



**HAL**  
open science

# Identifier les moyens à mettre en oeuvre afin de faciliter l'entrée directe en court séjour gériatrique au sein du CHU de Nice

Mathieu Brachat

## ► To cite this version:

Mathieu Brachat. Identifier les moyens à mettre en oeuvre afin de faciliter l'entrée directe en court séjour gériatrique au sein du CHU de Nice. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01400006

**HAL Id: dumas-01400006**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01400006>**

Submitted on 21 Nov 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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS  
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

**THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

Par

**Mr Mathieu BRACHAT**

Né le 19/05/1987 à Nice

IDENTIFIER LES MOYENS À METTRE EN ŒUVRE  
AFIN DE FACILITER L'ENTREE DIRECTE EN COURT SEJOUR GERIATRIQUE  
AU SEIN DU CHU DE NICE

Présentée et soutenue 30/08/2016

Président du Jury : Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT  
Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER  
Monsieur le Docteur Jean Michel TURPIN

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Guillaume SACCO



UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS  
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

**THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

Par

**Mr Mathieu BRACHAT**

Né le 19/05/1987 à Nice

IDENTIFIER LES MOYENS À METTRE EN ŒUVRE  
AFIN DE FACILITER L'ENTREE DIRECTE EN COURT SEJOUR GERIATRIQUE  
AU SEIN DU CHU DE NICE

Présentée et soutenue 30/08/2016

Président du Jury : Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT  
Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER  
Monsieur le Docteur Jean Michel TURPIN

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Guillaume SACCO



UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

## FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

**Doyen**

M. BAQUÉ Patrick

**Vice-Doyen**

M. BOILEAU Pascal

**Assesseurs**

M. ESNAULT Vincent  
M. CARLES Michel  
Mme BREUIL Véronique  
M. MARTY Pierre

**Conservateur de la bibliothèque**

Mme DE LEMOS Anne lyse

**Directrice administrative des services**

Mme CALLEA Isabelle

**Doyens Honoraires**

M. AYRAUD Noël  
M. RAMPAL Patrick  
M. BENCHIMOL Daniel

**Professeurs Honoraires**

M. BALAS Daniel  
M. BATT Michel  
M. BLAIVE Bruno  
M. BOQUET Patrice  
M. BOURGEON André  
M. BOUTTÉ Patrick  
M. BRUNETON Jean-Noël  
Mme BUSSIERE Françoise  
M. CAMOUS Jean-Pierre  
M. CHATEL Marcel  
M. COUSSEMENT Alain  
M. DARCOURT Guy  
M. DELLAMONICA Pierre  
M. DELMONT Jean  
M. DEMARD François  
M. DOLISI Claude  
M. FRANCO Alain  
M. FREYCHET Pierre  
M. GÉRARD Jean-Pierre  
M. GILLET Jean-Yves  
M. GRELLIER Patrick  
M. HARTER Michel  
M. INGLESAKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel  
M. LAMBERT Jean-Claude  
M. LAZDUNSKI Michel  
M. LEFEBVRE Jean-Claude  
M. LE BAS Pierre  
M. LE FICHOUX Yves  
Mme LEBRETON Elisabeth  
M. LOUBIERE Robert  
M. MARIANI Roger  
M. MASSEYEFF René  
M. MATTEI Mathieu  
M. MOUIEL Jean  
Mme MYQUEL Martine  
M. OLLIER Amédée  
M. ORTONNE Jean-Paul  
M. SAUTRON Jean Baptiste  
M. SCHNEIDER Maurice  
M. SERRES Jean-Jacques  
M. TOUBOL Jacques  
M. TRAN Dinh Khiem  
M VAN OBERGHEN Emmanuel  
M. ZIEGLER Gérard

**M.C.A. Honoraire**

Mlle ALLINE Madeleine

**M.C.U. Honoraires**

M. ARNOLD Jacques  
 M. BASTERIS Bernard  
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie  
 Mme DONZEAU Michèle  
 M. EMILIOZZI Roméo  
 M. FRANKEN Philippe  
 M. GASTAUD Marcel  
 M. GIRARD-PIPAU Fernand  
 M. GIUDICELLI Jean  
 M. MAGNÉ Jacques Mme  
 MEMRAN Nadine M.  
 MENGUAL Raymond M.  
 POIRÉE Jean-Claude  
 Mme ROURE Marie-Claire

**PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

## PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

## PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

### PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

### PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

### PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

### MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

### **PROFESSEURS ASSOCIÉS**

M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

### **PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ**

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Au Professeur GUERIN,

Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury. Votre investissement dans le pôle de Réhabilitation Autonomie Vieillesse (RAV) rendait votre présence primordiale et je suis honoré d'avoir été admis dans cette filière. Soyez assuré de l'expression de notre reconnaissance.

Au Professeur HOFLIGER,

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury. Votre implication dans l'enseignement de la médecine générale est un exemple pour tous. Soyez assuré de nos sincères remerciements.

Au Professeur LEVRAUT

Nous gardons un excellent souvenir de votre enthousiasme à nous former lors de nos années d'externats de par votre rôle au sein des urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice. Cette thèse ne pouvait pas être soutenue sans votre présence et nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites.

Au Docteur TURPIN

Merci de nous faire l'honneur de participer à ce jury. Ton implication dans la filière de court séjour gériatrique ainsi que ta disponibilité et ton implication dans la formation des internes rendent ta présence indispensable.

Au Docteur SACCO

Merci de m'avoir accompagné, soutenu et formé dans l'élaboration de ce travail. Ta disponibilité, tes conseils et ton expérience m'ont été d'une aide précieuse. La formation que tu prodigues aux externes et aux internes est une excellente expérience pour nous tous. Je t'en suis infiniment reconnaissant.

## Résumé

Cette étude est née de la nécessité de développer les admissions directes au sein de la filière gériatrique du CHU de Nice ; renforcé par la CIRCULAIRE DHOS/02/DGS/SD5D/N°2002/157 du 18 Mars 2002.

**Objectif :** L'objectif principal de cette étude était d'identifier les modalités possibles de mise en œuvre au sein du CHU de Nice, du chapitre 3.2 de la circulaire relative à l'amélioration des admissions directes en court séjour gériatrique (CSG). Pour ce faire, nous souhaitons étudier l'organisation actuelle des CSG des CHU de France.

**Matériel et Méthode :** Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels structurés, administrés par internet à tous les CSG des CHU de France. Le questionnaire a été réalisé avec « google drive » et diffusé par mail de août 2015 à janvier 2016. Les variables catégorielles représentées par le nombre de praticiens hospitaliers et le nombre de CHU ont été exprimées sous forme de pourcentages et de moyennes. La retranscription des verbatims a été réalisée afin d'affiner la compréhension des données qualitatives.

**Résultats :** Nous avons obtenu une réponse de 20 CHU et 28 praticiens. 66,6% des CHU utilisaient le DECT (Digital Enhanced Cordless Telephone ?) comme outil préférentiel géré par les seniors seuls dans 80% des services, de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi. Les satisfactions de ce mode d'admission ont été d'éviter aux patients âgés un passage aux urgences, d'améliorer les relations ville-hôpital et parfois même d'éviter une hospitalisation.

**Discussion :** Notre étude tend à montrer la nécessité de réorganisation de la filière gériatrique en développant notamment les admissions directes.

## Abstract

This study was inspired by the need for developing the direct admissions within the geriatric network of Nice CHU (University Hospital); reinforced by CIRCULAR DHOS/02/DGS/SD5D/N°2002/157 of March 18th, 2002

**Objective:** The main aim of this study was to identify the possible methods to implement, within Nice CHU, the chapter 3.2 of the circular related to the improvement of the direct admissions in “Geriatric Short Stay” (CSG). With this intention, we wished to study the current organization of the CSG in french CHU.

**Equipment and Method:** It included a qualitative study using structured individual talks, managed by Internet with all the CSG of French CHU. The questionnaire was carried out with “google drive” and was diffused by e-mail from August 2015 to January 2016. The categorical variables represented by the number of hospital doctors and by the number of university hospitals were expressed in the form of percentages and of average. The transcription of the verbatims was carried out in order to refine the comprehension of the qualitative data.

**Results:** We obtained answers from 20 university hospitals and from 28 experts. 66.6% of the university hospitals used the DECT as preferential tool managed by the seniors alone in 80% of the services, from 8:30 to 18:30 and from Monday to Friday. Main satisfactions concerning this admission system were to allow the old patients to avoid a visit to the hospital emergency services, to improve the hospital - city relations, and to, sometimes, even avoid hospitalizations.

**Discussion:** Our study tends to show the need for a reorganization of the geriatric network, particularly by developing the direct admissions.

## Sommaire

<b>1</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>12</b>
1.1	Le vieillissement de la population .....	13
1.2	Court séjour gériatrique (CSG) .....	13
1.3	Pourquoi éviter un passage aux urgences .....	15
1.4	Limites actuelles de la filière gériatrique .....	16
1.5	Objectif de l'étude .....	18
<b>2</b>	<b>Matériel et méthode.....</b>	<b>19</b>
2.1	Participants .....	20
2.2	Choix de la méthode .....	20
2.3	Diffusion du questionnaire.....	21
2.4	Recueil et analyse des données.....	21
2.5	Réalisation de la bibliographie .....	22
<b>3</b>	<b>Résultats.....</b>	<b>23</b>
3.1	<b>Description des modes de fonctionnement actuels .....</b>	<b>24</b>
3.1.1	Les services réalisent entre 25 et 50% d'entrées directes.....	25
3.1.2	Un certain recul.....	25
3.1.3	Le DECT, outil préférentiel .....	26
3.1.4	Peu de difficultés techniques.....	26
3.1.5	Les seniors des courts séjours au centre du dispositif de 8h30 à 18h30.....	26
3.1.6	Des moyens de promotions du numéro d'appel variés.....	27
3.1.7	Une réelle volonté de mettre en place une ligne directe .....	28
3.2	<b>Intérêts et limites du dispositif .....</b>	<b>28</b>
3.2.1	Difficultés organisationnelles.....	28
3.2.2	Satisfactions de ce mode d'entrées .....	30
3.2.3	Evolution du profil de recrutement .....	32
<b>4</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>33</b>
<b>5</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>40</b>
<b>6</b>	<b>Bibliographie .....</b>	<b>42</b>
<b>7</b>	<b>Annexes.....</b>	<b>46</b>

## Glossaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COGERT : la COordination GERonTologique

CSG : Court Séjour Gériatrique

DECT : Digital Enhanced Cordless Telephone

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DMS : Durée Moyenne de Séjour

GHoTAM : Groupement Hospitalier des Alpes-Maritimes

GHT : Groupement Hospitaliers de Territoire

HDJ : Hôpital De Jour

IDE : Infirmière Diplômé d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LICORNE : Lliaison et COordination par un Réseau NumériquE de santé

ORU PACA : Observatoire Régional des Urgences de la région PACA

PA : Personne Agée

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

RAV : Réhabilitation Autonomie Vieillessement

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

TU : Terminal Urgences

UGED : Unité de Gériatrie d'Entrées Directes

# 1 Introduction

## 1.1 Le vieillissement de la population

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, la France comptait 66 317 994 habitants dont 18% étaient âgés de plus de 65 ans (contre 16% il y a dix ans) et 9% étaient âgés de 75 ans ou plus. Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) si les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants au 1er janvier 2060 dont 14,4% seront âgés de plus de 75 ans(1). Vingt-trois millions de personnes seront âgées de 60 ans ou plus, soit une hausse de 80 % sur une cinquantaine d'années. En 2060, une personne sur trois aura ainsi plus de 60 ans(2).

