



**Analyse du parcours de soins gériatriques : comment
l'améliorer pour diminuer les consultations aux
urgences ? Analyse rétrospective descriptive du 1er mars
2016 au 28 février 2017 dans la ville d'Évreux**

Pauline Le Gall

► To cite this version:

Pauline Le Gall. Analyse du parcours de soins gériatriques : comment l'améliorer pour diminuer les consultations aux urgences ? Analyse rétrospective descriptive du 1er mars 2016 au 28 février 2017 dans la ville d'Évreux. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01900601

HAL Id: dumas-01900601

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01900601>

Submitted on 6 Nov 2018

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2018

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

PAR

LE GALL Pauline

NEE LE 28 Février 1990 à ALENCON (61)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 04 septembre 2018

**ANALYSE DU PARCOURS DE SOINS GERIATRIQUES : COMMENT
L'AMELIORER POUR DIMINUER LES CONSULTATIONS AUX URGENCES ?**

Analyse rétrospective descriptive du 1^{er} mars 2016 au 28 février 2017 dans la ville
d'Evreux

Président du jury : Monsieur le Professeur Luc-Marie JOLY

Membres du jury : Monsieur le Professeur Rémi SABATIER

Monsieur le Professeur Benoit VEBER

Madame le Docteur Brigitte SALLE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Arnaud DEPIL DUVAL

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016-2017
U.F.R DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSEESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHO	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (détachement)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (surnombre)	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie cardio vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique – Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique – Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie – Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie – Neurochirurgie
Mr Jean-François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (surnombre)	HB	Néphrologie
Mr Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc – Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEGUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne – Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique

Mr David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean – Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie – Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto – gastro – entérologie
Mr Pierre MISSET	HCN	Réanimation médicale
Mr Jean-François MUIR (surnombre)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUsETTE	HCN	Dermato- vénéréologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean – Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD	HCN	Réanimation médicale – Médecine d'urgence
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie – Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto- gastrologie
Mme Céline SAVOYE COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (surnombre)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Gilles TOURNEL	HCN	Médecine légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo – Faciale
Mr Jean – Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean – Pierre VANNINER (surnombre)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoit WEBER	HCN	Anesthésiologie – Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image

Mr Eric VERIN	HB	Service santé réadaptation
Mr Eric VERSPICK	HCN	Gynécologie – Obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Pneumologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER – FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne – Claire TOBENAS DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais – retraité
Me Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Jean jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCE

Mme Cécile BARBOT	Chimie générale et minérale
Me Jérémy BELLIE (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Natahlie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTRE BOUCHER	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laëtitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christiane THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
---------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
---------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie Catherine CONCE CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean – Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
-----------------------	-----	-------------------

PROFESSEUR ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mr Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIE A MI TEMPS

Me Pascal BOULET	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel HAZARD	UFR	Médecine générale
Mme Lucile PELLERIN	UFR	Médecine générale
Mme Yveline SEVRIN	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie
Mr Paul MULDER (phar)	Science du médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie informatique

MAITRES DE CONFERENCE

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
Mr Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINE (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Science du langage orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN – Hôpital Charles Nicolle

HB – Hôpital de Bois Guillaume

CB – Centre Henri Becquerel

CHS - Centre hospitalier spécialisé du Rouvray

CRMPR – Centre régional de médecine physique et de réadaptation

SJ – saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à l'auteur et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

TABLE DES MATIERES

Serment d'Hippocrate	14
Remerciements	15
Introduction.....	18
Première partie : définitions et généralités.....	20
1 -La personne âgée dépendante :.....	20
A -Définition de la personne âgée :	20
B -La fragilité :.....	20
C -La dépendance :	21
I – Définition.....	21
II - Evaluation de la dépendance	21
II.1 - La grille AGGIR	21
II.2 - L'échelle de Katz ou ADL.....	22
II.3 - L'échelle de Lawton ou IADL.....	22
2 - Quelques chiffres :	22
3 - Le maintien à domicile :	23
A -Enjeux du maintien à domicile :	23
B - Définition de la filière de soins gériatriques :	23
C – La filière de soins gériatriques à Evreux	24
I -Les aides financières	24
I.1 – APA.....	24
I.2 - Les caisses de retraite.....	24
I.3 - L'aide sociale d'hébergement.....	25
II - Les institutions	25
III - La coordination sociale et les aides à domicile	27
III.1 -Le CLIC	27
III.2 - Les CCAS	27
III.3 - Les MAIA.....	28
IV – La médecine de premier recours	28
4 - Notion d'hospitalisation non pertinente	28
Deuxième partie : étude descriptive rétrospective	30
1 - Objectifs :	30
A - Objectif principal :	30
B - Objectifs secondaires :	30
2 - Matériel et méthode :	30
A - Population étudiée :.....	30
I - Critères d'inclusion :	30
II - Critères d'exclusion :	31
B - Recueil de données :	31
3 - Résultats :.....	32
A - Description générale de la population :	32

B – Analyse des consultations aux urgences	33
I – Population	33
II – Nombre de passages aux urgences	33
III – Prise en charge aux urgences des consultations non pertinentes	34
III.1 – Moyen d’arrivée aux urgences	34
III.2 – Patients hospitalisés à la suite du passage aux urgences	34
III.2.1 - Taux d’hospitalisation	34
III.2.2 – Services d’hospitalisation	35
III.3 – Prise en charge des patients non hospitalisés	36
C – Prise en charge des patients lors de leur hospitalisation	36
I – Durée de l’hospitalisation	36
II – Contact avec l’assistante sociale	37
III – Conclusion de l’assistante sociale	38
IV – Contact avec l’équipe mobile de gériatrie	38
V – Conclusion de l’équipe mobile de gériatrie	39
VI – Conclusion de l’hospitalisation	40
VII – Devenir à la suite de l’hospitalisation	41
D – Analyse des aides avant l’entrée à l’hôpital.....	42
E – Analyse des passages multiples aux urgences pour motif non pertinent	43
4 – Discussion	44
A – Discussion des résultats	44
I - Sur la prise en charge aux urgences :.....	44
II – Sur la prise en charge lors de l’hospitalisation.....	47
III – Devenir du patient et nouvelle consultation.....	52
IV – Aides avant l’hospitalisation	53
C – Limites de l’étude	54
D – Ouverture et perspectives	55
Conclusion	62
Annexes :.....	64
BIBLIOGRAPHIE.....	70
LISTE DES ABREVIATIONS	73

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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 risques 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 maison. 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

Remerciements

Merci à Arnaud d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, merci pour ton accueil au sein de ton service et de ta patience ainsi que de ta disponibilité pour notre formation.

Merci à Monsieur le Professeur JOLY de me faire l'honneur d'être mon président de thèse.

Merci à Messieurs les Professeurs SABATIER et VEBER d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci de votre disponibilité.

Un grand merci à Madame le Docteur SALLE, de nous faire l'honneur de votre présence dans notre jury. Cette thèse n'aurait pas été possible sans votre aide.

Merci à Sophie, de m'avoir fait découvrir votre vision de la médecine générale et de me l'avoir fait aimer. Merci pour vos conseils et le partage de vos connaissances.

Pour commencer je te remercie Maman pour m'avoir soutenue et avoir toujours cru en moi. Merci de m'avoir permis de réaliser mon rêve. Mille merci pour ton soutien et ton amour.

Marie, que dire... merci pour notre relation. Tous ces moments entre sœurs m'ont permis de me changer les idées. Merci d'avoir toujours cru en moi. Et merci pour la mise en page...

Merci au reste de ma famille et à ma belle-famille, affectueusement. Un merci particulier à Anne et Claire qui ont pris le soin de relire et traquer mes fautes...

Merci à mes amis de toujours Guillaume, Jeanne, Alice, Aurore, Fabien vous faites de moi ce que je suis.

Un merci particulier à Marine et Stéphanie cette deuxième P1 n'aurait pas été la même sans vous. Biiip un jour biiip toujours malgré la distance...

Merci à mes co-internes Perine, Thibault, Jean- Phi pour ce stage aux urgences qui a permis de démarrer cet internat en beauté !

Merci à Justine, ces stages en ta présence ont été source de rigolades, de joies et de travail. Merci de m'avoir appris à numérotter les pages sur Word, merci de m'avoir appris à faire une table des matières sur Word ! Merci d'avance pour les futurs moments de camaraderie aux urgences.

Merci à Joy, être ta collègue reste une expérience que toute personne devrait vivre. Merci de ta disponibilité au cours des différents stages. Merci pour tes moments de vie qui nous détendent grandement. Merci d'avance pour notre parcours aux urgences.

Merci à Martin, j'admire ton courage d'envisager ta carrière d'urgentiste à nos côtés.

Un grand merci à toi Claire. Merci pour les stages en ta présence. C'est avec un grand plaisir que j'ai partagé ce travail de thèse avec toi. Merci pour ces moments, tant de travail que de rigolades et de détente.

Merci à tous les collègues du DESC MU ; DESC MU de Rouen les meilleurs...

Merci à tous mes collègues, médicaux et paramédicaux, croisés au cours de ses trois années, merci pour les moments passés avec vous.

Enfin je te remercie Aurélien pour ton soutien. Me supporter durant ces neuf années n'a pas été tâche aisée. Merci de m'avoir permis de me changer les idées en me faisant faire du béton et autres travaux. Espérons que l'aboutissement de ces études nous mène vers de nouveaux projets heureux à trois... Je t'aime.

Et pour finir à toi Margot, tu es au plus près de moi. Ces derniers mois de rédaction sont passés bien plus vite grâce à toi. Je suis si pressée de te découvrir pour cette nouvelle aventure.

Introduction

Toutes les projections réalisées ces dernières années sont unanimes, la population française est vieillissante.

Selon l'INSEE, en 2060 une personne sur trois aura plus de 60 ans, soit 23.6 millions de personnes ce qui fait une augmentation de 80 % en 53 ans.

Ainsi de 2007 à 2060, le nombre de personnes de plus de 75 ans passerait de 5,2 millions à 11,9 millions ; celui des 85 ans et plus de 1,3 à 5,4 millions (1).

Les personnes de plus de 75 ans représentent environ 18 % des passages dans les services d'accueil des urgences (2). Le vieillissement de la population aura ainsi un retentissement pour le nombre de consultations au sein de ces services.

Si beaucoup de personnes âgées sont admises pour une pathologie aiguë, un nombre non négligeable de patients consultent aux urgences pour un motif souvent flou en rapport avec, ce qui depuis quelques années, entre sous le vocable des syndromes gériatriques qui sont responsables d'un maintien à domicile difficile souvent plurifactoriel (perte d'autonomie, chutes, confusion, épuisement de l'aidant...).

La filière classique du passage aux urgences est cependant inadaptée. Les personnes consultant pour cette symptomatologie floue, rentrent le plus souvent au domicile faute de places d'hospitalisation ou parce que la problématique ne relève pas d'une hospitalisation en urgence. Il est donc important de trouver d'autres alternatives afin d'améliorer la prise en charge médico-sociale de la personne âgée en perte d'autonomie.

C'est dans ce but que se sont créées les filières de soins gériatriques (3). Les dispositifs gériatriques offrent un panel varié pouvant répondre à chaque étape du parcours de soin et de vie de la personne âgée. Ils permettent grâce à une évaluation gériatrique standardisée réalisée par des équipes pluridisciplinaires de faire une analyse bio-psycho-sociale à partir de laquelle sont proposées des recommandations permettant de construire un projet de soin en respectant au maximum le projet de vie de la personne âgée.

Cette étude consiste à analyser la prise en charge de la perte d'autonomie par le médecin traitant. Ainsi nous avons analysé le parcours de soins gériatriques de

patients passant par les urgences. Nous nous sommes ensuite demandé comment l'améliorer afin d'éviter ces consultations aux urgences.

Première partie : définitions et généralités

1 -La personne âgée dépendante :

A -Définition de la personne âgée :

Pour l'OMS une personne est considérée âgée dès l'âge de 65 ans (4). D'un point de vue social, cela correspond à la cessation de la vie professionnelle soit 60-65 ans.

Contrairement au vieillissement qui est un substrat biologique, la vieillesse est une construction sociale.

La gériatrie est quant à elle une spécialité médicale consacrée aux personnes de plus de 75 ans. (5)

B -La fragilité :

La société française de gériatrie et de gérontologie définit la fragilité comme : « un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (6)

Il est important de rappeler que la fragilité n'est pas la conséquence d'une maladie donnée ; elle résulte de l'action combinée du vieillissement physiologique et de l'environnement de la personne fragile.

De nombreuses définitions s'accordent sur le fait que la fragilité d'une personne est un état dynamique traduisant un risque de déstabilisation d'un état précaire sous l'action de facteurs environnements et personnels. (7).

Il en résulte une moindre capacité de réponse de la personne face à un stress ou à une modification de son environnement. Cette réponse inappropriée au stress conduit donc à un risque de décompensations fonctionnelles, qui lorsqu'elles s'accumulent, mènent à une situation de dépendance. (8).

C -La dépendance :

I – Définition

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement (9).

La dépendance peut se définir sur plusieurs plans : physique, cognitive, affective ou économique.

La dépendance comprend également le fait d'avoir besoin d'aides techniques, d'aménagements du lieu de vie, d'un tiers pour effectuer un ou plusieurs des actes de la vie courante. Ces aides sont le plus souvent une condition d'indépendance. (10)

Le concept de Wood permet de classer les différents niveaux du retentissement de la maladie. L'OMS reprend cette classification qui repose sur une analyse des conséquences des maladies et notamment des maladies chroniques invalidantes.

Ainsi la déficience correspond au dysfonctionnement d'une partie du corps résultant d'une maladie ou d'un traumatisme.

L'incapacité est une conséquence de la déficience. Elle représente la difficulté ou l'impossibilité de réaliser des actes élémentaires secondairement à cette dite déficience.

Le handicap est la difficulté que rencontre une personne à remplir les rôles sociaux.

II - Evaluation de la dépendance

II.1 - La grille AGGIR

La dépendance est évaluée grâce à la grille AGGIR. Cette dernière permet de tester entre autres la cohérence, l'orientation la capacité de la personne à se mouvoir à s'habiller. En fonction des résultats une aide financière, APA, peut être octroyée à la personne dépendante. (Annexe 1)

II.2 - L'échelle de Katz ou ADL

Cette échelle permet quant à elle d'évaluer l'autonomie des personnes pour les activités basales de la vie quotidienne. (Annexe 2)

II.3 - L'échelle de Lawton ou IADL

Cette dernière échelle a pour but d'évaluer l'autonomie des personnes pour les activités instrumentales indispensables dans la vie quotidienne. (Annexe 3)

2 - Quelques chiffres :

Au 31 décembre 2015 on recense en France métropolitaine environ 1.3 millions de personnes âgées dépendantes bénéficiant de l'APA, dont 748000 vivants à domicile (11).

Selon les prévisions, en 2060 le nombre de ces personnes atteindrait 2.3 millions (12).

