorie statistique de ceux qui ont plus de 65 ans et ce vocable désigne de manière générique tous ceux et celles qui entrent dans la vieillesse. D'ailleurs, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit les personnes âgées comme étant des personnes âgées de plus de 65 ans[19]. Certaines statistiques ou articles continuent de parler des personnes âgées en parlant des personnes âgées de plus de 60 ans. Néanmoins, 65 ans tend à devenir la norme, preuve s'il en faut que « la jeunesse et la vieillesse ne sont pas des données mais sont construites socialement, dans la lutte entre les jeunes et les vieux. »[20]

Cette vieillesse est un temps social qui se rallonge d'année en année et augmente en même temps que l'espérance de vie. « En 2011, l'espérance de vie à la naissance continue à progresser sur le même rythme que depuis le début des années 1970. Elle s'établit à 84,8 ans pour les femmes et à 78,2 ans pour les hommes. »[21] La vieillesse en 2011 durerait donc statistiquement 29 ans pour les femmes et 23,2 ans pour les hommes. Plus que la jeunesse....

Mais ce temps n'est pas homogène, il est lui-même segmenté. Comme le temps de l'enfance qui comprend la petite enfance, l'enfance et l'adolescence, le temps de la vieillesse semble se découper en trois catégories : les seniors (65/75 ans), les personnes âgées autonomes (75/85ans), les personnes âgées dépendantes (85 ans et au-delà).

La première phase du ce temps de la vieillesse jouit d'une représentation sociale très positive. Les personnes âgées sont vues comme des consommateurs potentiels, ont une implication importante dans la vie associative de leur ville, sont des aides précieuses pour leurs enfants ou petits-enfants.

---

[18] C. GUCHER, Cours de Master II, *politique de vieillesse et gérontologie, approche sociologique,* novembre à décembre 2011

[19] *« Vieillir en bonne santé : politiques et interventions prioritaire »* rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2012

[20] P. BOURDIEU, Entretien avec Anne-Marie Métailié, paru dans *Les jeunes et le premier emploi*, Paris, Association des Ages,1978, pp. 520-530.

[21] www.insee.fr, rubrique Publications et services\Collections nationales\Insee Références

Majoritairement en bonne santé et en position d'aidant plus que d'aidées, ces personnes âgées revendiquent une image positive de l'avancée en âge et se positionnent comme des acteurs essentiels de la vie sociale et économique[22].

La deuxième phase du temps de la vieillesse jouit aussi d'une représentation plutôt positive. Les personnes âgées de 75 ans et plus sont pour la majorité d'entre elles encore actives. Même si elles doivent commencer à envisager d'aménager leur quotidien pour pouvoir demeurer autonomes. A l'hôpital qui a servi de terrain d'enquête, les plus de 75 ans représentent une classe particulière. En effet, cette limite de 75 ans conditionne l'accès au réseau interne de gériatrie. Avant 75 ans, quel que soit le problème de santé, même si celui-ci est en lien avec le vieillissement, les gériatres de l'établissement ne seront pas sollicités.

La troisième phase quant à elle est associée à une représentation de la vieillesse et des vieux comme une charge pour les « non vieux » et la société en général. Mettant en péril notre modèle de protection sociale, la grande vieillesse est stigmatisée et les différentes réalités sociales qu'elle contient noyées dans une seule image : la personne très âgée, pauvre, seule, dépendante et démente... Statistiquement, c'est à partir de 85 ans que les problèmes de santé et la dépendance qui les accompagne sont significatifs.[23]

Si l'on peut se réjouir d'une modification récente des représentations pour les plus de 65 ans, il paraît dangereux pour la cohésion et la solidarité sociale d'associer la grande vieillesse uniquement à la perte d'autonomie. « La vieillesse se trouvant reportée à la toute dernière période du cycle de vie, les aspects de maturité, sagesse, expérience, pourraient être oubliés au profit d'autres aspects comme la perte d'autonomie, les déficiences cognitives et donc la «diminution de soi » ».[24] D'autant que la perte d'autonomie n'est pas une question d'âge mais le résultat d'un parcours de vie et de santé.

1.1.2 Le vieillissement de la population

Grâce à l'amélioration des conditions de vie qu'offrent nos sociétés modernes, des victoires de la médecine dans de nombreux domaines et d'une baisse de la fécondité qui accompagne ces avancées, le nombre de « vieux » augmente (statistiquement), entraînant ce qui est communément appelé « le vieillissement de la population ». Selon l'INSEE, en France, « entre 1950 et 2000, le nombre de personnes âgées d'au moins 60 ans est passé de 6,7 à 12,1 millions, soit une augmentation de 5,4

[22] Alain FRANCO - Vivre Chez soi - Rapport à Mme Nora Berra, Secrétaire d'État en charge des Aînés - Juin 2010

[23] www.insee.fr/fr/ffc/docs, Michel DUEE, Cyril REBILLARD, *La dépendance des personnes âgées :une projection en 2040*

[24] V. GIMBERT et C. GODOT , rapport *Vivre ensemble plus longtemps,* 2010, publication du Centre d'analyse stratégique

millions. »[25]

Ce vieillissement de la population, débuté à la fin du XIX[ème] siècle, s'accélère dans tous les pays occidentaux. De fait, après le « baby-boom » des années soixante, le « papy-boom » est amorcé et les mesures pour y faire face font l'objet d'une planification de l'action publique.

Le vieillissement de la population est parfois présenté comme une menace. En effet, les projections démographiques font état d'une progression très importante du nombre de personnes âgées. « Le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans augmenterait de 42 % entre 2000 et 2050. .../ ... l'effectif des plus de 75 ans passera de 4,2 à 11,6 millions entre 2000 et 2050 et celui des plus de 85 ans de 1,3 à 4,8 millions. En 2050, l'effectif des 60 ans sera le double de celui de 2000, celui des 75 ans triple et celui des 85 ans quadruple.» [26]

Face à ces réalités démographiques il nous faut donc penser une société pour demain qui prendra en compte cette évolution. Car vivre plus longtemps peut être une bonne nouvelle à titre individuel, mais pour que ce soit une bonne nouvelle sur le plan collectif, il faut que ce soit associé à une bonne qualité de vie de chacun.

Depuis le début des années 2000, ce vieillissement de la génération des 30 glorieuses (née entre 1946 et 1975) associé à l'allongement de l'espérance de vie impacte profondément plusieurs aspects de la vie sociale. Ce ne sont plus trois mais quatre générations d'individus qui vivent ensemble. Cela entraîne inévitablement des modifications importantes du mode de vie. Dans le rapport, « Vivre ensemble plus longtemps, enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française », Virginie GIMBERT et Clélia GODOT analysent certains aspects de ces transformations et font des propositions pour anticiper et tenter d'impulser des politiques publiques qui permettront d'amortir ce changement sans trop d'inégalités. L'emploi, et notamment les fins de carrière, la sécurité, l'urbanisme, l'architecture, le financement des retraites, des domaines essentiels de la vie sociale y sont abordés[27]. L'allongement de l'espérance de vie va de pair avec l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé. Mais il est tout de même statistiquement démontré que les besoins de soins augmentent avec l'âge. C'est pourquoi, les répercussions du vieillissement de la population sur le système de santé font aussi parti de ce rapport. L'enjeu des politiques de santé est de réussir à évaluer ces besoins pour adapter les réponses à apporter.

---

[25] C. BRUTEL, *La population de la France métropolitaine en 2050, un vieillissement inéluctable,* économie et statistique N° 355-356, 2002

[26] Ibid

[27] V. GIMBERT et C. GODOT rapport *Vivre ensemble plus longtemps,* 2010, publication du Centre d'analyse stratégique

1.1.3 Les besoins de soins dus au vieillissement

1.1.3.1 Augmentation des besoins de soins

Si les économistes sont unanimes pour dire que les dépenses de santé vont continuer d'augmenter, la cause de cette augmentation ne sera pas uniquement liée au vieillissement. En effet, ce phénomène d'augmentation est observé depuis plusieurs années et il est lié intimement aux habitudes de consommation des soins, au changement de pratiques et aux coûts des technologies. Certes, le besoin de soins augmente avec l'âge (surtout la dernière année de vie) et le vieillissement aura un impact sur les dépenses de soins. Cet impact pourrait cependant être moindre en fonction de la qualité des politiques de prévention et de l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes âgées. En effet, « L'avis du HCAAM[28] publié en 2010 met statistiquement en évidence le fait que les dépenses associées au vieillissement dépendent étroitement de la façon dont celui-ci est pris en charge par le système de santé. »[29] L'avenir de nos dépenses de santé dépend donc de notre capacité à modifier notre système de soins afin qu'il apporte des réponses cohérentes et efficaces au vieillissement de la population.

Car la vieillesse en soi n'est pas une maladie. On ne meurt pas de vieillesse. Mais l'avancée en âge et le vieillissement physiologique des organes entraînent des maladies. « Sénescence et vieillissement chronologique conjuguent alors leurs effets pour donner lieu à des polypathologies chroniques fréquentes chez les personnes de grand âge. »[30] Notre médecine occidentale sait soigner chirurgicalement ou médicalement la plupart d'entre elles. Hypertension, diabète, insuffisance cardiaque, rénale, respiratoire, veineuse, artérielle, cancers... Si ces maladies peuvent toucher des individus de tout âge, leur incidence augmente avec l'âge. En vieillissant on augmente le risque de développer une pathologie chronique et souvent plusieurs. Les besoins en soins des personnes âgées sont spécifiques car des pathologies apparaissent avec l'âge et se conjuguent entre elles.[31] Ces pathologies imbriquées vont nécessiter un recours aux soins régulier et spécifique.

Jusque dans les années 1980, l'âge était souvent un critère d'exclusion de soin. Bien que notre médecine sache apporter des réponses thérapeutiques aux problèmes de santé présentés par les personnes âgées, l'âge était un facteur déterminant pour la décision de soin ou l'abstention. Le vécu de soignants d'EHPAD signale encore cette attitude[32]. A en croire les gériatres, le combat contre

[28] Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (NDA)

[29] V. GIMBERT et C. GODOT rapport *Vivre ensemble plus longtemps*, 2010, publication du Centre d'analyse stratégique

[30] J-C HENRARD, *question de santé publique*, N°2, septembre 2008 institut de recherche en santé publique Éditions EDK

[31] Entretien N° 1

[32] Entretien N° 18

l'âgisme dans le soin n'est pas encore gagné. « La pensée dominante continue à regarder la personne « âgée » comme relevant de l'aide et à dénier la maladie chez elle - donc le besoin de soins. » [33] L'un des gériatres rencontré lors de l'étude développe longuement l'idée que ce sont les maladies qui entraînent la dépendance et que soigner ces maladies éliminent, limitent ou reculent considérablement l'arrivée de la dépendance.[34]

Pourtant les acteurs du soin nient l'âgisme et affirme que l'âge n'est pas un problème et qu'en tous les cas il n'est plus considéré comme le seul critère de limitation ou d'accès aux soins. Lors des entretiens avec les soignants de l'enquête le fait que l'âge ne soit pas un critère revient souvent dans les discours[35] . De plus en plus, chez tous les acteurs de la chaîne des soins, l'idée de devoir soigner les maladies que l'on sait soigner quel que soit l'âge de la personne devient une évidence et une obligation éthique. Les personnes, même très âgées peuvent et doivent recevoir des soins.

1.1.3.2 La gériatrie ou la médicalisation de la vieillesse

Même si la France a été plus longue que ses voisins à reconnaître la nécessité de former ses médecins aux pathologies du vieillissement, le vieillissement de la population a permis à la gérontologie et à la gériatrie de se développer et de venir en réponse aux nouveaux problèmes posés. La gérontologie et la gériatrie couvrent deux champs différents et il importe de les définir. Selon Christophe De Jaeger « la gérontologie étudie les maladies des troisième et quatrième âges, les mécanismes intimes du vieillissement et la place des personnes âgées dans notre société. Parce qu'ils considèrent que la personne âgée est un tout indissociable de son histoire, de son environnement, de ses maladies, de ses désirs, les gérontologues ont une approche multidisciplinaire de leur spécialité : médecins, démographes, psychologues, sociologues, ou encore travailleurs sociaux de formation mêlent ainsi leurs connaissances de tout ce qui touche à la personne âgée pour contribuer à faire de la vieillesse une période riche de la vie d'un être humain. »[36]

Les connaissances à propos de la vieillesse et du vieillissement sont restées succinctes jusque dans la 2ème moitié du XX^{ème} siècle. A partir des années cinquante, la gérontologie va prendre son essor en France. La partie médicale de ces connaissances va se développer au sein de la gériatrie. Très marginale à ses débuts, la médecine gériatrique s'est peu à peu structurée jusqu'à devenir une spécialité médicale à part entière à partir de 2004. Elle se définie comme étant : « discipline

[33] http://aibo.typepad.com/irdage/vocation_de_lirdage.htmlAssociation pour la connaissance du vieillissement Article publié avec l'aimable autorisation de l'auteur : Pr Robert Moulias -

[34] Entretien N°1

[35] Entretiens N° 2, 3, 5, 7, 10 et 17

[36] DE JAEGER Christophe, *La gérontologie*, 3^{e} éd., Paris, P.U.F. « Que sais-je ? », 2008, 128 pages.

médicale consacrée aux maladies dues au vieillissement .»[37] La société française de gériatrie et de gérontologie, une société scientifique née en 1961, donne quant à elle cette définition de la gériatrie : « médecine de la personne âgée à domicile ou en institution présentant des problèmes bio-psycho-sociaux parfois complexes ou des affections liées à l'âge.»[38]

L'essor de la gériatrie et de la gérontologie est à l'origine d'un formidable accroissement de l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées. Il contribue à rallonger l'espérance de vie sans incapacité. Compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes âgées, la gériatrie est une spécialité de la médecine qui va, à priori, continuer de se développer.

Cependant cette médicalisation de la vieillesse peut aboutir à renforcer une image négative de la personne âgée. Elle risque de renforcer l'idée que la personne âgée est un poids, une charge qui pèse sur les siens et sur le système de soin. [39] La tension est forte entre le désir de soigner quel que soit l'âge car l'espérance de vie est importante et la présentation des personnes âgées comme étant un problème majeur pour les retraites, les besoins en soins, le poids social qu'ils représentent. D'autant qu'en reculant l'âge de la dépendance, les gériatres ne la font pas pour autant disparaître et le débat sur le 5ème risque et son financement n'a pas encore eu lieu[40].

Certes, les personnes âgées ont des problèmes sanitaires avant d'avoir des problèmes sociaux[41], c'est en tous les cas ce qu'affirment les spécialistes du soin. « Si on prévient de 6 mois à 1 an la dépendance physique on résout le trou de la sécu....»[42] La prise en charge adéquate de ces problèmes sanitaires peut être une réponse au risque de dépendance.

Mais la gériatrie est une discipline hospitalière. La médicalisation de la vieillesse s'est donc surtout développée à l'hôpital. Du coup l'organisation de la filière de soins intra-hospitalière est efficace mais il y a eu peu de développement de la prise en charge de la personne âgée ailleurs.[43] Le CHU de l'enquête, conformément aux recommandations de la Haute Autorité en Santé et à la circulaire du 28 mars 2007, est doté d'une unité de consultation gériatrique, d'un hôpital de jour, d'une équipe mobile intra-hospitalière, de lits de médecine gériatrique aiguë, de lits de soins de suite et de réadaptation (avec une unité cognitivo-comportementale), de lits de soins de longue durée (avec une unité de d'hébergement renforcé et une unité de psycho-gériatrie), d'une EHPAD.[44] Cependant, hors de l'hôpital (ou d'une structure de soin apparentée) la prise en charge de la personne âgée est centrée sur le médico-social, sur la prise en charge de la dépendance et la prise en charge sanitaire

---

37 Dictionnaire Larousse en ligne http://www.editions-larousse.fr/

38 http://www.sfgg.fr/

39 M. JOHNSON, *La conception de la vieillesse dans les théories gérontologiques,* Retraite et société, 2001/3 no 34, p. 51-67

40 Entretien N°1

41 Ibid

42 Ibid

43 Ibid

44 Entretien N° 18

est assurée par le réseau de soins de premier recours : les médecins généralistes. Il n'y a pas ou peu de prise en charge sanitaire spécifique de la personne âgée hors de l'hôpital. Ainsi les gériatres exercent presque exclusivement à l'hôpital et interviennent sur les situations complexes mais ne sont pas là pour soigner toutes les personnes de plus de 75 ans qui s'y présentent.

Pourtant, un certain nombre de spécialistes hospitaliers leur confie implicitement ce rôle en refusant l'accès à leur service spécialisé aux personnes âgées. Même à l'hôpital, le champ de la médecine gériatrique a des contours qui ne sont pas si clairs et tranchés que le reste des spécialités médicales ou chirurgicales. Comme cela a été fait avec la pédiatrie pour les moins de 15 ans, la tendance à vouloir renvoyer au gériatre tout patient de plus de 75 ans existe. Alors même que le vieillissement touche tous les organes et donc toutes les spécialités médicales, le fait d'avoir une spécialité gériatrique entraîne un risque de ségrégation médicale.

Le développement de la gériatrie contribue formidablement à l'amélioration de la qualité de vie et à l'allongement de la durée de vie. Mais elle accentue la médicalisation de la vieillesse et par cela peut favoriser une représentation négative du sujet âgée. En se préoccupant particulièrement des personnes âgées elle risque également de désengager le reste de l'hôpital vis à vis de ces patients.[45] Développée essentiellement à l'hôpital, elle contribue à l'hospitalo-centrisme et ne favorise pas le développement d'une réponse extra hospitalière, une réponse communautaire aux problèmes de santé des personnes âgées.[46] « En médicalisant la vieillesse, les gériatres en font une pathologie exigeant un savoir-faire spécifique et médical dont ils sont les dépositaires légitimes. »[47]

L'approche gérontologique quant à elle, englobe la partie sanitaire dans une prise en charge globale du sujet âgé. Elle envisage le soin comme une partie d'un tout qui doit s'articuler autour d'un parcours adapté à chaque personne et défini avec elle. Les services des urgences vont parfois faire partie de ce parcours pour la personne âgée.

1.2 Les urgences entre « mission prescrite » et « mission réelle »

1.2.1 La médecine d'urgence : historique, organisation et « mission prescrite »

1.2.1.1 Très bref historique

Tout comme la gériatrie, la médecine d'urgence est une médecine jeune. Pourtant les situations d'urgences ont toujours existé et ont toujours été prises en charge à l'hôpital. Mais avant les années cin-

[45] Entretien N°16

[46] Entretien N°1

[47] T. FRINAULT, *La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap, Politix*, 2005/4 n° 72,

quante, les services d'urgences n'étaient pas organisés de manière identique selon les établissements. Chaque structure organisait l'endroit où on prenait en charge les arrivées non programmées selon des organisations et des procédures qui lui étaient propres[48]. Ces patients étaient pris en charge par les externes et internes de médecine avant d'entrer dans les services de médecine ou de chirurgie pour être soignés par les médecins spécialistes. Les lieux où arrivaient les urgences étaient externes aux services de soins afin de ne pas perturber le fonctionnement de ceux-ci. Les admissions directes dans les services de soins ont cependant continués d'exister. [49] Dès leur création les urgences hospitalières ont été un mode d'entrée à l'hôpital qui cohabitait avec d'autres modes d'entrées.

En parallèle, le secours aux personnes notamment au cours des conflits armés et des accidents de la vie s'est développé. Le fait d'aller chercher les blessés rapidement pour les conduire dans un lieu de soin ou d'engager des soins sur place a permis de sauver de nombreuses vies. Peu à peu la structuration de l'appel aux services de secours, des unités extra hospitalières pour véhiculer les blessés, et des lieux pour recevoir les patients s'est mise en place. Cette partie-là de la médecine d'urgence, représentée par les équipes de SMUR pour l'hôpital, jouit d'une représentation idéalisée par la population et les soignants. Au cœur de l'action, dans toutes les situations possibles, par tous les temps ces équipes sortent, toutes sirènes hurlantes, pour « sauver des vies ». Ce visage de l'urgentiste peut être idéalisé autant qu'honnis : « on peut avoir la technicité et la compétence sans être une grosse brute. L'image du cow-boy y compris chez les infirmières, ça a vécu, c'est « has been » et elles font rêver personne... »[50]

1.2.1.2 Organisation

En fait, la médecine d'urgence regroupe plusieurs activités qui sont complémentaires mais très différentes et qui nécessitent d'être clarifiées :

- l'accès à un secours par la composition d'un N° d'appel et la régulation de ces appels : le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)

- la médicalisation sur place et le transport de malades et de blessés par les SMUR

[48] P. MENTHONNEX, E. MENTHONNEX, *Histoire de la médecine d'urgence de Napoléon à nos jours,* publication de la SFMU, juin 2010

[49] F. BERTRAND, *Origines et évolution de la Médecine d'urgence Hospitalière à Nice De 1960 à nos jours.* Résumé d'un mémoire de D.E.A. préparé sous la direction du professeur Ralph Schor à la Faculté des Lettres de Nice

[50] Entretien N° 18

– la permanence des soins : c'est à dire la possibilité d'avoir recours 24 heures sur 24 à une offre de soins (libérale ou par les maisons médicales)

– l'organisation des secours en cas de catastrophe (plan blanc, plans de secours)

– l'accueil dans un service d'urgences

Les services d'urgences ne sont donc qu'une partie de la médecine d'urgence.

