



HAL
open science

Évaluation du dispositif DOMCARE d'aide au retour à domicile des personnes âgées après consultation aux urgences de l'hôpital d'instruction des armées Robert Picqué

Paméla Aloird

► **To cite this version:**

Paméla Aloird. Évaluation du dispositif DOMCARE d'aide au retour à domicile des personnes âgées après consultation aux urgences de l'hôpital d'instruction des armées Robert Picqué. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01343104

HAL Id: dumas-01343104

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01343104>

Submitted on 7 Jul 2016

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.

Université Bordeaux

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

N°68

Thèse présentée pour l'obtention du

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification de MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 21 juin 2016

Paméla ALOIRD

Née le 6 Juillet 1990 à Bruges (33)

**EVALUATION DU DISPOSITIF DOMCARE D'AIDE
AU RETOUR A DOMICILE DES PERSONNES AGEES
APRES CONSULTATION AUX URGENCES DE
L'HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES
ROBERT PICQUE**

Directeur de thèse :

M. le Docteur Christophe GRAMOND

Membres du jury

Mme Le Professeur M. RAINFRAY	Président et Rapporteur
Mme Le Professeur N. SALLES	Juge
M le Professeur J. BONNET	Juge
M le Docteur A. RAULT	Juge
M le Docteur C. GRAMOND	Juge

Université Bordeaux 2 – Victor Ségalen

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

N°68

Thèse présentée pour l'obtention du

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification de MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 21 juin 2016

Paméla ALOIRD

Née le 6 Juillet 1990 à Bruges (33)

**EVALUATION DU DISPOSITIF DOMCARE D'AIDE
AU RETOUR A DOMICILE DES PERSONNES AGEES
APRES CONSULTATION AUX URGENCES DE
L'HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES
ROBERT PICQUE**

Directeur de thèse :

M. le Docteur Christophe GRAMOND

Membres du jury

Mme Le Professeur M. RAINFRAY	Président et Rapporteur
Mme Le Professeur N. SALLES	Juge
M le Professeur J. BONNET	Juge
M le Docteur A. RAULT	Juge
M le Docteur C. GRAMOND	Juge

REMERCIEMENTS

A Monsieur le général inspecteur François PONS

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'honneur

Commandeur de l'Ordre National du Mérite

A Monsieur le général Jean-Bertrand NOTTET

Directeur adjoint de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes académiques

A Madame le Médecin en chef Florence ROBIN

Chef du Département de Formation Initiale Spécialisée

De l'École du Val-de-Grâce

**A Monsieur le Médecin chef des services de classe normale Fabrice
MONCADE**

Médecin chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert PICQUE
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite
Croix de la valeur militaire

A Madame le Pharmacien en chef Véronique GARDET

Adjointe au Médecin chef de l'HIA Robert PICQUE
Chevalier de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'Ordre National du Mérite

A Monsieur le Médecin Chef des Services Christian MORAND

Chef de l'unité fonctionnelle de médecine
Réfèrent pédagogique de l'hôpital d'instruction des armées Robert PICQUE
Chevalier de la légion d'honneur, chevalier de l'ordre national du mérite

A Madame le Professeur Muriel RAINFRAY

Professeur des universités, Praticien hospitalier
Chef du pôle de gérontologie clinique du CHU de Bordeaux

Vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury et d'en assumer le rapport, je vous en suis très reconnaissante.

A Madame le Professeur Nathalie SALLES
Professeur des universités, Praticien hospitalier
Pôle de gériatrie clinique du CHU de Bordeaux
Médecin coordinateur du projet « Télémédecine en EHPAD »
Responsable de l'Equipe Mobile de Gériatrie

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, soyez assurée de mon plus grand respect.

A Monsieur le Professeur BONNET
Professeur des universités, Praticien hospitalier
Service des maladies cardiovasculaires
Hôpital Haut-Lévêque, CHU de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, soyez assuré de mon plus grand respect.

A Monsieur le Médecin en Chef Christophe GRAMOND
Praticien confirmé du Service de Santé des Armées,
Médecin urgentiste, Structure d'Urgence de l'HIA Robert Picqué

Merci Christophe pour ton aide et ta patience (notamment avec l'orthographe...) ! Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail, merci pour ta confiance ! J'ai eu la chance d'apprendre à tes côtés, parfois dans l'empressement mais toujours dans la mystification.

Merci pour ton temps, pour tes conseils et pour ta pédagogie qui font de toi un sénior renommé et un maître de thèse tout aussi efficace qu'apprécié !

A Monsieur le Médecin en Chef Alain RAULT

Praticien certifié du Service de Santé des Armées,

Chef de service de la Médecine d'Aval des Urgences de la MSPB

Vous avez été pour moi un véritable exemple du savoir faire et savoir vivre dans l'exercice de la médecine au lit du patient. Vous avez su me former et m'aiguiller avec patience et bienveillance. Le médecin que je suis devenue aujourd'hui vous en remercie affectueusement.

Merci de votre confiance, de votre gentillesse et de votre attention, qualités ostentatoires qui m'ont également beaucoup touchées chez vous. Merci Papa Rault !

A Monsieur le Médecin chef des services Laurent DOMANSKI

Praticien certifié du Service de Santé des Armées,

Service de Médecine d'Avale des Urgences de la MSPB

Apprendre avec vous a été pour moi une expérience professionnelle et humaine de grande valeur qui me sera bénéfique tout au long de ma carrière. Vous avez su nous transmettre votre savoir avec patience, douceur et profond paternalisme. La période passée à vos côtés aura été l'une des plus agréables de ma formation, si ce n'est la plus plaisante. Signée : votre fillotte Papuche

A Monsieur le Médecin en Chef Olivier de STABENRATH

Praticien certifié du Service de Santé des Armées,

Médecin urgentiste, Chef de service des Urgences de l'HIA Robert Picqué

Vous avez accepté la réalisation de ce travail au sein de votre service, vous avez contribué à ma formation et vous m'avez apportée votre soutien pour l'ensemble de ma formation, je vous en remercie.

A ma Famille

A mes parents, merci car vous avez toujours su me porter et me supporter. Merci d'avoir toujours été présents dans mes moments de joie ou de découragement tout au long de mes études. Mais aussi merci pour votre soutien dans mes engagements qui, sans vous, n'auraient pas pu être menés à bien pour la plupart. Merci pour le temps consacré à la lecture et relecture de ce travail pour venir à bout des fautes d'orthographe (hein maman...). Et pardon, pardon d'avoir parfois été si peu présente, noyée pas un dédale de priorités où j'en oubliais l'essentiel. Merci d'avoir toujours su me relever, m'encourager, d'avoir jalonné mon parcours avec votre affection, votre écoute attentive, et vos prières !! Merci d'avoir fait de moi la femme que je suis aujourd'hui !

A mon frère John, merci de tes précieux conseils qui sont toujours arrivés au moment opportun. Merci du magnifique exemple que tu es ! Merci de toujours trouver les mots réconfortants dont mon cœur a besoin et de toujours être une épaule attentive et attentionnée. Tu le sais, mais je veux quand même te le dire frerot, je t'aime ! Merci à Marion pour l'affection et la joie qu'elle amène dans la famille ! Et Merci à Esther, la petite étoile qui pousse de jour en jour et qui fait le bonheur de tous ! Nous avons hâte de découvrir prochainement Mini-Doux ou Mini-Douce !! On t'aime déjà bout de choux !!

A mon frère David, merci !!! Je voulais te dire que jamais je n'en serais arrivée où j'en suis aujourd'hui si tu n'étais pas là ! Nos moments de délires resteront à jamais une source d'inspiration ! Merci à Pauline d'avoir imprimé cette touche de douceur dans ton quotidien !

A mes grands parents des Marceaux, merci pour votre affection et vos prières qui m'ont toujours portée et me portent encore ! Merci pour votre accueil et vos encouragements toutes ces années ! Apéro ?

A mes grands parents de Paris, merci pour l'exemple que vous êtes ! Pour votre soutien sans faille depuis le début de mes études ! Prenez soin de vous !

Aux ALOIRD en général ! Grande dynastie issue d'un Médoc doux et paisible, liée par une affection débordante ! Domi, Gine, Cousinou et Cousinette, merci pour votre soutien et pour l'exemple que vous êtes, vous aussi !!

A Vici, membre officiel de la famille que je suis presque obligée de citer !

A Audrey

Par où commencer pour te remercier ? Ah oui, merci d'avoir un jour mis mon sac de couchage dans une flaque d'eau croupie en colo alors que nous savions à peine faire des multiplications ! Depuis, nous avons appris à nous connaître, à partager des épreuves, des joies, et surtout notre foi. Nous avons gardé contact malgré les années et la distance. Aujourd'hui, toi aussi tu es médecin, et le monde de la pédiatrie a la chance de te compter parmi ses pairs. Tu me connais par cœur, sans trop de fausse note.

Ton parcours de vie à forcément influencé le mien, et je continue à grandir encore et encore avec toi ! Audé, je suis si fière de toi !!!!! Merci d'avoir toujours été une oreille attentive, une conseillère précieuse et une amie inestimable !

A ma deuxième Famille

Chers D'Jeunes, l'importance que vous avez à mes yeux est toute aussi évidente qu'ostentatoire, alors je ne vais pas m'étaler dessus, même si j'en ai bien envie... Merci pour votre motivation et votre investissement pour ce groupe !! Vous voir grandir dans la foi est une source de reconnaissance et de joie illimitées !

A Ollivier et Emilie, mes acolytes aventuriers de tous les instants ! Merci pour tous les précieux moments de partage que nous avons. Merci de m'aider à grandir tant sur le plan personnel que spirituel. Ces quelques mots sont une modeste démonstration de l'affection que j'ai pour vous !

A, Pouthy, Mouthy, Mini-Mouthy, Douthy et Touthy, merci pour tout ! Votre foyer est un vrai refuge et nos moments de partage sont précieux. Merci pour votre soutien et votre rétrocontrôle qui a une grande valeur à mes yeux !

A tous les membres l'église protestante évangélique de Villenave, merci pour votre accueil et votre amour. Merci de m'avoir fait renouer avec une vie d'église épanouie et sincère !

Merci Charline !!! Tu es quelqu'un de précieux que j'apprécie énormément ! Merci pour tous les bons moments qu'on partage et merci pour cette simplicité qui nous lie !!

A mes campeuses que je garde au fond de mon cœur ! Doouh !! Et à tous les Jabistes qui ont jalonné mon parcours, merci !!!!

A la meilleure Co-interne du monde

Marianne cœur, j'ai eu la chance de débiter mon internat à tes côtés !! Notre duo a tout de suite fonctionné, tant sur le plan professionnel que personnel ! Tu as de suite supporté mes bêtises inopinées et tu as su m'écouter dans mes moments de faiblesse. Tu es même devenue au fil des mois mon demi Lexomil®, seule capable de me canaliser dans mes productions de minions ou autres délires soudains !

Au personnel de la Médecine Interne de Robert Picqué (A, B et C [power]) et à l'ensemble du personnel de l'HIA Robert Picqué

Vous m'avez connue externe, vous m'avez vue grandir en tant qu'interne. Les moments passés avec vous sont gravés dans mes souvenirs pour de longues années. Alors merci pour votre sourire, votre cohésion, votre affection, votre patience et votre fidélité ! Vous avez su rire avec moi, mais aussi vous m'avez permis de grandir dans les moments difficiles. Les jours présents sont peut-être un peu plus compliqués au vue des changements en cours, mais soyez persuadés de votre efficacité, de votre professionnalisme et de vos compétences humaines et professionnelles.

A mes tatas, merci de m'avoir donnée confiance en moi. Merci d'avoir su me reprendre avec délicatesse et d'avoir su m'encourager. Merci de m'avoir fait bénéficier de votre expérience et de m'avoir accordée tant d'indulgence dans les moments de récréation !

A Karine, la secrétaire la plus efficace et affectueuse que je n'ai jamais eu la chance de croiser à l'hôpital ! Merci pour vos sourires et votre joie de vivre qui faisait partie de mon quotidien dans les couloirs de cet hôpital !

Merci à R. Besseleres et à Flore pour votre aide précieuse dans l'analyse statistique !! Flore, tu m'as aidé avec une efficacité et une joie que je ne peux que souligner avec respect et sympathie !!

A vous, avec qui j'ai grandi dans la médecine

Merci au Dr SEILLAN qui a su me donner l'envie de faire de la médecine générale et qui a participé, bien plus qu'il ne le pense, à la personne que je suis au lit du patient.

Merci à Rubaab et Audrey, précieuses sous colleuses, et amies ! Merci également à Pauline, Razou et Tichou pour leur soutien tout au long de ces années d'école, je vous kiff !!

Au CMA D'Angoulême

Aux Doc ! Merci au commandant GIRAUD de m'avoir supervisée pendant ce stage et de m'avoir permis d'en profiter au maximum. Merci à toi Gilles, pour ta confiance et pour tes conseils ! Merci aussi pour tous ces moments de partage. Joris, merci de m'avoir pris sous ton aile, d'avoir toujours su me montrer le positif dans les situations les plus délicates, de m'avoir permis de progresser dans l'apprentissage de mon futur métier et de m'avoir aiguillée dans mes choix de formation !

A ma chère co-locatrice de bureau, l'ascidie d'un jour, l'ascidie de toujours ! Merci pour tous ces bons moments, merci d'avoir partagé notre statut éphémère de gitan et d'avoir toujours une oreille pour m'écouter !

A Kerzineb, merci pour l'exemple que tu es !! N'oublie pas, ce qui se passe à Penthievre, reste à Penthievre ! Et merci pour le temps que tu as consacré à la correction des fautes d'orthographe dans ce travail...

A Gigite (alias Doudou dit donc) et Pécole (alias Juju), merci pour votre gentillesse, votre humour et votre affection !! Oui oui, vous allez me manquer ! A l'ensemble du personnel du CMA d'Angoulême, merci pour ces quelques mois en votre compagnie !!!

A l'antenne de Brie, merci pour votre bonne humeur !

A DOMCARE

Merci pour votre aide et votre disponibilité. Mention spéciale à tous les membres de l'EUN pour tous les bons moments partagés avec vous au lit du patient ou dans votre bureau !

A celui qui peut faire, par la puissance qui agit en nous, infiniment plus que tout ce que nous demandons ou pensons, à Lui soit la gloire.

Ephésiens 3 v 20

**EVALUATION DU DISPOSITIF DOMCARE D'AIDE
AU RETOUR A DOMICILE DES PERSONNES AGEES
APRES CONSULTATION AUX URGENCES DE
L'HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES
ROBERT PICQUE**

Sommaire :

1	<u>Introduction</u>	p.6
2	<u>Contexte</u>	p.8
2.1	Epidémiologie	p.9
2.1.1	<i>A l'échelle nationale</i>	p.9
2.1.2	<i>A l'échelle régionale</i>	p.10
2.2	Coût de la santé en France	p.11
2.2.1	<i>A l'échelle nationale</i>	p.11
2.2.2	<i>A l'échelle régionale</i>	p.12
2.3	Réponses du ministère de la santé	p.13
2.3.1	<i>A l'échelle nationale : le dispositif PAERPA</i>	p.13
2.3.2	<i>A l'échelle régionale</i>	p.20
2.4	DOMCARE	p.22
3	<u>Matériel et méthode</u>	p.25
3.1	Objectifs de l'étude	p.26
3.2	Critère d'inclusion et de non inclusion	p.26
3.2.1	<i>Inclusion</i>	p.26
3.2.2	<i>Exclusion</i>	p.26
3.3	Recueil de données	p.27
4	<u>Résultats</u>	p.30
4.1	Les caractéristiques de la population	p.31
4.2	Les caractéristiques de l'appel	p.32
4.3	Les interventions de l'équipe DOMCARE	p.35
4.4	Aspect financiers	p.36
5	<u>Discussion</u>	p.37
5.1	Choix du sujet et méthodologie	p.38
5.2	Les caractéristiques de la population	p.39
5.3	Les caractéristiques de l'appel	p.46
5.3.1	<i>L'heure de l'appel</i>	p.46
5.3.2	<i>Répartition en fonction des jours de la semaine</i>	p.49

5.3.3	<i>Nombre d'appels par mois</i>	p.49
5.3.4	<i>L'appelant</i>	p.51
5.3.5	<i>Le motif</i>	p.51
5.4	Intervention DOMCARE	p.54
5.4.1	<i>Délai d'intervention</i>	p.54
5.4.2	<i>Durée d'intervention</i>	p.55
5.4.3	<i>Autres intervenants au domicile</i>	p.56
5.4.4	<i>Relai de ville</i>	p.57
5.4.5	<i>Décès ou ré-hospitalisations dans un délai de 30 jours</i>	p.58
5.5	Aspects financiers	p.61
5.6	Perspectives d'amélioration	p.62
6	<u>Conclusion</u>	p.65
7	<u>Annexes</u>	p.67
7.1	Le dispositif PAERPA	p.68
7.2	Synthèse du mode d'emploi du PPS	p.69
7.3	MNA	p.71
7.4	Tests pour évaluer le risque de nouvelle chute chez la personne âgée	p.72
7.5	Grille AGGIR	p.73
7.6	ADL	p.74
7.7	IADL	p.75
7.8	Evaluation de l'EUN au lit du patient	p.76
7.9	Grille ZARIT : évaluation de l'épuisement de l'aidant	p.80
7.10	Fiche établissement pour mieux orienter les personnes âgées	p.81
7.10.1	<i>Destinée aux soignants</i>	p.81
7.10.2	<i>Destinée aux patients et aux aidants</i>	p.82
8	<u>Glossaire</u>	p.83
9	<u>Bibliographie</u>	p.85
	<u>Serment d'Hippocrate</u>	p.89

Index des figures :

<i>Numéro</i>	<i>Titre</i>	<i>Page</i>
Figure 1	La pyramide des âges en France au 1 ^{er} janvier 2015	9
Figure 2	Pyramide des âges de la population d'Aquitaine de 2013 et 2030	11
Figure 3	Evolution des dépenses liées à l'APA en Aquitaine	12
Figure 4	Neuf régions françaises pilotes du dispositif PAERPA	13
Figure 5	Les outils de transmission ville-hôpital EHPAD	15
Figure 6	La personne au cœur du système dans le Plan Personnalisé de Soins	18
Figure 7	Modèle de BOUCHON	19
Figure 8	Situation géographique de la MSPB et de l'HIA Robert Picqué sur Bordeaux Métropole par rapport aux autres établissements de santé	20
Figure 9	Origine géographique des patients	31
Figure 10	Nombre d'appels en fonction de l'heure	32
Figure 11 A et B	Répartition des appels selon les jours de la semaine (A) comparée à la répartition moyenne des passages quotidiens	33
Figure 12	Nombre d'appels par mois	33
Figure 13 A et B	Nombre de patients pris en charge par l'EUN rapporté aux passages mensuels par âge de plus de 65 ans (A) et plus de 75 ans (B)	33
Figure 14	Médecin appelant l'EUN	34
Figure 15	Motifs de prise en charge initiale	34
Figure 16	Détails du motif ostéo-articulaire	35
Figure 17	Causes des 31,5% de ré-hospitalisations précoces (n=34)	36
Figure 18	Temps de passage en SU selon l'âge du patient et son parcours	42
Figure 19	Motifs d'admission des patients pris en charge par l'EMG	53

Index des tableaux :

<i>Numéro</i>	<i>Titre</i>	<i>Page</i>
Tableau 1	Caractéristiques de la population	31
Tableau 2	Aide(s) présente(s) au domicile du patient avant le passage en SU	31
Tableaux 3	Nombre de passages par plage horaire du 1 ^{er} avril au 31 décembre 2014	32
Tableau 4	Répartition mensuelle des gardes en fonction des médecins séniors	34
Tableau 5	Paramètres de l'intervention de l'EUN	35
Tableau 6	Les intervenants de l'ESAD	36
Tableau 7	Les différents relais de ville	36
Tableau 8	Détail des délais de ré-hospitalisation (programmée ou en urgence)	36
Tableau 9	Valorisation moyenne d'une journée de prise en charge	36

1 Introduction

Aujourd'hui, près de 20% de la population française a 65 ans ou plus [1]. L'augmentation de l'espérance de vie et la croissance démographique montrent que la proportion de personnes âgées ne va faire qu'augmenter dans notre pays. L'Aquitaine n'échappe pas au vieillissement de sa population. La Haute Autorité de la Santé (HAS) définit au sein de cette population, des personnes âgées fragiles : il s'agit de patients sujets à hospitalisations itératives via les structures d'urgences qui mobilisent des aides financières et des moyens humains conséquents. Le risque de perte d'autonomie, véritable spirale mortifère, est alors déclenché.

En réponse à un besoin d'innovation, la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins, relayée par les Autorité Régionale de Santé (ARS), a mis en place le dispositif PAERPA comprenant, entre autre, le Plan Personnalisé de Soins (PPS). Huit régions ont fait office de régions pilotes, dont l'Aquitaine. Le territoire d'expérimentation choisi par l'ARS Aquitaine est la ville de Bordeaux. Plusieurs initiatives se sont développées dans le département afin de répondre au mieux aux besoins en santé publique d'une population vieillissante. Parmi celles-ci, nous trouvons l'initiative DOMCARE de la Maison de Santé Protestante de Bagatelle (MSPB) comprenant une Equipe Urgence Nuit et une Equipe de Soutien aux Aidants à Domicile (ESAD).

L'initiative DOMCARE a pour objectif de proposer aux personnes âgées fragiles un retour à domicile précoce et encadré depuis la structure d'urgence de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) de Robert Picqué. Ainsi, la rupture du parcours de soins est évitée, et dans un second temps, une évaluation de l'environnement et des aidants est réalisée.

L'objectif de ce travail est d'évaluer le dispositif DOMCARE après 9 mois de fonctionnement.

2 Contexte

2.1 Epidémiologie

2.1.1 A l'échelle nationale

Au 1^{er} janvier 2016, la France comptait 66,6 millions d'habitants [1]. Au cours de l'année 2015, la population avait augmenté de 247 000 habitants, soit une hausse de 0,4% par rapport à l'année précédente. Le nombre de décès augmentait fortement et avait atteint 600 000 en 2015. Il n'avait jamais été aussi élevé depuis l'après guerre. Le solde naturel, différence entre les nombres de naissances et de décès, était le plus faible depuis 1976 mais reste pour autant positif. En effet, il apparaissait alors comme le principal moteur de croissance démographique.

L'espérance de vie augmentait elle aussi en 2015. Elle s'élevait chez l'homme à 78,9 ans et chez la femme à 85 ans.