Au niveau du département des Alpes Maritimes les personnes âgées de 60 ans ou plus représenteront 31,2 % de la population totale du département en 2020 (contre 28 % en 2005) ; celles âgées de 75ans ou plus constituant alors 12,8 % de l'ensemble de la population (contre 12,4 % en 2005)(3).

En France, Les sujets de 75 ans et plus représentent environ 30 % des patients hospitalisés ; essentiellement par les Urgences(4). Ces chiffres montrent l'importance et l'impact en terme de santé publique du parcours hospitalier de la PA.

## 1.2 Court séjour gériatrique (CSG)

Une unité de court séjour gériatrique a pour vocation de prendre en charge les patients polypathologiques âgés de plus de 75 ans. Par essence, cette prise en charge est pluridisciplinaire du fait de l'intrication fréquente des problématiques bio-médico-psycho-sociales. Ainsi les professionnels intervenant sur les unités de CSG sont aussi bien des médecins, des pharmaciens cliniciens, des infirmiers et des aides-soignants que des psychologues, des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes, des diététiciens ou encore des assistantes sociales. En outre, tous sont formés aux spécificités de la personne âgée.

Selon la Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 (5), L'unité de court séjour gériatrique répond à plusieurs missions :

- a) assurer la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences
- b) procéder à une évaluation globale et individualisée du patient gériatrique, à la fois médicale, psychologique et sociale
- c) établir les diagnostics et pratiquer les soins non réalisables en ambulatoire

- d) traiter les pathologies dominantes et les pathologies associées déséquilibrées
- e) envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation
- f) participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques

Dans le paragraphe suivant, nous allons tenter de décrire succinctement la façon dont les CSG du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice ont mis en place les recommandations précédentes et travaillent à l'amélioration de leurs pratiques.

En ce qui concerne l'établissement des diagnostics et la pratique des soins non réalisables en ambulatoire, il s'agit là de la raison d'être des services hospitaliers. Ceci étant actuellement renforcé par l'effort institutionnel nécessaire de « virage ambulatoire » visant à réserver la prise en charge hospitalière de court et moyen séjour aux seuls patients ne pouvant relever d'une prise en charge ambulatoire.

L'évaluation globale et individualisée du patient gériatrique, à la fois médicale, psychologique et sociale est rendue possible par une prise en charge pluridisciplinaire (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, infirmières, médecins, orthophonistes, psychologues etc...).

Au moment d'envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et de contribuer à leur organisation, en plus de la coordination classique réalisé habituellement, le pôle de Réhabilitation Autonomie Vieillessement (RAV) du CHU de Nice se montre novateur en participant à des expérimentations contribuant à l'évaluation de technologies innovante de coordination des soins entre la ville et l'hôpital, tel que le projet LICORNE (6).

En ce qui concerne le traitement des pathologies dominantes et des pathologies associées déséquilibrées, cette activité est assurée par des gériatres formés à la gestion de la polyopathie, de la iatrogénie et des conséquences du vieillissement nécessitant une sélection des pathologies principales à traiter. Effectivement, même si le vieillissement n'est pas une pathologie, il modifie considérablement le fonctionnement physiologique de l'organisme. Par exemple, après 70 ans nous observons une diminution du flux sanguin hépatique ainsi que du volume hépatique et du nombre d'hépatocytes. Ces modifications retentissent sur les fonctions de métabolisation des médicaments avec notamment une réduction de l'effet de premier passage hépatique, pouvant modifier leur métabolisme (7). Par ailleurs, le vieillissement physiologique du rein entraîne une diminution de la taille et

du poids des reins ainsi que du nombre de néphrons fonctionnels ayant pour conséquence principale la diminution de 1 ml/mn par an du débit de filtration glomérulaire. Cette modification néphrologique physiologique augmente le risque de déshydratation ou d'hypovolémie et nécessite une adaptation posologique de certains médicaments (8). Le médecin gériatre prend spécifiquement en compte ces modifications physiologiques et adapte sa prise en charge. Il réévalue notamment la balance bénéfico-risque de chaque molécule de l'ordonnance afin de limiter le risque iatrogène qui augmente avec le nombre de médicaments et non avec l'âge(9).

La diffusion des bonnes pratiques gériatriques se fait de façon régulière via les comptes-rendus d'hospitalisation qui se veulent le plus pédagogiques possible. C'est d'ailleurs dans cette démarche que s'est inscrite la thèse du Dr Brunschwig ayant permis la création d'un outil de communication ville-hôpital dédié aux modifications thérapeutiques de patients hospitalisés en court séjour gériatrique (10). Ce travail se poursuit actuellement par un projet national nommé IATROMED financé dans le cadre du PREPS 2014.

Mais pourquoi assurer la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences et comment se positionnent les CSG du CHU de Nice concernant cette recommandation ?

### 1.3 Pourquoi éviter un passage aux urgences

Le passage aux urgences des personnes âgées a un effet néfaste sur le fonctionnement des urgences et sur la morbi-mortalité des personnes âgées.

Tout d'abord l'effet de l'affluence des personnes âgées aux urgences sur l'organisation des SAU est bien établi. Une étude de 2005 réalisée au sein du Service d'Accueil des Urgences (SAU) du CHU de Nice sur 66 995 passages (dont 19,06% de personnes âgées) retrouvait un taux d'hospitalisation des personnes âgées de plus de 75 ans de 50,8% contre 15,3% pour les plus jeunes (11). Devant la difficulté en période épidémique de trouver un lit d'hospitalisation, ces chiffres montrent l'influence que peut avoir l'affluence des personnes âgées sur l'engorgement du SAU. Dans le même temps, cette étude retrouvait un temps de passage moyen, tout patient confondu, de 4h20min ; 6h15min en moyenne pour les personnes âgées contre 3h50min pour les autres. De plus l'étude mettait en évidence un temps de passage des patients de moins de 75 ans qui était significativement relié au nombre

de passages de personnes âgées tandis que l'inverse n'était pas vrai. Ces résultats démontraient la nécessité d'une réorganisation de la prise en charge des PA au CHU de Nice ; notamment en amont par la mise en place d'une filière d'admission direct des personnes âgées en service de court séjour gériatrique.

Enfin, les conséquences d'une surcharge des urgences pour les patients sont multiples ; en outre La prise en compte de la douleur y est moins bonne (12) ; d'autres études (13) concluent à une augmentation de la mortalité hospitalière, liée aux délais de mise en route d'une antibiothérapie et du traitement antalgique en période de surcharge des urgences.

La mortalité à 10 jours lors d'une admission en période de surcharge du service d'urgence serait augmentée (14).

Une étude australienne (15) retrouvait une mortalité à 7 jours des patients admis par les urgences augmentée en cas de surcharge de l'hôpital avec comme facteurs prédictifs indépendants une durée de séjour aux urgences plus longue.

En outre, une étude canadienne de 2011 (16) a démontré une augmentation significative d'événements indésirables de 3% par heures passée dans le service d'urgence avec pour conséquence une DMS deux fois supérieure à celle des patients sans évènements indésirables.

Par ailleurs le plan Solidarité Grand Age (17) précise qu'un territoire doit posséder un lit pour 1000 habitants âgés de 75 ans et plus, afin de faire face à la demande.

En 2010, on comptait 128.502 personnes âgées dans les alpes maritimes ; soit un objectif de 129 lits de court séjour gériatrique dans le département. Cet objectif est dépassé en 2014 avec 140 lits de court séjour dans le département.

#### 1.4 Limites actuelles de la filière gériatrique

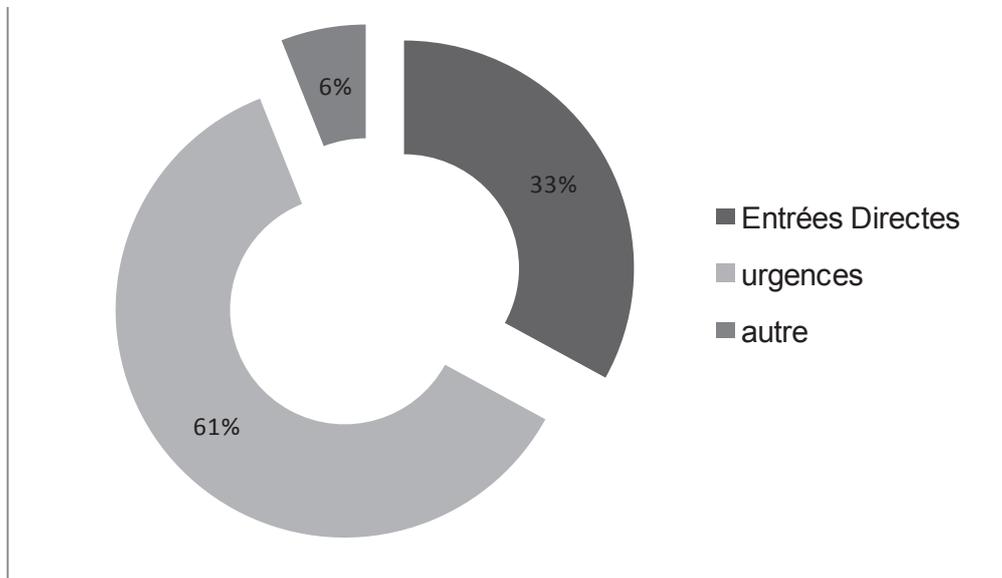
Le CHU de Nice possède 2 services de court séjour A1Nord et A1Sud.

Au premier semestre 2016 le A1Nord qui est le service orienté vers les entrées directes réalisait 33% d'entrées directes contre 61% d'entrées via les urgences (figure 1). Le second service de court séjour qui est plus orienté « post urgences » réalisait 90% des entrées via les urgences contre 3% d'entrées directes (figure 2).