Ce n'est qu'au cours des années 1980 que des réanimateurs ou parfois des chirurgiens ont structuré et organisé les services d'urgences tels que nous les connaissons. Les décrets N° 95-647 du 9 mai 1995 et N° 97-615 du 30 mai 1997 classifient les différents services d'urgences et sont les textes fondateurs d'organisation des urgences. L'ensemble du territoire français est maillé par différents services qui ne répondent pas tous aux même critères mais sont classée en 3 catégories :

– les Service d'Accueil des Urgences accueillent toutes les urgences y compris les urgences psychiatriques. Ils doivent être en capacité d'accueillir les urgences vitales et d'être un recours aux autres services d'urgences. Pour cela ils doivent avoir à proximité un SMUR, un plateau technique d'imagerie, de biologie de chirurgie et d'anesthésie fonctionnel 24 heures sur 24, et un éventail de spécialistes et de services spécialisés (réanimation, bloc opératoire, pédiatrie, psychiatrie...).

– Les Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU) doivent prendre en charge tout patient se présentant s'ils peuvent répondre à ses besoins de santé. Il s'agira de réorienter dans une structure adaptée si leurs capacités techniques ou humaines ne peuvent répondre à ces besoins.

– Les POles Spécialisés des Urgences (POSU) gèrent des urgences spécialisées comme, par exemple, les urgences pédiatriques. Ils sont les services hospitaliers de la médecine d'urgence développés pour répondre à toutes les situations d'urgence.

1.2.2 « Mission prescrite » des services d'accueil des urgences

Bien que tardive la structuration réglementaire des urgences n'a cessé de se renforcer. La circulaire N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences affirme la mission des urgences. Elle distingue les missions de chacun des acteurs de la médecine d'urgence et explique la nécessaire coopération entre services et l'organisation de l'aval. Elle définit également ce qui relève de la permanence des soins, ce qui relève de la compétence des spécialistes et quelles

filières avec des admissions directes doivent être mises en place. Elle énonce surtout ce qui doit être leur mission : « Les services des urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir. » Malheureusement cette circulaire ne définit pas ce que sont les « besoins de soins immédiats » ni les « besoins de soins urgents », ce n'est d'ailleurs pas le rôle du législateur de le faire. Pourtant derrière ces mots se cachent des réalités très différentes. L'heure, l'intensité des symptômes, l'âge, le niveau d'angoisse, font varier considérablement le sentiment d'urgence à la fois chez le médecin et chez le malade. Même entre professionnels, le débat entre urgence ou pas existe. « La variabilité des motifs de recours s'accompagne d'une absence de consensus sur ce qu'est une urgence. Un même cas peut être jugé urgent par un malade mais pas par le personnel, par l'infirmière mais pas par le médecin, par les pompiers mais pas par le personnel, etc. Il peut y avoir aussi des dissensions à l'intérieur d'une même catégorie professionnelle, ce qui est une urgence pour un médecin peut ne pas l'être pour un autre. »[51]

L'urgence ne fait consensus ni entre professionnels ni encore moins entre usagers et professionnels du soin. Sur le modèle mis en évidence par Christophe DEJOURS[52] sur les écarts qui existent entre le travail prescrit et le travail réel, on peut dire qu'il existe une « mission prescrite » par le législateur et une « mission réelle » des urgences. Entre les deux, des écarts irréductibles semblent également exister.

1.2.3 « Mission réelle » des services d'accueil des urgences

1.2.3.1 Soins de premier recours : urgence et immédiateté

Le recours aux urgences pour des soins de premiers recours pendant et en dehors des horaires de la permanence des soins[53] se posent pour tous les services d'urgences en proportions différentes selon l'environnement et la position géographique de l'établissement de soin. Dans une petite ville rurale, les urgences seront le seul site à pouvoir offrir un accès aux soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

---

[51] C. VASSY, *L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire*, Mouvements, 2004/2 n° 32, p. 67-74.

[52] C. DEJOURS est un psychiatre et psychanalyste français contemporain qui a travaillé sur la souffrance au travail et qui aborde l'écart incompressible qui existe entre « travail prescrit », ce que décrivent les procédures et « travail réel » ce qui est mis en œuvre par les acteurs.

[53] Horaires pendant lesquels les cabinets médicaux sont fermés (week-end et nuits)

D'ailleurs certains établissements, conscients de la difficulté de l'organisation de la permanence des soins sur leur territoire, proposent des locaux aux médecins libéraux. Des expériences de maisons médicales proches de l'hôpital ont été également tentées afin de limiter là encore un engorgement des urgences par des patients relevant des soins de premier recours. Or dans les grandes villes ayant une densité médicale forte ou la présence de SOS médecin le recours aux urgences pour ces motifs sera moins marqué.

Cependant cette activité existe partout car les usagers connaissent mal le rôle des urgences. Ils les utilisent majoritairement comme un service de recours aux soins sans régulation préalable : « 70 % des usagers des services d'urgence s'y présentent directement, sans contact médical préalable, même par téléphone »[54]. Habitués à consommer du soin sans modération, ils se présentent d'eux même facilement en pensant que ça ira plus vite aux urgences. Parfois, dans le CHU du terrain d'enquête, les usagers sont refusés à l'entrée des urgences (après avis médical) et réorientés dans le système de soin. Ces réorientations sont mal vécues et sont source de conflit et même de violence à l'accueil. Les soignants ont parfois du mal à réorienter l'usager car ils craignent que le patient n'aille pas consulter ailleurs et renonce aux soins. Le travail de communication sur l'organisation du système de soins et le bon usage de ses différents dispositifs n'est pas fait et usagers comme professionnels sont en difficulté pour trouver leur chemin dans les différentes offres. Venir aux urgences est simple. Pas d'appel préalable nécessaire, pas de rendez-vous, pas d'avance de frais... Cette immédiateté de la réponse correspond bien à un certain public habitué à recevoir une réponse rapide et à passer à autre chose.[55] Pour les personnes âgées aussi les urgences sont un mode d'accès aux soins mais elles diffèrent des autres usagers. A la suite de l'enquête sur les usagers des urgences, la DREES a mené une enquête sur les motifs de recours et la satisfaction des usagers qui n'avaient pas été hospitalisées. « Dans ce contexte, la trajectoire des personnes âgées apparaît très spécifique : la moitié des plus de 70 ans disent s'être rendues aux urgences sur avis de leur médecin traitant ou d'un autre médecin. Ils prennent cette décision seuls ou avec leur entourage dans un tiers des cas seulement. »[56] Ainsi, les personnes âgées de plus de 75 ans ont des motifs de recours et des modes de recours différents du reste de la population.

1.2.3.2 Urgences sociales

Issues de leur tradition d'accueil et de service public les urgences hospitalières sont aussi le lieu à qui l'on demande de ne refuser personne. La demande sociale existe dans toutes les structures

[54] www.sante.gouv.fr/htm/publication Direction de la Recherche des études de l'évaluation statistique« les usagers des Urgences » Études et résultats N° 212 janvier 2003

[55] BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression,* Paris, éditions la découverte, 2010

[56] www.sante.gouv.fr/htm/publication Direction de la Recherche des études de l'évaluation statistique « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières» Études et résultats N° 215 janvier 2003

d'urgences. « Les professionnels des urgences repèrent un certain nombre de malades pauvres, comme des clochards, des jeunes à la dérive ou des étrangers sans papiers. Ces personnes ne trouvent pas d'autres accès aux soins par méconnaissance du système de santé, par absence de ressources économiques ou parce qu'on ne les accepte pas ailleurs. »[57] La demande de soins cache parfois une autre demande : hébergement, délivrance de médicaments, distribution de nourriture....

Pour les personnes âgées, cette demande sociale existe aussi. L'absence ou la défaillance brutale de l'aidant principal peut conduire une personne âgée dépendante aux urgences. La découverte d'un habitat insalubre pour une personne isolée ou bien l'impossibilité d'utiliser le logement (après un incendie par exemple) conduit aussi une personne âgées aux urgences. La demande exclusivement sociale existe aussi chez les personnes âgées, mais elle est rare. Les problèmes sociaux sont la plupart du temps un élément de la problématique de soins des patients. « Les problèmes sociaux sont essentiellement mentionnés chez les adultes de 26 à 50 ans. Au-delà de 80 ans, il est aussi relativement fréquent de trouver mentionné un contexte social défavorable ».[58]

Pour une personne âgée, un incident de santé même mineur peut altérer l'autonomie et empêcher le maintien à domicile. L'absence d'aidant, familial ou institutionnel, va conduire également à hospitaliser une personne. L'impossibilité de mobiliser rapidement des aides pour la toilette, les repas, les soins (infirmiers, kinésithérapeutes) contraint souvent les médecins à hospitaliser via les urgences.[59]

1.2.3.3 Accès à l'hospitalisation et régulation du non programmé

Les urgences sont aussi utilisées par les autres acteurs du système de soins, notamment par les acteurs de la permanence des soins et les médecins traitants qui ont décelé un besoin de soins urgents. Ce sont eux qui adressent alors le patient aux urgences, soit pour avoir recours au plateau technique (biologie et imagerie) et ainsi compléter un bilan, soit pour hospitaliser le patient. Plus l'âge des patients augmente et plus les services d'urgences servent de porte d'entrée à l'hospitalisation. « Tout se passe, dans ce cas, comme si les urgences jouaient le rôle de porte d'entrée pour une hospitalisation non programmée. Les personnes de plus de 80 ans (7 % des passages), en particulier, sont adressées par un médecin pour être hospitalisées, arrivent seules, souvent le matin alors que les sorties programmées libérant les lits n'ont lieu généralement que l'après-midi. »[60]

---

[57] C. VASSY, *L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire*, Mouvements, 2004/2 n° 32, p. 67- 74.

[58] www.sante.gouv.fr/htm/publication Direction de la Recherche des études de l'évaluation statistique« les usagers des urgences » Études et résultats N° 212 janvier 2003

[59] Entretien N° 10

[60] Ibid

Parfois les professionnels des soins de ville ont pris contact avec les services hospitaliers, qui, n'ayant pas de place disponible, proposent un passage par les urgences. Cette temporisation, utilisée par certains spécialistes hospitaliers, ne tient pas compte de l'affluence des urgences et se fait sans engagement d'accueillir le patient par la suite. Le service d'urgences retrouve ici sa fonction première de protéger les services des demandes non programmées et de les contenir.
Les personnes âgées font partie d'une des trois populations (pédiatrie, gériatrie et psychiatrie) ciblées qui nécessitent la mise en place de filières spécifiques. Pour les gériatres du terrain d'enquête la mission des urgences est de trier et d'orienter les personnes âgées dans la filière de soin. Il leur est demandé de ne pas faire des diagnostics complexes mais de déterminer qui relève (ou pas) de la gériatrie et ainsi permettre un parcours cohérent. [61] Les urgences font partie du circuit de la personne âgée non pas pour faire du travail de fond mais du repérage, du signalement de cas complexes. [62]

Bien entendu la mission prescrite est remplie par les services d'urgences. Mais les usagers et les acteurs du système de soins leur confient également d'autres missions que les urgences ne sont pas en mesure de refuser. A l'interface entre la ville et l'hôpital, usagers et professionnels du soin ont tendance à utiliser les urgences comme ils l'entendent. Cette sur-utilisation des urgences hospitalières a permis l'émergence de la médecine d'urgence et la reconnaissance de cette spécialité. Elle a également permis d'engager des moyens matériels et humains importants pour ces services. Contre une structuration et un renforcement de leurs moyens, les services d'urgences sont venus combler les défaillances ou les insuffisances du système de santé.

1.2.4 Les urgences du terrain d'enquête

Sur l'agglomération où se situe le CHU de l'enquête, trois établissements de santé disposent de service d'urgences. Le CHU lui même héberge quant à lui le SAU de l'agglomération, un POSU pédiatrique et un service d'urgence traumatologique situé sur un autre site ouvert uniquement en journée. Le SAU enregistre à lui seul environ 55000 passages par an.
Les deux autres établissements qui ont un service d'urgence sont privés. L'association SOS médecin est également installée sur l'agglomération assurant une permanence des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
Malgré les recommandations de la Haute Autorité de Santé qui préconise une organisation avec une

[61] Entretien N° 1
[62] Entretien N°18

filière courte et une filière longue, le SAU continue d'organiser majoritairement l'accueil des patients en une filière médicale et une filière chirurgicale. Pour certaines pathologies une filière courte est mise en place sur le secteur de la traumatologie.

Le centre 15 est situé dans un bâtiment différent du SAU mais sur le même site et héberge également les équipes du SMUR. Bien qu'un certain nombre de personnel alterne des temps de travail sur les deux sites et qu'ils fassent parti du même pôle d'activité, les équipes de SMUR sont différentes des équipes du SAU.

Le service des urgences est divisé en quatre secteurs d'activité :

- l'accueil est la porte d'entrée du service et le lieu où se fait le tri et l'orientation des patients. Seules des infirmières aguerries et formées peuvent remplir les missions spécifiques de l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA).
- l'unité de traumatologie qui accueille toute la traumatologie et la filière courte organisée
- l'unité de médecine aiguë (la ZES : Zone d'Examen et de Soins)
- l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) d'une capacité de 18 lits et de 2 chambres d'isolement pour les patients agités.

Certains personnels médicaux sont fixes sur les secteurs, d'autres sont polyvalents, d'autres encore alternent avec le SAMU. Les infirmières sont fixes deux mois sur chaque secteur et certaines participent également à l'accueil. Elles travaillent en amplitude horaire de 12 heures. Un petit nombre d'entre elles alternent avec le SAMU. Les autres personnels alternent sur les secteurs et travaillent en amplitudes horaires de 7 heures 30. Comme tous les services d'urgences, ce SAU est régulièrement engorgé. Bien doté en moyen humain, il a fait l'objet d'un travail de réorganisation en 2007 avec la MEAH (Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalière, ancêtre de l'ANAP). Malgré cela, l'énergie constante déployée par son personnel ne permet pas de maintenir un flux satisfaisant. En effet, dans les services d'urgences il faut accueillir, certes, mais surtout il faut orienter ensuite les patients de manière adéquate, le plus rapidement possible de façon à pouvoir maintenir une capacité d'accueil et être disponible pour les entrants. Les patients, après examen clinique et complémentaire sont :

- soit en capacité de rentrer chez eux, dans leurs lieux de vie habituel
- soit ont besoin d'un temps d'observation plus long pour permettre toute décision, ils relèvent alors de l'UHCD
- soit ont besoin d'une hospitalisation dans un secteur particulier et il faut alors leur trouver une place dans un service de l'hôpital.

Pour des raisons historiques et géographiques, le SAU n'accueille pas de blessés graves. Ceux-ci sont directement orientés au «déchocage» qui se trouve au 1er étage du même bâtiment. Ce sont donc d'autres équipes qui prennent en charge les urgences graves. Ce CHU héberge des services de

soins très spécialisés, services recours pour l'ensemble du bassin de population. Des filières spécifiques existent pour les situations d'urgences concernant ces pathologies de recours (neurochirurgie, polytraumatisés, malades intubés et ventilés....), par conséquent ces patients ne passent pas non plus par le SAU. Des filières médicales existent (filière AVC, filière cardiologique, par exemple) et acceptent en hospitalisation directe les patients les plus graves. Comme tous les CHU, celui du terrain d'enquête est une structure de recours pour les autres établissements qui font appel à la technicité et aux compétences des médecins des unités de soins. Ainsi, tous les services de spécialités acceptent des patients d'autres établissements, qui ne passent donc pas par le service d'urgences.

Peu d'urgences graves sont orientées vers ce SAU. Il arrive néanmoins que des situations de soins se dégradent soit dans le transport, soit en cours de soin et c'est alors à l'équipe du SAU de faire face à cette urgence vitale dans une salle dédiée (Salle d'Accueil des Urgences Vitales). Depuis peu de temps, le SAU n'accueille plus les enfants de moins de 15 ans et 3 mois, qui sont pris en charge par le POSU pédiatrique installé dans un autre bâtiment. Le SAU est le seul site de l'agglomération habilité à recevoir les urgences psychiatriques, qui n'ont pas de circuit dédié et passent par la ZES.

En raison de toutes ces spécificités locales le SAU ne reçoit que des adultes de plus de 15 ans et 3 mois, pour des problèmes médicaux ou traumatologiques, porteurs de symptômes ou de pathologies qui peuvent être prises en charge par les unités de soins dont dispose le CHU. On comprend aisément que les plus de 75 ans représentent une part importante des usagers du SAU, notamment en médecine. En enlevant les enfants de moins de 15 ans, les urgences graves, et en séparant traumatologie et médecine, la ZES et l'UHCD de ce CHU concentrent une population bien particulière. Ainsi sur la ZES les plus de 75 ans représentent en 2011 30,28% des patients dont 44,62% seront hospitalisés. 43% des admis à l'UHCD ont plus de 75 ans et 25,47% de ces personnes seront hospitalisés. Sur l'ensemble des trois secteurs, 17,80% des personnes de plus de 75 ans seront hospitalisés en gériatrie dont 60,34% à partir de l'UHCD. Les acteurs du réseau sanitaire adressent volontiers les personnes âgées au CHU car les services d'aval peuvent potentiellement accueillir les pathologies du sujet âgé : le CHU a plusieurs services de cardiologie, de neurologie, de diabétologie, de traumatologie et un réseau de gériatrie complet. L'unité mobile de gériatrie passe tous les matins, en semaine, à l'UHCD.

Ainsi, compte tenu du vieillissement de la population mais surtout de ses particularités locales, le SAU, notamment la ZES et l'UHCD, du terrain d'enquête ont une forte fréquentation par les personnes de plus de 75 ans.

1.3 Caractéristiques des personnes âgées aux urgences

1.3.1 Des passages non adaptés

Les personnes âgées représentent 22% de la population générale mais sont 33% à être dans les lits des hôpitaux. Elles passent plus souvent que les autres usagers par les services d'urgences. En effet, « on observe une sur-représentation de l'arrivée des personnes âgées à l'hôpital par les urgences : le taux des admissions en hospitalisation passées par le service des urgences est d'environ 15 % pour les 20 à 70 ans, contre plus de 40 % pour les plus de 85 ans. »[63] Ces mêmes chiffres sont cités dans l'entretien N° 9 issus des statistiques de l'ANAP (Agence National D'aide à la Performance).

Concernant les deux autres structures de l'agglomération, les personnes âgées représentent 4,15% des passages aux urgences pour l'une et 10, 78% pour la deuxième. L'existence de la filière complète de gériatrie sur le CHU le place également en position de recours pour la personne âgée sur l'agglomération.[64]

Il existe de nombreux acteurs qui prennent en charge les personnes âgées chez elles ou dans les EHPAD. La part qui se présente aux urgences est faible par rapport à l'ensemble de la demande de soins. Le réseau ambulatoire fait également un travail très important. Même s'il n'est pas parfait ce travail est considérable et nécessite d'être respecté et reconnu.[65] Cent quarante médecins libéraux sont installés sur le territoire du CHU de l'enquête, ce qui représente une offre de premier recours importante. Pour SOS médecins, la majorité des visites à domiciles concernent des personnes âgées.

