



**HAL**  
open science

## Profil des patients âgés de 75 ans et plus, éligibles au PAERPA, admis de manière non pertinente aux urgences de l'hôpital Saint-André

Laura Chamayou

### ► To cite this version:

Laura Chamayou. Profil des patients âgés de 75 ans et plus, éligibles au PAERPA, admis de manière non pertinente aux urgences de l'hôpital Saint-André. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03500427

**HAL Id: dumas-03500427**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03500427v1>**

Submitted on 22 Dec 2021

**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.

Année 2021

Thèse N°130

THESE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par **Laura Chamayou**

Née le 29 Avril 1985 à Orthez

Le 28 Octobre 2021

**Profil des patients âgés de 75 ans et plus,  
éligibles au PAERPA, admis de manière non  
pertinente aux urgences de l'hôpital  
Saint André**

Sous la direction de Madame le Docteur Aurélie Lafargue

Jury

Madame le Professeur Nathalie Salles	Présidente
Madame le Docteur Joanne Jenn	Membre
Monsieur le Docteur François Petregne	Membre et Rapporteur
Madame le Docteur Isabelle Faure	Membre
Monsieur le Docteur Christophe Adam	Membre
Madame le Docteur Aurélie Lafargue	Membre



*A mes enfants: Neïla et son petit frère*

*Je vous aime tant*

*A la vie*

להיים

## REMERCIEMENTS

### *Aux membres du jury*

#### **Madame le Professeur Nathalie Salles**

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier  
Hôpital Xavier Arnoz, Service de Médecine gériatrique, CHU de Bordeaux  
Chef de Pôle de Gérontologie clinique du CHU de Bordeaux

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et je vous en remercie.  
Merci pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de  
mon profond respect.*

#### **Monsieur le Docteur Christophe Adam**

Professeur associé, Médecin Généraliste  
Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux

*J'ai eu l'honneur de vous compter parmi mes professeurs lors de mes cours de  
médecine générale à l'Université. Je tenais à vous remercier pour vos enseignements  
passionnés, votre énergie et votre amour de la transmission.*

#### **Madame le Docteur Isabelle Faure**

Praticien Hospitalier  
Hôpital Saint André, Service des Urgences de l'hôpital Saint-André  
Pôle Urgences-Samu-Smur-CAP, CHU Bordeaux  
Responsable des Urgences de l'hôpital Saint-André

*Isabelle, tu m'as accueillie dans ton service des Urgences de l'hôpital St André lors  
de mon stage d'internat. Tu m'as appris la rigueur et la passion pour ta spécialité. Je  
te remercie de l'intérêt que tu as porté à mon projet de thèse et pour ta disponibilité.*

**Monsieur le Docteur François Petregne**

Professeur associé, Médecin Généraliste

Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux

*J'ai fait votre connaissance lors de mes cours à l'Université; vous étiez l'un de mes professeurs référent. Pour rattraper quelques absences, j'ai été dans l'obligation de participer à un cours de rattrapage inédit. Je me suis alors retrouvée catapultée dans un groupe Balint que vous animiez, et croyez-le ou non, ces cours qui, initialement, m'étaient imposés ont transformé ma vision de la médecine. Là où le patient n'était que théorie et recommandations, vous m'avez appris à intégrer l'humain dans l'équation. Cet enseignement a ouvert une porte vers la voie de l'empathie, du travail sur la relation avec l'autre avec pour objectif de devenir un meilleur médecin. Il m'a tout simplement passionnée et bouleversée et m'a permis de prendre conscience qu'avant tout, notre métier, c'est l'humain! Donc aujourd'hui je ne m'excuserai pas pour ces cours que j'ai manqués, car grâce à eux mais surtout grâce à vous, ma relation avec mes patients a littéralement changé et cela à tout jamais.*

**Madame le Docteur Joanne Jenn**

Praticien Hospitalier

Pôle gériatrie clinique, SSR1 et USLD, Centre Henri Choussat,

Hôpital Xavier Arnozan

*Joanne, tu fais partie de ces médecins que l'on croise dans un parcours d'étudiant et qui nous marquent à tout jamais. Les 6 mois que j'ai passé dans le service du SSR de Xavier Arnozan font partie de ces stages qui vous imprègnent. J'ai appris avec vous (je n'oublie pas Carine) l'amour du patient, l'empathie, le travail d'équipe, la générosité et le bonheur de travailler avec des femmes médecins brillantes et inspirantes. Tu m'as montré que la médecine qui me plaît tant existait encore à un moment de ma vie où je n'y croyais plus...Merci pour cela.*

**Madame le Docteur Aurélie Lafargue**

Praticien Hospitalier

Unité de Post Urgences Gériatriques, Hôpital Saint André, CHU de Bordeaux

*Aurélie, mon incroyable directrice de thèse. Quelle patience... Mais nous l'avons fait ! Je me souviens encore du jour où nous avons parlé pour la première fois de ce projet un peu fou. Tu as su me guider dans ce travail titanesque en me soutenant depuis le début avec cette force tranquille dont tu as toujours fait preuve. Je voulais tout d'abord te remercier pour ton soutien sans faille, ta patience et ta bienveillance. Nous n'avons travaillé que 6 mois ensemble lors de mon stage aux urgences, mais je voulais également te remercier pour ce que tu m'as apporté en tant que médecin. Tu as été inspirante par ton amour pour ces patients âgés, ton empathie, ta rigueur médicale qui rendent la gériatrie si passionnante. Donc merci pour tout cela.*

*Ce travail est également associé à de très bons souvenirs avec le trio de choc de l'Equipe mobile de gériatrie des urgences. Marie-Laure et Virginie, je tenais également à vous remercier pour votre investissement dans ce travail, car sans vous cela n'aurait pas été possible. Merci à vous trois pour cette belle énergie que vous dégagiez, cette humanité, cette empathie et cet amour du patient dont vous faites preuve et qui a été si inspirante pour l'étudiante en médecine que j'étais.*



## **A ma famille et mes proches**

### **A tous ceux dont j'ai croisé la route sur les bancs de la fac:**

*La Facky team en première ligne. Merci d'avoir rendu mes études inoubliables.*

*A Seb, parce que j'ai reçu de ta part la plus belle preuve d'amitié, je te suis reconnaissante à tout jamais.*

### **A ma belle-famille:**

*Muriel, Sarah, Juliette, Sacha, François et Steph. Merci pour votre soutien.*

### **A mes grands-parents:**

*Papi René et Mamie Arlette: Vous n'êtes plus la physiquement mais je vous sait toujours près de moi. Vous auriez adoré être présents en ce jour si spécial. Merci pour tout ce que vous nous avez apporté et surtout merci pour la fierté immense qui se lisait dans vos yeux à chaque instant.*

*Papi Pierrot et Mamie Marcelle, mes grands-parents exceptionnels. Plus de 80 ans mais vos esprits (et vos corps !) sont encore si jeunes! Vous ne vous êtes jamais posé de limites et c'est peut-être pour cela que votre vie est si incroyable. Merci pour votre amour du travail, votre courage, votre persévérance et votre grain de folie qui sont si inspirants.*

### **A mon père:**

*Papounet chéri, merci pour la fierté que je lis dans tes yeux et ton soutien. Sans oublier Arthur, Lucie et Marjorie.*

### **A mes amies de toujours:**

*Emilie et Peggy, mes sœurs. Nous étions des inconnues et un WEI plus tard, plus rien ne pouvait nous séparer. Nous avons tellement vécu ensemble depuis 16 ans: les bonheurs, les doutes, les premières sutures à 3 heures du matin aux urgences, les stages à l'étranger, l'amour, la tristesse, les enfants, les mariages, les larmes et les gros fous rires. Je suis fière de ce que nous sommes devenues: des médecins passionnées, des femmes épanouies, et des amies pour la vie. Je suis reconnaissante à tout jamais de vous avoir dans ma vie.*

### **A mes sœurs:**

*Marie et Lisa mes sœurs chéries.*

*Merci Marie, mon assistante de thèse, toujours présente presque jour et nuit par téléphone, toujours partante pour une énième modification (BOOM), et cela sans jamais râler. Sans toi tous ces tableaux, figures et tous les points virgules bien positionnés n'auraient pas vu le jour. Merci pour ton soutien, ton amour, je suis tellement heureuse que tu sois revenue près de nous.*

*Je suis fière de ce que vous êtes devenues, de vos projets, de vos parcours incroyables, et même si souvent vous ne vous en rendez pas compte: n'oubliez jamais que vous êtes exceptionnelles. Je vous aime.*

### **A ma maman:**

*Ma mamounette chérie. Toujours présente pour les moments importants de mes études: les dégustations de mûres sur la parking de la fac (que tu es la seule à apprécier), les vérifications multiples des inscriptions (tu es sûre ?), le chauffeur de taxi m'accompagnant pour les ECN jusqu'à la table d'examen (ou presque...).*

*Cette persévérance elle vient de toi, de l'amour du travail que tu m'as transmis.*

*Merci de m'avoir appris que tout était possible, car si les autres peuvent le faire, je le peux aussi. Merci pour ce soutien sans faille, pour l'amour infini et inconditionnel que tu me portes et parce qu'à tes côtés tout est toujours plus simple et rien n'est insurmontable. Et surtout, admettons-le, si je suis médecin aujourd'hui ce n'est probablement pas un hasard...*

### **A mon amour de mari:**

*Mon soutien inconditionnel. Sur le papier, rien ne nous prédisposait à unir nos parcours et pourtant...nous voilà ! Onze ans d'amour et quinze d'amitié plus tard, j'ai l'impression que nous avons déjà vécu mille vies ensemble. Je me sens forte à tes côtés car nous formons une équipe indestructible. Je suis fière de ce que tu es, de ce que tu es devenu, de ce que nous sommes ensemble. Merci pour tout et pour la vie qui est tellement belle à tes côtés. Parce que dans une autre vie, c'est certain, nous n'étions qu'un. A toutes les belles choses qui nous attendent.*

**A vous tous:**

*Parce que aujourd'hui, le médecin que je suis est marquée à jamais par l'empreinte que chacun d'entre vous m'avez laissé à votre manière.*

*Je vous dis tout simplement MERCI !*

## Table des matières

Table des illustrations .....	13
Liste des tableaux.....	14
Liste des abréviations .....	15
Glossaire.....	17
INTRODUCTION .....	18
Le dispositif PAERPA et les enjeux de l'admission aux urgences des patients âgés de 75 ans et plus .....	20
I. Le dispositif PAERPA: une amélioration du parcours de santé pour les 75 ans et plus .....	20
I.1. Rappel historique .....	20
I.2. Bordeaux, territoire pilote pour le parcours de santé des aînés.....	21
I.3. Les objectifs et les dispositifs du PAERPA.....	21
I.3.1. La prévention de la perte d'autonomie: repérage précoce par les professionnels de santé de proximité .....	23
I.3.1.1. <i>Repérage de la fragilité par le médecin traitant</i> .....	23
I.3.1.2. <i>L'équipe de soutien aux aidants à domicile</i> .....	23
I.3.1.3. <i>L'Education thérapeutique personnalisée</i> .....	23
I.3.1.4. <i>Bilan diagnostique des troubles de l'équilibre par les kinésithérapeutes</i> .	24
I.3.2. La prévention des hospitalisations et des admissions non pertinentes au service d'accueil des urgences .....	24
I.3.2.1. <i>La permanence téléphonique « Gériatrie » du CHU de Bordeaux</i> .....	24
I.3.2.2. <i>L'Equipe mobile de gériatrie dans la cité</i> .....	25
I.3.2.3. <i>Les téléconsultations en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes: la télémédecine</i> .....	25
I.3.2.4. <i>Astreinte des infirmiers libéraux de 20 heures à 8 heures</i> .....	25
I.3.3. La préparation du retour à domicile en cas d'hospitalisation.....	26
I.3.3.1. <i>L'équipe « urgence de nuit »</i> .....	26
I.3.3.2. <i>Le dispositif d'hébergement temporaire en EHPAD: les « EHPAD relais » et « l'EHPAD dans et hors les murs »</i> .....	26
I.3.4. Organisation d'une « commission de coordination hospitalière » .....	27
I.3.4.1. <i>Les EMG intra-hospitalières et le repérage de la fragilité</i> .....	28
I.3.5. L'amélioration de la coordination entre professionnels .....	28
I.3.5.1. <i>La transition Ville-Hôpital-EHPAD</i> .....	28
I.3.5.2. <i>Le point d'entrée unique: la « Plateforme Autonomie Senior »</i> .....	29
I.3.5.3. <i>La Coordination territoriale d'appui</i> .....	29
I.3.5.4. <i>Le Plan Personnalisé de Santé et la Coordination Clinique de Proximité</i> 30	
I.3.5.5. <i>Les outils numériques de communication et de coordination</i> .....	30
II. Service d'accueil des urgences et patients âgés: les enjeux.....	31
II.1. L'admission aux urgences: une mise en danger de la population gériatrique ..	31
II.2 La pertinence de l'admission au SAU chez les personnes âgées .....	31
ETUDE.....	33
I. Objectifs de l'étude.....	33
II. Matériel et méthodes.....	34
II.1. Matériel .....	34
II.1.1. Population de l'étude.....	34
I.1.2. Echelles et classifications .....	34
I.1.2.1. <i>La Classification Clinique des Malades des Urgences Modifiée</i> .....	34

1.1.2.2 <i>L'Appropriateness Evaluation Protocol version française</i> .....	36
II.2. Méthodes .....	38
II.2.1 Sélection des patients avec une admission non pertinente.....	38
II.2.1.1 <i>Application du score CCMUm</i> .....	38
II.2.1.2. <i>Application de la grille AEPf</i> .....	39
II.2.2 Recueil des données.....	41
II.2.2.1. <i>Les patients</i> .....	41
II.2.2.2. <i>Les médecins généralistes</i> .....	42
II.2.3. Méthodes statistiques .....	42
III. Ethique et réglementation .....	43
RESULTATS.....	44
I. Description des patients de l'étude.....	44
I.1. Classification CCMUm et pertinence de l'admission au SAU selon la grille AEPf	45
I.2. Profil social des patients.....	47
I.2.1. Patients et PAERPA.....	48
I.3. Profil médical des patients avant l'admission au SAU.....	49
I.4. Admission des patients au service d'accueil des urgences.....	50
I.4.1. Besoins des patients ANP à l'admission au SAU selon la grille de pertinence AEPf .....	52
I.5. Hospitalisation à l'UHCD .....	54
I.6. Devenir des patients à 1 mois de l'admission au SAU .....	56
II. Description des médecins généralistes de la population étudiée .....	58
II.1. Satisfaction, connaissance et utilisation du dispositif PAERPA par les médecins généralistes.....	58
II.2. Caractéristiques des médecins généralistes .....	59
DISCUSSION.....	60
I. Résultats .....	60
I.1. Pertinence de l'admission au SAU .....	60
I.2. Profil médico-social des patients ANP admis aux urgences .....	60
I.2.1. Profil sociodémographique des patients ANP .....	60
I.2.2. Profil médical des patients ANP.....	62
I.3. Patients ANP, dispositif PAERPA et profil du médecin traitant .....	63
I.4. Profil du parcours hospitalier et devenir des patients ANP .....	65
I.5. Besoins des patients ANP à l'admission au SAU.....	66
II. Ethique de l'évaluation de la pertinence de l'admission au SAU dans la population gériatrique.....	68
III. Forces et limites .....	70
CONCLUSION .....	74
Bibliographie .....	75
Annexes.....	84
Résumé .....	114

## Table des illustrations

---

### Table des illustrations

Figure 1: PAERPA un parcours santé mieux coordonné (31).....	22
Figure 2: Parcours d'entrée en hébergement temporaire à partir d'un service hospitalier (48).....	27
Figure 3: La Coordination Clinique de Proximité (5) .....	30
Figure 4: Représentation graphique de l'outil AEPf des admissions (71).....	36
Figure 5: Application de la grille AEPf selon le score CCMUm .....	39
Figure 6: Diagramme de flux de l'étude .....	44
Figure 7: Diagramme de flux de la classification CCMU et AEPf des patients....	45
Figure 8: Diagramme de flux: évolution des effectifs et parcours des patients au cours de l'étude .....	56

## Liste des tableaux

---

### Liste des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques sociales et mode de vie des patients avant l'admission au SAU (n=134).....	47
Tableau 2: Inscription des patients dans le dispositif PAERPA .....	48
Tableau 3: Profil médical des patients avant l'admission au SAU (n=134) .....	49
Tableau 4: Caractéristiques de l'admission des patients au SAU (n=134).....	51
Tableau 5: Besoins des patients du groupe ANP au moment de l' admission au SAU (n=28).....	52
Tableau 6: Hospitalisation à l'UHCD et devenir immédiat des patients (n=134) .	54
Tableau 7: Devenir des patients à 1 mois de leur admission au SAU (n=44) .....	57
Tableau 8: Connaissance et satisfaction des médecins généralistes des patients étudiés concernant le dispositif PAERPA (n=83).....	58
Tableau 9: Age et durée d'exercice des médecins généralistes des patients inclus .....	59

## Liste des abréviations

---

*Classement par ordre alphabétique*

- ADL:** Activities of Daily Living (Anglais: Etats-Unis).
- AEG:** Altération de l'Etat Général.
- AEPf:** Appropriateness Evaluation Protocol version Française(Anglais:Etats-Unis).
- ANAP:** Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médicaux sociaux.
- ANP:** Admission Non Pertinente.
- AP:** Admission Pertinente.
- APA:** Allocation Personnalisée d'Autonomie.
- ARS:** Agence Régionale de Santé.
- AS:** Aide-Soignant(e).
- BPCO:** Broncho-Pneumopathie-Obstructive.
- CCMU:** Classification Clinique des Malades des Urgences Modifiée.
- CCP:** Coordination Clinique de Proximité.
- CHU :** Centre Hospitalo-Universitaire.
- CLIC:** Centre Local d'Information et de Coordination.
- CTA:** Coordination Territoriale d'Appui.
- DMP:** Dossier Médical Personnel.
- DREES:** Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.
- EGS :** Evaluation Gériatrique Standardisée.
- EHPAD:** Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.
- EMG:** Equipe Mobile de Gériatrie.
- ESAD:** Equipes de Soutien aux Aidants à Domicile.
- ETP:** Education Thérapeutique du Patient.
- FEDORU:** Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences.
- HAD:** Hospitalisation A Domicile.
- HAS:** Haute Autorité de Santé.
- IDE:** Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat.
- IMV:** Intoxication Médicamenteuse Volontaire.
- IRDES :** Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé.



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

**MMSE:** Mini Mental State Examination (Anglais: Etats-Unis).

**PAACO:** Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication Santé.

**PAERPA:** Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie.

**PPS:** Plan Personnalisé de Santé.

**RPU:** Résumé de Passage aux Urgences.

**RPA:** Résidence pour Personnes Agées.

**SAU:** Service d'Accueil des Urgences.

**SFMU:** Société Francophone de Médecine d'Urgence.

**SMUR:** Service Mobile d'Urgences et de Réanimation.

**SSR:** Soins de Suite et de Réadaptation.

**TRST:** Triage Risk Screening Tool (Anglais: Etats-Unis).

**UHCD:** Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.

## Glossaire

---

*Classement par ordre alphabétique*

**ADL (Activities of Daily Living) selon Katz:** grille d'évaluation de l'autonomie pour les activités basales de la vie quotidienne selon Katz.

**Check-List:** liste de vérifications.

**TRST ( Triage Risk Screening Tool ):** test permettant d'évaluer la nécessité d'une intervention de l'équipe mobile intra-hospitalière de gériatrie chez les patients âgés de plus de 75 ans.

## INTRODUCTION

---

Le vieillissement de la population française est indéniable; en 2017, l'espérance de vie était de 85,3 ans pour les femmes et 79,5 ans pour les hommes (1). Les personnes âgées de 75 ans et plus représentaient en 2014 9% de la population contre 9,2% en 2017 (1,2). Elles seront 10,5% en 2025, 14% en 2040, avec en 2050, une population de 15,6% de personnes âgées de 75 ans et plus selon l'Insee (3). Face à cet enjeu démographique, et dans un contexte de mutation du système de santé, le dispositif PAERPA ( Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) a vu le jour en 2013 avec pour objectif de fluidifier et d'optimiser le parcours de soin du patient âgé et l'ambition de prévenir notamment les passages aux urgences peu pertinents faute d'alternatives. Le Ministère des affaires sociales et de la santé a élaboré en 2013 une stratégie nationale de santé, détaillant dans sa feuille de route les axes prioritaires, avec notamment comme idées phares, de « mieux répondre aux besoins de nos concitoyens (vieillesse, perte d'autonomie, maladies chroniques) », de « garantir l'égalité d'accès en privilégiant une logistique territoriale » avec une « meilleure prise en charge dans le parcours de soins » (4).

Cette population mobilise entre le quart et la moitié des dépenses de santé (5); les patients âgés de 75 ans et plus représentent 12% des admissions dans les services d'accueil des urgences (SAU), la moitié est hospitalisée au décours, et la durée de leurs soins est plus longue que le reste de la population (6–11).

Les SAU sont régulièrement en première ligne pour la prise en charge des problématiques médico-sociales aiguës de cette population et représentent une porte d'entrée fréquente pour l'hospitalisation. Ce phénomène perturbe l'activité de ces services d'urgences qui sont souvent un lieu d'accueil inadapté (12,13). En effet, ces patients âgés sollicitent les équipes médicales de manière particulière, les obligeant à intégrer les concepts de fragilité physique, psychique, socio-économique, de perte d'autonomie, de polymédication et de polypathologie, avec un risque de décompensation en cascade (9–11,13–16).

Dans ce contexte, la pertinence de ces admissions aux urgences est donc un élément essentiel à prendre en compte nous poussant à nous intéresser aux alternatives à l'hôpital, ainsi qu'aux actions préliminaires réalisées en amont par la filière gériatrique et aux besoins de cette population fragile.

De nombreuses études ont évalué la pertinence des admissions aux urgences ou d'un séjour hospitalier pour les patients âgés en décrivant leurs caractéristiques médico-sociales (12,17–26). Elles préconisaient toutes la création d'un réseau gériatrique, l'optimisation du lien ville-hôpital, et la sensibilisation du personnel hospitalier aux problématiques gériatriques; actions faisant partie des objectifs de PAERPA.

Depuis 2013, le dispositif PAERPA est solidement implanté dans la métropole Bordelaise avec notamment comme ambition de diminuer les hospitalisations et les recours évitables aux urgences des patients âgés.

En 2017, nous nous sommes interrogés face au nombre important de patients âgés dont l'admission au SAU de l'hôpital St André nous semblait non pertinente.

Devant l'existence du dispositif PAERPA, n'aurait-elle pas pu être évitée? Si oui, ces patients sont-ils identifiables et auraient-ils pu bénéficier d'une prise en charge en ville? Leur médecin généraliste avait-il la possibilité de proposer une alternative aux urgences? Dans ces situations, le dispositif PAERPA a-t-il été utilisé par le médecin traitant et répondait-il aux besoins de son patient ?

Face à ces interrogations, nous nous sommes questionnés sur l'existence d'un profil médico-social identifiable chez ces patients âgés, éligibles au PAERPA à Bordeaux, dont l'admission au SAU de l'hôpital St André était non pertinente.

Notre hypothèse était qu'il existe bien un profil médico-social identifiable pour ces patients et qu'ils sont peu connus du PAERPA à Bordeaux à cause d'une méconnaissance et/ou d'une non-adhésion au dispositif par leur médecin traitant.

Nous avons pour cela mené un étude avec pour objectif principal de décrire le profil, le parcours et les besoins de ces patients âgés, admis aux urgences de l'hôpital Saint André de manière non pertinente. Nos objectifs secondaires étaient de comparer les caractéristiques de ces patients avec celles des patients admis de manière pertinente et d'évaluer l'adhésion de leur médecin traitant au dispositif PAERPA.