Dans l'Eure, au 31 décembre 2014, 21.2 % des personnes de plus de 75 ans sont bénéficiaires de l'APA. Dans ce même département, au 01 janvier 2015, le nombre de places d'EHPAD pour 1000 habitants de plus de 75 ans était de 103. Le nombre de places dans les services de soins à domicile est de 20.3 pour 1000 personnes de plus de 75 ans. (13)

Selon le recensement de l'INSEE de 2012, dans le département de l'Eure 38.6 % des personnes de plus de 75 ans vivent seuls.

Toujours selon l'INSEE l'espérance de vie à la naissance en 2015 est de 85.1 ans pour les femmes et 73.6 ans pour les hommes. Les projections en 2060 prévoient une espérance de vie de 91.1 ans pour les femmes et de 86 ans pour les hommes. (14)

3 - Le maintien à domicile :

A -Enjeux du maintien à domicile :

Les politiques de santé publique, le plan solidarité grand âge, le plan concernant l'adaptation de la société au vieillissement s'attachent à apporter les moyens permettant le soutien à domicile.

Selon plusieurs études, et en particulier celles de l'INSEE, 90 % des français sont en faveur d'un maintien à domicile et ce malgré la perte d'autonomie. De plus le délai d'attente d'entrée en EHPAD est en moyenne de 8 mois (avec des disparités régionales importantes) ; il est donc indispensable de prendre en charge à domicile ces patients dépendants.

De plus pour les personnes âgées le changement de cadre de vie peut avoir un effet néfaste, tant moralement que physiquement.

D'un point de vue financier, le coût mensuel d'un maintien à domicile est estimé à 1800 euros alors qu'il est de 2416 euros pour une EHPAD (15).

B - Définition de la filière de soins gériatriques :

Cette filière s'adresse aux personnes de plus de 75ans, en perte d'autonomie, mais souhaitant rester à domicile.

La filière de soins gériatriques est un modèle d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques permettant une continuité des soins.

Elle se définit dans un territoire donné et regroupe un ensemble d'intervenants, tant sociaux que sanitaires, réuni autour d'une personne âgée dépendante. Il a pour mission de permettre un maintien à domicile de la personne âgée dans des conditions sociales et sanitaires adaptées.

La pluridisciplinarité de cette filière permet des soins de proximité indispensables. Elle est caractérisée par la prise en compte du caractère évolutif des besoins de soins de la personne bénéficiaire.

Elle se doit d'établir un plan d'action personnalisé afin d'assurer un diagnostic médical et social complet, et de proposer un plan d'intervention adapté tout en privilégiant un maintien à domicile.

L'inclusion dans cette filière de soins peut se faire de différentes manières, que ce soit à la demande de l'utilisateur lui-même, de sa famille, de son médecin traitant ou à la suite d'une hospitalisation.

Dans ce dernier cas, ce sont les équipes mobiles de gériatrie qui assurent un avis gériatrique quel que soit le lieu de l'hospitalisation. Elles permettent de mettre en place un accompagnement dès la sortie de l'hospitalisation.

La filière de soins est portée par un ou plusieurs établissements, qui sont en général ceux dans lesquels on retrouve le Service d'Accueil des Urgences et le service de gériatrie.

C – La filière de soins gériatriques à Evreux

I - Les aides financières

I.1 – APA

La principale aide financière à disposition des personnes en perte d'autonomie est l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, l'APA.

Elle est attribuée à la suite de l'évaluation de la dépendance par la grille AGGIR. Plus la dépendance est élevée plus l'allocation est élevée. Cette aide est versée pour les patients classés de GIR 4 à GIR 1. (Annexe 4)

L'APA à domicile est dédiée aux dépenses inscrites dans le plan d'aide comme par exemple les aides à domicile, le matériel, les fournitures d'hygiène, le portage des repas, les services rendus par un accueillant familial.

L'APA en établissement sert à régler une partie de la facture de l'EHPAD.

I.2 - Les caisses de retraite

Certaines caisses de retraite peuvent allouer une aide financière afin de permettre aux personnes une aide au maintien à domicile.

I.3 - L'aide sociale d'hébergement

L'ASH peut être attribuée par le conseil départemental, via une demande auprès du CCAS, aux personnes de plus de 65 ans résidant en France de façon stable et régulière et qui bénéficient de ressources financières inférieures au montant des frais d'hébergement (16).

Elle peut être utilisée pour les résidences pour personnes âgées, les EHPAD et les unités de soins de longue durée, sous conditions que les établissements disposent de places réservées pour les bénéficiaires de cette aide.

II - Les institutions

Sur Evreux l'établissement référent, sur le plan sanitaire, est le CHI Eure seine Cambolle dans lequel on retrouve les services de gériatrie et un service d'accueil des urgences.

En ce qui concerne les services hospitaliers, le CHI est composé :

- De consultations mémoire permettant de réaliser un bilan médico infirmier et neuropsychologique. Ce bilan permet de diagnostiquer les troubles mnésiques et leur retentissement sur le maintien à domicile et de proposer un plan de soin en concertation avec le médecin traitant
- Des consultations post urgences : ces dernières sont destinées aux personnes âgées de plus de 75 ans passant aux urgences et pour lesquelles une hospitalisation n'est pas nécessaire malgré des difficultés au maintien à domicile. Une évaluation gériatrique analysera les difficultés au maintien à domicile, et dépistera les fragilités. S'en suit une proposition personnalisée soit en renforçant les aides à domicile soit en programmant une hospitalisation.
- Un service d'évaluation gériatrique d'une capacité de 10 lits au sein de l'UHTCD permet de prendre en charge les personnes âgées arrivant aux urgences dans

le cadre de syndromes gériatriques (chutes, confusion, perte d'autonomie ou altération de l'état général ne mettant pas en jeu le pronostic vital. Ces patients sont admis à partir des urgences ou sur appel du médecin traitant. L'hospitalisation va déterminer les capacités tant fonctionnelles, psychologiques que médicales afin de développer un plan de soins coordonné. Elle accueille à partir des urgences ou en entrée directe des personnes dont le pronostic vital n'est pas en jeu mais pour lesquelles un retour à domicile n'est pas possible dans les conditions actuelles.

- Une unité de court séjour gériatrique de 25 lits qui accueille via les urgences des personnes âgées de plus de 75 ans en décompensation aigue sur polypathologie avec risque de décompensation en cascade pouvant provoquer une perte d'autonomie. Des bilans ou transfusions sont aussi pratiqués. Les entrées directes notamment d'EHPAD sont facilitées pour éviter le passage aux urgences.
- Une équipe mobile de gériatrie intra-hospitalière qui aide les services autre que la gériatrie à améliorer la prise en charge gériatrique médico-sociale.

Par ailleurs la filière gériatrique du CH Eure-seine complète son offre de soins par un EHPAD de 130 lits et une unité de soins de longue durée de 30 lits dont 16 lits d'unité d'hébergement renforcé.

Les lits d'EHPAD accueillent des personnes âgées dès 60 ans ou sur dérogation si l'état de santé est trop altéré soit en hébergement temporaire, soit en hébergement définitif.

En ce qui concerne les soins extra hospitaliers :

- Deux EHPAD comprenant :
 - Un hébergement complet
 - Un hébergement temporaire (limité à trois mois) permet un répit pour les aidants, tout en permettant une stimulation et un entretien des fonctions cognitives des personnes admises. De plus il peut permettre une familiarisation avec les maisons de retraite dans la perspective d'une future institutionnalisation.

- Une unité de soins de longue durée pour les personnes atteintes de pathologies nécessitant des soins et un plateau technique lourd, ou des personnes atteintes d'une pathologie susceptible de décompenser.
- Un accueil de jour pour les personnes démentes vivant toujours à domicile.
- Le SSIAD : il permet un maintien à domicile des personnes nécessitant des soins, et d'éviter une hospitalisation. Il a pour mission d'évaluer les besoins de soins, la coordination des intervenants médicaux et sociaux ainsi que l'organisation de la prise en charge en fonction des soins prescrits. En plus des soins infirmiers, des aides-soignantes assurent les soins d'hygiène générale et aident aux actes de la vie quotidienne (repas, couchage, lever). (17)
- L'HTUD : hébergement temporaire d'urgence départemental. Cette structure départementale, localisée pour l'Eure à Pacy sur Eure, permet
 - De palier à la défaillance temporaire de l'aidant principal de la personne âgée (hospitalisation par exemple)
 - D'accueillir le patient en perte d'autonomie en cas d'incapacité temporaire de l'environnement (incendie, insalubrité...)
 - Accueil des personnes dont la situation au domicile requiert une protection immédiate. (18)

III - La coordination sociale et les aides à domicile

III.1 -Le CLIC

Le centre local d'information et de coordination gérontologique est un guichet d'accueil. Il est le premier à consulter en cas de difficultés pour les personnes âgées. Il permet d'informer, d'orienter et de faciliter les démarches. En effet il met en relations les personnes âgées ou leur famille avec les intervenants extérieurs. Ils permettent une coordination et un suivi de l'accompagnement.

III.2 - Les CCAS

Le centre communal d'action social est géré par un conseil d'administration dont le président est le maire. Lors des démarches pour le maintien à domicile il peut intervenir

à différents niveaux. Il peut aider les personnes dans leurs démarches d'aides financières, il informe sur les aides possibles.

Ce sont les CCAS qui gèrent entre autres, les services de repas à domicile, les aides ménagères ainsi que les EHPAD publiques.

Le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), sont des structures qui associent des infirmières et des aides-soignantes. Selon leur champ de compétences, il permet une prise en charge des soins de nursing et des actes infirmiers. Les actes dispensés par le SSIAD sont remboursés par l'assurance maladie sur prescription médicale.

[III.3 - Les MAIA](#)

Les méthodes d'action intégration autonomie sont des dispositifs qui permettent une coordination sur un secteur donné pour la prise en charge des personnes atteintes de démences. Elles sont une porte d'entrée unique à partir desquelles les personnes sont orientées vers les dispositifs qui peuvent répondre à leur besoin.

[IV – La médecine de premier recours](#)

Le premier maillon de la filière de soins gériatrique est le médecin traitant. Effectivement, ce dernier peut prendre contact avec l'équipe de gériatrique référente afin de bénéficier d'une aide et d'orienter son patient dans cette filière.

Dans le département de l'Eure, la démographie médicale est défavorable avec un manque de médecins généralistes. Ainsi de nombreux patients peuvent se retrouver démunis sans recours possible à leur médecin. Ainsi, lorsque qu'une consultation s'avère nécessaire en urgence, le médecin peut ne pas être disponible ou ne pouvoir se déplacer à domicile. Ce manque de médecins peut engendrer un recours accru aux structures d'urgences pour des patients qui nécessitent une évaluation médicale.

[4 - Notion d'hospitalisation non pertinente](#)

L'hospitalisation peut être non pertinente car la personne ne relève pas de soins techniques hospitaliers. Cependant, elle est effective lorsque le patient en perte

d'autonomie ou pour des problèmes d'environnement ne peut regagner son domicile. ; il ne reçoit pas ou peu de soins techniques mais reçoit une prise en charge sociale, ou tout simplement un hébergement, pour lequel des structures plus efficaces n'existent pas ou ne sont pas disponibles.

Dans les services d'accueil des urgences, se pose quotidiennement ce problème d'hospitalisation, notamment pour les personnes âgées présentant une perte d'autonomie. Lorsque ces patients sont admis aux urgences pour un motif autre qu'une pathologie aigue, se pose bien souvent le problème du devenir de ces derniers. Effectivement bien que le motif ne nécessitant pas forcément une hospitalisation, nous ne pouvons renvoyer à domicile des patients incapables de pallier seuls à leurs besoins.

Deuxième partie : étude descriptive rétrospective

1 - Objectifs :

A - Objectif principal :

L'objectif principal de cette étude était d'étudier les aides à domicile dont bénéficiaient les personnes âgées consultant aux urgences pour un motif non pertinent. Ainsi nous avons pu analyser si ces consultations étaient en lien avec une carence d'aides. Cela permettrait par la suite de mettre en place un dépistage de ses personnes âgées fragiles tant en médecine générale que lors de leurs éventuels passages aux urgences.

B - Objectifs secondaires :

L'objectif secondaire de cette étude était de comparer la prise en charge des patients hospitalisés à suite de leur passage aux urgences, afin de voir la différence de prise en charge sociale et gériatrique en fonction du service d'hospitalisation.

De plus lors des multiples hospitalisations non pertinentes, nous avons étudié la mise en place d'aides entre ses hospitalisations afin de comprendre les causes de ces hospitalisations itératives.

2 - Matériel et méthode :

A - Population étudiée :

I - Critères d'inclusion :

Les patients inclus dans cette étude étaient les patients présentant ces critères :

- Patients institutionnalisés en EHPAD à Tiers Temps ou à Saint Michel à Evreux, du 1^{er} mars 2016 au 28 février 2017,
- Ayant consultés au moins une fois aux urgences d'Evreux l'année précédant leur entrée en institution

II - Critères d'exclusion :

Etaient exclus de l'étude les patients entrés en EHPAD pour une durée déterminée dans le cadre d'un hébergement temporaire.

B - Recueil de données :

J'ai réalisé une étude descriptive rétrospective à partir des dossiers médicaux papiers des urgences du CH d'EVREUX.

L'accord de la CNIL a été obtenu.

La liste des personnes entrées dans les deux EHPAD nommées ci-dessus entre le 1^{er} mars 2016 et le 28 février 2017, avec l'accord des médecins coordonnateurs et les directeurs de ces deux EHPAD, m'a été remise par ces médecins coordonnateurs.

J'ai effectué une recherche des éventuels passages aux urgences du CH d'EVREUX durant l'année précédant l'entrée en EHPAD, grâce au logiciel AXIGATE utilisé dans cet établissement.

Les dossiers en rapport avec un motif non pertinent ont été analysés. Ainsi étaient exclus les passages aux urgences en rapport avec une pathologie aigue.

Pour chacun de ces passages j'ai ensuite consulté le dossier papier des urgences afin de recueillir :

- La personne à l'initiative de l'hospitalisation (patient lui-même, aidant, médecin traitant...)
- Le motif de la consultation aux urgences (conclusion de l'urgentiste) afin de déterminer le caractère pertinent ou non de cette consultation
- L'éventuelle hospitalisation et le cas échéant le service d'hospitalisation

Ensuite pour chaque hospitalisation non pertinente ont été recherchés dans le dossier informatique du patient via AXIGATE.

- La durée de l'hospitalisation
- La présence d'aides à domicile avant l'hospitalisation

- La présence d'une demande de maison de retraite de précaution avant l'hospitalisation
- Le contact d'une assistante sociale au cours de l'hospitalisation et ses conclusions
- Le contact de l'équipe mobile de gériatrie du cours de l'hospitalisation et ses conclusions
- La conclusion de l'hospitalisation

Pour les patients ayant été admis plus d'une fois pour une hospitalisation non pertinente ont été recherchés :

- La durée entre les différentes hospitalisations
- La mise en place d'aide depuis la dernière hospitalisation

3 - Résultats :

A - Description générale de la population :

Du 1^{er} mars 2016 au 28 février 2017, 83 patients ont été admis dans les EHPAD Tiers Temps et Saint Michel à Evreux.