Malgré cette organisation, les entretiens des acteurs du réseau et des soignants font tout de même ressortir que trop de personnes âgées arrivent aux urgences pour des urgences qui n'en sont pas.[66] Le fait que les urgences soient un endroit à éviter pour les personnes âgées est un leit-motiv qui revient dans beaucoup d'entretiens, sauf pour les acteurs des EHPAD. Les personnes âgées ont leur place aux urgences dès lors que la pathologie qui les affecte est aiguë. Par contre, si il s'agit d'un placement ou bien si on les envoie aux urgences pour être hospitalisés et parce que leur état devient trop lourd à gérer au domicile cela ne relève plus des urgences[67] (exemple des AEG, des fins de vie, placement). Pour le médecin traitant coordonnateur d'EHPAD, seule l'urgence vitale devrait conduire la personne âgée aux urgences.[68]

---

[63] V. GIMBERT et C. GODOT rapport *Vivre ensemble plus longtemps,* 2010, publication du Centre d'analyse stratégique, p194

[64] Entretien N° 10

[65] Entretien N° 11

[66] Entretiens N° 1, 4 , 5, 6, 7, 8, 9, 11, 16 et 17

[67] Entretiens N° 5 , 6 et 7

[68] Entretien N° 11

Face à la montée en puissance démographique des personnes âgées, on comprend la nécessité d'organiser l'offre de soins en amont afin de limiter tous les passages aux urgences par défaut. Mais la quantification exacte et l'objectivation de ces recours inappropriés n'est pas facile à faire. Les recommandations pour l'évaluation des services des urgences font partie de la circulaire N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003. La société française de médecine d'urgence a par ailleurs élaboré un référentiel avec des critères d'évaluation comprenant de nombreux indicateurs. Malheureusement, ce référentiel date de 2001 et la pertinence du recours aux urgences ne fait pas partie de ces indicateurs et n'est pas répertoriée comme tel ni pour les personnes âgées ni pour aucun autre usager.

1.3.2 Un temps de séjour aux urgences plus long

En dehors des recours non adaptés, le problème majeur des personnes âgées aux urgences n'est pas tant leur nombre que le fait que leur prise en charge nécessite plus de temps et qu'elles ont du mal à en partir. Elles séjournent donc plus longtemps que les autres usagers dans les secteurs de soins pour deux raisons principales : des bilans plus long et une difficulté d'accès à un lit d'hospitalisation.

1.3.2.1 Des bilans plus longs et plus complexes

Tant que le patient, âgé de plus de 75 ans ou pas, est mono-pathologique, la prise en charge de son urgence est relativement simple et va poser peu de problème. L'organisation à la fois du service des urgences et du reste de l'hôpital est conçu pour apporter des réponses efficaces à la mono- pathologie. Cependant, aujourd'hui les problèmes médicaux nécessitent d'avoir recours à des examens biologiques et/ou à des examens radiologiques. Dans le CHU du terrain d'enquête, les délais d'exécution de ces examens sont relativement courts car bien intégrés dans l'organisation des urgences. Prélèvements et radios simples sont réalisés rapidement. Par contre, les délais de rendus de résultats sont compris entre 2 et 4 heures pour un bilan biologique selon les heures et l'activité du laboratoire. Car hormis pour l'urgence vitale, le circuit pour les bilans des urgences est prioritaire mais non dédié : les bilans des malades des urgences sont traités sur les mêmes machines et en même temps que les bilans du reste du CHU.

De la même manière, l'imagerie complexe (scanner et IRM) dépend de la disponibilité des machines et des professionnels qui les utilisent. La possibilité d'utiliser des produits de contraste dépend des résultats du bilan biologique, ce qui majore encore les délais d'attente dans le service. Aucune

décision de retour à domicile ou d'hospitalisation ne peut âtre prise sans le résultat de ces examens. Enfin, pour aider la prise de décision, les urgentistes ont souvent recours à des avis de médecins spécialisés. Malgré une organisation pour chacune des spécialités, l'attente de ces avis dure parfois plusieurs heures.

Les personnes âgées, souvent polypathologiques ou avec des antécédents importants, nécessitent plus que les autres patients le recours à ces examens ou à ces avis. L'analyse de leur problème à la fois chronique et aigu demande de consulter les données archivées si elles existent, les ordonnances antérieures, l'évaluation de la demande de soin. Le médecin traitant et/ou les proches sont très souvent sollicités et la synthèse de ces informations prend du temps. Les gériatres du terrain d'enquête trouvent que les urgentistes veulent trop en faire,[69] mais la médecine actuelle et la crainte de passer à côté de quelque chose et de mal orienter le patient avec les conséquences judiciaires que cela peut représenter, favorisent ce type de prise en charge très technique.

Ainsi la population âgée polypathologique reste de fait plus longtemps dans les zones de soins aigus car le bilan somatique qu'elle nécessite prend plus de temps à effectuer et l'analyse de son problème de santé aigu est plus complexe à faire dans le contexte de la chronicité.

1.3.2.2 L'accès à un lit d'hospitalisation : difficulté signalée par tous les services d'urgences

Une fois le bilan réalisé et si une décision d'hospitalisation a été prise, il faut « trouver un lit », si possible adapté pour accueillir le patient. Pour le directeur d'une des EHPAD, la qualité de l'accueil des personnes âgées aux urgences dépend de la disponibilité des lits de l'hôpital.[70]

Même pour les patients mono-pathologiques, les répercussions de l'événement aigu peuvent être telles que les services freinent l'entrée de patients âgés : il faudra que l'urgentiste déploie un arsenal d'arguments pour hospitaliser le patient. L'accident vasculaire cérébral du sujet jeune n'attendra pas aux urgences. Il sera hospitalisé très rapidement en service de neurologie. L'accident vasculaire d'une personne âgée de 85 ans, totalement autonome et sans antécédents majeurs n'aura pas autant de facilité pour accéder au même lit, même si celui-ci est disponible. « Nos observations corroborent sur ce point les résultats de plusieurs travaux antérieurs qui ont montré que les personnes âgées sont très démobilisatrices pour les services et inversement un patient particulièrement jeune déclenchera facilement la mobilisation du personnel ».[71] Les personnes âgées

---

[69] Entretiens N° 1 et N° 16

[70] Entretien N° 15

[71] N. DODIER , A. CAMUS, *L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital.* In: Annales. Histoire,Sciences Sociales. 52e année, N. 4, 1997. pp. 733-763.

ne font pas partie des patients qui sont les bienvenues dans les services.

« Tout se passe comme s'il existait un marché, sur lequel les patients ont plus ou moins de valeur en fonction des caractéristiques suivantes : l'intérêt intellectuel de leur pathologie pour les médecins, leur besoin en soins dispensés par les infirmières et les aides-soignantes, et enfin leur impact sur le budget du service, estimé à partir de leur capacité à assumer les frais d'hospitalisation et de leur durée probable de séjour. »[72]

Les médecins de SOS rencontrent la même difficulté : même si le patient est connu et suivi dans un service, il ne lui est pas possible d'accéder à un lit d'hospitalisation sans passer par les urgences. Les structures privées de l'agglomération acceptent plus volontiers les entrées directes mais les médecins de SOS n'essaient même plus de placer eux-mêmes les patients connus des services du CHU du terrain d'enquête. [73]

Comme le dit un des gériatres du terrain d'enquête, « et ceux qui restent sont les plus fragiles », à la fois parce que leur prise en charge médicale prend plus de temps et parce qu'il sera plus difficile de leur trouver un lit. Plus ils seront dépendants et malades et plus leur séjour aux urgences risque de se prolonger.

1.4 *Comment les urgences organisent leurs réponses aux besoins de santé des personnes âgées ?*

1.4.1 Pas de différence de prise en charge entre « jeunes » et « vieux »

A l'accueil du CHU du terrain d'enquête les infirmières d'accueil utilisent le tri CIMU : Classification Infirmière des Malades des Urgences. Ce tri CIMU (ANNEXE 5) est un outil conçu par un médecin urgentiste en 1996 qui permet d'effectuer un triage des urgences sur des critères médicaux. Première échelle de tri française, elle a pour objectif de favoriser une prise en charge rapide et efficace des urgences à partir de l'accueil. La prise en charge d'un patient CIMU 1 ne souffrira aucun délai (urgence vitale), celle d'un tri CIMU 5 pourra attendre la disponibilité de l'équipe soignante sans qu'il y ait de risque pour sa vie ou sa santé. Conçue pour tous les malades elle a pour objectif de donner des repères de rapidité de prise en charge et de consommation de ressources en soins, donnant ainsi une indication sur la longueur de la prise en charge. Ainsi au CHU du terrain d'enquête 83% des patients de plus de 75 ans de la ZES et 62% des patients de traumatologie ont un tri CIMU compris entre 1 et 3.

---

[72] N. DODIER , A. CAMUS, *L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital.* In: Annales. Histoire,Sciences Sociales. 52e année, N. 4, 1997. pp. 733-763.

[73] Entretien N° 10

L'âge fait partie des données recueillies, mais hormis l'évaluation CIMU, n'est accompagné d'aucun autre critère. Aucune discrimination n'est donc faite à l'accueil. A ce titre la personne âgée de plus de 75 ans est un patient comme les autres quand elle se présente aux urgences. Seuls le motif de recours et les manifestations cliniques du problème de santé aigu qui l'amène sont pris en compte. Parmi tous « ces patients comme les autres » les plus fragiles d'entre eux ne sont pas identifiés à l'accueil des urgences.

Après la zone d'accueil, les zones de soins aigus, traumatologie ou médecine, sont conçues et organisées pour aller le plus vite possible : premier entretien médical hiérarchisé en fonction du tri CIMU, prescription des examens de biologie et de radiologie si besoin, réalisation des premiers puis des seconds par les infirmières et le service de radiologie, exécution des prescriptions médicamenteuses, évaluation médicale et décision du devenir. Ce modèle de prise en charge est identique pour tous les patients. Il n'existe pas de prise en charge spécifique pour les personnes âgées, fragiles ou pas, dans les urgences du terrain d'enquête sur les zones de soins aigus (ZES et chirurgie). Pourtant, notamment dans la ZES, elles représentent une population nombreuse qui va rester longtemps aux urgences.

Les locaux et le matériel utilisé ne sont pas différents non plus. « Les urgences du CHU sont les pires en terme de locaux. »[74] Le manque de confort (exiguïté des salles d'attentes, malades dans les couloirs), de confidentialité, l'utilisation de brancard pour tout le monde sont cités comme inacceptables à la fois par les gériatres, les médecins du SAMU et les soignants des urgences[75]. Par contre pour les soignants des EHPAD les moyens notamment humains et matériels sont aux urgences et pas chez eux. L'organisation des urgences leur est méconnue. [76]

Enfin le manque de temps, du moins pour des soins qui ne sont pas des soins d'urgences, est évoqué aussi. « On fait que les soins demandés par les médecins, on enchaîne, on enchaîne... » [77] Certains reconnaissent une part de responsabilité dans cette mauvaise prise en charge. « On les soigne mal car on ne prend pas le temps qu'il faudrait on est des acteurs de l'urgence on se considère pas comme un service de gériatrie. Prendre le temps je ne crois pas qu'on en ai tous les capacités. »[78] Ce manque de compétence pour la prise en charge de la personne âgée et la prise en compte de la fragilité est aussi relevé par les gériatres qui pensent que la formation initiale fait défaut pour une prise en charge du sujet âgé et la formation continue n'est pas adaptée au besoin. [79]

Selon notre expérience et au terme de notre enquête auprès des différents acteurs hospitaliers, force est de constater que les urgences du terrain d'enquête n'ont pas organisé de réponse spécifique à la

[74] Entretien N° 2
[75] Entretiens N° 1, 16, 2, 3, 12, 14
[76] Entretiens N°18 et 19
[77] Entretien N° 6
[78] Entretien N° 5
[79] Entretiens N° 1 et 16

population des personnes âgées, ni en terme de locaux ou de matériel, ni en terme d'organisation de travail et de circuit, ni en terme de formation de leurs personnels paramédicaux. Seul un médecin des urgences, ayant une expérience de médecin de santé publique au Conseil Général, a une formation médicale en gériatrie. Les personnels des urgences pensent que les personnes âgées ont leur place aux urgences sauf pour certains motifs de recours. Conscients des difficultés de sorties de celles-ci ils rencontrent des limites dans leur capacité à donner des soins appropriés du fait que l'organisation de la prise en charge n'est pas différenciée.

1.4.2 La fragilité et la chronicité à l'épreuve de l'urgence

Pour une personne âgée polypathologique avec un ou plusieurs critères de fragilité, rester longtemps aux urgences et ne pas y recevoir de soins spécifiques va aggraver la situation.

1.4.2.1 Reprise de la notion de fragilité

Comme nous l'avons présenté en introduction, la fragilité est également une notion qui ne fait pas consensus. Mêlant aspects médicaux et aspect sociaux, la fragilité est pourtant un concept étudié car il est le préalable à un état de dépendance. Repérer le sujet âgé fragile pourrait permettre de repérer les risques de dépendance et donc de la prévenir. On comprend l'enjeu social et économique centré sur ce concept. Les acteurs de la vie politique tentent de définir cette fragilité afin de tenter d'anticiper la dépendance. Une recherche sur la fragilité des personnes âgées a été menée en 2008 par le Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observatoire Des Conditions de vie. « Les facteurs de fragilité retenus par le gouvernement sont notamment les troubles de la marche et les chutes, la dénutrition, l'incontinence, une mauvaise observance thérapeutique ou une complication iatrogénique, l'arthrose et l'ostéoporose, la perte d'audition ou de vision, la dépression et l'isolement social. »[80] Il est donc essentiel de dépister la fragilité. Elle peut s'évaluer à l'aide de différents scores et les gériatres établissent ces scores lors des bilans gériatriques. Cependant, évaluer avec précision la fragilité d'un sujet âgé prend du temps. Des échelles d'évaluation plus rapides peuvent être utilisées et elles sont intéressantes pour prévenir un problème de santé. En tous les cas les critères de fragilité sont utiles s'ils sont connus avant une venue aux urgences car ils permettront une meilleure prise en charge. « Mieux différencier les personnes âgées en bonne santé

[80] A. LOONES, E.DAVID-ALBEROLA, P. JAUNEAU, *La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures*, cahier de recherche N°256, décembre 2008, enquêtes du Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observatoire Des Conditions de vie

des personnes âgées fragiles permet d'optimiser les stratégies de soins lors d'une hospitalisation en urgence et d'élaborer à leur égard une politique de prévention. Néanmoins, le temps nécessaire pour évaluer la fragilité est long et les modalités des moyens diagnostiques font l'objet de débats. »[81]
Au moment où le problème de santé se pose, il est très utile de connaître l'état de fragilité du sujet âgé, mais les urgences et en tout cas les zones de soins aigus, ne semblent pas être le lieu adéquat pour faire cette évaluation. La fragilité s'évalue selon des grilles différentes car il n'existe pas à ce jour d'outil faisant consensus pour tous les acteurs travaillant autours des personnes âgées. La dépendance en France est évaluée avec la grille AGGIR[82], outil commun aux acteurs médicaux et médicaux sociaux. Pour l'instant la fragilité n'a pas de grille d'évaluation équivalente qui permettrait de repérer les fragiles dès l'accueil des urgences. Pourtant, pour les personnes âgées fragiles, les risques liés à une hospitalisation aux urgences et notamment dans les zones de soins aigus sont nombreux.

1.4.2.2 Risques physiques

Dans les urgences du terrain d'enquête, seuls des brancards sont utilisés sur les zones de soins aigus car l'architecture des locaux ne permet pas l'utilisation de lits. Il en est de même dans la plupart des services d'urgences. Le brancard est l'élément hôtelier qui peut se déplacer facilement et rapidement. Il est parfaitement adapté à la mobilité du malade des urgences qui doit se déplacer du box à la salle d'attente, à la radio, au scanner etc... Un brancard étant étroit, les barrières de protection sont systématiquement relevées. Les matelas des brancards sont plus ou moins épais et confortables et le choix du brancard se fait en fonction de sa disponibilité. La peau fragile des personnes âgées s'accommode mal de ces séjours de plusieurs heures sur des brancards. Le fait d'avoir en permanence les barrières de brancards interdit (et c'est fait pour cela) toute mobilité sans être accompagné par un soignant. Aux urgences, tous les usagers dépendent des soignants pour initier un déplacement. L'exiguïté des locaux du CHU du terrain d'enquête augmente la mobilité des patients et la nécessité d'avoir des brancards petits, maniables et légers et si possible confortables. Dans les entretiens, l'absence de confort des brancards est cité par tous les soignants des urgences.[83]
Altération de l'état cutané, altération de la mobilité, accroissement de la dépendance sont les risques qu'encourent les personnes âgées lors d'une hospitalisation et cela commence dès les urgences[84]. Les

[81] A. LOONES, E.DAVID-ALBEROLA, P. JAUNEAU, *La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures*, cahier de recherche N°256, décembre 2008, enquêtes du Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observatoire Des Conditions de vie
[82] Grille AGGIR : Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources. La grille nationale Aggir permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie
[83] Entretiens N° 5 et 7
[84] Entretien N° 7

soignants des urgences le savent mais disent ne pas « prendre » le temps et plutôt faire des soins rapidement plutôt qu'aider une personne à faire (par exemple une réinstallation).[85] Leur priorité est de faire vite, tout le temps et particulièrement lorsque le nombre d'entrées augmente. L'irrégularité du flux des entrées et le fait de ne pas savoir comment vont se dérouler les heures qui viennent augmentent les difficultés de planification des soins. Les personnes âgées ont besoin plus que les autres d'une prise en charge globale, organisée, planifiée.[86]

A rester couchées sur leur brancard les personnes âgées fragiles ont également un risque de perte fonctionnelle définitive par absence d'entretien de fonctions motrices mais aussi d'élimination. Accompagner les personnes âgées aux toilettes nécessite du temps, de la patience, la disponibilité au moment du besoin ressenti par la personne. Malheureusement ces conditions ne sont pas toujours réunies et l'accompagnement aux toilettes sera souvent remplacé par l'utilisation d'un bassin voire d'une protection. En une journée, la continence urinaire d'un sujet âgé fragile peut être perdue et peut l'être définitivement. Conscients de ces risques, les soignants des urgences essaient d'organiser les soins en fonction mais la seule issue qu'ils envisagent pour résoudre la problématique en cas d'affluence est d'hospitaliser la personne ailleurs, surtout si de toute façon elle doit être hospitalisée. Besoins spécifiques des sujets âgés et fragiles et risques encourus en cas de soins inadéquats sont connus des personnels des urgences qui y répondent en fonction de leur disponibilité.

1.4.2.3 Risques cognitifs et psychiques

Les locaux d'attente de la ZES et du service de traumatologie sont des pièces aveugles. De même la moitié des chambres de l'UHCD n'ont pas de fenêtre. Les repères dans le temps, en fonction du jour ou de la nuit sont totalement impossibles. L'attente est longue et rien ne permet aux usagers de pouvoir se rendre compte de ce temps qui passe. Compte tenu de l'exiguïté des locaux et de la promiscuité qui y règne, les familles ne peuvent rester longtemps avec leur proche. Pour une personne âgée, l'absence de rythme nycthéméral associé au bouleversement de ses habitudes engendré par l'hospitalisation et l'isolement peut être très déstabilisant et entraîner des angoisses ou une désorientation temporo spatiale induite. Les ressources individuelles pour faire face au stress diminuent avec l'âge et le stress d'un passage aux urgences peut faire basculer un état cognitif précaire.

Aux urgences il y a du monde : médecins, infirmières, aides-soignantes, brancardiers, étudiants, agents de service, secrétaires et autres personnels administratifs, c'est une véritable fourmilière dont

[85] Ibid
[86] Entretien N° 18

l'intensité de l'activité augmente au fur et à mesure des entrées. Pour les usagers, l'organisation et le sens de cette activité est totalement incompréhensible. Pour une personne âgée, qui voit souvent mal et parfois entend mal, cela est encore plus incompréhensible et c'est une source d'angoisse importante. Il se passe beaucoup de choses nouvelles et les soignants ont peu de temps pour expliquer le sens des soins et des examens. L'exécution des soins invasifs souvent nécessaires sans prendre le temps qu'il faut pour les expliquer sont autant d'agressions physiques et psychiques face auxquelles les personnes âgées fragiles ont moins de ressources que d'autres.

La démonstration est ainsi faite (s'il en fallait une de plus) que le service des urgences n'est pas un endroit accueillant pour une personne âgée fragile. Les urgences du CHU du terrain de l'enquête ne font pas exception. L'organisation des urgences, soumise au flux des entrées et à l'inconnue des situations de soins à venir, oriente ces services vers une rapidité d'exécution des soins qui heurte de plein fouet les besoins de soins du sujet fragile.

Faute de les avoir identifiées en amont ou faute d'avoir anticipé les crises bio-psycho-sociales pouvant survenir, les « fragiles » franchissent la porte des urgences. Leur situation de soins souvent complexes nécessite du temps dans un service où vitesse et rapidité sont la règle. Souvent polypathologiques, il est plus difficile de leur trouver un lit d'hospitalisation dans des établissements organisés autour de spécialité d'organe. Les altérations cognitives et les problématiques sociales compliquent des retours à domicile rapides. Dans un contexte d'efficience et de volonté de diminuer les durées moyennes de séjour, les admissions de personnes âgées ne sont pas les bienvenues dans les services de soins. **Alors que ce sont des personnes fragiles et qui nécessitent le plus de soins, l'hôpital et particulièrement les urgences fonctionnent comme s'ils n'étaient pas là pour prendre en charge les personnes âgées.**

Bien que connue, cette situation perdure. La deuxième partie de cette étude va être consacrée à la réponse que le système de santé propose pour la prise en charge des sujets âgés et aux évolutions qui sont en marche ou pourraient être proposées pour améliorer la situation.