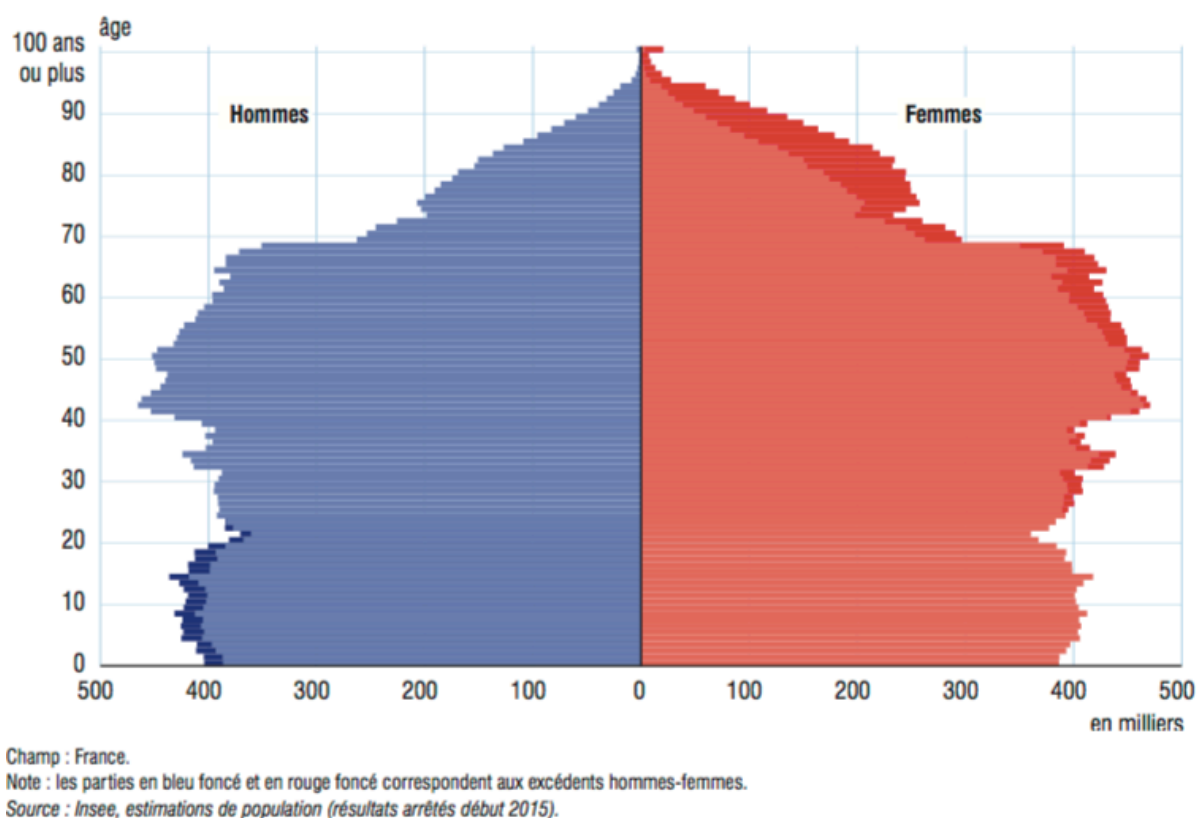


Figure 1 : Pyramide des âges en France au 1^{er} janvier 2015

Les 65 ans et plus représentaient 15,8% de la population générale en l'an 2000 et les 75 ans ou plus étaient 7,1 % [2]. En 2015, ils étaient respectivement à 18,8% et 9,3%.

Selon l'INSEE, jusqu'en 2035, la proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus progressera fortement, quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, des migrations ou de la mortalité [3]. Cette forte augmentation est transitoire. Elle correspond au passage à ces âges des générations du baby-boom. Après 2035, la part des 60 ans ou plus devrait continuer à croître, mais à un rythme pouvant varier en fonction des différentes hypothèses sur les évolutions démographiques.

Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants au 1er janvier 2060, soit 11,8 millions de plus qu'en 2007. Le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera, à lui seul, de plus de 10 millions. Selon l'INSEE, en 2060, une personne sur trois aura ainsi plus de 60 ans.

Le nombre de personnes âgées, déjà important, devrait donc continuer à augmenter dans les années et les décennies à venir.

2.1.2 A l'échelle régionale

En 2015, l'Aquitaine comprenait les trois départements les plus étendus de France : la Gironde, les Landes et la Dordogne. Cette région connaît une forte croissance démographique, +1% par an contre 0,7% pour le reste de la France, due essentiellement à un solde migratoire positif [4].

Elle comportait 3,335 millions d'habitants en 2014. La projection à l'horizon 2020 est de 3,473 millions d'habitants, et pour 2040, de 3,878 millions, sans prendre en compte les remaniements territoriaux intervenus au 1^{er} janvier 2016.

La part des personnes âgées de plus de 60 ans (25% de la population) était plus élevée que celle de jeunes de moins de 20 ans (23%) en 2014, situation inverse à celle observée en France. Près de deux tiers de ces personnes étaient des femmes dont l'espérance de vie se trouvait supérieure à celle des hommes (85,3 ans contre 79,2 ans).

Le nombre de personnes de 60 ans avait augmenté de plus de 6 points en 20 ans. Ce fait s'explique au travers :

- Des générations nombreuses, nées après la seconde guerre mondiale, arrivent progressivement aux âges élevés
- De la durée de vie qui s'allonge. En dix ans dans la région Aquitaine, l'espérance de vie des hommes a progressé de 2,7 ans et celle des femmes de 1,7 an.

En 2030, une étude prévoit que le nombre des 60 ans ou plus atteindra les 1 215 000, soit un tiers de la population. Les plus de 80 ans seront 316 500, une progression de plus de 40% [4].

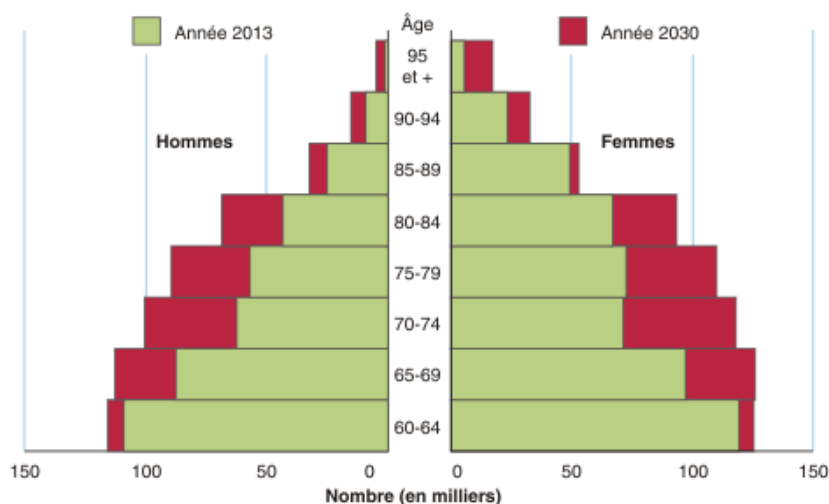


Figure 2 : Pyramide des âges de la population Aquitaine 2013 et 2030

2.2 Coût de la santé en France

2.2.1 A l'échelle nationale

La notion de personnes âgées en risque de perte d'autonomie est définie par le ministère des affaires sociales et de la santé comme l'ensemble des personnes de 75 ans et plus, autonomes ou non, dont l'état de santé est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre social et/ou médical [5]. Le rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de juin 2011 estimait que le recours indu à l'hôpital de ces patients coûterait 2 milliards d'euros à l'assurance maladie, soit 22% des dépenses de santé [6].

Pour cette population, lors des consultations aux urgences, le retour à domicile avait lieu dans 44% des cas selon l'étude DREES de 2015 [7]. Mais l'organisation de ce retour demande une prise en charge globale coordonnée : médicale, sociale, hospitalière et libérale. En effet, une hospitalisation risquerait d'initier une dangereuse spirale de la perte d'autonomie et pourrait avoir des conséquences désastreuses sur l'espérance de vie à court terme.

Par exemple, une étude menée en 2008 et 2009 avait montré que plus de 25 % des patients de 65 ans ou plus décédaient dans l'année qui suit une fracture de l'extrémité supérieure du fémur [8]. Le décès était corrélé avec l'âge pour les deux sexes, mais la surmortalité par rapport à la population du même âge était plus élevée chez les hommes. Ni le type de fracture, ni les types de traitements n'influaient sur la mortalité. La fracture est alors suivie d'une perte majeure d'autonomie et d'un risque de décès augmenté de manière significative. Cet exemple illustre bien la dangereuse spirale que peut entraîner une chute chez une personne âgée.

2.2.2 A l'échelle régionale

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) s'adresse aux personnes âgées de 60 ans ou plus, vivant à domicile ou en établissement, confrontées à une situation de perte d'autonomie évaluée à l'aide de la grille GIR. Gérée par les départements via les Centre Communale d'Action Sociale (CCAS), elle n'est pas soumise à une condition de ressources mais son calcul tient compte des revenus du bénéficiaire.

En 2009, le conseil général avait consacré 298 millions d'euros à l'APA en Aquitaine. Depuis 2002, ces dépenses avaient triplé dans la région et vont continuer de croître avec l'augmentation du nombre de personnes âgées. Le nombre de bénéficiaires, lié au degré de dépendance, augmente fortement à l'âge de 80 ans.

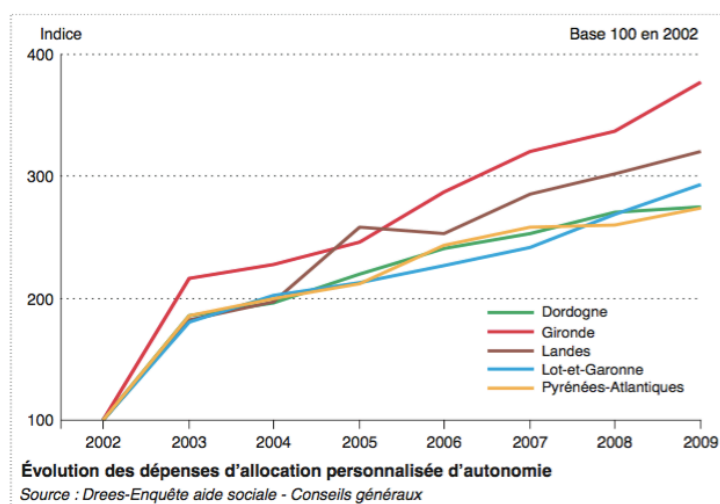


Figure 3 : Evolution des dépenses liées à l'APA en Aquitaine

Six bénéficiaires de l'APA sur dix vivent à leur domicile en Aquitaine [9]. Elle est affectée essentiellement aux dépenses de recours à l'aide d'un professionnel comme, par exemple, des services de prestataires à domicile, du portage des repas ou de la mise en place de la téléassistance.

Selon l'INSSE, en 2040, le nombre de personnes dépassant 80 ans va doubler en Aquitaine [9]. Cette évolution aura des répercussions sur les charges financières des départements pour la prise en charge de la dépendance, mais aussi sur les activités et les emplois engendrés.

A l'image de ce qui se passe à l'échelle nationale, les personnes âgées fragiles sont amenées à consulter dans des structures d'urgences à proximité du domicile. Les chiffres précédents illustrent bien la prévalence de cette population ainsi que les ressources humaines et financières qu'elles mobilisent.

2.3 Réponse du ministère de la santé

2.3.1 A l'échelle nationale : le dispositif PAERPA

Malgré le grand nombre d'intervenants auprès de cette population de personnes âgées fragiles polypathologiques, il y a souvent un cloisonnement de leurs interventions. Chaque acteur de santé se cantonne dans son propre rôle mais ne communiquait pas forcément avec les autres personnels intervenant dans le parcours de soins. Il existe donc une réelle nécessité de repérage des situations à risque de perte d'autonomie. En réponse à ces problématiques, des mesures de santé publique ont été prises au premier rang desquelles se trouve le projet PAERPA, autrement appelé le « parcours de santé des aînés » (annexe 1), initié dès 2013 dans 9 régions pilotes [10,11].

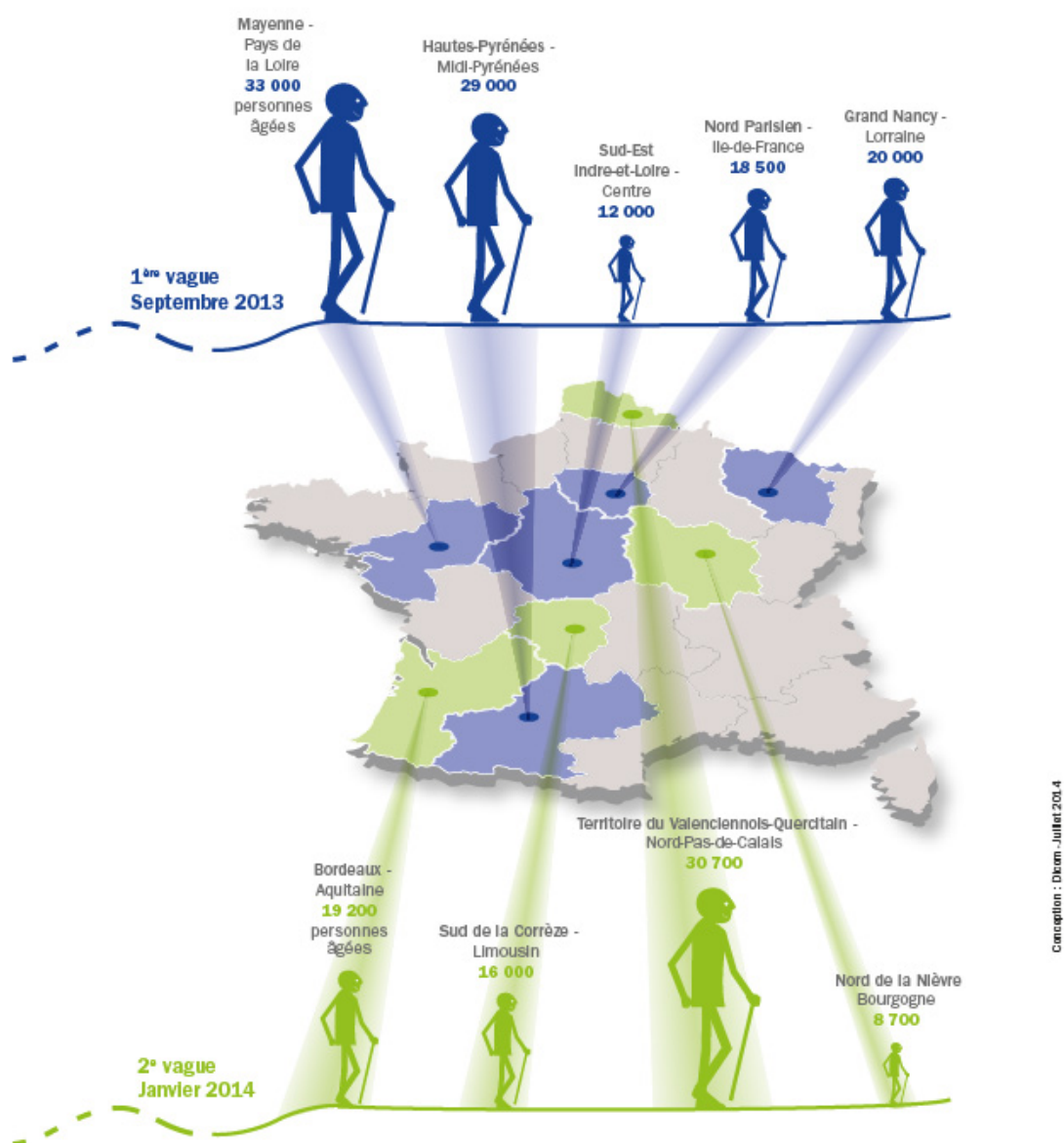


Figure 4 : Neuf régions françaises pilotes du dispositif PAERPA

Sous l'égide de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, un comité national pluri-partenarial s'est réuni pour initier le projet [12]. Ainsi, plusieurs administrations et agences étaient représentées :

- Les services du ministère chargé de la santé impliqués dans le parcours de santé des aînés
- La Haute Autorité de la Santé (HAS)
- La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés
- La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- L'agence nationale d'appui à la performance des établissements médico-sociaux de santé
- L'agence des systèmes d'informations partagés de santé
- L'institut de recherche et de documentation en économie de la santé

L'objectif du parcours santé des aînés s'axe sur l'amélioration et la coordination entre les différentes prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale et ainsi l'éviction du recours à l'hospitalisation. La démarche PAERPA propose d'agir en amont de l'hospitalisation en renforçant l'offre de soins de premier recours et en préservant l'autonomie des personnes âgées à domicile grâce à une meilleure synchronisation des professionnels.

Le système de santé, précédemment centré sur l'hôpital, est désormais orienté sur des médecins et des équipes de soins primaires. Le ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes le définit comme étant le « virage ambulatoire ». Ce sont donc des professionnels médicaux et paramédicaux de ville qui assurent désormais la coordination des parcours entre les structures de ville (cabinets libéraux ou domicile du patient) et les établissements hospitaliers. Les professionnels des soins primaires sont garants de cette évolution, en priorité les médecins traitants. A leur niveau, les hôpitaux doivent retourner à leur mission première – les soins et non l'hébergement – avec des hospitalisations plus adéquates, des durées de séjour plus conformes aux besoins des patients et une offre de soins plus graduée. Dès lors, l'hôpital n'est plus le centre mais une étape de la prise en charge des patients.

Selon le cahier des charges du dispositif PAERPA, de permettre aux Français de recevoir « les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment » apparaît comme primordiale, tout en bénéficiant d'un égal accès à la santé, et surtout, de satisfaire la demande des patients et de leurs proches [5].

Concrètement, cela suppose l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux de soins de ville sans perdre de vue le patient et son environnement. Afin de faciliter cette approche globale et pluridisciplinaire, des outils ont été mis à la disposition des professionnels de santé [13] tels que :

La Coordination Territoriale d'Appui (CTA)

La CTA est une *plateforme d'information et d'accompagnement des professionnels, des personnes âgées et de leurs aidants*. Elle offre un service de guichet unique pour les orienter vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire. La CTA est adossée aux structures préexistantes sur le territoire tels que les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ou les Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA).

Le cahier des charges PAERPA, défini au niveau national, prône l'utilisation des structures existantes au service d'une coordination renforcée autour de la personne âgée en risque de perte d'autonomie [5]. Il s'agit donc de s'appuyer sur les réseaux de professionnels au plus près de la personne âgée.

Les transitions Ville-Hôpital-EHPAD



Figure 5 : Les outils de transmission ville-hôpital-EHPAD

Les transmissions entre la médecine de soins primaires et l'hôpital sont aujourd'hui basées sur des outils tels que :

- Le compte rendu d'hospitalisation (CHR)
- Le dossier de liaison d'urgence (DLU), établi par le médecin coordonnateur d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- Le volet de synthèse médicale (VSM), photographie de l'état de santé de la personne formalisée par le médecin traitant
- Le dossier pharmaceutique, renseigné par le pharmacien d'officine

Un des axes du dispositif PAERPA est de faciliter ce partage d'informations médicales, sociales et administratives entre les différents acteurs de soins, aussi bien en soins primaires qu'en médecine hospitalière. Pour cela, plusieurs actions ont été entreprises :

- La transmission d'informations relatives à la personne âgée est aujourd'hui simplifiée par le décret en Conseil d'Etat du 3 décembre 2013. Ce dernier instaure un dispositif dérogatoire autorisant les professionnels à échanger des informations médicales, sociales et administratives relatives à la personne avec son consentement express, dès lors que ces informations sont nécessaires et pertinentes pour améliorer la prise en charge. Ce décret facilite donc le partage des informations notamment pour le versant social de la prise en charge.
- La messagerie sécurisée qui permet la transmission d'informations par voie électronique, avec une identification certaine de l'émetteur et du receveur.
- La formation labellisée destinée à l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes âgées, ayant pour objectifs de favoriser :
 - o La compréhension du modèle organisationnel
 - o La création d'une dynamique et d'une communauté d'acteurs.

Le Plan Personnalisé de Santé (PPS)

Le PPS prouve à quel point le vieillissement de la population est au centre des préoccupations dans le domaine de la santé [13]. L'objectif est de mieux coordonner les acteurs de la prise en charge de cette population en ne perdant pas de vue que « la personne est au cœur du système » et en intégrant des initiatives régionales déjà en place. Le PPS est déclenché dès le repérage de risques de perte d'autonomie et s'il s'avère nécessaire de coordonner différents intervenants autour de la personne âgée.

Il est élaboré par la coordination clinique de proximité (CCP). Cette dernière est composée d'un médecin, d'un infirmier diplômé d'état voire d'un troisième professionnel (pharmacien ou masseur kinésithérapeute). C'est le médecin traitant qui initie le PPS et qui en assure la coordination. Cependant, il a la possibilité d'en déléguer sa coordination et son suivi à une infirmière.

Les axes principaux sont donc les suivants :

- Faciliter la coopération entre les différents acteurs du soin des personnes âgées fragiles
- Formaliser concrètement les parcours coordonnés.
- Optimiser les échanges entre professionnels de santé,
- Mieux prendre appui sur la compétence des personnes âgées concernées et de leur entourage.
- Réduire les coûts liés aux actes inutiles et/ou redondants et aux hospitalisations évitables.

Ainsi, le maintien à domicile s'en trouve facilité, le risque de perte d'autonomie est plus vite repéré et mieux évalué. La sortie d'hospitalisation est mieux organisée.

La réflexion sur la mise en place d'un PPS du dispositif PAERPA a débuté en 2013. Le Docteur M. Varroud-Vial l'avait déjà décrit comme un outil « ne concernant que les cas complexes pour lesquels la situation du patient justifie et rend utile un travail de formalisation entre plusieurs acteurs de proximité ; nous sommes dans le cadre de la polypathologie, avec la multiplicité des intervenants et/ou intrication de problèmes sociaux. » [14].

Le service des maladies chroniques et dispositif d'accompagnement des malades de l'HAS avait dégagé en juillet 2013 les 10 points clés pour réaliser un PPS [15] :

- 1) Désigner un coordonnateur du PPS
- 2) Identifier les situations à problème sur la base d'une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne
- 3) Prioriser les situations où une intervention est à la fois nécessaire et possible
- 4) Recueillir les préférences et attentes du patient, et en tenir compte
- 5) Négocier des objectifs communs avec le patient et définir si besoin un programme d'éducation thérapeutique (ETP) [16]
- 6) Planifier des interventions pour atteindre ces objectifs
- 7) Désigner des effecteurs chargés de la réalisation de ces interventions
- 8) Déterminer des critères permettant d'évaluer les processus et les résultats
- 9) Fixer des dates de révision des interventions
- 10) Organiser des procédures d'alertes en cas de problèmes intercurrents



Figure 6 : La personne au cœur du système dans le Plan Personnalisé de Soins

Au printemps 2014, les utilisateurs professionnels du domaine sanitaire et social ou médico social ont contribué à l'élaboration d'un questionnaire d'aide à la mise en place d'un PPS dans la population âgée fragile (annexe 2). La fragilité est définie par la Société française de Gériatrie et Gérontologie comme étant une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress [17]. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. L'âge reste un élément déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul le syndrome. Nous retrouvons comme autres marqueurs de gravité :

- La dénutrition protéino-énergétique,
 - o Cliniquement identifiable par une perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg en 1 an
 - o Dépistée par le score du MNA (Mini Nutritionnel Assessment), instrument de dépistage de la malnutrition (annexe 3) avec une sensibilité de 97%, une spécificité de 98% et une valeur prédictive positive de 97% pour le diagnostic de la malnutrition [18].