# **Le dispositif PAERPA et les enjeux de l'admission aux urgences des patients âgés de 75 ans et plus**

---

## **I. Le dispositif PAERPA: une amélioration du parcours de santé pour les 75 ans et plus**

Le projet PAERPA est une expérimentation nationale ayant pour objectif d'améliorer la prise en charge « des personnes âgées de 75 ans et plus, autonomes, mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer » (1,2,5,27–30). Dans une démarche préventive, de nombreuses actions ont été développées afin d'améliorer la coordination des différents intervenants en ville. L'analyse des besoins des personnes âgées a permis l'élaboration d'un « parcours de santé idéal » orienté vers des équipes médico-sociales pluridisciplinaires de proximité. Le PAERPA centralise les dispositifs, les recommandations, les professionnels de santé et les parcours de soins déjà proposés par l'HAS avec un objectif d'optimisation et de coordination.

### **I.1. Rappel historique**

Le programme PAERPA s'est développé grâce à la loi de financement de la sécurité sociale en 2013, renforcé par le Pacte territoire Santé 2. Initialement, 9 programmes pilotes ont été instaurés en France Métropolitaine, complétés par 7 autres territoires en 2016, afin de proposer le programme dans chaque grande région (2,31).

En 2017, 16 territoires en France étaient concernés, couvrant ainsi les besoins de 550 000 personnes âgées de plus de 75 ans (Annexe 1) (31). En Nouvelle-Aquitaine, porté par l'Agence régionale de Santé (ARS), le dispositif est déployé sur 3 territoires: la ville de Bordeaux, le département de la Corrèze et le département des Deux-Sèvres, couvrant ainsi 97 800 personnes âgées de 75 ans et plus.

## **I.2. Bordeaux, territoire pilote pour le parcours de santé des aînés**

Les enjeux concernant la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus sont importants à Bordeaux (27):

- près de 20 000 personnes âgées de 75 ans et plus sont domiciliées à Bordeaux,
- près de la moitié d'entre elles vivent seules au domicile,
- 18% de cette population est atteinte de troubles cognitifs,
- près de la moitié des hospitalisations passent par les urgences.

## **I.3. Les objectifs et les dispositifs du PAERPA**

Les missions principales du dispositif sont (5,27,29,32):

- d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants,
- de prévenir la perte d'autonomie,
- de pérenniser un maintien à domicile de qualité,
- de prévenir les hospitalisations et les admissions aux urgences excessives en optimisant la prévention des facteurs de risque (iatrogénie, dénutrition, dépression, chutes),
- de préparer le retour à domicile après une hospitalisation,
- de repérer la fragilité,
- d'adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé de personnes âgées en risque de perte d'autonomie en optimisant la coordination,
- d'accompagner les professionnels de santé en ville dans la prise en charge de cette population.

Les différents dispositifs sont développés en Annexe 2 (33).

Ces missions s'articulent autour de 5 actions clés (31):

- Renforcer le maintien à domicile,
- Améliorer la coordination des intervenants et des interventions,
- Sécuriser la sortie de l'hôpital,
- Eviter les hospitalisations inutiles,
- Mieux utiliser les médicaments.

## Un parcours mieux coordonné

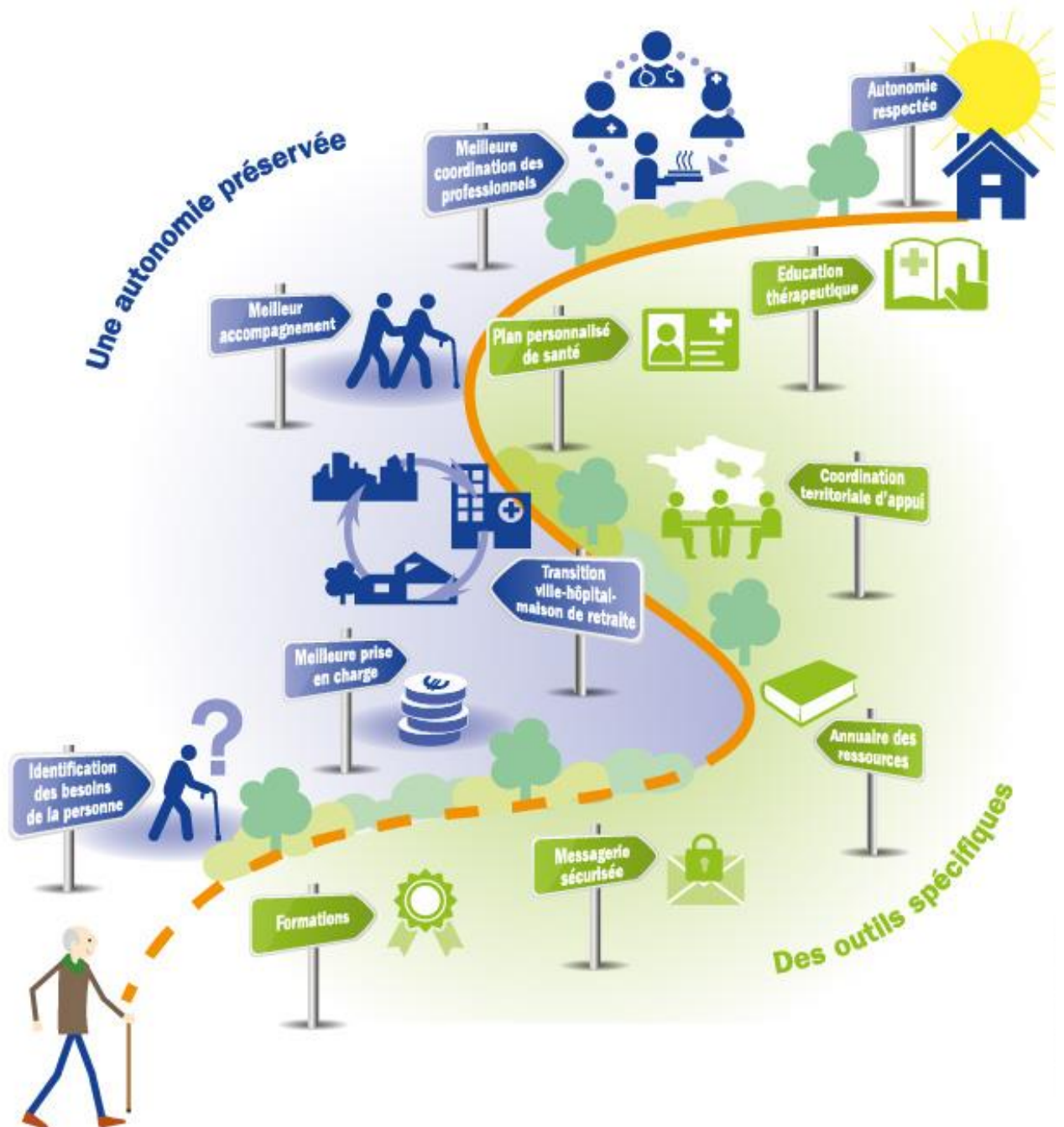


Figure 1: PAERPA un parcours santé mieux coordonné (31)

### I.3.1. La prévention de la perte d'autonomie: repérage précoce par les professionnels de santé de proximité

#### I.3.1.1. *Repérage de la fragilité par le médecin traitant*

Le repérage de la « fragilité » chez la personne âgée par les professionnels de santé est un pilier de la prévention de la perte d'autonomie. Une grille d'aide au repérage est mise à disposition du médecin généraliste (Annexe 3.1) (27,34,35). Lorsque la « fragilité » est identifiée et validée par le médecin traitant, le patient peut bénéficier d'un suivi complémentaire par la plateforme autonomie sénior, après consentement, qui pourra faire des propositions d'actions de prévention (Annexe 3.2).

#### I.3.1.2. *L'équipe de soutien aux aidants à domicile*

L'équipe de soutien aux aidants à domicile (ESAD) est pluridisciplinaire: assistante sociale, ergothérapeute, psychologue, technicien de coordination. Elle propose une aide psycho-sociale aux aidants avec un accompagnement du couple « aidant aidé » (27,36). L'objectif de ce dispositif est d'évaluer le risque d'épuisement de l'aidant. La demande d'évaluation et de prise en charge peut être faite via la plateforme autonomie sénior.

#### I.3.1.3. *L'Education thérapeutique personnalisée*

L'éducation thérapeutique personnalisée (ETP) est organisée par une équipe pluridisciplinaire d'au moins 3 professionnels de santé.

Elle cible une certaine population gériatrique avec pour objectif de prévenir les chutes par diminution de la iatrogénie (revue des médicaments avec le médecin généraliste) et de repérer la dépression (Annexe 4.1). Ce dispositif permet d'aider les patients à mieux comprendre leurs traitements afin de les autonomiser dans la prise médicamenteuse (28).



#### *I.3.1.4. Bilan diagnostique des troubles de l'équilibre par les kinésithérapeutes*

Les kinésithérapeutes sont sensibilisés au dépistage des troubles de l'équilibre pour la prévention des chutes (37). Un bilan diagnostique peut être demandé par le médecin généraliste afin de proposer des actions préventives notamment pour les chutes.

#### *I.3.2. La prévention des hospitalisations et des admissions non pertinentes au service d'accueil des urgences*

Les facteurs de risque de perte d'autonomie ciblés par PAERPA constituent les causes majeures des hospitalisations des patients âgés. Leur prise en charge de manière préventive a pour objectif d'éviter les hospitalisations évitables (38) :

- la iatrogénie médicamenteuse,
- la dénutrition,
- la dépression,
- les chutes.

De nombreux dispositifs ont été optimisés pour limiter les passages inadéquats aux SAU (27,29).

##### *I.3.2.1. La permanence téléphonique « Gériatrie » du CHU de Bordeaux*

Cette permanence téléphonique est assurée par des médecins gériatres du pôle gériatologique clinique du CHU de Bordeaux de 9 heures à 19 heures du lundi au vendredi. L'objectif est de répondre aux sollicitations des médecins généralistes concernant des situations gériatriques complexes, pour des avis (thérapeutiques, aide diagnostique et/ou à l'orientation), des demandes d'hospitalisation ou de consultations (27,39).

### *1.3.2.2. L'Equipe mobile de gériatrie dans la cité*

L'Equipe mobile de gériatrie (EMG) dans la cité est une équipe pluridisciplinaire composée d'un(e) gériatre, d'un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE), d'un(e) assistant(e) sociale, d'un(e) ergothérapeute et d'une secrétaire. Les interventions se réalisent au domicile du patient et permettent d'améliorer la coordination, la continuité, la qualité et l'efficacité des soins médico-sociaux des personnes âgées. Cette action s'adresse à des situations particulières et/ou complexes à la demande d'acteurs de soins primaires de proximité (médecin généraliste, IDE, travailleurs sociaux) (27,40,41).

### *1.3.2.3. Les téléconsultations en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes: la télémédecine*

Les structures médico-sociales gériatriques et notamment les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) représentent une des priorités du lancement de la télémédecine. Dans le cadre du projet PAERPA, elle permet de favoriser l'accès aux soins ambulatoires en proposant une évaluation gériatrique facilitée et précoce (2,27,42,43).

### *1.3.2.4. Astreinte des infirmiers libéraux de 20 heures à 8 heures*

Il s'agit de la mise à disposition d'un(e) IDE sous la forme de garde ou d'astreinte, sur demande du centre 15, proposant une prise en charge paramédicale 7 jours/7 et 24heures/24. L'objectif de ce dispositif est de diminuer le recours aux SAU pour certains motifs (chutes, accompagnement de soins palliatifs, angoisses, etc...) et d'optimiser la réalisation de soins non programmés la nuit et le week-end. Cette mutualisation des IDE de nuit ouvre son activité aux EHPAD dans l'objectif notamment d'éviter les passages aux urgences inutiles (Annexe 5) (5,27,29,44).

### I.3.3. La préparation du retour à domicile en cas d'hospitalisation

#### I.3.3.1. *L'équipe « urgence de nuit »*

L'objectif de ce service est de diminuer la durée d'un passage au SAU et/ou d'éviter une hospitalisation pour des problématiques de logistique au domicile. L'équipe « urgence nuit » est composée d'un(e) IDE et d'un(e) aide-soignant(e) intervenant de 17 heures à 3 heures du matin sur demande du SAU permettant de sécuriser et d'organiser le retour à domicile de la personne âgée, en proposant un accompagnement au domicile. Le lendemain matin, une évaluation est réalisée au domicile en collaboration avec le médecin généraliste et les intervenants médico-sociaux (27,34,45).

#### I.3.3.2. *Le dispositif d'hébergement temporaire en EHPAD: les « EHPAD relais » et « l'EHPAD dans et hors les murs »*

Les « EHPAD relais » proposent des places d'hébergement en EHPAD pour accueillir, sur une courte durée et sous certains motifs, les personnes âgées ciblées par le programme PAERPA (27,29,46). Plusieurs situations peuvent déclencher cette demande (40,47):

- une sortie d'hospitalisation avec un retour à domicile difficile mais avec un recours à un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) non adapté,
- une sortie d'hospitalisation nécessitant des soins infirmiers et une surveillance paramédicale face à une situation médicale stable,
- une hospitalisation de l'aidant.

Une chambre d'accueil d'urgence en EHPAD est mise à disposition pour une durée de 7 jours au maximum, renouvelable une fois. Cette durée de séjour est fixée par les territoires concernés: la ville de Bordeaux propose parmi les séjours les plus courts afin de promouvoir les rotations des patients. La Coordination territoriale d'appui (CTA) prépare ensuite la sortie du patient et organise un suivi post hébergement temporaire (48) (Annexe 6).

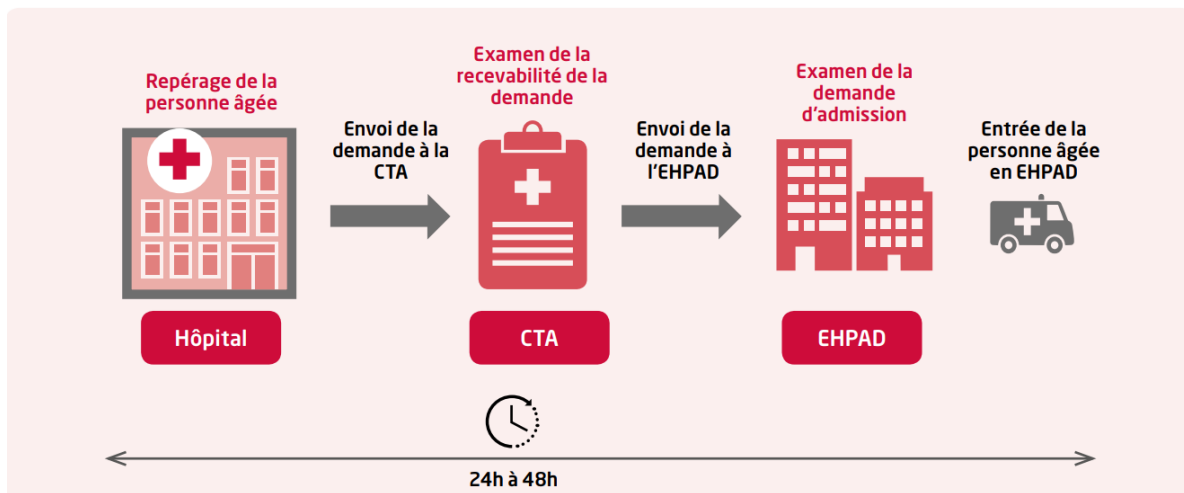


Figure 2: Parcours d'entrée en hébergement temporaire à partir d'un service hospitalier (48)

L' « EHPAD dans et hors les murs » a pour objectif principal « d'éviter les hospitalisations non pertinentes en s'appuyant sur une structure de coordination ou structure intermédiaire compétente à la fois dans l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées, la prise en charge des soins courants et, mobilisable rapidement sur un territoire tout au long de la semaine (de jour comme de nuit) »(46). Ce dispositif propose un accueil d'urgence après avis médical (médecin traitant, SOS Médecin, SAMU) des personnes âgées ne nécessitant pas une hospitalisation, mais demandant un accompagnement infirmier, et cela 24heures/24, 7 jours/7 (Annexe 6).

#### I.3.4. Organisation d'une « commission de coordination hospitalière »

Il s'agit de sensibiliser les équipes hospitalières sur la prise en charge des personnes âgées en perte ou à risque de perte d'autonomie induite par l'hospitalisation. Les actions proposeront un repérage et une évaluation de la personne âgée au plus tard avant la 24<sup>ème</sup> heure d'hospitalisation et une évaluation gériatrique préopératoire (40).

Pendant le séjour hospitalier, est organisé:

- un accueil aux urgences par un(e) IDE référent(e) ou l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) affiliée aux urgences,
- un accès facilité aux structures internes de court séjour gériatrique, de SSR ou d'hospitalisation à domicile (HAD),
- une préparation de la sortie en amont et une mise en lien avec les partenaires du parcours de santé gériatrique.

#### *1.3.4.1. Les EMG intra-hospitalières et le repérage de la fragilité*

Le dispositif PAERPA a choisi de développer les EMG intra-hospitalières déjà existantes, qui, en 2015, étaient déjà plus de 300 en France (29,49). Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires, comprenant au minimum un médecin gériatre, un(e) IDE, et un(e) assistant(e) social(e) +/- un(e) secrétaire. Ces équipes contribuent au « décloisonnement » des structures assurant la prise en charge des personnes âgées et représentent un lien transversal entre les équipes hospitalières et les réseaux de santé médico-sociaux. Leurs missions sont multiples (29,51–53):

- avis médical sur des cas complexes,
- évaluation gérontologique médico-psycho-sociale,
- orientation des patients dans la filière de soins gériatriques avec organisation du retour à domicile,
- réalisation de conciliations médicamenteuses.

#### *1.3.5. L'amélioration de la coordination entre professionnels*

##### *1.3.5.1. La transition Ville-Hôpital-EHPAD*

Dans son optique de fluidifier la transition entre les différents lieux d'accueil du patient âgé, le projet PAERPA propose une amélioration du dossier médical avec une transmission systématique d'outils de liaison et de coordination (Annexe 7) (2,31):

- comptes rendus d'hospitalisation,
- dossier de liaison d'urgence, établi par le médecin coordinateur d'EHPAD, pour tous les résidents (selon un modèle défini par l'HAS),
- volet de synthèse médicale (renseigné par le médecin traitant),
- dossier pharmaceutique (renseigné par le pharmacien d'officine),
- le plan personnalisé de santé (PPS).

### *1.3.5.2. Le point d'entrée unique: la « Plateforme Autonomie Senior »*

Il s'agit d'une plateforme d'appui aux professionnels de santé et aux usagers accompagnant la coordination de la prise en charge des personnes âgées en orientant vers le dispositif le plus adapté selon les demandes (Annexe 8) (54).

Cette plateforme comprend un numéro d'appel unique et un site internet. Pour les professionnels de santé, elle propose (27,54):

- une permanence téléphonique permettant de faciliter les démarches avec une aide dans la prise en charge des patients (mobilisation de dispositifs, accompagnement sanitaire, social ou médico-social),
- une coordination des actions mises en œuvre autour de la personne âgée et de son entourage,
- une information et des outils d'orientation (annuaires des ressources),
- l'accompagnement des professionnels de la Coordination clinique de proximité (CCP) dans l'élaboration du Plan personnalisé de soins (PPS),
- une interface avec les EHPAD proposant des places provisoires.

Pour les personnes âgées et les aidants, elle propose :

- une information et une orientation dans le parcours santé avec évaluation globale des besoins et une mise en œuvre de plans d'aides,
- un accès à des dispositifs de prévention,
- une lutte contre l'isolement avec repérage des personnes isolées.

### *1.3.5.3. La Coordination territoriale d'appui*

La coordination territoriale d'appui (CTA) est une plateforme d'appui territoriale gérant le fonctionnement opérationnel du dispositif PAERPA en coordonnant les structures sanitaires et médico-sociales déjà existantes (dont le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)) et la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) (2,5).

#### 1.3.5.4. Le Plan Personnalisé de Santé et la Coordination Clinique de Proximité

Le Plan personnalisé de santé (PPS), recommandé par l'HAS, est un plan d'action pour les personnes âgées polypathologiques, en situation de fragilité organisé par une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé (2,27,32,35,55,56) (Annexe 9 et Annexe 9.1). Instauré après repérage d'une situation complexe, le patient doit cependant remplir des critères d'éligibilité. Cette équipe constitue une « coordination clinique de proximité » (CCP) et représente le pilier du dispositif de proximité (5). Elle évalue le patient, résume sa situation sociale et médicale, et définit un plan d'action avec un volet « aide » et un volet « soins ».

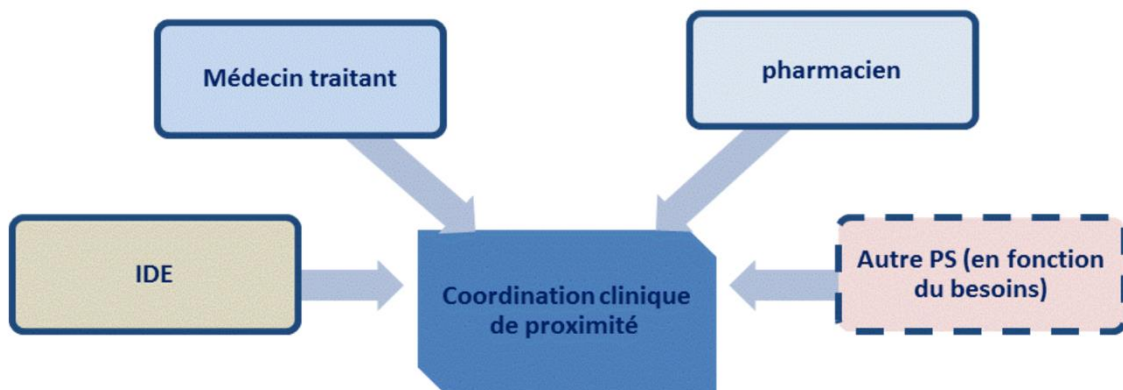


Figure 3: La Coordination Clinique de Proximité (5)

Un questionnaire d'aide à la décision d'initier le PPS est mis à disposition par l'HAS pour la CCP, ainsi que des exemples d'actions face à certaines problématiques.

#### 1.3.5.5. Les outils numériques de communication et de coordination

L'objectif de ces dispositifs est de faciliter la coordination en sécurisant les échanges d'informations entre les professionnels de santé (Annexe 10) (2,29,31,57). Le logiciel PAACO-Globule est un logiciel de partage d'information entre les professionnels de santé s'organisant autour du patient. Il représente la plateforme d'enregistrement du PPS permettant d'identifier la fragilité du patient. Tout contact, qu'il soit avec un professionnel médical, paramédical ou de la plateforme autonomie sénior est enregistré dans le logiciel PAACO-Globule afin de proposer une continuité d'informations autour du patient (58).

## **II. Service d'accueil des urgences et patients âgés: les enjeux**

### **II.1. L'admission aux urgences: une mise en danger de la population gériatrique**

Lors de l'admission d'un patient âgé au SAU, l'urgentiste est face à la fragilité et à la vulnérabilité du patient ce qui rend sa prise en charge complexe (59). L'admission et l'hospitalisation sont à risque de complications pour les patients âgés: perte d'autonomie, déconditionnement lié à l'immobilisation, accélération du phénomène de dépendance, confusion, infections nosocomiales (16,60–65). L'admission au SAU de cette population est également associée à une prise en charge plus longue que le reste de la population (7,16,61).

Il existe une forte probabilité chez ces patients de développer de nouvelles dépendances dans les activités de la vie quotidienne suite à l'hospitalisation, mettant en jeu leur pronostic fonctionnel. La fréquence du déclin fonctionnel suite à un évènement médical aigu entraînant une hospitalisation est estimé entre 30 à 60% des cas (66–68). Il est à l'origine d'une augmentation du temps de séjour, d'une augmentation de la mortalité et du taux d'institutionnalisation (8,10,69).

Adresser et admettre un patient âgé aux urgences est donc une décision importante, pouvant être lourde de conséquences, et la pertinence de l'admission au SAU chez la personne âgée est un élément à ne pas négliger.