2 Les réseaux de soins et leurs réponses aux besoins de santé des personnes âgées

Dans cette partie nous étudierons comment est organisée la prise en charge des sujets âgés en amont de l'hôpital. Nous nous attacherons ensuite à repérer les dysfonctionnements et les manques de notre système de santé en amont et en aval des services d'urgences. Enfin, à partir de cette analyse nous verrons quels chemins le SAU pourrait emprunter pour participer à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées et notamment les plus fragiles.

2.1 Un système de soins inadapté aux besoins des personnes âgées fragiles

2.1.1 Un parcours de soins chaotique

Dans le discours de ceux qui prennent en charge les personnes âgées en extra hospitalier, celles-ci sont parfois présentées comme appartenant à deux groupes distincts : les personnes âgées vivants à domicile et autonomes, elles ont parfois des maladies mais elles sont stabilisées et vont bien (80 %) et celles qui vivent dans des structures de soins (20%).[87] Évidemment, la réalité est souvent plus complexe : on peut vivre en institution sans avoir une dépendance importante et à l'inverse vivre chez soi avec une autonomie très altérée mais un plan d'aide adapté qui le permet.

Quoi qu'il en soit, comme tout un chacun, la demande de soins des personnes âgées se modifie et évolue. Les personnes âgées, les plus fragiles d'entre elles particulièrement, vont faire le va-et-vient entre les différentes offres de soins : domicile /hôpital/domicile, institution/hôpital/institution, domicile/hôpital/institution... le parcours n'est pas linéaire, il est fait de va-et-vient, d'allers et de retours. C'est un parcours de soins spécifique qui prend en charge à la fois l'aide aux gestes de la vie courante (auxiliaire de vie, portage des repas, aide-ménagère, etc.), la maladie chronique (infirmière, médecin traitant, kinésithérapeute etc.) et l'incident ou l'accident qui nécessite un recours à l'hôpital. La fluidité et la cohérence de ce parcours dépend de la capacité de l'ensemble des professionnels et/ou non-professionnels impliqués auprès d'une personne âgée à communiquer et à travailler ensemble. Malheureusement, les acteurs qui sont impliqués dans ce parcours répondent à des logiques, des modes de fonctionnement et des financements différents, ce qui complique ou même parfois empêche des collaborations. L'offre de soins autour de la personne

[87] Entretien N° 2

âgée est particulièrement fractionnée, ce qui occasionne très souvent des ruptures dans le parcours.[88] Ces ruptures sont particulièrement délétères pour les personnes âgées fragiles car elles sont trop souvent synonymes de perte d'autonomie. « L'accompagnement d'une personne âgée en situation de fragilité, du fait d'une limitation de son autonomie, de difficultés de santé au long cours ou d'une situation complexe, se traduit trop souvent par une succession de ruptures. Ces ruptures pourraient être évitées et le parcours de santé de la personne amélioré. »[89]

La prise en charge des personnes âgées est encore trop souvent une succession de périodes stabilisées et de « crises sanitaires» qui imposent un recours aux soins. L'accès au système de soins se fait en général selon deux modes : en routine via le médecin traitant et en cas de crise plus importante l'hôpital est sollicité via le service d'urgences. Les déplacements étant difficiles voire impossibles pour les personnes âgées fragiles le recours aux urgences se fera en utilisant les services ambulanciers privés ou les pompiers. Chaque fois qu'un bilan un peu étayé faisant intervenir la biologie et/ou la radiographie (notamment en cas de chute, incident très fréquent) est nécessaire, le déplacement vers l'offreur de soins sera obligatoire[90]. Les aidants principaux, familiaux ou institutionnels, des personnes âgées sont de fait relativement seuls face à un besoin de soins non programmés ou urgents. Ils peuvent avoir recours au 15 pour un conseil médical mais sont très souvent démunis : l'offre de soin ambulatoire n'est pas accessible rapidement à une personne âgée présentant un problème de soin aigu. Les acteurs de la permanence des soins sont tout aussi désemparés par la faiblesse de l'offre ambulatoire. Celle-ci est soit inaccessible car il faut se déplacer vers elle, soit trop restreinte, surtout la nuit et le week-end. Finalement, tel qu'est organisé notre système de soin actuel, l'offre de soins la plus accessible pour des personnes ne pouvant se déplacer seules et ayant un besoin aigu (pas forcément urgent) est l'hôpital et son service d'urgences, même si chacun a conscience que ce n'est pas un endroit adapté à la personne. Tant qu'à domicile, l'offre de soins ambulatoire ne sera pas réellement accessible aux plus fragiles, ils seront adressés aux urgences.

2.1.2 Fragmentation et cloisonnement de l'offre de soins

Actuellement, l'organisation de la prise en charge des personnes âgées présente deux caractéristiques : la fragmentation et le cloisonnement[91]. « La complexité du parcours de la personne âgée en situation de fragilité tient en partie à la diversité des acteurs mobilisés et au

[88] Entretien N° 9
[89] *Parcours des personnes âgées sur un territoire* -retour d'expériences © ANAP 2011 *introduction*
[90] Entretiens N° 20 et 12
[91] Entretien N° 9

cloisonnement de leurs interventions. »[92] Nous allons essayer de comprendre les caractéristiques de l'offre de soins non-hospitalière.

2.1.2.1 Secteur médicalisé : essentiellement libéral

La fragmentation tient en partie à la pratique libérale de l'offre de soins de ville en France. Médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes, etc. La prise en charge des besoins de santé des personnes âgées reposent sur cette offre libérale. Les outils de communication qu'ils utilisent sont privés et ne sont pas communiqués à l'ensemble des autres acteurs. Des informations utiles circulent entres eux, essentiellement sous forme d'ordonnances, ou de courrier d'information, mais aucun outil commun faisant apparaître toutes la pluralité et la complexité de la prise en charge sanitaire n'existe. Cette coordination «clinique» appartient au médecin traitant, mais celui-ci n'est pas disponible 24 heures sur 24 et parfois ne se déplace pas[93]. Cette indisponibilité de l'information des prises de décisions des soins antérieures laissent les acteurs de la permanence des soins face à des problèmes de prise en charge. [94] Lorsqu'il est fait appel au SAMU ou à SOS médecin, à domicile ou en EHPAD, l'accès au dossier du patient est difficile, voire impossible en tous les cas trop aléatoire.[95] Pourtant, ce sont les éléments du dossier qui vont permettre au médecin de comprendre la situation aiguë et de prendre une décision, notamment la décision d'hospitaliser. La médecine de ville, essentiellement libérale, participe au cloisonnement de l'offre de soins. La mise en place du médecin traitant obligatoire a atténué cette fragmentation mais la prise en charge des personnes polypathologique est encore complexe.

2.1.2.2 Aide à domicile : pluralité des aidants

Depuis 2002[96], le département a la mission de coordonner les politiques autour des personnes âgées et du handicap. En effet, la loi HPST, en définissant une politique de santé autour d'un territoire, délègue au département la politique médico-sociale. Dans le département du terrain d'enquête les responsables des politiques départementales ont investi l'organisation de la coopération entre acteurs et ont commencé un travail d'analyse des besoins. Leur constat est sans appel : il faut

---

[92] *Parcours des personnes âgées sur un territoire* -retour d'expériences © ANAP 2011

[93] Entretiens N° 2, 3 et 10

[94] Ibid

[95] Entretien N°3

[96] Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

recomposer l'offre de soins et développer un réseau ambulatoire.[97] Seulement il faut donner des moyens à ce réseau ambulatoire et ne pas faire la même erreur que lors de la réforme du secteur psychiatrique. La loi de 1970 a recomposé l'offre de soins en direction des malades psychiatriques et a permis la fermeture massive de lits d'hôpitaux psychiatriques. L'offre de soins ambulatoire a également été recomposée mais pas à la hauteur des besoins créés par les fermetures de lits. La loi HPST est porteuse de cette recomposition de l'offre de soins de l'ensemble du secteur sanitaire et social mais il y a des résistances importantes en partie à cause de l'expérience des secteurs de psychiatrie. En effet, la réorganisation de l'offre de soins passera inévitablement par une redistribution des ressources. Compte tenu de l'augmentation des dépenses de santé, l'augmentation des ressources allouées n'est pas envisagée : il faudra donc passer par une ré-allocation de ces ressources.

En dehors de la prise en charge strictement médicale, la prise en charge des actes de la vie quotidienne font intervenir également de nombreux intervenants. Même avec des niveaux de dépendance élevés, il existe à présent une offre de services qui permet de vivre chez soi, souhait de l'ensemble de nos concitoyens. Sous l'action du plan et de la loi BORLOO[98], les services à la personne se sont développés, favorisés par la généralisation du CESU (Chèque Emploi Service Universel). Le développement des services à la personne est un facteur clé qui a permis le maintien à domicile de personnes âgées, fragiles, avec des niveaux de dépendance élevés. Bien sûr, le développement de ces services n'est pas identique partout. Il y a également des inconvénients notoires concernant les emplois créés et les qualifications des intervenants[99]. Cependant, l'offre de service est indispensable pour réaliser le vœu de continuer à vivre à domicile. Quand on interroge la population, le souhait de tous est de vivre chez soi le plus longtemps possible. C'est d'ailleurs en partant de cette état de fait et du constat que plus on vieillit et plus c'est difficile que la Secrétaire d'État chargée des Aînés, Madame Nora BERRA, a lancé un projet « vivre chez soi » en 2010.

Pour vivre chez soi, quand la vieillesse s'installe il faut parfois faire appel à ce qu'il est communément appelé les aidants. La majorité des aidants sont des aidants familiaux : conjoint, enfants (particulièrement les filles ou belles-filles). Les aidants vont être les premiers « organisateurs » de la prise en charge. Car à domicile aussi le fractionnement de l'offre est important. Si la plupart des départements ont organisé des guichets uniques de renseignements qui donnent des conseils et des adresses, il appartient à la personne ou à ses proches de faire les éventuelles demandes d'aides pour le financement et de recruter les professionnels nécessaires. Pour compliquer le tout, un certain nombre de services sont municipaux (par l'intermédiaire des CCAS),

---

[97] Entretiens N° 4, 8 et 9

[98] Loi N° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale

[99] A. LE ROY et E. PUISSANT, *l'économie des services à la personne,* cours de master PPS, 2012

comme le portage de repas, les SSIAD, d'autres sont exclusivement libéraux, d'autres encore sont des entreprises privées à but lucratif (société de location de matériel médical, par exemple). Les assistantes sociales de secteur sont des aides précieuses auprès des familles, mais il appartient aux proches ou à la personne si elle le peut, de faire appel aux différents services. Ainsi chez une personne ayant une maladie chronique et des difficultés à réaliser les actes de la vie quotidienne, la vie à la maison est un vrai défilé de personnes qui changent souvent : infirmière libérale pour la toilette, les surveillances et les traitements, kinésithérapeute pour conforter les acquis du déplacement, aide-ménagère pour l'entretien du domicile, livreur de repas, auxiliaire de vie ou étudiant bénévole ou membre de la famille pour vaincre la solitude... « Ça rentre, ça sort, c'est un défilé permanent ...»[100]

Pour les personnes âgées en couple dont un des deux membres seulement a besoin d'aide, le second subit ces contraintes jusque parfois à en être épuisé.

Coordonner l'ensemble de ces intervenants, vérifier et contrôler la qualité des services rendus est un travail à temps plein ou presque tant les possibilités sont nombreuses et la fragmentation importante. Pour la personne qui va la prendre en charge, la tâche est lourde et complexe, même avec des aides financières ou logistiques. Face au coût que représente l'institution et pour respecter le choix des aînés, nombre de familles font ce choix. Un des membres de la famille se dévoue et accepte de coordonner la prise en charge. Mais parfois les aidants ou la famille font défaut, soit parce qu'ils n'existent pas ou plus, soit parce qu'ils sont dans l'incapacité d'assumer cette charge. Quand le maintien à domicile n'est plus possible, l'institutionnalisation devient obligatoire. Mais faute d'avoir anticipé un maintien à domicile impossible ou face à la disparition brutale de l'aidant principal ou du coordonnateur familial, cette institutionnalisation passera avant par une hospitalisation aux urgences pour MAD : maintien à domicile difficile. Toutes les autres solutions offertes demandent de l'anticipation, la disponibilité d'une personne qui se charge de la demande d'aide supplémentaire et de la disponibilité du service ou de l'institution. Tant que ces trois conditions ne seront pas remplies en routine pour toutes les personnes âgées, le MAD sera un motif de recours qui risque d'être de plus en plus fréquent.

2.1.2.3 EHPAD : lieux de vie, lieux de soins

En EHPAD, tous les soins d'aide à la vie courante, repas, courses, toilette, habillage sont fait par les mêmes équipes. Les EHPAD sont la plupart du temps médicalisés, c'est à dire qu'ils prennent en charge également la distribution des médicaments, le suivi des pathologies chroniques, les

[100] Entretien N° 10

surveillances simples (constantes, glycémie, bilans programmés). Cependant, le public accueilli en EHPAD a changé. Les soignants font état de cette évolution sur les dix dernières années en citant une augmentation de la lourdeur des soins. Le deuxième EHPAD du terrain d'enquête le constate avec l'évolution des GIR des résidents. A la mise en place de la grille AGGIR[101](ANNEXE 6), les personnes accueillies en EHPAD ou maison de retraite étaient majoritairement GIR 5/6 alors qu'à présent, le nombre de personnes classées GIR 2 voire 1 sont plus nombreux.[102] L'augmentation des troubles cognitifs est également une caractéristique nouvelle du public actuel. Grâce aux plans Alzheimer, des moyens, notamment la création d'unités fermées, ont permis une amélioration de la prise en charge pour ce public particulier, mais pour le reste des résidents les moyens sont restés identiques pour les établissements.

Pour le Directeur de l'EHPAD N° 1, les décisions de vivre en institution sont de plus en plus repoussées, en conséquence l'entrée en institution est souvent trop tardive. Cette institutionnalisation a lieu de façon brutale face à un événement déclencheur qui met à mal l'organisation du maintien à domicile. C'est une « rupture du parcours de vie » qui est très mal vécue par le nouveau résident et parfois devient un obstacle à l'intégration[103].

Face à ce changement de public, les moyens et notamment les moyens humains n'ont pas augmenté. Les EHPAD ont un personnel infirmier restreint qui ne leur permet pas une médicalisation égale tous les jours de la semaine ou au cours de la journée. La grande majorité, et en tous les cas les deux EHPAD enquêtés, n'ont pas d'infirmière la nuit. Le week-end également, les infirmières sont moins nombreuses. La pénurie d'infirmières et les difficultés de recrutement les contraignent à faire appel souvent à des intérimaires.[104] L'absentéisme rend les conditions de travail encore plus difficiles. Les solutions trouvées sont insatisfaisantes mais « on peut pas fermer de lits les résidents sont là. »[105]

Les lieux de vie, même médicalisés sont trop peu équipés en personnel pour réaliser des investigations en cas d'événement aigu. Pour cette raison dès que, pour les soignants des EHPAD rencontrés, il y a un besoin d'examens complémentaires, ils organisent un passage aux urgences.[106]

Le Directeur de l'EHPAD N°1 fait confiance aux infirmières pour agir en cas d'urgence, mais après 20 heures 30 il recommande à ses équipes de solliciter les services de secours « vous ne ferez jamais assez le 15 ». Pour les services de secours, l'absence de soignants ou la présence des intérimaires sont des freins à l'analyse des besoins lors de la régulation téléphonique : si c'est une aide-soignante qui fait la nuit, elle peut prendre la tension artérielle, le pouls ou la température, mais

[101] En 1997 la grille AGGIR permet de déterminer un niveau de dépendance
[102] Entretien N° 18
[103] Entretien N° 15
[104] Entretiens N° 18, 20, 10, 1 et 2
[105] Entretien N° 18
[106] Entretiens N° 12, 14 et 20

elle ne pourra pas faire de glycémie capillaire. Si le personnel de nuit est une auxiliaire de vie ou une veilleuse de nuit, aucun élément ne pourra être transmis au régulateur, qui n'aura pas d'autre choix que de se déplacer ou de demander un transfert aux urgences. Ainsi, au sein même des EHPAD, la fragmentation peut exister et être à l'origine d'un transfert à l'hôpital inadapté.

La prise en charge médicale dans les EHPAD n'est pas non plus optimale. Basée sur le libre choix du praticien par la personne soignée, chaque résident est suivi par un médecin libéral à l'intérieur de l'EHPAD, ce qui pose des problèmes d'organisation des soins. Le médecin coordonnateur peut intervenir sur les prises en charge et discuter un dossier avec les soignants et le médecin traitant d'un résident. Mais il a trop peu de capacité de décision.[107]

De plus, même si la présence des médecins coordonnateurs est obligatoire[108], beaucoup d'EHPAD n'en ont pas. De cette façon, au sein d'un même EHPAD, les prises en charge médicales des personnes âgées peuvent être très différentes, les protocoles de soins aussi, ce qui ajoute de la complexité pour les soignants qui gèrent parfois 80 résidents.

Pour les soignants des EHPAD, le principal problème qu'ils rencontrent avec l'hôpital et avec les urgences, c'est les retours la nuit ou le vendredi.[109] Souvent, les transmissions sont de mauvaises qualité, il n'y a pas d'ordonnances, les retours sont mal préparés. Parce qu'ils sont médicalisées, les services hospitaliers s'imaginent que les EHPAD ont un médecin à demeure, ce qui est loin d'être toujours le cas.[110] La mauvaise connaissance des capacités de soin de chacun entraîne souvent des ré-hospitalisations précoces, via les urgences.

Les EHPAD sont des lieux de soins mais avant tout des lieux de vie. Ils offrent des prises en charge moins fragmentées qu'à domicile. Mais le manque de qualifications adéquates d'une partie de leur personnel et le recours à l'intérim et aux médecins libéraux sont à l'origine de ruptures de prise en charge. Les professionnels de ces lieux de soins ne sont pas toujours en capacité de faire face à un problème de santé aigu. Même si un travail en réseau avec des partenaires comme SOS médecin ou les services de gériatrie de l'agglomération existe dans l'EHPAD N°2 il ne permet pas de répondre à toutes les situations aiguës. Le plus souvent en cas de nécessité d'hospitalisation il y aura au préalable un passage aux urgences[111]. **La médicalisation des EHPAD est insuffisante pour prendre en compte les événements aigus de soins, ce qui favorise le recours aux urgences.**

---

[107] Entretien N° 11

[108] Décret n°2011-1047 du 02 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

[109] Entretiens n°15, 18 et 19

[110] Entretien N°18 et 20

[111] Ibid

2.1.2.4 La fin de vie

Dans les EHPAD enquêtés la fin de vie fait partie d'une réflexion et du projet d'établissement. Pour l'un d'entre eux des aménagements de locaux spécifiques ont été faits et les équipes ont engagé des réflexions autour de la fin de vie[112]. En cas de dégradation aiguë de l'état de santé d'un résident, l'appel des familles par le médecin présent (médecin traitant ou médecin urgentiste) se fait dans la plupart des cas afin de les faire participer aux décisions.[113] Néanmoins la mort met en difficulté les équipes, surtout les équipes de nuit qui ne sont parfois pas formées ou les personnels intérimaires qui connaissent peu ou mal le résident. De la même manière, les médecins de SOS ou du SAMU sont très démunis si la décompensation est brutale et le dossier ne contient pas de directives. La limitation thérapeutique n'est pas une décision qui se prend dans l'urgence. La décision de conduire la personne âgée mourante aux urgences est parfois prise pour se protéger d'une éventuelle plainte de famille ou parce que celle-ci ne peut pas participer à la décision. Elle peut se prendre aussi pour répondre à des demandes d'équipe en difficulté.[114]Les consignes d'abstention de soins sont parfois écrites dans les dossiers mais ne sont pas transmises ou pas respectées. La plupart du temps elles sont inexistantes. De ce fait, les services d'accueil des urgences sont aussi des lieux où l'on vient mourir.