- Une diminution de la force de préhension, une mauvaise endurance et une vitesse de marche sur 4,5m de moins de 0,60 mètres par secondes
 - o Pouvant se traduire cliniquement par des chutes à répétition
 - o Dépisté à l'aide du Timed Get up ad Go test ou la station unipodale 5 secondes (annexe 4).
- La dépendance
 - o Evaluée par les grille GIR (annexe 5), ADL (annexe 6) et IADL (annexe 7).
 - o La dépendance se définit comme l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer, sans aide humaine, les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement [19].

Ces outils ne sont pas tous adaptés à une évaluation gériatrique dans le cadre d'une consultation en structure d'urgence, mais la prévention de la « décompensation en cascade des pathologies » doit devenir une priorité. Elle est illustrée par le modèle de BOUCHON [20] :

- Les effets du vieillissement (1) réduisent progressivement les réserves fonctionnelles, sans jamais à eux seuls entrainer la décompensation.
- Les affections chroniques surajoutées (2) altèrent les fonctions.
- Les facteurs de décompensation (3) sont souvent multiples et associés chez un même patient, comme par exemple des affections médicales aiguës, une pathologie iatrogène et ou un stress psychologique.

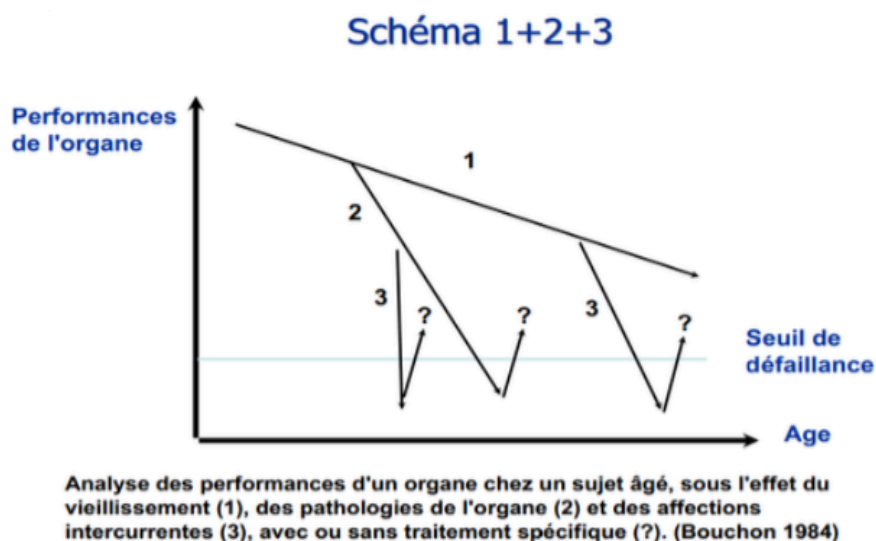


Figure 7 : Modèle de BOUCHON

En septembre 2014, les documents sont mis en ligne sur le site de l'HAS. Des outils de dépistage de la fragilité d'une personne âgée sont dès lors facilement accessibles aux professionnels de santé, comme le questionnaire d'aide à l'identification d'une ou de plusieurs situations à problème pouvant relever d'un PPS, et celui aidant à la décision d'initier un PPS chez une personne âgée à risque de perte d'autonomie.

2.3.2 A l'échelle régionale

Bordeaux Métropole regroupe la commune de Bordeaux et ses alentours. Comme nous venons de le voir, elle est également concernée par la demande de soins toujours plus importante d'une population vieillissante.

La Maison de Santé Protestante de Bagatelle (MSPB) et l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Robert Picqué se sont réunis en 2012 au sein d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) créant ainsi le projet hospitalier civilo-militaire BAHIA. Leurs buts communs sont d'augmenter leur offre de soins et d'optimiser la performance de leur fonctionnement. Ce partenariat s'appuie à la fois sur les arguments :

- Géographiques :
 - o Tous deux dans le Sud du territoire de Bordeaux Métropole
 - o Moins de deux kilomètres séparent les deux établissements



Figure 8 : Situation géographique de la MSPB et de l'HIA Robert Picqué sur Bordeaux Métropole par rapport aux autres établissements de santé

- Sanitaires :
 - o Même bassin de recrutement
 - o Complémentarité en termes d'activités et de compétences
 - o Mutualisation possible de la permanence et de la continuité des soins
- Économique

En outre, la conservation d'une structure d'urgence dans ce secteur reste une priorité. En effet, celle de l'HIA Robert Picqué a réalisé en 2015 près de 28 000 consultations. C'est la deuxième plus importante structure d'urgences de Bordeaux Métropole après les urgences du CHU de Pellegrin.

Les Agences Régionales Santé (ARS) sont à la fois les promoteurs et les régulateurs des moyens offerts à la construction des parcours et à la réponse aux besoins des usagers. En outre, elles soutiennent de nombreuses initiatives locales dans le but d'améliorer la qualité de vie des patients.

L'ARS Aquitaine faisait partie des neuf régions pilotes à participer au développement du projet PAERPA. Parmi les initiatives déjà engagées localement, nous retrouvons [21] :

- Le déploiement des dispositifs de coordination comme les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) en Aquitaine.
- La diversification des modes de prise en charge grâce à l'équipe spécialisée Alzheimer, aux accueils de jour, au pôle d'évaluation gériatrique ou à l'équipe mobile de gériatrie et de géronto-psychiatrique.
- Le dispositif d'accès téléphonique à des médecins gériatres pour les médecins libéraux à l'aide d'une permanence téléphonique de 9h à 19h 5 jours sur 7.
- L'équipe DOMCARE de Bagatelle en lien étroit avec les urgences de l'HIA Robert Picqué qui se trouve être l'objet de notre travail.

2.4 DOMCARE

Le concept initial est parti de la MSPB. O. FREZET, assistant sociale de formation initiale et J-L DANDIEU, cadre infirmier, imaginent en novembre 2012 la constitution de deux équipes qui avaient pour but de favoriser :

- Le retour à domicile des personnes âgées dépendantes, en cas de séjour aux urgences, afin d'éviter les ruptures des parcours de soins, en se concentrant sur l'environnement et les aidants.
- En amont d'une hospitalisation, le lien avec les professionnels de santé libéraux et les établissements médico-sociaux par la création d'une équipe pluridisciplinaire de soutien aux aidants, épaulant le couple aidant-aidé.

Il présente alors son idée lors d'une visite du ministre, à la MSBP, et à l'ARS qui lui accorde une ligne de crédits. Le dispositif DOMCARE est créé le 1^{er} avril 2014. Les critères définis par l'ARS pour bénéficier de ce dispositif, restés d'actualité tout le long de notre étude, étaient :

- Personne âgée, avec une limite d'âge non exclusive, fixée à 65 ans,
- L'existence ou non d'un parcours antérieur paramédical, c'est à dire l'intervention d'une IDE libérale ou d'une auxiliaire de vie au domicile.
- Vivant seul ou avec un aidant,
- Le patient ou l'accompagnant étant capable d'alerter en cas de problème,
- Sans restriction géographique.

DOMCARE est composé de deux équipes. Tout d'abord, une Equipe Urgence Nuit (EUN), composée elle même d'une équipe de nuit, avec un infirmier et une aide soignant chargés de :

- Venir prendre en charge les patients dès la structure d'urgence de l'HIA Robert Picqué dans le cadre du partenariat étroit avec la MSPB, renforcé par le Groupement de Coopération Sanitaire entre les deux établissements.
- Mener une évaluation rapide au lit du patient permettant (annexe 8) :
 - o De recueillir le consentement du patient et / ou de son entourage
 - o D'analyser les renseignements médicaux (motifs de prise en charge, antécédents et diagnostic)
 - o De recenser les aides préexistantes au domicile
 - o D'évaluer l'autonomie et/ou la dépendance du patient avant sa sortie de la SU
 - o D'analyser les prescriptions et si besoin de demander des ordonnances pour maximiser les passages IDE ou prescrire du matériel médical
 - o Et de valider la prise en charge
- Accompagner au domicile la personne prise en charge.

Ils sont joignables par le médecin de garde des urgences de l'HIA Robert Picqué sur un numéro de téléphone portable unique tous les jours de 17 heures à 3 heures du matin. Ce créneau horaire a été choisi de manière à suppléer un réseau de ville actif en journée mais non disponible en dehors des heures ouvrables pour des retours à domicile nécessitant une intervention paramédicale et un accompagnement personnalisé. Ainsi, l'EUN n'est pas en concurrence avec les professionnels de santé déjà présents au domicile ou travaillant dans le secteur.

Elle travaille en lien avec une équipe de jour, composée d'un infirmier, d'une aide soignante et d'une auxiliaire de vie. Ces professionnels prennent le relais de l'EUN et œuvrent en collaboration avec le médecin traitant de la personne âgée. A la différence de l'hospitalisation à domicile, il n'existe pas de médecin coordinateur ni de soins techniques à dispenser.

En parallèle, il existe l'Equipe de Soutien des Aidants à Domicile (ESAD), qui est la deuxième équipe de DOMCARE. Elle intervient également auprès des aidants et de l'entourage en proposant un accompagnement et un soutien psycho-social. Elle permet un maintien à domicile rassurant et encadré en collaboration étroite avec le médecin traitant qui est informé en temps réel sur toutes les actions d'aides. Enfin, un travail de prévention est également proposé grâce à la présence d'un ergothérapeute. Elle est alertée par l'EUN ou d'autres intervenants au domicile. Elle est composée :

- D'une assistante sociale
- D'un ergothérapeute
- D'une psychologue
- De deux Techniciens Coordinateurs de l'Aide Psychologique aux Aidants (TCAPSA).

Les missions de l'ESAD sont multiples :

- Une écoute personnalisée et une évaluation des besoins et des difficultés psycho-sociales.
- Une détection de l'épuisement des proches par l'utilisation de la grille d'épuisement des aidants ZARIT (annexe 9)
- Une évaluation et des conseils en aménagement de domicile,
- Un partenariat avec le réseau associatif et des professionnels du secteur sanitaire et social
- Une orientation vers les dispositifs d'aides existants, des EHPAD ou des Résidences pour Personnes Agées.

L'initiative DOMCARE est donc d'une action innovante en réponse à une problématique locale, reflet d'une dynamique nationale d'optimisation de l'accompagnement des personnes âgées. Ce dispositif a reçu en 2014 le prix innovation de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne d'Aquitaine. En mai 2015, l'initiative DOMCARE a intégré le PAERPA et son financement est prolongé jusqu'en 2017. Nous avons voulu étudier ce dispositif après neuf mois d'évolution.

3 Matériel et méthode

Le sujet de notre travail porte donc sur le dispositif DOMCARE. Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive rétrospective sur une période qui s'étend du 1^{er} avril au 31 décembre 2014 sur le site des urgences de l'HIA Robert Piqué.

3.1 Objectifs de l'étude

Notre objectif principal était d'évaluer le dispositif DOMCARE après 9 mois de fonctionnement. Pour cela, nous nous sommes intéressés aux modalités d'intervention de l'EUN aux urgences de l'HIA Robert Piqué puis aux modalités de suivi du patient par l'EUN. Nous avons cherché à identifier une typologie de l'appel passé par le médecin, du patient confié à l'EUN et de sa prise en charge après sa sortie des urgences.

3.2 Critère d'inclusion et de non inclusion

3.2.1 Inclusion

Nous avons inclus tous les patients qui ont été pris en charge par l'EUN de DOMCARE, selon les critères validés par l'ARS Aquitaine définis précédemment, sur appel du médecin urgentiste de l'HIA Robert Piqué.

3.2.2 Exclusion

Ont été exclus, sur cette même période :

- Tous les patients ayant consulté aux urgences de l'hôpital Robert Piqué pour lesquels l'EUN n'est pas intervenue.
- Les patients dont la prise en charge a été refusée par l'EUN alors que le médecin de garde avait demandé leur intervention.

3.3 Recueil de données

Nous avons regroupé les données autour de quatre thèmes distincts. Dans un premier temps, les **caractéristiques du patient** :

- Sexe et âge
- Aides à domicile : Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) ou Auxiliaire de vie
- Vivant seul ou pas
- Existence d'une téléalarme au domicile
- Heure d'arrivée et de départ des urgences afin de calculer le temps passé aux urgences
- L'origine géographique, c'est à dire savoir si le domicile du patient se situe à l'intérieur ou à l'extérieur de la rocade Bordelaise.

Puis, celles de **l'appel** :

- L'heure, la date, le jour et le mois
- Le nombre moyen de passages selon le jour de la semaine dans notre SU
- Le nombre de patients pris en charge par l'EUN rapporté au nombre de passages mensuels par classe d'âge (plus de 65 ans et plus de 75 ans)
- Le nombre de passages par plage horaire du 1^{er} avril au 31 décembre 2014
- L'appelant,
 - o Soit des médecins urgentistes qui exercent à temps plein dans le service
 - o Soit des médecins extérieurs aux urgences, médecins spécialistes hospitaliers ou médecins des forces, qui sont des médecins généralistes qui exercent dans un Centre Médical des Armées (CMA).
- La répartition des gardes en fonction des médecins séniors
- L'existence ou non d'une chute ayant motivé la venue en SU
- Le motif de prise en charge réparti selon les cadres étiologiques suivants :
 - o Ostéo-articulaire : fracture, luxation ou contusion
 - o Confusion
 - o Infection
 - o Cardiovasculaire
 - o Pneumologique
 - o Neurologique
 - o Altération de l'état générale (AEG)
 - o Digestif
 - o Néphrologique
 - o Social
 - o Autres : tout ce qui ne correspond pas à un motif cité ci dessus.

Un troisième volet centré sur **DOMCARE** :

- L'heure de prise en charge
- Le délai d'intervention, qui, par définition, correspond au délai entre le premier contact téléphonique avec l'EUN et le moment où elle quitte la SU avec le patient.
- Le relai de ville auprès de professionnels paramédicaux en regroupant les IDE et les Services de Soins Infirmier à Domicile (SSIAD).
- L'intervention de l'ESAD au domicile était aussi recherchée afin de savoir quels étaient les principaux acteurs au domicile.
- La date de fin de prise en charge était recueillie pour calculer la durée d'intervention
- La survenue d'un décès dans un délai de 30 jours suivant le début de la prise en charge par l'EUN. Si oui, nous avons cherché à savoir la date, pour en déduire le délai.
- La survenue d'une ré-hospitalisation précoce, définie comme étant une ré-hospitalisation dans un délai de 30 jours suivant le début de la prise en charge par l'EUN. Si oui, nous avons cherché à savoir la date, pour en déduire le délai.

Ainsi, nous avons identifier les causes de ces ré-hospitalisations, à savoir si elles étaient :

- Non programmées, en lien avec :
 - Un *maintien à domicile difficile* malgré les aides en place, c'est-à-dire une ré-hospitalisation en urgence dans un délai de 30 jours pour un motif identique à celui pour lequel le patient a été adressé initialement à l'EUN, donc par définition, un échec de prise en charge.
 - Un *événement intercurrent* défini comme une pathologie d'apparition nouvelle sans lien avec le motif initial de consultation aux urgences, déterminé à l'aide d'une comparaison minutieuse du motif initial et du motif de ré-hospitalisation.
- Programmées dès la sortie des urgences et organisées sans urgence, par le médecin pour :
 - Un *bilan gériatrique* sans urgence (bilan de chute et évaluation gériatrique)
 - Une admission en *SSR*

Enfin, nous avons recueilli des **données financières** auprès de notre établissement ou de l'encadrement du dispositif DOMCARE :

- Le coût moyen d'une journée d'intervention de l'EUN
- Le coût moyen d'une nuit en UHCD
- La valorisation moyenne journalière du séjour en hospitalisation en Hôpital Médical de Semaine (HMS) d'un patient passé par les urgences.

Toutes ces données ont été recueillies à l'aide des dossiers papier, soit à partir des dossiers de la SU de l'HIA Robert Picqué, soit à partir du recueil standard de données de DOMCARE.

De même, les actions menées et les durées de prise en charge qui ont été également glanées de manière standardisée par les équipes soignantes de DOMCARE. L'outil de recueil des informations et d'analyses statistiques simples était le logiciel tableur EXCEL®.

L'analyse statistique a été réalisée avec le soutien d'une interne en épidémiologie. Le test du Chi2 a été utilisé. En cas d'effectif inférieur à 5, nous avons effectué le test de Yates.

4 Résultats

4.1 Les caractéristiques de la population

Pour la période du 1^{er} avril au 31 décembre 2014, 108 patients, dont 32,4% sont des hommes (n=35), ont été inclus dans notre cohorte.

	Moyenne	Médiane	Minimale	Maximale	Intervalle interquartile (IQ25-75)
Age (années)	83,2	84,0	48,0	98,0	78,5-90,0
Temps passé en SU (heures minutes)	6h11	5h33	1h15	23h40	3h54-7h00

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

	Effectif n (%)
Seul à domicile	60 (55,6)
IDE	60 (55,6)
Présence d'une auxiliaire de vie	48 (44,5)
Présence d'une téléalarme	28 (25,9)

Tableau 2 : Aide(s) présente(s) au domicile du patient avant l'admission en SU

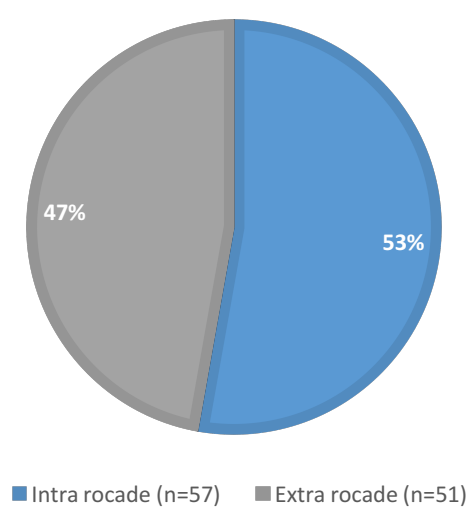


Figure 9 : Origine géographique des patients

4.2 Les caractéristiques de l'appel

Les caractéristiques de l'appel sont présentées dans les figures 10 à 15 et les tableaux 3 et 4. Ils illustrent respectivement le nombre d'appels en fonction de l'heure (figure 10), le nombre de passages par plage horaire (tableau 3), la répartition des appels en fonction des jours de la semaine (figure 11 A), la répartition moyenne des passages quotidiens dans notre SU (figure 11 B), le nombre d'appels par mois (figure 12), le nombre de patients pris en charge par l'EUN rapporté aux passages mensuels par âge de plus de 65 ans (figure 12 A) et plus de 75 ans (figure 12 B), la répartition du nombre d'appels selon le médecin intervenant aux urgences (figure 14), la répartition mensuelle des gardes en fonction des médecins séniors (tableau 4), les motifs de prise en charge (figure 15) et le détail du motif ostéo-articulaire (figure 16).

Sur la durée de l'étude, nous retenons en moyenne 12 appels par mois, soit 3 appels par semaine.

Une chute est à l'origine de l'hospitalisation dans 62 % des cas (n=67).

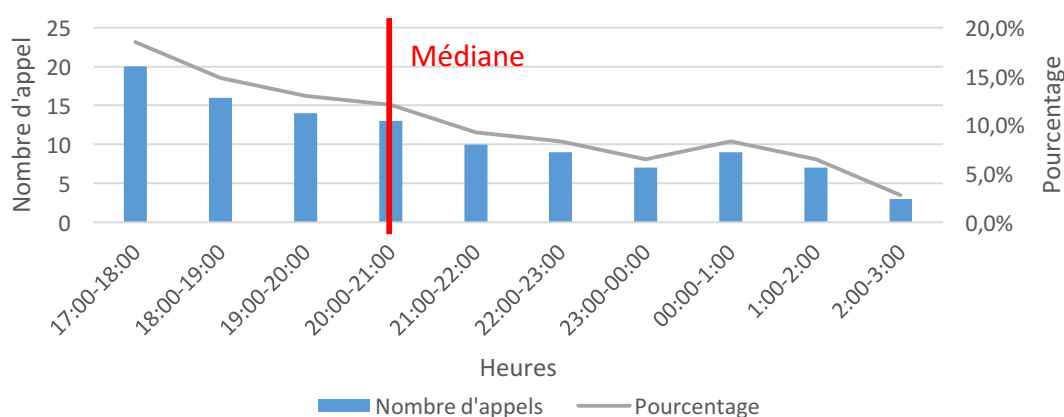


Figure 10 : Nombre d'appels en fonction de l'heure

Plage horaire	> 65ans effectif (%)	> 75 ans effectif (%)
03:00-16:59	3026 (65,7)	1694 (66,8)
17:00-2:59	1580 (34,3)	843 (33,2)
Total	4606	2537

Tableau 3 : Nombre de passages par plage horaire du 1^{er} avril au 31 décembre 2014

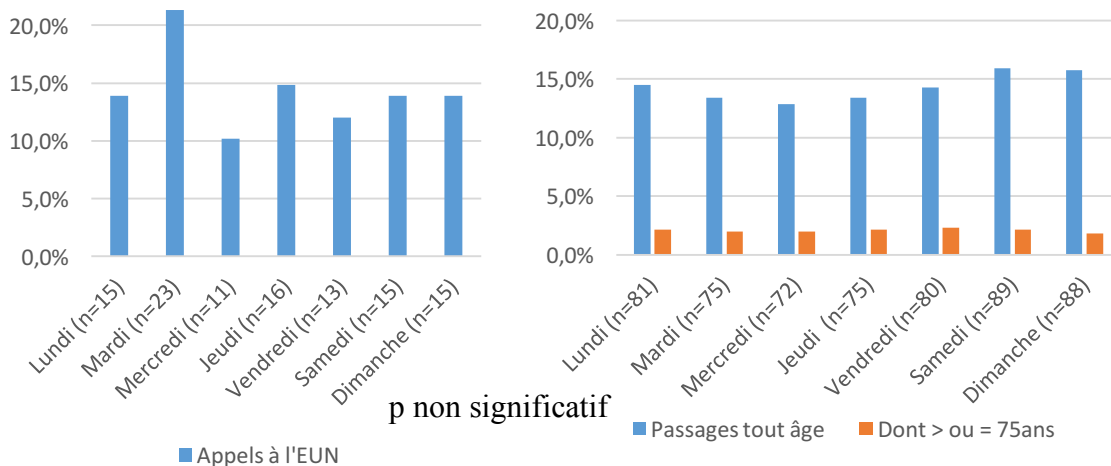


Figure 11 A et B : Répartition des appels en fonction des jours de la semaine (A) comparée à la répartition moyenne des passages quotidiens (B)