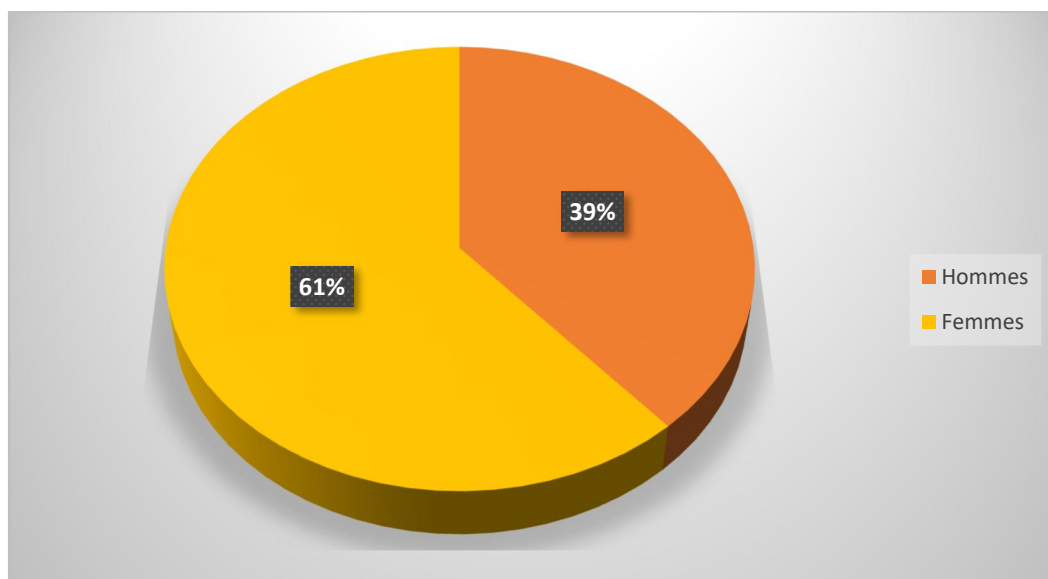


Figure 1 : répartition selon le sexe des patients entrés en EHPAD

Sur les 83 patients, 36 ont consulté aux urgences du CH d'Evreux dans l'année précédant l'entrée en institution, soit 43.37 %.

Sur ces 36 patients, 23 d'entre eux ont consulté pour une hospitalisation non pertinente, soit 63.9 %. Sur les 23, 9 ont consultés aux urgences à plusieurs reprises pour un motif non pertinent soit 39 %. 5 d'entre eux ont été hospitalisé à plusieurs reprises soit 55%.

B – Analyse des consultations aux urgences

I – Population

La moyenne d'âge des patients consultant aux urgences l'année avant leur entrée en EHPAD était de 86.1 ans.

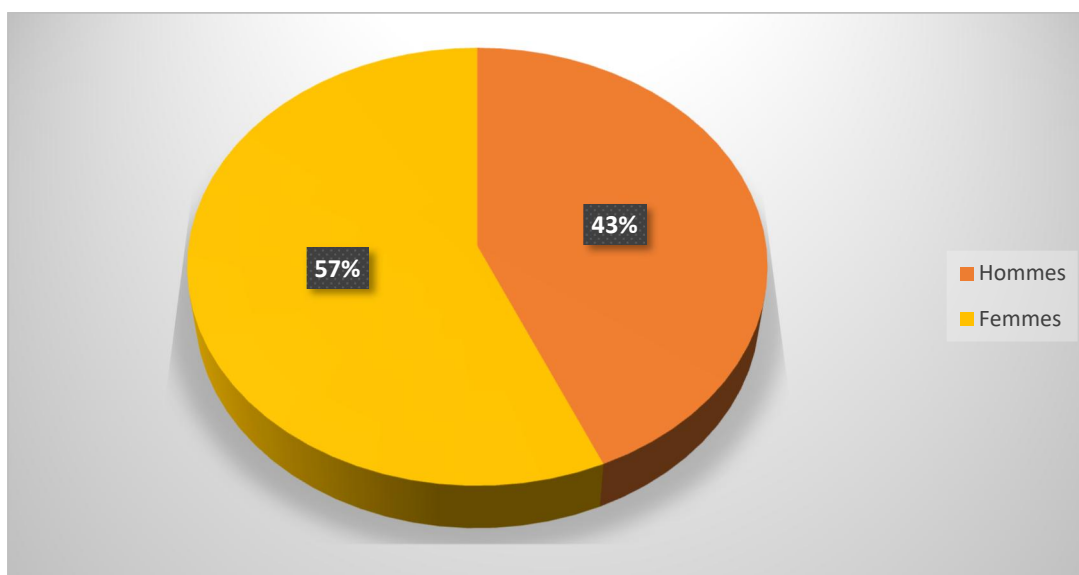


Figure 2 : Répartition selon le sexe, des passages aux urgences

II – Nombre de passages aux urgences

Le nombre de passage moyen aux urgences l'année précédant l'entrée en EHPAD était de 2.35 par patient.

Dans cette étude, parmi ces 2.35 passages, ceux en rapport avec un motif non pertinent correspondaient à 1.61 passages par patient.

Le recueil de données est basé sur 37 hospitalisations non pertinentes recensées durant notre période d'inclusion.

III – Prise en charge aux urgences des consultations non pertinentes

Etude menée sur 36 dossiers sur les 37 passages, du fait de la perte d'un dossier aux archives hospitalières du CH d'Evreux.

III.1 – Moyen d'arrivée aux urgences

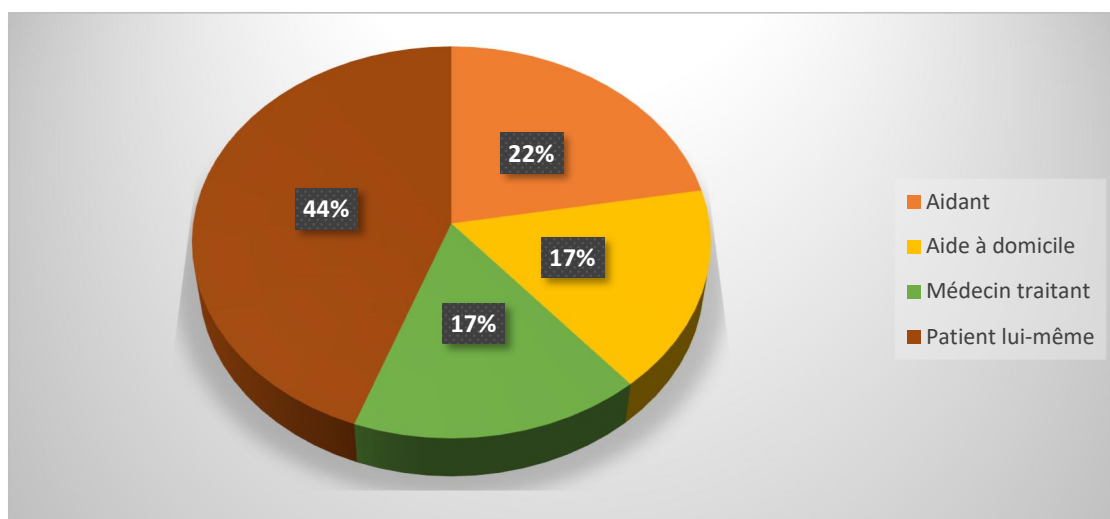


Figure 3 : Personne à l'initiative de la consultation aux urgences

La majorité des patients, 44% soit 16 patients, qui consultaient aux urgences pour un motif non pertinent, arrivaient avec les pompiers à la suite d'un appel de leur propre initiative et non par l'intervention d'une tierce personne.

III.2 – Patients hospitalisés à la suite du passage aux urgences

III.2.1 - Taux d'hospitalisation

Sur les 36 patients consultant aux urgences, 23 ont ensuite été hospitalisés dans un service hospitalier, soit 63.9 %.

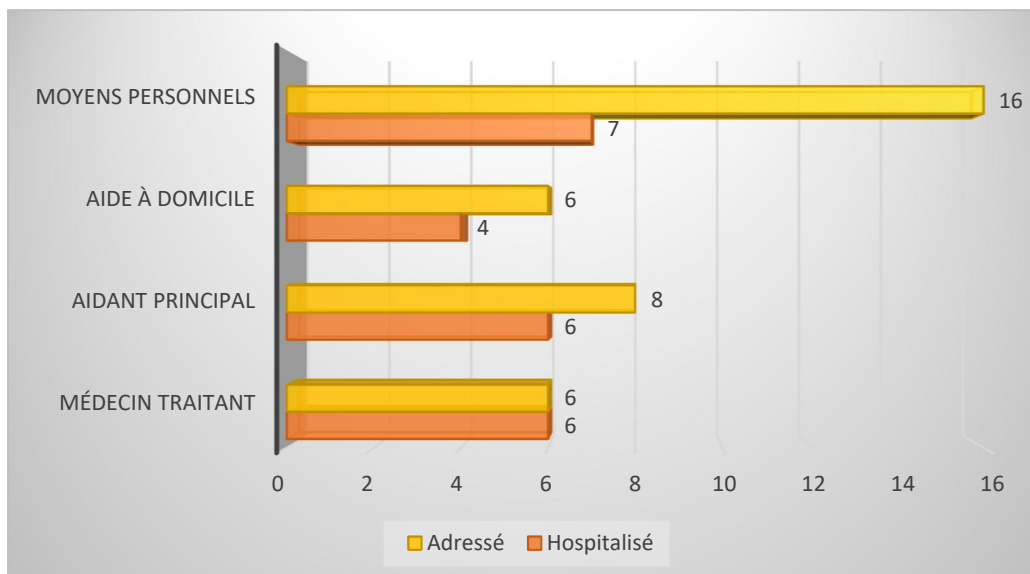


Figure 4 : taux d'hospitalisation en fonction de la personne à l'initiative de l'arrivée aux urgences

Les patients adressés par le médecin traitant ont toujours été hospitalisés. A contrario, lorsque les patients étaient eux même à l'initiative de leur passage aux urgences, le taux d'hospitalisation était moindre (43.75%).

III.2.2 – Services d'hospitalisation

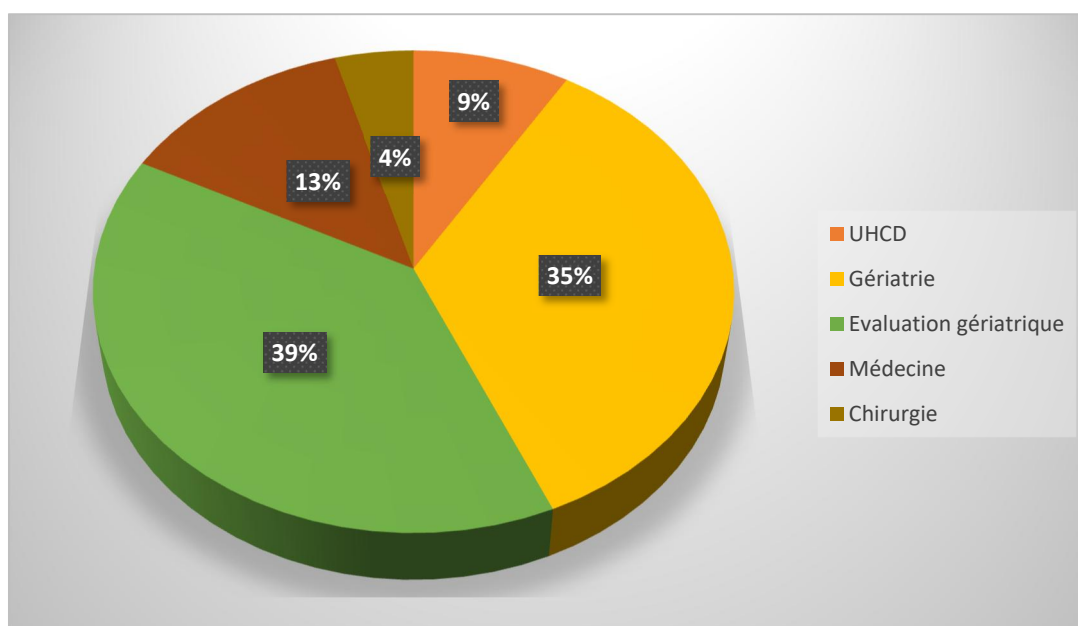


Figure 5 : Service d'hospitalisation à la suite du passage aux urgences

Dans cette étude, la majorité des patients était hospitalisée dans un service à orientation gériatrique (74%), soit dans un service adapté.

Il restait cependant 26% des patients qui n'étaient pas admis dans un service adapté. De plus, 4 % des patients était hospitalisés en chirurgie, service pour lequel les prises en charge sociales et gériatriques ne faisaient pas partie des missions. Le personnel tant médical que paramédical n'était donc pas ou peu formé, à ces prises en charge spécialisées.

III.3 – Prise en charge des patients non hospitalisés

13 des 36 patients sont rentrés à domicile à la suite de leur passage aux urgences soit 36.1 % des patients consultants.

Les urgences d'Evreux étaient dotés d'un système de consultation post urgences. Ces dernières permettaient aux médecins de demander une consultation avec un spécialiste de l'hôpital à la suite du passage aux urgences.

Concernant les patients non hospitalisés, 2 ont bénéficié d'une consultation post urgence avec un gériatre soit 15.4 %. Les 11 restant soit 84.6 % ne se sont pas vu proposé d'entretien avec un gériatre.

De plus aucun de ses patients n'a rencontré l'équipe mobile de gériatrie ou un gériatre lors de leur passage aux urgences.

C – Prise en charge des patients lors de leur hospitalisation

21 hospitalisations étudiées car 2 hospitalisations sans dossier médical renseigné dans le logiciel AXIGATE.

I – Durée de l'hospitalisation

La durée moyenne de l'hospitalisation était de 10.4 jours.