Quand on aborde la problématique des personnes âgées avec les personnels des urgences, l'expérience de la fin de vie est très souvent évoquée. Dans les urgences du terrain d'enquête, durant l'année 2011, 135 personnes de plus de 75 ans sont décédées aux urgences sur 160 décès au total. Trente-six d'entre elles vivaient dans une institution médicalisée et 13 sont mortes dans les 6 heures après leur admission. Cette situation est proportionnellement très peu fréquente mais extrêmement traumatisante et très mal vécue par les soignants des urgences[115]. Car les équipes des urgences sont démunies face à ces morts. Elles essaient de faire en catastrophe une place à l'UHCD pour donner au moins un lit à la personne moribonde et improviser un accompagnement de fin de vie mais il arrive que le décès se produise en zone de soins aigus, sur un brancard. L'inhumanité de ces situations provoque colère et incompréhension d'autant que les équipes des deux structures ne peuvent jamais reparler de ces situations.

---

[112] Ibid
[113] Entretiens N°10 et 2
[114] Entretien N° 3
[115] Entretien N° 7

2.1.2.5 Pas de prise en charge communautaire

Ainsi comme nous venons de le voir, il n'existe pas de réel réseau communautaire de soins pour les personnes âgées en dehors de l'hôpital. Un réseau communautaire veut dire l'organisation d'un système de soins intégré pour la personne âgée fragile qui prenne en charge à la fois les problématiques sociales et de santé. Chaque « crise sanitaire » peut potentiellement altérer l'autonomie d'une personne âgée et aggraver une prise en charge sociale qui est parfois déjà précaire. Comme le besoin de prise en charge sociale arrive souvent après le besoin de soin, il faut trouver un mode organisationnel communautaire pour prévoir les parcours avant la « crise » sanitaire[116]. Les personnes âgées font partie des trois grandes catégories de « public fragile » avec les personnes handicapées dépendantes et les enfants de moins de 6 ans[117]. Parce que chacune de ces populations présente des pathologies spécifiques et/ou des prises en charge particulières, il doit exister une organisation sanitaire pour ces prises en charge spécifiques. Force est de constater que pour les personnes âgées, la prise en charge sanitaire est insuffisamment organisée.

Sur le plan social par contre elle est organisée, grâce au travail des acteurs de la région et des acteurs associatifs, qui se mobilisent de longue date autour des aînés. En effet les principales actions des politiques publiques menées jusqu'à présent l'ont été autour de la prise en charge de la dépendance et du développement des aides pour pallier cette dépendance. Mais au final aborder la problématique de la vieillesse sous l'angle de la dépendance crée une association entre les deux qui non seulement n'est pas pertinente mais participe à la construction d'une image négative. C'est une spécificité de la gérontologie française que d'aborder vieillesse par cette voie.[118] Cela a conduit a une séparation de l'action sanitaire et de l'action sociale que l'on a du mal à rassembler à présent.

La bonne organisation du dispositif médico-social n'est pas suffisante pour faire face à toutes les situations. La fluidité des parcours de soins n'est pas toujours optimisée et c'est toujours au cours d'un événement aigu que les ruptures vont avoir lieu.

Des expériences validées existent dans ce domaine et sont promues par l'ANAP pour aider les autres professionnels à modéliser les prises en charge qui marchent[119]. De la même manière, les auteurs du rapport de l'IGAS « L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge »[120] proposent des modes de collaborations qui améliorent les parcours de soins des personnes âgées. La loi HPST a posé les bases réglementaires indispensables pour que public et privé puissent

[116] Entretien N° 1

[117] M. DEBONNEUIL, *les services à la personne, bilans et perspectives*, Rapport de l'inspection générale des finances N° 2008-M-024-01 de septembre 2008

[118] DRULHE M., SICOT F., *La santé à cœur ouvert, sociologie du bien être, de la maladie et du soin,* Toulouse, Presse universitaire du Mirail, 2011

[119] *Parcours des personnes âgées sur un territoire* -retour d'expériences © ANAP 2011

[120] A.FOUQUET, J.J.TREGOAT, P.SITRUK, *l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge,* rapport de l'IGAS, mai 2011

contractualiser et travailler ensemble. Mais il est essentiel de poursuivre les efforts de structuration de la santé de ville avec des gériatres et des médecins libéraux impliqués, sinon comme le dit un des gériatres de l'enquête : « Ils vont tous venir à l'hôpital.»[121]

Le développement des « case managers » ou « gestionnaires de cas »[122], référent qui a pour mission d'organiser la réponse sanitaire en cas de crise, est un exemple de ce qui pourrait être mis en place. Les « case managers » ont été testés dans le département de l'enquête auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autour du projet MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'intégration des malades Alzheimer). Il ne nous a pas été possible de rencontrer le responsable de ce projet, mais l'expérience a été suffisamment positive pour que le concept émerge. L'idée de faire intervenir des « case managers » pour toutes les personnes âgées fragiles ayant des situations de soins et sociales complexes est une des solutions qui nous paraît pertinente pour agir avec efficacité et dans l'intérêt de la personne. Le recours au « case manager » peut permettre à chacune des personnes particulièrement fragiles d'avoir un parcours de soins cohérent, fluide. Seule la compétence d'un professionnel formé et très au fait des différentes offres existantes peut vaincre les barrières institutionnelles entre l'intra et l'extra hospitalier, entre les soins médicaux et sociaux et entre les réseaux formels et informels et permettre une prise en charge qui ait du sens. L'évolution démographique et l'évolution du profil des personnes âgées à prendre en charge impose une réflexion sur un modèle de santé communautaire, ce qui n'est pas le modèle de santé le plus développé en France. Le choix de l'organisation sanitaire a plutôt été jusqu'à présent un modèle « hospitalo-centrique », dédié aux soins aigus. Pour les années à venir, une réflexion autour d' un modèle « domicilo-centrique » dédié aux soins plutôt chroniques et capable de prendre en charge les événements aigus s'impose. [123]

2.2 *Au cœur du système de soins, l'hôpital est également inadapté*

Depuis leur création, les hôpitaux n'ont cessé de se modifier pour répondre aux besoins sanitaires de leur population. La fin du XXème siècle et le début du XXIème ont été le théâtre de réformes nombreuses, profondes, touchant à la fois l'organisation de l'hôpital et son mode de fonctionnement. Sans faire une étude approfondie sur ces changements, nous nous attacherons à repérer ce qui dans l'hôpital d'aujourd'hui est un frein à une prise en charge adéquate des personnes âgées fragiles.

---

[121] Entretien N°1

[122] La mission principale du gestionnaire de cas est de mener à bien l'évaluation, la planification, la coordination et la continuité des services, en vue d'une intégration des soins et des services auprès des personnes en perte d'autonomie.

[123] D.SOMME et O. SAINT JEAN, rapport PRISMA *Intégration des services aux personnes âgées : La recherche au service de l'action,* décembre 2008

2.2.1 Fonctionnement en spécialités médicales

L'hôpital organisé autour de spécialités bien définies est très efficace quand il s'agit de traiter des monopathologies spécialisées. Mais ces spécialités fonctionnent comme des tuyaux d'orgue, avec peu de communication entre elles. Par conséquent, l'hôpital se trouve beaucoup moins efficace pour prendre en charge la polypathologie.[124] « Les soins hospitaliers sont marqués par une spécialisation et une technicité de plus en plus pointues. Le risque de cloisonnement inhérent à cette hyperspécialisation, répond plus difficilement à la transversalité nécessaire à la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques. »[125] Un des médecins du SAMU le formule ainsi : « la médecine de spécialité ne soigne pas la personne...une personne ce n'est pas l'addition des spécialités, c'est bien au delà... »

Comme nous avons pu le voir précédemment, la nécessité de trouver des places d'hospitalisation pour les patients qui arrivent tous les jours par les urgences fait que les patients sont placés parce que le lit est vacant et non pas parce que le patient relève de la spécialité médicale. En outre, il est parfois bien délicat de déterminer quel est l'organe le plus défaillant et ainsi de quelle spécialité relève telle ou telle personne. «La personne âgée polypathologique ne peut être soignée sous le seul prisme des organes atteints.» [126] Si le grand âge ne saurait constituer en soi un critère d'exclusion pour une admission en service de spécialité, trop souvent les personnes âgées entrent dans ces services par défaut. Le circuit d'admission en milieu hospitalier commence généralement pour cette population par le service des urgences qui, diagnostic fait, oriente davantage en fonction des lits disponibles que de l'évaluation des besoins du patient.[127]

Dans le CHU du terrain d'enquête, les chiffres parlent d'eux-mêmes : « Dans les services de spécialité il y a 50% de gens qui relèvent de la polyvalence, or personne ne sait gérer la polyvalence. »[128] Le gériatre qui nous décrit cette réalité fait également ce constat : « 50 % des hospitalisés ont plus de 75 ans et seulement 5 à 8 % sera pris en gériatrie. Le reste va dans les autres services qui n'en veulent pas parce que les patients sont trop lourds, trop complexes. » Les médecins spécialistes se disent incompétents pour gérer la complexité de ces patients ou bien manquer de ressources en matériel, en personnel paramédical, social, en savoir-faire et connaissances des modalités de sorties. Les équipes mobiles de gériatrie sont là pour répondre à ce

[124] V.GIMBERT et C.GODOT, *rapport « Vivre ensemble plus longtemps, 2010 »*, publication du Centre d'analyse stratégique

[125] A.FOUQUET, J.J.TREGOAT, P.SITRUK, *l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, rapport de l'IGAS, mai 2011

[126] Ibid

[127] Entretien N°1

[128] Entretien N°1

besoin de savoir-faire spécifique. Parfois le nombre de lits vacants est trop faible et les lits de spécialités chirurgicales sont utilisés pour des patients relevant de la médecine. Ces situations sont particulièrement source de conflits et de mauvaise qualité de prise en charge. Elles sont à l'origine d'un allongement de la durée moyenne de séjour et de parcours de soins chaotique à l'intérieur même de l'hôpital. **Ainsi, au sein d'une même structure, les parcours de soins répondent à d'autres logiques qui ne correspondent pas aux besoins de soins des personnes âgées.**

2.2.2 Particularité des CHU

Cependant, les hôpitaux et particulièrement les CHU ont besoin de leurs lits de spécialité. Certaines spécialités ne sont représentées que dans les CHU, qui sont donc susceptibles de recevoir les patients des autres hôpitaux. C'est ce qu'on appelle l'activité de « recours » en opposition à l'activité de « proximité » que fait tout établissement hospitalier. Les CHU sont des structures de soins qui accueillent des patients pour une activité de proximité mais aussi des patients pour une activité de recours. Pour les responsables de ces services spécialisés, qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux, l'accueil d'une personne âgée qui ne relève pas de leur spécialité est vécue comme une « embolisation » de leur lits et une perte de chance pour le patient potentiel pour lequel il risque d'avoir une demande d'hospitalisation. Leur position mérite d'être entendue car leur mission est d'accueillir un type de patient spécifique et les lits dont ils disposent sont parfois peu nombreux[129]. L'ensemble de l'hôpital est construit autour de spécialités et son bon fonctionnement en dépend. Utiliser les lits de spécialité pour héberger des patients relevant d'un autre type de prise en charge ne peut être qu'exceptionnel. Si la situation augmente ou s'intensifie, c'est l'ensemble de l'organisation de l'offre de soins hospitalière qui peut être impactée. Ainsi, au-delà de toute considération médicale, la prise en charge des patients polypathologiques interroge notre modèle de médecine centrées sur les organes et les maladies et non sur les individus et leur environnement. Il met en cause aussi nos choix d'organisation hospitalière qui reprend la pathologie ou l'organe pour structurer ses services. Les services de médecine polyvalente et les services de gériatrie ont pour spécialité de gérer la polyvalence mais leur capacité d'accueil est trop faible face à la grande majorité de services de spécialités. Si la majorité du public accueilli relève de la polyvalence peut être que les hôpitaux seront peut être amenés très rapidement à repenser en profondeur leur mode d'organisation.[130]

L'organisation de l'hôpital en pôle d'activité, ainsi que l'a mis en place la loi HPST, pourrait être un

[129] Entretiens N°1 et 16
[130] Ibid

levier pour faciliter les interconnexions entre les différentes spécialités et développer la notion de parcours de soins cohérents et coordonnés. Il faut quand même admettre que tous les établissements n'ont pas suivi cette logique et certains pôles ont échappé à cette idée de parcours de soins et sont restés ancrés dans une vision spécialisée de l'organisation du pôle. Pourtant le pôle d'activité peut être un outil très pertinent pour organiser le parcours de soins à l'hôpital.

2.2.3 Un mode de financement qui favorise le programmé

A la problématique des soins de recours/soins de proximité, s'ajoute celle des soins programmés et des soins non-programmés. Dans les services de soins les deux types d'activité cohabitent. Le programmé, comme son nom l'indique, est une activité qui répond à la planification. La standardisation des prises en charge permet de déterminer le temps d'une intervention, le temps moyen d'une hospitalisation. Particulièrement développée dans les services de chirurgie, la programmation et la planification permet de prévoir les entrées, les sorties, les passages au bloc opératoire, les examens de radiologie, les besoins en SSR, la réservation de celui-ci, etc. À partir du moment où les soins sont prévus, la planification peut orchestrer toute l'hospitalisation et les suites dans les moindres détails. La vision de l'hôpital entreprise, promue ces dernières années et l'application aux soins d'une organisation industrielle, poussent naturellement à la programmation.[131] Cette exigence d'efficience du système de santé et la mise en place de la tarification à l'activité renforce cette tendance. En effet, le financement global des hôpitaux en vigueur avant la réforme hospitalière finançait une activité globale. Le fait de financer l'activité qui est faite auprès des patients qui sont dans les lits est une pression économique forte qui contraint les établissements à se pencher sur leur mode d'organisation. L'activité programmée permet une planification des ressources et une projection objective des « recettes ». Les contraintes budgétaires très fortes qui pèsent sur les hôpitaux et particulièrement sur les CHU, qui sont pour beaucoup en difficulté financière, poussent naturellement à valoriser et donc augmenter l'activité programmée. Mais, cette activité programmée entre en conflit avec l'activité non programmée, issue des consultations, des situations d'urgences intra ou extra hospitalière relevant de l'activité de proximité ou de l'activité de recours.

Ainsi les conflits programmé/non-programmé et proximité/recours sont particulièrement aigus dans les CHU et le CHU du terrain d'enquête ne fait pas exception. **Ils créent une compétition permanente pour l'occupation d'un lit d'hospitalisation qui est nuisible pour l'accueil des**

[131] DRULHE M., SICOT F., *La santé à cœur ouvert, sociologie du bien être, de la maladie et du soin,* Toulouse, Presse universitaire du Mirail, 2011

personnes âgées.

2.2.4 Gestion des lits : enjeu de l'hôpital de demain

2.2.4.1 Hospitalisations inadéquates

La réorganisation de l'offre de soins par une modification de son financement n'est pas innocente. Nous sommes bien dans un contexte de volonté de maîtrise des coûts par l'efficience de la prise en charge. Le lit d'hospitalisation est identifié comme une ressource précieuse et de sa bonne gestion dépend la bonne santé de l'établissement. L'hospitalisation coûte cher, trop cher. En 2009, les soins hospitaliers sont à l'origine de près de la moitié de la consommation en santé (44,4 %)[132]. Par exemple, dans le CHU du terrain d'enquête, une journée en chirurgie spécialisée coûte environ 1800 euros et une journée en médecine 1500 euros. Utiliser ces lits de façon inadaptée est très coûteux. Selon une enquête menée sur l'évaluation de l'inadéquation hospitalière, « au niveau national, 10,3% des lits de médecine et chirurgie sont occupés de manière inadéquate un jour donné. Cette proportion est plus élevée pour les lits de médecine (17,5%) que de chirurgie (5%). »[133]

Les raisons de ces inadéquations de séjours en médecines concernent la demande expresse du médecin de ville, l'attente d'un élément diagnostique, le retour à domicile transitoirement impossible, la décision du patient ou de son entourage. Les taux d'inadéquation augmentent avec l'importance des troubles cognitifs et la perte de l'autonomie.

Cette étude n'a pas retenu comme critère les hospitalisations qui font l'objet d'une mauvaise orientation au sein de l'établissement. Au CHU qui a servi de terrain d'enquête, de nombreuses personnes sont hospitalisées dans des secteurs inadaptés, particulièrement les plus de 75 ans. Ces inadaptations créent des parcours de soins totalement ubuesques et rallongent la durée moyenne de séjour. Pourtant elles ne sont pas suivies en routine et ne font l'objet d'une traçabilité à partir des urgences que depuis avril 2011. Ces inadéquations représentent un enjeu économique. « D'un point de vue financier, les répercussions sont également lourdes, notamment en termes d'augmentation du coût global de la prise en charge. Le recours très fréquent des personnes âgées aux urgences hospitalières et leur aiguillage parfois défaillant dans les services de spécialités représentent alors un double problème d'efficacité et d'efficience. »[134] Les médecins urgentistes et les gériatres sont désignés comme responsables de ce mauvais adressage par leurs pairs des autres services. Or, c'est

[132] www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/Hopital/Depenses.htm
[133] Ministère de la santé et des sports, enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières
[134] V.GIMBERT et C.GODOT rapport *Vivre ensemble plus longtemps,* 2010, publication du Centre d'analyse stratégique

à l'institution et au système hospitalier de s'organiser pour que les lits de l'hôpital soient utilisés à bon escient. Pour un des gériatres du terrain d'enquête la bonne organisation de la gestion des personnes âgées à l'hôpital permettra de bien gérer le reste de l'hôpital.[135] De la même manière, mieux on organisera le système de soins extra hospitalier mieux on pourra rendre à l'hôpital sa vraie mission.

A l'intérieur d'un établissement, le parcours de soins doit être pensé et organisé. Il doit inclure la population des personnes âgées polypathologiques. «L'organisation hospitalière doit s'adapter à cette population. Le nombre croissant de personnes âgées fragiles et leur spécificité vont entraîner des changements de comportement au sein des hôpitaux qui ne peuvent faire l'économie d'une réflexion à ce niveau. »[136] Les enjeux sont à la fois en terme de qualité des soins aux personnes fragiles et également en terme économiques d'utilisation pensée des ressources au regard des besoins.

2.2.4.2 Placement des malades

Pour un observateur extérieur, les règles d'hospitalisation d'un patient à partir des urgences sont pour le moins opaques. Les lits d'un service sont sous une double autorité : une autorité médicale et une autorité administrative. L'admission d'un patient sur un lit vacant, adapté ou non à sa ou ses pathologies se fait après présentation par le médecin urgentiste au médecin responsable de l'unité de soin dans laquelle il veut hospitaliser le patient. Le premier médecin « présente » le patient en faisant la synthèse des antécédents et traitements, du ou des problèmes du jour, des résultats biologiques et/ou radiologiques déjà obtenus et de tous les éléments nécessaires à sa prise en charge (état physiologique, psychique, degré d'autonomie, mode de vie, etc.).

L'utilisation d'un lit hospitalier est le résultat d'une entente préalable entre le médecin urgentiste et le médecin responsable de l'unité de soin qui accueillera le patient. Le médecin responsable d'unité a toute liberté pour « refuser » un patient. Les motifs de refus sont variés, parfois obscurs.[137] Concernant les personnes âgées, le principal motif de refus que nous avons pu observer lors de notre pratique est la lourdeur des soins des patients et l'orientation jugée inadéquate. En effet, les prises en charge ambulatoires sont opérantes pour gérer les états chroniques et les patients qui nécessitent une hospitalisation sont vraiment malades ou ont des antécédents importants, ce qui entraîne une augmentation de la charge en soins pour les unités de soins[138]. Si plusieurs malades « lourds » sont présents dans l'unité, les services sont en difficultés pour absorber cette charge,

[135] Entretien N°1

[136] Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005

[137] N. DODIER , A. CAMUS *L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital.* In: Annales. Histoire, Sciences Sociales. 52e année, N. 4, 1997. pp. 733-763.

[138] Entretien N° 16

surtout lors de périodes critiques (vacances, week-end, nuit...). Ainsi, le seul moyen utilisé par les médecins des unités de soins pour réguler la lourdeur des soins dans leur service ou l'orientation inadéquate est de refuser le patient présenté.

Mais le lit d'hospitalisation est avant tout sous l'autorité administrative du Directeur d'établissement. Ainsi, malgré un refus par le médecin responsable de l'unité, le patient peut être « imposé » par un Directeur. Au CHU qui a servi de terrain d'enquête les patients peuvent même être imposés dans les couloirs d'une unité en cas d'absence totale de disponibilité de lit.