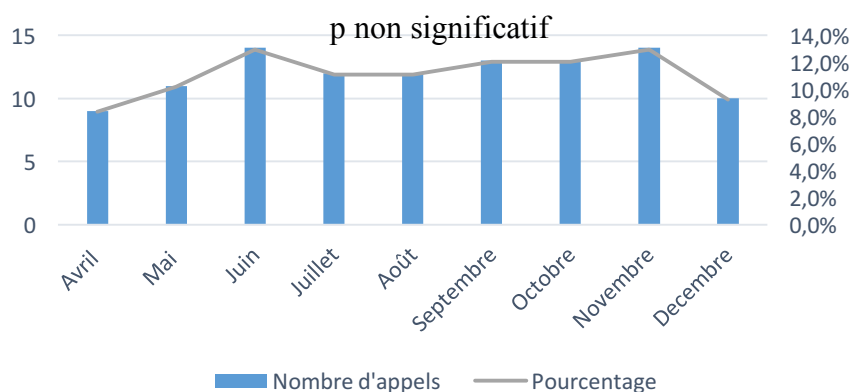


Figure 12 : Nombre d'appels par mois

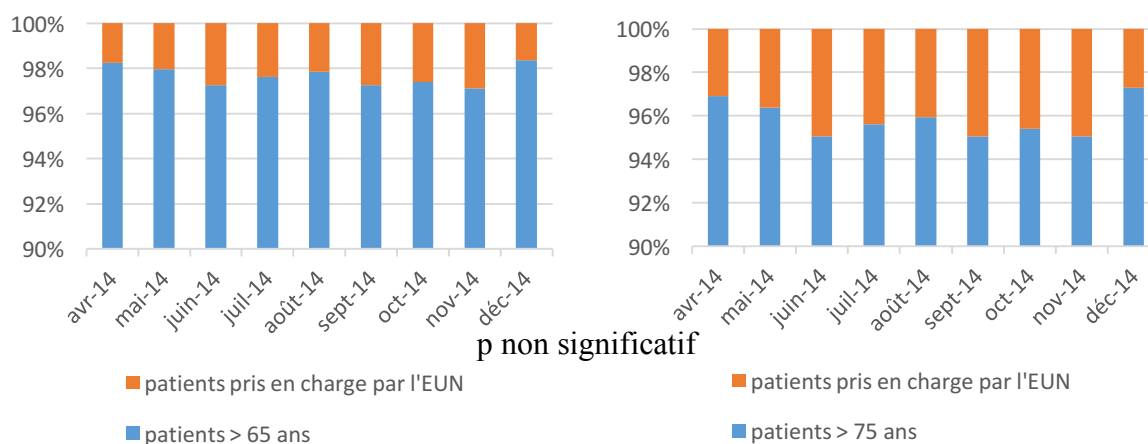


Figure 13 A et B : Nombre de patients pris en charge par l'EUN rapportée aux passages mensuels par âge de plus de 65 ans (A) et plus de 75 ans (B)

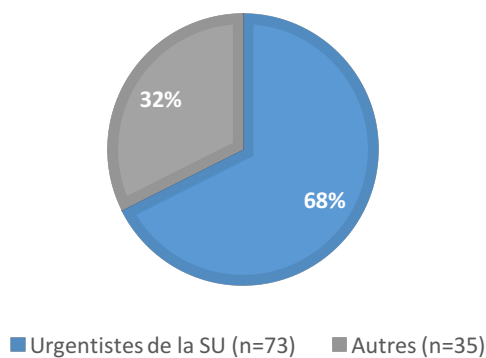


Figure 14 : Médecins appelant l'EUN

Médecins	Nombre de gardes par mois (%)
Urgentistes de la SU	25 (43,1)
Autres	35 (60,3)

Tableau 4 : Répartition mensuelle des gardes en fonction des médecins séniors

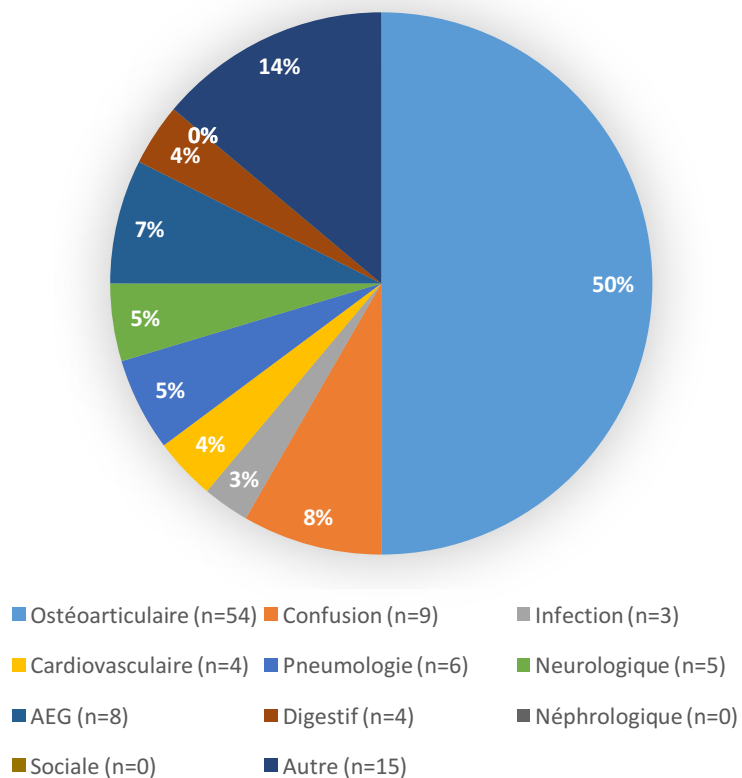


Figure 15 : Motifs de prise en charge initiale

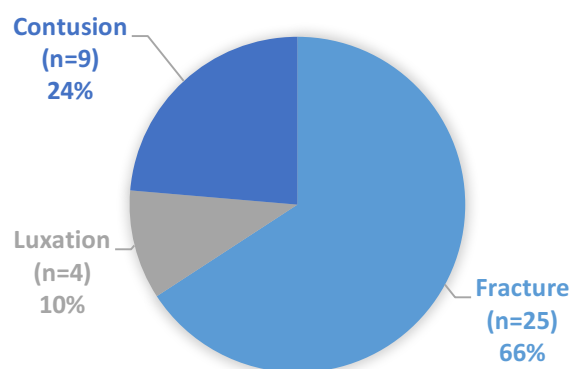


Figure 16 : Détails du motif ostéo-articulaire

4.3 Intervention de l'équipe DOMCARE

Les résultats portant sur l'intervention des équipes de DOMCARE au domicile des patients sont présentés dans les tableaux 5 à 7 et la figure 16. Ils illustrent les différents paramètres de l'intervention de l'EUN (tableau 5), les différents intervenants de l'ESAD (tableau 6) sollicités dans 36,1% des cas (n=39), les différents relais de ville (tableau 7).

Une ré-hospitalisation précoce est survenue dans 31,5 % des cas (n=34). La figure 16 en illustre des différentes causes. L'âge moyen des patients ré-hospitalisés est de 84,6 ans. Les ré-hospitalisations en urgence représentent 14,8% de l'ensemble de la cohorte. Les échecs de prise en charge représente 7,4% de l'ensemble de la cohorte. Il y a eu 0,9% de décès (n=1).

	Moyenne	Médiane	Minimale	Maximale	Intervalle interquartile (IQ25-75)
Délai d'intervention de l'EUN (heures minutes)	1h41	1h00	0h06	15h00	0h40-1h30
Durée d'intervention (jour)	4,7	4,0	0	50,0	2,0-5,0
Délai avant ré-hospitalisation précoce (jour)	5,4	5,0	1,0	17,0	2,0-7,0

Tableau 5 : Paramètres de l'intervention d'EUN

	Effectif (%)
TCAPSA	25 (64,1)
Assistante sociale	24 (61,5)
Ergothérapeute	7 (29,2)
Psychologue	0

Tableau 6 : Les intervenants de l'ESAD

	Effectif (%)
IDE libéral nouveau	33 (30,6)
IDE libéral déjà présent	64 (59,3)
IDE inutile	8 (7,4)
Refus	3 (2,6)

Tableau 7 : Les relais de ville

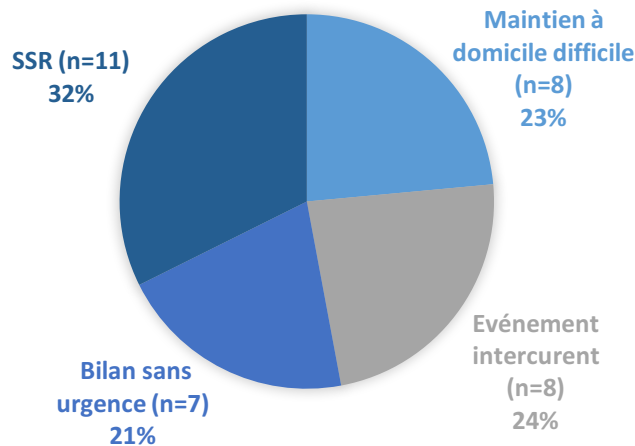


Figure 17 : Causes des 31,5% de ré-hospitalisations précoces (n=34)

	Moyenne	Médiane	Minimale	Maximale	Intervalle interquartile (IQ25-75)
Ré-hospitalisations programmées (jours)	4,8	5,0	1,0	9,0	3,0-6,0
Ré-hospitalisations en urgence (jours)	6,1	4,0	1,0	17,0	2,0-9,5

Tableau 8 : Détail des délais de ré-hospitalisation (programmée ou en urgence)

4.4 Aspects financiers

		Coût journalier (€)
EUN		95,0
UHCD		668,8
Patient hospitalisé 5 jours en HMS après son passage aux urgences	> 65 ans	837,9
	> 75 ans	957,5

Tableau 9 : Valorisation moyenne d'une journée de prise en charge

5 Discussion

5.1 Choix du sujet et méthodologie

Le choix du sujet se justifie par la prévalence importante, actuelle et à venir, des patients âgés aux urgences. L'effectif de 108 patients inclus confirme selon nous cet argument. Cependant, sur la même période, 22 253 patients ont consulté aux urgences de l'hôpital Robert Picqué. Parmi eux 4 606 avaient 65 ans ou plus. Nous avons donc confié à l'équipe DOMCARE 2,3% de ces patients. Or, parmi les patients qui consultent en SU, quelques uns sont hospitalisés en service de médecine ou de chirurgie, d'autres en réanimation, ou enfin, certains regagnent leur domicile sans nécessiter d'aide particulière. Ce chiffre est donc difficilement analysable dans la mesure où il s'agit de la proportion de patients confiés à l'EUN par rapport à l'ensemble des patients de 65 ans ou plus qui consultent dans notre SU.

Par ailleurs, l'étude de ce dispositif permet une première analyse afin de réorienter certains choix comme nous le décrirons plus tard. Il s'agit d'une étude *observationnelle rétrospective monocentrique descriptive*. En effet, la singularité de cette initiative ne nous a pas donné la possibilité d'envisager un travail multicentrique. Nous avons choisi de mener une analyse rétrospective car, selon nous, elle est adaptée à l'objectif de ce travail de thèse de médecine générale. De plus, il s'agit d'une première analyse à partir de laquelle nous pourrions envisager un second travail, prospectif cette fois-ci.

De même, cette thèse comporte des *biais* dont nous sommes conscients. Le nombre important de médecins différents qui interviennent aux urgences de l'HIA Robert Picqué peut constituer un biais de sélection dans cette étude. En effet, ils n'ont pas tous la même expérience dans la prise en charge des patients âgés, puisque certains d'entre eux sont des médecins généralistes militaires qui travaillent habituellement dans des régiments et donc confrontés la plupart du temps à une population jeune et autonome. Les spécialistes hospitaliers, autres que les médecins urgentistes, possèdent une expérience moindre lorsqu'il s'agit d'organiser les retours à domicile après une consultation pour un motif orthopédique par exemple. Enfin, nous pouvons dire qu'ils n'ont pas le même accès à l'information et à la sensibilisation de l'existence de l'initiative DOMCARE par rapport aux urgentistes présents chaque jour dans la SU.

5.2 Caractéristiques de la population

Notre cohorte est composée de 108 patients, soit l'intégralité des patients inclus. Elle comporte 67,6% de femmes (n=73). Cette donnée est similaire aux résultats de l'étude DREES menée en 2013 qui montre que parmi les personnes âgées, tout comme dans la population générale, que les femmes sont plus nombreuses à consulter aux urgences (60% dans la tranche d'âge des plus de 75 ans) en lien avec l'évolution naturelle de la population [7]. En effet, selon l'INSEE, le sexe ratio est de 0,75 chez les personnes âgées de 65 ans ou plus en 2015 [1].

L'âge moyen est de 83,2 ans, IC [78,5-90,0]. L'âge maximal est de 98 ans chez une femme vivant à domicile, marchant avec une canne et aidée par sa fille pour le ménage et les courses. Elle a consulté au SU suite à une chute mécanique ayant entraîné plusieurs fractures costales et deux fractures vertébrales. L'initiative DOMCARE a permis d'assurer le relai au domicile avant une hospitalisation en SSR. Son action a donc contribué au maintien à domicile en assurant une rééducation fonctionnelle après une chute mécanique à domicile. Cet exemple met en évidence l'importance d'une prise en charge médico psycho sociale chez la personne âgée fragile après une hospitalisation aux urgences d'origine accidentelle ne contre-indiquant pas le maintien à domicile.

Par ailleurs, nous constatons également que l'EUN n'a pas refusé de prendre en charge de patients même lorsque le médecin de garde lui adressait des patients ne répondant pas à l'ensemble de leurs critères de prise en charge. En effet, l'EUN a accepté d'assurer la continuité des soins d'un patient de 48 ans, d'une femme de 63 ans et de deux hommes de 62 ans dont nous détaillerons les caractéristiques ci-dessous.

Nous avons choisi de détailler les dossiers de quatre patients dont le médecin a jugé bon de solliciter l'EUN alors qu'ils ne correspondaient pas à l'âge demandé dans leurs critères d'inclusion :

- Un homme de 48 ans atteint de la maladie de Charcot Marie Tooth. Avant la consultation en SU, il se déplaçait à l'aide de 2 cannes avec un périmètre de marche d'environ 500 mètres. Au domicile, il bénéficiait de l'aide d'un tiers et d'une IDE intervenait pour la pose et le retrait de ses bas de contention. Il a consulté pour un traumatisme du membre inférieur droit ayant provoqué une fracture spino-tubérositaire non déplacée du plateau tibial gauche. Il a bénéficié d'un traitement orthopédique par immobilisation cruro-pédieuse par résine pendant 45 jours associé à un traitement anticoagulant préventif sous forme d'une injection sous cutanée par jour. Après discussion avec le patient, qui a refusé le SSR, la décision du retour à domicile a été prise. L'EUN a donc été mise en place pour une aide à la toilette, et à la préparation des repas ainsi que pour la réalisation temporaire des injections sous cutanées.

- Une femme de 63 ans qui a consulté pour une altération de l'état général dans un contexte psychosocial délicat. La patiente vivait avec son conjoint à domicile, 3 de ses enfants étaient très présents. Un conflit flagrant existait entre les enfants et le conjoint de la patiente. Cette dernière se trouvait dans une situation d'apathie et d'incurie. Le bilan réalisé aux urgences ne retrouvait pas de critères d'hospitalisation. La patiente elle-même ainsi que ses enfants n'ont pas voulu envisager une prise en charge psychiatrique. Rassurés par l'évaluation clinique et paraclinique menées au SU, la décision du retour à domicile semblait, pour eux, la plus adaptée. La patiente a donc été confiée aux équipes de DOMCARE afin d'assurer le passage régulier d'IDE et d'aides soignants la toilette et à la préparation des repas. L'expertise des TCAPSA a été bénéfique pour désamorcer le conflit familial, celle de l'assistante sociale a permis d'organiser un relai auprès d'auxiliaire de vie au terme des 13 jours de prise en charge.

- Un homme de 63 ans pris en charge pour un traumatisme du membre inférieur secondaire à une chute. Par ailleurs, son autonomie était préalablement diminuée par une myopathie de Steinert [22]. Il marchait accompagné de sa femme qui l'aidait également pour la toilette. Il a bénéficié d'une attelle plâtrée postérieure pour la prise en charge d'une fracture malléolaire externe. Une démarche, afin d'obtenir une place en SSR, lui a été proposée mais le patient a exprimé le désir de rester auprès de sa femme au domicile. Les équipes de DOMCARE ont permis son retour à domicile, et le passage de l'ergothérapeute. Un relai auprès d'une IDE de ville a été effectué 3 jours plus tard.

- Un homme de 62 ans a consulté pour altération de l'état général avec difficultés à la marche. Son autonomie en amont de la consultation en SU était déjà limitée. Il était dépendant pour tous les actes de la vie quotidienne suite à un déficit sensitivo-moteur de l'hémicorps droit séquellaire d'un accident vasculaire ischémique. Sa sœur s'occupait exclusivement de lui mais celle-ci était décédée trois jours plus tôt. Il vivait donc à domicile sans aide paramédicale. Le patient, conscient de sa dépendance et de la difficulté de son maintien à domicile, s'est alors entretenu avec le médecin de garde pour décider de la suite de la prise en charge. Ce dernier lui a proposé de bénéficier d'un séjour en SSR afin d'améliorer son autonomie, puis d'envisager une EHPAD. L'EUN de DOMCARE a assuré le maintien à domicile pendant que l'assistante sociale de l'ESAD programmait son hospitalisation en SSR 5 jours après la sortie des urgences, puis d'un placement en EHPAD par la suite.

Ce dernier cas peut donc ouvrir le champ d'action de DOMCARE à celui du maintien provisoire à domicile en attendant une place en SSR. Cependant, cette indication est à discuter au cas par cas en fonction du degré de dépendance et de l'indication d'un SSR. En effet, le patient doit toutefois pouvoir être suffisamment autonome pour ne pas nécessiter la présence permanente d'un personnel paramédical ou médical, mais suffisamment dépendant pour répondre aux critères d'une admission en SSR.

Parallèlement, nous constatons que les patients présentés ci-dessus ont une dépendance leur permettant de vivre à domicile et de bénéficier du dispositif DOMCARE. Leurs âges sont cependant inférieurs à ceux fixés dans le cadre d'une prise en charge par l'EUN ou du PAERPA. Ceci nous pousse à proposer que l'inclusion des patients se fasse en partie sur des critères de dépendance, sans tenir compte de l'âge.

Le temps moyen passé aux urgences est de 6h11, IC[3h54;7h00]. Le minimum est à 1h15. Il s'agissait d'une patiente de 78 ans qui, suite à une chute mécanique, a présenté une fracture du poignet droit. Elle a été prise en charge rapidement. Elle a bénéficié d'un traitement orthopédique par manchette plâtrée suite au bilan radiologique et à l'avis du chirurgien. Le retour à domicile a rapidement été organisé avec l'aide de l'EUN, contactée pour une aide à la toilette et à l'alimentation. Les équipes sont intervenu 2 jours à son domicile, le temps d'organiser le relai de ville.

Le délai maximum est de 23h40. Dans ce cas, l'EUN avait été prévenue un soir de la nécessité de prendre en charge au lendemain matin. Une patiente de 74 ans qui a consulté en fin d'après midi pour une chute. Cette dernière a entraîné une fracture du poignet gauche et un traumatisme crânien sous anticoagulants oraux. La patiente a donc été hospitalisée en UHCD pendant près de 24 heures, délai de surveillance neurologique habituel après traumatisme crânien sous anticoagulants. Par ailleurs, elle vivait seule à domicile sans aide.

La médiane est à 5 h 33 minutes. La durée médiane nationale de prise en charge aux urgences, quelque soit l'âge, en l'absence d'hospitalisation est de 1h52 [23]. En cas de réalisation d'un examen d'imagerie simple (radiographie), ce délai est allongé de 30 minutes. Lors de la réalisation d'un examen biologique, celui-ci se porte alors à 2h48. Dans tous les cas la durée de passage aux urgences augmente avec l'âge.

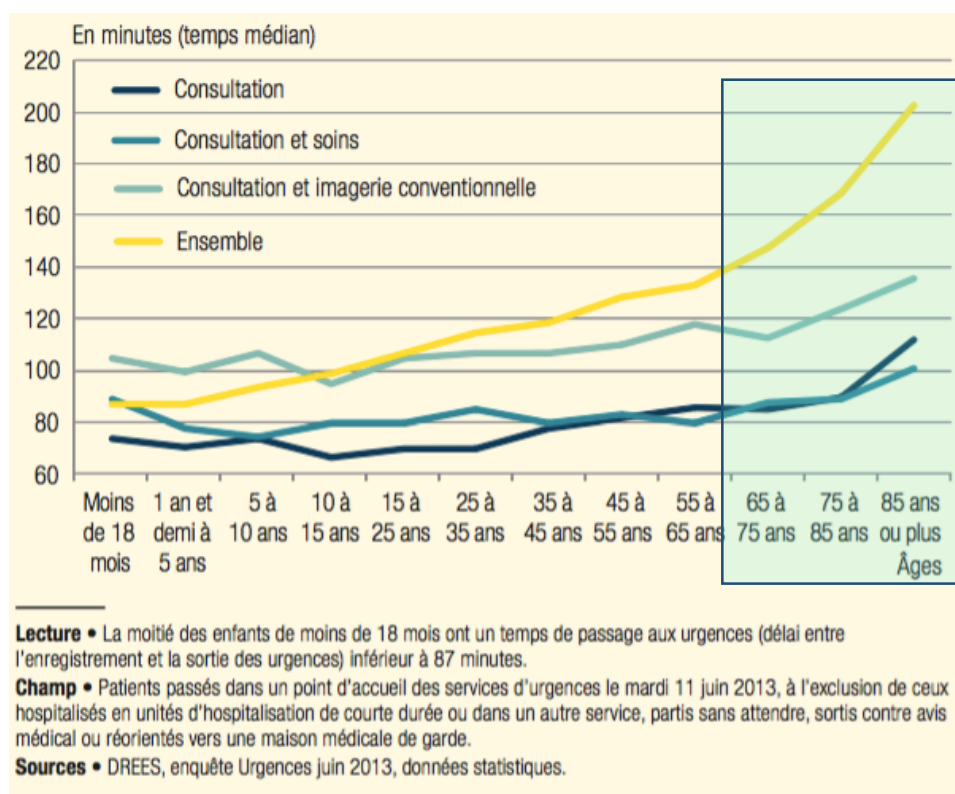


Figure 18 : Temps de passage en SU selon l'âge du patient et son parcours

La population cible de notre étude (cadre bleu sur la figure 13), sujette à des examens d'imagerie et de biologie, a une durée médiane d'environ 3h20 au niveau national. Cette médiane est donc inférieure à celle retrouvée dans notre cohorte. Mais il s'agit d'une moyenne de temps de passage de patients, certes âgés, mais dont le retour à domicile est effectué sans aide.