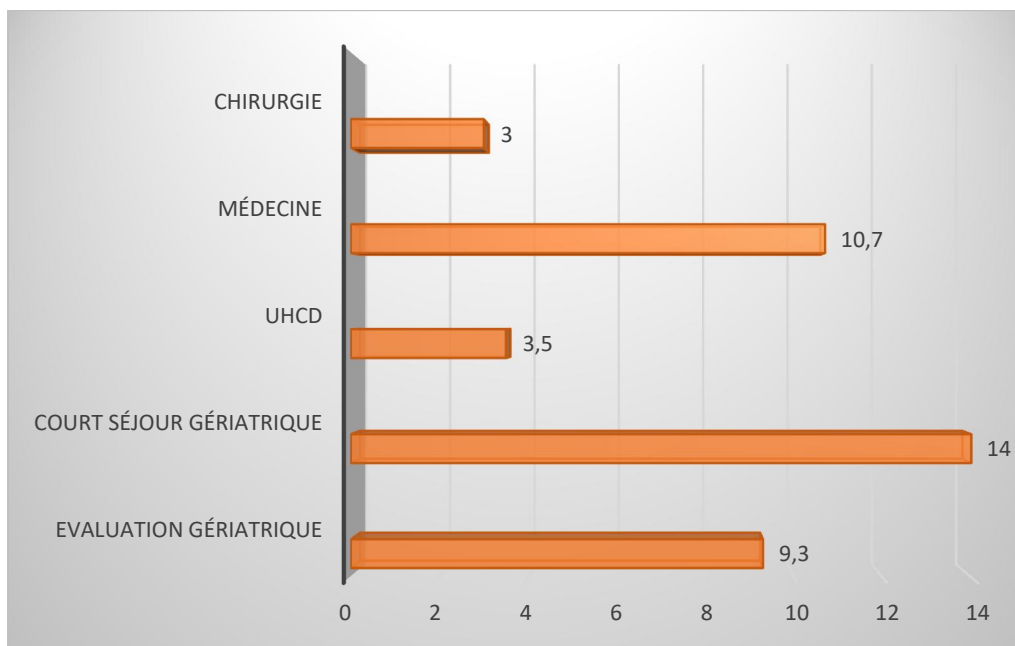


Figure 6 : durée de l'hospitalisation, en jours, en fonction des services d'hospitalisation

A savoir que les deux patients hospitalisés en UHCD ne sont pas rentrés à domicile mais ont ensuite été hospitalisés en court séjour gériatrique.

II – Contact avec l'assistante sociale

Sur les 21 patients hospitalisés, 15 ont eu un entretien avec l'assistante sociale soit 71.4 % et 6 n'ont pas eu de contact avec l'assistante sociale soit 28.6 %.

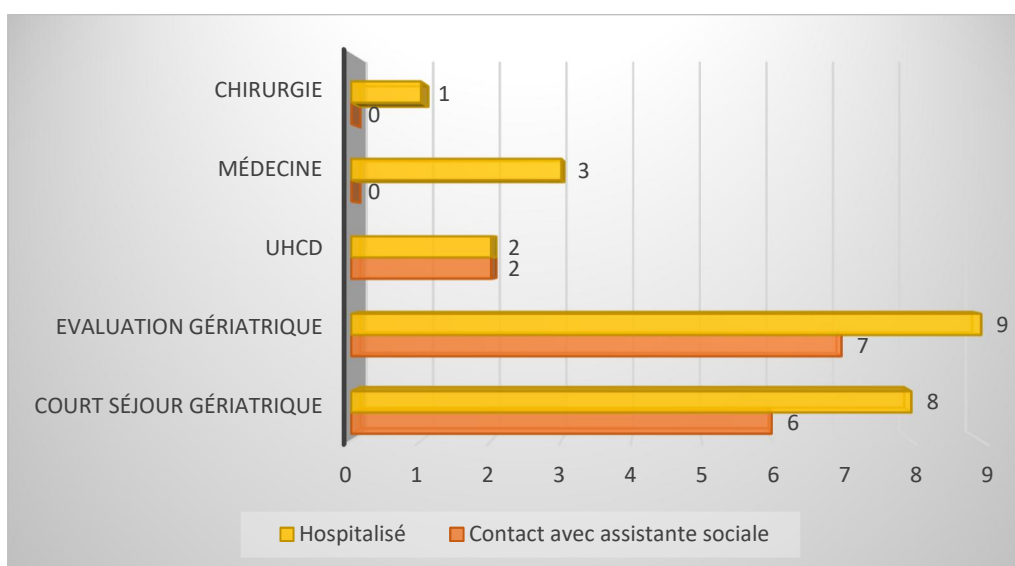


Figure 7 : Contact avec l'assistante sociale en fonction des services d'hospitalisation

Il est intéressant de voir que les patients hospitalisés dans des services adaptés, tels que le court séjour gériatrique et l'évaluation gériatrique, ont majoritairement bénéficié d'une évaluation sociale et gériatrique.

III – Conclusion de l'assistante sociale

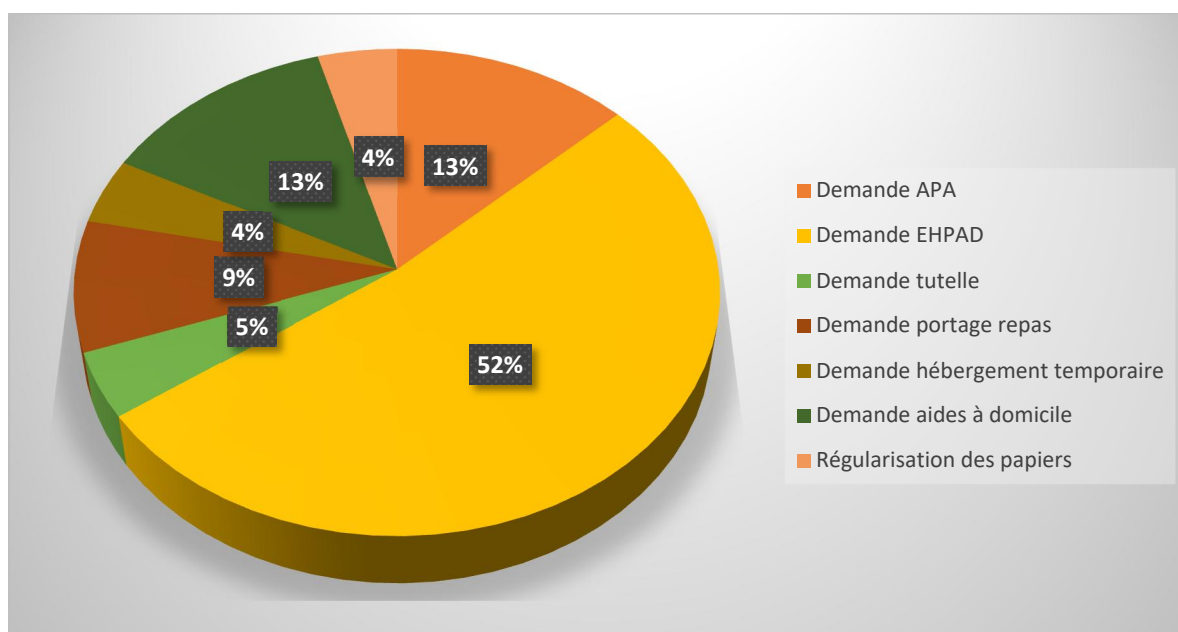


Figure 8 : Décisions prises par l'assistante sociale

Une demande d'EHPAD a été faite pour plus de la moitié des patients évalués par l'assistante sociale.

Chez ses patients fragiles en perte d'autonomie, la majorité n'ont pas fait de demande d'EHPAD de précaution.

De plus pour une grande majorité des patients, des demandes d'aides ont été faites. En particulier des aides financières telle que l'APA, qui n'étaient pas mises en place.

IV – Contact avec l'équipe mobile de gériatrie

Sur les 21 patients hospitalisés, 7 patients ont été vus par l'équipe mobile de gériatrie soit 33.3 % contre 14 patients non vus par cette équipe soit 66.7 %.

A noter que parmi les 14 patients non évalués par l'équipe mobile de gériatrie, 8 étaient hospitalisés en gériatrie et donc ont bénéficié d'une évaluation par un gériatre au cours de l'hospitalisation.

Donc 15 patients sur 21 ont bénéficié d'une évaluation par une équipe de gériatrie, médicale ou paramédicale soit 71%.

V – Conclusion de l'équipe mobile de gériatrie

Dans cette analyse ne sont pas pris en compte les évaluations réalisées par les gériatres des patients hospitalisés en court séjour gériatrique.

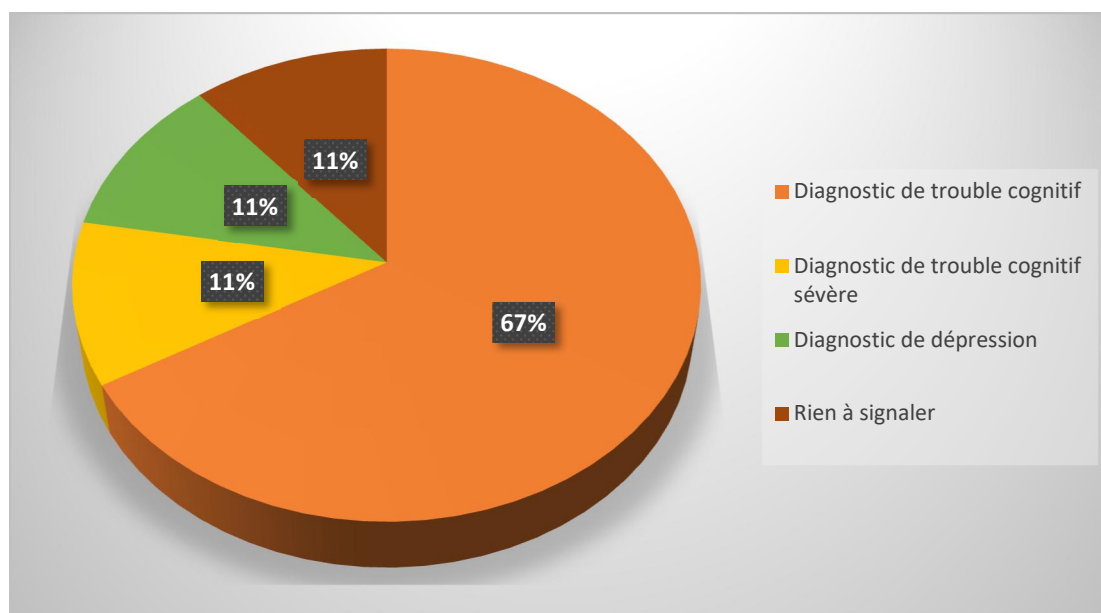


Figure 9 : conclusion de l'équipe mobile de gériatrie

Chez ces personnes en perte d'autonomie, un premier diagnostic de trouble cognitif a été posé chez 78 % des patients.

Un diagnostic de dépression a été posé chez 11 %. Il est important de dépister rapidement cette pathologie qui est un facteur de fragilité précipitant la perte d'autonomie et ainsi l'installation de la dépendance.

Diagnostic principal :

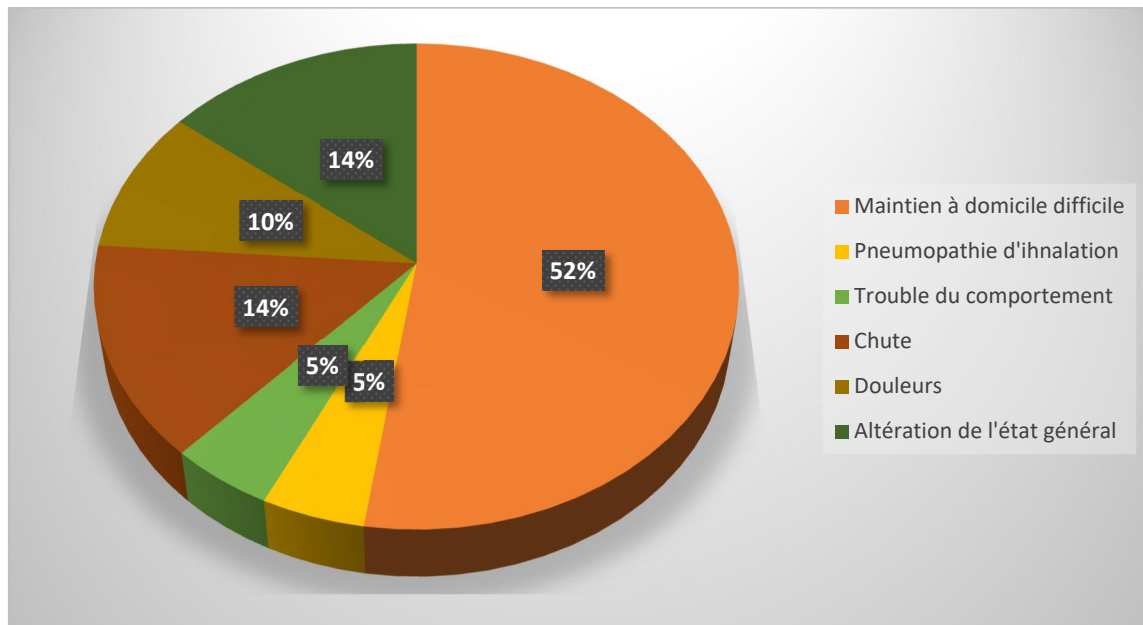


Figure 10 : diagnostic principal de l'hospitalisation

Le diagnostic principal de plus de la moitié des patients hospitalisés à la suite d'un passage aux urgences pour motif non pertinent, était un maintien à domicile difficile.

De plus, dans cette étude 19 % des patients étaient hospitalisés pour un état de fragilité (chute, trouble du comportement en rapport avec un trouble cognitif).

71 % des hospitalisations avaient donc pour diagnostic principal un motif relevant plus de la prise en charge sociale que de la prise en charge médicale.

Diagnostics associés :

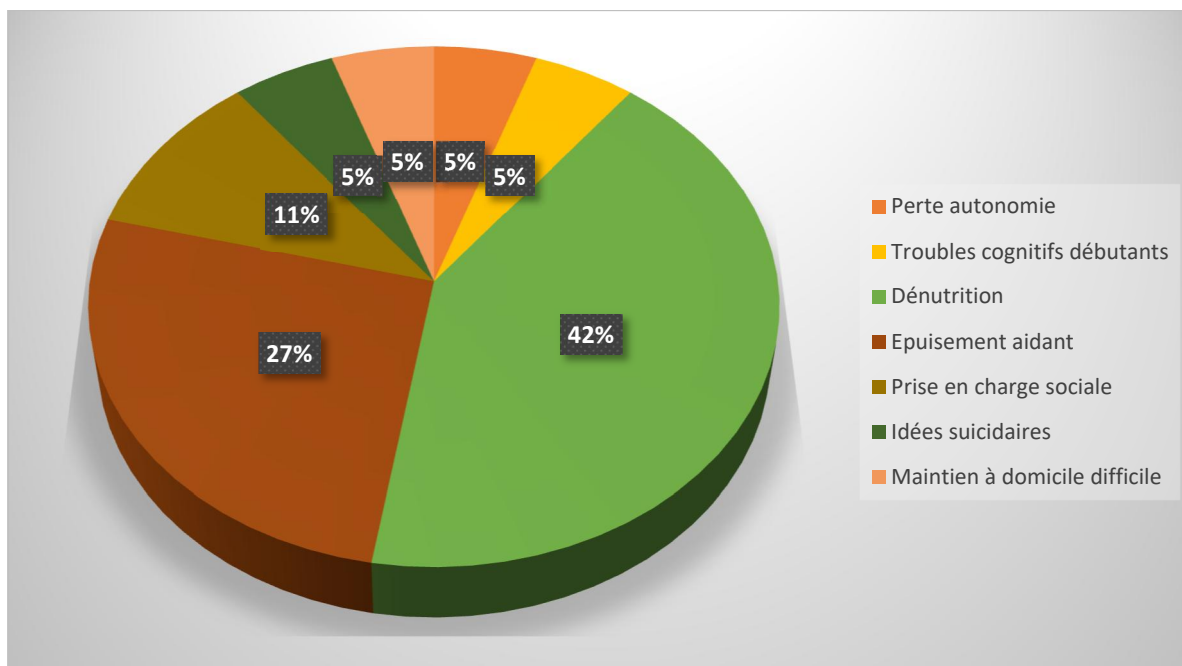


Figure 11 : diagnostics secondaires de l'hospitalisation

42 % des patients hospitalisés souffraient de dénutrition. Or la dénutrition est un facteur de la fragilité chez la personne âgée précipitant la perte d'autonomie.