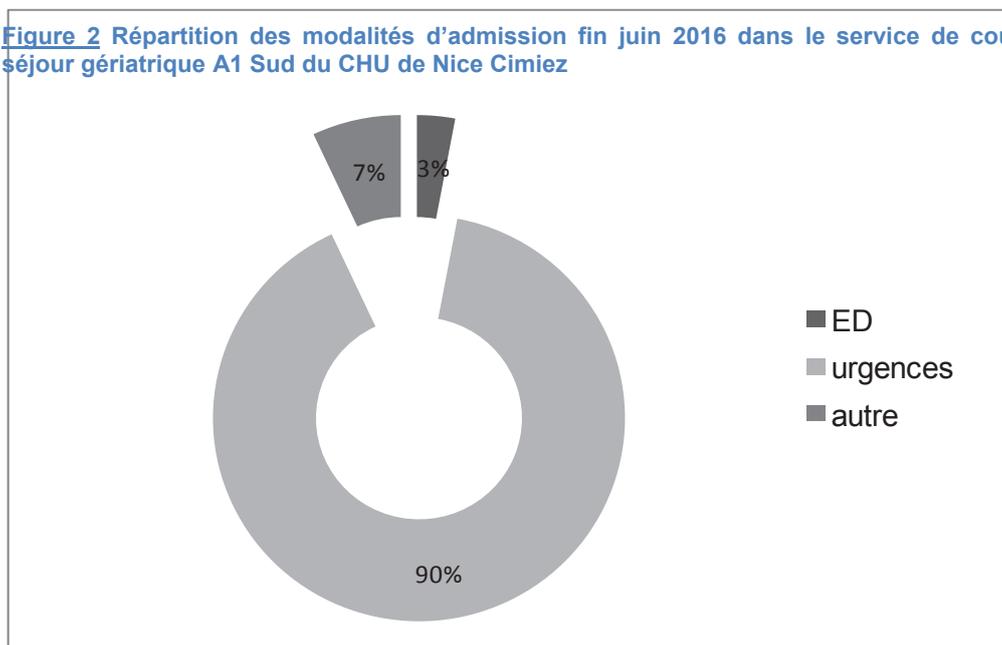
Une thèse effectuée à Nice en 2014 avait pour objectif d'identifier auprès des médecins généralistes les facteurs limitant l'entrée directe de leurs patients dans les courts séjours de la filière gériatrique du CHU de Nice(18). Le premier de ces facteurs limitant était un manque de place dans les services et ce malgré un nombre

de lits de court séjour dans la région, supérieur aux objectifs proposés par le Plan Grand Age.

**Figure 1:** Répartition des modalités d'admission fin juin 2016 dans le service de court séjour gériatrique A1 Nord du CHU de Nice Cimiez



**Figure 2** Répartition des modalités d'admission fin juin 2016 dans le service de court séjour gériatrique A1 Sud du CHU de Nice Cimiez



Le second frein omniprésent dans les résultats résidait dans les difficultés de communications et plus précisément deux points : l'absence d'un réseau efficient et les difficultés à joindre le médecin référent du service. Ainsi, l'accès direct des patients en court séjour gériatrique sans passage aux urgences doit être le mode

d'entrée à l'hôpital à privilégier (5). Pour ce faire, le CSG doit être organisé afin de pouvoir répondre durant la journée aux sollicitations des médecins généralistes.

Actuellement, malgré une circulaire datant de plus de quinze ans, aucune solution institutionnelle n'a pu être mise en place pour permettre aux médecins généralistes de solliciter directement les gériatres du CHU de Nice en cas de nécessité. C'est afin de pallier ce problème identifié comme important par les médecins généralistes, que le pôle RAV a mis en place une réflexion institutionnelle dans laquelle s'inscrit ce travail de thèse.

### 1.5 Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les modalités possibles de mise en œuvre au sein du pôle de RAV du CHU de Nice, du chapitre 3.2 de la CIRCULAIRE DHOS/02/DGS/SD5D/N°2002/157 du 18 Mars 2002 relatif à l'amélioration des admissions directes en court séjour gériatrique.

## **2 Matériel et méthode**

## 2.1 Participants

Le recrutement des praticiens de courts séjours gériatriques des CHU interrogés a été réalisé en plusieurs étapes.

Tout d'abord nous avons recueilli la liste des CHU de France(19) puis les numéros de téléphone de chaque secrétariat des courts séjours gériatriques (retrouvés par l'intermédiaire de leur site internet). Nous avons ensuite appelé les secrétariats en se présentant comme interne en gériatrie au CHU de Nice réalisant une thèse sur l'organisation et le mode de recrutement des patients des courts séjours gériatriques et plus spécifiquement sur les modalités de recrutement des entrées directes.

Nous demandions alors les adresses de courrier électronique des médecins des CSG afin de leurs transmettre le lien internet vers notre questionnaire.

## 2.2 Choix de la méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative par questionnaires individuels structurés, administrés par internet. Notre choix s'est porté sur cette méthode car nous souhaitions comprendre en détail et sur un certain nombre de points spécifiques identifiés en amont, l'organisation mise en place par les praticiens tout en laissant quelques questions ouvertes afin de favoriser les réponses spontanées. Ainsi par opposition, des entretiens ouverts n'auraient pas été adaptés à ce sujet voué à la description précise et ciblée d'un phénomène connu.

Le questionnaire a été conçu en plusieurs étapes. Une première version a été réalisée en se basant sur les données de la littérature puis soumise au directeur de thèse. La version corrigée a ensuite été présentée lors d'un staff des médecins du pôle RAV pour affiner les questions, s'assurer qu'aucun item important n'était oublié et permettre la production de la version définitive.

Le questionnaire (annexe A) a été produit avec le logiciel Google Drive® disponible sur internet. La rubrique drive permet en effet de créer des questionnaires diffusables par l'intermédiaire d'un lien internet.

Les deux premières questions permettaient d'obtenir une description de la population étudiée avec une présentation du praticien, de sa ville, de son service et du pourcentage d'entrées directes qui y était réalisé. La suite du questionnaire posait le contexte en rappelant la circulaire DHOS du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de

la filière de soins gériatriques et la diffusion d'un numéro d'appel facilitant les entrées directes. Le praticien étant invité à répondre à une question fermée nous renseignant sur l'application de cette circulaire au sein de son service. De cette question fermée découlaient 2 questionnaires différents.

La réponse négative était suivie d'une question fermée renseignant l'existence de projets visant à s'adapter à la circulaire ; si oui à quel horizon et si non pourquoi.

En cas de réponse positive à l'application de la circulaire, suivait une première partie dite organisationnelle à choix multiples ou ouverte concernant le mode de fonctionnement matériel et humain, le nombre d'années d'application du dispositif, les difficultés rencontrées ainsi que les moyens de diffusion du numéro d'appel. Cette partie du questionnaire visait à étudier les moyens et ressources mises en place ainsi que les écueils à éviter lors de la mise en place de notre dispositif.

Une seconde partie s'intéressait à l'évolution du profil de recrutement des patients suite à l'application de la circulaire et à l'identification des éléments positifs liés à ce mode d'admission(20). Cette partie avait pour but de décrire l'évolution du profil patients à l'issue de la mise en place d'un tel dispositif afin d'anticiper d'éventuels besoins spécifiques.

### 2.3 Diffusion du questionnaire

Le lien internet pour le questionnaire a été diffusé via un mail type (annexe B) posant brièvement le contexte de l'étude. Cette méthode de diffusion nous a permis d'interroger des praticiens de CHU sans contrainte géographique. Le questionnaire a été diffusé d'août 2015 à janvier 2016 avec des relances régulières (à 1 semaine puis à 2 semaines puis à 1 mois)

### 2.4 Recueil et analyse des données

L'ensemble des réponses du questionnaire apparaissait sous forme exhaustive dans un tableau généré par Google Drive ®.

Les variables catégorielles représentées par le nombre de praticiens hospitaliers et le nombre de CHU ont été exprimées sous forme de pourcentages et de moyennes que nous avons transférés sur Excel® afin de réaliser des graphiques.

Une retranscription des verbatim sur Word® a été réalisée afin d'affiner la compréhension des données qualitatives.

## 2.5 Réalisation de la bibliographie

La bibliographie a été réalisée avec le logiciel Zotero version 4.0.23.

La recherche documentaire s'est concentrée sur plusieurs axes :

- Utilisation de moteurs de recherche spécialisés : Pubmed. Utilisation de mots clefs pour les différents thèmes de recherche : pour l'entrée directe en court séjour gériatrique (MeSH Terms : Aged, Geriatrics, hospitalization/statistics, Length of stay, patient transfer, direct admission).

- Utilisation des moteurs de recherche généralistes : Google scholar. Mots clés utilisés : « admissions court séjour gériatrique » ; « ORU PACA » ; statistiques démographiques alpes maritimes ».

- Utilisation de système universitaire de document (SUDOC) : base de données des travaux universitaires.

- Documentation fournie par le directeur de thèse

- Recherche sur les sites des sociétés savantes : CNGE ; SFMG ; SFDRMG ;

- Recherche sur les sites : HAS ; ANSM ; OMS

- Bibliographie des documents trouvés grâce aux précédentes méthodes de recherches.

## **3 Résultats**

Dans la partie 3.1 des résultats, nous nous attacherons à présenter les réponses données aux questions fermées, question par question. La partie 3.2 abordera la partie des questions ouvertes.