Aussi, nous pensons que ce fait peut s'expliquer par la durée de passage aux urgences mesurée dans notre étude qui comprend le délai d'intervention de l'EUN (en moyenne de 1h41). Cela pourrait donc augmenter le temps passé aux urgences alors qu'il s'agit d'un temps d'évaluation personnalisée et de préparation au retour à domicile. De plus, l'EUN est une alternative à une hospitalisation pour des personnes âgées fragiles. Ainsi, elle permet de diminuer les éventuelles complications, citées ci-dessous, que pourraient induire une nuit en SU par manque de possibilité d'organiser le retour à domicile de façon efficace :

- Cutanées : une escarre peut se constituer en quelques heures si le patient âgé fragile, donc potentiellement en carence nutritionnelle, reste alité et non mobilisé sur le brancard [24]
- Infectieuses, au niveau :
 - o Respiratoire tel que la pneumopathie d'inhalation ou la pneumopathie nosocomiale, ou même la grippe selon les saisons.
 - o Urinaire : avec une infection urinaire nosocomiale.
- Neuropsychologiques : la décompensation d'une démence sous jacente induite par le changement d'environnement brutal.

Les patients confiés à l'EUN *vivent seuls* dans 55,6% des cas (n=60). Cette clause n'est donc pas rédhibitoire à l'inclusion au dispositif DOMCARE. Parmi ceux qui vivent accompagnés, la disponibilité et le temps de présence de l'aidant sont difficilement évaluables. En effet, le fait de bénéficier d'un tiers peut être un plus dans le pronostic gériatrique [25].

Une étude menée en Alsace auprès de personnes âgées de plus de 75 ans, dans les années 1996 et 1997, confirme que le maintien à domicile dépend dans bien des cas de l'intervention d'aidants naturels dont le rôle est essentiel [26]. Le maintien à domicile des personnes, nécessitant de l'aide pour les actes de la vie quotidienne, était possible car la majorité (82 %) vivait en famille, avec un époux ou des enfants, tout en bénéficiant systématiquement en cas de dépendance sévère de soins par des professionnels de santé. Mais dans tous les cas l'implication des aidants naturels restait essentielle et au moins 6 à 7 fois plus importante que l'intervention des soignants professionnels.

Cinquante cinq pourcent des patients inclus (n=60) bénéficient du *passage d'une infirmière*, et 44,4% (n=48) bénéficient d'une *auxiliaire de vie*. Ce fait peut s'expliquer à la fois d'un point de vue financier par des aides de plus en plus présentes de la part des collectivités, via le CCAS, pour financer des aides à domicile, et à la fois d'un point de vue médical où le maintien à domicile peut être facilité par des aides extérieurs telles que les IDE. Toutefois, la valeur ajoutée du passage infirmier au domicile des patients reste méconnue, faisant l'objet de très peu d'études [27].

De même, organiser le retour à domicile d'une personne âgée fragile implique de s'assurer que le patient puisse subvenir aux besoins essentiels de la vie quotidienne en dehors des moments de présence des IDE ou auxiliaire de vie. Le patient doit donc être suffisamment autonome pour pouvoir se déplacer aux toilettes, appeler à l'aide s'il vit seul, ou posséder les équipements nécessaires afin de limiter au mieux ses déplacements. Enfin, la présence d'un aidant naturel peut également réduire les situations où le maintien à domicile semble difficile.

Dans notre série, une *téléalarme* est installée au domicile dans 25,9% des cas (n=28). Ce dispositif permet d'alerter un centre d'appels téléphoniques, qui appliquera par la suite une procédure en fonction des besoins du patient [28]. Elle se présente sous forme de boîtiers, de bracelet, de montres ou encore de colliers sur lequel la personne doit actionner un bouton. Ce dernier point nécessite la participation de la personne âgée et constitue la principale limite en cas de troubles cognitifs ou de malaise grave.

Sa mise en place est recommandée par l'HAS lors de l'aménagement du domicile des personnes âgées à risque de chute afin de diminuer le délai d'intervention [29]. Son financement peut être effectué intégralement par l'APA [30]. Parmi les personnes âgées de plus de 60 ans, 4% disposent d'une téléalarme [31]. Sa prévalence augmente avec la dépendance. Parmi les personnes âgées peu dépendantes (GIR 1 et 2), 18% en disposent. En revanche, 25 % pour les GIR 3 et 4 possèdent la téléalarme. Cette population correspond bien aux patients de la cohorte de notre étude et retrouve une prévalence similaire.

Au sujet de *l'origine géographique*, 47,2 % des patients (n=51) pris en charge lors de l'année 2014 habitaient au-delà de la rocade Bordelaise. Nous avons choisi d'étudier ce critère car depuis 2015, l'ARS a modifié les critères d'éligibilité au dispositif DOMCARE en ajoutant une restriction géographique dans le cadre du PAERPA. Aujourd'hui, le fait d'habiter à l'intérieur de la rocade conditionne l'accès à la prise en charge par l'EUN. Ce critère réduit donc de moitié le nombre de patients éligibles.

Par ailleurs, cette restriction géographique favorise le recrutement d'une population urbaine. Cependant, les possibilités d'accès aux soins de proximité, définies comme les soins fournis par les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes et les chirurgiens dentiste, sont différentes en ville par rapport à la zone rurale [32]. En zone urbaine, cette distance moyenne est très faible, quelle que soit la taille de l'unité urbaine. Elle est par contre significativement plus élevée pour les communes rurales avec une distance moyenne de 2,9 km pour les médecins généralistes libéraux (soit 7 minutes) et de 3,3 km pour les infirmiers libéraux (soit 9 minutes).

Pour les zones en périphérie des pôles urbains, le temps d'accès moyen est plus important mais reste relativement modéré : il est de l'ordre de 2 km (soit 2 à 3 minutes) pour les médecins généralistes et de 6 km (soit 7 à 8 minutes) pour les infirmiers libéraux. Au final, cette analyse conclut que l'accès aux soins de proximité demeure globalement bon sur l'ensemble du territoire car 95 % de la population se situe à moins de 15 minutes de cette offre.

Finalement, le patient typiquement pris en charge par DOMCARE est plutôt une femme âgée en moyenne de 83 ans. Elle passe en moyenne 6h11 avant de quitter la structure d'urgence avec l'EUN. Elle vit seule à domicile dans près d'une fois sur deux, mais bénéficie de peu d'aide : 55% d'IDE, 44% d'auxiliaire de vie et 24% de téléalarme. Dans 47 % des cas, elle habite à l'extérieur de la rocade bordelaise.

5.3 Les caractéristiques de l'appel

5.3.1 L'heure de l'appel

L'un des objectifs de l'EUN de DOMCARE est de pouvoir être disponible quand les acteurs de villes, tel que l'infirmier du domicile ou les auxiliaires de vie ne le sont plus. Ainsi, le retour à domicile de la personne prise en charge se fait aussi facilement qu'aux heures ouvrables et aucune concurrence n'apparaît avec les acteurs locaux déjà en place.

Comme nous le montre la figure 10, la médiane des appels se situe entre 20 heures et 21 heures. Or, le changement d'équipe médicale a lieu à 18 heures aux urgences de Robert Picqué. Nous pouvons nous demander si la sortie de certains patients n'est pas retardée pour mettre en place l'EUN (patients seuls par exemple) ou si au contraire l'équipe médicale de garde évoque cette possibilité en prenant son service. Cet attrait nous a donc amené à nous poser la question suivante : existerait-il un intérêt à élargir ces créneaux horaires plus tôt dans la journée ?

Parmi les patients de 65 ans ou plus, 65,7% arrivent en dehors des créneaux de disponibilité de l'EUN. Le tableau 3 nous montre que la population cible de DOMCARE consulte principalement en journée, donc en dehors des créneaux de disponibilité de l'EUN. Selon nous, un bénéfice à mettre en place ce dispositif la journée existerait, mais ce serait en contradiction avec l'objectif de non concurrence, faisant partie des prérequis de la politique de l'EUN. En outre, dans le cas où le patient ne possède pas d'aide à domicile, soit 45 % de notre cohorte, ou que l'IDE de ville ne peut pas renforcer son rythme de passage dans l'immédiat, un risque de rupture du parcours de soins apparaît. L'intervention de DOMCARE aurait alors toute sa place. Par ailleurs, même en cas d'aides existantes au domicile avant la consultation en SU, l'expertise de ce dispositif permettrait une amélioration de la coordination entre les différents intervenants.

Nous pourrions alors rapprocher ce mode de fonctionnement des *Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG)* qui existent dans certains centres hospitaliers [33,34]. Elles existent depuis les années 90 mais ne se sont développées qu'à la suite de la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. Elles travaillent en collaboration avec les CLIC (Centre Locaux d'Information et de Coordination) et les réseaux de santé. Les EMG sont donc complètement intégrées dans la coordination gérontologique permettant ainsi de développer le lien entre les secteurs intra et extra-hospitaliers et donc de poursuivre l'amélioration de la prise en charge globale de la personne âgée. Les équipes sont le plus souvent rattachées à un service de gériatrie aiguë ou de court séjour gériatrique. Elles sont financées par les agences régionales d'hospitalisation aux dépens des crédits d'assurance maladie [35].

Ce dispositif permet de dispenser un avis gériatrique dans l'ensemble des services de l'établissement, y compris aux urgences. L'EMG constitue une interface entre la filière de soins gériatriques des unités de médecine conventionnelle ou des SU, les établissements médico-sociaux (EHPAD) et les intervenants à domicile. Elle intervient donc préférentiellement auprès des personnes âgées fragiles ou polypathologiques. Ses missions sont :

- De conseiller et former les équipes soignantes
- De mener une évaluation médico-psycho-sociale au lit du patient
- D'élaborer un projet de soins et de vie
- D'orienter la personne âgée dans la filière gériatrique
- De participer à l'organisation de sa sortie.

Elles sont composées d'un médecin gériatre, d'un infirmier diplômé d'état, d'une assistante sociale et d'une secrétaire. Ils travaillent en lien avec un psychologue, un ergothérapeute et un diététicien. Tous sont formés aux techniques d'évaluation gériatrique. Il revient à l'ARS de moduler l'effectif en fonction de la taille de l'établissement. Leur modalité d'intervention se fait sur appel du service hospitalier.

Une étude nationale rétrospective multicentrique observationnelle descriptive a été menée auprès de 18 EMG réparties sur l'ensemble du territoire [36]. L'effectif des patients inclus était de 3 829 patients, à prédominance féminine (61,7%) d'âge moyen de 84,9 ans +/- 6,3 ans. Ils vivaient à domicile dans 84,6% des cas et bénéficiaient d'une aide humaine dans 45,9% des cas. Pour mémoire, dans notre cohorte, la moyenne d'âge est à 83,2 ans avec 67,6% de femmes qui vivaient à domicile et bénéficiaient d'une aide humaine dans 55,6 % des cas. La population cible de DOMCARE ressemble donc à celle de l'EMG. L'intervention de cette dernière a eu lieu en SU dans 55,5% des cas. Elle a été le plus souvent appelée pour un avis gériatrique ou une aide à l'orientation de patients âgés et polypathologiques, la plupart du temps dans un contexte de chutes ou de pathologies aiguës (notamment cardiopulmonaires).

Concernant l'activité extra-hospitalière des EMG, son champ d'action est surtout dirigé vers les établissements médico sociaux. Dans la région d'Annecy, elle a été créée dans le cadre d'une convention de coopération entre le CH et les établissements médico-sociaux alentours [37]. Une enquête a été réalisée auprès d'EHPAD de la région afin d'évaluer des attentes de ces structures médico-sociales. Elle conclut que l'EMG extra-hospitalière est sollicitée pour des résidents fragiles polypathologiques en situation à risque d'hospitalisation comme l'AEG ou des chutes à répétitions.

L'intervention de l'EMG extrahospitalière permettrait d'éviter certaines admissions non programmées et d'améliorer l'orientation de la filière gériatrique. Leur expertise est appréciée par les médecins traitants comme un avis d'expert hospitalier permettant de faire, d'une part un consensus médical, et d'autre part de rassurer les soignants et l'entourage familial dans la poursuite des soins et des bonnes pratiques gériatriques. Par ailleurs, ses missions de formation et de diffusion des bonnes pratiques gériatrique en font un atout auprès de l'entourage médical et paramédical du patient.

Parallèlement, au sein du SU du CHU de Bordeaux a été mise en place une cellule de coordination des urgences gériatriques dès décembre 2011 [38]. Cette cellule a été développée avec le soutien de l'ANAP (agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux qui insistent sur la nécessité d'une prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles aux urgences). Elle est composée de membres permanents comme 2 médecins urgentistes, le médecin de l'EMG et le cadre du service. Le groupe s'est donné pour missions :

- De tenter d'adapter les urgences aux personnes âgées fragiles, en sensibilisant les équipes (création de protocoles, formations)
- D'identifier des référents pour les problèmes gériatriques
- De connaître la filière gériatrique

Au final, nous voyons bien que l'EUN de DOMCARE et les EMG s'opposent sur leur disponibilité et sur les moyens mis en place. En effet, il s'agit tout de même de deux dispositifs radicalement différents. Le premier, composé uniquement de personnel paramédical, accompagne le retour à domicile et assure le suivi du patient en attendant un relai de ville. Le deuxième, avec l'aide d'un médecin, effectue principalement une évaluation puis une orientation d'un patient âgé qui peut se faire soit vers le domicile, soit vers un service d'hospitalisation adapté. Cependant, les deux dispositifs se rejoignent dans la volonté d'améliorer le parcours de soin des aînés admis aux urgences.

5.3.2 Répartition en fonction des jours de la semaine

La figure 11 A montre qu'il n'existe aucune différence significative du nombre des appels en fonction des jours de la semaine (p non significatif).

Néanmoins, ce résultat est inattendu dans la mesure où nous pensions trouver un nombre d'appels plus important les lundis, vendredis, et week-ends, journées traditionnellement plus chargées aux urgences. Mais, comme nous le rapporte la figure 11 B, le nombre de passages n'est pas corrélé au jour de la semaine, ni pour les plus de 75 ans (p non significatif), ni pour les patients de tous les âges (p non significatif).

Dans l'étude DREES, sur l'année 2013, le mardi ne se situe pas dans les valeurs les plus basses de passages parmi les jours de la semaine, l'activité y est toutefois moins importante que les lundis ou les week-ends [7].

5.3.3 Nombre d'appels par mois

La figure 12 montre qu'il y a, en moyenne, 12 appels par mois soit 3 appels par semaine durant notre étude. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le nombre d'appels au fil des mois (p non significatif).

Nous pensons que les horaires restreints et, comme nous le développerons plus tard, le temps d'accompagnement au domicile expliquent en partie le relativement faible recrutement de l'EUN dans notre SU.

Comme nous le montre la figure 12, le nombre d'appel est d'emblée maximal, alors que nous aurions pu nous attendre à une courbe rapidement progressive avant d'atteindre un plateau, correspondant à une accroche rapide, et éventuellement une décroissance sur la fin d'année en cas de lassitude. Nous pouvons penser que si le nombre d'appel est d'emblée maximal, c'est parce que DOMCARE répond à un besoin dans la prise en charge des personnes âgées qui consultent aux urgences de l'HIA Robert Picqué. Nous pourrions aussi penser que l'information a été correctement diffusée à l'ensemble des médecins séniors des urgences.

Quelles sont les raisons de cette stabilité ? Trois raisons peuvent être évoquées.

Une autre explication, contrairement à ce que nous venons de dire, serait que l'information sur ce dispositif a mal été diffusée aux médecins extérieurs. En effet, seuls les intervenants ayant pris connaissance de l'existence de DOMCARE et de son rôle pensent à le mettre en place lorsqu'ils prennent en charge un patient répondant aux critères d'inclusion. Cette situation peut être le cas des urgentistes en poste aux urgences comme des autres hospitaliers, qui prennent régulièrement des gardes et qui sont donc sensibilisés à ces problématiques. A l'inverse, il semble au quotidien plus difficile de diffuser une information aux médecins extérieurs. Ces médecins prennent épisodiquement des gardes aux urgences de l'HIA Robert Picqué et leur attention peut donc être focalisée sur d'autres problématiques que celle de l'accompagnement des personnes âgées lors du retour à domicile. Cette hypothèse pourrait expliquer une accroche rapide puis une stabilisation du dispositif. Elle correspondrait alors essentiellement à l'activité des praticiens à temps plein de la structure, immédiatement convaincus de l'efficacité de ce dispositif et maintenant leurs demandes tout au long de l'étude. De même, les paramédicaux du SU ont peut-être également adhéré au dispositif. Bien informés, ils ont pu jouer un rôle dans le déclenchement du l'EUN en le rappelant au médecin.

La deuxième hypothèse serait celle d'un manque d'adhésion de la part des praticiens. Il appartient au médecin de garde de poser l'indication du retour à domicile. Cependant, certains peuvent éliminer l'éventualité de le programmer en pleine nuit. Les raisons peuvent être multiples. Le médecin peut ne pas avoir confiance dans ce dispositif d'aide au retour à domicile en pleine nuit. Il peut préférer garder le patient fragile en surveillance quelques heures avant de le réévaluer après une nuit en UHCD. Il peut également décider de patienter jusqu'au lendemain afin de contacter le médecin traitant ou l'IDE, ainsi que la famille du patient pour parfaire le recueil des antécédents et informer les différents protagonistes du motif de consultation en SU et assurer le retour à domicile. Ce manque d'adhésion pourrait être amélioré par la mise en place d'une synthèse des actions menées par DOMCARE. Cette thèse a également pour but de valoriser et de faire connaître cette initiative.

La troisième serait que le nombre de patients âgés qui consultent aux urgences aurait diminué avec le temps. En moyenne mensuelle, notre SU a reçu, pendant la période de l'étude, 512 patients de plus de 65 ans et 282 patients de plus de 75 ans. Avec un pourcentage relatif moyen de 2,4 % pour les plus de 65 ans et de 4,3 % pour les plus de 75 ans.

Les figures 13 (A et B) nous montrent qu'il n'existe aucune différence significative (test du Chi²) du nombre de passage par mois, et ce quelque soit l'âge ($p > 0,05$).

L'étude DREES sur l'année 2013 retrouve que chez les personnes âgées, l'activité est la plus importante les mois d'hiver [7]. Notre étude se déroulant du mois d'avril au mois de décembre, nous n'avons pas pu constater une telle tendance, faute de recrutement.

5.3.4 *L'appelant*

Les médecins urgentistes à temps plein dans la structure sont à l'origine de 67,6% des appels. Si nous prenons en compte le fait que 18% des appels ont eu lieu entre 17 et 18 heures, créneau horaire pendant lequel, en semaine, un médecin des urgences est majoritairement présent, cette donnée permet de renforcer le fait que les médecins urgentistes font plus souvent appel à l'EUN que les intervenants extérieurs venant prendre des gardes.

Peut-être existe-t-il un défaut d'information des autres médecins, comme nous l'avons développé précédemment.

Cependant, nous voulons souligner le fait que de proposer l'intervention de l'EUN pour patient traité directement par le sénior de garde peut s'avérer délicat. En effet, cela pourrait être perçu comme une remise en cause de ses compétences par le personnel, alors qu'il s'agit simplement d'une proposition qui pourrait s'inscrire dans une démarche centrée sur l'intérêt du patient. Le médecin de garde, parfois moins expérimenté en gériatrie, pourrait alors bénéficier d'une aide à la décision dans un domaine qu'il maîtrise moins, sans que cela soit malveillant. Alors, le principe « travailler ensemble » prévaut, surtout lorsqu'il s'agit de personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

5.3.5 *Le motif*

Pour rappel, le patient a été victime d'une chute dans 62% des cas (n=67). Dans 50% des cas (n=54), le motif d'admission est ostéo-articulaires, c'est à dire soit en lien avec une fracture (19,4% ; n=21), soit une luxation (3,7 % ; n=4) ou une contusion osseuse (8,3% ; n=9).

Dans l'étude DREES de 2013, les personnes âgées consultent en règle générale pour des motifs plus variés que dans la population générale [7]. Chez les plus de 75 ans, les motifs cardiovasculaires, neurologiques ou respiratoires sont plus fréquents. Cette donnée ne s'est pas retrouvée dans notre échantillon à cause d'un biais de sélection. En effet, les patients inclus dans notre cohorte sont issus d'une population pour lesquels le retour à domicile est indiqué, soit un échantillon des patients âgés fragiles qui consultent en SU.

Les chutes chez les personnes âgées résultent pratiquement toujours d'un accident de la vie courante et constituent de loin la cause la plus fréquente de décès par accident de la vie courante [7]. En 2010, il y a eu en France 20 851 décès par accident de la vie courante dont les trois quarts (16 027) sont survenus chez les 65 ans et plus. Selon le Baromètre santé 2010, plus d'une personne de 65-85 ans sur cinq (21,4 %) déclare qu'il lui est arrivé de tomber au cours des 12 derniers mois.

Globalement, chaque année, ce sont 6,0 % des 65 ans et plus sont victimes d'une chute avec recours aux urgences. Les autres circonstances pouvant entraîner une chute sont multiples comme des maladies aiguës [39] :

- Troubles du rythme/conduction
- Accidents vasculaires cérébraux
- Insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde
- Maladies infectieuses
- Hypoglycémie chez les patients diabétiques

Les conséquences de cette chute, graves voire dramatiques, augmentent avec l'âge [39] :

- Traumatismes physiques modérés à sévères (luxations, fractures ou contusions)
- Impossibilité de se relever du sol et ses conséquences (rhabdomyolyse, hypothermie, escarre, pneumopathie d'inhalation ou déshydratation par exemple)
- Syndrome post-chute ou désadaptation psychomotrice reste une complication fonctionnelle aiguë des chutes à l'origine d'une incapacité motrice et/ou cognitive totale ou partielle [40]. Il s'agit d'une urgence gériatrique car tout retard dans son diagnostic et sa prise en charge peut entraîner une cascade pathologique souvent dramatique pour la personne âgée.
- Les chutes sont responsables directement ou indirectement de 9 000 à 10 000 morts par ans en France [41]

L'EMG prend également en charge des patients victimes de chute dans 28,9% des cas et des patients avec des fractures dans 10,2 % des cas. Le motif ostéo-articulaire a donc également une prévalence importante dans leur prise en charge.

De même, une étude menée sur l'impact de l'intervention en orthopédie traumatologie de l'infirmière de l'EMG dans la prise en charge nutritionnelle du patient âgé a conclu que son travail a permis de mettre en place des actions spécifiques autour de la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés en traumatologie, tant dans la sensibilisation du personnel paramédical, que dans l'organisation de l'évaluation et de l'intervention nutritionnelle adaptée et systématique [42]. Nous pouvons donc penser qu'une prise en charge gériatrique adaptée est un bénéfice dans la prise en charge globale du patient y compris après une consultation pour un motif traumatologique qui représente dans notre échantillon 50% des motifs de consultations.