Pour 27 % des patients, un épuisement de l'aidant principal était mentionné comme diagnostic associé. Cette donnée montrait que le manque d'aides à domicile pouvait amener à des hospitalisations pour répit de l'aidant. Or, les services hospitaliers conventionnels ne sont pas adaptés pour ce genre de situation, alors que des structures existent pour de tels accueil.

Il est donc clair que le maintien à domicile est souvent la partie cachée de l'iceberg qui révèle les fragilités non dépistées.

VII – Devenir à la suite de l'hospitalisation

A la suite de leur hospitalisation, 20 personnes sont rentrées à domicile.

Une des personnes hospitalisées n'est pas rentrée à domicile. Devant des troubles cognitifs sévères avec hétéro agressivité, dépistés par l'équipe mobile de gériatrie, le patient a été hospitalisé en hébergement temporaire. Ce patient fut par la suite directement institutionnalisé en EHPAD sans retour à son domicile. Dans ce cas, le

passage aux urgences a permis une entrée directe en EHPAD chez un patient dont le maintien à domicile était devenu impossible et chez qui aucune aide n'avait été mise en place malgré une dépendance évidente.

D – Analyse des aides avant l'entrée à l'hôpital

Sur les 21 personnes ayant été hospitalisées, 12 ne bénéficiaient pas d'aides à domicile soit 57.2 %, 8 bénéficiaient d'aides soit 38.1 %. La présence d'aides antérieures n'était pas renseignée pour une personne soit 4.7 %.

A noter que pour les 12 patients ne bénéficiant pas d'aides, 7 soit 58 % faisaient appel à un aidant principal qui s'occupaient principalement des courses et du ménage. Cet aidant principal était dans 40 % des cas le conjoint ou la conjointe et dans 60 % des cas un enfant du patient.

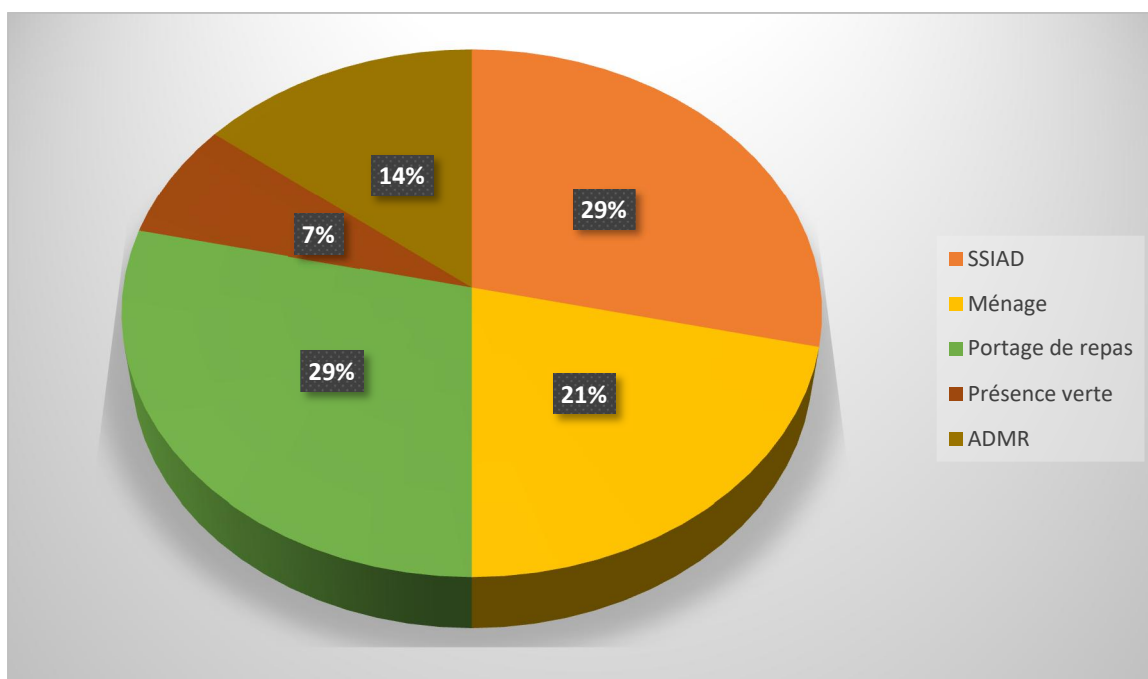


Figure 12 : types d'aides présentes avant l'hospitalisation

Demande de maison de retraite de précaution

Sur les 21 patients hospitalisés, 7 avaient fait une demande de maison de retraite de précaution soit 33 %.

14 patients n'avaient pas réalisé cette demande soit 67 %. Sur ces 14 patients, 2 n'ont pas fait cette demande sur refus de la famille soit 14 %.

Motif d'absence d'aides :

Dans cette étude 53 % des patients qui n'avaient pas d'aides, n'avaient pas évoqué le besoin d'aides avec le médecin traitant. Pour 10 % le patient refusait les aides.

E – Analyse des passages multiples aux urgences pour motif non pertinent

Sur les 23 patients passés aux urgences pour un motif non pertinent, 5 personnes ont eu plus d'un passage soit 22 %.

La durée moyenne entre deux passages était de 60 jours.

Sur ces cinq patients, 4 n'ont pas bénéficié de mise en place d'aide entre les deux passages soit 80 %.

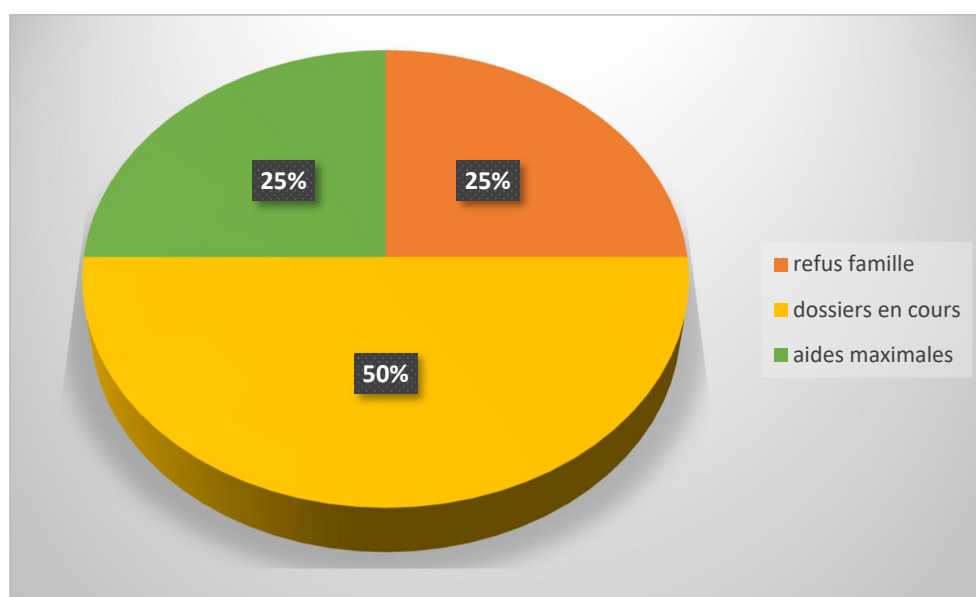


Figure 13 : motif de non mise en place d'aides entre deux passages aux urgences

A noter que parmi les 4 patients n'ayant pas eu d'aides mise en place, 1 patient ainsi que sa famille refusaient l'entrée en EHPAD, malgré une demande faite lors de la première hospitalisation avec une place qui était disponible pour accueillir le patient.

4 – Discussion

A – Discussion des résultats

I - Sur la prise en charge aux urgences :

Personne à l'initiative de l'arrivée aux urgences

La majorité des patients consultant aux urgences pour un motif non pertinent arrivent aux urgences de leur propre initiative (44%).

Il aurait été intéressant de pouvoir analyser si le médecin traitant avait été sollicité avant l'arrivée aux urgences dans les cas où les patients ne sont pas adressés par ce dernier. Effectivement une étude rétrospective ne nous permet pas cette analyse. Une telle analyse aurait pu nous orienter sur la cause de l'absence de consultation du médecin traitant (délai de consultation trop long, impossibilité de se rendre au cabinet pour le patient...).

Tous les patients arrivés de leur propre initiative sont arrivés avec les pompiers. Pour ces personnes se pose le problème du retour au domicile lorsque l'hospitalisation n'est pas nécessaire. En effet, le retour des patients via les ambulances peut nécessiter un temps d'attente plus ou moins long allant parfois jusqu'à plusieurs heures (les retours à domicile à partir de 20h posant le plus de problèmes ; effectivement seule l'ambulance de garde est disponible pour assurer les retours).

Ce temps d'attente long peut engendrer plusieurs problèmes.

Premièrement, d'un point de vue organisationnel, les personnes âgées demandent plus de moyens personnels. Ces patients en perte d'autonomie requièrent de l'aide entre autres pour l'alimentation, les poses de bassin. Pendant que le personnel s'occupe de ses patients, il n'est donc pas disponible pour les autres patients consultant pour des motifs pertinents.

Les patients âgés peuvent durant cette attente se sentir délaissés ; sentiment néfaste quand on sait que nombre des patients dans cette étude souffre déjà de dépression.

Des complications en rapport avec la fragilité peuvent rapidement survenir : confusion, déshydratation, chute, début d'escarre, rétention urinaire...

De plus lors du tri par l'infirmière d'accueil aux urgences, les maintiens à domicile difficile sont classés en niveau de gravité 5 le plus souvent et ne sont donc pas prioritaires. En effet le système de tri est fait des 5 niveaux de gravité décroissants allant de 1 à 5.

Deuxièmement d'un point de vue financier, il faut ajouter au coût d'une consultation non pertinente aux urgences, le prix du transport aller-retour par les pompiers et/ou les ambulanciers.

Taux d'hospitalisation :

Le taux d'hospitalisation est de 63.9 %

Les patients adressés par le médecin traitant ont tous été hospitalisés, 75 % des patients amenés par l'aidant principal, 66 % des patients adressés par les aides à domicile et uniquement 43.75 % des patients consultant sans demande d'un tiers.

L'urgence ressentie est différente qu'elle soit vue par le patient lui-même ou par une tierce personne.

Cette étude montre l'importance d'une évaluation médicale de la situation, afin que l'admission aux urgences soit justifiée. Effectivement dans ces situations de prise en charge médico-sociale, le médecin traitant est l'intervenant médical connaissant le mieux la situation et donc le plus à-même de juger de l'importance de la nécessité d'une hospitalisation. De plus, le recours au médecin traitant permet à ce dernier de prendre contact directement avec un gériatre ce qui peut permettre une hospitalisation en entrée directe ou l'organisation d'une consultation afin d'éviter le passage aux urgences. Il existe pour cela un numéro dédié du gériatre de contre-visite qui régule les entrées dans le service en journée et une adresse mail pour faciliter l'accès à la filière pour la médecine de premier recours. Ces coordonnées sont diffusées par la cellule communication du CH Eure Seine aux médecins généralistes.

Le problème de la démographie médicale se pose ici. Peu de médecins consultent à domicile ; or pour ces personnes en perte d'autonomie se déplacer au cabinet peut être compliqué. Ainsi le recours aux pompiers est plus simple. De plus, il peut être difficile pour un patient d'avoir une consultation dans la journée avec leur médecin. Que ce soient les aides à domicile ou le patient lui-même qui demande cette consultation, il se peut que le délai de consultation du médecin traitant soit un frein.

Service d'hospitalisation :

La majorité des patients, 74%, sont hospitalisés dans un service adapté tel que la gériatrie ou l'évaluation gériatrique.

L'orientation est importante dans ces situations. En effet, la prise en charge de ces patients en perte d'autonomie est complexe et médico-psycho-sociale. Il est indispensable que le personnel médical et paramédical soit formé à ces prises en charge.

Or cette étude nous montre que 26 % des patients sont orientés dans des services « inadaptés » faute de places disponibles dans les services adaptés.

Cette orientation inadéquate peut être à l'origine d'un retard de prise en charge sociale. On voit donc que les patients, même adressés par le médecin traitant font face à une discordance entre l'orientation souhaitée et l'orientation réelle. Cette discordance n'est pas due à une incompréhension des urgentistes mais à un manque de places d'aval dans les services adaptés.

Ces patients, dont la prise en charge paramédicale peut être lourde, peuvent mettre en difficultés les personnels médicaux et paramédicaux.

Dans cette étude 4 % des patients sont hospitalisés en chirurgie. Or les personnels médicaux de ces services ne sont pas formés à cette prise en charge médico-sociale et sont peu habitués à gérer ces patients qui peuvent demander beaucoup d'attention. Ces hospitalisations peuvent donc mettre en échec les personnels médicaux et paramédicaux. Elles peuvent aussi mettre à mal l'organisation de ces services avec des surveillances et soins qui ne sont pas dans les missions initiales de ces services hospitaliers.

Il existe au CH d'Evreux un système d'hébergement des patients. Pour des patients gériatriques hospitalisés dans un service de chirurgie, la responsabilité médicale incombe ainsi aux gériatres qui assurent la prise en charge dans le service de chirurgie. Or dans notre étude, les patients hospitalisés en chirurgie sont restés sous la responsabilité des chirurgiens. La prise en charge s'en est probablement trouvée perturbée.

Cela pose la question de l'hospitalisation en « urgence ». Effectivement, les patients passant par les urgences et devant être hospitalisés dans ce contexte de maintien à domicile difficile se retrouvent dans des services parfois inadaptés. Il est important de noter que lorsque le patient est adressé par le médecin traitant directement au gériatre, l'hospitalisation est certes retardée mais orientée dans un service adapté. Cette orientation est décisive et permet ensuite une prise en charge médico-sociale plus rapide. Cette prise en charge « directe » permet au patient d'avoir le temps de comprendre l'intérêt de cette hospitalisation, qui peut donc être moins brutale et mieux acceptée par le patient.

Prise en charge des patients non hospitalisés

36.1 % des patients ne sont pas hospitalisés après leur passage aux urgences. Sur ces patients, 15.4 % se sont vus proposer une consultation ultérieure avec un gériatre. Aucun de ces patients n'a rencontré l'équipe de gériatrie lors de leur passage aux urgences.

Il y a donc 84.6 % des patients qui rentrent au domicile sans évaluation gériatrique qu'elle soit immédiate ou programmée ultérieurement.

Pour ces patients, le passage aux urgences n'est donc pas bénéfique en tant que prise en charge gériatrique.