### **II.2 La pertinence de l'admission au SAU chez les personnes âgées**

Ce concept de pertinence prend tout son sens dans l'admission des personnes âgées au SAU aux vues des conséquences que peuvent entraîner cet évènement aigu.

Lors de sa 10<sup>ème</sup> conférence de consensus, la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) a mis en évidence deux composantes déterminant l'admission d'une personne âgée aux urgences: l'état clinique du patient et/ou ou l'absence d' alternative en lien avec une précarité familiale ou des filières de soins (14,70).



La SFMU et l'HAS différencient deux types d'admissions à l'origine du concept de pertinence d'une admission (14,70,71):

- une admission est justifiée si elle correspond aux besoins du patient. Elle fait suite à un besoin de soin non-programmé, souvent secondaire à un état de crise pour lequel les urgences représentent une solution en l'absence d'alternative.
- une admission est appropriée lorsqu'elle correspond à la réponse la plus efficiente.

La SFMU recommandait, en 2010, dans certaines circonstances le recours aux réseaux gérontologiques, dans ces situations d'admissions peu pertinentes.

# ETUDE

---

## I. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était de décrire le profil médico-social des patients de 75 ans et plus, éligibles au PAERPA à Bordeaux, et dont l'admission au SAU de l'hôpital Saint André était jugée non pertinente.

Les objectifs secondaires étaient:

- de comparer le profil médico-social des patients étudiés avec celui des patients dont l'admission au SAU était jugée pertinente,
- de décrire le profil des médecins généralistes des patients étudiés, leur adhésion au dispositif PAERPA et de les comparer aux médecins généralistes des patients dont l'admission au SAU était pertinente,
- de décrire les causes de l'admission non pertinente de ces patients au SAU,
- d'identifier les besoins des patients étudiés au moment de leur admission au SAU.

## II. Matériel et méthodes

Nous avons mené une étude descriptive, transversale, monocentrique et rétrospective.

### II.1. Matériel

#### II.1.1. Population de l'étude

Les critères d'inclusion des patients étaient:

- les critères d'éligibilité au dispositif PAERPA: patients âgés de 75 ans et plus, domiciliés à Bordeaux,
- une admission au SAU de l'hôpital Saint André,
- une évaluation gériatrique standardisée (EGS) par l'EMG du SAU,
- une hospitalisation dans l'unité d'hospitalisation courte durée des urgences (UHCD).

Etaient exclus les patients:

- non éligibles au PAERPA à Bordeaux,
- non évalués par l'EMG du SAU de l'hôpital St André,
- non hospitalisés à l'UHCD.

#### I.1.2. Echelles et classifications

##### I.1.2.1. *La Classification Clinique des Malades des Urgences Modifiée*

La Classification Clinique des Malades des Urgences Modifiée (CCMUm) a été proposée en 1994 par l'association pour la recherche aux urgences appuyée par l'étude menée par Fourestié et al,(72) qui a proposé la première version.

La classification CCMUm est une version modifiée, évaluant l'état de gravité du patient à l'admission aux urgences après examen clinique du médecin urgentiste (Annexe 11 et 11.1) (73).

Cette classification modifiée comporte 8 catégories avec 7 degrés de gravité:

- CCMU P: patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable,
- CCMU 1: état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences,
- CCMU 2: état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences,
- CCMU 3: état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital,
- CCMU 4: situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate,
- CCMU 5: situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation,
- CCMU D: patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

I.1.2.2 L'Appropriateness Evaluation Protocol version française

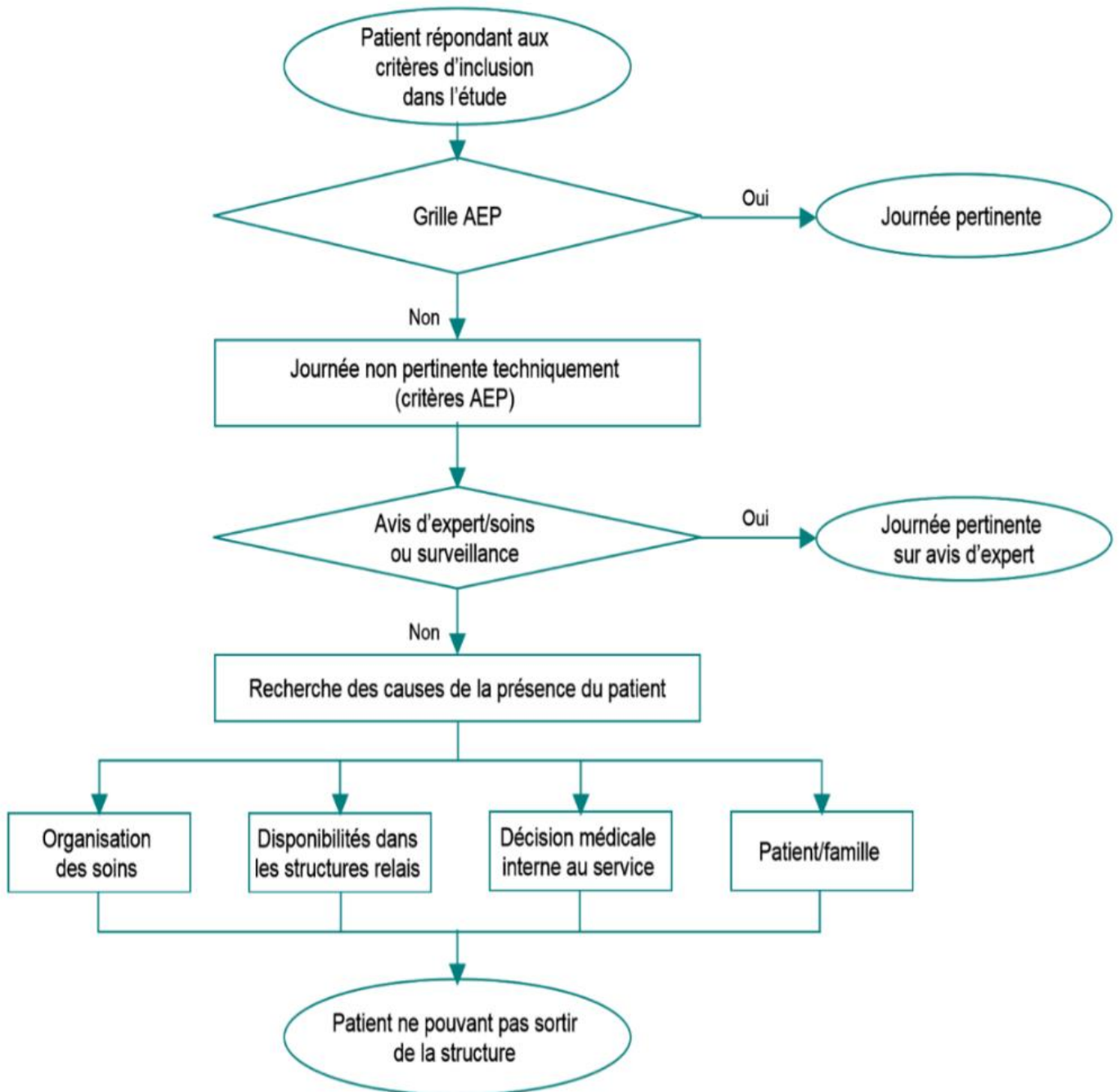


Figure 4: Représentation graphique de l'outil AEPf des admissions (71)

L'Appropriateness Evaluation Protocol version française (AEPf), est un protocole d'évaluation de la pertinence de l'admission hospitalière d'un patient. Cet outil, validé par l'HAS, permet d'évaluer la pertinence d'une admission au SAU (74). Cette méthode initialement développée aux Etats Unis, est largement utilisée en Europe pour évaluer le caractère pertinent des admissions et des journées d'hospitalisation (75–77). Il s'agit d'un outil s'appuyant sur des grilles standardisées de critères objectifs, indépendants du diagnostic. De nombreuses études sur la pertinence de l'admission aux urgences et de l'hospitalisation des populations, et notamment gériatriques, ont démontré la fiabilité, la validité et la reproductibilité de cet outil (12,60,76,78–86).

La grille AEPf des admissions au SAU ( Annexe 12 et 12.1) comprend 16 critères divisés en deux parties (71):

- 10 critères liés à la sévérité clinique (question A),
- 6 critères liés à la délivrance des soins (question B).
- 

L'admission est jugée pertinente ( AEPf +) si l'un des critères de la grille est présent. Si aucun des critères n'est présent, l'admission est jugée non pertinente (AEPF-).

Dans ce cas, le dossier médical doit alors être discuté en groupe dit « comité d' experts » qui peut tout de même juger que l'admission est pertinente en fonction de la situation du patient; c'est l' « avis d'expert » (Annexe 12.2).

Si malgré l'avis d'un comité d'expert, l'admission est non pertinente, des information complémentaires sont à compléter (Annexe 12.3):

- les principaux besoins du patient,
- le lieu d'hébergement le plus adapté au patient,
- la ou les raisons principales ayant motivé l'admission.

## II.2. Méthodes

### II.2.1 Sélection des patients avec une admission non pertinente

Les patients ont été inclus à partir des critères d'inclusion de manière consécutive entre le 1<sup>er</sup> Mai 2017 et le 30 Avril 2018.

#### II.2.1.1 Application du score CCMUM

Dans un premier temps, nous avons appliqué la classification CCMUM à tous les patients remplissant les critères d'inclusion. Le document mis en ligne sur le site de l'O.R.U-MIP (73) a été utilisé pour la réalisation de la classification CCMUM (Annexe 11 et 11.1).

Le score CCMUM de chaque patient était calculé rétrospectivement à partir de l'observation médicale du logiciel Dx-Care® réalisée par le médecin urgentiste à l'admission du patient. Deux opérateurs, un Gériatre et le Thésard médecin généraliste ont réalisé en aveugle ce score pour chaque patient. Les résultats ont ensuite été comparés: les dossiers discordants étaient revus par un urgentiste du SAU de l'hôpital Saint André en aveugle. Lorsque deux des trois résultats concordaient, la majorité l'emportait. Lorsque les trois résultats étaient différents, l'avis de l'urgentiste était priorisé. A noter que la classification CCMUM initiale réalisée par l'urgentiste à l'admission du patient n'a pas été prise en compte.

Nous avons émis l'hypothèse que les patients dont l'admission au SAU était non pertinente avaient potentiellement un score CCMUM inférieur ou égal à 2 à l'admission aux urgences (12,19,70,87). Deux catégories de patients ont ainsi été individualisées initialement à partir de la classification CCMUM:

- Les patients dont le score CCMUM était supérieur à 2 ou égal à P avaient une admission au SAU jugée pertinente. La grille AEPf n'était pas appliquée
- Les patients dont le score CCMUM était inférieur ou égal à 2 avaient une admission potentiellement non pertinente. La grille AEPf était alors appliquée.

II.2.1.2. Application de la grille AEPf

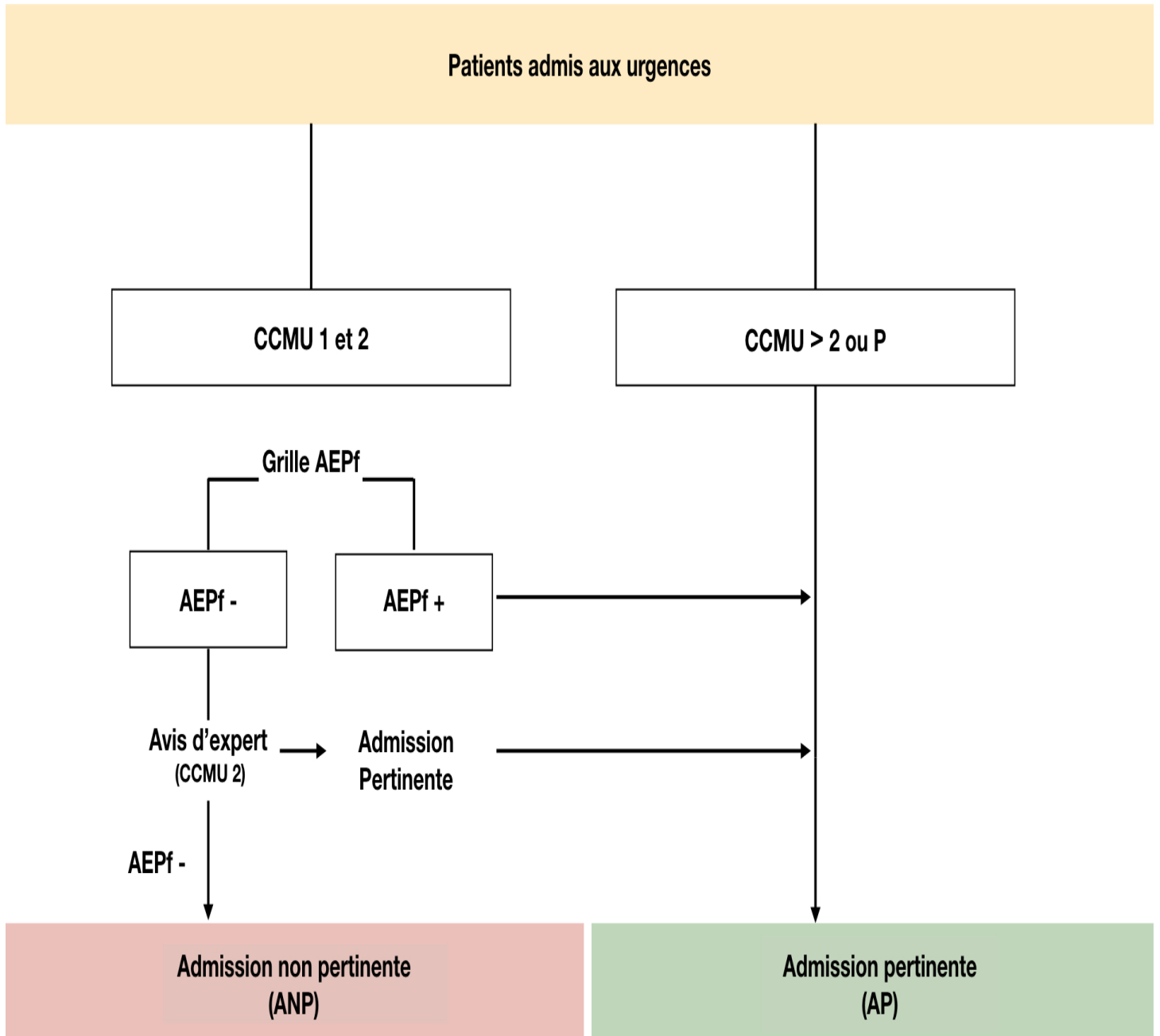


Figure 5: Application de la grille AEPf selon le score CCMUm



La grille de pertinence des admissions AEPf mise à disposition par l'HAS a été uniquement appliquée aux dossiers des patients dont le CCMUm était égal à 1 et 2.

Lorsque une admission correspondait à au moins un critère de la grille AEPf, elle était jugée pertinente (AEPf+), le dossier n'était pas rediscuté.

Lorsque une admission ne correspondait à aucun critère de la grille AEPf, elle était jugée non pertinente (AEPf-). Pour les patients CCMU2, le dossier était systématiquement rediscuté en groupe pluridisciplinaire dit « comité d'expert ». L'admission pouvait alors, même en l'absence de critères objectifs de l'AEPf, être finalement catégorisée comme pertinente par le « comité d'expert ». Après discussion pluridisciplinaire:

- si l'admission était confirmée non pertinente, les patients étaient alors analysés dans la catégorie des admissions non pertinentes (AEPF-) dites ANP.
- si l'admission était finalement jugée pertinente, ce dossier était analysé dans la catégorie des admissions pertinentes dites AP.

Pour les patients CCMU1, lorsque le dossier ne remplissait aucun critère de la grille AEPf (AEPf-), le dossier n'était pas rediscuté par le comité d'expert concernant la pertinence de l'admission: il était directement catégorisé dans le groupe des admissions non pertinentes (ANP).

Pour tous les dossiers dont l'admission était jugée non pertinente, « le comité d'expert » répondait à un questionnaire concernant les besoins du patients au moment de l'admission au SAU.

Le « comité d'expert » était composé volontairement des trois médecins ayant participé à la classification CCMUm: un gériatre, un urgentiste et le thésard médecin généraliste. L'étude des dossiers était réalisée en groupe en une séance, avec revue commune de l'observation médicale de l'admission au SAU.

L'application de cette échelle de pertinence AEPf a permis d'individualiser deux groupes :

- Les patients ayant une admission au SAU jugée pertinente (AEPf+), nommés « patients AP » ( admission pertinente),
- Les patients ayant une admission au SAU jugée non pertinente (AEPF-), nommés « patients ANP » (admission non pertinente).

## II.2.2 Recueil des données

### II.2.2.1. *Les patients*

Le recueil des données pour chaque patient était réalisé de manière rétrospective à partir du logiciel Dx-Care<sup>®</sup> du CHU de Bordeaux. Chaque dossier était numéroté afin de respecter l'anonymat. Les données récoltées étaient:

- l'âge et le sexe,
- l'identité du médecin généraliste,
- la personne ayant adressé le patient aux urgences,
- le motif d'admission et le diagnostic final,
- la classification CCMUm,
- le statut AEPf,
- pendant l'hospitalisation à l'UHCD: les problématiques, et les motifs du maintien en hospitalisation,
- le mode de vie,
- l'identité de l'aidant,
- la présence de troubles cognitifs connus,
- le MMSE calculé lors de l'hospitalisation à l'UHCD,
- l'autonomie du patient avant l'hospitalisation par le score ADL Katz (Activities of Daily Living) (Annexe 13) (88),
- le score TRST calculé (Annexe 14)(89),
- le suivi gériatrique au CHU,
- l'orientation après hospitalisation,
- le devenir à un mois de l'hospitalisation,
- l'enregistrement du patient dans le logiciel PAACO-Globule du PAERPA.

Les motifs d'admission au SAU, les diagnostics retenus après l'admission (Annexe 15) et les problématiques médico-sociales rencontrées pendant l'hospitalisation ont été recueillis puis catégorisés. Les motifs d'admission « chutes », « confusion aigue », « altération de l'état général » et « agitation aigüe » n'étaient pas catégorisés afin de mettre en évidence les tendances et d'analyser plus précisément les diagnostics finaux associés.

### II.2.2.2. Les médecins généralistes

Nous avons contacté par téléphone les médecins généralistes des patients inclus dans l'étude. Leur identité a été renseignée via le dossier médical informatisé Dx Care<sup>®</sup> et un numéro leur a été attribué afin de les rendre anonymes. Chaque numéro médecin a été associé au numéro de son patient. Il n'y a pas eu de critères d'exclusion; tous les médecins ont été inclus dans l'étude. Ceux refusant la participation ont été inclus et ont tous donné la raison de leur refus. Le questionnaire comprenait des données sur:

- la connaissance du PAERPA,
- le degré de satisfaction concernant de l'information reçue,
- le degré de satisfaction et l'utilisation des différents dispositifs du PAERPA,
- le pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans dans leur patientèle,
- les trois problématiques principales rencontrées dans la prise en charge de cette population,
- l'utilité du PAERPA dans leur pratique,
- leur mode d'exercice, leur âge et leur sexe,
- la raison si refus de répondre au questionnaire.

Les médecins généralistes ont été contactés après l'admission de leur patient au SAU. Durant l'entretien téléphonique, leur patient n'était pas évoqué. Des commentaires libres étaient proposés concernant le PAERPA.

Le questionnaire téléphonique utilisé est disponible en Annexe 16.

### II.2.3. Méthodes statistiques

Une analyse descriptive a été réalisée dans un premier temps avec calcul de moyennes et écart-types pour les données quantitatives, calcul de pourcentages pour les données qualitatives.

Les analyses comparatives entre les groupes de patients avec admission au SAU pertinente et non pertinente ont été réalisées pour les variables quantitatives à l'aide de tests de Student. Pour les variables qualitatives, ces comparaisons ont été menées par des tests de Chi X<sup>2</sup> lorsque la condition des effectifs théoriques supérieur ou égal à 5 était respectée. Dans le cas contraire, des tests exacts de Fisher ont été utilisés.

Pour tous les tests statistiques, le risque d'erreur de première espèce alpha était de 5%. Les tests ont été réalisés avec BiostaTGV, logiciel en ligne de statistiques.

### **III. Ethique et réglementation**

Une déclaration à la CNIL a été assurée par le Correspondant Informatique et Libertés du CHU de Bordeaux.

Les données ont été anonymisées et saisies sur un tableur Excel<sup>®</sup>, protégé par un mot de passe dont seule la doctorante était détentrice.

# RESULTATS

---

## I. Description des patients de l'étude

Entre le 1<sup>er</sup> Mai 2017 et le 30 Avril 2018, 134 patients ont été inclus de manière consécutive dans notre étude.