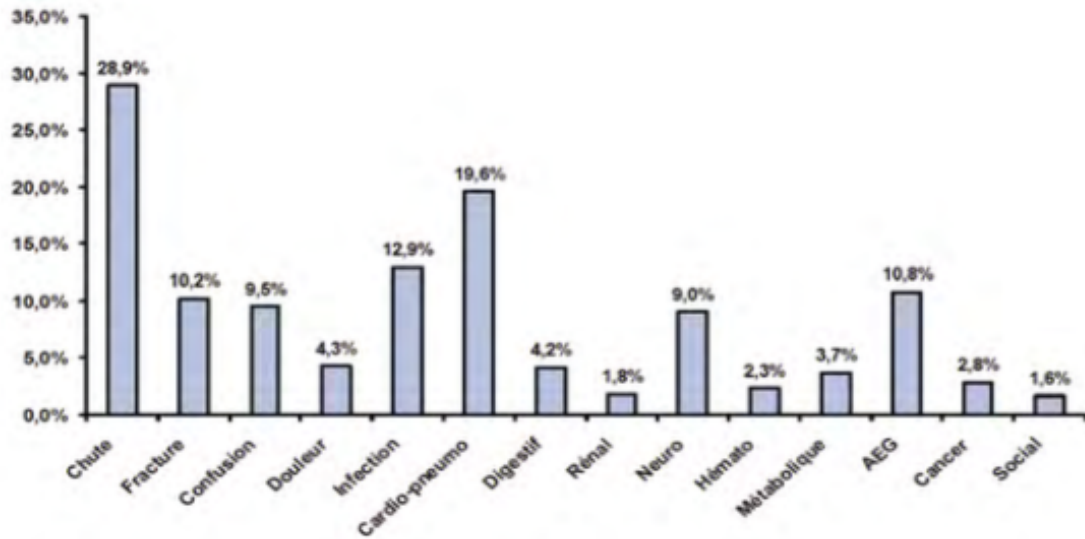


Figure 19 : Motifs d'admissions des patients pris en charge par l'EMG [36]

La diversité des motifs d'admission des patients peut s'expliquer par le fait qu'ils interviennent aussi au sein de services hospitaliers, contrairement à l'EUN qui n'intervient qu'en SU.

Une étude a été réalisée auprès du SU du CHU de Bordeaux pour déterminer les facteurs de risques de la survenue d'escarre et leur incidence aux urgences [24]. Ce travail a montré la nécessité d'une prévention active durant cette période à risque. En effet, l'incidence d'escarre stade 1 à la sortie de la SU était de 12,2% chez les patients âgés de plus de 75 ans. Parmi les améliorations des pratiques aux urgences apportées par l'EMG, il a été noté en particulier la mobilisation au fauteuil, l'utilisation de déambulateur, la mise en place de chaise garde-robe, la présence d'une aide au repas des personnes dépendantes quotidiennes. Une action éducative a été menée dans la SU mais elle a été limitée par un turn-over important des soignants.

Nous pensons que cette étude confirme la nécessité d'une prise en charge précoce des personnes âgées fragiles dès leur admission en SU, comme nous le disions précédemment. Il s'agit donc de prendre en charge à la fois les complications d'une éventuelle chute si tel est le motif d'admission, mais aussi de prévenir de manière efficace les éventuelles complications liées à une hospitalisation en SU.

Nous voyons donc que 50 % des appels ont lieu avant 21 heures, indifféremment du jour ou du mois. Le médecin urgentiste contacte le plus souvent l'EUN pour organiser le retour à domicile précoce d'une personne âgée dont la chute a occasionné une fracture.

5.4 Intervention de DOMCARE

5.4.1 Délai d'intervention

Le délai d'intervention est, par définition, le délai compris entre l'appel de l'urgentiste à l'EUN et le moment où le patient quitte les urgences. Ce temps comprend, le temps d'attente de l'ambulance et allonge le délai réel d'intervention de l'équipe urgences nuit. Signalons tout de même que la distance qui sépare Robert Picqué de Bagatelle est de 1,4km, soit 10 à 15 minutes en voiture. Le délai d'intervention est en moyenne de 1 heure 41 minutes, avec un maximum à 15 heures. Nous avons observé un minimum de 6 minutes qui correspond à une patiente qui a été confiée à DOMCARE alors que l'EUN était passée fortuitement dans le service. Le dossier leur avait donc été confié après l'appel de l'ambulance qui était arrivée simultanément.

Le délai maximal s'explique par le fait que l'appel a eu lieu la veille pour une demande de prise en charge d'un patient le lendemain matin. Le patient n'avait pas pu retourner à son domicile dans la nuit car il avait consulté pour une chute ayant entraîné une fracture de la clavicule et un traumatisme crânien sous anticoagulants. Il avait donc été hospitalisé en UHCD pour surveillance neurologique. DOMCARE a été sollicité pour faciliter le retour à domicile de ce patient qui vivait seul et ne possédait aucun parcours de santé de ville. Ce dossier diffère de celui de la patiente de 74 ans détaillé plus haut, même s'il s'agit également d'un patient qui a passé plusieurs heures en surveillance médicale. En effet, dans ce cas précis, l'appel avait été passé précocement dans la prise en charge afin d'anticiper la problématique du retour.

La médiane est d'une heure, IC[0h40;1h30], ce qui nous paraît tout à fait satisfaisant. Ce délai est donc potentiellement allongé par le temps d'attente de l'ambulance.

Le délai moyen d'intervention de l'EMG était de $0,7 \pm 2,1$ jours [36]. L'EUN de DOMCARE intervient donc plus rapidement disponible que l'EMG. Cette différence était prévisible. Elle peut s'expliquer par le fait que l'EUN intervient dans un seul service d'urgence alors que l'EMG se déplace dans tous les services du CH, y compris dans la SU.

Mais la réactivité de l'EUN dépend aussi du lieu où elle se situe lors de l'appel. En effet, l'existence d'une équipe de nuit unique peut être un frein à sa rapidité de déclenchement. Lorsque plusieurs prises en charge sont demandées le même soir, elles peuvent être retardées par le manque de disponibilité de l'EUN déjà à l'œuvre au domicile d'un patient. Nous n'avons pas pu mesurer le *temps d'accompagnement* au domicile d'une intervention. Il dépend, entre autre, de la distance qui sépare ce dernier de l'HIA Robert Picqué, et de l'importance des soins à dispenser le soir même. Ce temps d'accompagnement est estimé à 3 heures par l'EUN.

5.4.2 *Durée d'intervention au domicile*

La durée d'intervention moyenne est de 4,7 jours, IC [2,0;5,0]. Ce fait montre l'efficacité à la fois de la coordination entre l'équipe de nuit et l'équipe qui intervient de jour, ainsi que le réseau d'intervenants paramédicaux de villes composé de personnels réactifs. De même, cela confirme l'un des objectifs de l'EUN, de ne pas se substituer aux aides déjà en place, mais d'en assurer un relai temporaire.

Pour les patients qui n'ont pas d'auxiliaire de vie (55,5 % des cas ; n=60) l'initiative DOMCARE permet d'apporter une aide personnalisée au moment des repas que l'IDE de ville n'est pas toujours en mesure d'apporter. Ce soutien peut s'avérer temporairement précieuse.

Par ailleurs, ce délai comprend aussi le maintien à domicile de patients en attendant une hospitalisation programmée en SSR ou en service de gériatrie.

A noter que cette durée prend également en compte le délai d'action de l'ESAD. En effet, même si le relai de ville auprès des professionnels paramédicaux est effectué, mais que la prise en charge sociale se poursuit, cela prolonge cette durée.

Nous pensons alors que ce court délai confirme le caractère temporaire nécessaire de l'intervention de l'initiative DOMCARE, afin d'améliorer la coordination entre le médecin traitant, les paramédicaux intervenant au domicile et les aidants, sans toutefois s'imposer dans le temps.

La durée minimale est de moins d'un jour lorsque le relai de ville a été possible dès le lendemain matin. Il s'agissait d'une patiente qui bénéficiait déjà du passage d'une infirmière au domicile avant sa consultation aux urgences.

La durée maximale de 50 jours concerne le patient de 48 ans, cité précédemment, pris en charge suite à une fracture tibiale traitée par une immobilisation. Le relai auprès de l'IDE de ville s'est effectué le lendemain. Mais les aides-soignants de l'EUN sont intervenus régulièrement pour un aménagement du domicile après l'évaluation de l'ergothérapeute et une aide à la préparation des repas en attendant un relai auprès d'une auxiliaire de vie organisé par l'assistante sociale.

Enfin, la littérature confirme qu'une intervention gériatrique sur le lieu de vie du sujet âgé permet d'éviter l'hospitalisation. Cependant le temps consacré à cette modalité d'évaluation est parfois long [43].

5.4.3 *Autres intervenants au domicile*

L'ESAD est intervenue au domicile dans 36,1 % des cas (n=39). Les deux acteurs les plus fréquents au domicile sont d'une part les assistantes sociales, 61,5% (n=24), d'autre part les TCAPSA, 64,1% (n =25).

La prévalence de l'action des assistantes sociales est le reflet d'un besoin souvent négligé et ne pouvant être apporté de manière convenable en SU, par manque de temps et de moyens. En effet, l'assistante sociale qui intervient aux urgences, couvre également d'autres services dont le service de médecine interne, très demandeur en SSR ou EHPAD. Les personnes âgées fragiles polyopathologiques nécessitent plus qu'une « simple » prise en charge médicale du fait de leur fragilité sociale causée soit par l'isolement au domicile, soit par la perte d'autonomie temporaire ou définitive.

Par ailleurs, les liens ville-hôpital s'avèrent être le cœur de métier de l'assistante sociale hospitalière puisque sa fonction de réinsertion sociale est au carrefour de l'intra et de l'extra hospitalier [44]. Cette fonction nécessite une expertise gériatrique pluridimensionnelle pour intervenir dans l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée fragile mais également une participation au développement des relations "ville-hôpital" en partenariat avec les instances de coordination gériatriques et les réseaux.

Les TCAPSA personnalisent le soin au domicile du patient en tenant compte de l'aidant. Leur action est également un indicateur d'un véritable besoin social, enjeux sur la prise en charge des aidants. Par ailleurs, l'HAS recommande de soutenir les aidants [45]. Une étude réalisée en 2009 sur le fardeau de l'aidant dans la pathologie démentielle a montré que l'institutionnalisation des patients présentant une maladie d'Alzheimer ou un syndrome apparenté était dépendante du fardeau ressenti par l'aidant principal [46]. De même, ce fardeau reste peu influencé par la perte d'autonomie fonctionnelle des patients. Il est donc important d'axer principalement le soutien aux aidants sur la gestion des troubles du comportement, ce d'autant que le poids social rend leur évaluation parfois difficile. Ainsi, le rôle des TCAPSA est d'évaluer le niveau d'épuisement de l'aidant afin de proposer si besoin des solutions pour le soulager comme, par exemple :

- Une éducation thérapeutique ciblée selon les besoins de l'aidant
- Une prise de contact auprès du CCAS de rattachement qui anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune auprès d'un public de tout âge, y compris des personnes âgées. Ainsi, il s'agit de permettre au patient et à l'aidant de mieux connaître les aides humaines ou financières accessibles aux personnes âgées dans leurs communes.

- Des structures d'accompagnement et de répit conçues afin de permettre aux aidants de proximité des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer de disposer de relai professionnels leur permettant de marquer une pause dans leur accompagnement rapproché [47]. Nous pouvons citer :
 - o Des accueils de jour
 - o Des hébergements temporaires en EHPAD
 - o Des MAIA

Dans une méta-analyse portant sur les impacts d'une intervention psycho-éducative aux aidants, 4 études sur 7 montrent un effet positif de l'intervention sur le délai d'entrée en institution [48]. Nous pouvons donc penser que l'action des TCAPSA dans la prise en charge des patients fragiles s'avère particulièrement précieuse.

Par ailleurs, selon nous, les *psychologues* ne sont pas intervenus parce qu'une aide psychologique est déjà apportée par les TCAPSA. Mais le contrat de ces dernières n'a pas été renouvelé à la fin de l'année 2014. Un relai a cependant pu être pris par les psychologues de l'ESAD qui n'ont pas été sollicités pendant la durée de notre étude.

Enfin, les *ergothérapeutes* interviennent dans 29,2% des cas (n=7) afin de réaménager l'environnement du domicile et de favoriser le maintien à domicile des patients âgés pris en charge par les équipes de DOMCARE [49].

5.4.4 Relai de ville

L'initiative DOMCARE n'est qu'une solution temporaire dans la prise en charge des patients en évitant la rupture du parcours de soins des personnes âgées fragiles avant un relai de ville.

Plusieurs solutions s'offrent alors pour la suite : soit auprès de professionnels déjà existants dans le parcours de soins, soit auprès de nouveaux professionnels de santé, soit aucun relai par l'absence de nécessité ou par refus de la part du patient. En effet, lorsque l'aide provient des personnes étrangères à la famille, telles que des auxiliaires de vie ou d'autres professionnels, la réticence de la personne âgée doit être vaincue, car parfois elle considère comme une gêne, voire un danger véritable, ces interventions extérieures [19].

Un réseau paramédical de ville préexiste dans près des 59,3% des cas (n=64). Sachant que la prévalence du passage infirmier chez les personnes âgées n'est pas connue, faute d'études menées sur le sujet, nous n'avons pas pu comparer ce chiffre à celui de la population générale [27].

Alors quel est l'intérêt de faire appel à DOMCARE dans ces cas-là ? Nous pensons qu'il y a deux raisons à cela. Tout d'abord, avec l'aide de l'EUN, le retour à domicile se déroule dans la nuit même et permet d'éviter une nuit d'hospitalisation, parfois sur un brancard, faute de lit disponible. Ainsi, la rupture de parcours de soins est évitée. De plus, en collaboration avec l'ESAD, le patient bénéficie de l'expertise du domicile, du renforcement des aides le cas échéant, de l'évaluation de l'aidant mais aussi et surtout de la coordination et de l'amélioration de la communication entre les différents intervenants au domicile.

5.4.5 Décès ou ré-hospitalisations dans un délai de 30 jours

Le décès de cause inconnue est survenu chez une patiente de 87 ans qui avait été prise en charge pour une fracture du poignet gauche secondaire à une chute dont le bilan initial réalisé aux urgences ne montrait aucune anomalie. Cette patiente était démente, vivait à domicile et habitait la maison voisine de celle de son fils.

Notre cohorte présente un taux de ré-hospitalisation précoce de 31,5 % (n=34), dont 23,5% pour maintien à domicile difficile (n=8) ou pour événement intercurrent (n=8), 21% pour bilan, en dehors de tout contexte d'urgence (n=7) et 32% d'admission en SSR (n=11).

Le délai moyen de ré-hospitalisation est de 5,4 jours, avec une médiane à 5 jours.

Dans notre étude, 53,0% des ré-hospitalisations sont programmées (n=18) dans un délai moyen de 4,8 jours, soit en SSR, soit dans un service de gériatrie pour complément d'explorations sans urgence. Ce ne sont pas donc pas des échecs de prise en charge dans la mesure où l'hospitalisation est programmée à partir des urgences. Nous n'avons pas évalué cette possibilité avant de débiter notre étude. DOMCARE est alors une perspective de choix dans la prise en charge de patients ayant besoin d'une évaluation gériatrique en dehors de toute notion d'urgence. C'est le cas, par exemple, pour un patient âgé qui chute à répétition ou dont les capacités cognitives s'altèrent progressivement dans le temps.

Parmi les ré-hospitalisation précoces, 47,0% (n=16) sont des *hospitalisations en urgence*, soit 14,8% de l'ensemble de notre cohorte, dans un délai moyen de 6,1 jours. Ce chiffre se rapproche de celui de l'EMG. En effet, dans l'étude nationale, le taux de ré-hospitalisation était de 12,1% et le taux de mortalité à 1 mois de 10,7% [36]. Les facteurs de risque de réadmission à 1 mois étaient [36] :

- La prise de plus de 4 médicaments par jour (OR 1,7 ; IC 95% 1,1 – 2,6 ; p=0,015)
- La présence de plus de 2 comorbidités (OR 1,9 ; IC95% 1,2 – 1,8 ; p=0,005)
- La présence de troubles cognitifs (OR 1,9 ; IC 95% 1,5 – 2,6 ; p=0,0001)
- L'âge inférieur à 85 ans (OR 1,3 ; IC95% 1,1 – 1,6 ; p=0,03)

Nous n'avons pas pu évaluer les trois premiers critères. Cependant, l'âge moyen des patients ré-hospitalisés est de 84,6 ans, ce qui pourrait donc constituer un facteur de risque de ré-hospitalisation.

Un *maintien à domicile difficile* a été à l'origine d'une ré-hospitalisation précoce dans 23,5% des cas (n=8), soit 7,4% de l'effectif total. Nous pouvons dans ce cas précis parler d'échec de prise en charge. Comment aurions-nous pu éviter ces nouvelles admissions à l'hôpital ?

Nous pouvons penser que, par manque d'investissement ou par *manque de connaissance en gériatrie*, le médecin de garde organise le retour à domicile avec l'aide de l'EUN sans forcément rechercher les facteurs de risque de ré-hospitalisation cités ci-dessus chez ces patients déjà fragiles.

Nous pouvons aussi penser que le médecin de garde *n'avait pas les éléments* nécessaires pour prévoir que le retour à domicile serait impossible. Il n'avait peut-être pas les moyens de les recueillir compte tenu du fait que, de nuit, les patients âgés fragiles peuvent s'avérer difficilement interrogeables, et que leurs parcours de soins en ville sont parfois obscurs. Alors, il a quand même organisé le retour à domicile, conscient des éventuels risques d'une hospitalisation abusive chez le sujet âgé. Dans le cas présent, une hospitalisation en UCHD aurait donc pu être proposée dès la première consultation en SU, pour une ré-évaluation gériatrique le lendemain ou un avis auprès d'une EMG par exemple. Cette explication renforce également l'hypothèse d'une disponibilité de l'EUN en journée.

Enfin, nous pouvons aussi supposer que le médecin a décidé d'organiser *à bon escient* le retour à domicile avec l'aide de DOMCARE. Pour autant, malgré une prise en charge optimale, la situation s'est avérée trop précaire au domicile et le patient a consulté à nouveau en SU.

Un événement intercurrent est survenu dans 23,5% des cas de ré-hospitalisation précoce (n=8) et a entraîné une hospitalisation en urgence. Par définition, ce dernier n'était pas prévisible par l'équipe médicale qui a pris en charge initialement le patient en SU.

Une méta-analyse de 22 études randomisées contrôlées publiée dans Cochrane en 2011 a montré que l'évaluation gériatologique réalisée par une EMG aux urgences permet de diminuer le risque d'institutionnalisation des patients âgés, d'améliorer leur état cognitif et de diminuer la mortalité à 6 et 12 mois de suivi [50].

DOMCARE s'inscrit donc dans une démarche gériatrique globale afin d'agir pour diminuer le risque de ré-hospitalisation dans le parcours de soins des personnes âgées fragiles.

Dans notre cohorte, l'EUN intervient au lit du patient le plus souvent dans l'heure qui suit l'appel du médecin. La durée d'intervention est courte (5 jours en moyenne) avant que les IDE de villes déjà intégrés dans le parcours de soins primaire du patient ne prennent le relai, ou que de nouvelles aides soient mises en place. L'ESAD participe dans un tiers des cas aux actions menées avec une sollicitation prépondérante des assistantes sociales et des TCAPSA. S'il existe une ré-hospitalisation précoce, celle-ci survient en moyenne dans les 5,4 jours qui suivent la sortie des urgences. Dans 53% des cas, elle est organisée depuis la SU vers un SSR ou un service de gériatrie pour bilan. Pour les 47% restant, il s'agit d'une hospitalisation en urgence pour un événement intercurrent ou un échec de prise en charge, c'est à dire un maintien à domicile difficile malgré l'intervention de l'initiative DOMCARE.

5.5 Aspects financiers

Il s'agit probablement de la question la plus difficile à discuter dans ce travail. Pourtant, elle reste centrale.

L'EUN n'est pas rémunéré à l'intervention ou à l'acte, mais par le biais d'une enveloppe globale annuelle. Il est donc impossible de chiffrer précisément l'action individuelle de ce dispositif. Néanmoins, comme le montre le tableau 8, le coût moyen quotidien des personnels de l'EUN est estimé à 95€ par le coordinateur du dispositif.

En comparaison, le coût moyen d'un jour d'hospitalisation en UHCD dans notre établissement en 2014 était de 668,80€. Ce montant ne dépend pas du temps passé dans le service mais du diagnostic. Dans le cas présent, nous pouvons dire que l'intervention de l'EUN a permis à la SU des urgences de Robert Picqué d'économiser 108 nuits en UHCD de patients âgés polypathologiques, soit en moyenne 72 230,40€. Cette économie est donc relative, encore une fois limitée par un biais de sélection. En effet, les patients pour lesquels l'indication du retour à domicile est possible sont le plus souvent moins dépendants que ceux pour qui une surveillance hospitalière est nécessaire.

Compte tenu du fait que la durée moyenne d'intervention de DOMCARE est de 4,7 jours, nous avons cherché à comparer le coût d'un jour de prise en charge par l'EUN avec le coût d'un jour d'hospitalisation d'un patient âgé resté 5 jours hospitalisé en secteur médical à sa sortie des urgences. Ce coût s'élève en moyenne en 2014 dans notre établissement à 837,90€ pour les patients de plus de 65 ans et à 957,50€ pour les plus de 75 ans. Le montant dépend à la fois du diagnostic et du temps passé en hospitalisation. Donc, cela représenterai pour chaque patient de 65 ans et de plus de 75 ans confié à l'EUN une économie qui s'élèverait respectivement à 3 938,13€ et 4 500,25€. Là encore, cette comparaison est approximative dans la mesure où les patients hospitalisés sont plus lourds que les patients pour lesquels le retour à domicile est possible.

Par ailleurs, en cas d'échec de prise en charge d'un patient confié à l'EUN, l'hospitalisation induite secondairement serait-elle plus coûteuse que si elle avait eu lieu dès la première consultation aux urgences ?

A contrario, quelle serait la répercussion financière de la perte d'autonomie engendrée par une hospitalisation prolongée d'une personne âgée fragile si celle-ci n'avait pas été confiée à l'EUN ?

Ce travail ne nous a malheureusement pas permis de répondre à ces deux questions.

A noter qu'il existe une équipe mobile de liaison gériatrique de l'hôpital gérontologique et médico-social de Plaisir Grignon, en région parisienne. Elle regroupe par convention 5 établissements. Elle constitue une expérience originale, basée sur le modèle canadien d'évaluation à domicile. Son champ d'action est purement extra-hospitalier. L'activité de cette équipe, qui intègre en tant que vacataires des généralistes libéraux, est encore limitée. Elle est surtout sollicitée pour des situations de crise, avec un coût moyen de consultation estimé à 145€. Mais là encore, la comparaison est difficile car les intervenants sont différents.