II – Sur la prise en charge lors de l'hospitalisation

Sur la durée de l'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation est de 10.4 jours.

On peut noter que les hospitalisations sont plus longues quand les patients sont hospitalisés dans des services adéquats : 14 jours en court séjour gériatrique, 10.7 jours en médecine, 9.3 jours en évaluation gériatrique et 3 jours en chirurgie.

Les durées longues en court séjour gériatrique (durée moyenne du séjour à 10 jours) et en évaluation gériatrique (durée moyenne du séjour à 5 jours) sont en rapport avec des attentes de SSR pour la plupart suite à l'évaluation globale du patient.

La prise en charge d'une situation médico-sociale peut être longue. Ainsi, on peut licitement affirmer qu'une hospitalisation de trois jours ne laisse pas le temps d'une telle prise en charge.

Pour ces patients peu de bénéfices sociaux sont à retirés de cette hospitalisation. Elle permet certes un répit pour les aidants, dans le cas où les patients ne bénéficient d'aucune aide à domicile.

Cependant le bénéfice psychologique d'une hospitalisation peut-être tout de même présent pour ces patients qui se sentent démunis à domicile.

Sur la prise en charge sociale :

71.4 % des patients ont bénéficié d'une évaluation sociale.

L'évaluation est disparate en fonction du service d'hospitalisation. Ainsi les patients hospitalisés en médecine et en chirurgie n'ont pas reçu de telle évaluation. Les patients ayant bénéficié d'une évaluation sociale étaient tous hospitalisés dans des services adaptés tels que la gériatrie, l'évaluation gériatrique ou l'UHCD.

A savoir qu'au sein du CH d'Evreux, les services d'évaluation gériatrique et l'UHCD partagent la même aile et le même personnel paramédical. La proximité géographique a peut-être permis une prise en charge sociale, via l'assistante sociale de l'évaluation gériatrique, améliorée chez ses patients en UHCD.

De même, lors du staff du service des urgences réalisé chaque matin, un membre de l'équipe mobile de gériatrie est présent. Ainsi, l'équipe de gériatrie prends connaissance des personnes hospitalisées en UHCD et peut ensuite intervenir rapidement pour les reprendre dans leur service ou pour commencer les démarches sociales afin d'optimiser la prise en charge.

Chez les patients évalués, une demande d'EHPAD est demandée pour 52 % des patients. Cette demande est primordiale chez des patients en perte d'autonomie. En effet chez ces patients une dépendance est prévisible à moyen ou court terme ; connaissant les délais d'attente avant l'entrée en EHPAD, il est important d'anticiper ces demandes.

35 % des patients se sont vu proposer des demandes d'aides financières ou des aides à domicile.

L'intégralité des patients évalués par les assistantes sociales ont bénéficié de demandes d'aides. Ainsi les patients hospitalisés mais non évalués socialement sont probablement lésés quant à ces demandes. Effectivement, on peut constater que 57% des patients n'avaient pas d'aides préalablement à l'hospitalisation. On peut donc imaginer que les patients non évalués rentreront à domicile sans se faire orienter quant aux aides possibles.

On en revient sur la nécessité d'une bonne orientation des patients dans les services afin que l'hospitalisation soit bénéfique sur le plan social. Ces aides mises en place sont autant de facteurs favorisant un maintien à domicile chez ces personnes en perte d'autonomie, ce qui permet une prise en charge ambulatoire de ces patients.

Bonne orientation qui peut s'avérer meilleure lorsque l'hospitalisation est programmée. D'où la nécessité d'une coordination entre le médecin traitant et les services hospitaliers de gériatrie.

Sur la prise en charge gériatrique :

71 % des patients hospitalisés ont reçu une évaluation gériatrique, par un médecin dans le service de gériatrie ou par l'équipe mobile de gériatrie lorsque les patients sont hospitalisés en dehors du service de gériatrie.

Pour la totalité des patients cette évaluation était un premier contact avec une équipe de gériatrie. Cette évaluation permet aux patients de rentrer dans une filière de soins gériatriques hospitaliers.

Sur les patients évalués par l'équipe mobile de gériatrie, un diagnostic de troubles cognitifs est posé chez 78% des patients.

Il est important de dire que cette pathologie est lors de l'entrée en hospitalisation de ces patients sous diagnostiquée. Or, elle peut à elle-même engendrer une grande fragilité chez ces patients avec un épuisement de l'entourage. Elle se doit d'être diagnostiquée rapidement afin de permettre une anticipation de la perte d'autonomie et optimiser le maintien à domicile dans les meilleures conditions le plus longtemps possible.

Connaissant l'évolution de ces pathologies, son diagnostic rapide permet également de préparer la famille, et de la guider vers, entre autres, des demandes d'EHPAD de précaution.

Le dépistage d'un trouble cognitif peut être réaliser par un médecin généraliste grâce à des tests tels que le MMSE. Cependant la réalisation de tels tests peut être chronophages et non réalisés sur une consultation de suivi. Il serait important d'instaurer des consultations dédiées au dépistage de ces troubles cognitifs afin de les dépister au plus tôt. Ainsi le médecin traitant, connaissant le mieux le contexte global du patient, peut informer le patient et sa famille. Cette information permet d'aborder le sujet de la dépendance et de l'anticiper. Plus le sujet est abordé tôt, plus les patients et les familles ont le temps de s'y préparer et de mettre en place des aides à domicile adaptés aux besoins des patients.

Le principal frein à ce dépistage en médecine générale est le temps de cette consultation. C'est pourquoi il est important de revaloriser les consultations de dépistage. Il existe une majoration pour les dépistages de ces troubles cognitifs, sous le code ALQP006 (test de dépistage d'un trouble cognitif) est au tarif de 69.12 euros. Il serait intéressant d'étudier la connaissance de cette cotation par les médecins traitants et de savoir quelle utilisation ils en font.

Sur la conclusion de l'hospitalisation :

Le principal diagnostic lors de l'hospitalisation est un maintien à domicile difficile pour 52 % des hospitalisations. Si on y ajoute les 19 % de motifs de fragilité, 71 % des patients sont donc hospitalisés pour une perte d'autonomie.

Ainsi la majorité des hospitalisations s'avèrent être des hospitalisations non pertinentes en rapport avec un motif plus psycho-social que médical. Ces

hospitalisations ont pour but de mettre en place des aides à domicile. Or ces aides pourraient être mises en place au préalable par le médecin traitant avec l'aide de l'assistante sociale de secteur et des CLIC dès lors qu'une perte d'autonomie est dépistée.

En ce qui concerne les frais engendrés, une hospitalisation reste bien plus coûteuse. Effectivement au sein du CH d'Evreux une journée d'hospitalisation en médecine revient à 945.60 euros et en chirurgie à 1114.53 euros (19). Il est indéniable que la prise en charge ambulatoire de la perte d'autonomie permet une réelle économie.

De plus une hospitalisation n'est jamais anodine chez les personnes âgées. De nombreuses complications peuvent survenir et rapidement. La principale est le syndrome d'immobilisation due à une diminution de l'activité quotidienne, entraînant une perte musculaire, une dénutrition entraînant secondairement une perte d'autonomie. L'aggravation de cette perte d'autonomie paradoxale est à éviter au maximum.

En ce qui concerne les diagnostics secondaires, 42 % des patients sont dénutris. On recense également 27% d'épuisement de l'aidant.

Concernant la dénutrition, elle est un facteur de fragilité chez la personne âgée. Effectivement une dénutrition entraîne une amyotrophie, facteur de chutes. Chutes qui sont à l'origine d'une perte d'autonomie accélérée. Certaines personnes âgées en perte d'autonomie ne sont plus en mesure de se préparer à manger. Cette dénutrition se doit d'être dépistée au plus tôt par une pesée régulière ainsi que l'évaluation des ingestas par le médecin traitant. Ainsi dès les premiers signes, pourront être mis en place des compléments alimentaires oraux ; quand ces derniers sont insuffisants des aides telles que le portage de repas à domicile ou encore une aide à domicile faisant les courses ou préparant les repas doivent être proposés au patient. Une prise en charge progressive en ambulatoire serait mieux vécue par le patient, comparée à l'instauration brutale d'un portage de repas à domicile lors d'une sortie d'hospitalisation. En effet, les patients doivent avoir le temps, psychologiquement de prendre conscience et d'accepter leur perte d'autonomie. Cet état de pré dépendance peut être mal vécu s'il est mal expliqué. Or le médecin traitant connaissant le mieux son patient, il est le plus à même de mener cette explication.

Les hospitalisations en service hospitalier conventionnel pour épuisement de l'aidant ne sont pas justifiées. Effectivement, des structures sont adaptés afin d'accueillir ces patients temporairement. Dans cette étude, nous constatons qu'aucun patient n'est adressé à l'HTUD. Or cette structure a pour mission de palier aux aidants afin de leur proposer un répit. Il en est de même pour les EHPAD proposant un hébergement temporaire (3 mois maximum) pour répit de l'aidant.

A noter que l'HTUD a ouvert en juillet 2016, une partie des patients inclus ayant consulté avant cette date n'auraient pu en bénéficier. Après la date d'ouverture le personnel médical des urgences était encore que peu informé quant à cette structure et ses missions.

III – Devenir du patient et nouvelle consultation

Dans cette étude un seul patient n'est pas rentré à domicile mais a été, du fait de troubles cognitifs sévères, placé en EHPAD.

Lors de l'hospitalisation les demandes d'aides sont faites mais les aides ne sont pas toujours effectives lorsque les patients rentrent à domicile. Il y a souvent un temps long d'instauration lié à la complexité du traitement des dossiers qui passent en commission avec des critères liés à la dépendance et aux revenus qui font que l'APA se met en place en urgence ou non.

Cela montre que la mise en place d'aides qu'elle soit faite en ambulatoire ou en hospitalier, demande un délai. C'est pour cela qu'il est nécessaire d'anticiper cette demande d'aides afin qu'elles soient mises en place dès lors qu'elles deviennent indispensables.

Les PTA (plateforme territoriale d'appui) seront peut-être à terme un dispositif facilitant pour faire face aux situations complexes repérées par le médecin traitant qui n'aura à solliciter qu'un seul dispositif alors qu'actuellement les choses sont beaucoup plus délicates et chronophages.

L'idéal sur des situations critiques est de pouvoir faire une évaluation écologique c'est-à-dire dans le milieu naturel de la personne âgée qui est souvent plus pertinente que celle réalisée en milieu hospitalier. En effet l'hôpital entraîne une perte de repère et

peut être perçu comme un milieu hostile pour la personne âgée surtout si elle est en situation de stress.

De plus l'étude environnementale permet d'appréhender les conditions de vie face à certains risques (chute, dénutrition, gestion des traitements.). D'où la place des équipes mobiles de gériatrie pour aider le médecin traitant à analyser la situation de façon plus précise si les critères de fragilité sont repérés par l'évaluation gériatrique standardisée.

L'intérêt de l'évaluation hospitalière est de pouvoir rapidement, en s'appuyant sur le plateau technique et les spécialistes si besoin, de poser un diagnostic au travers d'une approche globale et concertée avec l'entourage de la personne âgée concernant le retentissement sur l'autonomie et de proposer des recommandations de prise en charge.

22 % des patients ont de nouveau consulté, à la suite de leur hospitalisation, pour un motif non pertinent. Parmi eux 80 % n'ont pas bénéficié d'aides mises en place entre les deux passages. Pour la moitié d'entre eux, les dossiers étaient en cours d'exploitation au moment de cette deuxième hospitalisation.

Dans cette étude la durée moyenne entre deux passages aux urgences est de 60 jours. On voit bien que le temps de traitement des dossiers d'aides à domicile peut être long. C'est pourquoi il est nécessaire de les anticiper, quitte à les faire réévaluer, afin que les hospitalisations ne se multiplient pas et que le maintien à domicile soit favorisé.

IV – Aides avant l'hospitalisation

57.2 % des patients ne bénéficiaient pas d'aides avant le passage aux urgences. Sur les patients ne bénéficiant pas d'aide 58 % faisaient appel à un aidant principal familial.

Nous avons vu précédemment que la majorité des patients souffraient de troubles cognitifs qui n'étaient pas diagnostiqués préalablement à l'hospitalisation.

Chez ces patients, la perte d'autonomie est imputable à l'apparition de ces troubles cognitifs. Ainsi la nécessité d'aides à domicile était prévisible dès lors la pose de diagnostic.

Cette étude nous montre que les personnes âgées qui sont en perte d'autonomie se voient trop peu attribuer d'aides à domicile. C'est pourquoi le maintien à domicile devient compliqué voire impossible. Ce manque d'aides engendre une arrivée aux urgences en « catastrophe », alors qu'une prise en charge gériatrique ambulatoire est possible et préférable.

Dans cette étude, l'absence d'aides à domicile n'était pas imputée à un manque de moyen de la filière gériatrique mais à un manque d'information de la famille quant à la possibilité de la mise en place des aides. Cela montre l'importance de l'information des familles et des patients afin de les orienter vers le CLIC ou les CCAS.

C – Limites de l'étude

La méthode d'étude :

Le choix d'une étude rétrospective ne permet pas de connaître le contexte exact de la prise en charge du patient. Effectivement le recueil de données se limite à la lecture de dossiers (papiers pour les urgences et informatiques pour les hospitalisations). Cela laisse une grande part d'interprétation de la part de l'investigateur de l'étude.

Le choix des EHPAD :

La ville d'Evreux a été choisie pour le recueil de données. Afin d'avoir une population la plus hétérogène possible, une structure publique une privée et une hospitalière ont été sollicitées. Un tel recueil permet d'éviter un biais de sélection. Cependant, l'EHPAD d'Azémia, EHPAD publique, n'a pu être retenue devant une demande de convention qui n'a pu aboutir. Cela entraîne donc un biais de sélection.

Le choix des dates d'inclusion :

L'inclusion s'est faite du 1^{er} mars 2016 au 28 février 2017. Ce choix s'est basé sur la période de fermeture de l'évaluation gériatrique du CH d'Evreux. Cette fermeture (de mars à novembre 2017) aurait pu engendrer une modification dans la prise en charge des personnes consultant.

Une grande période d'inclusion a été choisie afin d'augmenter le nombre de patients inclus.

De plus cette étude s'est faite en parallèle avec une étude qualitative sur le vécu des aidants quant à l'institutionnalisation des personnes âgées. Ainsi les entretiens se sont faits à distance de l'entrée en institution afin d'augmenter l'objectivité des aidants.

Recueil de données :

Le recueil de données sur les dossiers des urgences s'est fait à partir des archives papiers des urgences du CH d'Evreux.

Ainsi, un dossier de patient n'a pu être analysé car non retrouvé aux archives.

De plus, l'analyse des résultats est dépendant des observations retrouvées dans les dossiers des urgences. C'est pourquoi les résultats sont le reflet de l'interprétation de ces observations.

En ce qui concerne les dossiers d'hospitalisation, les données sont dépendantes du dossier informatique AXIGATE. C'est pourquoi une hospitalisation n'a pu être analysée car ce dossier n'était pas rempli.