Cette gestion des lits se fait en général par les cadres des urgences, ce qui renforce l'idée que c'est de la responsabilité des urgences quand les hospitalisations sont inadéquates ou les patients imposés.[139] Cette organisation archaïque et obsolète basée sur la bonne volonté et l'honnêteté des uns et des autres, fait l'objet de réflexion dans beaucoup d'établissements de soins pour tenter de gérer au mieux la ressource principale de l'hôpital : ses lits. En effet la « non gestion » de la ressource « lits disponibles et utilisables » n'est pas compatible avec les exigences de performance actuelles. Ni les tutelles, ni le public, ni les professionnels ne peuvent accepter de faire perdurer un système totalement opaque et inopérant.

Au CHU enquêté, une expérience de « bed manager », confiant à une équipe externe des urgences le recensement des lits et l'organisation de l'activité programmée et non-programmée (en provenance des urgences ou pas) sera menée en septembre 2012. Cette expérience est une tentative de réponse à un problème quotidien : faire correspondre les différentes demandes d'hospitalisation à une offre de lits d'hospitalisation. Au-delà de la réponse pratique, elle signifie également que puisque les lits d'un hôpital sont une ressource pour lui, ils doivent être gérés non pas par les médecins des services et leurs cadres mais par des représentants de l'institution. **C'est une véritable révolution culturelle qui s'annonce qui pourrait faciliter et prioriser l'accès aux lits d'hospitalisation et ainsi permettre aux plus fragiles de sortir plus rapidement des urgences.**

2.2.4.3 Aval des services

Dans les établissements qui les ont mis en place, les « bed managers » ont également pour mission de repérer et de confier à l'équipe d'assistante sociale les «bed blockers», c'est-à-dire les personnes qui sont dans les lits d'hôpitaux mais ne devraient plus y être. En effet, les services rencontrent eux aussi des problèmes d'aval. Les délais d'obtention d'une place en SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) sont trop longs. Une fois que le problème médical est réglé ou stabilisé, le retour de

[139] Ibid

la personne âgée chez elle dépend d'une place en SSR.[140] Les SSR ont eux aussi des problèmes d'aval, 50% des personnes soignées y sont de manière inadaptée car il existe une incapacité à faire collaborer des intervenants fragmentés et cloisonnés.[141]
Dans le territoire du terrain d'enquête, l'utilisation de l'outil informatique « trajectoire » a amélioré la rapidité d'accès à un lit de SSR, mais l'insuffisance de l'offre complique sérieusement la fluidité des parcours, notamment pour les personnes les plus lourdes en soins.

Ce que nous pouvons affirmer à ce stade de la recherche c'est que tant en amont, qu'au cœur même de l'hôpital et qu'en aval, le système de soins actuel est inadapté à la population des personnes âgées polypathologiques et des fragiles.

« Ainsi, les défaillances de la structuration de l'offre de soins, à la fois en amont et en aval de l'hôpital, expliquent en grande partie pourquoi l'hôpital et son service des urgences tiennent lieu d'institution « en dernier recours » en termes d'accessibilité, en tout premier lieu, à des soins médicaux, mais aussi, plus largement, à une structure d'accueil physique et à des moyens humains disponibles. » [142]
Néanmoins, comme nous l'avons déjà évoqué, des réorganisations s'amorcent, des réflexions s'engagent et de nombreux acteurs s'activent pour combler les manques et remettre du sens dans les soins aux personnes âgées.

2.3 L'articulation du sanitaire et du médico-social : les inter-filières gérontologiques

La gérontologie s'évertue à faire reconnaître sa vision de la prise en charge de la personne âgée : une prise en charge globale accompagnant une personne qui suit son parcours de vie auquel il va parfois falloir adapter un parcours de soins. C'est pour permettre cette prise en charge que les inter-filières ont été créées.

[140] Entretien N° 16
[141] Entretien N° 9
[142] V.GIMBERT et C.GODOT rapport *Vivre ensemble plus longtemps,* 2010, publication du Centre d'analyse stratégique

2.3.1 Le décloisonnement et dé-fractionnement : enjeux des filières gérontologiques

2.3.1.1 Un modèle récent en cours de construction

Malgré un vieillissement annoncé depuis longtemps, l'organisation sanitaire et médico-sociale commence à peine à s'organiser. Comme nous l'avons vu, « bien vieillir » est la condition sine qua non pour vieillir chez soi, souhait de 90% des personnes âgées de plus de 60 ans. « Vivre chez soi est donc une liberté revendiquée massivement par les Aînés. »[143] Au-delà de cette liberté, la circulaire du mars 2007 relative à la filière de soin gériatrique inscrit le choix de rester chez soi comme un droit de la personne âgée. Pour pouvoir respecter ce choix et le rendre possible il convient d'identifier, de formaliser et d'articuler un réseau gérontologique. C'est la réponse préconisée par les ARS pour répondre au vieillissement de la population et permettre que chacun puisse vivre chez soi le plus longtemps possible.

Depuis 2 ans, dans la région du terrain d'enquête, l'ARS travaille sur la constitution de « filières gérontologiques » permettant d'inscrire chaque personne en perte d'autonomie dans une filière de prise en charge. A ce jour, 36 filières sont définies sur la région (4 dans le département) et 29 sont installées. Pour le Directeur autonomie et dépendance de l'ARS ces filières se définissent comme étant un «réseau d'acteurs sur un territoire d'action.»[144] Ces acteurs définissent entre eux les règles de fonctionnement et s'engagent à travailler ensemble.

Pour ce qui concerne la ville du terrain d'enquête, la finalisation de la filière est en cours. Elle porte le nom d'inter filière gériatrique et gérontologique (l'IF2G) et ses travaux sont prometteurs.

Pour autant, les cultures professionnelles des acteurs sont très différentes et le premier travail de l'inter filière a été de faire prendre conscience à chacun de l'importance de l'autre et de l'intérêt commun d'une coopération.[145] En effet, toute la difficulté est de faire converger les nombreux acteurs vers une meilleure coordination et identifier et combler les manques. Chacun est d'accord pour avancer mais avec ses idées, sa culture, ses intérêts.

L'IF2G est co-pilotée par un responsable du Conseil Général qui représente les acteurs médico-sociaux (structures d'accueil et médecine de ville) et par un gériatre du site sanitaire de référence (le CHU du terrain d'enquête)[146]. Les groupes de travail sont à l'œuvre au sein de cette filière qui tentent de formaliser un réseau existant, très riche sur ce territoire. En effet, le réseau gérontologique du terrain d'enquête est un réseau pionnier dans la prise en charge des personnes

[143] A. FRANCO, Rapport de la mission « vivre chez soi » ministère du travail et de la santé publique, juin 2010
[144] Entretien N° 4
[145] Entretien N° 8
[146] Entretiens N° 4, 8, 9 et 16

âgées.[147] Le tissu associatif y est particulièrement bien représenté et actif. La ville du terrain d'enquête est très organisée sur le plan médico-social. Les structures sanitaires existent et sont également engagées depuis longtemps dans la prise en charge des personnes âgées. Il y a cependant du travail de lien à poursuivre et la coordination de l'ensemble est primordiale afin qu'il n'y ait ni doublon ni manque et que l'ensemble soit pérenne.

Dans ce réseau, les services d'accueil des urgences ont une place parce qu'ils vont être sollicités pour toute crise sanitaire aiguë : chute, décompensation aiguë d'une maladie chronique, confusion aiguë, etc. Cependant de l'avis de tous, les services d'accueil des urgences ne devraient être sollicités que pour les vraies urgences sanitaires, pas pour les urgences sociales ou médico-sociales.[148] **Comme nous avons pu le démontrer, c'est loin d'être le cas et les différentes personnes rencontrées lors de l'enquête et qui participent de près ou de loin à l'inter filière en sont bien conscientes.** Une grande partie des travaux de l'inter filière œuvre pour construire une réponse sanitaire et sociale autour des personnes âgées en perte d'autonomie et créer des circuits adaptés aux problèmes sanitaires et sociaux pour éviter autant que faire se peut le passage aux urgences. Les inter-filières s'inscrivent dans le schéma régional de santé.[149]

2.3.1.2 Les axes de travail

L'objectif de l'inter filière est d'inventer d'autres solutions de prise en charge car l'hôpital à lui seul ne peut pas résoudre le problème du vieillissement.[150] Le premier travail, et non des moindres, de l'inter-filière, a été de créer un climat de confiance et une estime réciproque entre l'hôpital et le secteur médico-social. Les rencontres et les mises en commun des connaissances et des savoirs-faire de chacun ont fait sortir le CHU du terrain d'enquête de son hospitalo-centrisme mais il en va de même pour chacun des acteurs. Connaissance et reconnaissance est un préalable nécessaire à tout travail en réseau, mais cela ne se fait pas sans effort. Travailler en partenariat est une compétence qui s'apprend, s'entretient et se valorise. Respect, complémentarité sont les maître mots du travail de l'inter filière. Évidemment, derrière les mots il faut des actions concrètes qui permettent d'imaginer des modes de réponse (accueil temporaire en EHPAD, garde de nuit ou de week-end par des services d'aide à domicile) autres que l'adressage aux urgences par défaut d'une autre offre disponible.

Pour ce qui nous a été donné de voir, les travaux de l'inter filière sont tellement récents qu'aucun

[147] Entretien N° 16
[148] Entretien N° 4
[149] Ibid.
[150] Ibid.

n'est totalement finalisé et formalisé. Les groupes de travail ont commencé à produire au cours de l'année 2012, mais la connaissance des problématiques par les acteurs rencontrés est pertinente et la volonté est forte de trouver des moyens d'améliorer les processus de prise en charge. Cependant les enjeux de pouvoir sont également forts. Coopérer et collaborer nécessite de faire une place à l'autre et à son appréhension du problème et surtout de respecter les décisions prises.

Connaissance mutuelle et partage d'information :

Un groupe de l'IF2G[151] travaille sur la mise en place d'un annuaire partagé sanitaire et médico-social, car la connaissance réciproque des acteurs du réseau passe par des outils performants. A l'heure actuelle il existe différents annuaires, certains datent d'il y a 20 ans mais servent encore. Pour mieux se connaître et améliorer la connaissance réciproque (qui fait quoi, où, pour qui), il faut créer un outil moderne. Le besoin de connaître les différents acteurs apparaît effectivement dans les entretiens.[152] Le manque de connaissances sur les besoins, les ressources, les modalités de contact est un frein à la bonne prise en charge. Bien sûr, un outil à lui seul ne résout rien mais l'absence d'outil peut compliquer le travail des différents intervenants et freiner les décisions. Pour un des co-pilotes de l'IF2G, ce sont des réflexions qui ont pour vocation de faire faire des économies à l'hôpital car les lits ne doivent pas être occupés par des patients qui ne relèvent pas ou plus d'une hospitalisation. Mais les plus grands gagnants doivent être les personnes âgées et c'est cette idée qui fédère tous les intervenants.

Continuité des soins :

La connaissance des dossiers et de tous les éléments nécessaires est la clef de la réussite et de la pertinence des décisions.[153] Le partage des informations est un des éléments indispensables à la continuité des soins afin de faire face à la complexité des situations des personnes âgées. C'est pourquoi, un autre groupe de travail réfléchit à la mise en place d'un dossier médical partagé informatisé ayant un pendant sanitaire et un pendant social (mise en place du logiciel Visage). La problématique du partage des informations est un « serpent de mer » vieux de plus de 20 ans.[154] Jusqu'à présent les obstacles n'ont pas pu être vaincus. Les progrès techniques et les travaux de l'inter filière vont probablement faire aboutir le dossier commun informatisé dans le dernier trimestre 2012. D'autres outils existent et ont montré leur efficacité comme la carte Mémo CLIC qui est connue et citée dans les entretiens.

La continuité des soins passe aussi par l'accès à des accueils temporaires en EHPAD afin d'éviter

[151] Entretien N° 8
[152] Entretiens N°18 et 20
[153] Entretiens N° 2, 3, 8 , 10, 11, 18 et 20
[154] Entretiens N° 2, 3 et 8

des hospitalisations le week-end. Les deux EHPAD rencontrés sont dotés de lits d'accueil temporaire, mais ils sont insuffisants pour répondre à la demande. Ces accueils temporaires ne sont pas simples à mettre en place car ils soulèvent des questions d'organisation, de financement et/ou même de missions.

La problématique de la psychiatrie du sujet âgé et du vieillissement des patients atteints de maladies mentales est aussi l'objet d'étude d'un groupe de travail. Ce sont effectivement des patients qui arrivent aussi aux urgences et qui cristallisent les conflits entre spécialistes.

Régulation et alternatives à l'hospitalisation :

La régulation des cas avant leur arrivée aux urgences et les alternatives à l'hospitalisation sont des thèmes qui sont cités comme des besoins par les soignants des urgences et les acteurs de la permanence des soins[155] et font l'objet d'un projet de mise en place d'une astreinte téléphonique gériatrique. À partir de cette astreinte et sur le modèle de l'expérience des MAIA et de ses gestionnaires de cas auprès de malades atteints de la maladie d'Alzheimer, un groupe de travail tente d'organiser une réponse spécifique aux cas les plus complexes afin de leur éviter à tout prix un passage aux urgences.[156] L'arrivée aux urgences est un échec de la régulation pré-hospitalière. L'objectif annoncé est de tenter de diminuer de 10% le passage aux urgences des situations complexes par une régulation téléphonique gériatrique.[157]

Les exemples de «chantiers en cours» cités dans ce chapitre montrent à quel point la recomposition de l'offre de soins et de santé est une problématique d'actualité pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dans leur parcours de vie. Les inter-filières tentent de décloisonner l'offre de soins existante pour la rendre également moins fractionnée.

Projet « autonom@dom » et place des nouvelles technologies

Le projet phare du Conseil Général du terrain d'enquête qui fait converger tous ces axes de travail est le projet « autonom@dom »[158]. Afin d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'éviter les hospitalisations inutiles, ce projet consiste à mettre en place une plate-forme unique accessible par un numéro d'appel 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. À partir de cette plate-forme et grâce à un dossier médico-social partagé, la personne demandeuse aura accès soit au service médical, soit au service médico-social, soit aux services d'urgences. Ces services seront à même de répondre à une demande de suivi médical en cas d'absence du médecin traitant,

[155] Entretien N° 7
[156] Entretiens N° 8, 9 et 16
[157] Entretiens N° 4, 8 et 16
[158] Entretien N° 9 et le mensuel du conseil général du département de l'enquête N°127 de mai 2012

d'intervention ponctuelle en cas d'urgence réelle ou de mise en place de soins et de services permettant le maintien à domicile. La place de la technologie de pointe est prépondérante avec le développement de systèmes permettant de rester en relation avec ses proches, de surveiller la santé à distance ou encore de stimuler l'autonomie. Ce projet sera expérimenté à partir de 2013 et pendant 2 ans avec un public de 2000 personnes sur 4 territoires représentatifs avant d'envisager une généralisation à l'ensemble du territoire et à l'ensemble de la population des personnes âgées en perte d'autonomie. L'enjeu est de vérifier que ces services correspondent à un besoin et qu'il est possible de coordonner les interventions des différents acteurs.

2.3.2 La place des urgences dans l'IF2G

2.3.2.1 Limiter autant que possible les recours aux urgences

Beaucoup de ces axes de travail ont comme objectif de fluidifier le parcours de santé et de soins de la personne âgée, et d'éviter au maximum les recours aux urgences et surtout les recours inadaptés. Les services d'urgences sont bien identifiés comme étant le goulot d'étranglement dans lequel les personnes âgées fragiles sont « broyées ». Le travail est en cours pour tenter de limiter autant que possible le recours aux urgences. Ce travail est l'aboutissement d'une prise de conscience, d'une volonté d'améliorer la qualité des soins donnés aux personnes âgées, mais aussi d'un souhait de renvoyer les urgences vers leur mission première et de ne pas poursuivre l'augmentation des moyens humains et matériel de ces services. Après avoir demandé aux services d'urgences de retravailler leur organisation pour augmenter leur efficacité, notamment en améliorant les temps d'attente, la demande est à présent de travailler sur l'efficience de ces services et leur utilisation à bon escient. Pour cela, le travail sur la population des personnes âgées est particulièrement pertinente car :

- leur nombre augmente
- leur passage aux urgences peut être délétère
- leur fréquentation des urgences est anormalement élevée

L'objectif de l'ARS est clair. Il convient de libérer les urgences de ce qui ne relèvent pas de leur mission et de les renforcer notamment sur les publics qui requièrent vraiment leurs services.[159]

Néanmoins, ces travaux ne doivent pas nous faire oublier que les personnes âgées sont des citoyens à part entière qui ont le droit de solliciter les services des urgences. Une bonne partie de ces sollicitations sont totalement justifiées. Par exemple en cas de chute, le recours aux urgences est

[159] Entretiens N° 4 et 9

souvent adapté et le travail sur la prise en charge spécifique des « chuteurs » aux urgences doit permettre de coordonner de façon cohérente le parcours de soins qui va suivre la chute.[160] Pour autant les chutes chez les personnes âgées ont une incidence très élevée. Même si toutes les chutes ne nécessitent pas un recours aux urgences, le parcours de soins après une chute peut être rendu opérant ou pas à partir des urgences. La chute est une pathologie qui peut apparaître bénigne mais qui peut avoir plusieurs origines (médicamenteuse, cardiaque, neurologique ou mécanique...) et des conséquences graves (fractures, douleur, limitation de la mobilité, isolement....). C'est un moment particulier où le risque fonctionnel est très important, donc le risque d'entrée dans la dépendance est aussi très important.[161] Ne pas inclure les urgences dans ce parcours de soins risquerait de provoquer un effet pervers qui exclurait les personnes âgées des urgences pour des recours appropriés, ce qui n'est évidemment pas souhaitable. Dans la prise en charge des personnes âgées les urgences ont un rôle à jouer. D'ailleurs les soignants des urgences et des EHPAD ne s'y trompent pas. Même s'ils reconnaissent que parfois les recours sont abusifs, ils considèrent tous que les personnes âgées, même les plus fragiles, ont leur place aux urgences pour des problèmes de santé « urgents ».[162]

Inclure les urgentistes dans la réflexion et travailler avec eux pour optimiser tous les parcours de soins incluant des personnes fragiles nous paraît être un gage de qualité et d'équité afin de n'exclure personne d'une prise en charge rapide, efficace et appropriée aux services d'urgences.

2.3.2.2 Une mission de service public pour les urgences : repérer, signaler et participer à la connaissance

Face à la complexité de la prise en charge d'une personne âgée fragile, les services d'accueil des urgences sont vécus et se vivent aussi parfois comme les « mauvais objets ».[163] Pour les avoir côtoyés durant 5 ans et ayant partagé avec eux la culpabilité de la « maltraitance » infligée aux personnes âgées, nous savons que les acteurs de ces services ont des valeurs de soins et veulent aller dans le même sens que les acteurs de l'IF2G : offrir des prestations de qualité, prendre soin des personnes âgées comme elles le méritent, même aux urgences. Les « coups de gueule » dans la presse ou les faits divers se font l'écho de ces urgentistes qui refusent cette position de maltraitant.[164]

---

[160] Entretien N° 9
[161] Entretien N° 1
[162] Entretiens N° 5, 6, 7, 12, 13, 14, 17, 18, 19 et 20
[163] Entretiens N° 5, 6 et 7
[164] Prise de position de Philippe VIGOUROUX DG de Nancy, les chefs des urgences d'Île de France dans le journal Libération en 2001

Maillon faible du parcours de soins des personnes âgées, les urgences veulent trouver une place active dans l'amélioration de ce parcours.

Au CHU qui a servi de terrain d'enquête, les cadres des urgences signalent systématiquement comme un événement indésirable toute personne restant hospitalisée plus de 24 heures aux urgences, quelle que soit la zone de soins. Ces « stagnations » aux urgences concernent majoritairement les personnes de plus de 75 ans, tous secteurs confondus. L'objectif de ces signalements indésirables est de rendre visible, par des moyens simples et institutionnels, les difficultés d'hospitalisation des personnes âgées. Même si le problème est connu, il faut aux dirigeants des institutions hospitalières des données locales pour adapter leurs réponses.

Le travail de collaboration avec les gériatres est également amorcé puisque l'équipe mobile est présente quotidiennement sur un des secteurs (l'UHCD). Les patients nécessitant un avis gériatrique sont souvent hospitalisés à l'UHCD, mais ils ne peuvent l'être systématiquement pour des questions de place et aussi des questions de mission des UHCD. Sur le plan médical, des travaux autour de la iatrogénie médicamenteuse et de la chute du sujet âgé ont déjà permis d'améliorer les circuits et les prises en charge.