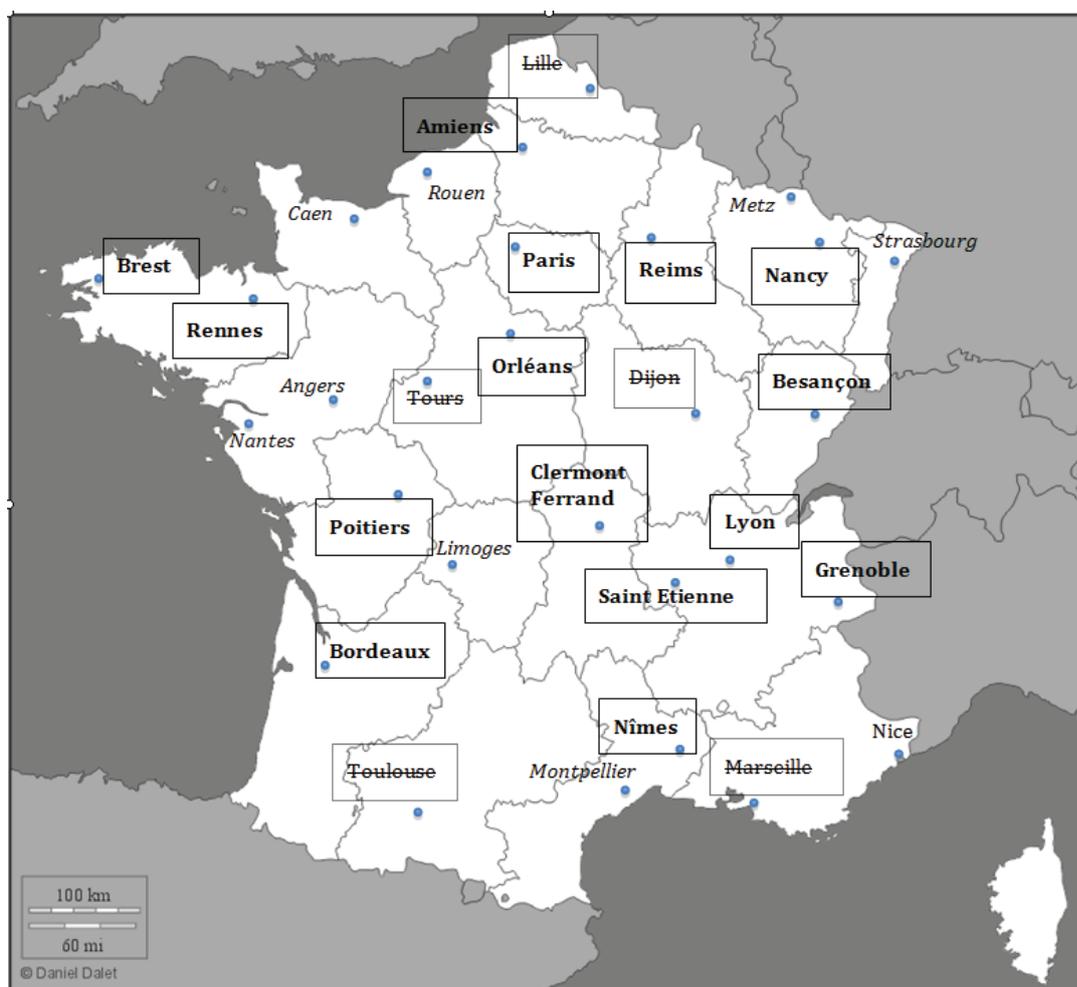
### 3.1 Description des modes de fonctionnement actuels

Afin de décrire les modes de fonctionnement les plus représentatifs, nous avons interrogé 28 CHU, près de 95 praticiens hospitaliers et obtenu une réponse de 20 CHU et 28 praticiens.

Sur les 20 CHU nous ayant répondu, 5 d'entre eux ont déclaré ne pas avoir mis en place de numéros d'appel réservé aux médecins généralistes pour l'admission directes des patients (figure 3).

Les sous chapitres ci-dessous correspondent aux différents items du questionnaire.

**Figure 3** Carte des CHU de France



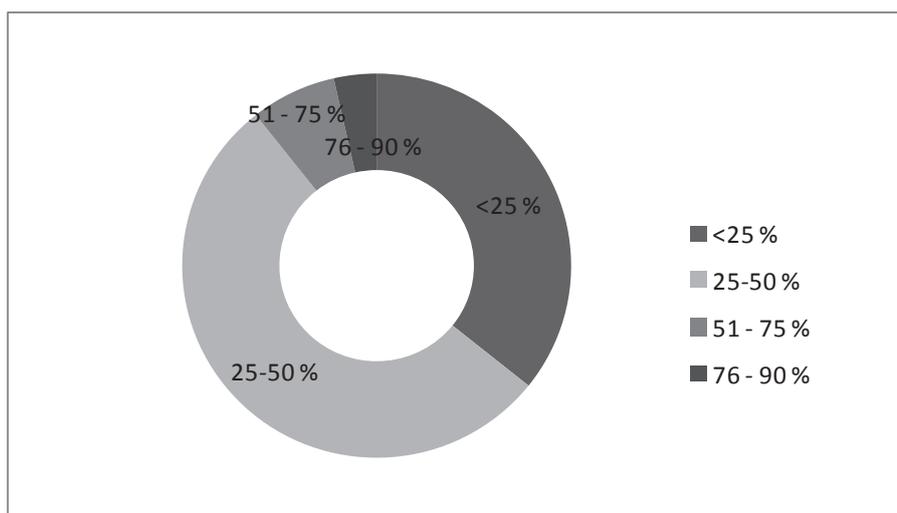
<b>Chu</b>	CHU ayant mis en place de dispositif d'entrées directes
<b>Chu</b>	CHU n'ayant pas mis en place de dispositif d'entrées directes
<i>Chu</i>	CHU n'ayant pas répondu

### 3.1.1 Les services réalisent entre 25 et 50% d'entrées directes

Trente-cinq virgule sept pourcents des praticiens interrogés déclaraient réaliser moins de 25% d'entrées directes dans leur service.

Au sein de ces 35,7%, presque la moitié (14,3%) des praticiens ne possédaient pas de numéro d'appel réservé aux médecins généralistes pour l'admission directe des patients dans leur service. La majorité des praticiens interrogés (53,6%) situaient leur pourcentage d'entrées directes entre 25 et 50%. Seuls 10,7 % des praticiens dépassaient les 50% d'entrées directes (7,1% entre 51 et 75% et 3,6% 1 [praticien] entre 76 et 90% d'entrées directes). Le praticien dont le pourcentage d'entrées directes était compris entre 76 et 90% était le médecin responsable d'une Unité de Gériatrie d'Entrées Directes (UGED), au CHU de Nancy (unité ouverte depuis le 1er juin 2014) (figure 4).

**Figure 4** Pourcentage d'entrées directes des CHU interrogés



### 3.1.2 Un certain recul

Pour la majorité des praticiens interrogés (35,7%) cela fait entre 2 et 5 ans qu'un numéro d'entrées directes a été mis en place. 17,8% avaient mis en place ce dispositif depuis moins de 2A, 7,1% depuis 5 à 10 ans et enfin 10,7% depuis plus de 10A.

Cependant, contrairement à ce que nous attendions, nous n'avons pas pu corréler le nombre d'années d'expérience au pourcentage d'entrées directes actuel.

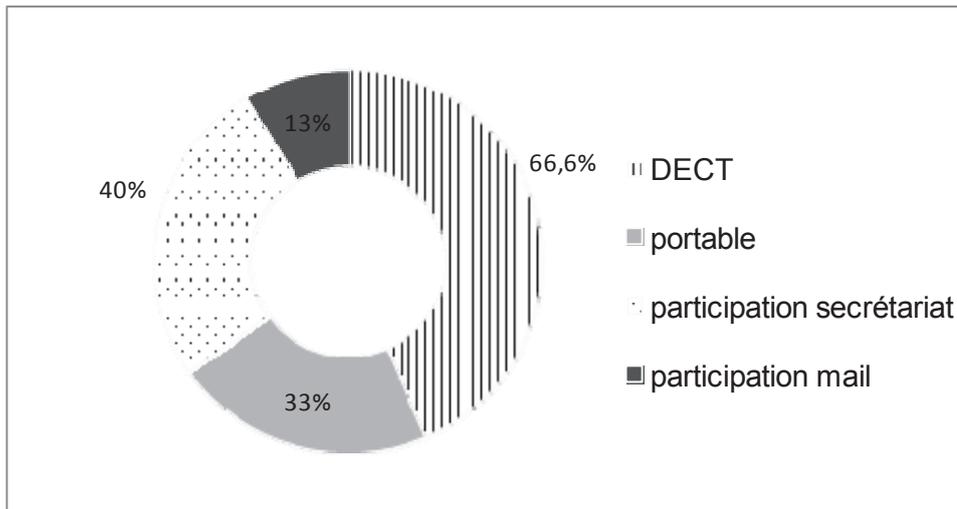
Effectivement, le CHU effectuant le plus d'entrées directes (76-90%) avait mis en place le dispositif depuis moins de 2 ans. De plus nous avons retrouvé une répartition hétérogène des autres pourcentages d'entrées directes en fonction du

nombre d'années d'utilisation du dispositif ; sans avantage significatif pour les plus anciens.

### 3.1.3 Le DECT, outil préférentiel

Le DECT (66,6%) était l'instrument le plus utilisé devant le portable (33%).

Cependant dans 40% des services, le secrétariat jouait un rôle complémentaire au portable ou DECT (figure 5).



**Figure 5** Outils utilisés par les CHU interrogés

### 3.1.4 Peu de difficultés techniques

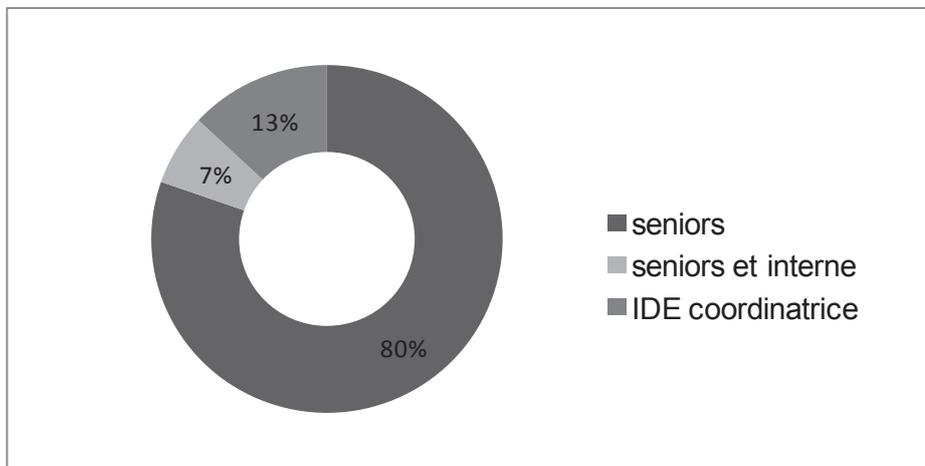
Seul 2 praticiens ont rencontré des difficultés techniques à l'utilisation d'un portable avec des coupures de communication et des problèmes de réception rendant nécessaire la mise en place d'un DECT.

### 3.1.5 Les seniors des courts séjours au centre du dispositif de 8h30 à 18h30

Les entrées directes étaient gérées dans 80% des services par les seniors seuls ; les internes ne jouaient un rôle que dans 7% des cas. 13% des services s'organisaient autour d'une IDE coordinatrice (figure 6).

De plus, la permanence de soins était assurée dans 59% des services par les médecins des CSG uniquement ; un roulement d'astreinte sur tous les gériatres était organisé dans 36% des cas. Enfin dans 5% des services, la permanence des soins était assurée par des médecins volontaires.

Par ailleurs, la permanence téléphonique était assurée dans 80% des services de 8h30 à 18h30 et dans 7% de 8h30 à 17h du lundi au vendredi. 13% des services proposaient une permanence 24h/24 7J sur 7.