Etude statistique :

Un contact avec un statisticien a été pris. Devant l'échantillon de faible taille, une étude statistique n'a pu être réalisée. C'est pourquoi je me suis limitée à une étude descriptive.

D – Ouverture et perspectives

Suite à cette étude, nous sommes confortés dans le fait qu'il est nécessaire de repérer la fragilité (état potentiellement réversible) en amont de l'hôpital et dès l'entrée du patient âgé de plus de 75 ans dans son parcours hospitalier. Beaucoup d'études abondent en ce sens. Cela permet à domicile d'éviter la perte d'autonomie et/ou le recours aux urgences et au milieu hospitalier, d'orienter le patient vers le bon dispositif y compris s'il n'est pas hospitalisé.

Nous savons aujourd'hui que la population âgée est hétérogène et que ce n'est pas qu'une question d'âge.

Ainsi, on distingue 3 types de populations chez les plus de 75 ans

- Les sujets âgés vigoureux qui ont un vieillissement harmonieux ou réussi avec peu ou pas de co-morbidités. Pour ces patients la prise en charge au niveau médical relèvera d'une prise en charge conventionnelle. Un des objectifs sera de prôner la prévention
- Les sujets âgés dépendants facilement identifiés pour lesquels les soins de confort sont au premier plan avec une démarche éthique individualisée selon l'évolution des pathologies. Ces sujets ont un vieillissement pathologique
- Les sujets âgés fragiles difficiles à cerner sans évaluation systématisée car la fragilité ne se voit pas. Elle nécessite un dépistage (classiquement, elle se manifeste lors d'événement aigu constituant un stress pour la personne par exemple une chirurgie programmée chez un patient paraissant à première vue encore bien qui va décompenser du fait de troubles cognitifs non diagnostiqués ou d'une dénutrition sévère entraînant des problèmes infectieux...). On parle alors de vieillissement intermédiaire

Dépistage des fragilités pas le médecin généraliste :

Les critères de Fried permettent de définir un état de fragilité chez les personnes âgées. (Annexe 5).

Le score ABCDEF est également réalisable en médecine ambulatoire. (Annexe 6)

Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans.

L'HAS recommande un dépistage des fragilités chez les patients de plus de 70ans, sans dépendance avérée, dès lors qu'un soignant suspecte une fragilité. Ce dépistage est la première étape pour l'entrée dans un parcours de soins personnalisé.

La référence dans le dépistage de la perte d'autonomie est l'évaluation gériatrique standardisée. Elle est réalisée en milieu hospitalier et n'est donc pas réalisable sur tous les patients.

Ainsi, en repérant les fragilités le médecin traitant peut adresser les patients vers un hôpital de jour ou une consultation gériatrique, qui réalisera cette EGS afin de définir les besoins de la personne et ainsi de démarrer une prise en charge sociale. De plus, cela permet au patient de rentrer dans la filière de soins gériatrique grâce à la coordination ambulatoire – hospitalière.

Plusieurs méthodes de dépistages des fragilités sont utilisables en médecine ambulatoire.

Le plus étudié est le dépistage via les critères de Fried datant de 2001. Ces derniers ne prennent cependant pas en compte la dimension cognitive et sociale.

Un outil créé par le CHU de Rouen en collaboration avec le CHI de Dieppe, l'ABCDEF, intègre les fonctions cognitives. (20)

Ces deux tests sont réalisables en 15 minutes et sont reproductibles. On peut imaginer la réalisation de ces tests de façon régulière par le médecin traitant lors de consultation de suivi afin d'être alerté lors de la nécessité d'une prise en charge gériatrique.

Le gérontopole de Toulouse propose quant à lui une évaluation globale du patient en ambulatoire avant l'évaluation en hôpital de jour. Cette évaluation prend en compte l'autonomie, le ressenti de fragilité par le médecin, il évalue aussi l'évolution de la situation à domicile (sur les aides et les besoins, situation évaluée par les paramédicaux ou aides à domicile).

Place de la télémédecine :

La télémédecine se développe actuellement au cœur des EHPAD du territoire Eure Seine. Des télé-consultations permettent sur demande du médecin coordinateur de l'EHPAD ou du médecin traitant du patient institutionnalisé d'avoir accès à une consultation spécialisée à distance. Ainsi cela permet de mettre en place des éducations thérapeutiques et d'éviter des hospitalisations inutiles. Cette collaboration institution/hôpital permet une optimisation de la prise en charge des patients en EHPAD (21).

On peut imaginer la mise en place d'une télémédecine afin d'aider les aides à domicile ou les équipes soignantes à domicile. Effectivement dans cette étude, 17 % des patients sont adressés par les aides à domicile.

De nombreuses régions expérimentent la télémédecine dans la prise en charge des soins infirmiers chez les personnes âgées.

Ainsi, dans la région Aquitaine, avec l'appui du CHU de Bordeaux, la télémédecine est mise en place pour la surveillance des plaies chroniques. En pratique, une équipe constituée d'un gériatre, d'une infirmière spécialisée en plaies, d'un ergothérapeute et d'une diététicienne basés au CHU de Bordeaux, réaliser une première consultation à distance (domicile ou EHPAD). Ensuite un suivi régulier est organisé toujours en téléconsultation afin de suivre le suivi des plaies pour améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Une telle organisation pourrait être envisagée dans la région de l'Eure. Ainsi les aides à domicile et les infirmières pourraient avoir accès à une équipe de gériatrie. En cas d'absence du médecin traitant ou d'impossibilité de consultation rapide, cela pourrait permettre aux aides ou IDE d'être épaulées et rassurées quant à la nécessité ou non d'une consultation aux urgences. Cette organisation nécessiterait cependant une équipe de personnels formés et disponibles ainsi que la mise en place d'un support technique. De plus, l'ARS doit lui aussi donner son accord afin de valider le projet.

Dans les Yvelines, la télémédecine va plus loin. Un service d'EHPAD à domicile a été mis en place.

En collaboration avec l'EHPAD locale de Sartrouville, les patients bénéficient à domicile d'une aide à la vie quotidienne (aide-soignante, aide-ménagère...), d'une astreinte infirmière 24/24 h, d'un transport entre le domicile et l'EHPAD.

Les patients bénéficient donc de la même prise en charge de la dépendance que les patients de l'EHPAD. De plus, avec le transport assuré ces patients peuvent participer aux activités organisées par l'EHPAD.

En collaboration avec une société privée, s'occupant du plateau technique, les patients sont équipés d'une téléalarme avec téléassistance reliée à une infirmière d'astreinte qui peut intervenir 24/24h. (22)

Le prix de cette EHPAD à domicile est moindre en comparaison à l'hospitalisation en EHPAD. Le tarif journalier est de 5euros à domicile contre 66euros au sein de l'EHPAD. A noter qu'à domicile il faut rajouter un forfait mensuel de 24 euros pour la télé assistance.

Dépistage des fragilités aux urgences :

Un test de dépistage des personnes âgées fragiles aux urgences existe. Il s'agit du score ISAR (Annexe 7). Ce questionnaire de 6 items permet de repérer les personnes susceptibles d'avoir besoin d'une évaluation gériatrique. Il a spécifiquement été développé pour les malades consultant aux urgences. Il permet d'identifier les personnes fragiles, donc susceptibles de présenter un évènement défavorable dans les six mois suivant le dépistage (perte d'autonomie, institutionnalisation, décès).

Ce score a été validé dans les suites d'une étude multicentrique menée au Canada chez des patients âgés de plus de 65 ans consultant aux urgences.

L'outil ISAR est un outil de dépistage avec une sensibilité correcte pour un seuil de 2. Sa rapidité d'utilisation le rend facilement utilisable aux urgences.

Ce test rapide pourrait être réalisé par l'infirmière d'accueil des urgences lors de l'évaluation des patients, ou par le médecin lors de son examen. Ainsi pour les patients ayant un score ISAR > 2, nous pourrions envisager une consultation gériatrique en externe afin d'avoir une évaluation gériatrique standardisée. Avec le système de consultations post urgences en place au sein du CH d'Evreux, le demande d'un rendez-vous serait facilitée.

Cette courte évaluation réalisée aux urgences pourrait ainsi raccourcir le temps d'entrer des patients dans la filière de soins gériatriques. Cependant ce test reste trop sensible.

La grille SEGA a été utilisée par certaines équipes mais est trop complexe pour une pratique aux urgences (elle comporte 30 items dont 15 obligatoires à remplir par les urgences les 15 autres étant complété par l'unité mobile de gériatrie).

Cette grille est validée et a le mérite dès les urgences d'être prédictive du parcours de soins intra-hospitalier et donc peu orienter vers les bons dispositifs gériatriques ou non gériatriques.

Actuellement au sein du GHT est expérimenté la mise en place du test TRST (triage risk screening tool). Il permet une évaluation courte des personnes de plus de 75 ans

afin de déterminer si le recours de l'équipe mobile de gériatrie est nécessaire. Un score supérieur ou égal à 2 indique la nécessité d'une évaluation gériatrique. (Annexe 8)

Equipe mobile de gériatrie aux urgences :

Dans cette étude, aucun des patients n'a rencontré d'équipe gériatrique (gériatre ou équipe mobile gériatrique) au cours de son passage aux urgences.

Les urgences du CH de La Rochelle bénéficie d'une équipe mobile de gériatrie dédiée aux urgences. Elle a pour missions : l'évaluation des patients âgés consultant aux urgences afin d'éviter les hospitalisations pour lesquelles les bénéfices sont moindres que les risques, la facilitation d'un retour à domicile pour ensuite intégrer une hospitalisation ou une consultation programmée, de cibler les personnes ayant besoin d'une hospitalisation.

Les patients sont initialement évalués par l'IOA puis par l'infirmière gériatre qui réalise un score ISAR. Ensuite les patients considérés comme fragiles à la suite de ce test sont vus par le médecin gériatre qui réalise une évaluation gériatrique standardisée afin d'orienter le patient (hospitalisation, retour à domicile).

Cette prise en charge ne concerne pas les patients consultant pour un motif aigu qui eux restent pris en charge par le médecin urgentiste en première ligne. Les patients considérés non fragiles à la suite de l'ISAR sont aussi pris en charge par les urgentistes.

Une étude réalisée pour un travail de thèse en médecine en 2013, a analysé les différences de prise en charge des personnes fragiles qu'ils soient évalués et orientés par le médecin urgentiste ou par l'équipe mobile de gériatrie.

Le taux d'hospitalisation en service de court séjour gériatrique était significativement plus élevé après la prise en charge gériatrique. Dans cette étude depuis la mise en place de l'équipe mobile gériatrique dédiée aux urgences moins de patients gériatriques sont hébergés dans des services inadaptés.

Le taux de ré-hospitalisation est lui aussi moindre pour les patients pris en charge par cette équipe. (23)

Il serait intéressant d'instaurer une prise en charge gériatrique aux urgences. Ainsi nous pourrions imaginer que les patients évalués par l'IOA et ayant un score ISAR $\geq$ 2, se voit confier à une évaluation gériatrique lors de leur passage aux urgences afin de définir la meilleure orientation pour eux.

Conclusion

Le nombre de passages aux urgences des personnes âgées pour un motif non pertinent est important ; phénomène qui risque de s'accroître avec le vieillissement de la population.

La mise en place d'un parcours de soins gériatriques est l'élément principal dans la prise en charge ambulatoire de la perte d'autonomie afin de diminuer ces passages aux urgences.

Nos travaux montrent que le recours aux urgences se fait le plus souvent dans un contexte de manque d'aides à domicile. Il ressort que ce manque d'aides ne vient pas d'une défaillance du réseau de soins ambulatoires mais du manque d'anticipation de mise en place des aides.

Il faut noter l'importance du dépistage de la fragilité de la personne âgée par le médecin traitant afin de l'orienter dans cette filière de soins gériatriques. A Evreux, bien qu'elle soit développée, cette filière pourrait s'enrichir d'un hôpital de jour afin de permettre aux médecins généralistes d'adresser leurs patients fragiles. Ainsi ils bénéficieraient d'une évaluation globale médico-psycho-sociale permettant au médecin traitant ensuite de mettre en place les aides adéquates.

En ce qui concerne les hospitalisations, notre étude montre que l'orientation est primordiale. Les patients hospitalisés dans des services adaptés reçoivent une meilleure prise en charge sociale.

Optimiser l'orientation des patients dès leur passage aux urgences est primordial. C'est pourquoi le dépistage des fragilités est important dès leur arrivée au sein des urgences (via le test ISAR par l'infirmière d'accueil par exemple). Ainsi les patients fragiles pourraient se voir orienter vers l'équipe mobile de gériatrie dès leur premier passage aux urgences ce qui permettrait une meilleure orientation (hospitalisation, retour à domicile, hospitalisation programmée)

La prise en charge de la perte d'autonomie est un problème de santé publique. Une prise en charge ambulatoire permet aux patients de rester le plus longtemps possible à domicile dans des circonstances adaptées. Les coûts d'une telle prise en charge sont moindres. Ainsi de nouvelles initiatives d'EHPAD à domicile voient le jour, grâce

notamment à l'utilisation de la télémédecine, permettant une réduction des coûts et un maintien à domicile prolongé.

Les dispositifs innovants ne pourront pas se substituer aux médecins mais permettront de venir en appui sans déplacer les patients sur un secteur qui souffre d'une paupérisation démographique sur le plan médical et paramédical.

Annexes :

Annexe 1 : Grille AGGIR

GROUPE*	NIVEAU DE DÉPENDANCE
GIR 1	Personne en fin de vie, ou confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées, et qui nécessite de ce fait une aide en permanence.
GIR 2	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, et qui exige une prise en charge pour la plupart des activités.
GIR 3	Personne ayant conservé une autonomie mentale, et partiellement sa capacité à se déplacer, mais qui a besoin, plusieurs fois par jour, d'une aide pour les soins corporels.
GIR 4	Personne qu'il faut aider à se coucher et à se lever, et qui peut ensuite se déplacer seule dans son logement. Doit être aidée pour la toilette et l'habillage, voire les repas.
GIR 5	Personne pouvant se déplacer seule dans son logement, et qui a seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
GIR 6	Personne qui est encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante (toilette, habillage, préparation et prise des repas, déplacements dans son logement).

Annexe 2 : ADL

ECHELLE A.D.L		Nom
		Prénom
		Date
		Score
Hygiène Corporelle	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chauffer. Dépendant	1 ½ 0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite. Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller. Ne peut aller aux toilettes seul	1 ½ 0
Locomotion	Autonomie A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant) Grabataire	1 ½ 0
Continence	Continent Incontinence occasionnelle Incontinent	1 ½ 0
Repas	Se sert et mange seul Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit Dépendant	1 ½ 0

Total = /6

Annexe 3 : IADL

Capacité à ...