Un travail de repérage, de signalement, de recueil de données est en train d'être confié à ce service concernant les personnes âgées, comme il existe déjà concernant un certain nombre de veilles sanitaires (épidémie de grippe, canicule). Cette nouvelle mission est bien connue des médecins qui ont un apprentissage de la recherche. Elle est nouvelle pour ce qui concerne les paramédicaux.

Malheureusement, le travail de repérage et le signalement n'est pas toujours compatible avec la rapidité. Pourtant aux urgences il faut aller vite. C'est une injonction des tutelles qui mesurent la qualité à l'aide de la mesure du temps de passage et un souhait des usagers (résultats des enquêtes de satisfaction). Des outils simples permettant de mesurer et de repérer les situations à risques sont soit à inventer s'il n'existent pas soit à faire connaître et à diffuser s'ils existent. Dans le CHU du terrain d'enquête, mais également dans beaucoup d'autres services d'urgences, la collaboration gériatres/urgentistes est à développer et ensuite à formaliser pour la rendre pérenne, tant sur le plan médical que sur le plan paramédical. Dans l'optique d'un partenariat et d'une reconnaissance de leur travail, les acteurs des urgences sont prêts à investir ces missions de repérage et de signalement.

2.4 Quels défis l'augmentation de la population des personnes âgées posent-elles aux urgences ?

Malgré le vieillissement de la population annoncé de longue date, le système de santé ne s'est pas encore totalement adapté à la modification de la population. A l'interface entre la ville et le reste de

l'hôpital, les services d'urgences sont les lieux où les incohérences et les insuffisances du système se révèlent.

2.4.1 A public spécifique réponse spécifique : propositions pour les services d'urgences

En attendant que les évolutions se fassent, les urgences vont aussi devoir inventer des solutions pour humaniser les soins aux personnes âgées. Quelles que soient ces évolutions et le temps qu'elles prennent pour se mettre en place, il y aura toujours des personnes âgées aux urgences de façon adaptée ou pas.

2.4.1.1 Repérage de la fragilité

Pour pouvoir donner une réponse adaptée, encore faut-il connaître les besoins spécifiques de la population que l'on soigne. Les infirmiers et aides-soignants ont un diplôme généraliste. Les compétences qu'ils développent sont en lien avec le secteur dans lequel ils travaillent. Dans les urgences du terrain d'enquête, nous savons par expérience que les demandes de formation des personnels des urgences sont orientées soit vers la prise en charge de l'urgence vitale ou des situations à risque, soit vers l'acquisition de nouvelles techniques. Leur formation de base leur paraît suffisante pour leur faire repérer les besoins en soins des personnes âgées. Les soignants des urgences du terrain d'enquête décrivent les besoins de la personne âgée avec justesse et précision : plus d'attention, plus de soins, plus de temps pour les écouter.[165] Mais ils disent aussi qu'ils ne peuvent pas faire les soins correspondant à ces besoins car ils manquent de temps, de matériel et de locaux et qu'ils ne sont pas là pour ça.[166] Comme les personnes âgées ont des besoins spécifiques il faudrait des lieux spécifiques. Pour les soignants des urgences, la prise en charge de la dépendance, plus que la prise en charge de la personne âgée pose problème aux urgences.[167] Cependant, ils associent massivement les personnes âgées à la dépendance. Le mot « dépendance » est associé à « personne âgée » pour 3 sur 4 d'entre eux[168]. L'image de la personne âgée reste associée à une image de dépendance, de polypathologies et de polymédicalisation. Le mot fragilité n'est pas cité dans les entretiens des soignants des urgences mais les patients qui leur posent un problème sont, dans la description des situations, des patients fragiles. Les problèmes sont renforcés quand ils ont le sentiment que le recours aux urgences est inadapté.

[165] Entretiens N° 5, 7, 6
[166] Entretien N°1
[167] Entretien N° 17
[168] Entretiens N° 5, 7 et 17

Néanmoins ces soignants ne sont pas demandeurs de formation particulière. Pour eux la solution est dans un recours plus pertinent, une hospitalisation rapide si besoin ou un retour rapide à domicile. Les soins à donner aux personnes âgées fragiles ou dépendantes ne semblent pas être des soins prioritaires aux urgences et ne leur paraissent pas réalisables pour toutes les personnes âgées. Dans les urgences du terrain d'enquête, il n'existe pas de protocole de soins spécifiques pour les fragiles car ceux-ci ne sont pas distingués des autres personnes âgées. Faire une prise en charge spécifique pour les sujets âgés n'est pensable qu'ailleurs puisque cette idée est associée à l'ensemble des personnes âgées du service. L'ampleur de la tâche renvoie les soignants à leur impuissance et à leur frustration : ils tentent donc de déplacer le problème dans un autre lieu.

Repérer la fragilité chez le sujet âgé aux urgences, dès la prise en charge et mettre en place un protocole de soins infirmiers spécifiques pour ces personnes plutôt que pour toutes les personnes de plus de 75 ans rendrait la tâche beaucoup plus faisable. Ne pas vouloir stigmatiser la vieillesse est louable mais il s'agit ici d'identifier un besoin de soins particuliers et pas d'une stigmatisation.

Les urgences du terrain d'enquête font partie du RENAU, un réseau regroupant plusieurs services d'urgences. Des travaux ont déjà abouti concernant les personnes âgées au sein de ce réseau notamment un protocole de prise en charge des chutes. **Un travail sur la prise en charge des fragiles par les équipes médicales et paramédicales devrait être proposé au sein de ce réseau afin de construire des outils et de proposer des protocoles de soins.**

2.4.1.2 La fragilité est une urgence

Pour une personne âgée fragile, la vie est une urgence. « La vieillesse est toujours symbole et nous appelle toujours à une référence de lenteur, alors que c'est une vie qui est toujours dans l'urgence parce qu'on sait pas si dans une heure on sera encore vivant... Toute demande d'une personne âgée est une urgence. »[169] Pour le sujet fragile, les risques encourus dans un service d'urgences ne sont pas acceptables même si la personne est âgée, parce qu'il n'est pas acceptable qu'un état de santé s'altère dans un lieu de soins du fait des soins ou de l'organisation. En tous les cas il n'est pas acceptable de ne pas identifier cette détérioration si cela se présente et de ne pas tenter de la résoudre. **La fragilité du sujet âgé rend urgente la prise en charge quel que soit le motif de recours au moins pour ce qui concerne les soins infirmiers.**

Concernant les urgences du terrain d'enquête, l'accueil, les délais de prise en charge, les temps d'attente et les délais de sortie sont à réfléchir de manière spécifique pour les fragiles. Mais le travail ne s'arrête pas là. Les locaux sont totalement à revoir pour offrir plus de confort, d'intimité,

[169] Entretien N° 15

de respect d'hygiène et d'ergonomie. Les soignants pourront imaginer tous les protocoles de soins possibles, encore faudra-t-il qu'ils soient réalisables dans les lieux où ils travaillent. Les soins, les organisations mais aussi les locaux peuvent être délétères.

Parce qu'un passage aux urgences pour une personne âgée conduit souvent à l'hospitalisation et que l'hospitalisation conduit à « l'hospicialisation »[170], les crises sanitaires des personnes âgées fragiles doivent être, plus que chez toute autre personne, anticipées. Les urgences ne pourront jamais accueillir parfaitement tout le monde, tout le temps. Les pics d'activité sont difficilement évitables. **En amont de l'adressage aux urgences, la prise en compte du bénéfice/risque d'une hospitalisation doit être réfléchie. Le lien avec les aidants ou les soignants des structures est à développer et à maintenir. Connaître les possibilités et les limites de chacun des intervenants du parcours de soins sera sans doute favorisé par l'utilisation d'outils communs.[171] Mais les outils sont au service des hommes et ne remplaceront jamais la bonne volonté, le respect et le désir d'être partenaire.**

2.4.1.3 Soigner autrement : faire des soins ou prendre soin

A plusieurs reprises dans les entretiens, la création d'urgences gériatriques est évoquée.[172] Pour les soignants qui travaillent aux urgences et les acteurs de la permanence des soins, il pourrait exister des urgences gériatriques comme il existe des urgences pédiatriques. Pourtant les gériatres ne sont pas partisans de l'ouverture de ces urgences qu'ils jugent par trop ségrégationnistes. Pour eux, prendre soin de la vieillesse n'est pas que la mission des gériatres, c'est la mission de tous les soignants. Dans un univers déjà très morcelé et fragmenté, la pertinence de rajouter encore une spécialité peut effectivement être contestable. Par contre, insuffler les valeurs du prendre soin dans les services existants nous paraît être une réponse plus adaptée. Le Directeur de l'EHPAD évoque ce déficit du « care » dans le système de soin français : « on a de plus en plus l'ambition de soigner mais pas de prendre soin. »[173] « Cure » et « care », deux termes qui veulent dire soigner en anglais mais font référence à deux manières différentes de le faire. En France, cette différence est formulée dans les termes de « faire des soins » pour le « cure » et « prendre soin » pour le « care ». Très enseigné dans la formation infirmière et para médicale le prendre soin est un concept de prise en charge globale. Dans les services d'urgences, l'ensemble de la prise en charge se concentre sur le « cure ». Promouvoir, valoriser et développer le « care », le « prendre soin » dans les services

[170] Entretiens N° 12 et 13
[171] Entretiens N° 18 et 20
[172] Entretiens N° 2, 3, 5 et 7
[173] Entretien N° 15

d'urgences est un levier à la portée de chaque acteur des urgences dans son exercice quotidien. La reconnaissance de ce concept comme préalable à une bonne prise en charge est à mettre en œuvre avant de songer à mesurer le temps de passage. **Plutôt que de créer des urgences gériatriques, nous pensons que réfléchir en équipe sur le sens donné aux soins pour chaque population accueillie aux urgences peut être plus efficace pour améliorer la qualité des prises en charge.**

2.4.1.4 Soigner ailleurs

La violence faite aux personnes âgées par les conditions d'accueil et par les soins dans les services d'urgences est une réalité qui apparaît à la fois dans les discours de tous les acteurs qui vivent au quotidien la prise en charge des personnes âgées[174] et dans la littérature[175], particulièrement dans les zones de soins aigus des urgences. Pour limiter les temps d'attente trop importants sur des brancards, les UHCD sont souvent utilisées comme « service tampon ». Au CHU du terrain d'enquête, l'UHCD est souvent le premier lieu d'hospitalisation pour les personnes âgées, à tel point qu'une visite quotidienne de l'UMG est organisée. Sur 1770 personnes de plus de 75 ans hospitalisées à l'UHCD en 2011, 422 ont reçu un avis gériatrique, soit environ 24%. On assiste donc à un déplacement de la fonction de l'UHCD qui se transforme en unité de gériatrie aiguë post-urgence. En effet, la création d'unités de post-urgence gériatriques est une solution proposée dans les entretiens[176] et choisie par d'autres hôpitaux. Ces unités permettent de prendre les quelques jours nécessaires pour faire le point sur une situation gériatrique, ce que les quelques heures d'un passage aux urgences ne permettent pas toujours. Les unités de courts séjours gériatriques actuelles diffèrent des unités de post-urgence par leurs missions, leur mode d'admission et leur durée de séjour. L'idéal serait de faire gérer ces services de post-urgence par les urgentistes, ce qui éviterait les négociations multiples qui sont une des causes principales de la « stagnation » dans les unités aiguës des urgences.

La création d'unités de post-urgences gériatriques est un facteur clé d'amélioration de la prise en charge des patients âgés, mais c'est une réponse qui fragmenterait encore l'offre de soins sans réinterroger en profondeur l'ensemble du système hospitalier.

---

[174] Entretien N°16

[175] De nombreux articles font état de faits divers et on peut citer un ouvrage « *On tue les vieux* » de C. FERNANDEZ, D. PREDALI, T. PONS, Pr J. SOUBEYRAND paru en octobre 2006 qui fait état de maltraitance institutionnelle dans les lieux de soins et notamment aux urgences.

[176] Entretiens N° 3, 16

2.4.1.5 Éthique du soin

Se contenter d'être dans le « cure », sans penser le « care », conduit, dans la prise en charge des personnes âgées, à une forme de maltraitance. Les personnes âgées fragiles sont trop souvent conduites aux urgences sans se préoccuper peu ou prou du bénéfice ou du risque encouru, sans se poser de questions sur les violences qui peuvent en découler. L'hospitalo-centrisme et son hyper-technicité ont donné une place prépondérante au « cure ». Nous pouvons y voir une volonté de soigner à tout prix et de n'exclure personne. Nous pouvons y voir aussi un refus de penser la mort comme une réalité inéluctable. Il existe une telle proximité entre la vieillesse et la mort que nous ne pourrons faire l'économie de penser le sens du soin donné aux personnes âgées.[177] **S'il est louable de vouloir rajouter des années à la vie, il convient également de rajouter de la vie aux années, autrement dit que la qualité de vie soit au rendez-vous. La prise en charge de la grande vieillesse ne nous épargnera pas une réflexion éthique sur le sens de la vie et du soin.**
« Ces questions éthiques ne se posent pas uniquement dans la dimension individuelle de la relation entre le soignant et le malade, elles relèvent de conceptions collectives du vieillissement et du soin aux personnes âgées. Quels sont les justes actes qui donneront de la qualité aux années à vivre de la personne âgée ? Quel juste équilibre trouver entre le cure et le care ? Entre actes techniques et soins de support ? »[178]Certains n'hésitent pas à poser la question : la médicalisation des personnes âgées est-elle un miracle ou une malédiction ?[179]

En moins de quarante ans, notre système de soin est passé d'une sous-médicalisation des personnes âgées et de la vieillesse à une sur-médicalisation.[180] Entre les deux, le « juste soin» reste à trouver. En attendant, il est impératif de bien vieillir, c'est une injonction morale et sociale.[181] Tout le monde s'émerveille face à l'augmentation de l'espérance de vie, mais personne ne souhaite pour soi ressentir les effets du vieillissement. Vieillir est un futur qui se pense, s'anticipe, dont on est responsable. De la même manière qu'il nous faut réussir notre vie, professionnelle, familiale, amicale, personnelle, amoureuse, sexuelle, nous avons aussi l'injonction de réussir notre vieillesse. Vieillir n'est plus seulement un processus normal dû au temps. La vieillesse devient une maladie contre laquelle on peut lutter et la médecine doit nous y aider.

---

[177] A.FOUQUET, J.J.TREGOAT, P.SITRUK, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge, rapport de l'IGAS, mai 2011*
[178] Ibid
[179] A.CAPUANO, *Médicalisation des personnes âgées, miracle ou malédiction*, revue soins gérontologie N°93 janvier/février 2012
[180] http://www.etsilesvieuxvivaientencore.com/cec_journal2.php Progrès biomédical et vieillissement : opportunité ou malédiction ?Le journal du débat n°2 B. TRANCHANT – V. FOURNIER
[181] Ibid

Ainsi, sur le plan éthique deux pensées s'affrontent : la vieillesse à laquelle il faut se résoudre car elle est inéluctable et conduit à la mort et la vieillesse contre laquelle on peut et on doit lutter. Il en découle deux manières de penser les soins donnés aux personnes âgées. La première est centrée sur la personne, son confort de vie et son accompagnement. La deuxième est plus interventionniste et réclame les mêmes soins pour tous sans que ni l'état antérieur, ni la dépendance et encore moins l'âge ne soit un motif de refus de prise en charge.[182] **Ces deux modèles coexistent dans le système des soins et sont à l'origine de contradictions et d'ambivalences perceptibles dans le discours des acteurs.**

[182] Entretien N° 15

Conclusions et propositions

Il existe plusieurs limites à ce travail. Concernant les champs d'étude tout d'abord : les urgences et les personnes âgées sont deux champs extrêmement vastes, ce qui a rendu le travail d'analyse et de synthèse particulièrement complexe. La bonne connaissance du premier champ et les connaissances plus relatives du deuxième ont été un risque permanent de déséquilibre de la recherche. Concernant l'enquête, le nombre d'entretiens possibles pour un travail de master est forcément limité. L'échantillon est divisé en deux populations ce qui a restreint encore les possibilités. Le fait de travailler au quotidien sur le terrain d'enquête a probablement introduit des biais dans les entretiens des personnels des urgences et dans l'appréhension de la problématique. Le fait d'être cadre de santé et de présenter l'entretien comme une enquête pour un master a donné à ces entretiens un enjeu particulier pour les soignants des trois structures : la spontanéité des réponses s'en ressent et sans enlever l'authenticité ni la valeur de ces témoignages, cela représente une limite à cette recherche. Pour les acteurs du réseau, les réponses apportées l'ont été parfois avant la question posée tant ils étaient experts dans le domaine. La place de l'interviewer a été difficile à tenir pour recentrer les propos. L'exploitation des entretiens a de ce fait été également plus difficile.
Enfin, le fait de connaître très bien la structure d'urgences et de participer quotidiennement à son travail a probablement entaché l'objectivité du chercheur novice que nous sommes. Cependant, cela a facilité l'accès à des données statistiques bien difficiles à obtenir en étant étranger à la structure.

Les deux hypothèses formulées au début du travail de la recherche sont biens simples par rapport à la complexité de la problématique. Au terme du travail, on peut dire que la première hypothèse n'est ni affirmée ni infirmée. Le réseau de soins gérontologiques est en construction. Il n'a effectivement pas apporté une réponse à toutes les demandes de soins des personnes âgées et ce ne sera peut-être pas uniquement son rôle. **C'est l'ensemble du système de soins qui doit reconfigurer son offre et l'ensemble des acteurs du système qui doivent s'impliquer dans cette reconfiguration, services d'urgences y compris.**
Pour la deuxième hypothèse, le problème est bien au-delà de la représentation des soignants. Les aides-soignants et infirmiers sont en première ligne et subissent au quotidien toutes les tensions entre le vieillissement de la population et l'organisation du système de santé actuel. Leurs représentations ne sont pas différentes des représentations sociales de leur contemporains. Ils essaient de répondre au mieux à des contradictions qui vont bien au-delà de leur champ d'action. Travailler avec eux et leurs valeurs de soins nous semble être une priorité pour ne pas les épuiser et les contraindre à fuir un hôpital de plus en plus sous tension.

La réalisation de ce mémoire nous a montré l'importance des enjeux et la place de chaque institution dans le système de soins. Dans ce système l'hôpital est important, certes, mais il n'est qu'un maillon dans le parcours de soins des usagers. Pour apporter des réponses à la prise en charge des sujets âges, fragiles aujourd'hui ou demain, les réponses se dessinent sur plusieurs niveaux.

En amont des urgences :

Les filières gérontologiques sont une première réponse d'une révolution en marche : la nécessaire recomposition de l'offre. Très axé sur l'hôpital et ses technologies pointues, notre système de santé doit évoluer sur un modèle plus global et intégré permettant de développer l'amont et l'aval de l'hôpital pour offrir des parcours de santé accessibles, cohérents et efficaces. Ceci est vrai pour l'ensemble des citoyens mais encore plus pour les publics fragiles, dont font partie les personnes âgées. De nouvelles technologies, de nouveaux modes de coopération mais aussi de nouveaux métiers sont à inventer. **L'hôpital ne doit pas voir dans cette reconfiguration une menace mais une opportunité pour se concentrer sur ce qu'il sait faire, même si de toute évidence la recomposition de l'offre entraînera une redistribution des ressources. A l'hôpital de prouver que les ressources qu'il consomme sont utilisées pour donner des soins de qualité à tous.**

Face à une offre de soin de plus en plus morcelée et diversifiée, l'organisation en réseau ne permet de travailler qu'avec l'existant. La coopération et la collaboration ont des limites. Dans le système de soins français, les modèles de structures, de cultures professionnelles, d'idéologies de soins, de représentations de la vieillesse, de soins, de conception de la mort sont tellement nombreux que les tensions sont perceptibles dans le discours de chaque acteur, quel que soit son niveau d'intervention. Ces tensions et contradictions interrogent profondément sur la capacité du système à les dépasser.

Aux urgences :

L'éducation des usagers du système de soins doit être envisagée sérieusement et collectivement. La connaissance des publics accueillis et leur particularité locale doit faire l'objet d'un recueil permanent et les dysfonctionnements dans la prise en charge des malades doivent être portés à la connaissance de l'institution. En attendant, les personnels des urgences doivent réviser également leurs prises en charge. Le fragile est traité sans spécificité : les soins sont dispensés dans des standards de qualité pour les urgences mais de non-qualité pour la prise en charge de sujets fragiles. **Repérer la fragilité pour la considérer comme une urgence et intensifier les soins non médicaux spécifiques pour améliorer la prise en charge sont une priorité pour améliorer rapidement la prise en charge dans les services d'urgences. Une réflexion doit s'engager entre soignants paramédicaux des urgences et des services de personnes âgées afin d'échanger sur les pratiques et améliorer les connaissances sur les contraintes de chacun.**

Enfin, faire des soins le plus vite possible aux urgences doit se transformer en prendre soin le mieux possible, la rapidité de la prise en charge étant un élément du « mieux » mais pas le seul.