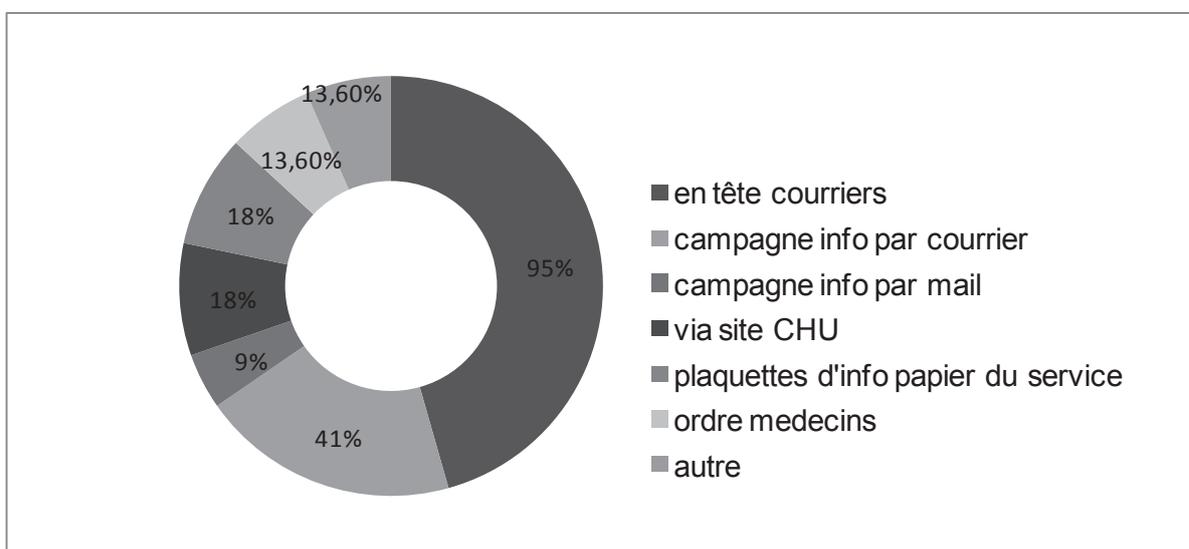


**Figure 6** Professionnels participant à l'organisation des entrées directes

### 3.1.6 Des moyens de promotions du numéro d'appel variés

La diffusion du numéro d'appel a été réalisée dans 95% des cas via les en têtes des courriers. Une campagne d'information spécifique par courrier a été réalisée dans 41% des services contre 9 % par mails. 18% des services ont utilisé le site du CHU pour diffuser le numéro et 18% ont inscrit le numéro sur les plaquettes d'information papier des services. Enfin 13,60% des services ont communiqué le numéro à l'ordre des médecins.

Les services ont utilisé plusieurs moyens de diffusion dont le plus courant était les en têtes de courriers (figure 7).



**Figure 7** Moyens de diffusion du numéro d'appel

### 3.1.7 Une réelle volonté de mettre en place une ligne directe

Sur les 6 praticiens (5 CHU) fonctionnant sans numéro d'appel réservé aux médecins généralistes, 3 envisageaient de mettre en place cette organisation, « *entre 2017 et 2018 lors de l'extension du service de court séjour* » pour l'un et sans date prévue pour les 2 autres. Un médecin déplorait l'échec de la mise en place du numéro d'appel dédié aux médecins de villes ; en effet malgré la diffusion de ce numéro, « *Les médecins contactent directement le service d'hospitalisation lorsqu'ils veulent une hospitalisation, la consultation lorsqu'ils veulent une consultation, et le service d'hospitalisation lorsqu'ils veulent simplement un conseil* ».

Enfin, sur ces 6 médecins, 2 ne trouvaient pas d'intérêt à mettre en place un numéro réservé aux médecins généralistes, ces derniers « *appellent le secrétariat qui oriente vers le service adéquat et le médecin d'astreinte* ».

## 3.2 Intérêts et limites du dispositif

### 3.2.1 Difficultés organisationnelles

#### 3.2.1.1 Difficultés de répondre à toutes les demandes

Tout d'abord, La disponibilité des lits était le principal frein rencontré par les praticiens.

« *Disponibilité des lits, ne peut pas répondre à toutes les demandes* »

« *Problème de disponibilité des lits* »

« *Le problème de disponibilité des lits* »

Ce résultat était concordant avec l'étude citée plus haut du Dr Canac dans laquelle le manque de lits était le premier facteur limitant rencontré par les médecins généralistes des alpes maritimes lors des admissions directes en court séjour gériatrique. De plus, les praticiens ressentaient un réel conflit entre la pression des urgences et les entrées directes.

« *Pressions urgences et volonté entrée direct pour empêcher passage aux urgences.* »

« *Epidémie : urgences pleines donc pas d'entrée directe* »

#### 3.2.1.2 Difficultés de transmission de l'information

Les informations médicales fournies par téléphone ne correspondaient pas toujours à la réalité clinique observée par le praticien du service qui avec son expérience de

gériatre aurait préféré la réalisation d'examens complémentaires initiaux ou l'orientation vers un service plus adapté au patient.

« Description parfois édulcorée par rapport à la réalité et le patient aurait du passer par les urgences »

« Demandes pas toujours adaptées à l'entrée directe (parfois l'urgence serait plus appropriée), d'autant que le site la Charité n'a pas de plateau technique propre. »

De plus, l'engagement téléphonique du médecin n'était pas toujours suivi par les familles et la multiplication des intermédiaires augmentait le risque d'erreur de transmission des données opérationnelles avec pour conséquence des lits vacants en fin de journée.

« Souvent les patients et les familles refusent l'hospitalisation et ne viennent pas »

« Les info sur la date et le service ne sont pas données aux patients et ils ne savent pas qu'ils sont attendus »

#### 3.2.1.3 Difficultés entre confrères

Les praticiens décrivaient des tensions entre médecins intra service gériatrique au sujet de l'organisation, du tableau d'astreinte et de la transmission du téléphone.

« *Contrainte de programmation dans chaque CSG et organisationnel (isolement, heure sortie.)* »

« *Problème pour se passer le téléphone entre différents service -> Solution 2 téléphones* »

« *Difficultés à mettre en place un roulement fixe entre les différents médecins du fait des activités variables des uns et des autres.* »

« *Planning de répartition entre les médecins* »

« *Harcèlement et incompréhension de certains confrères* »

« *Aucune {difficulté} si les médecins s'entendent bien...* »

Si des tensions entre confrères pouvaient apparaître, elles étaient le fait des difficultés du travail de groupe que cette organisation peut nécessiter.

#### 3.2.1.4 Difficultés dans la pratique quotidienne

La surcharge de travail que représentait la permanence de soins s'ajoute au quotidien des praticiens qui avaient des difficultés à adapter leur mode de fonctionnement.

« *Surmenage* »

« Charge de travail variable mais intense »

« Gestion des appels, et mesure de la gravité/sévérité de la situation »

« Etre d'astreinte tél en même temps que ses consultations ou qu'une grande visite auprès d'un malade compliqué... pas toujours facile... »

« Absence d'astreinte rémunérée d'où impossibilité d'extension de la permanence la nuit et les weekends puisque l'admission est prononcée par un sénior »

Une organisation structurée et bien définie du service était nécessaire afin d'intégrer ce dispositif au quotidien des praticiens.

### **3.2.2 Satisfactions de ce mode d'entrées**

#### **3.2.2.1 Eviter le passage aux urgences**

La satisfaction revenant le plus souvent était l'amélioration du confort et de la rapidité de prise en charge des personnes âgées en évitant l'attente aux urgences et les complications qui en découlent.

De plus, l'entrée directe réduisait le traumatisme que représente une hospitalisation tout en désengorgeant le service des urgences.

*« Eviter un passage aux urgences pour des personnes âgées : éviter une attente longue sur brancard, arriver rapidement dans un service, prise en charge gériatrique rapide (lever, évaluation globale) »*

« Eviter les complications inhérentes à la prise en charge aux urgences chez les patients les plus fragiles »

« Moins de passage aux urgences chez nos patients âgés poly pathologiques dont l'alitement prolongé peut être délétère. »

« Fluidifier le parcours des malades »

« Absence des complications (confusion, cutané...) d'un séjour aux urgences. »

« Présence de la famille à l'admission »

« Admission avec horaire programmé »

*« Essayer d'apporter une réponse adaptée et rapide à un problème posé au domicile lorsque le patient ne relève d'une prise en charge aux urgences »*

### 3.2.2.2 Améliorer les relations ville hôpital

Les praticiens interrogés se félicitaient majoritairement de l'amélioration de la communication ville hôpital grâce à des échanges directs et facilités avec les médecins généraliste permettant d'optimiser le suivi du patient et l'implication de leur médecin.

« Permet une communication rapide de médecin à médecin, de s'entendre sur une stratégie, de "négocier" éventuellement un délai de 24H à plusieurs jours pour éviter le passage aux urgences. »

« Permet une transparence des admissions et limite le clientélisme »

« Meilleure communication avec les praticiens libéraux en ville »

« Echange direct avec le généraliste donc début de préparation des modalités de sortie avant même l'admission et pas de cumul d'erreurs d'étudiants successives. »

« Sensibilisation des médecins généralistes à la pratique gériatrique »

« Améliorer la relation ville-hôpital »

« Médecins traitants satisfaits »

Par ailleurs un numéro d'entrée direct commun à tous les médecins garantissait aux patients un accès aux courts séjours gériatrie, quel que soit le réseau précédemment constitué par leur médecin traitant.

### 3.2.2.3 Eviter une hospitalisation

Une communication facilitée rapide et adaptée permettait d'éviter une hospitalisation aux patients âgés tout en proposant des alternatives.