Malheureusement, nous n'avons pas pu discuter d'avantage cette problématique financière dans ce travail. Pour en étudier l'impact, nous pourrions envisager la réalisation d'un travail randomisé ayant pour objectif de comparer la rentabilité d'une prise en charge hospitalière contre une prise en charge ambulatoire avec DOMCARE chez une population ciblée grâce aux résultats de notre étude par le biais d'une étude cas-témoin.

5.6 Perspectives d'amélioration

Pour porter à la connaissance du plus grand nombre l'existence d'un tel dispositif dans la SU, nous nous proposons d'organiser une intervention sur le sujet auprès des personnels médicaux et paramédicaux de l'HIA Robert Picqué. Ainsi, les médecins seniors, les internes, les infirmiers ou les aides soignants pourront cerner l'importance d'un parcours de soins coordonné et pluridisciplinaire à l'intérieur même de la SU, quels qu'en soient les intervenants.

De même, nous proposons d'en potentialiser des bénéfices. Ainsi, nous soumettons l'idée d'une ouverture de créneaux horaires en journée selon les arguments cités plus haut (fréquentation de la population cible majoritairement en journée). Par ailleurs, nous pouvons proposer le déclenchement de l'EUN dès l'admission du patient, afin :

- Que le patient bénéficie de son évaluation gériatrique rapide
- Et d'accélérer le retour à domicile si toutefois il est envisageable

Ainsi, l'autonomie du patient serait plus finement connue de l'équipe médicale, qui aura alors rapidement les éléments pour peser l'indication du retour à domicile. Ceci permettrait de mieux appréhender les bénéfices qu'apporterait l'intervention de l'EUN.

Parallèlement, puisqu'une évaluation de l'autonomie serait rapidement effectuée dans ce contexte, pourquoi ne pas passer outre le critère de l'âge comme proposer plus haut ?

De plus, nous proposons un élargissement des limites géographiques pour ne pas restreindre l'avantage de l'intervention de DOMCARE à une population urbaine déjà saturée en offre de soins primaires.

Par ailleurs, nous évoquons également la possibilité d'étendre le recrutement des patients à la sortie d'une hospitalisation de courte durée comme ceux de l'HMS ou de la Médecine d'Aval des Urgences (MAU) de l'HIA Robert Picqué. En effet, proposer une hospitalisation de courte durée pourrait s'avérer avantageuse afin de :

- Mieux prendre en charge l'anxiété que peut susciter une consultation en SU ou un retour en pleine nuit.
- Maximiser le recueil des données médicales, car en dehors des heures ouvrables, il n'est pas possible de joindre le médecin traitant pour connaître les antécédents ou les aides en place au domicile de manière exhaustive.
- Rechercher l'éventuelle survenue d'une pathologie sous-jacente pouvant apparaître dans les heures qui suivent le retour (comme dans le cas du décès).
- Surveiller dans un environnement médicalisé le patient quelques heures supplémentaires.
- Mieux dépister le syndrome post chute [40].
- De permettre à l'aidant, s'il existe, d'être à la fois soulagé le temps de la prise en charge hospitalière afin de prévenir son épuisement, et à la fois évaluer par les TCAPSA pour dépister un éventuel épuisement afin de maximiser au mieux les aides.

A noter que cette indication d'hospitalisation doit toutefois être réfléchi au cas par cas pour éviter d'effectuer une hospitalisation non pertinente ou de complaisance [51].

Par ailleurs, nous voulons également souligner le rôle des TCAPSA. Leur action centrée sur l'aidant permet de maximiser la prise en charge de l'environnement du patient. Ainsi, proposer aux aidant un entretien avec les TCAPSA en SU ou en MAU pourrait être une alternative envisageable. De même, leur expertise pourrait aussi être bénéfique dans les services d'hospitalisation conventionnelle.

L'un des objectifs de l'EMG en SU est de mettre à disposition de la SU une fiche descriptive des services facilement utilisable pour orienter au mieux les patients âgés fragiles [38]. De même, des places d'urgences en EHPAD sont mises à disposition des SU pour une durée de 7 à 14 jours en attendant le relai au domicile en cas de pathologie aiguë telle que les fractures du bassin ou autre. Elles sont régulées par l'Agence Régionale de Santé.

Ainsi, à l'image de l'EMG nous avons aussi préparé une liste des structures disponibles pour faciliter la prise en charge médico sociale globale des patients âgés fragiles (annexe 10).

Nous avons mis au point deux versions. La première à destination des soignants. La deuxième pour les patients et leurs aidants que nous proposons d'inclure dans les ordonnances de sorties afin de leurs donner facilement accès aux plateformes d'aides sociales de leurs villes respectives. Nous avons eu à cœur de centrer nos propositions sur des zones géographiques qui correspondent à celles dont sont issues nos patients.

Nous proposons également la présence à temps plein d'un personnel formé à la prise en charge gériatrique afin de sensibiliser l'ensemble du personnel [24]. Par exemple, nous pourrions proposer la formation de référents en gériatrie affectés à la SU, mais aussi à chaque service d'hospitalisation. Ainsi, ils seraient des personnels ressources, plus sensibilisés et attentifs aux personnes âgées. Au delà de leurs actions auprès du patient, ils pourraient également proposer à leur tour des formations sur des points clés d'une prise en charge gériatrique coordonnée au niveau infirmier et aide soignant. Ainsi, ils deviendraient des maillons du parcours de santé de la personne âgée fragile hospitalisée.

6 Conclusion

L'initiative DOMCARE nous paraît donc être un maillon inédit et efficace de la prise en charge de la personne âgée fragile à domicile. Ses actions, centrées à la fois sur le patient, son entourage et son domicile, en lien avec l'ensemble des intervenants extérieurs, en font sa singularité. Il en va de même pour son mode de recrutement à partir de la SU. A l'avenir, l'utilité d'un tel dispositif déclenché à l'issue d'une hospitalisation courte d'une personne âgée fragile pourrait être pertinente. Nous pourrions aussi proposer une analyse plus fine des échecs de prise en charge afin d'en dégager des facteurs prédictifs.

7 Annexes

7.1 Le parcours de soins des aîné : dispositif PAERPA



Paerpa - Un parcours mieux coordonné

7.2 Synthèse du mode d'emploi du PPS

Synthèse du mode d'emploi du Plan Personnalisé de Santé (PPS)

Le PPS est un plan d'actions formalisé à plusieurs, sous la responsabilité du médecin traitant, pour la mise en œuvre d'interventions pluriprofessionnelles. Ses objectifs sont partagés avec le patient. Il implique le médecin traitant et au moins deux autres professionnels. **Il synthétise sur un recto-verso :**

- Les coordonnées de la personne et des professionnels médicaux et sociaux impliqués.
- Les attentes de la personne, le plan de soins et le plan d'aide, avec les intervenants et les dates prévues pour les points d'étape.

1 **Le repérage** de la personne pouvant en bénéficier est l'élément déclencheur du PPS.

1^{re} étape : Identifier une ou plusieurs situations à problèmes pouvant relever d'un PPS.

Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces six questions :			
Initier un PPS pourrait avoir un intérêt			
La personne :	O	N	?
➤ a-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
➤ a-t-elle une polypathologie (n ≥ 3) ou une insuffisance d'organe sévère ¹ , ou une polymédication (n ≥ 10) ?			
➤ a-t-elle une restriction de ses déplacements, dont un antécédent de chute grave ?			
➤ a-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions), ne lui permettant pas de gérer son parcours ou mettant en difficulté l'aidant/l'entourage ?			
➤ a-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
➤ a-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?			

¹Insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale.

2^{de} étape : décider d'initier un PPS.

Si vous avez répondu OUI à ces deux questions :		
un PPS peut être initié		
La personne :	O	N
➤ vous paraît-elle nécessiter l'élaboration d'un PPS (suivi pluriprofessionnel impliquant le médecin traitant et au moins deux autres professionnels) ?		
➤ accepte-t-elle l'initiation d'un PPS ?		

② **Une évaluation de la personne précède l'élaboration du PPS.** Un modèle d'évaluation de premier recours est disponible sur [Fiche points clés et solutions - Prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire.](#)

③ **L'élaboration du PPS résulte d'une concertation pluriprofessionnelle,** dont les modalités sont choisies par les acteurs locaux. Une *check-list* annexée au PPS facilite la concertation, et liste les problèmes identifiés.

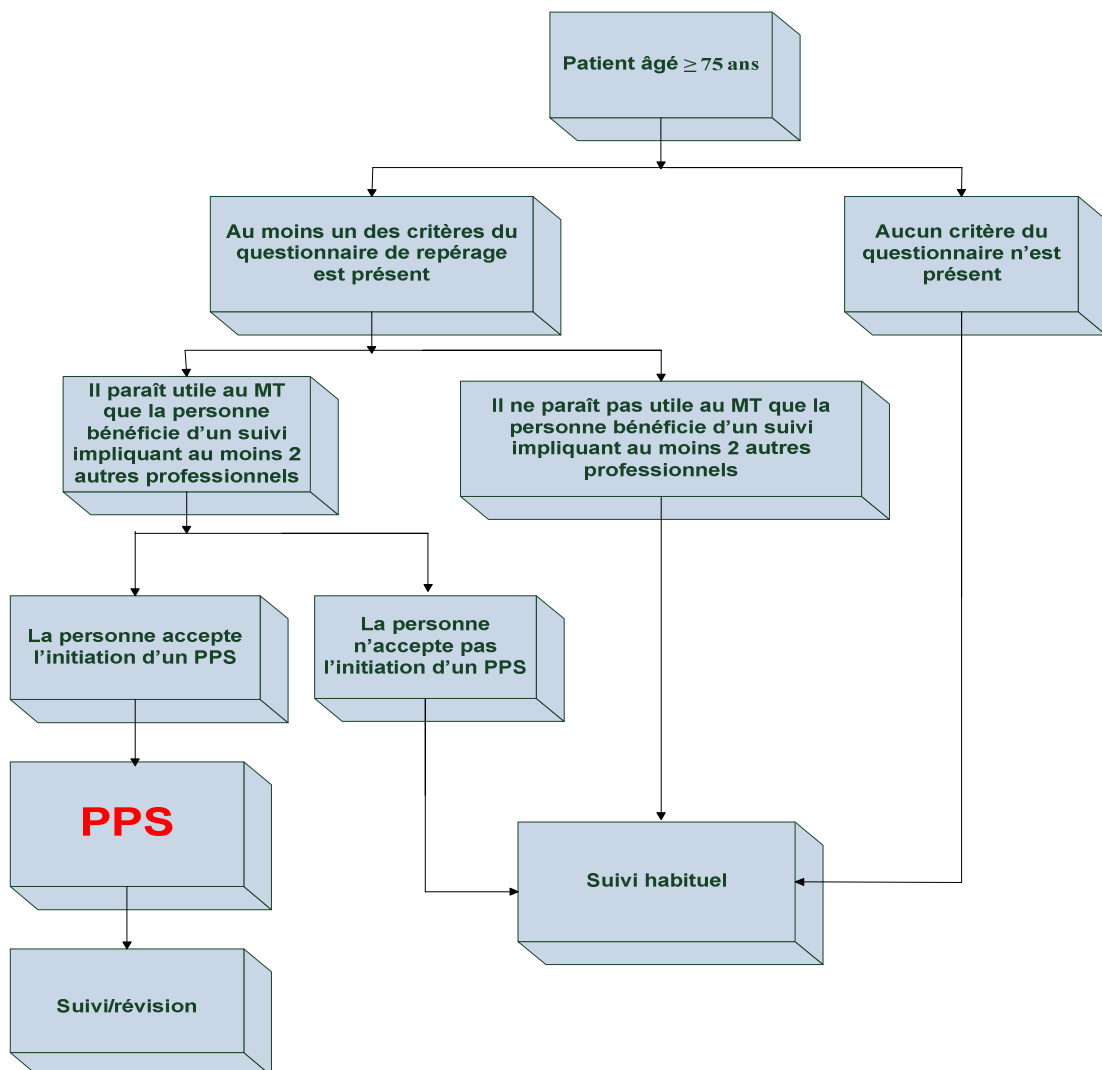
Conditions de mise en œuvre

① **Un référent du PPS** est désigné pour suivre le PPS. Il organise la révision du PPS aux dates prévues ou en cas d'alerte signalant des difficultés. Au terme de la révision, le PPS peut être suivi d'un nouveau PPS ou être clôturé si les problèmes sont résolus.

② **Une formation pluriprofessionnelle,** ciblée sur les modalités de repérage, d'évaluation des patients, de réalisation et de suivi du PPS doit accompagner l'utilisation du PPS.

Ce que n'est pas le PPS :

- la simple addition des propositions de chaque professionnel ;
- un plan d'action établi en milieu hospitalier ;
- un plan d'interventions détaillé et actualisable au jour le jour.





Evaluation de l'état nutritionnel Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom:	Prénom:	Sexe:	Date:
Age:	Poids, kg:	Taille en cm:	Hauteur du genou, cm:

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie. Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage	
A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie	<input type="checkbox"/>
B Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	<input type="checkbox"/>
C Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	<input type="checkbox"/>
D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	<input type="checkbox"/>
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>
F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Score de dépistage (sous-total max. 14 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 points ou plus normal pas besoin de continuer l'évaluation	
11 points ou moins possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation	

Evaluation globale	
G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile? 0 = non 1 = oui	<input type="checkbox"/>
H Prend plus de 3 médicaments 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>
I Escarres ou plaies cutanées? 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006;10:466-487.

© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
For more information : www.mna-elderly.com

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas	<input type="checkbox"/>
K Consomme-t-il? • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes? 0 = non 1 = oui	<input type="checkbox"/>
M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté	<input type="checkbox"/>
O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition	<input type="checkbox"/>
P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22 1,0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31	<input type="checkbox"/>

Evaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel

de 17 à 23,5 points risque de malnutrition

moins de 17 points mauvais état nutritionnel

7.4 Tests pour évaluer le risque de nouvelle chute chez une personne âgée

Test	Risque de chute augmenté si :
Station unipodale Le sujet doit se tenir sur un pied \geq 5 sec	< 5 sec sur chaque jambe
Test du « get up and go »¹⁹ Le sujet est assis sur un fauteuil à accoudoirs situé à 3 mètres du mur On lui demande de:	Se lève après > 1 essai <i>ou</i> Utilise les mains pour se lever <i>ou</i> A besoin de > 12 sec pour parcourir 3 m <i>ou</i> effectue le demi-tour à petits pas multiples et touche le mur
- se lever	
- se diriger vers le mur	
- faire un demi-tour sans toucher le mur	
- revenir au fauteuil	

7.5 La grille AGGIR

ANNEXE 4. LA GRILLE AGGIR

(code de l'action sociale et des familles : articles R232-1 À R232-6)

L'outil AGGIR (*Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources*) a pour but de « quantifier » la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités qu'elle peut effectuer seule, éventuellement à l'aide de lunettes, prothèses auditives, fauteuil roulant, poche de colostomie, etc., mais à l'exclusion de ce que font les aidants et/ou les soignants. La grille (*voir ci-dessous*) comporte 10 variables dites « discriminantes » se rapportant à la perte d'autonomie physique et psychique, 7 autres se rapportant à la perte d'autonomie domestique et sociale. Chaque variable est cotée A (fait seul, totalement, habituellement et correctement), B (fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement) ou C (ne fait pas). À partir des résultats de la grille, un algorithme informatique permet de classer les personnes selon des profils de perte d'autonomie en 6 groupes consommant un niveau de ressources significativement proche (groupes iso-ressources ou GIR) de soins de base et relationnels.

La grille AGGIR :

10 variables discriminantes	7 variables illustratives de la dépendance domestique et sociale
1. Cohérence : converser et/ou se comporter de façon sensée 2. Orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux 3. Toilette : concerne l'hygiène corporelle (haut et bas du corps : 2 cotations) 4. Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter (haut, moyen, bas : 3 cotations) 5. Alimentation : se servir et manger les aliments préparés (2 cotations) 6. Élimination : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale (2 cotations) 7. Transferts : se lever, se coucher, s'asseoir 8. Déplacement à l'intérieur, avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant... 9. Déplacement à l'extérieur : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport 10. Communication à distance : utiliser les moyens de communication (téléphone, sonnette, alarme)	1. Gestion : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens 2. Cuisine : préparer ses repas et les conditionner pour être servis 3. Ménage : effectuer l'ensemble des travaux ménagers 4. Transport : prendre et/ou commander un moyen de transport 5. Achats : acquisition directe ou par correspondance 6. Suivi de traitement : se conformer à l'ordonnance du médecin 7. Activités de temps libre : activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps

Les 6 groupes GIR :

GIR 1	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, nécessitant une présence indispensable et continue d'intervenants.
GIR 2	<ul style="list-style-type: none"> • Celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante • Celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer (souvent dénommés les « déments déambulant »).
GIR 3	Personnes âgées ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent, plusieurs fois par jour, des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assurent pas seules l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.
GIR 4	<ul style="list-style-type: none"> • Celles qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimente seule. • Celles qui n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.
GIR 5	Personnes qui assurent leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
GIR 6	Personnes autonomes pour les actes discriminants de la vie courante.

ANNEXE 2. ÉCHELLE DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (KATZ)

Cette échelle mesure le niveau de dépendance d'un patient à autonomie réduite.

Mode d'emploi

Le malade ou son entourage répond par oui ou par non à six questions simples portant sur les activités de la vie quotidienne.

Un nombre de oui égal ou inférieur à 2 implique une atteinte sévère.

Égal à 3 ou 4, l'atteinte est modérée.

Quand l'utiliser ?

Ce test est adapté aux altérations sévères, avec atteintes intellectuelles mais aussi motrices : infirmités motrices cérébrales, séquelles d'accident vasculaire cérébral, démences.

Sur quoi cela débouche-t-il ?

Il permet de déterminer un état de dépendance complète nécessitant par exemple le maintien en milieu hospitalier, des soins de nursing, une aide partielle...

ÉCHELLE DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (KATZ)	
	<i>Indépendant</i>
1 Bain (bain à l'éponge, bain en baignoire, ou douche) Ne reçoit pas d'aide ou reçoit de l'aide uniquement pour se laver une partie du corps	? oui ? non
2 Habillement Peut s'habiller sans aide à l'exception de lacer ses souliers.....	? oui ? non
3 Toilette Se rend aux toilettes, utilise les toilettes, arrange ses vêtements et retourne sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur, un bassin ou un urinal pendant la nuit)	? oui ? non
4 Déplacement Se met au lit et se lève du lit et de la chaise sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur)	? oui ? non
5 Continence Contrôle fécal et urinaire complet (sans accidents occasionnels).....	? oui ? non
6 Alimentation Se nourrit sans aide (sauf pour couper la viande ou pour beurrer le pain)	? oui ? non
Score total AVQ (nombre de réponses "oui" sur les six possibles) <input type="text"/>	

RÉSULTATS • Un score de 6 indique une fonction complète.

• Un score de 4 indique une altération modérée.


• Un score de 2, une altération sévère.

D'après P Couturier. Normes Echelles Tests en clinique. Paris : Brain Storming; 1997 et d'après Beers, M. H. et al. Le manuel Merck de gériatrie (trad. du Merck Manual of geriatrics) ; 2^{ème} édition. Paris : Editions d'Après ; 2002.