Cocher puis relier les points pour visualiser l'évolution :

A – ... Utiliser le téléphone

- 1 – De sa propre initiative, cherche et compose les numéros
- 2 – Compose un petit nombre de numéros bien connus
- 3 – Répond au téléphone mais n'appelle pas
- 4 – Incapable d'utiliser le téléphone

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

B – ... Faire les courses

- 1 – Fait les courses de façon indépendante
- 2 – Fait seulement les petits achats tout seul
- 3 – A besoin d'être accompagné quelque soit la course
- 4 – Totalement incapable de faire les courses

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

C – ... Préparer les repas

- 1 – Prévoit, prépare et sert les repas de façon indépendante
- 2 – Prépare les repas si on lui fournit les ingrédients
- 3 – Est capable de réchauffer les petits plats préparés
- 4 – A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

D – ... Entretenir le domicile

- 1 – Entretiens seul la maison avec une aide occasionnelle pour les gros travaux
- 2 – Ne fait que les travaux d'entretien quotidiens
- 3 – Fais les petits travaux sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant
- 4 – A besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien du domicile
- 5 – Ne participe pas du tout à l'entretien du domicile

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

E – ... Faire la lessive

- 1 – Fait toute sa lessive perso. ou la porte lui-même au pressing
- 2 – Lave les petites affaires
- 3 – Toute la lessive doit être faite par d'autres

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

F – ... Utiliser les moyens de transport

- 1 – Peut voyager seul et de façon indépendante
- 2 – Peut se déplacer seul en taxi ou par autobus
- 3 – Peut prendre les transports en commun s'il est accompagné
- 4 – Transport limité au taxi ou à la voiture avec accompagnement
- 5 – Ne se déplace pas du tout

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

G – ... Prendre les médicaments

- 1 – S'occupe lui-même de la prise (dosage et horaire)
- 2 – Peut les prendre par lui-même s'ils sont préparés à l'avance
- 3 – Incapable de les prendre de lui-même

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

H – ... Gérer son budget

- 1 – Totalement autonome (fait des chèques, paye ses factures,...)
- 2 – Se débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais a besoin d'aide pour gérer à long terme
- 3 – Incapable de gérer l'argent nécessaire à payer ses dépenses au jour le jour

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Annexe 4 : APA

Montant mensuel maximum					
GIR	1 ^{er} janvier 2018	1 ^{er} mars 2017	1 ^{er} mars 2016	Avant le 1 ^{er} mars 2016	Augmentation (2016 à 2018)
Gir 1	1 719,93 €	1 714,80 €	1 713,09 €	1 312,67 €	407,26 €
Gir 2	1 381,04 €	1 376,92 €	1 375,54 €	1 125,14 €	255,90 €
Gir 3	997,85 €	994,87 €	993,88 €	843,86 €	153,99 €
Gir 4	665,60 €	663,62 €	662,95 €	562,57 €	103,03 €

Annexe 5 : Critères de Fried

Critères

	Perte de poids involontaire au cours de la dernière année
	Vitesse de marche lente
	Faible endurance
	Faiblesse, fatigue
	Activité physique réduite
Nombre de critères	Etat de fragilité
0	Non fragile
1-2	Pré-fragile ou intermédiaire
≥ 3	Fragile

Annexe 6 : ABCDEF

Etiquette patient

Date de l'évaluation...../...../.....

Autonomie

INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (IADL VERSION COURTE)		Valeur	SCORE
Téléphone	Se sert normalement du téléphone	1	/1
	Ou compose quelques numéros très connus	1	
	Ou répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1	
	N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0	
	Ou incapable d'utiliser le téléphone	0	
Score maxi : 1 pt			
Moyens de transport	Utilise les moyens de transport public de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1	/1
	Ou organise ses déplacements en taxi mais autrement n'utilise aucun transport public	1	
	Ou utilise les transport publics avec l'aide de quelqu'un	1	
	Déplacements limités en taxi ou en voiture avec l'aide ou l'accompagnement de quelqu'un	0	
Score maxi : 1 pt			
Traitement	Responsable de la prise de son traitement (dose et rythme)	1	/1
	Est responsable de son traitement si doses préparées à l'avance	0	
	Ou est incapable de prendre seul ses médicaments même si préparés à l'avance	0	
Score maxi : 1 pt			
Manipuler l'argent	Non applicable, n'a jamais manipulé l'argent	NA	/1
	Gère ses finances de façon autonome	1	
	Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1	
	Incapable de manipuler l'argent	0	
Score total (maxi 4 pts) :			/4

BMI (IMC marqueur de l'état nutritionnel)	OUI	NON
Amairissement (involontaire) ≥ 10 % du poids en 6 mois	☐	☐
OU		
BMI (IMC en français) (poids/taille ²) < 18,5	☐	☐
Comorbidité (≥ 3 conditions)		
• Insuffisance cardiaque	☐	☐
• Insuffisance respiratoire chronique	☐	☐
• Insuffisance rénale chronique (cl Créatinine ≤ 30 mL/min)	☐	☐
• Diabète	☐	☐
• Dépression-Anxiété	☐	☐
• ≥ 2 hospitalisations non programmées ≤ 6 mois	☐	☐
« Drugs » (Médicaments)		
≥ 10 médicaments par jour	☐	☐
Equilibre, Marche, Fracture*		
Une chute (au moins) au cours des 6 derniers mois	☐	☐
Vitesse de marche sur 4 mètres < 0,65 m/seconde (soit ≥ 6 secondes)	☐	☐
Antécédent fracture (bassin, rachis, col fémoral)	☐	☐
* si au moins une des 3 conditions est présente, le statut d'équilibre postural doit être considéré comme anormal		
Fonctions cognitives		
• Troubles cognitifs patents OU	☐	☐
• Minicog pathologique, épreuve associant :		
- Rappel libre immédiat des 3 mots (non coté). ex : clé-citron-ballon		
- Test de l'horloge : présenter sur une feuille un cercle de 10 cm de diamètre et demander au sujet de :		
1) placer tous les chiffres des heures.		
2) dessiner 2 aiguilles en indiquant une heure sur 2 quadrants opposés (ex : 15 h 45). Notation : 2 si totalement réussi, sinon 0		
- Rappel différé des 3 mots éventuellement avec indice : 0, 1, 2 ou 3		
score global du Minicog : 5 points (un point par mot rappelé et 2 points pour l'horloge réussie, valeur seuil pathologique < 3 pts)	☐	☐

SYNTHESE

Caractéristique anormale	OUI	NON
A : Autonomie	☐	☐
B : BMI-(état nutritionnel)	☐	☐
C : Comorbidité	☐	☐
D : Drugs-(médicaments)	☐	☐
E* : Equilibre	☐	☐
F : Fonctions cognitives	☐	☐

Annexe 7 : ISAR

1. Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide à domicile ?
2. Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile que d'habitude ?
3. Avez-vous été hospitalisé pour un ou plusieurs jours ces six derniers mois ?
4. Souffrez-vous de problèmes de vue ?
5. Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de mémoire ?
6. Prenez-vous plus de trois médicaments par jour ?

Interprétation : chaque question vaut 1 point, positif si score total $\geq 2/6$

Annexe 8 :

Triage risk screening tool (TRST)

L'objectif de l'étude est d'évaluer le TRST dans le repérage des personnes âgées de plus de 75 ans nécessitant le passage d'une équipe mobile de gériatrie (SAU, UHCD, unités médico-chirurgicales). Il devra être réalisé pour tous les patients de plus de 75 ans par l'équipe médicale demandeuse dans les 48h suivant l'admission du patient.

Ce test mesure cinq dimensions :

	OUI = 1 point	NON = 0 point
Présence de troubles cognitifs <i>Diagnostic connu de démence, syndrome confusionnel, ou troubles cognitifs avec perte de mémoire des faits récents +/- troubles de l'orientation temporo spatiale relevés par les soignants de l'unité)</i>		
Troubles de la marche, difficultés de transfert ou chutes		
Polymédication (utilisation de cinq médicaments ou plus)		
Antécédents d'hospitalisation (3 mois) ou d'admission aux urgences (1 mois)		
Evaluation fonctionnelle réalisée par une infirmière <i>Perte d'autonomie présente si diminution d'au moins 2 points dans l'échelle ADL ci-dessous entre l'évaluation et les 15 j précédant l'admission</i>		
TOTAL/5 points		

BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE. Projections à l'horizon 2060 - Insee Première [En ligne]. [cité 9 août 2017]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281165>
2. Sough B, Gauthier T, Clair D, Gall AL, Menecier P, Mangola B. Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgences. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. 1 juin 2012 ; 10(2) :151-8.
3. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. [En ligne]. [cité 8 août 2018]. Disponible : http://unt.unice.fr/aunege/Droit_etablissements/Module2/res/PDF2_3.pdf
4. WHO. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project [En ligne]. [cité 19 juillet 2018]. Disponible : <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
5. La gériatrie pratique. Généralités. [En ligne]. [cité 19 juillet 2018]. Disponible : <http://geriatrie.webs.com/gnralits.htm>
6. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires. [En ligne]. [cité 22 juill 2018]. Disponible : https://www.ensembleprevenonsladependance.fr/wp-content/uploads/2013/11/fiche_HAS_reperer_fragilite_soins_ambulatoires.pdf
7. Gonthier R, Blanc P, Farce S, Stierlam F. Individualisation des personnes âgées fragiles et filière de soins. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement. 1 sept 2003 ; 1(3):187-96.
8. ARNOUX T. Le dépistage de la fragilité de la personne âgée aux urgences. [En ligne]. [cité 30 août 2017]; Disponible : http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Le_depistage_de_la_fragilite_de_la_personne_agee_aux_urgences.pdf

9. Collège National des Enseignants en Gériatrie (CNEG). Gériatrie 3ème édition. Elsevier Masson ; 2014. 280 pages.
10. Méthode d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance. 2004 [cité 8 août 2017]; Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/pdf/DSI.pdf>
11. CNSA. La compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées. [En ligne]. [cité 8 août 2017]. Disponible : <http://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie/la-compensation-de-la-perte-dautonomie-des-personnes-agees>
12. INSEE. Personnes âgées dépendantes. Tableaux de l'Économie Française. [En ligne]. [cité 8 août 2017]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>
13. DREES. Statiss 2015 [En ligne]. [cité 8 août 2017]. Disponible : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/frpers_agees.asp-prov=CN-depar=CP.htm
14. INSEE. Projections à l'horizon 2060 [En ligne]. [cité 9 août 2017]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281165>
15. BAZILLON B. Observatoire des EHPAD 2012. Paris. KPGM ; 2 012 30pages.
16. Service public français. Aide sociale à l'hébergement d'une personne âgée. [En ligne]. [cité 31 juil 2018]. Disponible : <http://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F244>
17. Ministère des Solidarités et de la Santé. Aides et soins à domicile [En ligne] [cité 19 juillet 2018]. Disponible : <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile>

18. CHAG de Pacy sur Eure. L'Hébergement Temporaire d'Urgence Départemental [En ligne] [cité 17 juill 2018]. Disponible : <http://www.ch-pacy.fr/hebergement-temporaire-durgence-departemental>
19. CH Eure Seine. Tarif des prestations. [En ligne] [cité 06 aout 2018]. Disponible : <http://www.ch-eureseine.fr/informations-pratiques/vous-etes-hospitalise/vos-frais-d-hospitalisation>
20. Amalou L, Roca F, François F, Druesne L, Langlois R, Pesqué T, et al. Tracking tool for frailty : ABCDEF. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. 2016 ; [En ligne]. [cité 22 juill 2018]. Disponible : <http://www.jle.com/download/gpn-308091-outil-de-reperage-dune-fragilite-abcdef-biblio73-W2gRkH8AAQEAAADve8ksAAAAJ-u.pdf>
21. CHI Eure et Seine [En ligne]. [cité 22 juill 2018]. Disponible : <http://www.ch-eureseine.fr/mobile/notre-offre-de-soins/pole-geriatrie/les-consultations-geriatriques>
22. EHP@DOM. [En ligne]. [cité 06 aout 2018]. Disponible : http://www.ces-asso.org/sites/default/files/info_ehpaddom_sartrouville.pdf
23. Sophie Noe. Impact d'une évaluation gériatrique sur l'orientation des personnes âgées au sein d'un service d'accueil des urgences : expérience au centre hospitalier de La Rochelle. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2013. [En ligne]. [cité 06 aout 2018]. Disponible : www.petille.univ-poitiers.fr/notice/view/16722

LISTE DES ABREVIATIONS

ADL : Activities of Daily Living

AGGIR : autonomie gérontologique groupes iso-ressources

APA : allocation personnalisée d'autonomie.

ASH : aide sociale à l'hébergement

CCAS : centre communal d'action sociale.

CLIC : centre local d'information et de coordination

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GHT : groupement hospitalier territorial

GIR : groupes iso-ressources

HTUD : hébergement temporaire d'urgence départemental

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques.

ISAR : Identification Systématique des Aînés à Risque

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.

OMS : Organisation mondiale de la santé

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

Le Gall Pauline

Analyse du parcours de soins gériatriques, comment l'améliorer pour éviter les passages aux urgences.

Résumé

Introduction : Les patients de plus de 75 ans représentent 18 % des consultations aux urgences. Nombreux patients consultent pour des syndromes gériatriques en rapport avec un maintien à domicile difficile. L'objectif est d'étudier la prise en charge de la perte d'autonomie par le médecin traitant afin de l'optimiser. Nous avons également étudié la prise en charge hospitalière.

Méthode : Etude descriptive rétrospective à partir d'un recueil de données sur dossiers, des patients consultant aux urgences du CH d'Evreux l'année précédant leur institutionnalisation. Les patients inclus étaient institutionnalisés entre le 1^{er} mars 2016 et le 28 février 2018 dans les EHPAD Tiers Temps et Saint Michel à Evreux.

Résultats : 83 patients ont été inclus. 36 patients sont passés aux urgences l'année avant l'institutionnalisation. 72 % des patients ne bénéficiaient pas d'aides avant l'hospitalisation (manque d'anticipation ou refus principalement). 33 % des patients avaient fait une demande d'EHPAD de précaution. 63.9 % ont consulté pour un motif non pertinent. 44 % sont arrivés de leur propre initiative. 63.9 % ont été hospitalisés. 74 % des patients sont hospitalisés dans un service à orientation gériatrique. 78 % présentaient des troubles cognitifs non diagnostiqués. La conclusion de l'hospitalisation était un maintien à domicile difficile dans 52 % des cas.

Conclusion : Cette étude montre que le recours aux urgences se fait dans un contexte de manque d'aides à domicile et ce par manque d'anticipation. Le dépistage des fragilités par le médecin traitant ou lors des passages aux urgences permet une anticipation de la perte d'autonomie et l'entrée dans la filière de soins gériatriques. Une bonne orientation lors des hospitalisations permet une meilleure prise en charge gériatrique et sociale.

Mots clés : Dépendance – Dépistage fragilités – Filière de soins gériatriques – Aides

Jury :

Président : Professeur JOLY

Membres : Professeur Rémi SABATIER

Professeur Benoit WEBER

Docteur Arnaud DEPIL DUVAL

Docteur Brigitte SALLE

Date de soutenance : 04 septembre 2018