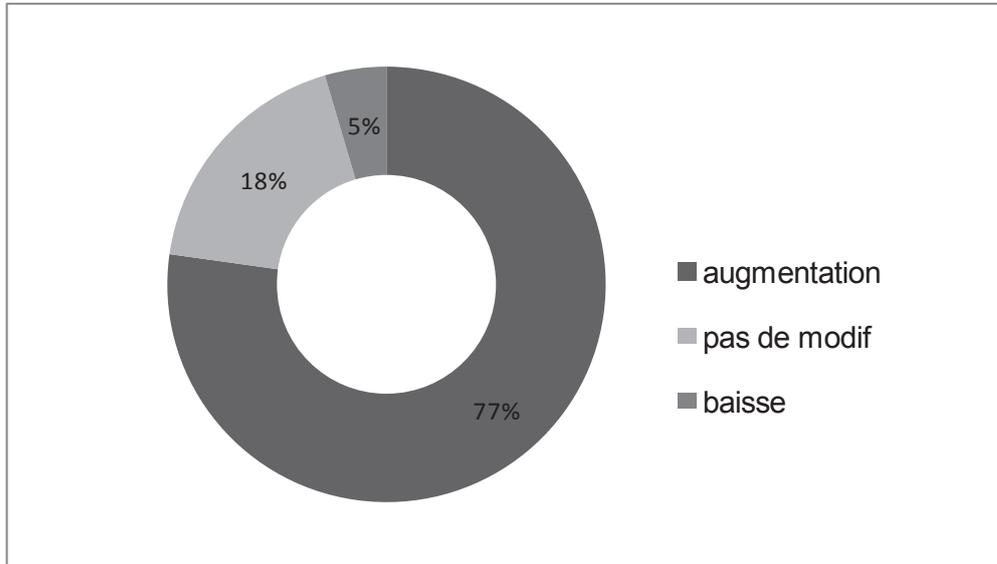
« Permet parfois d'éviter l'hospitalisation pour ""raison sociale"" : un temps d'assistante sociale est dédié à la Coordination GERonTologique (COGERT), cette dernière traite en urgence les dossiers pour tenter de trouver des solutions alternatives à l'hospitalisation »

« Permet de proposer des consultations d'urgence en alternative à l'hospitalisation »

« Meilleure orientation lors du contact téléphonique (un patient peut être seulement orienté à la consultation quand l'hospitalisation peut être évitée) »

### 3.2.3 Evolution du profil de recrutement

Suite à la mise en place du numéro d'appel, une augmentation des entrées directes a été observé chez 77% des praticiens, 18% ne notaient aucune modification et 5% un baisse (figure 8).



**Figure 8** Evolution du nombre d'entrées directes selon les praticiens des CHU interrogés après mise en place d'un numéro d'appel

## **4 Discussion**

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les modalités possibles de mise en œuvre au sein du pôle RAV du CHU de Nice, du chapitre 3.2 de la CIRCULAIRE DHOS/02/DGS/SD5D/N°2002/157 du 18 Mars 2002 relatif à l'amélioration des admissions directes en court séjour gériatrique. Pour ce faire, nous avons effectué un état des lieux des pratiques et de l'organisation des différents CSG des CHU de France. Il ressort de cette étude que l'outil majoritairement utilisé était le DECT. Au niveau du CHU de Nice (Cimiez), la mise en place d'un téléphone portable semble plus appropriée aux structures existantes. Ce portable serait géré de 8h30 à 18h30 par les médecins du court séjour concernés. La promotion de ce numéro d'entrées directes serait réalisée par l'intermédiaire des courriers de sorties, du site internet et de l'annuaire officiel du CHU.

Les retours des CHU interrogés étaient majoritairement positifs. En effet, éviter un passage aux urgences ou une hospitalisation et améliorer les relations ville hôpital étaient les principales satisfactions retrouvées.

L'évolution du mode de recrutement après mise en place du dispositif a été vers un accroissement des entrées directes selon 77% des praticiens interrogés ; ce résultat nous montre l'importance de mettre en place ce dispositif.

Cependant il existe plusieurs limites à cette étude.

Tout d'abord il apparaît un biais de sélection car nous avons recruté tous les médecins de courts séjours sans différencier les chefs de service, les praticiens hospitaliers ou les assistants. Il aurait été intéressant de réaliser des sous-groupes afin d'éviter un biais de point de vue. Des divergences auraient pu apparaître selon la fonction du médecin et du rôle qu'il possède dans l'organigramme du service.

De plus, il apparaît un biais de non réponse car nous n'avons pas recueilli les raisons de refus ni les caractéristiques des 8 CHU non répondant. Il aurait été intéressant d'étudier les différences entre ces deux groupes (répondant et non répondant). En effet, en possédant des caractéristiques sur les non répondants, nous aurions pu ajuster les données recueillies par pondération ; améliorant ainsi la représentativité de notre échantillon.

De plus cette étude présente un biais de déclaration car l'enquête par questionnaire maximise le risque de subjectivité en ne permettant pas d'instaurer une relation d'écoute et d'adaptation au langage, aux pensées et sentiments de la personne

interrogée. Celui-ci peut également être enclin à donner une bonne image du service et à fournir la « bonne » réponse estimée comme étant attendue.

Malgré ce dispositif, de nombreux freins persistent au sein des CHU interrogés comme la disponibilité des lits, la pression des urgences et les difficultés dans la transmission de l'information.

Au vu de ses difficultés omniprésentes, il semblerait intéressant de développer différentes alternatives possibles à ce mode d'admission.

Nous pourrions utiliser cette ligne téléphonique comme un véritable lien ville-hôpital proposant des conseils gériatriques divers. Cette ligne ne se limiterait pas à l'orientation du patient en court séjour mais faciliterait l'accès aux différents services proposés par le pôle RAV du CHU (consultation mémoire, HDJ, en SSR...).

Cette ligne serait gérée en alternance par l'ensemble des praticiens du pôle.

Par ailleurs, le CHU de Nice pourrait se montrer novateur en terme de gestion de lits et suivre la mouvance actuelle de restructuration de missions de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) proposée par le ministre de la santé M.Touraine depuis novembre 2014(21). L'idée de ces groupements hospitaliers se base sur la conviction qu'il est possible de garantir un égal accès à des soins sécurisés et de qualité. En effet malgré la qualité des soins prodigués, le système connaît un accroissement des inégalités d'accès aux soins et une partie des usagers de l'hôpital public bénéficient de ce que l'on pourrait qualifier de « parcours d'initiés » qui laisse sur la touche une part non négligeable d'usagers. Cette mission GHT voudrait définir la notion de projet médical partagé garant de l'égalité d'accès aux soins hospitaliers et introduit la notion d'information convergente permettant d'améliorer l'accès aux informations par les professionnels.

La réalisation de cette mission GHT nécessite une organisation numérique inter hospitalière harmonieuse que nous retrouvons dans le programme Hôpital numérique. Ce programme a pour ambition d'amener l'ensemble des établissements de santé à un palier de maturité de leur système d'information permettant le partage et l'échange d'informations au sein des établissements ce qui améliorerait significativement la production de soins (22).

Au niveau de la région PACA, le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) (23) a été développé pour répondre aux besoins de cette mission GHT en accord avec le programme hôpital numérique.

Le ROR est un outil informatique qui répond aux critères réglementaires, aux recommandations nationales et décrit l'aspect opérationnel de chaque établissement de la région. Il est partagé, conçu et actualisé par l'ensemble des acteurs impliqués pour optimiser le fonctionnement des Réseaux Territoriaux.

“Il a pour objectifs:

- d'améliorer l'orientation du patient en aval des structures d'urgences, vers l'établissement le plus adapté à leur prise en charge
- d'afficher les filières de soins et réseaux de santé des territoires
- d'améliorer la connaissance de l'organisation de la Permanence Des Soins des Etablissements de Santé (PDSSES)
- d'être un support d'accueil des informations relatives au plan blanc (disponibilité des lits) et aux situations d'urgences ("Hôpital en Tension")
- de permettre des échanges entre professionnels par l'intermédiaire d'un outil de suivi de projets
- d'offrir un outil de télémedecine (ORU BOX)
- de gérer les fiches d'événements indésirables régionales.” (23)

Le ROR permet d'accéder à des informations fiables et actualisées concernant les plateaux techniques présents sur le territoire avec une description complète de l'offre de soins (capacités d'hospitalisation, pathologies prises en charge, spécialités au sein de chaque établissement, fonctionnalités techniques...) ainsi que la disponibilité des ressources (modalités d'accès au plateau techniques ou hospitalisation, horaires de fonctionnement...).

Entre autres le ROR PACA est constitué de trois modules particulièrement intéressant pour notre travail : le module SSR, le module disponibilité des lits et le module télémedecine.

Actuellement en cours d'utilisation, le module SSR a pour objectif d'élaborer un annuaire régional des structures SSR. Ce dernier apporte une aide au choix de la structure la plus adaptée aux patients. Ce module permet de créer une fiche de demande d'admission standardisée commune aux CSG et SSR et offre la possibilité de gérer les demandes à partir d'un tableau de bord ; évitant ainsi les erreurs d'admission. Cet outil permet de planifier et fluidifier les transferts des patients du CSG au SSR, améliorant ainsi la disponibilité des lits en CSG ; frein omniprésent dans notre travail.

Par ailleurs, Le module disponibilité des lits est un outil qui apporterait une réponse globale à la thématique de notre travail. Ce module permettra de consulter les lits

disponibles des différents établissements de santé de la région. Il sera mis à la disposition des services d'urgences qui ont régulièrement besoin de faire le point des lits. Dans un second temps cet outil pourrait être accessible à tous les médecins, y compris les médecins généralistes, garantissant aux patients un réseau de soins efficace.

Le ROR et l'Observatoire Régional des Urgences (ORU) ont dans un premier temps mis en place le « TERMINAL URGENCES » (24) dit TU. Cet outil informatisé de gestion des services d'urgences est alimenté en temps réel par chaque professionnel de santé du service permettant le suivi des patients et de leurs pathologies.

Le TU est composé d'une file active des patients du service qui offre une vision synthétique de l'activité du service aux professionnels. De plus il possède une fiche patient qui regroupe les informations administratives du patient ainsi que des fonctionnalités d'horodatage. Enfin il met à disposition une fiche médicale qui est un véritable dossier de soins d'urgence numérique.

Actuellement 30 établissements et 42 sites en région PACA ainsi que 6 établissements hors PACA sont équipés du TU; ce qui constitue la première réussite de l'ORU PACA.

A terme, le ROR pourrait fournir les outils pour la création d'une plateforme de régulation régionale qui en temps réel serait capable de proposer aux médecins un état des lieux de l'offre de soins de l'ensemble des services hospitaliers afin d'orienter au mieux leurs patients et de créer un espace de collaboration inter professionnels.

En cours de discussion, la création d'un dossier médical partagé, à l'image de ce que les réseaux de pharmacies ont pu mettre en place avec succès a travers le dossier pharmaceutique, serait un bénéfice sans précédent en termes de coordination de soins s'il était mis à la disposition des médecins sur la plateforme du ROR. Cela mettrait fin entre autres aux difficultés de transmission de l'information (frein retrouvé dans notre travail).

Dans ce sens, s'appuyant notamment sur les réflexions issues de ce travail de thèse, le pôle RAV, en collaboration avec le pôle urgence SAMU/SMUR, propose dans son nouveau projet médical, la mise en place d'une plateforme de compétence en lien avec l'équipe mobile de gériatrie (EMG). L'objectif de cette plateforme de compétence est de proposer un avis gériatrique aux professionnels de santé afin de poser un premier diagnostic et d'orienter la personne âgée vers la structure la plus adaptée en évitant si possible un passage aux urgences.