En aval :

Chaque usager souhaite quitter les urgences au plus vite. Ce qui est vrai pour chacun d'entre nous l'est encore plus pour les sujets âgés fragiles. Il faut les faire sortir des urgences le plus rapidement possible mais pas n'importe comment. Les UHCD ne sont pas des services de post-urgence gériatriques et ne doivent pas le devenir car elles remplissent une mission spécifique. Les unités de post-urgences gériatriques doivent être créées, surtout dans les CHU qui disposent d'une filière intra-hospitalière à même d'apporter une réelle réponse à la prise en charge sanitaire. Cette filière intra-hospitalière est excellemment bien placée pour travailler au cœur d'un réseau de santé avec les filières extra hospitalières. Les inter-filières sont donc bien des outils qui peuvent permettre de penser des parcours de soins de qualité pour les personnes âgées, jusqu'à la mort.
Une véritable gestion des lits doit être mise en place selon des règles institutionnelles permettant de faire coexister sans concurrence les activités de recours et de proximité, programmées et non-programmées. L'enjeu est important : l'évolution des publics accueillis est telle qu'il convient également de repenser en profondeur la structure hospitalière. La problématique des personnes âgées aux urgences interroge fortement la capacité de l'hôpital et notamment des CHU de s'adapter.

Sur le plan plus général, le travail sur la place de la vieillesse et de la mort dans notre société est à introduire sur la place publique. La dimension éthique de la prise en charge des personnes âgées ne doit pas disparaître dans l'illusion de l'éternité.

Cette recherche est l'aboutissement de cinq années de réflexions autour de l'organisation des soins aux urgences et d'une année d'enseignement de master. Elle a permis de modifier en profondeur une représentation de la vieillesse et des acteurs du système de santé, de comprendre les marges de manœuvre dont on peut disposer en tant que cadre de santé et de trouver de nombreux éléments de réponse à la problématique : « **comment comprendre les difficultés de prise en charge des personnes âgées fragiles aux urgences ? »**

Au cours de ce travail nous avons pu constater qu'autour des personnes âgées nombres de professionnels et de bénévoles s'activent pour leur bien. Toutefois, la parole des personnes âgées elles-mêmes nous semble insuffisamment présente dans les discours et les écrits consultés. Les personnes âgées, et notamment les plus fragiles, sont l'objet de toutes les attentions mais apparaissent peu en tant que sujet. Cette recherche fait naître un intérêt particulier pour leur ressenti

et leur vision du système de soins qu'elles fréquentent : ce qu'elles en pensent, ce qu'elles en perçoivent et la manière dont elles vivent les épisodes de soins qu'elles traversent. Ainsi, notre réflexion nous conduit à formuler une nouvelle problématique qui fera peut-être l'objet d'un travail futur : **Comment les personnes âgées fragiles vivent-elles leur séjour aux urgences ?**

Table des matières

Glossaire....5
Sommaire (table des matières page 77)....7
Introduction....8
1 Aux urgences, les personnes âgées sont-elles des patients comme les autres ? 18
1.1 De la vieillesse au vieillissement de la population 18
1.1.1 La vieillesse : un construit social base sur des représentations....18
1.1.2 Le vieillissement de la population....20
1.1.3 Les besoins de soins dus au vieillissement....22
1.1.3.1 Augmentation des besoins de soins....22
1.1.3.2 La gériatrie ou la médicalisation de la vieillesse....23
1.2 Les urgences entre « mission prescrite » et « mission réelle »....25
1.2.1 La médecine d'urgence : historique, organisation et « mission prescrite »....25
1.2.1.1 Très bref historique....25
1.2.1.2 Organisation....26
1.2.2 « Mission prescrite » des services d'accueil des urgences....27
1.2.3 « Mission réelle » des services d'accueil des urgences 28
1.2.3.1 Soins de premier recours : urgence et immédiateté....28
1.2.3.2 Urgences sociales....29
1.2.3.3 Accès a l'hospitalisation et régulation du non programme....30
1.2.4 Les urgences du terrain d'enquête....31
1.3 Caractéristiques des personnes âgées aux urgences....34
1.3.1 Des passages non adaptes....34
1.3.2 Un temps de séjour aux urgences plus long....35
1.3.2.1 Des bilans plus longs et plus complexes....35
1.3.2.2 L'accès a un lit d'hospitalisation : difficulté signalée par tous les services d'urgences....36
1.4 Comment les urgences organisent leurs réponses aux besoins de santé des personnes âgées? 37
1.4.1 Pas de différence de prise en charge entre « jeunes » et « vieux »....37
1.4.2 La fragilité et la chronicité a l'épreuve de l'urgence....39
1.4.2.1 Reprise de la notion de fragilité....39
1.4.2.2 Risques physiques....40
1.4.2.3 Risques cognitifs et psychiques....41

2 Les réseaux de soins et leurs réponses aux besoins de santé des personnes âgées 43
2.1 Un système de soins inadapté aux besoins des personnes âgées fragiles.....43
2.1.1 Un parcours de soins chaotique.....43
2.1.2 Fragmentation et cloisonnement de l'offre de soins.....44
2.1.2.1 Secteur médicalise : essentiellement libéral.....45
2.1.2.2 Aide a domicile : pluralité des aidants.....45
2.1.2.3 EHPAD : lieux de vie, lieux de soins.....47
2.1.2.4 La fin de vie.....50
2.1.2.5 Pas de prise en charge communautaire 51
2.2 Au cour du système de soins, l'hôpital est également inadapté.....52
2.2.1 Fonctionnement en spécialités médicales.....53
2.2.2 Particularité des CHU.....54
2.2.3 Un mode de financement qui favorise le programme.....55
2.2.4 Gestion des lits : enjeu de l'hôpital de demain.....56
2.2.4.1 Hospitalisations inadéquates.....56
2.2.4.2 Placement des malades.....57
2.2.4.3 Aval des services.....58
2.3 L'articulation du sanitaire et du médico-social : les inter-filières gérontologiques.....59
2.3.1 Le décloisonnement et de-fractionnement : enjeux des filières gérontologiques.....60
2.3.1.1 Un modèle récent en cours de construction.....60
2.3.1.2 Les axes de travail.....61
2.3.2 La place des urgences dans l'IF2G 64
2.3.2.1 Limiter autant que possible les recours aux urgences 64
2.3.2.2 Une mission de service public pour les urgences : repérer, signaler et participer a la connaissance 65
2.4 Quels défis l'augmentation de la population des personnes âgées posent-elles aux urgences ? 66
2.4.1 A public spécifique réponse spécifique : propositions pour les services d'urgences.....67
2.4.1.1 Repérage de la fragilité.....67
2.4.1.2 La fragilité est une urgence.....68
2.4.1.3 Soigner autrement : faire des soins ou prendre soin 69
4.1.5 Éthique du soin.....71
Conclusions et propositions.....73
Bibliographie.....79

Bibliographie

Ouvrages

- BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression,* Paris, éditions la découverte, 2010
- CARADEC Vincent, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, 2ème édition, Armand Colin, 2008
- CARBONNELLE Sylvie (direction), *Penser les vieillesses. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Seli Arslan, 2010.
- CARRICABURU Danièle, MENORET Marie, *Sociologie de la santé, institution, professions et maladies,* Paris, Edition Armand COLIN, 2004
- DRULHE Marcel, SICOT François, *La santé à cœur ouvert, sociologie du bien être de la santé et du soin,* Toulouse, Presse universitaire du Mirail, 2011
- FERNANDEZ Christophe, PREDALI Dominique, PONS Thierry, Pr SOUBEYRAND Jacques, *On tue les vieux,* édition Fayard, octobre 2006
- HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante,* Paris, InterEdition, Masson, 1997
- JAEGER (de) Christophe, *La gérontologie*, 3e éd., Paris, P.U.F. « Que sais-je ? », 2008
- KERVASDOUE (de) Jean, *L'hôpital,* 4e éd., Paris, P.U.F. « Que sais-je ? », août 2011
- MAS Bertrand, PIERRU Frédéric, SMOLSKI Nicole, TORRIELLI Richard, *L'hôpital en réanimation,* Edition du croquant, 2011
- PENEFF Jean, *L'hôpital en urgence,* Paris, éditions Métailié, 1992
- PENEFF Jean, *Les malades des urgences,* Paris, éditions Métailié, 2000

Articles

- ATTIAS-DONFUT Claudine, *Images de la vieillesse* , Retraite et société, 2001/3 no 34, p. 6-9. Available from internet : <URL http://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2001-3-page-6.htm
- BOURDIEU Pierre, Entretien avec Anne-Marie Métailié, paru dans *Les jeunes et le premier emploi*, Paris, Association des Ages,1978, pp. 520-530. Available from internet : <URL http:// www.homme-moderne.org/societe/socio/bourdieu/questions/jeuness.html
- BRUTEL Chantal, *La population de la France métropolitaine en 2050, un vieillissement*

inéluctable, économie et statistique N° 355-356, 2002. Available from internet : <URL http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/estat_0336-1454_2002_num_355_1_7374

– CAPUANO Alexandra, *Médicalisation des personnes âgées, miracle ou malédiction*, revue soins gérontologie N°93 janvier/février 2012.

– DODIER Nicolas, CAMUS Agnès. *L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital*. In: Annales. Histoire, Sciences Sociales. 52e année, N. 4, 1997. pp. 733-763. Available from internet : <URL http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ahess_0395-2649_1997_num_52_4_279597

– DODIER Nicolas, CAMUS Agnès, *L'hospitalité de l'hôpital*. In: Communications, 65, 1997. pp. 109-119. : 10.3406/comm.1997. Available from internet :<URL http: // www.persee. Fr/ web/ revues /home/prescript/article/comm_0588-8018_1997_num_65_1_1992

– DRAMÉ Moustapha et al., L*a fragilité du sujet âgée : actualité-perspectives,* gérontologie et société, 2004/2 n°109, p. 31-45. Available from internet : <URL http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2004-2-page-31.htm

– DRULHE Marcel, *« Introduction » Vieillir : un autre regard*, Empan, 2003/4 no52, p. 9-11. Available from internet : <URL http:// www.cairn.info/revue-empan-2003-4-page-9.htm

– FOURNIER Patrick , *La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile*, Gérontologie et société, 2002/1 n° 100, p. 131-147. Available from internet : <URL http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2002-1-page-131.htm

– FRINAULT Thomas, *La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap*, Politix, 2005/4 n° 72. Available from internet : <URL http:// www.cairn.info/revue-politix-2005-4-page-11.htm

– Hartmann Laurence et al., *Régulation de la demande de soins non programmés en Europe* Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède, Revue française des affaires sociales, 2006/2 n° 2-3, p. 91-119. Available from internet : <URL http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-2-page-91.htm

– JEANDEL Claude, *Les différents parcours du vieillissement*, Les Tribunes de la santé, 2005/2 no 7, p. 25-35. DOI : 10.3917/seve.007.35. Available from internet : <URL http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2005-2-page-25.htm

– JOHNSON Malcolm, *La conception de la vieillesse dans les théories gérontologiques,* Retraite et société, 2001/3 no 34, p. 51-67. Available from internet : <URL http:// www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2001-3-page-51.htm

– LOONES Anne, DAVID-ALBEROLA Élodie, JAUNEAU Pauline, *La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures,* CAHIER DE RECHERCHE N°256, Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie, décembre 2008. Available from internet : <URL http://http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C256.pdf

– POLLET Gilles, *La vieillesse dans la littérature, la médecine et le droit au XIXème siècle : sociogenèse d'un nouvel âge de la vie*, Retraite et société, 2001/3 no 34, p. 29-49. Available from internet : <URL http://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2001-3-page-29.htm

– RENAUT Sylvie, *Du concept de fragilité et de l'efficacité de la grille Aggir, Gérontologie et société*, 2004/2 n° 109, p. 83-107. Available from internet : <URL http:// www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2004-2-page-83.htm

– THOMAS Hélène, *Le « métier » de vieillard Institutionnalisation de la dépendance et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse,* Politix, 2005/4 n° 72 , p. 33-55. Available from internet : <URL http:// www.cairn.info/revue-politix-2005-4-page-33.htm

– THOMAS Hélène, *Le sujet âgé peut-il fragiliser le réseau qui le soutient ?*, Gérontologie et société, 2004/2 n° 109, p. 165-182. Available from internet : <URLhttp://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2004-2-page-165.htm

– THOMAS Hélène, *Policer le grand âge pour conjurer le péril vieux,* Mouvements, 2009/3 n° 59, p. 55-66.Available from internet : <URL http:// www.cairn.info/revue-mouvements-2009-3-page-55.htm

– TOURNERET Magali et MINO Jean-Christophe , *Les décisions de limitation de thérapeutiques actives aux urgences, une étude qualitative exploratoire*, Santé Publique, 2008/6 Vol. 20, p. 517-526. DOI : 10.3917/spub.086.0517. Available from internet : <URL http:// www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-6-page-517.htm

– TRANCHANT Blandine et FOURNIER Véronique , *Progrès biomédical et vieillissement : opportunité ou malédiction ?*, le journal du débat n°2, Available from internet : <URL http:// www. etsilesvieuxvivaientencore.com/cecjournal2.php

– VASSY Carine, *L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire*, Mouvements, 2004/2 n° 32, p. 67-74 Available from internet : <URL http://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm

– VIGOUROUX Philippe DG de Nancy, les chefs des urgences d'Île de France , Prise de position dans le journal Libération en 2001

Travaux universitaires et scientifiques

- ANAP 2011, *Parcours des personnes âgées sur un territoire* -retour d'expériences ©

- BERTRAND F., *Origines et évolution de la Médecine d'urgence Hospitalière à Nice De 1960 à nos jours,* Résumé d'un mémoire de D.E.A. préparé sous la direction du professeur Ralph Schor à la Faculté des Lettres de Nice

- CHAMBEROD Jean-François, *Quelles alternatives pour prévenir les admissions de personnes âgées en service d'urgence ?,* DU Gestion des Établissements Sanitaires et Sociaux, Université Claude Bernard Lyon 1, 2008

- GLAA Besma, *Contribution à la conception et l'optimisation d'un système d'aide à la gestion des urgences,* Thèse préparée dans le laboratoire LAGIS UMR 8146 à l'École Centrale de Lille, Décembre 2008

- HENRARD Jean Claude, *Les multiples facettes du vieillissement*, question de santé publique, N°2, septembre 2008 institut de recherche en santé publique Éditions EDK

- Société française de médecine d'urgence, BONIN-GUILLAUME S., LACROIX O., CLOSON R., *Dispose-t-on de critères permettant un retour à domicile chez la personne âgée au décours d'un passage aux urgences* ?, 2009

- Société française de médecine d'urgence, Coordinateur : Dr BLEICHNER Gérard, *Critères d'évaluation des services d'urgences*, mars 2001

- Société Française de Médecine d'Urgence, MENTHONNEX Philippe, MENTHONNEX E., *Histoire de la médecine d'urgence de Napoléon à nos jours,* juin 2010

- Société Française de Médecine d'Urgence, 10ème conférence de consensus, *Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences,* 5 décembre 2003- Strasbourg

Textes de loi

- Décrets 95-648 du 09 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins accueil et traitement des urgences

- Décrets 95-647 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé

- Circulaire DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

– Annexe à la circulaire DHOS/O 1 N° 2003-195 DU 16 AVRIL 2003 relative à la prise en charge des urgences

– Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique

– Circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences

– Circulaire /DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

– Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST

Rapports

– Rapport CORIAT Pierre , *Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins*, Mai 2008

– Rapport de la cours des comptes, *Les personnes âgées dépendantes,* novembre 2005

– Rapport DEBONNEUIL, *les services à la personne, bilans et perspectives*, inspection générale des finances N° 2008-M-024-01, septembre 2008

– Rapport DESCOURS Charles, *La permanence des soins,* janvier 2003

– Rapport FOUQUET, J.J.TREGOAT, P.SITRUK, *l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge,* rapport de l'IGAS, mai 2011

– Rapport FRANCO Alain - *Vivre Chez soi* - Rapport à Mme Nora Berra, Secrétaire d'État en charge des Aînés - Juin 2010

– Rapport GIMBERT Virginie et GODOT Clélia, *Vivre ensemble plus longtemps, enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française,* 2010 publication du Centre d'analyse stratégique

– Rapport GODET Michel et MOUSLI Marc, *Vieillissement, activités et territoires à l'horizon 2030,* La Documentation française. Paris, 2006 – ISBN

– MOUQUET Marie-Claude et OBERLIN Philippe, *Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030,* dossier solidarité et santé n°4, Direction de la Recherche des études de l'évaluation et des statistiques, 2008

– D.SOMME et O. SAINT JEAN, rapport PRISMA *Intégration des services aux personnes âgées : La recherche au service de l'action,* décembre 2008

– Rapport de l'organisation mondiale de la santé, 2012, *« Vieillir en bonne santé : politiques et interventions prioritaire »*

– Plan Régional Stratégique de Santé Rhône Alpes 2011-2015, version définitive 1er août 2011, ARS Rhône Alpes

Sitographie

– http://www.sante.gouv.fr/htm/publication, Direction de la Recherche des études de l'évaluation statistique « les usagers des urgences » Études et résultats N° 212 janvier 2003

– http://www.sante.gouv.fr/htm/publication, Direction de la Recherche des études de l'évaluation statistique « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières» Études et résultats N° 215 janvier 2003

– http://www.insee.fr, rubrique Publications et services\Collections nationales\Insee Références

– http://www.editions-larousse.fr/ Dictionnaire Larousse en ligne

– http://www.cairn.info

– http://www. anap.fr

– http://www. Sfmu.org

– http://www.sfgg.fr/

– http://www.sosmedecins-france.fr/

– www.has-sante.fr/Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées/recommandations/avril 2009

– www.has-sante.fr/Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation/recommandations/mai 2009

– www.insee.fr/fr/ffc/docs, Michel DUEE, Cyril REBILLARD, *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*

– http://aibo.typepad.com/irdage/vocation_de_lirdage.htmlAssociation pour la connaissance du vieillissement *Article publié avec l'aimable autorisation de l'auteur : Pr Robert Moulias*

– www.bdsp.ehesp.fr/Base/443266/*enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières*

– www.sgoc.fr/ *Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005*

Cours

– Catherine. GUCHER, Cours de Master II, *politique de vieillesse et gérontologie, approche sociologique,* novembre à décembre 2011

– Anne LE ROY et Emmanuelle. PUISSANT, *l'économie des services à la personne,* cours de master PPS, 2012

Table des annexes

Annexe I : Tableau des entretiens.....86
Annexe II : Guide d'entretien avec les acteurs du réseau.....87
Annexe III : Guide d'entretien avec les soignants.....88
Annexe IV : Grille d'analyse des entretiens.....89
Annexe V : Tri CIMU description générale 90
Annexe VI : Grille AGGIR.....91
Annexe VII : Entretien N° 4.....92
Annexe VIII : Entretien N° 7.....102

Un Français sur quatre franchit chaque année la porte d'un service d'urgences, dont de nombreuses personnes âgées de plus de 75 ans. Aux âges extrêmes de la vie, les passages aux urgences se font plus fréquents. Pour les personnes âgées, ces passages se soldent souvent par une hospitalisation. De manière paradoxale, ces personnes qui ont le plus besoin de soins sont celles qui attendent le plus aux urgences, dans des conditions souvent inconfortables. Si elles présentent des critères de fragilité, le passage dans un service d'urgences les expose plus à une perte de chance qu'à l'amélioration de leur santé. L'objet de cette recherche est né du désir de comprendre les causes de ce phénomène et de repérer en amont, au cœur des urgences et en aval, les facteurs clés qui favorisent ou qui améliorent la prise en charge des personnes âgées fragiles.

mots clés : Urgences - personnes âgées – fragilité - qualité de soins

Every year, one French person in four is admitted to an accident and emergency (A&E) department, with many of these patients over the age of 75. At either end of the age scale, visits to A&E are more frequent. For the elderly, these visits to A&E often lead to hospitalisation. Paradoxically, it is elderly patients, who are in most need of care, who wait longest in A&E, often in extremely uncomfortable conditions. If elderly patients present frailty criteria, their visit to A&E is more likely to expose them to a "loss of chance" than to improve their health. The choice of this research topic came from the desire to understand the causes of this phenomenon and to identify the key factors which facilitate or improve the care given to elderly people prior to, during and after A&E attendance.

key words: Accident and emergency department - elderly people – frailty – quality of care