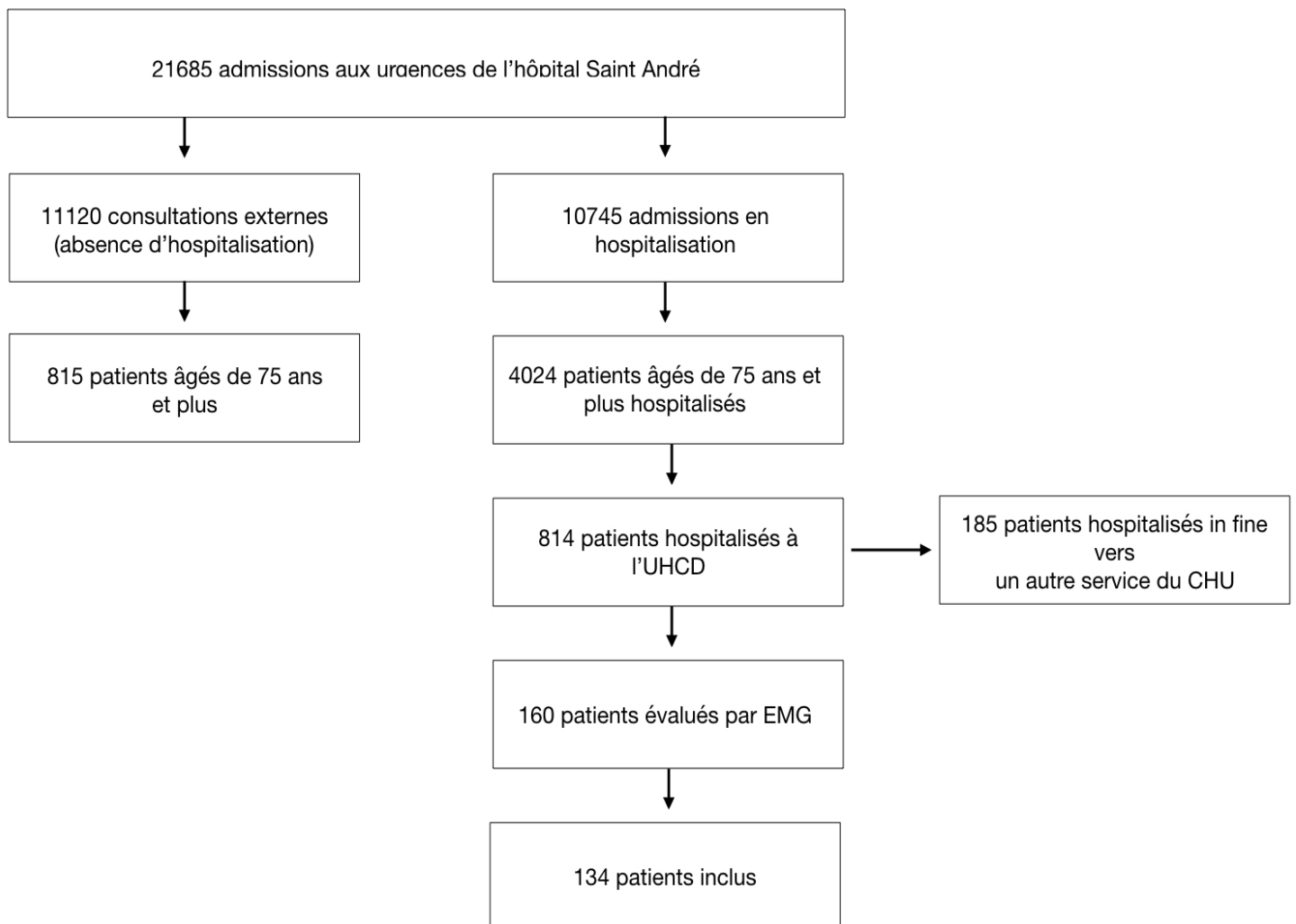


Figure 6: Diagramme de flux de l'étude

Durant cette période, 4839 patients âgés de 75 ans et plus étaient admis au SAU de l'hôpital St André; 814 (20,2%) étaient hospitalisés à l'UHCD au décours. Pendant leur hospitalisation, l'EMG des urgences a réalisé une évaluation gériatrique standardisée (EGS) pour 160 patients (19,7%). Parmi eux, 134 étaient inclus dans notre étude

### I.1. Classification CCMUm et pertinence de l'admission au SAU selon la grille AEPf

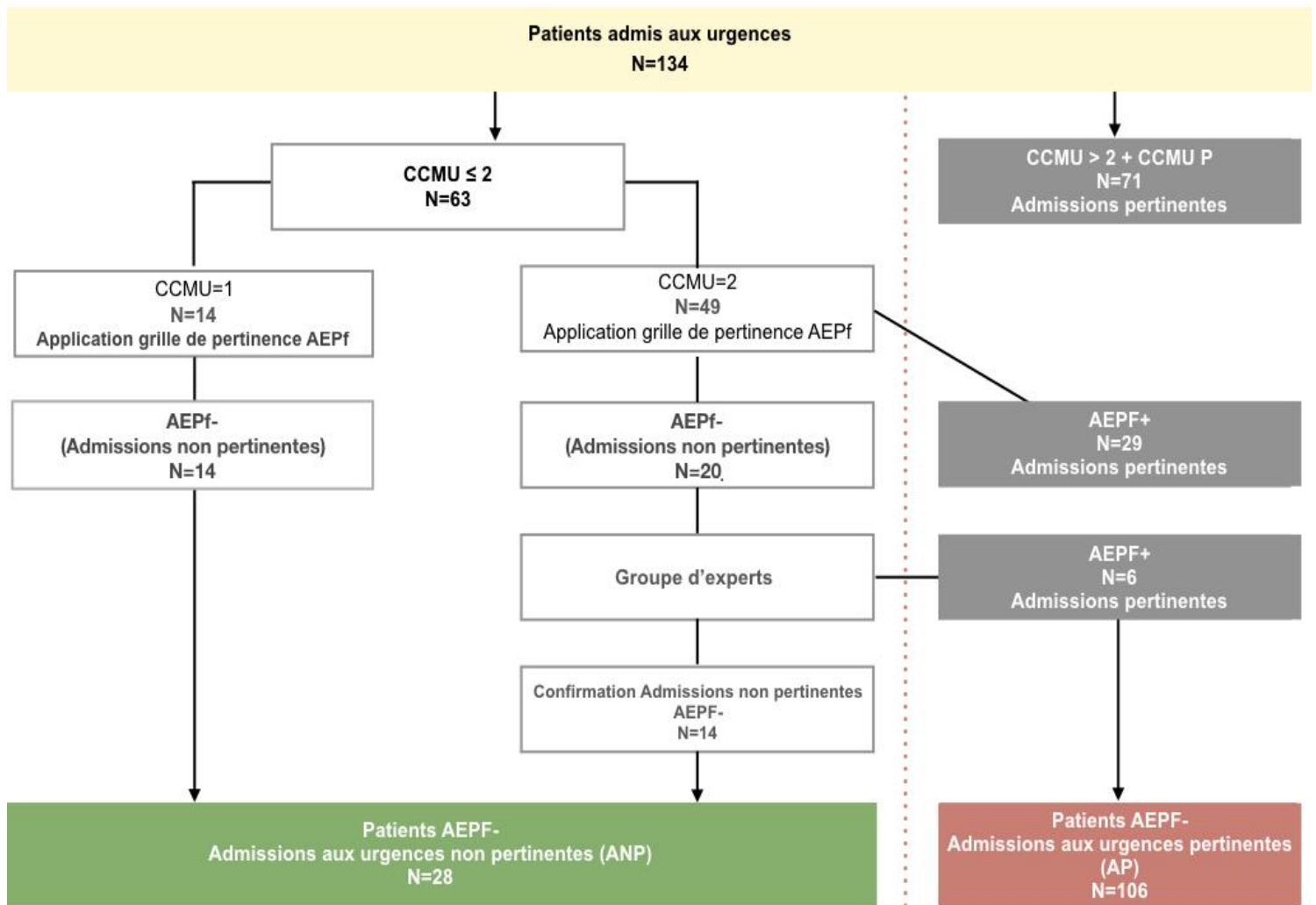


Figure 7: Diagramme de flux de la classification CCMU et AEPf des patients

Parmi les patients inclus dans notre étude:

- 14 patients (10,4%) étaient CCMU1,
- 49 patients (36,6%) étaient CCMU2,
- 52 patients (38,8%) étaient CCMU3,
- 13 patients (9,7%) étaient CCMU4,
- 6 patients (4,5%) étaient CCMU P.

Après application de l'échelle de pertinence AEPf et analyse des dossiers:

- 106 patients (79,1%) avaient une admission au SAU considérée comme pertinente; ils étaient nommés patients « admission pertinente » (AP),
- 28 patients (20,9%) avaient une admission au SAU considérée comme non pertinente; ils étaient nommés patients « admission non pertinente » (ANP).

Parmi les patients CCMU1, 100% avaient une ANP selon la grille AEPf. Les dossiers n'étaient pas rediscutés par le comité d'expert.

Parmi les patients CCMU2, 28,6% avaient une ANP après avis du « comité d'expert », 40,8% ne possédaient aucun critères de la grille AEPf.

## I.2. Profil social des patients

Tableau 1: Caractéristiques sociales et mode de vie des patients avant l'admission au SAU (n=134)

	Population totale		Admissions pertinentes (AP)		Admissions non pertinentes ANP		p
	N=134	%	n=106	%	n=28	%	
<b>Age</b>							
Moyenne +/- écart type	88,5 +/- 5,8		88,6 +/- 5,8		88,2 +/- 6,8		0,8
<b>Sexe</b>							
Femmes	97	72,4	76	71,7	21	75	0,9
Hommes	37	27,6	30	28,3	7	25	
<b>Lieu et mode de vie</b>							
Domicile	102	76,1	81	76,4	21	75	1
EHPAD	2	1,5	2	1,9	0	0	1
RPA	30	22,4	23	21,7	7	25	1
Protection <sup>1</sup> Juridique	12	9	6	5,6	6	21,4	<b>0,018 *</b>
<b>Présence d'aides au domicile</b>							
Présence d'aides	106	79,1	82	77,4	24	85,7	0,48**
IDE	88	83	64	78	24	100	<b>0,01**</b>
Portage repas	29	27,4	21	25,6	8	33,3	0,62**
Auxiliaire de vie	47	44,3	32	39	15	62,5	0,07**
Aide-ménagère	53	50	46	56	5	20,8	<b>0,004**</b>
Kinésithérapeute	25	23,6	21	25,6	4	16,7	0,52**
<b>Aidant principal</b>							
Présence d'un aidant	110	82,1	90	84,9	20	71,4	0,17
Aidant familial	96	87,3	78	86,7	18	90	1 *

<sup>1</sup>: Tutelle ou curatelle

\*: Test de Fisher

\*\* : Calcul avec Chi deux correction Yates

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, IDE: Infirmier Diplômé d'Etat, RPA: Résidence Personnes Agées



Parmi la population totale ANP étudiée, 71,6% des patients vivant au domicile vivaient seuls (71,4% vs 71,6% ;  $p=1$ ). L'épuisement de l'aidant était mis en évidence pour 6,7% des patients vivant au domicile sans différence significative entre les deux groupes (5% vs 2,2% ;  $p=0,45$ ).

Il existait significativement plus d'intervention d'IDE dans le groupe des patients ANP que dans le groupe AP (respectivement 100% vs 78% ;  $p=0,001$ ). A contrario, les patients AP bénéficiaient significativement plus d'aides ménagères intervenant au domicile que dans le groupe des patients ANP ( respectivement: 56% vs 20,8% ;  $p=0,004$ ).

### I.2.1. Patients et PAERPA

Tableau 2: Inscription des patients dans le dispositif PAERPA  
(via le logiciel PAACO-Globule)  
(n=134)

	Population totale		Admissions pertinentes (AP)		Admissions non pertinentes (ANP)		P
	N=134	%	n=106	%	n=28	%	
<b>Patient connu du PAERPA</b>							
<b>Avant hospitalisation</b>	37	27,6	28	26,4	9	32,1	0,71
<b>Après hospitalisation</b>	62	46,3	47	43,3	15	53,6	0,51

Il n'y avait pas de différence significative concernant l'inscription des patients dans le logiciel PAACO-Globule du dispositif PAERPA entre les deux groupes étudiés.

Au total, 70,7% des patients AP étaient inscrits dans le logiciel contre 85,7% de patients ANP ( $p=0,17$ , calcul avec chi deux correction Yates), que ce soit avant ou après l'admission au SAU. Une augmentation du taux d'inscription des patients au dispositif PAERPA était constatée après leur hospitalisation.

### I.3. Profil médical des patients avant l'admission au SAU

Tableau 3: Profil médical des patients avant l'admission au SAU (n=134)

	Population totale		Admissions pertinentes (AP)		Admissions non pertinentes (ANP)		P
	N=134	%	n=106	%	n=28	%	
<b>Autonomie (ADL Katz) avant hospitalisation</b>	<b>n=98</b>		<b>n=76</b>		<b>n=22</b>		
ADL = 6	31	31,6	28	36,8	3	13,6	<b>0,04*</b>
3 ≤ ADL < 6	48	49	32	42,1	16	72,7	<b>0,04*</b>
ADL < 3	19	19,4	16	21	3	13,6	<b>0,04*</b>
<b>Score TRST <sup>1</sup></b>	<b>n=101</b>		<b>n=78</b>		<b>n=23</b>		
Score ≥ 2	88	87,1	68	87,2	20	87	1*
<b>Cognition</b>	<b>n=134</b>		<b>n=106</b>		<b>n=28</b>		
Troubles cognitifs connus	55	41	38	35,8	17	60,7	<b>0,003**</b>
<b>MMSE <sup>2</sup></b>	<b>n=53</b>		<b>n=39</b>		<b>n=14</b>		
MMSE < 24	42	79,2	29	74,4	13	93	0,23**
<b>Autres</b>	<b>n=134</b>		<b>n=106</b>		<b>n=28</b>		
Polypathologie	101	75,4	79	74,5	22	78,6	0,85
Suivi gériatrique (CHU)	21	15,7	12	11,3	9	32,1	<b>0,015*</b>

ADL: Activities of Daily Living, MMSE: Mini Mental State Examination

1: Score TRST (Triage Risk Screening Tool) détaillé en Annexe 17

2: Calculé lors de l'hospitalisation à l'UHCD

\*: Test de Fisher

\*\* : Calcul avec Chi deux correction Yates

Concernant l'autonomie avant l'admission, une autonomie intermédiaire avec un score ADL entre 3 et 6 était significativement plus retrouvé chez les patients du groupe ANP (72,7% vs 42,1% ;  $p=0,04$ ). Un score ADL égal à 6 ( 13,6% vs 36,8% ;  $p=0,04$ ) ou inférieur à 3 ( 21% vs 13,6% ;  $p=0,04$ ) était significativement plus retrouvé chez les patients du groupe AP.

Les patients du groupe ANP présentaient significativement plus de troubles cognitifs connus avant l'admission que les patients AP (60,7% vs 35,8% ;  $p=0,003$ ).

Le suivi gériatrique au CHU en consultation était plus fréquent chez les patients du groupe ANP (15,7% vs 11,3% ;  $p=0,015$ ). Notons que 41,7% des consultations des AP et 77,8% des consultations des ANP étaient des consultations mémoire.

#### **I.4. Admission des patients au service d'accueil des urgences**

Il existe des différences significatives entre les deux groupes concernant le motif d'admission au SAU:

- Les patients ANP étaient plus adressés au SAU pour un motif social (32,1% vs 1,9% ;  $p<0,001$ ),
- Les patients du groupe AP étaient plus adressés pour un motif médical (98,1% vs 67,9% ;  $p<0,001$ ).

Les correspondances entre les motifs d'admission au SAU et le diagnostic final au moment de l'hospitalisation des patients sont détaillées en Annexe 18 et Annexe 19.

Tableau 4: Caractéristiques de l'admission des patients au SAU (n=134)

	Population totale		Admissions pertinentes (AP)		Admissions non pertinentes (ANP)		P
	N=134	%	n=106	%	n=28	%	
<b>Adressé aux urgences par</b>							
Médecin traitant	75	56	56	52,8	19	67,9	0,22
SOS médecin	29	21,6	26	24,5	3	10,7	0,18
Autres	30	22,4	24	22,7	6	21,4	1
<b>Motif admission au SAU</b>							
Causes médicales	123	91,8	104	98,1	19	67,9	< 0,001
<b>Diagnostic final <sup>1</sup></b>							
Causes médicales	119	88,8	101	95,3	18	64,3	<0,001
<b>Concordance motif d'admission et diagnostic final</b>							
Motif d'admission médical et diagnostic final social	9	6,7	4	3,8	5	17,9	0,02

1: Diagnostic médical retenu après examen clinique et paraclinique du patient

#### I.4.1. Besoins des patients ANP à l'admission au SAU selon la grille de pertinence AEPf

Tableau 5: Besoins des patients du groupe ANP au moment de l' admission au SAU (n=28)

	Population ANP totale	
	N=28	%
<b>Principal soin ou service dont le patient a besoin au moment de son admission au SAU</b>		
Procédure diagnostique/thérapeutique nécessaire à la prise de décision	4	14,3
Avis diagnostique / thérapeutique nécessaire à la prise de décision	10	35,7
Soutien psychologique	2	7,1
Aide sociale	10	35,7
Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée de quelques heures	2	7,1
<b>Lieu d'hébergement le plus adapté pour prendre en charge le patient le jour de l'admission au SAU</b>		
Structure d'hébergement avec soins médicaux et/ou paramédicaux	16	57,1
Structure d'hébergement médicalisée	1	3,6
Hôpital (structure de court séjour)	8	28,6
Domicile avec aide médicale ou paramédicale soutenue	3	10,7
<b>Raison principale expliquant l'admission au SAU</b>		
Service de relais indisponible	18	64,3
Décision du patient ou de sa famille patient ou à sa famille	2	7,1
Pas de réponse car l'hébergement le plus adapté était l'hôpital	8	28,6

Les principaux soins et/ou services dont les patients du groupe ANP avaient le plus besoin au moment de l'admission au SAU étaient:

- Un avis diagnostique et/ou thérapeutique nécessaire à la prise de décision (35,7%),
- Une aide sociale (35,7%).

Pour 57,1% des patients du groupe ANP, le lieu d'hébergement le plus adapté au moment de l'admission au SAU était une structure de soins médicaux et/ou paramédicaux.

L'indisponibilité des services de relais était la raison principale expliquant l'admission au SAU pour 64,3% des patients du groupe ANP.

Une version détaillée du Tableau 5 se trouve en Annexe 20.

## I.5. Hospitalisation à l'UHCD

Tableau 6: Hospitalisation à l'UHCD et devenir immédiat des patients (n=134)

	Population totale		Admissions pertinentes (AP)		Admissions non pertinentes (ANP)		P
	N=134	%	n=106	%	n=28	%	
<b>Motifs du maintien en hospitalisation (UHCD)</b>							
Attente transfert autre service	45	33,6	38	35,8	7	25	0,39
Surveillance médicale	58	43,3	51	48,1	7	25	0,04
Traitement médical aigu	57	42,5	54	51	3	10,7	<0,001
Attente placement en EHPAD	16	11,9	7	6,6	9	32,1	<0,001
<b>Devenir immédiat post UHCD</b>							
Service médecine gériatrique	52	38,8	47	44,3	5	17,8	0,02
Autre service de médecine	16	11,9	12	11,3	4	14,3	0,7*
Retour au lieu de vie initial	48	35,8	36	33,9	12	42,9	0,5
Entrée en EHPAD	13	9,7	6	5,6	7	25	<0,001*
Décès	5	3,7	5	4,7	0	0	0,58*

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

\*Test de Fisher

Il existait des différences significatives entre les deux groupes concernant les motifs de leur maintien en hospitalisation à l'UHCD.

Les patients du groupe ANP étaient significativement moins hospitalisés pour surveillance médicale (25% vs 48,1%;  $p=0,04$ ) ou pour traitement médical aigu (10,7% vs 51% ;  $p<0,001$ ). Ils étaient significativement plus hospitalisés en attente d'un placement en EHPAD par rapport aux patients du groupe AP (32,1% vs 6,6% ;  $p<0,001$ ). Les motifs pouvaient ne pas être isolés: un patient pouvait cumuler deux motifs de maintien en hospitalisation. Dans le groupe ANP, 2 étaient maintenus en hospitalisation uniquement en attente d'une place d'EHPAD.

Concernant le devenir immédiat après l'hospitalisation à l'UHCD, il existait des différences significatives entre les deux groupes:

- les patients du groupe AP étaient significativement plus transférés en médecine gériatrique (44,4% vs 17,5%;  $p=0,02$ ),
- les patients du groupe ANP étaient significativement admis en EHPAD (25% vs 5,6%;  $p<0,001$ ).

Parmi les 9 patients en en attente d'EHPAD pendant leur hospitalisation, 2 n'étaient au final pas institutionnalisés de manière définitive: un regagnait son domicile, l'autre était provisoirement admis en EHPAD relais.



## I.6. Devenir des patients à 1 mois de l'admission au SAU

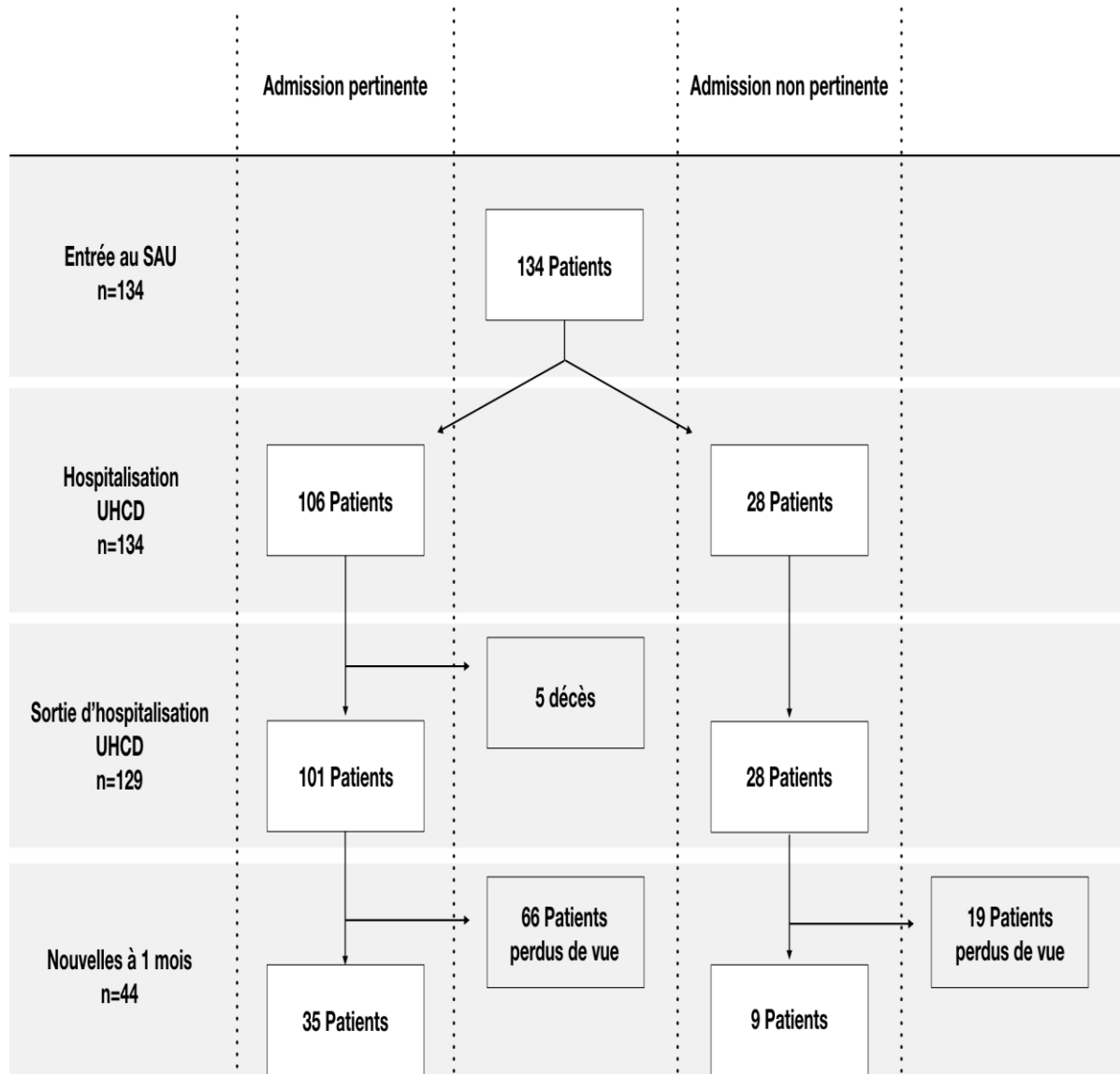


Figure 8: Diagramme de flux: évolution des effectifs et parcours des patients au cours de l'étude

Tableau 7: Devenir des patients à 1 mois de leur admission au SAU (n=44)

	Population non perdue de vue		Admissions pertinentes (AP)		Admissions non pertinentes (ANP)		p
	N=44	%	n=35	%	n=9	%	
<b>Nouvelle admission au SAU (CHU)</b>							
<b>Tous motifs</b>	23	52,3	19	54,3	4	44,4	0,72*
Même motif que l'admission initiale	14	31,8	12	34,3	2	22,2	<b>0,46**</b>
<b>Entrée en EHPAD</b>							
	14	31,8	9	25,7	5	55,5	0,25*
<b>Décès</b>	7	15,9	7	20	0	0	0,18*

\* : Test de Fisher

\*\* : Calcul avec Chi deux correction Yates

Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant la réadmission au SAU (CHU de Bordeaux) ou l'entrée en EHPAD dans le mois suivant la sortie d'hospitalisation.

## II. Description des médecins généralistes de la population étudiée

Entre Juin 2017 et Septembre 2018, 88 médecins généralistes correspondant aux 134 patients inclus ont été contactés par téléphone. Parmi eux, 49 ( 55,6%) ont accepté de répondre au questionnaire téléphonique. Ces médecins répondants correspondaient à 83 patients de la population étudiée.

### II.1. Satisfaction, connaissance et utilisation du dispositif PAERPA par les médecins généralistes

Parmi les médecins contactés, 78 (88,6%) exerçaient à Bordeaux, et faisaient donc partie de la population cible de médecins pour l'information donnée par l'ARS concernant PAERPA. L'avis des médecins n'exerçant pas à Bordeaux a été récolté et intégré aux données.

Tableau 8: Connaissance et satisfaction des médecins généralistes des patients étudiés concernant le dispositif PAERPA (n=83)

Patients avec médecin généraliste ayant répondu au questionnaire							
	Population totale (patients)		Admissions pertinentes		Admissions non pertinentes		p
	N=83	%	n=68	%	n=15	%	
<b>Satisfaction globale concernant l'utilisation du dispositif PAERPA</b>							
<b>Très satisfait</b>	57	68,7	47	69,2	10	67	1*
<b>Utilité globale du PAERPA</b>							
<b>Considéré comme utile</b>	61	73,5	51	75	10	67	0,53*

\*Fisher

Parmi les médecins interrogés, 65 (78,3%) connaissaient le dispositif PAERPA dans sa globalité, sans différence significative entre les médecins des patients du groupe AP versus groupe ANP (respectivement 77,9% vs 80% ;  $p=1$ ).