Pour ce faire, un numéro d'appel unique pour les médecins et les EHPAD du territoire sera mis en place ; pris en charge la journée en semaine par l'EMG, puis transféré vers une astreinte opérationnelle en dehors des heures ouvrables.

De plus, la régulation du SAMU 06 sera en lien 24h/24 avec un gériatre de garde (une garde territoriale sur le GHoTAM [Groupement Hospitalier des Alpes-Maritimes]) est envisagée) qui proposera une expertise gériatrique afin d'orienter au plus vite et de manière adaptée la personne âgée vers un établissement adéquat, évitant le cas échéant un passage aux urgences. A échéance d'octobre 2016, cette plateforme a donc pour objectif de mettre en place un numéro d'appel gériatrique unique, d'organiser une astreinte médicale 24h/24 et de s'appuyer sur les outils de télémédecine qui seront déployés par l'ORU.

Par ailleurs, le maintien à domicile des personnes âgées est un enjeu majeur en termes de qualité de vie, d'efficacité de leur suivi et du coût qu'il génère. Développer le suivi au domicile en coordination avec le médecin traitant et toute l'équipe paramédicale est indispensable. Au CHU de Nice le projet LICORNE (Liaison et COordination par un Réseau Numérique de santé) a ainsi vu le jour. Ce projet permettra aux établissements de santé de la région de s'ouvrir pour partager les informations médico-psycho-sociales du patient grâce à un « dossier patient partagé » avec l'ensemble des personnes intervenant dans sa prise en charge, afin d'assurer et de fluidifier la transmission de ces informations autour du patient.

L'objectif principal de ce projet est de déterminer l'impact de l'utilisation de la plateforme LICORNE sur la coordination des soins autour du patient âgé polypathologique. A l'heure actuelle le projet a terminé sa phase d'inclusion avec 56 patients. De la même manière, à Limoges, une expertise gériatrique a été mise en place grâce à l'apport de la télémédecine. Via le projet ICAR(25) (projet unique de démonstrateur industriel, visant à évaluer à grande échelle l'impact de solutions technologiques, organisationnelles et médico-sociales innovantes pour le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie) ; des patients âgés de plus de 75 ans et présentant au moins 2 maladies chroniques ont été recrutés dans la région de la Creuse. Ces patients bénéficient d'un suivi chronique via la télé surveillance de la glycémie, de la saturation, de la tension artérielle, du poids et de la température. Ces données sont consultées par un médecin gériatre du CHU le plus proche depuis son poste informatique. Après analyse, ces données permettent au gériatre d'alerter le médecin généraliste et l'infirmière du risque de décompensation du patient. Les résultats intermédiaires de ce projet ont démontré une diminution de 30 à 40% des

hospitalisations non programmées ainsi qu'une augmentation des hospitalisations programmées mais de durée plus courte et plus adaptée.

A terme ce projet permettra d'intégrer les smartphones ou les micro-ordinateurs des patients ou des soignants dans le dispositif de soins. En effet, à la fin 2015, le nombre de smartphones dans le monde approchait la barre des 2 milliards (26) et selon l'INSEE (27) en 2012, 63% des 60-74 ans et 87,8% des 49-59 ans étaient équipés d'un micro-ordinateur avec des prévisions pour les années à venir à la hausse. En outre, une des difficultés identifiées dans notre étude était l'entente entre les services ainsi que la complexité à gérer les entrées directes et la pression des urgences. Une des solutions émergentes pour la gestion de ce type de problématique est le bed management (gestion de lit). Le bed management pourrait optimiser la gestion des entrées et des sorties des patients dans les services d'hospitalisation. Ce mode de gestion a pour objectifs principaux de dimensionner les équipes de soins sur la base du taux d'occupation ainsi que de concilier les activités programmées et les urgences. De plus soulager le médecin de cette tâche chronophage serait bénéfique en termes de qualité de soins et d'efficacité des services.

Enfin, il serait intéressant de réformer l'organisation du système hospitalier en s'inspirant du concept de lean management. Le lean management est une démarche de progrès de l'industrie qui est née dans les années 50 chez Toyota. Cette démarche appliquée au milieu hospitalier met les attentes du patient au centre de la démarche d'amélioration. En effet, une recherche permanente de toutes les tâches sans valeur ajoutée du point de vue du patient est effectuée. Cette amélioration de la qualité perçue par le patient se traduit par une amélioration de l'efficacité de l'hôpital permettant entre autres d'augmenter le temps passé au contact des patients, de réduire des délais d'attente et d'améliorer la DMS.

## **5 Conclusion**

Le bénéfice des entrées directes en CSG est démontré et notre étude a permis de révéler les méthodes actuelles mises en place dans les CHU de France pour répondre à ce besoin. Elle a surtout permis d'apporter des éléments de réflexion supplémentaires à l'équipe dirigeante du pôle RAV pour le développement d'outils favorisant la mise en rapport des médecins généralistes et des gériatres afin de faciliter les entrées directes des patients âgés en court séjour gériatrique.

En effet, alors que les services hospitaliers et les urgences sont saturés, il est indispensable d'innover en termes d'offre de soins afin de fluidifier et d'harmoniser le parcours de soins des patients.

La création de plateforme de compétence 24h/24 en lien avec la médecine ambulatoire et les services de régulation médicale d'urgence pourrait répondre à l'évolution de la demande de soins. La création actuelle du GHoTAM pourrait être un atout majeur pour la mise en place d'une telle structure.

La société actuelle intègre de nombreux réseaux et moyens de communications novateurs permettant une interaction et une connexion sociétale sans précédent. Le nombre de smartphones et de micro-ordinateur ne cesse de croître. Il paraît crucial d'étudier les opportunités et les modalités d'intégrer ces outils dans l'organigramme de la médecine de demain.

## **6 Bibliographie**

1. INSEE. Recensement de la population 2015 [Internet]. 2015 [cité 27 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/service/default.asp?page=agendas/dossiers\\_actualite/conference-presse-recensement-13-janvier-2015.htm](http://www.insee.fr/fr/service/default.asp?page=agendas/dossiers_actualite/conference-presse-recensement-13-janvier-2015.htm)
2. Nathalie Blanpain, Olivier Chardon. Insee - Population - Projections de population à l'horizon 2060 - Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. [cité 2 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1320](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320)
3. INSEE PACA. Alpes-Maritimes, vers une stabilisation du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2020 [Internet]. Conseil Général Alpes Maritimes; 2009 juin [cité 2 juin 2015]. Report No.: 26. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/provence/themes/rapport/re26/re26.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/provence/themes/rapport/re26/re26.pdf)
4. François Blanchard, Service de Médecine Interne et Gériatrie Clinique, CHU Hôpital Sébastopol, 51092 Reims cedex. Suivi au long cours d'une cohorte de 1300 sujets âgés fragiles de 75 ans et plus : état de santé et identification des critères de fragilité (Cohorte S.A.F.E.S. : Sujet âgé fragile : évaluation et suivi). [Cité 1 déc 2015]; Disponible sur: <http://profiles.wizfolio.com/LaetitiaGERONIMI/groups/1436/190450/>
5. Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques [Internet]. NOR : SANH0730182C. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
6. Anne-lise De Balby De Vernon. Coordination des soins chez les sujets âgés polypathologiques via une plateforme web : attentes des professionnels. [Nice]: Université Nice Sophia-Antipolis; 2015.
7. Arnaud Plat, Nelly Youssef, Nicole Brousse, Stanislas Pol. Foie et vieillissement, aspects cliniques - EM] consulte. Gastroentérologie Clin Biol. mai 2003;27(5):540-7.
8. Rein du sujet âgé [Internet]. 2011 mars 11 [cité 19 juillet 2016]. Disponible sur: [http://www.chu-besancon.fr/geriatrie/GER/rein\\_sujet\\_age.pdf](http://www.chu-besancon.fr/geriatrie/GER/rein_sujet_age.pdf)
9. Bernard Bégaud, Karin Martin, Annie Fourier, and Françoise Haramburu. Does age increase the risk of adverse drug reactions? Br J Clin Pharmacol. nov 2002;54(5):550-2.
10. BRUNSCHWIG François-Hubert. Création d'un outil de communication ville-hôpital : Document dédié aux modifications thérapeutiques de patients hospitalisés en court séjour gériatrique D'après les attentes des médecins généralistes [Internet]. [Nice]: Université Nice Sophia-Antipolis; 2014 [cité 19 juillet 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00932624/document>

11. S. Bailleux, H. Oualid, D. Bouaziz, P.-M. Tardieux, J. Levraut, CHU de Nice, France. Influence de la fréquentation d'un SAU par les personnes âgées de plus de 75 ans sur le temps de passage aux urgences. *J Eur Urgences*. mai 2007;20(15):38.
12. Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med*. janv 2008;51:1-5.
13. Eileen J. Carter, Stephanie M. Pouch, and Elaine L. Larson,. The Relationship Between Emergency Department Crowding and Patient Outcomes: A Systematic Review. *J Nurs Scholarsh*. mars 2014;46(2):106-15.
14. Drew B Richardson. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust*. 2006;184(5):213-6.
15. BIUM court séjour et gériatrie [Internet]. [cité 11 mai 2015]. Disponible sur: <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/theses/index.las>
16. BONTRON (Marina). Hospitalisation des patients déments par le médecin traitant en court séjour gériatrique : entrée directe versus passage par les urgences [Internet]. [Clermont Ferrand]; 2009 [cité 11 mai 2015]. Disponible sur: <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/theses/index.las>
17. Ministère délégué à la Sécurité, sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Plan Solidarité Grand Age [Internet]. juin 27, 2006. Disponible sur: [http://www.cnsa.fr/documentation/plan\\_solidarite\\_grand\\_age\\_2008.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf)
18. Canac B. admission directe en court séjour gériatrique: difficultés rencontrées par les médecins généralistes des Alpes Maritimes [Internet]. [Nice]: Université Nice Sophia-Antipolis; 2015 [cité 3 janv 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01213651/document>
19. Réseau CHU, l'actualité des CHU : 32 CHRU [Internet]. [cité 17 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.reseau-chu.org/32-chru/>
20. entrées directes court séjour gériatrie [Internet]. [cité 3 févr 2016]. Disponible sur: [https://docs.google.com/forms/d/1I\\_lqtjfl8OhBaBXuA9uKVnwjDh52kxILKWKUP2R30w/viewform](https://docs.google.com/forms/d/1I_lqtjfl8OhBaBXuA9uKVnwjDh52kxILKWKUP2R30w/viewform)
21. Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU. 1 Mission Groupements Hospitaliers de Territoire - Rapport intermédiaire -. 2015.
22. ministère chargé de la santé. hopital\_numerique [Internet]. 2013 avr [cité 5 mars 2016]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/hopital\\_numerique\\_-\\_A5\\_4\\_pages\\_-\\_avril\\_2013.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/hopital_numerique_-_A5_4_pages_-_avril_2013.pdf)
23. ORU PACA - ROR PACA - Observatoire Régional des Urgences PACA [Internet]. [cité 5 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.orupaca.fr/definition/ror-paca-91.html>