7.7 IADL

Activités	Définitions	Cotation Hommes	Cotation Femmes
Téléphone	Utilise le téléphone de sa propre initiative, compose le numéro	1	1
	Compose quelques numéros connus	1	1
	Décroche mais ne compose pas seul	1	1
	N'utilise pas le téléphone	0	0
Courses	Achète seul la majorité des produits nécessaires	1	1
	Fait peu de courses	0	0
	Nécessite un accompagnement lors des courses	0	0
	Incapable de faire ses courses	0	0
Cuisine	Prévoit et cuisine les repas seul		1
	Cuit les repas après préparation par une tierce personne		0
	Fait la cuisine mais ne tient pas compte des régimes imposés		0
	Nécessite des repas préparés et servis		0
Ménage	S'occupe du ménage de façon autonome		1
	Fait seul des tâches ménagères légères		1
	Fait les travaux légers mais de façon insuffisante		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers quotidiens		0
Linge	Lave tout son linge seul		1
	Lave le petit linge		1
	Tout le linge doit être lavé à l'extérieur		0
Transports	Utilise les moyens de transport de manière autonome	1	1
	Commande et utilise seul un taxi	1	1
	Utilise les transports publics avec une personne accompagnante	0	0
	Parcours limités en voiture, en étant accompagné	0	0
	Ne voyage pas	0	0
Médicaments	Prend ses médicaments correctement et de façon responsable	1	1
	Prend correctement les médicaments préparés	0	0
	Ne peut pas prendre les médicaments correctement	0	0
Argent	Règle ses affaires financières de façon autonome	1	1
	Règle ses dépenses quotidiennes, aide pour les virements et dépôts	1	1
	N'est plus capable de se servir de l'argent	0	0

7.8 Evaluation de l'EUN au lit du patient

<u>QUESTIONNAIRE DE RAPPEL</u>			
<input type="checkbox"/> HIARP		<input type="checkbox"/> MUTUALISTE	
<input type="checkbox"/> BORDEAUX NORD		<input type="checkbox"/> CHU	
Date de Rappel :			
N° Dossier :			
Qualité de l'aidant si interlocuteur différent :			
Téléphone :			
Nom Prénom :	Age :	Téléphone :	Personne décédée <input type="checkbox"/>
Date PEC Domcare :		Date fin PEC Domcare :	
Motif de prise en charge :			
Objectif de prise en charge :			
Intervention ESAD : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Retour :			
Avez-vous été hospitalisé ou placé depuis ?			
<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
- Motif :			
- Où :			
<input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> Hôpital (MCO) <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> EHPAD			
- Quand :		- Rechute : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Avez-vous été satisfait de notre intervention ?			
<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
<input type="checkbox"/> aide morale		<input type="checkbox"/> mauvais contact Domcare	
<input type="checkbox"/> aide pour les démarches administratives		<input type="checkbox"/> retour dom non adapté	
<input type="checkbox"/> aide pour l'organisation et la planification des soins		<input type="checkbox"/> sentiment d'intrusion	
<input type="checkbox"/> aide à la compréhension diagnostic, traitement		<input type="checkbox"/> Ne s'exprime pas	
<input type="checkbox"/> aide pour le quotidien			
<input type="checkbox"/> soulagement physique			
<input type="checkbox"/> hospitalisation évitée			
<input type="checkbox"/> Ne s'exprime pas			
<u>Commentaires :</u>			
Objectif de prise en charge atteint ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Modifiée :		Rédacteur : CCD/FI/EP/SC	
 <i>Maison de Santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle</i> <hr/> DomCare <i>Equipe Urgence Nuit</i> 			

TRAITEMENTS EN COURS

--



Identité :

FICHE de PEC

DATE :

MOTIF PEC URGENCES :

ATCD MED/CHIR (éviter abréviations):

ALLERGIES :

RESUME HOSPITALISATION :

CONCLUSION :

Poids : Taille :

Famille informée de la situation ? Oui (qui ?) Non

COMMENTAIRES :

N°SS :

Bénéficiaire APA ? :

GIR:

Demande EHPAD en cours: oui non

AVS	Besoin d'intervention
AS	
IDE	

Directives anticipées : oui non

Prescriptions anticipées : oui non

	Tél / Mail	Adresse
Médecin traitant		
Médecin spécialiste		
Pharmacie		
IDEL		
Kiné		
Personne de confiance désignée par le/la bénéficiaire		

RESPIRER Normal Dyspnée Commentaires :

BOIRE ET MANGER Autonome Dépendant Commentaires :

Normal Mixé

Portage de repas : Oui Non

ELIMINER Autonome Dépendant Commentaires :

Change complet

MOBILITE Autonome Dépendant Commentaires :

Lever : Autonorisé Non autorisé Fautuill

Transfert : Seul Aide humaine

Aide à la marche : Canne Déambulateur

Fautuill roulant Aide humaine

Kiné : Oui Non

Risques de : Fugue Chute Téléalarme : Oui Non

DORMIR / SE REPOSER

Sommeil normal Réveil nocturne Réveil précoce Somnifère

Habitudes de vie (lever/coucher) :

PROPRETE – PROTEGER SES TEGUMENTS – SE VETIR/SE DEVETIR

Hygiène corp. : Autonome Aide Partielle Aide Totale

Si Douleur :

EVS : 1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 Localisation :

Nausées/Vomissements

COMMUNIQUER – S'OCCUPER EN VUE DE SE REALISER Commentaires :

Audition : Normale Perturbée Prothèse

Vue : Normale Perturbée Lunettes

Etat mental : Normal Anxiété

Agressivité Désorientation

Inconscience Passivité

Tristesse Déprimé

Communication : Normale Perturbée

Compréhension : Correcte Perturbée

EVALUATION DU DOMICILE

CONDITIONS DE VIE

Lieux : Appartement Ascenseur Maison A étage

Bon état Vétuste Exigu Insalubre

Présence d'animaux : oui non

Présence de tapis : oui non

CHAMBRE

Chambre seule avec conjoint à l'étage

Circulation possible dans la chambre : oui non

Pièce encombrée : oui non

SALLE DE BAINS

Baignoire douche déplacements : aisés difficiles

Matériel présent : **Matériel à prévoir** :

Commentaires :



Maison de Santé Protestante
de Bordeaux-Bagatelle

DomCare
Equipe Urgence Nuit

DATE :

HEURE :

SIGNATURE :

DOSSIER DE TRANSMISSIONS

IDENTITE

SITUATION AUX URGENCES

RETOUR A DOMICILE / ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE

Heure sortie domicile :

7.9 Grille ZARIT : évaluation de l'épuisement de l'aidant

Encadré 1

Échelle de Zarit *et al.* [1, 2]

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

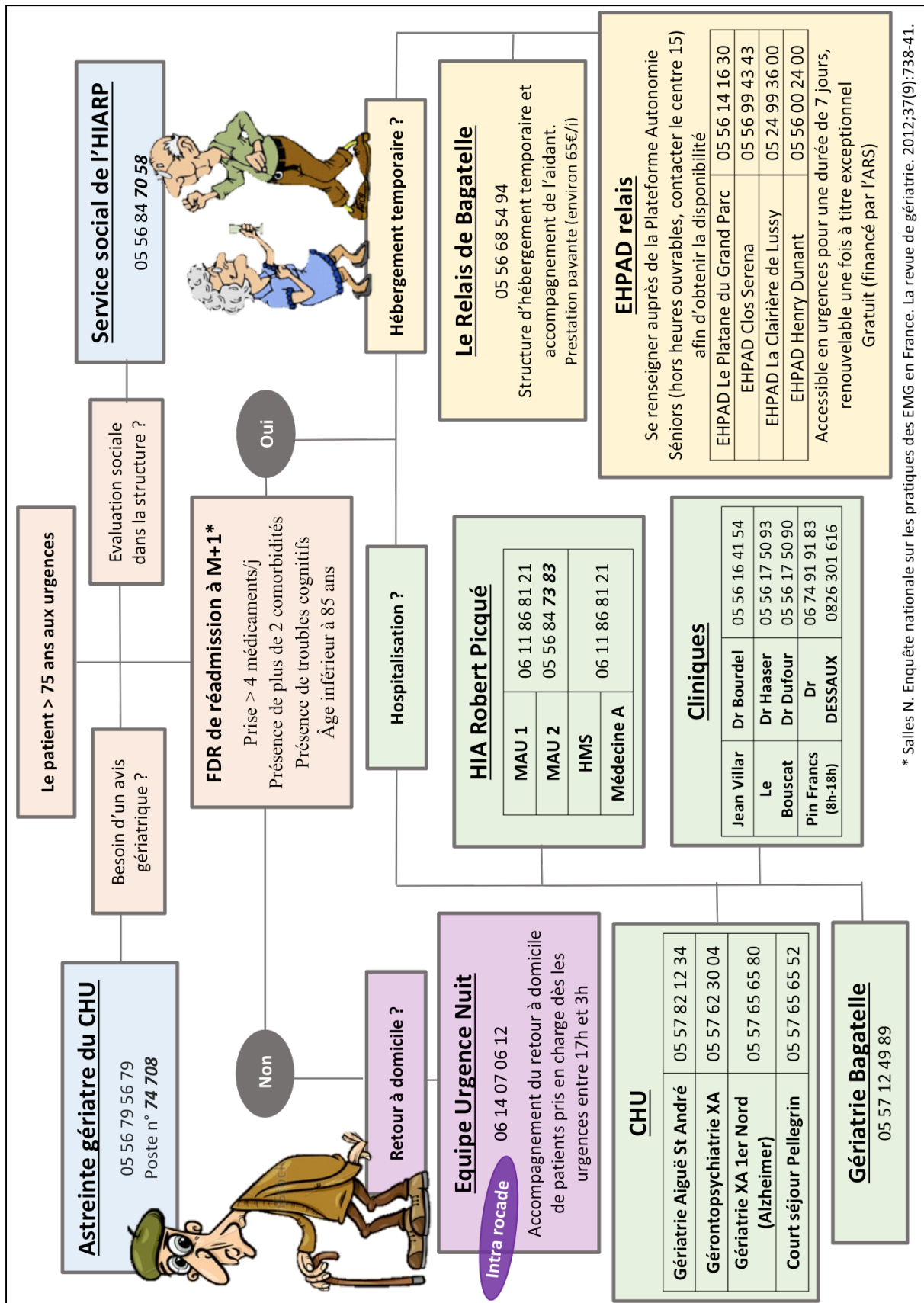
Cotation :

- 0 = jamais
- 1 = rarement
- 2 = quelquefois
- 3 = assez souvent
- 4 = presque toujours

1. Sentez-vous que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?
2. Pensez-vous que vous n'avez pas assez de temps pour vous-même parce que vous le consacrez à votre parent ?
3. Vous sentez-vous tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales, sociales ou travail) ?
4. Êtes-vous gêné par le comportement de votre parent ?
5. Vous sentez-vous en colère quand votre parent est près de vous ?
6. Sentez-vous que votre proche a une influence négative sur vos relations avec les autres membres de votre famille ou avec vos amis ?
7. Avez-vous peur de ce que l'avenir réserve à votre proche ?
8. Pensez-vous que votre parent est dépendant de vous ?
9. Vous sentez-vous tendu auprès de votre parent ?
10. Avez-vous l'impression que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?
11. Pensez-vous que vous n'avez pas autant d'intimité que vous le désireriez en présence de votre parent ?
12. Pensez-vous que votre vie sociale s'est détériorée depuis que vous vous occupez de votre parent ?
13. Vous sentez-vous mal à l'aise à cause de votre parent pour recevoir des amis ?
14. Sentez-vous que votre parent semble attendre de vous que vous vous occupiez de lui comme si vous étiez la seule personne capable de le prendre en charge ?
15. Pensez-vous que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent ?
16. Pensez-vous que vous n'allez pas pouvoir vous occuper encore longtemps de votre parent ?
17. Sentez-vous avoir perdu la maîtrise de votre propre vie depuis la maladie de votre parent ?
18. Souhaitez-vous que quelqu'un d'autre puisse prendre en charge votre parent ?
19. Croyez-vous qu'il n'y a rien à faire pour votre parent ?
20. Sentez-vous que vous devriez en faire plus pour votre parent ?
21. Pensez-vous que vous pourriez vous occuper mieux de votre parent ?
22. En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de ressentir que les soins à votre proche sont une charge, un fardeau ?

7.10 Fiche établissement pour mieux orienté les personnes âgées

7.10.1 Destinée aux soignants



* Salles N. Enquête nationale sur les pratiques des EMG en France. La revue de gériatrie. 2012;37(9):738-41.

Equipe Mobile de Gériatrie dans la cité

Tel : 05 57 82 18 70 ou 71

Plus de renseignements sur le site internet de votre mairie

Accueil de jour

La cité des Ages	05 56 36 55 55
Korian Villa Louisa	05 57 10 58 50

Clubs séniors

Villeneuve d'Ornon	05 57 99 52 30 ou 31
Bègles	05 56 91 44 79
Talence	05 56 84 78 02 ou 03
Gradignan	05 56 81 45 45
Bordeaux	05 57 89 37 77

MAIA

(Méthode d'Action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie)

Tel : 05 57 89 37 49

Evaluation et/ou accompagnement social et médico social
Propose des évaluations au domicile

Centre communal d'action social

Villeneuve d'Ornon	05 57 96 22 40
Bègles	05 56 49 88 43
Talence	05 56 84 78 71
Gradignan	05 56 75 65 65
Bordeaux	05 56 10 20 30

Mieux connaître les aides humaines ou financières accessibles aux personnes âgées dans leurs communes.

Service de portage des repas

Villeneuve d'Ornon	05 56 75 40 36
Bègles	05 56 49 88 88
Talence	05 56 84 78 75
Gradignan	05 56 81 45 45
Bordeaux	05 57 89 37 50

MAIA

(Méthode d'Action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie)

Tel : 05 57 89 37 49

Evaluation et/ou accompagnement social et médico social
Propose des évaluations au domicile

Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants

05 57 10 43 38

Plateforme Autonomie Séniors

www.autonomie-seniors-bordeaux.fr

05 57 10 43 38
0800 625 885

Il permet aux personnes de plus 60 ans, habitant à Bordeaux, de connaître l'ensemble de leurs droits, pour les aider sur tous les aspects de la vie quotidienne, comme la santé, le portage des repas à domicile, les aides ménagères, la qualité et le confort du cadre de vie ou encore la vie sociale et culturelle

Plateforme d'accueil

<https://www.logement-seniors.com/hebergement-familial-3-1-3-2/gironde-33/>

Hébergements temporaires

Le Grand Bon Pasteur	05 56 07 33 10
Maison de retraite protestante	05 57 87 02 61
Résidence des Carmes	05 56 79 65 65

Accueils temporaires

EHPAD La Chênerale	05 56 02 82 27
EHPAD La Clairière de Lussy	05 24 99 36 00
Les jardins de Caudéran	05 56 08 36 15
Résidence le Platane du Grand Parc	05 56 14 16 30

8 Glossaire

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
DLU : Dossier de Liaison d'Urgence
CCAS : Centre Communal d'Action Social
CHR : Compte Rendu d'Hospitalisation
CLIC : Centre Locaux d'Information et de Coordination
CMA : Centre Médical des Armées
CTA : Coordination Territoriale d'Appui
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESAD : Equipe de Soutien de l'Aidant à Domicile
ETP : Education Thérapeutique
EUN : Equipe Urgence Nuit
HAS : Haute Autorité de la Santé
HIA : Hôpital d'Instruction des Armées
IM : Intra Musculaire
HMS : Hôpital Médical de Semaine
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie.
MAU : Médecine d'Aval des Urgences
PAERPA : Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie
PPS : Plan Personnalisé de Soins
SSIAD : Service de Soins Infirmier à Domicile
SU : Structure d'Urgence
TCAPSA : Technicien Coordinateur de l'Aide Psychologique aux Aidants
UGA : Unité de Gériatrie Agiüe
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
VSM : Volet de Synthèse Médicale

9 Bibliographie

- [1] Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2015. Insee Première. 2016;1581:1-4.
- [2] Plat A, Beaumel C. INSEE, Bilan démographique 2010. Insee Première. 2011;1332:1-4.
- [3] Blanpain N, Chardon O. Projection de population à l'horizon 2060. Insee Première. 2010;1320:1-4.
- [4] Dubreuil JM. Les séniors aquitains, d'avantage en milieu rural et sur le littoral. Insee Aquitaine. 2014;1:1-2.
- [5] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Cahier des charge PAERPA. [En ligne] http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf
- [6] Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Assurance maladie et perte d'autonomie, contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011.
- [7] Von Lennep F. Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières, actes du colloque du 18 novembre 2014. Dossier Solidarité et Santé. 2015;63.
- [8] Oberlin P, Mouquet MC. Quel risque de décès un an après une fracture du col du fémur. Etudes et Résultats. 2016;948.
- [9] Dubreuil JM. Dépendance des personnes âgées en Aquitaine : des dépenses en constante progression, des enjeux pour les 30 ans à venir. Insee Aquitaine. 2011;16:1-3.
- [10] Article 48 de la LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.
- [11] Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Instruction n°DGCS/SD3A/CNSA/2014/285 du 11 septembre 2014.
- [12] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Un pilotage national pluridisciplinaire [En ligne] <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/un-pilotage-national-pluri-partenarial> Septembre 2014.
- [13] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Les outils du plan PAERPA [En ligne] <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/les-outils>. Septembre 2014.
- [14] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Le dispositif PAERPA [En ligne] <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/parcours-de-soins/article/le-parcours-sante-des-aines-paerpa>. Septembre 2014.
- [15] Némirosky B. Le PPS : un outil pour formaliser les parcours complexes. Le concours médical. 2013;135(8):638-9.
- [16] HAS, Cahier des charges pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre de l'expérimentation PAERPA. Mars 2014.
- [17] Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J. Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2011;9(4):387-90.

- [18] Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. Clinics in Geriatric Medicine. 2002;18(4):737-57.
- [19] Autonomie et dépendance du sujet âgée. In : Collège National des Enseignant en Gériatrie (2^{ème} édition). Paris : Massin ; 2010 : 272p.
- [20] HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaire. Mars 2015
- [21] Agence régionale de santé. Améliorer les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Décembre 2014.
- [22] Bouhour F, Bost M, Vial C. La dystrophie myotonique de type 1. La presse médicale référence ORPHANET. 2007.
- [23] Von Lennep F. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. Etude et Résultats. 2015;929:1-4.
- [24] LAQUET B, GROMIER A, COUTURIER P. Amélioration des pratiques de soins aux urgences par les EMG. La revue de gériatrie. 2012;37(9):765-6.
- [25] MICHEL JP. Les aidant naturels âgés de 60 à 80 ans, Valoriser leur activité et les soutenir doit être une priorité. Revue du praticien. 2011;61:748-9.
- [26] Imbert F, Lang PO, Meyer N, Heitz D, Berthel M, Kuntzmann F. Description des conditions de vie de la population âgée de 75 ans ou plus vivant à domicile en Alsace. Rev Epidemiol Sante Publique 2005;53:153-65.
- [27] Conseil de l'ordre des infirmiers. Proposition adoptée par le conseil national de l'ordre des infirmiers le 14 sept 2010 ; Nouveaux rôles des infirmiers : une nécessité pour la santé publique et la sécurité du soin, un avenir pour la profession. 2010.
- [28] Bloch F. Télésurveillance à domicile. La revue du médecin généraliste. 2014;28(928):692-3.
- [29] HAS. Service des recommandations professionnelles. Fiche de synthèse : Prévention des chutes accidentelle chez la personne âgée. Novembre 2005.
- [30] Marquier R. L'action sociale des collectivités locales envers les personnes âgées. Dossier Solidarité et santé. 2015;71.
- [31] Bérardier M. Vieillir chez soi : usage et besoins des aides techniques et des aménagements du logement. Etudes et résultats. 2012;823.
- [32] Institut de recherche de documentation en économie (IRDES). Les distances d'accès aux soins en France Métropolitaine au 1^{er} janvier 2007. Juin 2011.
- [33] Salles N. Le service public hospitalier et la vulnérabilité : l'équipe mobile de gériatrie http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_SPH_et_la_vulnerabilite_-_les_EMG-pdf.pdf
- [34] Circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007.

- [35] Rapport n° 2005 053 présenté par le docteur Anne-Chantal ROUSSEAU-GIRAL et Jean-Paul BASTIANELLI, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.
- [36] Salles N. Enquête nationale sur les pratiques des EMG en France. Groupe de travail des EMG de la SFGG. La revue de gériatrie. 2012;37(9):738-41.
- [37] Moheb B, Creton H, Roger V. EMG extra hospitalière intervenant en EHPAD. Expérience de 3 ans d'activité au CH de la région d'Annecy. La revue de gériatrie. 2012;37(9):746-8.
- [38] Lambert M, Floccia M, Valdenaire G, Ramage C, Chanseau P, Revel P, Salles N. Cellule de Coordination Urgences Gériatrique. La revue de Gériatrie. 2012;37(9):751-2.
- [39] HAS. Synthèses des recommandations. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Avril 2009.
- [40] HAS. Service des bonnes pratiques professionnelles. Janvier 2009.
- [41] Pusieux F. Chutes du sujet âgé. La Revue du Praticien. 2013;27(824):64-5.
- [42] Laffont C, Faucaud K, Layan L, Tournier C, Sauvain A, Salles N. Impact de l'intervention en orthopédie traumatologie de l'infirmière de l'EMG dans la prise en charge nutritionnelle du sujet âgé. La revue de gériatrie. 2012;37(9):753-755.
- [43] Matzen LE. Geriatric home visits can prevent hospitalisation of subacute patients, but is time-consuming. Ugeskrift for laeger. 2007;169:2113-2118.
- [44] Sala C; Rôle et place des paramédicaux dans les expérimentations extra-hospitalière. La revue de Gériatrie. 2012;37(9):767-8.
- [45] Haute Autorité de Sante. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : HAS ; 2010.
- [46] Boutoleau-Bretonnière C, Vercelletto M. Caregiver burden in dementia: relationships with the activities of daily living, behavioral, and psychological symptoms. Psychol NeuroPsychiatr Vieil. 2009;7 Suppl:15-20.
- [47] ANESM. L'accompagnement pluridisciplinaire au bénéfice de l'aide, de l'aidant et du lien aidant- aide, dans les structures de répit et d'accompagnement étude réalisée dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012. 2011.
- [48] Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. J Am Geriatr Soc 2003;51:657-64.
- [49] ROUY JM. Le rôle de l'ergothérapeute dans l'équipe gériatrique de suite. In: 20 ans d'expérience d'ergothérapie gériatrique. Marseille : SOLAL Editeur. 1994. p. 41-46.
- [50] Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. The Cochrane Library. 2011 ; 7:1- 87.
- [51] Chamelat C. Evaluation de la pertinence des admissions aux urgences de l'hôpital d'instruction des armées Robert Picqué Thèse en médecine générale. Université de Bordeaux. 2014, 92p.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Evaluation du dispositif DOMCARE d'aide au retour à domicile des personnes âgées après consultation aux urgences de l'hôpital d'instruction des armées Robert Picqué

Aujourd'hui, 20% de la population française a plus de 65 ans. Parmi eux, les patients fragiles sujets à des consultations itératives en structures d'urgences entraînant un risque de perte d'autonomie ne fait qu'augmenter. L'initiative DOMCARE propose une aide au retour à domicile depuis les urgences de l'HIA Robert Picqué via l'Equipe Urgence Nuit (EUN) associée à une évaluation de l'environnement du patient via l'Equipe de Soutien aux Aidants à Domicile (ESAD) en attendant un relai de ville. L'objectif de ce travail est d'évaluer le dispositif DOMCARE après 9 mois de fonctionnement.

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive monocentrique du 1^{er} avril au 31 décembre 2014. Tous les patients confiés à l'EUN ont été inclus.

Notre cohorte comporte 108 patients, dont 32,4% hommes (n=35), l'âge moyen est de 83,2 ans. Ils vivent seuls à domicile dans 55,6% des cas (n=60). Cinquante pourcent des appels ont lieu avant 21 heures, indépendamment du jour ou du mois. Une chute entraîne l'hospitalisation dans 62% des cas (n=67), et 50% des motifs de consultation sont ostéo-articulaires. L'EUN intervient 4,7 jours en moyenne, avec l'ESAD dans 36,1% des cas (n=39). Il y a eu 0,8% de décès (n=1), et 7,4% d'échec de prise en charge (n=8) dans un délai moyen de 6,1 jours. Le coût d'une journée d'intervention de l'EUN s'élève à 95€, cependant, l'aspect financier du dispositif n'a pas pu être analysé.

L'initiative DOMCARE est nous semble donc un maillon inédit et efficace de la prise en charge de la personne âgée fragile à domicile.

Mots clés : Personne âgée ; retour à domicile ; urgence

Evaluation of DOMCARE device, a facilitation to the return home after a consultation in the emergencies of the HIA Robert Picqué

Today, 20% of the French population is over 65 years old. Among them, debilitated patients are prone to consultations in emergency care structures which can lead to a loss of autonomy. The DOMCARE initiative proposes a facilitation to the return home after a consultation in the emergencies of the HIA Robert Picqué via the Team of Night Emergencies (TNE) associated with an evaluation of the patient environment via the Support Team of Home Care Helpers (ESAD: Equipe de Soutien aux Aidants à Domicile) before the outpatient care system takes over. Our aim is to evaluate the DOMCARE system after nine months of operation.

We completed an observational study monocentric, descriptive from the 01/04/2014 to the 31/12/2014.

Our cohort was made of 108 patients, of which 32.4% were male (n=35), the average age was 83.2 years old and 55.6% of them lived alone at home (n=60). Fifty percent of the calls to the TNE were made before 9pm, independently of the day and month. A fall was followed by a hospitalization in 62% of the cases (n=67), 50% of the motives for consultation were osteoarticular. The TNE intervened during 4.7days on average, with the ESAD in 36.1% of the cases (n=39). There were 7.4% of failure (n=8) in 6.1 days on average. The cost for one day of intervention of the TNE was 95€, nevertheless the financial aspect wasn't analyzed.

Thus, the DOMCARE initiative appears to us as an innovative and efficient link in the post emergency care of elderly, debilitated patient, at home.

Key words: Elderlies, Home return, emergency