Les EHPAD relais correspondaient à un dispositif du PAERPA pour lequel il existait une différence significative entre les deux groupes de patients. Les médecins généralistes des patients du groupe AP l'utilisaient significativement plus souvent et en étaient satisfaits (50% vs 20% ;  $p=0,04$ ).

Les résultats sur la connaissance, l'utilisation, la satisfaction et les commentaires des médecins généralistes concernant les différents dispositifs du PAERPA sont détaillés en Annexe 21 et 22.

## II.2. Caractéristiques des médecins généralistes

Tableau 9: Age et durée d'exercice des médecins généralistes des patients inclus (n=83)

Patients avec médecin généraliste ayant répondu au questionnaire							
	Population totale		Admissions pertinentes		Admissions non pertinentes		p
	N=83	%	n=68	%	n=15	%	
<b>Durée d'exercice du médecin généraliste</b>							
≤ 10 ans	21	25,3	15	22,1	6	40	0,19
<b>Patients âgés ≥ 75 ans dans la patientèle du médecin généraliste</b>							
≥ 50% de la patientèle	19	22,9	15	22,1	4	27	0,74

Les données concernant la durée d'exercice du médecin généraliste et le pourcentage des 75 ans et plus dans leur patientèle étaient similaires entre les deux groupes.

## DISCUSSION

---

### I. Résultats

#### I.1. Pertinence de l'admission au SAU

Notre travail a mis en évidence que 20,9% des patients inclus avaient une admission au SAU non pertinente.

Ce taux d'admission non pertinente se rapproche, avec une tendance haute, de celui de la population générale dans les SAU et il semblerait que la population gériatrique ne soit pas à l'origine d'un taux d'ANP plus élevée (80,90). Concernant la population gériatrique, la littérature française est peu dense et méthodologiquement éclectique ce qui rend notre étude peu comparable. Les études monocentriques utilisant l'échelle AEPf retrouvaient des taux de non pertinence entre 17,9% et 33,4% (19–21,78). *Petitot et al.* notaient un taux de 32% d'ANP mais sans utiliser l'AEPf (22). Les études multicentriques identifiaient des taux d'ANP nettement inférieurs: 8,7% et 9,3% en utilisant l'AEPf contre 7,7% sans l'AEPf (7,60,87,91). Cet écart s'explique notamment par des différences méthodologiques et des populations d'étude différentes.

#### I.2. Profil médico-social des patients ANP admis aux urgences

##### I.2.1. Profil sociodémographique des patients ANP

Notre étude ne mettait pas en évidence de différence significative concernant les données sociodémographiques (âge, sexe, mode de vie) entre les patients du groupe ANP et ceux du groupe AP.

Les données de la littérature actuelle décrivent des résultats similaires sauf sur le fait de vivre à domicile qui est significativement plus fréquent chez les ANP contrairement à nos résultats (20,21,23,60).

Concernant les patients du groupe ANP, nous nous attendions, en débutant cette étude, à un profil social très précaire, pauvre en ressources humaines. Cette hypothèse aurait pu expliquer en partie leur admission médicalement non pertinente

aux urgences. Nous supposons que l'augmentation des aides au domicile aurait pu représenter un levier intéressant afin de limiter ces passages au SAU non pertinents. Hors à travers l'analyse des données, ces patients bénéficiaient pour la majorité d'un aidant, qui était dans 90% des cas un aidant familial. Les patients ANP bénéficiaient pour 85,7% d'entre eux d'aides à domicile, et avaient significativement plus d'intervention d'IDE et d'auxiliaires de vie que les patients AP. Ils bénéficiaient même pour 100% d'entre eux de soins IDE à domicile. Ces résultats sont concordants avec la perte d'indépendance fonctionnelle plus marquée dans le groupe des ANP. Nous apercevons à travers l'analyse descriptive de ces données, la grande complexité de la prise en soins des patients ANP au domicile puisque ces derniers bénéficiaient avant leur admission au SAU d'aides humaines professionnelles quasi au maximum de ce qui était réalisable en soins primaires. Probablement que l'admission aux urgences de ces patients ANP met en exergue des besoins complémentaires à ceux proposés par le PAERPA. Peu d'études françaises recueillant des informations sur les aides à domicile sont disponibles. Leurs résultats décrivaient une population ANP bénéficiant de beaucoup moins d'aides que dans notre étude avec une absence de différence entre les deux groupes, sans détailler le type d'aide (20,21). Une piste explicative à ces différences est évoquée dans l'étude de *Penneau et al.* évaluant, chez les patients âgés, l'impact médico-social du PAERPA à travers la réalisation d'un PPS (92). Elle mettait en évidence que la réalisation d'un PPS était associée à une augmentation de la consommation de soins infirmiers à domicile en lien avec l'optimisation de la prise en charge médico-sociale de ces patients après qu'ils aient été identifiés comme fragiles. En d'autres termes, la présence du PAERPA à Bordeaux pourrait être un facteur d'optimisation d'aides professionnelles au domicile. Nous pouvons cependant nous interroger sur la présence ou non du PAERPA ou d'autres réseaux gériatriques dans les études disponibles concernant les aides au domicile.

## I.2.2. Profil médical des patients ANP

L'analyse des données a permis d'esquisser un profil médical des patients ANP par rapport aux patients AP. Les patients présentaient une tendance à être plus porteurs de troubles cognitifs, avec une indépendance fonctionnelle significativement plus altérée.

Le dispositif PAERPA ayant été élaboré pour la prévention du risque de perte d'autonomie des personnes âgées, nous avons été surpris de constater que seulement 13,6% des patients ANP avaient un score ADL égal à 6. Nos résultats diffèrent de la littérature puisque celle-ci retrouve des patients ANP plus autonomes que dans notre étude, sans différence significative avec le groupe des patients AP (20,21,60). Cette différence peut être expliquée par le fait que notre population d'étude était différente de celle de la littérature. Nous ciblions uniquement les personnes âgées admises au SAU, systématiquement hospitalisées et nécessitant un avis gériatrique par l'EMG, échantillon par conséquent plus restreint que dans les autres études. L'enquête sur les inadéquations hospitalières identifiait un pourcentage d'admissions inadéquates plus élevé en cas de score ADL inférieur à 6 (93).

Comparés aux patients AP, les patients ANP avaient plus souvent un antécédent de troubles cognitifs notifiés dans le courrier d'adressage aux urgences et/ou déclarés lors de leur admission aux urgences: cela concernait 60,7% d'entre eux. Ils bénéficiaient plus fréquemment et pour un tiers d'entre eux d'un suivi gériatrique au CHU; 77,8 % de ces consultations étaient des « consultations mémoire ». Ce résultat est à interpréter avec précautions: les données n'ont été recueillies qu'au CHU de Bordeaux sans inclure les potentiels suivis dans d'autres centres de « consultation mémoire ». De plus, il existe un biais d'information car l'antécédent de trouble cognitif connu est une donnée déclarative. Nous n'avons pas la certitude que cette donnée ait été recueillie ou déclarée systématiquement, ce qui pourrait sous évaluer ce résultat.

Les données de la littérature actuelles n'identifient pas les troubles cognitifs comme un facteur de risque d'admission inappropriée (20,21,60). *A contrario*, le rapport sur l'inadéquation hospitalière identifiait quant à lui les troubles cognitifs comme facteur de risque d'admissions non pertinentes (93).

Dans notre étude, les patients ANP bénéficiaient significativement de plus de protection juridique. Ce résultat est difficilement interprétable car nous n'avions pas d'informations concernant la cause exacte de cette protection juridique. Cette donnée pourrait être révélatrice de la fragilité psycho-sociale de cette population.

En finalité de l'analyse descriptive de notre étude, le profil médico-sociodémographique des patients ANP va à l'encontre de nos hypothèses initiales. Nos résultats décrivent une population avec une perte d'indépendance fonctionnelle majeure plus fréquente et une organisation d'aides à domicile très étayée avant leur admission. Les patients ANP de notre étude n'ont *a priori* pas le profil de la personne âgée à risque de perte d'autonomie ciblée par l'approche préventive du dispositif PAERPA.

### **I.3. Patients ANP, dispositif PAERPA et profil du médecin traitant**

Concernant le mode d'adressage aux urgences, quasiment deux tiers des patients ANP de notre échantillon étaient adressés par leur médecin traitant, sans différence significative entre les deux groupes. Ces données sont équivalentes à celles retrouvées dans la littérature (19,21,23). Certaines études identifient le médecin traitant comme un « élément protecteur » d'admission non pertinente aux urgences (91,94).

Une de nos hypothèses initiales était que la méconnaissance et/ou la non adhésion au dispositif PAERPA des médecins traitants pouvaient être plus fréquentes dans le groupe des patients ANP versus groupe des patients AP. Les résultats de notre étude montrent qu'il existe une bonne connaissance du PAERPA par les médecins généralistes des patients. Parmi les médecins interrogés, 68.7 % déclaraient connaître au moins un dispositif du PAERPA, sans différence significative entre le groupe ANP et le groupe AP (respectivement 67 % vs 69.2%). De plus, 73.5 % des médecins généralistes considéraient le dispositif PAERPA utile, sans différence significative entre les deux groupes (groupe ANP 67 % vs 75 % pour le groupe AP). La littérature sur la satisfaction des médecins généralistes concernant PAERPA à Bordeaux retrouve des résultats équivalents (95,96).



Concernant l'inscription des patients au PAERPA en amont de l'admission aux urgences, nous avons émis l'hypothèse que les patients ANP étaient peu connus du dispositif. Seulement 32,1% des patients ANP étaient inscrits dans le logiciel PAACO-Globule avant leur admission au SAU. Nous constatons une augmentation de ce taux d'inscription à 53,6% en sortie d'hospitalisation en d'UHCD probablement en lien avec le travail de l'assistance sociale de l'EMG. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence: l'inscription signifie que le patient a bénéficié de l'intervention d'un acteur du réseau PAERPA. Cependant, nous pouvons nous interroger sur l'exhaustivité de l'inscription du patient par les acteurs du réseau. En effet, la connaissance du dispositif du PAERPA n'était pas gage de son utilisation: parmi les médecins connaissant PAACO-Globule, seulement 12 % l'utilisaient et en étaient satisfaits (annexe 21).

Le rapport final de l'évaluation PAERPA réalisé en 2020 montrait que le dispositif PAERPA n'avait pas eu d'impact national ou régional sur le taux des hospitalisations évitables et sur le nombre passages aux SAU non suivis d'hospitalisation; il existait même une augmentation en Nouvelle-Aquitaine (97). Ce résultat est difficilement interprétable dans notre étude. Tout d'abord, ces résultats concernaient les hospitalisations évitables ou les admissions au SAU non suivies d'hospitalisation alors que nous évaluions seulement les admissions évitables et tous nos patients étaient hospitalisés. De plus, le rapport Liebault (98) précisait que cette augmentation était probablement en lien avec une augmentation des acteurs dans le parcours de soin du patient grâce au dispositif PAERPA. Nos résultats ne peuvent malheureusement pas nous orienter sur le fait que PAERPA représente ou pas une ressource face à ces situations « d'urgences médico-sociales » entraînant des admissions au SAU de manière inappropriée.

Le constat à la suite de ces résultats descriptifs est le suivant: les patients ANP étaient des patients plus fragiles, moins autonomes et nécessitant plus d'aides à domicile que nous le supposions. Leurs médecins traitants connaissaient le dispositif PAERPA mais avaient probablement des besoins urgents pour leur patient ne pouvant être rapidement pris en charge par un dispositif du PAERPA.

#### I.4. Profil du parcours hospitalier et devenir des patients ANP

A travers notre étude, nous avons pu esquisser un profil de parcours hospitalier des patients ANP. Durant leur séjour à l'UHCD, ils étaient significativement plus fréquemment dans l'attente d'un placement en EHPAD (32,1%) et bénéficiaient d'une prise en charge et d'une surveillance médicale significativement moins fréquentes (respectivement: 25 % vs 48.1 %,  $p\text{-value} = 0.04$ , 10.7 % vs 51 %,  $p\text{-value} < 0.001$ ).

Comparé au groupe AP, leur devenir immédiat en sortie d'UHCD était significativement plus fréquemment l'institutionnalisation (25 % vs 6%;  $p < 0,001$ ). Ils étaient significativement moins fréquemment hospitalisés en médecine gériatrique (17.8 % vs 44.3% ;  $p = 0,02$ ) et 43 % des patients ANP regagnaient leur lieu de vie après leur séjour en UHCD. Notre étude est difficilement comparable aux données actuelles de la littérature en lien avec une population d'étude différente. Néanmoins nous retrouvons des résultats similaires concernant le retour à domicile après hospitalisation (21).

Presqu'un tiers des patients ANP nécessitait pendant leur séjour hospitalier une surveillance et/ou d'un traitement médical: 7 patients nécessitaient une surveillance médicale, 3 un traitement médical aigu. Les actions lors de l'hospitalisation en UHCD étaient pour la plupart non isolées. En effet, un patient pouvait par exemple nécessiter une surveillance médicale en plus d'attendre une place en EHPAD. Seulement deux patients ANP étaient maintenus en hospitalisation uniquement dans l'attente d'une place en EHPAD. Ces résultats attirent notre attention concernant l'importance de rester vigilant face à ces patients âgés admis initialement au SAU pour des motifs purement « sociaux ». Une des particularités de la gériatrie est qu'il existe un lien mutuel entre problématiques sociales et médicales: le problème social étant souvent le lit d'une problématique médicale (99). L'admission d'un patient âgé doit toujours être interprétée comme un signal d'alerte (59).

Une des causes les plus fréquentes de non pertinence hospitalière dans la population gériatrique est l'attente d'un aval institutionnel et parfois l'impossibilité d'un retour à domicile. Un profil de patients âgés hospitalisés à risque d'institutionnalisation ou d'attente de place en EHPAD était également décrit avec des caractéristiques semblables à notre population ANP (17,100–102). Les données de la littérature identifient les caractéristiques suivantes: population plutôt féminine, avec une

moyenne d'âge de 82 ans, vivant à domicile, bénéficiant d'un aidant, ayant une faible autonomie avec des troubles cognitifs (102,103).

Concernant le devenir des patients à 1 mois de l'admission aux urgences, notre étude retrouvait que 5 patients supplémentaires étaient admis en EHPAD, soit au final 42,8% de patients ANP de l'échantillon initial étaient institutionnalisés au décours de l'admission au SAU. Un taux d'institutionnalisation de 12-20 %, dans les 6 à 12 mois suivant une admission au SAU, était décrit dans la littérature chez les patients âgés (103–105). Nos résultats sont à nuancer puisque ciblés sur les données du CHU de Bordeaux n'intégrant pas les données des patients de toute la métropole bordelaise.

### **I.5. Besoins des patients ANP à l'admission au SAU**

L'analyse des besoins des patients ANP lors de leur admission au SAU montrait que le principal soin ou service dont ils avaient besoin, était, pour 42,9% d'entre eux, un besoin non médical (aide sociale ou soutien psychologique). Peu d'études ont décrit les besoins des patients âgés à l'admission aux urgences. La seule étude comparable à la nôtre retrouvait des résultats similaires (20).

La raison principale de l'admission était pour un tiers des patients ANP la nécessité d'une hospitalisation alors que pour 64,3% d'entre eux, la raison principale était « services relais indisponibles ». Selon le guide de l'AEPf par l'HAS, les services relais sont définis par une offre de soin n'étant pas mobilisable immédiatement au moment du besoin; cela peut être une structure d'hébergement, une place dans un service ou un praticien médical (71). Les résultats de la littérature sont ambivalents concernant l'influence de la démographie médicale sur le recours des personnes âgées aux urgences (91,106,107). La démographie médicale bordelaise est bien pourvue, avec une densité de médecins généralistes bien plus élevée que la moyenne nationale avec une offre SOS médecins disponible 24h/24 (108). Nous pouvons ainsi supposer que, dans le contexte de notre étude, ce « service relais » pourrait se rapprocher d'une structure ou d'un service de soins et d'accueil. Nos résultats suggèrent que les patients ANP ont des besoins à prédominance médicale pouvant être hébergés soit dans une structure paramédicale type EHPAD, soit une structure hospitalière.

Ces données nous poussent à réfléchir à une alternative à l'admission au SAU pour ces patients.

La première piste pourrait être de renforcer la capacité ou le nombre des « EHPAD relais » et des « EHPAD hors et dans les murs », faisant actuellement partie du dispositif PAERPA. La métropole bordelaise possède 4 « EHPAD relais » et un « EHPAD hors et dans les murs ». Il s'agit des seuls établissements pouvant répondre, en théorie, à une prise en charge du patient âgé en perte d'autonomie ayant des besoins sociaux supérieurs aux besoins médicaux. Comme mentionné dans la brochure ; « Il s'agit d'éviter les hospitalisations non pertinentes en s'appuyant sur une structure de coordination ou structure intermédiaire compétente à la fois dans l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées, la prise en charge des soins courants et, mobilisable rapidement sur un territoire tout au long de la semaine (de jour comme de nuit) ». Un peu plus de trois médecins généralistes sur quatre connaissaient les structures d'EHPAD relai, sans différence significative entre les médecins traitants des patients du groupe ANP et ceux du groupe AP (Annexe 22). Cependant, concernant la satisfaction et l'utilisation de ces EHPAD relais, seulement 20% des médecins généralistes du groupe ANP étaient satisfaits de ce dispositif contre 50% dans le groupe AP avec une différence significative ( $p \text{ value} = 0.04$ ). Le dispositif PAERPA proposait 4 places d'EHPAD relais à Bordeaux lors de la réalisation de notre étude et 1 place en EHPAD Hors les Murs. Selon les données de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médicaux sociaux), le profil des patients admis au sein de ces EHPAD se rapprochait de celui de nos patients ANP: il s'agissait de patients très âgés, pourvus d'un aidant, provenant pour la moitié d'entre eux de structures hospitalières, peu étaient admis directement de leur lieu de vie (48,109). Ces dispositifs sont peu nombreux (5 places disponibles pour l'ensemble de la Métropole Bordelaise pour les « EHPAD relai ») et par conséquent rapidement saturables. Ils offrent le recours à une IDE 24h/24, 7 jours sur 7 mais pas d'assurance d'un avis médical rapide pouvant répondre au besoin médical urgent identifié dans notre étude. Ces dispositifs, en situation d'urgence, ne semblent pas remplir les demandes attendues par les médecins généralistes pour les patients ANP.

La deuxième piste serait une hospitalisation de courte durée qui répondrait aux besoins médicaux, techniques et organisationnels urgents de cette population. Cependant, ce type d'hospitalisation directe sans passer par les urgences a montré ses inconvénients pour la population gériatrique avec un risque d'hospitalisations inadéquates et de décompensation « médico-sociale » (17,110).

Il s'agirait donc d'imaginer une structure d'hébergement plus médicalisée qu'un EHPAD mais moins qu'un service hospitalier pouvant accueillir les patients de manière urgente avec une évaluation médicale initiale assurant également un suivi. Dans la littérature, *Rey-Bellet et al.* évaluaient en Suisse une structure « médico-sociale » d'hébergement temporaire pour les personnes âgées. Elle disposait 12 lits permettant d'éviter l'hospitalisation lorsque le retour à domicile était impossible. Le patient était initialement évalué aux urgences par un urgentiste et une infirmière du « bureau d'orientation des urgences médico-sociales » qui orientait le patient vers cette structure, après avis médical urgent. A 4 mois, 27% des patients étaient admis définitivement dans cette structure et peu de cas d'inadéquation d'orientation étaient décrits grâce à l'évaluation médicale initiale aux urgences (110). Cette réflexion doit prendre en compte qu'à l'échelle de notre étude, seulement 16 patients auraient eu besoin de cette structure sur 12 mois d'inclusion.

Face à ces données, l'admission au SAU semblait, pour ces patients ANP, être la seule option rendant leur admission au SAU pertinente, faute d'alternative.

## **II. Ethique de l'évaluation de la pertinence de l'admission au SAU dans la population gériatrique**

Dans sa réponse à la lettre de J-C Weber « De la non pertinence hospitalière à l'impertinence de la médecine », *Somme et al.* (18) souligne qu'il n'existe aucun outil pour résumer à lui seul toute l'information nécessaire à la prise de décision éthique. Notre travail a développé le thème de la non-pertinence de l'admission au SAU de patients âgés nous poussant à nous rappeler qu'une admission peut être non pertinente mais justifiée car répondant à un besoin du patient, quel qu'il soit (70). Ce concept pousse à une double réflexion éthique.

Premièrement, la notion de pertinence développée par l'HAS est justifiée par une démarche économique de gestion hospitalière avec un objectif de performance (18). Dans son étude, *Ericksen et al.* montrait une diminution de la qualité de soins lorsque la diminution de l'inadéquation hospitalière était trop stricte en lien avec la prise en considération des besoins du patient (111).

Deuxièmement, nous pouvons nous interroger sur la validité de nos outils de pertinence pour la population gériatrique. En effet, cette population présente plus fréquemment des problématiques médico-sociales complexes face auxquelles les alternatives à l'hospitalisation et au passage au SAU sont en première ligne de réflexion. Nos échelles de pertinence font appel à des critères purement médicaux pour répondre à des problématiques mêlant médical, social, environnement et réactivité du réseau gériatrique et de soins primaires (112). La réflexion pourrait alors aller plus loin et nous pourrions nous interroger sur le fait qu'il n'existe peut-être aucun « critère de non admission » pour la population gériatrique et que l'absence d'alternative définit à elle seule l'admission comme pertinente. Notre étude n'a pas développé le concept de l'admission non pertinente mais justifiée ce qui représente une limite dans notre réflexion. La conférence de consensus sur la prise en charge des personnes âgées aux urgences décrivait l'importance de différencier l'admission non pertinente justifiée de l'admission non pertinente dite appropriée. L'admission non pertinente justifiée étant liée, selon ces recommandations, aux besoins du patient et l'admission appropriée liée à la réponse la plus efficiente (70). Réfléchir sur la pertinence de l'analyse de la pertinence d'une admission nous semble également intéressante (91). Nos résultats ont bouleversé nos hypothèses et nous poussent à ne pas oublier que l'urgence médico-sociale rendant un maintien à domicile impossible est une urgence gériatrique et qu'elle pousse à s'interroger non pas sur la pertinence de l'urgence mais la pertinence du lieu d'accueil (113). La réflexion n'est donc pas comment éviter ces admissions aux urgences mais que proposer à ces patients âgés en détresse aiguë échouant aux urgences faute d'alternatives adaptées.

### III. Forces et limites

Les forces du travail portent en premier sur l'évaluation de la pertinence de l'admission aux urgences. Notre étude a utilisé l'association de la CCMUm et de l'échelle AEPf afin de faciliter la discrimination entre patients AP et ANP au SAU. L'application initiale de la CCMUm nous a permis d'utiliser l'échelle AEPf uniquement chez des patients cliniquement stables et peu graves avec l'hypothèse que les admissions évitables avaient un score CCMUm de 1 voire, de manière discutable, de 2 (12,19,70,87,114). L'AEPf étant un outil chronophage à appliquer, l'utilisation de la CCMUm nous a permis de faciliter la sélection des patients bénéficiant de cette échelle. De plus, elle nous a permis d'intégrer une classification fréquemment utilisée dans les SAU en France notamment à l'hôpital St André (6,115–117). Parmi nos patients, 100% des CCMU1 étaient des patients ANP contre seulement 28,6% des patients CCMU2. Nos résultats diffèrent de la littérature, potentiellement en lien avec l'existence d'un biais d'information (19,21,87,118). Bien que la classification CCMUm soit jugée reproductible, elle constitue un outil basé sur l'évaluation subjective du médecin rendant cet outil aisé d'utilisation mais aussi très critiqué et critiquable (6,72,119). Afin de limiter ce biais d'information, nous l'avons appliquée en double aveugle avec deux opérateurs et un troisième avis était sollicité si les opérateurs n'étaient pas d'accord. Cette méthodologie a probablement diminué ce biais. Il aurait également été intéressant d'intégrer la classification de l'urgentiste au moment de l'admission. Cependant, il aurait été préférable d'utiliser la méthode DELPHI, permettant d'obtenir un consensus entre les avis de différents experts (120) ou d'intégrer un indice de concordance inter-opérateur kappa. Pour limiter ce biais d'information, nous avons donc choisi d'associer à la CCMUm, l'outil AEPf. Ce dernier représente à ce jour un outil recommandé, reproductible, et valide pour évaluer la pertinence des admissions (71). Son utilisation dans la population gériatrique est validée (71,83,85) mais reste très discutée (12,21,23,78,121).