24. ORU PACA - Terminal Urgences - Observatoire Régional des Urgences PACA [Internet]. [cité 12 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.orupaca.fr/descriptif/terminal-urgences-136.html>
25. Accueil » Icare [Internet]. [cité 14 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.projet-icare.fr/>
26. Près de 2 milliards de smartphones vendus dans le monde fin 2015 [Internet]. [cité 15 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.cbnews.fr/digital/pres-de-2-milliards-de-smartphone-dans-le-monde-fin-2015-a1016742>
27. Vincent Gombault, division C, onditions de vie des ménages, Insee. L'internet de plus en plus prisé, l'internaute de plus en plus mobile. juin 2013 [cité 15 mars 2016];INSEE Première(1452). Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1452/ip1452.pdf>

## **7 Annexes**

## entrées directes court séjour gériatrie

\*Obligatoire

Présentation : nom, fonction, service, ville \*

A votre connaissance, quel est le pourcentage d'entrées directes dans votre service ? \*

- < 25 %
- 25 - 50 %
- 51 - 75 %
- 76 - 90 %
- > 90 %
- je ne sais pas

Continuer »



Depuis combien de temps ? \*

- moins de 2 ans
- entre 2 et 5 ans
- entre 5 et 10 ans
- plus de 10 ans
- je ne sais pas

« Retour

Continuer »



# entrées directes court séjour gériatrie

\*Obligatoire

Depuis 2002, la Circulaire DHOS du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques, décrit l'obligation de diffusion d'un NUMERO D'APPEL RESERVE AUX MEDECINS GENERALISTES afin de faciliter les entrées directes en court séjour gériatrie.

Un numéro d'appel réservé aux médecins généralistes a-t-il été mis en place pour l'admission directe des patients au sein de votre unité de court séjour? \*

- oui  
 non

« Retour

Continuer »

Terminé à 18 %

Si réponse positive :

Sur le plan matériel, quel mode d'organisation a été mis en place :

Quels outils ? \*

- portable  
 DECT  
 secrétariat  
 mail  
 Autre :

quelles difficultés ont-elles été rencontrées sur le plan technique ? \*

« Retour

Continuer »

Terminé à 36 %

## Sur le plan humain, quel mode d'organisation a été mis en place

### Qui gère les entrées directes ? \*

- sénior  
 interne  
 Autre :

### comment est assurée la permanence : \*

- médecins des cours séjour uniquement  
 roulement de type astreinte sur l'ensemble des médecins gériatres (csg, ssr etc...)  
 Autre :

### Sur quelle amplitude horaire est organiser la permanence : \*

- 24h/24 7j/7  
 24h/24 5j/7  
 8h30-18h30 du Lundi au Vendredi  
 Autre :

### Quelles difficultés ont été rencontré ? \*

« Retour

Continuer »

 Terminé à 45 %

### Comment la mise en place de ce numéro a été communiqué aux médecins de ville ? \*

- en tête des courriers de correspondances/sorties  
 campagne d'information lors de la mise en place du numéro par courriers  
 campagne d'information lors de la mise en place du numéro par mail  
 via le site internet du CHU  
 via les plaquettes d'information papier de présentation du service  
 Autre :

« Retour

Continuer »

 Terminé à 54 %

**Quelle a été l'évolution du profil de répartition du recrutement des patients de votre unité suite à la mise en place de ce numéro d'appel ? \***

- augmentation du nombre d'entrées directes
- pas de modification du profil de répartition du recrutement
- Diminution du nombre d'entrées directes

**Quelles sont pour vous les satisfactions de ce mode d'admission ? \***

« Retour

Continuer »

Terminé à 63 %

Si réponse négative :

**Avez vous prévu de mettre en place une organisation permettant de remplir cette obligation ? \***

- oui
- non

« Retour

Continuer »

Terminé à 72 %

**A quel horizon ? \***

**Pourquoi ? \***

## Annexe B : Mail type adressé aux courts séjours interrogés

Cher confrère,

Le service de court séjour gériatrique de Nice souhaite améliorer le fonctionnement des entrées directes au sein de son service.

Pour ce faire, un questionnaire via le lien ci dessous d'une durée de **moins de 5 min** a été envoyé à **tous les gériatres des CHU de France**.

Ce questionnaire succinct et sans précédent permet de résumer le fonctionnement de chaque CHU pour en tirer le meilleur.

Un résumé vous sera envoyé à la fin de cette étude.

[https://docs.google.com/forms/d/1I\\_lqtjflL8OhBaBXuA9uKVnwjDh52kxILKWKUP2R30w/viewform?usp=send\\_form](https://docs.google.com/forms/d/1I_lqtjflL8OhBaBXuA9uKVnwjDh52kxILKWKUP2R30w/viewform?usp=send_form)

Bien Cordialement.

Brachat Mathieu

DESC de gériatrie CHU Nice

Interne en court séjour gériatrie.

## Index des figures

<u>Figure 1</u> : Répartition des modalités d'admission fin juin 2016 dans le service de court séjour gériatrique A1 Nord du CHU de Nice Cimiez.....	17
<u>Figure 2</u> Répartition des modalités d'admission fin juin 2016 dans le service de court séjour gériatrique A1 Sud du CHU de Nice Cimiez .....	17
<u>Figure 3</u> Carte des CHU de France .....	24
<u>Figure 4</u> Pourcentage d'entrées directes des CHU interrogés.....	25
<u>Figure 5</u> Outils utilisés par les CHU interrogés.....	26
<u>Figure 6</u> Professionnels participant à l'organisation des entrées directes .....	27
<u>Figure 7</u> Moyens de diffusion du numéro d'appel.....	27
<u>Figure 8</u> Evolution du nombre d'entrées directes selon les praticiens des CHU interrogés après mise en place d'un numéro d'appel .....	32

# Tables des matières

<b>Glossaire .....</b>	<b>11</b>
<b>1 Introduction .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Le vieillissement de la population .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Court séjour gériatrique (CSG).....</b>	<b>13</b>
<b>1.3 Pourquoi éviter un passage aux urgences.....</b>	<b>15</b>
<b>1.4 Limites actuelles de la filière gériatrique .....</b>	<b>16</b>
<b>1.5 Objectif de l'étude .....</b>	<b>18</b>
<b>2 Matériel et méthode .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Participants.....</b>	<b>20</b>
<b>2.2 Choix de la méthode .....</b>	<b>20</b>
<b>2.3 Diffusion du questionnaire.....</b>	<b>21</b>
<b>2.4 Recueil et analyse des données.....</b>	<b>21</b>
<b>2.5 Réalisation de la bibliographie .....</b>	<b>22</b>
<b>3 Résultats .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1 Description des modes de fonctionnement actuels .....</b>	<b>24</b>
3.1.1 Les services réalisent entre 25 et 50% d'entrées directes .....	25
3.1.2 Un certain recul .....	25
3.1.3 Le DECT, outil préférentiel.....	26
3.1.4 Peu de difficultés techniques .....	26
3.1.5 Les seniors des courts séjours au centre du dispositif de 8h30 à 18h30 .....	26
3.1.6 Des moyens de promotions du numéro d'appel variés .....	27
3.1.7 Une réelle volonté de mettre en place une ligne directe.....	28
<b>3.2 Intérêts et limites du dispositif.....</b>	<b>28</b>
3.2.1 Difficultés organisationnelles .....	28
3.2.1.1 Difficultés de réponses à toutes les demandes .....	28
3.2.1.2 Difficultés de transmission de l'information .....	28
3.2.1.3 Difficultés entre confrères .....	29
3.2.1.4 Difficultés dans la pratique quotidienne.....	29
3.2.2 Satisfactions de ce mode d'entrées.....	30
3.2.2.1 Eviter le passage aux urgences.....	30
3.2.2.2 Améliorer les relations ville hôpital .....	31
3.2.2.3 Eviter une hospitalisation .....	31
3.2.3 Evolution du profil de recrutement.....	32

<b>4</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>33</b>
<b>5</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>40</b>
<b>6</b>	<b>Bibliographie.....</b>	<b>42</b>
<b>7</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>46</b>
	<b>Index des figures .....</b>	<b>52</b>
	<b>Tables des matières.....</b>	<b>53</b>
	<b>Serment d'Hippocrate .....</b>	<b>55</b>

## Serment d'Hippocrate

*Au moment d'être admis 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 les 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.*

BRACHAT M. Identifier les moyens à mettre en œuvre afin de faciliter l'entrée directe en court séjour gériatrique au sein du CHU de Nice

Cette étude est née de la nécessité de développer les admissions directes au sein de la filière gériatrique du CHU de Nice ; renforcé par la CIRCULAIRE DHOS/02/DGS/SD5D/N°2002/157 du 18 Mars 2002.

**Objectif :** L'objectif principal de cette étude était d'identifier les modalités possibles de mise en œuvre au sein du CHU de Nice, du chapitre 3.2 de la circulaire relative à l'amélioration des admissions directes en court séjour gériatrique. Pour ce faire, nous souhaitons étudier l'organisation actuelle des CSG des CHU de France.

**Matériel et Méthode :** Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels structurés, administrés par internet à tous les CSG des CHU de France. Le questionnaire a été réalisé avec Google Drive et diffusé par mail d'août 2015 à janvier 2016. Les variables catégorielles représentées par le nombre de praticiens hospitaliers et le nombre de CHU ont été exprimées sous forme de pourcentages et de moyenne. La retranscription des verbatims a été réalisée afin d'affiner la compréhension des données qualitatives.

**Résultats :** Nous avons obtenu une réponse de 20 CHU et 28 praticiens. 66,6% des CHU utilisaient le DECT comme outil préférentiel géré par les seniors seul dans 80% des services, de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi. Les satisfactions de ce mode d'admission ont été d'éviter aux patients âgés un passage aux urgences, d'améliorer les relations ville hôpital et parfois même d'éviter une hospitalisation.

**Discussion :** notre étude tend à montrer la nécessité de réorganisation de la filière gériatrique en développant notamment les admissions directes.

Président du Jury : M. le Professeur Olivier GUERIN

Assesseurs : M. le Professeur Jacques LEVRAUT  
M. le Professeur Philippe HOFLIGER  
M. le Docteur Jean Michel TURPIN

Directeur de Thèse : M. le Docteur Guillaume SACCO

Mots clés : Court séjour gériatrique – Entrée directe en court séjour gériatrique – Gériatrie

Courriel de l'auteur : mathieu.brachat@gmail.com