Un « comité d'experts » a été sollicité pour une dernière vérification du classement de la pertinence de l'admission des patients ANP ce qui constitue une des forces de ce travail (60). Il s'agissait du même groupe d'experts pour l'étude des dossiers afin de limiter le biais de jugement. Le fait qu'il soit constitué d'un urgentiste, d'un gériatre et d'un médecin généraliste, soit trois spécialités sensibilisées au parcours et aux

problématiques du patient âgé admis aux urgences, permettait d'apporter trois visions différentes et représente une force de l'étude. Nous avons choisi de maintenir l'AEPf standard avec pour argument que le « comité d'expert » protégeait de la surestimation des patients ANP (60). Nous pouvons cependant critiquer le fait que nous n'avons pas réalisé de discussion de « groupe d'expert » pour les patients CCMU1 que nous avons catégorisés ANP de manière systématique. Une autre limite était que deux des participants du « comité d'expert » étaient impliqués dans l'étude: il aurait été intéressant d'impliquer des médecins extérieurs à l'étude afin d'obtenir plus d'objectivité et limiter le biais de jugement.

Nos résultats suggèrent que la CCMUm ne doit donc pas être utilisée comme un outil évaluant une pertinence. Elle doit permettre éventuellement de faciliter la sélection des patients nécessitant l'utilisation de l'échelle AEPf dans une optique d'allègement de la charge de travail.

Concernant les limites de la méthodologie, l'HAS recommande une étude prospective pour l'évaluation de la pertinence de l'admission avec la grille AEPf (71). Notre étude rétrospective nous expose à un biais d'information pouvant être à l'origine d'une surévaluation du taux d'ANP, comme nous le précise une étude suisse (122). Notre étude monocentrique nous expose à un « effet centre » en lien avec la démographie particulière des patients admis au SAU d'un seul site, ce qui rend les résultats peu comparables. Cet « effet centre » était souhaité et constitue également une force de notre étude. En effet, durant la période d'inclusion des patients, les statistiques générales du service des urgences de l'hôpital St André montraient que 23% des patients admis au SAU avaient 75 ans et plus. Hors, sur la même période, les tendances des autres hôpitaux Bordelais étaient entre 14 et 17%, les tendances régionales étaient de 17% et les nationales étaient plutôt aux alentours de 12% (7,116,119). Cet « effet centre » nous a permis de cibler et d'évaluer une population particulière, sélectionnée, bénéficiant du PAERPA. Il aurait été intéressant d'impliquer les autres services d'urgences de la ville de Bordeaux mais nous nous serions confrontés à des disparités de prise en charge des personnes âgées par les équipes.

Un autre élément rendant notre étude difficilement comparable à la littérature est qu'elle a été réalisée dans une métropole dotée de la filière gériatrique PAERPA: les études citées dans notre recherche bibliographique, même si nous les avons voulues



majoritairement françaises pour plus de comparabilité, étaient réalisées dans des villes qui n'étaient pas toutes égales concernant leur dotation en filières gériatriques

Concernant la population étudiée, les critères d'inclusion précis de notre étude constituent à notre sens une force du travail. La principale limite à étudier cette population précise est la difficulté de comparaison par rapport aux études disponibles dans la littérature actuelle, mais ce n'était pas l'objectif de notre travail. La sélection de cette population trouve sa source lorsque, alors en stage d'internat, nous avons constaté un nombre important de patients hospitalisés à l'UHCD dont la présence nous semblait non pertinente. Lors de notre travail préliminaire pour l'élaboration de notre question de recherche, nous avons constaté que de nombreuses études s'intéressaient à la pertinence de l'admission des personnes âgées aux urgences. Leurs conclusions allaient dans le même sens: optimiser le réseau gériatrique, augmenter le lien ville hôpital et sensibiliser les équipes hospitalières en créant des équipes d'accueil spécialisées pour les personnes âgées aux urgences (25,26). Depuis ces résultats, de nombreuses évolutions ont vu le jour, notamment grâce au dispositif PAERPA, devant permettre d'apporter des solutions avec notamment une diminution des admissions évitables aux urgences. Nous avons volontairement inclus des patients bénéficiant d'un réseau gériatrique ambitieux, bien implanté, d'équipes hospitalières sensibilisées dans le SAU de l'hôpital Saint André présentant le taux d'accueil de personnes âgées le plus important de la métropole de Bordelaise et pourvu d'une EMG dédiée. Nous avons poussé la sélection plus loin que dans la littérature en incluant uniquement les patients hospitalisés à l'UHCD suite à leur admission au urgences et ayant bénéficié d'un avis de l'EMG. L'objectif était de comprendre qui étaient ces patients ayant une admission au SAU non pertinente malgré le fait qu'ils aient été hospitalisés après avis médical afin de mettre en évidence les failles du parcours gériatrique. Notre étude, même si sa question de recherche a pris source à partir de patients hospitalisés, a volontairement étudié la pertinence de l'admission aux urgences et non la pertinence des journées d'hospitalisation. Nous avons choisi de décrire les caractéristiques et le parcours de ces patients bien avant leur hospitalisation afin de comprendre leurs besoins en amont. Il aurait été intéressant de coupler la pertinence des journées d'hospitalisation de ces patients à la pertinence de leur admission aux urgences, ce qui peut représenter une limite de notre étude.

Les autres forces de notre étude sont: l'originalité du travail en centrant la question de recherche sur la personne âgée de 75 ans et plus et la question de recherche émanant du terrain.

## CONCLUSION

---

En 2017, nous nous sommes interrogés sur les admissions au SAU de personnes âgées qui nous semblaient non pertinentes et nombreuses malgré l'existence du réseau PAERPA puisque l'un de objectifs de ce dispositif était de réduire les passages aux urgences évitables.

Notre étude a tenté d'identifier les caractéristiques médico-sociales des patients dont l'admission initiale aux urgences était non pertinente, de décrire leur parcours de soins, leurs besoins et d'identifier leur lien avec le PAERPA. Cette étude avait pour objectif de de comprendre les raisons de cette admission non pertinente aux urgences.

Cependant, les caractéristiques de ces patients n'étaient pas celles correspondant à nos hypothèses initiales: nous avons retrouvé une population plus fragile qu'attendue, peu autonome et déjà très bien pourvue en aides à domicile. Leurs besoins à l'admission aux urgences étaient très spécifiques: ils nécessitaient, en urgence, une prise en charge à prédominance médicale dans une structure ayant idéalement les caractéristiques de l'EHPAD et de l'hôpital. Les raisons de leur admission au SAU étaient l'indisponibilité de ce type de structure en urgence.

Le dispositif PAERPA représente un dispositif intéressant pour une population plutôt autonome dans un objectif de prévention et d'optimisation du domicile: c'est par ce biais que les admissions non pertinentes aux urgences pourraient être évitées. Cependant, il ne semble pas représenter une ressource adaptée à l'urgence médico-sociale de la personne âgée, qui, de par sa complexité, nécessite une admission dans la structure disponible la plus adaptée, parfois faute de mieux: les urgences.

Ce profil nous pousse à une réflexion sur l'absence d'alternative aux SAU face à l'urgence médico-sociale pour cette population arrivant en bout de course à domicile puisque quasiment la moitié d'entre eux, seront après cet épisode, institutionnalisés.

Les pistes de réflexion nous poussent à imaginer une structure d'accueil, proche du schéma d'un EHPAD, pouvant proposer un accueil médical urgent. L'admission se ferait en étroite collaboration avec le médecin traitant, pour un séjour de courte durée proposant une surveillance médicale, paramédicale, et une prise en charge sociale avec optimisation du projet de vie dans le lieu le plus adapté au patient.

## Bibliographie

---

1. Bilan démographique 2017 - Insee Première - 1683 [Internet]. [cité 8 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173>
2. Qu'est ce que PAERPA ? | [www.paerpa-paris.fr](http://www.paerpa-paris.fr) [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.paerpa-paris.fr/le-paerpa/quest-ce-que-le-paerpa>
3. Insee. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
4. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie Nationale de Santé, feuille de route. [Internet]. 2013 [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille\\_de\\_route.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf)
5. Ministère des affaires sociales et de la santé. Comité national sur le parcours des santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. In 2013 [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc\\_paerpa.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf)
6. Mauro L, Vertueux G. Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières. In DREES; 2014. (Dossiers solidarité santé).
7. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences: une patientèle au profil particulier. In Dress; 2017 [cité 7 déc 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1007.pdf>
8. Launay C, Haubois G, Hureaux-Huynh R, Gautier J, Annweiler C, Beauchet O. Older adults and emergency department: who is at risk of hospitalization? *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement*. mars 2014;(1):43-9.
9. Sanders AB, Morley JE. The Older Person and the Emergency Department. *J Am Geriatr Soc*. août 1993;41(8):880-2.
10. Forest A, Ray P, Cohen-Bittan J, Boddart J. Urgences et gériatrie. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. oct 2011;11(65):205-13.
11. Aïm J-L. Le patient âgé aux urgences, enjeux de l'évaluation à l'accueil. *Soins Gériatrie*. juill 2013;18(102):25-8.
12. Dang A, Sanchez S, Collart M, Mahmoudi R, Laplanche D. Pertinence des passages aux urgences des résidents d'Ehpad de 75 ans et plus. *Soins Gériatrie*. mars 2018;23(130):21-7.
13. Derame G, El Kouri D, Hamidou M, Carré E, Potel G. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences. *Presse Médicale*. juill 2004;33(12):780-3.
14. Société Francophone de Médecine d'Urgences. 10ème conférence de consensus. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Dec 2013. In [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/upload/consensus/pa\\_urgs\\_long.pdf](http://www.sfm.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf)
15. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med*. mars 2002;39(3):238-47.
16. Chevalley T. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences : données médicales indispensables. *J Eur Urgences*. sept 2004;17(3):235-9.

17. Somme D, Cauterman M, Huet B, Durand-Gasselín B, Saint-Jean O. Non-pertinence hospitalière dans deux services de gériatrie aiguë: description du phénomène et étude des facteurs de risque. *Rev Médecine Interne*. déc 2007;28(12):818-24.
18. Somme D, Saint-Jean O, Cauterman M, Huet B, Durand-Gasselín B. La pertinence des journées d'hospitalisation : de la différence entre rendement et efficacité en santé. *Rev Médecine Interne*. mai 2008;29(5):437-8.
19. Alais M. Admissions inappropriées des personnes âgées aux urgences: impact d'une nouvelle diffusion du numéro de régulation gériatrique auprès des médecins généralistes de la Haute-Vienne. 2017.
20. Blot D. Evaluation de la pertinence des admissions des patients âgés de 75 ans et plus hospitalisés après passage aux urgences du centre hospitalier de Macon. 2019.
21. Begaudeau A. Pertinence des admissions des personnes âgées de 80 ans et plus aux urgences du CHU de Nantes. 2011.
22. Petitot C., Chapuis F., Touzet S., Fournier G., Bonnefoy M. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire: une enquête prospective. *RevGeriatr*. 2008;33(9):761-9.
23. Juge-Boulogne A., Kervinio C., Drode M., Sauvanier M., Revel V., De la Fournière F., et al. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences:enquête rétrospective au centre hospitalier de Pau. *RevGeriatr*. 2001;26(9).
24. Sough B, Gauthier T, Clair D, Gall AL, Menecier P, Mangola B. Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgences. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012;10(2):151-8.
25. Ferry-Hmidouch R, Pichot Du Mezeray A. Quels sont les critères d'admission dans un service d'urgence d'une personne âgée de plus de 75 ans? *J Eur Urgences*. sept 2004;17(3):299-302.
26. Lazarovici C, Somme D, Chatellier G, Saint-Jean O, Espinoza P. Trajectoire initiale des patients âgés et impact sur leur orientation après leur passage dans les services d'urgences. Résultats d'une enquête nationale. *Rev Médecine Interne*. août 2008;29(8):618-25.
27. PAERPA : Parcours de santé des aînés - Ville de Bordeaux. Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine [Internet]. [cité 28 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/paerpa-parcours-de-sante-des-aines-ville-de-bordeaux>
28. Haute Autorité de Santé - Mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation PAERPA [Internet]. [cité 3 nov 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1742730/fr/mise-en-oeuvre-de-l-education-therapeutique-dans-le-cadre-de-l-experimentation-paerpa](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1742730/fr/mise-en-oeuvre-de-l-education-therapeutique-dans-le-cadre-de-l-experimentation-paerpa)
29. Ministère des solidarités et de la santé. Bilan intermédiaire Paerpa 2017 [Internet]. [cité 22 oct 2018]. Disponible sur: [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/bilan\\_paerpa\\_2018.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/bilan_paerpa_2018.pdf)
30. Teixeira A. Projet PAERPA : retour d'expérience du Nord-Est de Paris. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. juin 2015;15(87):129-33.
31. Ministère des solidarités et de la santé. Le dispositif Paerpa [Internet]. 2017 [cité 3 nov 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

32. Teixeira A. Le repérage de la fragilité, un élément central du projet PAERPA : forces et faiblesses. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. juin 2015;15(87):134-7.
33. ARS Nouvelle Aquitaine. PAERPA33-Sommaire Fiches actions. [Internet]. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA\\_Bordeaux\\_Sommaire\\_fiches\\_actions.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_Sommaire_fiches_actions.pdf)
34. Agence Régionale de Santé. PAERPA-Fiche pratique:les établissements de santé et leurs professionnels. [Internet]. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA\\_Bordeaux\\_fiche\\_action\\_etab\\_sante\\_pro.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_action_etab_sante_pro.pdf)
35. ARS Nouvelle Aquitaine. PAERPA:Fiche action médecins. [Internet]. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA\\_Bordeaux\\_fiche\\_action\\_medecins.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_action_medecins.pdf)
36. ARS Nouvelle Aquitaine. PAERPA Bordeaux.Fiche pratique:Equipe de soutien aux aidants à domicile (ESAD) [Internet]. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA\\_Bordeaux\\_fiche\\_action\\_ESAD.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_action_ESAD.pdf)
37. ARS Nouvelle Aquitaine. PAERPA Bordeaux.Fiche pratique:prévention et dépistage de la perte d'autonomie.Troubles de l'équilibre et prévention des chutes. [Internet]. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA\\_Bordeaux\\_fiche\\_action\\_prev\\_chutes.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_action_prev_chutes.pdf)
38. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le parcours santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) [Internet]. 2018 [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
39. ARS Nouvelle Aquitaine. PAERPA Bordeaux. Fiche pratique:la permanence téléphonique « Gériatrie ». [Internet]. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA\\_Bordeaux\\_fiche\\_action\\_permanence\\_telephonique.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_action_permanence_telephonique.pdf)
40. ARS Nouvelle Aquitaine. PAERPA Bordeaux.Fiche pratique:les établissements de santé. [Internet]. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA\\_Bordeaux\\_fiche\\_action\\_EtabSante.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_action_EtabSante.pdf)
41. ARS Nouvelle Aquitaine. PAERPA Bordeaux.Fiche pratique:Unité d'évaluation pluri professionnelle de gériatrie dans la cité. [Internet]. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA\\_Bordeaux\\_fiche\\_action\\_unite\\_eval\\_geriatrie.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_action_unite_eval_geriatrie.pdf)
42. Desbordes M, Nebout S, Grès H, Guillin O, Haouzir S. La télémédecine en psychiatrie du sujet âgé : enjeux et perspectives. NPG Neurol Psychiatr Gériatrie. oct 2015;15(89):270-3.
43. ARS Nouvelle Aquitaine. PAERPA Bordeaux.Fiche pratique:Téléconsultations en EHPAD. [Internet]. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA\\_Bordeaux\\_fiche\\_telemedecine.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_telemedecine.pdf)

44. ARS Nouvelle Aquitaine. PAERPA Bordeaux.Fiche pratique:Astreinte des infirmiers libéraux de 20h à 8h. [Internet]. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA\\_Bordeaux\\_fiche\\_action\\_astreinte\\_IDEL.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_action_astreinte_IDEL.pdf)
45. ARS Nouvelle Aquitaine. PAERPA Bordeaux.Fiche pratique:"Urgence Nuit". [Internet]. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA\\_Bordeaux\\_fiche\\_action\\_EquipeUrgenceNuit.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_action_EquipeUrgenceNuit.pdf)
46. ARS Nouvelle Aquitaine. PAERPA Bordeaux.Fiche pratique: L'EHPAD dans et hors les murs.[cité le 30 dec 2018]. Disponible sur [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA\\_Bordeaux\\_fiche\\_action\\_EHPAD\\_horslesmurs.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_action_EHPAD_horslesmurs.pdf)
47. ARS Nouvelle Aquitaine. PAERPA Bordeaux.Fiche pratique:Les EHPAD Relais. [Internet]. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA\\_Bordeaux\\_fiche\\_action\\_EHPAD\\_relais.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_action_EHPAD_relais.pdf)
48. Agence Nationale d'Appui à la performance (ANAP). L'hébergement temporaire en EHPAD: retour d'expériences des territoires PAERPA [Internet]. 2019 [cité 6 oct 2019]. Disponible sur: [https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2019-09/Hebergement\\_temporaire\\_en-ehpad\\_publication\\_2.pdf](https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2019-09/Hebergement_temporaire_en-ehpad_publication_2.pdf)
49. Salles N. Les équipes mobiles de gériatrie en France. Soins Gérontologie. nov 2015;20(116):12-4.
50. Crétel É, Ciocan D, Molines C, Icard MC, Dramé M. Coordination aux urgences par une unité mobile de gériatrie. Soins Gérontologie. juill 2013;18(102):33-6.
51. Salles N. Enquête nationale sur les pratiques des Equipes Mobiles de Gériatrie en France. Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG. Rev Gériatrie. 2012;37(9):738-41.
52. Prud'homm J, Somme D. Organisation du soin du patient âgé, filières et approche territoriale. 2018;7.
53. Natali J-P, Schwald N, Bach F, Bourgoïn G, Chiffroy D, Bloch F. Intérêt d'une équipe mobile gériatrique aux urgences : retour sur dix ans d'expérience. Soins Gérontologie. nov 2015;20(116):22-4.
54. ARS Nouvelle Aquitaine M. Fiche pratique:Plateforme autonomie Sénior. [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA\\_Bordeaux\\_fiche\\_plateforme\\_autonomie.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_plateforme_autonomie.pdf).
55. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. [Internet]. 2015 [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/fiche\\_parours\\_polypathologie\\_du\\_sujet\\_age.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/fiche_parours_polypathologie_du_sujet_age.pdf)
56. Haute Autorité de Santé - Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [Internet]. [cité 20 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa)

57. ARS Nouvelle Aquitaine. PAERPA Bordeaux. Fiche pratique: les outils numériques de Parcours Santé des Aînés. [Internet]. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA\\_Bordeaux\\_fiche\\_action\\_lesoutilsnumeriques.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_action_lesoutilsnumeriques.pdf)
58. Agence Régionale de Santé, ESEA. La sécurisation du partage d'information dans la coordination des parcours de personnes. Charte de recommandations de bonnes pratiques de l'usage de Paaco-globule en Nouvelle-Aquitaine. 2020. [Internet] [cité le 18 Avr 2021] Disponible sur [https://www.esena.fr/sites/default/files/Charte%20Bonnes%20Pratiques\\_v1.pdf](https://www.esena.fr/sites/default/files/Charte%20Bonnes%20Pratiques_v1.pdf)
59. Forest A, Cohen-Bittan J, Ray P, Boddaert J. Difficultés de la prise en charge du patient âgé en médecine d'urgence. *Cah Année Gérontologique*. juin 2011;3(2):43-7.
60. Menand E, Lenain E, Lazarovici C, Chatellier G, Saint-Jean O, Somme D, et al. French multicenter evaluation of the appropriateness of admission to the emergency department of the over-80s. *J Nutr Health Aging*. juin 2015;19(6):681-7.
61. Ellis G, Marshall T, Ritchie C. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clin Interv Aging*. 24 nov 2014;9:2033-43.
62. Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The Natural History of Functional Morbidity in Hospitalized Older Patients. *J Am Geriatr Soc*. déc 1990;38(12):1296-303.
63. Ruiz M, Bottle A, Long S, Aylin P. Multi-Morbidity in Hospitalised Older Patients: Who Are the Complex Elderly? Abete P, éditeur. *PLOS ONE*. 30 déc 2015;10(12):e0145372.
64. Incalzi RA, Gemma A, Capparella O, Terranova L, Porcedda P, Tresalti E, et al. Predicting Mortality and Length of Stay of Geriatric Patients in an Acute Care General Hospital. *J Gerontol*. 1 mars 1992;47(2):M35-9.
65. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older Patients in the Emergency Department: A Review. *Ann Emerg Med*. sept 2010;56(3):261-9.
66. Mazière S, Lanièce I, Hadri N, Bioteau C, Millet C, Couturier P, et al. Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente. *Presse Médicale*. févr 2011;40(2):e101-10.
67. Wu HY, Sahadevan S, Ding YY. Factors associated with functional decline of hospitalised older persons following discharge from an acute geriatric unit. *Ann Acad Med Singapore*. janv 2006;35(1):17-23.
68. HAS. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées [Internet]. Septembre 2017 [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2801190/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-agees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801190/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-agees)
69. Inouye SK, Wagner DR, Acampora D, Horwitz RI, Cooney LM, Hurst LD, et al. A predictive index for functional decline in hospitalized elderly medical patients. *J Gen Intern Med*. déc 1993;8(12):645-52.
70. Recommandations du jury. Conférence de consensus: prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. *J Eur Urgences*. sept 2004;17(3):183-201.



71. HAS. Revue de pertinence des soins. Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation. In 2004 [cité 8 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/rps\\_guide.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/rps_guide.pdf)
72. Fourestié V, Roussignol E, Elkharrat D, Rauss A, Simon N. Classification clinique des malades des urgences: définition et reproductibilité. *Réan Urg.* janv 1994;3(5):573-8.
73. Observatoire régional des urgences Midi-Pyrénées. La Classification Clinique des malades des Urgences modifiée. [Internet]. [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/ccmu.pdf>
74. HAS. Revue de la pertinence des soins. In 2017 [cité 8 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-11/revue\\_de\\_pertinence\\_des\\_soins.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-11/revue_de_pertinence_des_soins.pdf)
75. Gertmann P, Restuccia J. The Appropriateness Evaluation Protocol: A technique for assessing Unnecessary Days Of Hospital care. août 1981;
76. Liberati A, Apolone G, Lang T, Lorenzo S, on behalf of the project Steering Group and the Coordinating Center. A European Project Assessing the Appropriateness of Hospital Utilization: Background, Objectives and Preliminary Results. *Int J Qual Health Care.* 1 sept 1995;7(3):187-99.
77. Pileggi C, Bianco A, Di Stasio SM, Angelillo IF. Inappropriate hospital use by patients needing urgent medical attention in Italy. *Public Health.* juin 2004;118(4):284-91.
78. Maire A. Pertinence des hospitalisations via le service des urgences chez les patients de plus de 75 ans [Internet]. Paris Diderot-Paris 7; 2013 [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4396\\_MAIRE\\_these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4396_MAIRE_these.pdf)
79. Smeets PMJH. Assessing the necessity of hospital stay by means of the Appropriateness Evaluation Protocol: how strong is the evidence to proceed? *Int J Qual Health Care.* 1 déc 2000;12(6):483-93.
80. Lang T, Davido A, Logerot H, Meyer L. Appropriateness of admissions :the French experience. *Int J Qual Health Care.* 1995;7(3):233-8.
81. Chopard P. Predictors of inappropriate hospital days in a department of internal medicine. *Int J Epidemiol.* 1 juin 1998;27(3):513-9.
82. Strumwasser I, Paranjpe NV, Ronis DL, Share D, Sell LJ. Reliability and Validity of Utilization Review Criteria: Appropriateness Evaluation Protocol, Standardized Medreview Instrument, and Intensity-Severity-Discharge Criteria. *Med Care.* 1990;28(2):95-111.
83. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Mould-Quevedo JF, García-González JJ, Contreras-Hernández I, Espinel-Bermudez MC, et al. The hospital appropriateness evaluation protocol in elderly patients: a technique to evaluate admission and hospital stay. *Scand J Caring Sci.* juin 2008;22(2):306-13.
84. Baré M.L., Prat A., Lledo L., Asenjo M.A., Salleras LL. Appropriateness of admissions and hospitalization days in acute-care teaching hospital. *RevEpidém.et Santé Publ.* 1995;(43):328-36.
85. Tsang P, Severs MP. A Study of Appropriateness of Acute Geriatric Admissions and an Assessment of the Appropriateness Evaluation Protocol. *J R Coll Physicians Lond.* 1995;29(4):311-4.

86. Davido A, Nicoulet I, Levy A, Lang T. Appropriateness of admission in an emergency department: reliability of assesement and causes of failure. *Int J Qual Health Care*. 1 déc 1991;3(4):227-34.
87. Lazarovici C, Somme D, Carrasco V, Baubeau D, Saint-Jean O. Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France. *Presse Médicale*. déc 2006;35(12):1804-10.
88. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Autonomie et dépendance. Université Médicale Virtuelle Francophone.
89. Duc S, Fernandez C, Moheb B, Dang VM, Bloch F, Floccia M, et al. Triage risk screening tool (TRST) in screening elderly patients requiring the intervention of a mobile geriatric team: results of a pilot study. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement*. mars 2015;(1):55-62.
90. Aubrion A, Morin M, Roupie E, Macrez R. Pertinence des hospitalisations posturgences de moins de 24 heures en dehors des unités d'hospitalisation de courte durée. *Ann Fr Médecine D'urgence*. mai 2019;9(3):149-55.
91. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, El Khoury C, Yordanov Y. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Qual Saf*. juin 2020;29(6):449-64.
92. Penneau A, Bricard Damien, Zeynep Or. Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées : impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins. 2019;36.[Consulté le 12 Avr 2021]. Disponible <https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/081-ameliorer-la-prise-en-charge-sanitaire-et-sociale-des-personnes-agees-impact-des-plans-personnalisés-de-sante-sur-les-parcours-de-soins.pdf>
93. Ministère de la santé et des sports. Enquête Nationale pour l'évaluation des Inadéquations hospitalières. In 2011. p. 245.[Internet].[Consulté le 18 Mar 2021]. Disponible à [https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Ministere/Publications/2011/3\\_10\\_2011\\_14\\_11\\_24\\_INADEQUATIONS%20HOSPITALIERES%20Rapports%20Sanesc%20090609.pdf](https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Ministere/Publications/2011/3_10_2011_14_11_24_INADEQUATIONS%20HOSPITALIERES%20Rapports%20Sanesc%20090609.pdf)
94. Champenier R. Pertinence de l'adressage aux urgences par les médecins généralistes dans le territoire de Mulhouse-Sud Alsace. Université de Stasbourg; 2020.
95. Dulau P. Le projet PAERPA sur le territoire de la ville de Bordeaux: étude qualitative auprès de médecins généralistes. 2019.
96. Guyon C. Etude de pratique et d'opinion des médecins généralistes libéraux dans le cadre du projet PAERPA. 2016.
97. Zeynep O., Bricard D, Le Guen N., Penneau A.. Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats. IRDES. 2018
98. Ministère des solidarités et de la santé. Rapport Libault: 175 propositions pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France. 2019.
99. Fanello S, Moutel L, Houssin L, Durand-Stocco C, Roy PM. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des Admissions et Urgences d'un grand Hôpital. *Santé publique*.1999;11(4):465-82.

101. d'Alché-Gautier M, Maïza D, Chastang F. Assessing the appropriateness of hospitalisation days in a French university hospital. *Int J Health Care Qual Assur.* mars 2004;17(2):87-91.
102. Lang P-O, Ebel M, Hasenfratz A, Autelitano-Boohs A-M, Bandelier S, Boudebouda Y, et al. Personnes âgées dépendantes en attente d'entrée en EHPAD depuis un service hospitalier : étude prospective sur la communauté urbaine de Strasbourg, France. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* avr 2008;56(2):87-95.
103. Dramé M, Lang PO, Novella J-L, Narbey D, Mahmoudi R, Lanièce I, et al. Six-month outcome of elderly people hospitalized via the emergency department: The SAFES cohort. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* juin 2012;60(3):189-96.
104. Gentric A, Duquesne F, Graziana A, Sivy H, Duges F, Garo B, et al. L'accueil gériatrique médicosocial aux urgences: une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en médecine? *Rev Médecine Interne.* févr 1998;19(2):85-90.
105. Lang P-O, Dramé M, Jolly D, Novella J-L, Blanchard F, Michel J-P. Que nous apprend la cohorte SAFES sur l'adaptation des filières de soins intra-hospitalières à la prise en charge des patients âgés ? *Mise Au Point.* 2010;11.
106. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés, Paerpa: premiers résultats. Paris: IRDES; 2018.
107. Zeynep O., Penneau A. Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Irdes; 2017. [internet].[Consulté le 15 Avr 2021]. Disponible <https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/072-analyse-des-determinants-territoriaux-du-recours-aux-urgences-non-suivi-d-une-hospitalisation.pdf>
108. Agence Régionale de Santé (ARS). CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cité 5 oct 2019]. Disponible sur: <http://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=omni&report=r01&selgeo1=arm.33063&selgeo2=fra.99>
109. Plateforme Autonomie Sénior Bordeaux. Bilan des chambres relais en EHPAD au 31 décembre 2018.
110. Rey-Bellet P, David S, Gaille G, Yersin B. Hébergement médico-social temporaire: Alternative à l'hospitalisation de personnes âgées? *Soz- Préventivmedizin SPM.* janv 1997;42(1):11-20.
111. Eriksen BO, Kristiansen IS, Nord E, Pape JF, Almdahl SM, Hensrud A, et al. The cost of inappropriate admissions: a study of health benefits and resource utilization in a department of internal medicine. *J Intern Med.* 1999;246(4):379-87.
112. Rottner J. Critères de non-hospitalisation de la personne âgée de plus de 75 ans: aspect médical. *J Eur Urgences.* sept 2004;17(3):269-74.
113. Sost G, Jouanny P. Urgences gériatriques. *EMC - Traité Médecine AKOS.* janv 2006;1(1):1-5.
114. Paraponaris A, Obadia Y, Ben Diane M-K, Bertrand F, Moatti J-P. Comportements de consommation de soins. *Presse Médicale.* févr 2004;33(4):228-34.
115. Observatoire Régional des Urgences de Nouvelle Aquitaine. Tutoriel tableau de bord patient [Internet]. 2021 [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.oruna.fr/espace-documentaire/rpu>

116. Observatoire Régional des Urgences de Nouvelle Aquitaine. Panorama urgences 2017. [Internet]. [Consulté le 11 Mars 2021]. Disponible sur <https://www.oruna.fr/system/files/public/CHIFFRES%20CLE%20ETABLISSEMENT%202017%20V5.pdf>
117. Cash É, Cash R, Ducassé J-L, Hault C, Matthieu F, Richard T. Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières. Mars 2013. [Internet]. [Consulté le 09 Déc 2019]. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtee125.pdf>
118. Pardon J. Patients de 75 ans et plus accueillis aux Urgences du centre hospitalier de Mâcon: descriptif, évolution depuis 2008 et analyse des patients adressés avec un courrier. 2018.
119. DREES. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013#Mise-a-disposition-des-donnees>
120. Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Protocole AEP: Pertinence des admissions en urgence chez les patients de 80 ans et plus atteints ou non de démence. [Internet]. [Consulté le 20 Avr 2021]. Disponible sur [https://www.longuevieetautonomie.fr/sites/default/files/editor/files/stories/divers/protocol\\_eaep.pdf](https://www.longuevieetautonomie.fr/sites/default/files/editor/files/stories/divers/protocol_eaep.pdf)
121. Abdoulhadi D, Chevalet P, Moret L, Fix M-H, Gégu M, Jaulin P, et al. Appropriateness of direct admissions to acute care geriatric unit for nursing home patients: an adaptation of the AEPf GRID. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement*. mars 2015;13(1):15-21.
122. Santos-Eggimann B, Sidler M, Schopfer D, Blanc T. Comparing Results of Concurrent and Retrospective Designs in a Hospital Utilization Review. *Int J Qual Health Care*. 1 jan 1997;9(2):115-20.

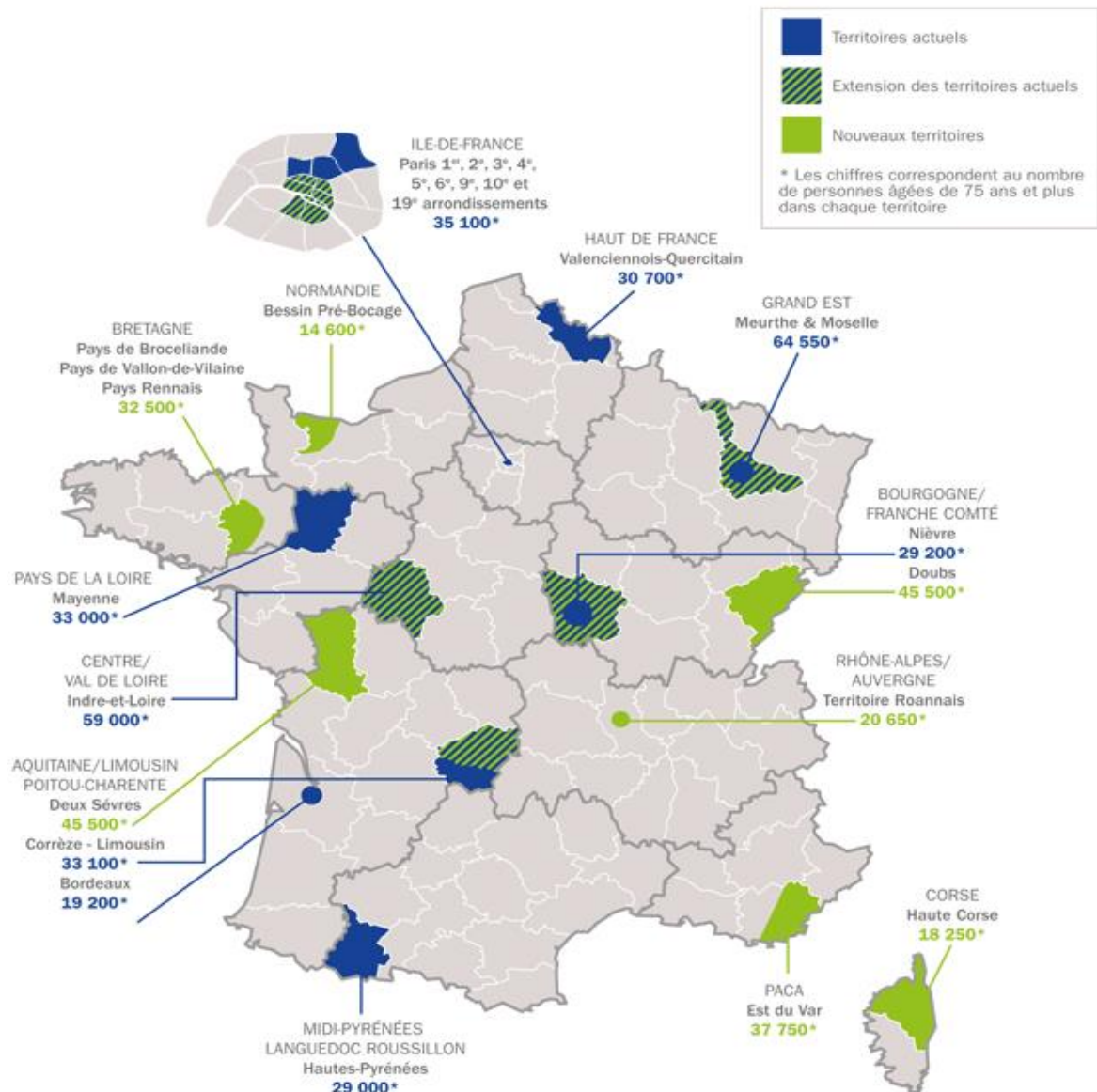
## Annexes

---

Annexe 1. Carte des territoires PAERPA en 2017 .....	85
Annexe 2. Les dispositifs du PAERPA et leurs actions à Bordeaux.....	86
Annexe 3. Repérage de la fragilité pour les personnes âgées .....	87
Annexe 3.1. Grille d'aide au repérage de la fragilité pour les personnes âgées .....	87
Annexe 3.2. Algorithme pour le repérage et l'orientation d'un patient fragile .....	88
Annexe 4. Education thérapeutique personnalisée .....	89
Annexe 4.1. Exigences relatives à l'organisation en équipe .....	89
Annexe 5. Astreinte des IDE libéraux.....	90
Annexe 6. Les EHPAD Relais et l'EHPAD dans et hors les murs .....	91
Annexe 7. Les outils de coordination.....	93
Annexe 8. La plateforme autonomie seniors .....	94
Annexe 9. Mise en place d'un plan personnalisé de santé (PPS) .....	95
Annexe 9.1. Grille de repérage pour l'élaboration du PPS (35) .....	95
Annexe 10. Les outils numériques du PAERPA.....	96
Annexe 11. Classification Clinique des Malades des Urgences Modifiée .....	97
Annexe 11.1. Tableau d'aide clinique à la classification CCMU.....	98
Annexe 12. Grille AEPf des admissions .....	99
Annexe 12.1. Première étape: évaluation de la pertinence de l'admission selon des critères de gravité clinique (A) ou liés aux soins délivrés (B).....	99
Annexe 12.2. Deuxième étape: avis d'expert si admission jugée non pertinente selon question A.....	100
Annexe 12.3. Troisième étape: admission non pertinente selon les critères AEPf et l'avis d'experts. ....	101
Annexe 13. Echelle des activités de la vie quotidienne ADL Katz.....	103
Annexe 14. TRST ( Triage Risk Screening Tool) .....	104
Annexe 15. Classification des motifs d'admission et des diagnostics finaux.....	105
Annexe 16. Questionnaire téléphonique des médecins généralistes .....	106
Annexe 17. Détail du score TRST des patients inclus.....	108
Annexe 18. Tableau des correspondances entre les motifs d'admission aux urgences et le diagnostic final lors de l'hospitalisation.....	109
Annexe 19. Correspondances des motifs d'admission aux urgences et des diagnostics finaux .....	110
Annexe 20. Besoins des patients du groupe ANP à l'admission au SAU.....	111
Annexe 21. Connaissance et satisfaction des médecins généralistes des patients inclus concernant les différents dispositifs du PAERPA.....	112
Annexe 22. Commentaires des médecins généralistes interrogés (N=65) concernant les différents dispositifs du PAERPA .....	113

## Annexe 1. Carte des territoires PAERPA en 2017

### Les territoires PAERPA (Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie)



#### Un territoire dans chaque région - Près de 550 000 personnes âgées concernées.

L'ensemble des acteurs territoriaux sont mobilisés pour participer à ces dispositifs pilotes qui se mettront en place progressivement : conseils départementaux, professionnels de santé, établissements de santé et médico-sociaux, secteur social, assurance maladie, assurance vieillesse, etc.

## Annexe 2. Les dispositifs du PAERPA et leurs actions à Bordeaux



- **Plateforme Autonomie Seniors**  
Ville de Bordeaux
- **Médecins**  
URPS Médecins Libéraux d'Aquitaine
- **Prévention et dépistage de la perte d'autonomie Troubles de l'équilibre et prévention des chutes**  
URPS Médecins Libéraux d'Aquitaine
- **ESAD, équipe de soutien aux aidants à domicile**  
Maison de santé protestante de Bordeaux-Bagatelle
- **La permanence téléphonique "Gériatrie"**  
CHU de Bordeaux
- **Unité d'évaluation à domicile**  
CHU de Bordeaux
- **Les établissements de santé**
- **Les établissements de santé et leurs professionnels**
- **Equipe "Urgence nuit"**  
Maison de santé protestante de Bordeaux-Bagatelle
- **Les EHPAD relais**  
Les doyennes - Korian - Croix Rouge Française  
Ville de Bordeaux
- **L'EHPAD dans et hors les murs**  
VILLA PIA
- **Téléconsultations en EHPAD**  
CHU de Bordeaux
- **Astreinte des infirmiers libéraux de 8h à 20h**  
URPS Infirmiers Libéraux
- **Bon usage des médicaments et lutte contre la iatrogénie**  
OMEDIT
- **La conciliation médicamenteuse**  
OMEDIT
- **Retours d'expérience autour de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée**  
OMEDIT
- **Les outils numériques du parcours santé des aînés**  
GCS - TSA (Télésanté Aquitaine)

### Annexe 3. Repérage de la fragilité pour les personnes âgées

#### Annexe 3.1. Grille d'aide au repérage de la fragilité pour les personnes âgées

##### 1) Repérage de la fragilité pour les personnes âgées :

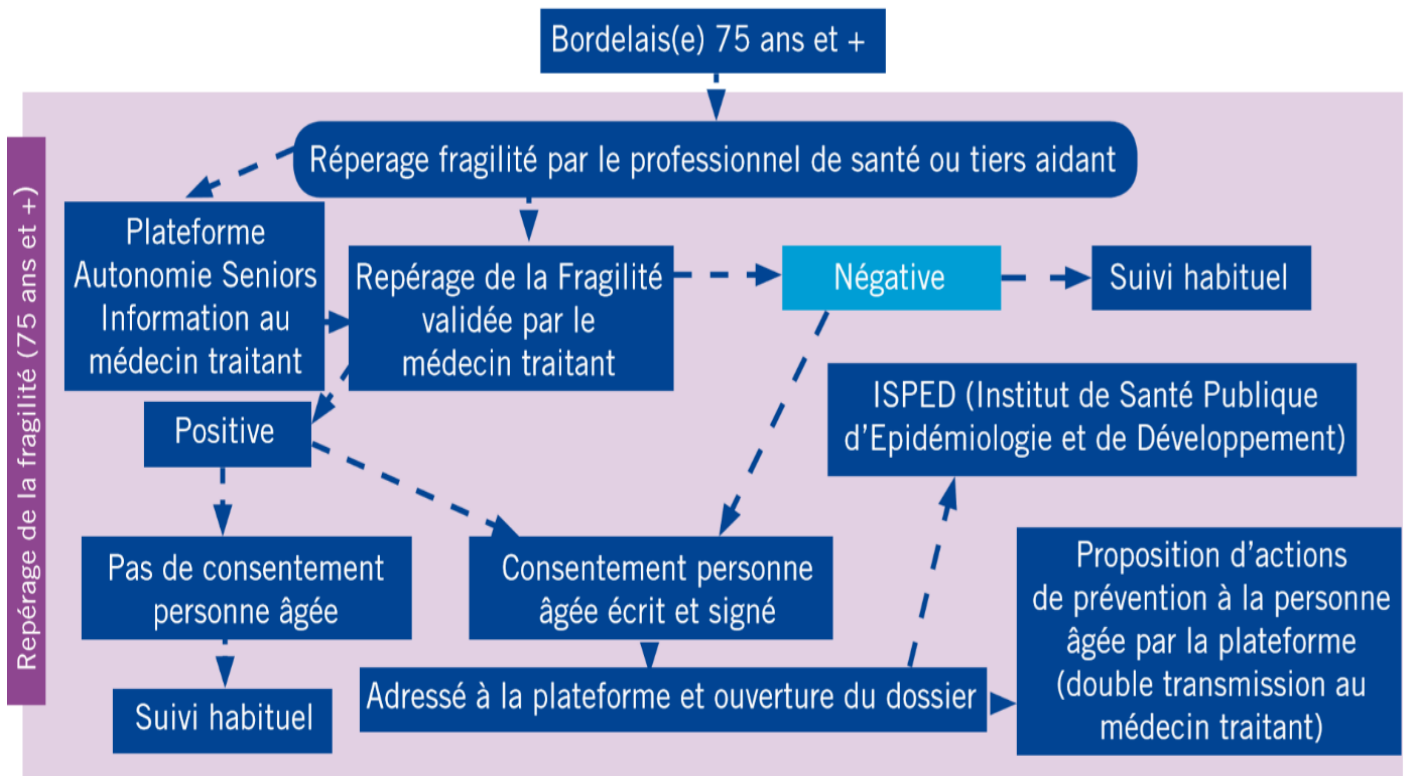
Patients de 75 ans et +, autonomes (ADL 5/5), à distance de pathologie aigue DEPISTAGE			
	OUI	NON	Ne sait pas
Durant la semaine écoulée, je me suis senti(e) seul(e)			
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois de manière involontaire ?			
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?			
Votre patient se plaint-il de sa mémoire ?			
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?			

Si vous avez répondu oui à une de ces questions.  
Votre patient vous paraît-il fragile ? (entourez) OUI NON

*ADL : Activities of daily living.*



### Annexe 3.2. Algorithme pour le repérage et l'orientation d'un patient fragile



## Annexe 4. Education thérapeutique personnalisée

### Annexe 4.1. Exigences relatives à l'organisation en équipe

#### Encadré 1. Exigences relatives à l'organisation en équipe

##### 1) Exercice en équipe. L'équipe :

- tient régulièrement des réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP), au minimum sur l'ETP et sur les stratégies de prise en charge associées ;
- élabore et suit des protocoles pluriprofessionnels qui correspondent aux situations des PAERPA ;
- formalise une coordination avec les autres acteurs du territoire, notamment ceux qui peuvent apporter une aide à la mise en œuvre de l'ETP ou à la prise en charge des PAERPA : réseaux de santé, associations d'usagers, service hospitalier, filière gériatrique, ressources communautaires.

##### 2) Système d'information. L'équipe :

- identifie les patients nécessitant une intervention particulière, notamment la mise en œuvre d'une ETP dans le cadre du projet PAERPA ;
- analyse régulièrement sa pratique d'ETP avec quelques indicateurs pour améliorer le projet d'ETP. Au moins un de ces indicateurs fournit un retour d'information sur les effets attendus pour les patients<sup>3</sup>.

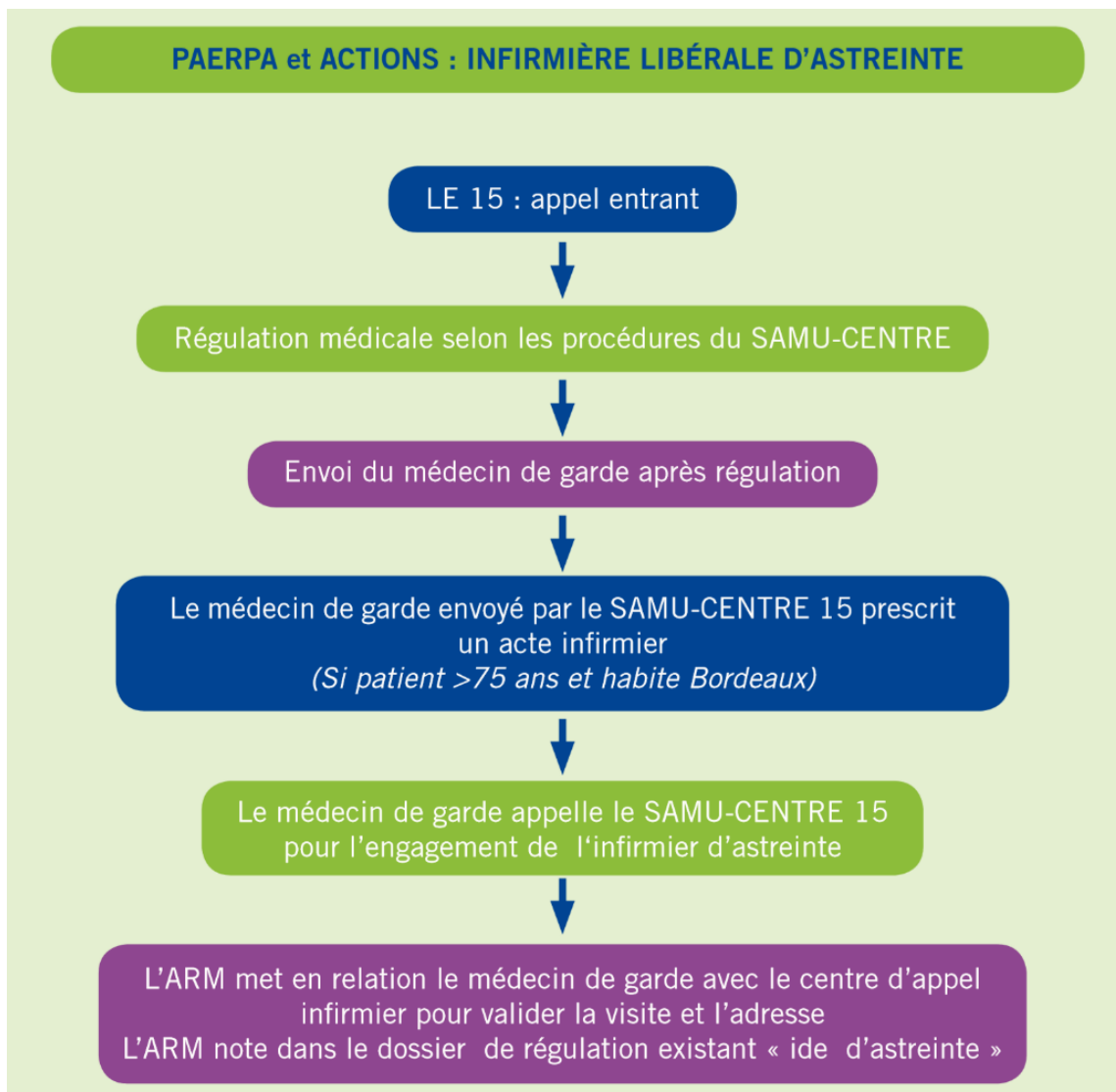
##### 3) Projet de santé. L'équipe :

- a formalisé un projet qui concerne au minimum les PAERPA ;
- désigne un (ou des) responsable(s) chargé(s) de la coordination du projet d'ETP et de sa mise en œuvre ;
- participe au moins tous les 2 ans à une formation à l'éducation thérapeutique fondée sur l'analyse en équipe des pratiques d'ETP afin de capitaliser sur l'expérience acquise et de conforter l'expertise de chacun.


##### 4) Implication des patients. L'équipe :

- évalue l'impact de l'ETP pour chaque patient et partage cette évaluation ;
- assure la traçabilité de l'ETP dans le PPS où sont inscrits les objectifs éducatifs, la ou les personnes chargées de délivrer l'ETP, le résultat attendu pour le patient, l'évaluation et le suivi de l'éducation.

## Annexe 5. Astreinte des IDE libéraux



## Annexe 6. Les EHPAD Relais et l'EHPAD dans et hors les murs



# BORDEAUX Parcours Santé des aînés

DES ACTEURS COORDONNÉS POUR  
UNE AUTONOMIE PRÉSERVÉE

## LES EHPAD RELAIS

### Présentation de l'action

**Journée :** Plateforme Autonomie Seniors  
**0800 625 885**

**Nuit/ Week-end/ Jours fériés :** le 15

### Pourquoi ?

- Les personnes âgées de 75 ans et plus peuvent se retrouver aux urgences ou hospitalisées alors qu'il n'y a besoin que d'une surveillance,
- et/ou les conditions ne sont pas remplies pour un accueil sécurisé au domicile.

Le dispositif PAERPA d'hébergement relais en urgence (en sortie d'hospitalisation ou en sortie d'un service d'accueil des urgences) concourt à limiter la période d'hospitalisation, afin que la personne âgée ne reste en médecine et en chirurgie que le temps nécessaire à la réalisation des actes techniques et des soins qui y sont dispensés.

### Qui ?

Les **personnes âgées de 75 ans** et plus, domiciliées sur Bordeaux présentant une **pathologie** aigue stabilisée entraînant une **perte d'autonomie** (transitoire ou non) étant :

- passées aux urgences ou en service hospitalier avec stabilisation de la pathologie ne nécessitant plus de suivi médical rapproché mais des soins techniques et une surveillance infirmière jour et nuit.
- et/ou dont le retour à domicile est différé du fait de la nécessité d'adaptation de celui-ci et/ou mise en place d'aides ou retour impossible avec recherche d'une structure adaptée.

Les 4 EHPAD RELAIS qui disposent d'une chambre d'hébergement relais en urgence et d'une infirmière de nuit sont :

EHPAD  
Le Platane  
du Grand Parc  
[association Les  
doyennés]

EHPAD  
Clos Serena  
[groupe Korian]

EHPAD  
La clairière  
de Lusry  
[CCAS de la Ville  
de Bordeaux]

EHPAD  
Henry Dunant  
[Croix Rouge  
Française]

La durée de séjour dans la chambre d'hébergement relais en urgence de l'EHPAD ne peut excéder 7 jours, renouvelable une seule fois à titre exceptionnel.

L'objectif : Un retour à domicile sécurisé dans de bonnes conditions de santé.

### Comment ?

#### L'établissement de santé

- donne l'information à la personne âgée sur les objectifs de son transfert et lui fait compléter un formulaire ou, le cas échéant, à son représentant légal, pour donner son accord sur l'orientation vers un séjour en hébergement relais PAERPA.
- se renseigne, auprès de la Plateforme Autonomie Seniors (ou du centre 15 en dehors de ses horaires d'ouverture), de la disponibilité d'une chambre, au plus près du domicile de la personne.
- transmet à l'EHPAD, le dossier de sortie d'hospitalisation.
- un soignant de l'établissement de santé, contacte le référent de l'EHPAD où se trouve la place disponible (Médecin coordonnateur, infirmière référente, infirmière ou Directeur) pour valider l'arrivée.
- s'engage à reprendre le résident dans les plus brefs délais en cas d'aggravation de son état de santé.

#### En parallèle

La Plateforme Autonomie Seniors [Coordination Territoriale d'Appui] (en lien avec l'entourage et le médecin traitant) :

- prépare le retour à domicile avec la famille ou les proches, les intervenants du service d'aide et d'accompagnement à domicile et le médecin traitant.
- associe si nécessaire les services sociaux et les organismes en charge de l'adaptation du logement.

#### Le personnel de l'EHPAD s'engage à :

- accueillir la personne âgée,
- donner, au moment de l'arrivée, un dossier simplifié d'admission en EHPAD,
- établir le contrat de séjour spécifiant notamment les modalités de prise en charge,
- établir un projet de soins pour les personnes accueillies en hébergement relais,
- contacter le médecin traitant pour qu'il puisse assurer le suivi de la personne âgée et mettre à jour le dossier médical de la personne âgée.

#### La prise en charge financière des frais d'hébergement et de soins :

- les frais d'hébergement sont pris en charge par l'ARS,
- sont à la charge du résident les frais relatifs aux soins de ville et un forfait journalier correspondant au montant du forfait hospitalier en cours.

#### La personne âgée s'engage à :

- donner son consentement écrit avant d'intégrer l'EHPAD,
- assurer le financement de l'hébergement (18€/jour),
- respecter le règlement de fonctionnement de l'EHPAD et signer le contrat de séjour,
- faciliter les démarches réalisées par la Coordination Territoriale d'Appui et l'EHPAD.



## FICHE PRATIQUE

## L'EHPAD dans et hors les murs

### Pourquoi ?

Afin d'accompagner le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et leurs aidants familiaux 24h/24- 7j/7



COS Villa Pia  
 52 rue des Treuils  
 33000 Bordeaux  
 Tél : 05 56 96 13 59  
 06 50 42 16 82

L'orientation des personnes âgées (notamment de plus de 75 ans) aux services des urgences hospitalières, par défaut, peut avoir des conséquences très dommageables :

- pour la personne âgée risquant une décompensation psychologique,
- pour les aidants familiaux ayant à faire face à une perte d'autonomie aggravée de la personne aidée vivant à domicile,
- pour l'hôpital et la collectivité ayant à mobiliser des ressources pour des besoins parfois plus sociaux que médicaux.

Il s'agit d'éviter les hospitalisations non pertinentes en s'appuyant sur une structure de coordination ou structure intermédiaire compétente à la fois dans l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées, la prise en charge des soins courants et, mobilisable rapidement sur un territoire tout au long de la semaine (de jour comme de nuit).

### Les objectifs du projet visent à :

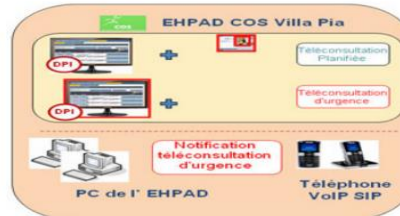
- Eviter les risques de rupture en développant les actions de prévention et le maintien à domicile des personnes âgées, par une connaissance renforcée et un suivi régulier des personnes sur les plans sociaux, psychologiques et médicaux.
- S'appuyer sur les services connexes de l'EHPAD (EHPAD, Accueil séquentiel, Plateforme d'Accompagnement et de Répit partenaire de deux SSIAD et de l'Association France Alzheimer) en vue d'identifier et inclure au projet, avec leur consentement, les personnes en risque de rupture sur le territoire.
- Positionner l'EHPAD en Centre de proximité et compléter le dispositif d'accueil séquentiel de l'établissement (Accueil de Jour de 13 places et Hébergement temporaire de 5 lits) par la mise en place d'une chambre d'accueil d'urgence pour des durées de 7 jours au plus, renouvelables une seule fois.
- Positionner l'EHPAD en Centre de ressources pour le SAMU, SOS Médecins, Médecins traitants, intervenants du domicile.
- Assurer la présence d'infirmiers de nuit pour garantir une prise en charge paramédicale 7 jours/7 et 24h/24 au sein de l'EHPAD, et pour une file active au domicile de 30 à 50 personnes en risque de rupture.
- Mener des actions de communication à l'attention des acteurs et services hospitaliers (information, formation, identification des personnes à inclure) et dossier médical personnalisé partagé.

### De manière très concrète, les actions se déclinent de la manière suivante :



Un service d'écoute, d'accueil, d'assistance et de soutien psychologique de jour comme de nuit, au domicile ou à la plate forme de répit de Villa Pia.

- Evaluer au mieux l'accompagnement de la personne âgée et du couple aidant/aidé.
- Anticiper les situations à risque et éviter les hospitalisations non pertinentes en proposant de l'écoute et du soutien, des temps de répit et d'accueil d'urgence.



DPI : Dossier Personnel Informatisé

### Equipement du domicile d'un lien téléphonique et d'une visio-assistance actifs 24h/24h et reliés aux services infirmiers de la résidence Villa Pia.

- Connexion permanente jour et nuit entre les domiciles des personnes âgées et l'EHPAD sur la base d'une technologie adaptée (dispositif d'alerte et de communication par phonie et/ou visiophonie).
- Echange et partage d'informations médicales et médico-sociales entre l'EHPAD, les acteurs des soins ambulatoires et les acteurs des soins sanitaires. Le dossier personnel informatisé (DPI) mis en œuvre par le COS est accessible aux médecins traitants, SSIAD, professionnels libéraux. Il comprend dossier de soin et le dossier de liaison d'urgence (DLU) sous conditions d'accès sécurisés.



Accueil d'urgence dans la résidence Villa Pia après avis médical (médecin traitant, SOS Médecin, SAMU) des personnes âgées ne nécessitant pas une hospitalisation, mais demandant un accompagnement infirmier.



Possibilité de participer aux activités de l'accueil de jour de Villa Pia.



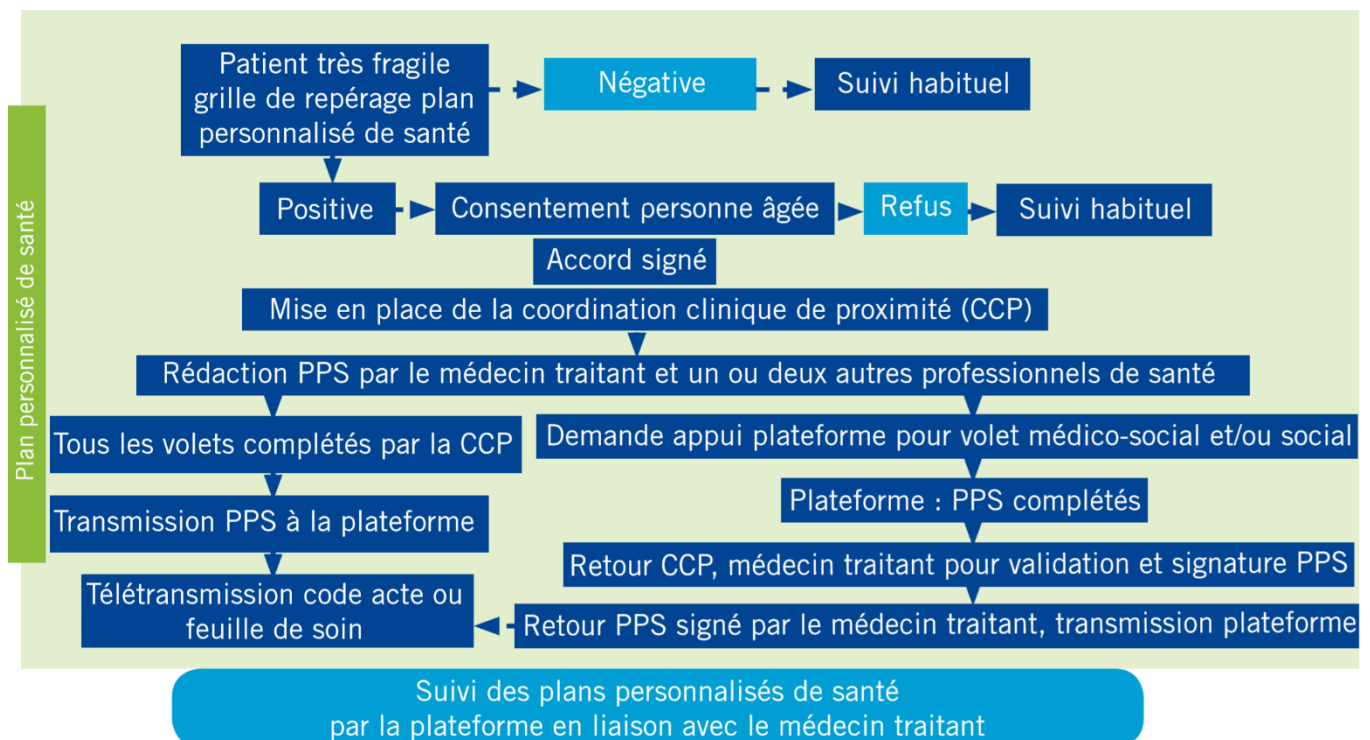
## Annexe 7. Les outils de coordination



## Annexe 8. La plateforme autonomie séniors



## Annexe 9. Mise en place d'un plan personnalisé de santé (PPS)



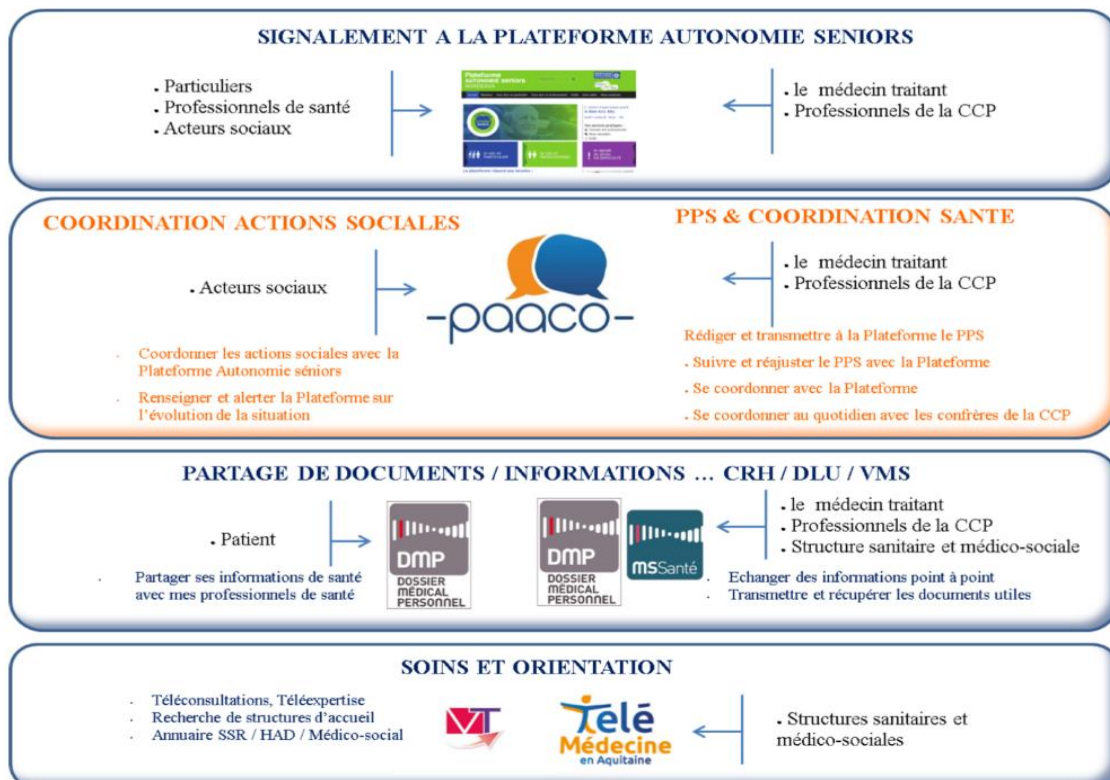
### Annexe 9.1. Grille de repérage pour l'élaboration du PPS (35)

Vous pouvez initier un PPS si vous répondez oui à l'une des 6 interrogations suivantes

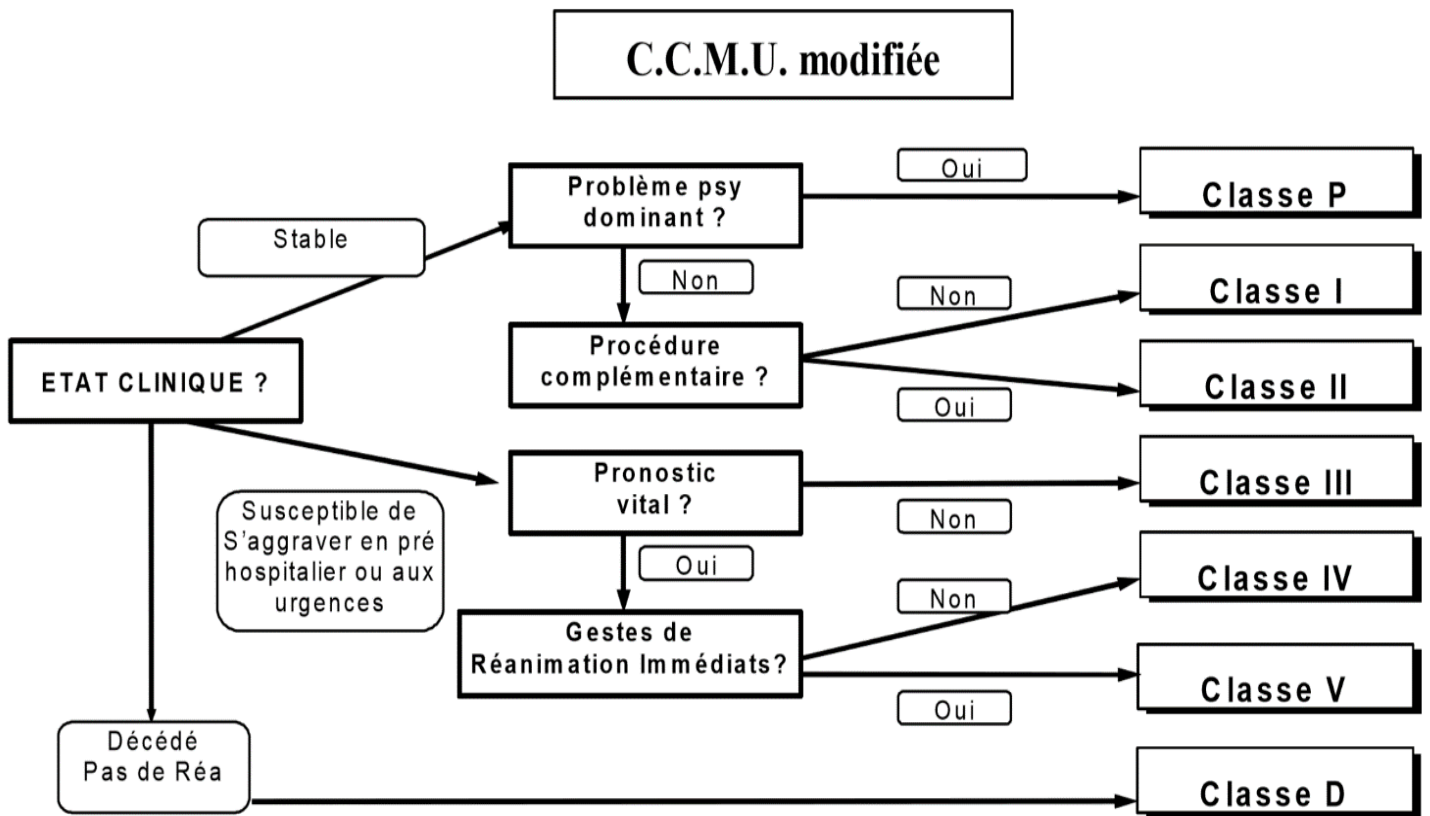
La personne :	OUI	NON	Ne sait pas
a-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
a-t-elle une polypathologie (n>3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> ou une polymédication (n>10) ?			
a-t-elle une restriction de ses déplacements, dont un antécédent de chute grave ?			
a-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions) ne lui permettant pas de gérer son parcours de santé ou mettant en difficulté l'aidant/l'entourage ?			
a-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
a-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?			



## Annexe 10. Les outils numériques du PAERPA



# Annexe 11. Classification Clinique des Malades des Urgences Modifiée



## Annexe 11.1. Tableau d'aide clinique à la classification CCMU

### EXEMPLES (suspicion de diagnostics à la fin de l'examen Clinique) DE COTATIONS DE LA C.C.M.U MODIFIEE

	MEDICAL	CHIRURGICAL	INTOX. MEDICAMENTEUSE VOLONTAIRE	INTOX. ETHYL.
<b>P</b>			Tricycliques, Carbamates et Benzodiazépines : Asymptomatique et absorption supposée infra-toxique	Agitation ou pathologie PSY dominante avec examen normal
<b>1</b>	Consultation médicale sans aucune procédure complémentaire : angine, gastro-entérite simple, otite, malaise vagal non symptomatique, plaie sans suture, piqûre d'insecte, contusion post-traumatique, certificats, Placement d'un patient, etc....			
<b>2</b>	Lombo-sciatique simple, bronchopneumopathie sans retentissement fonctionnel, rash cutané allergique sans dyspnée ou hypotension, pathologies stables nécessitant une consultation spécialisée aux urgences	Plaie simple à suturer, entorse, fracture fermée ou luxation sans complication vasculo-nerveuse, fracture de côtes sans dyspnée, brûlure 2 <sup>ème</sup> degré < 10% de la S.C. (adulte) Colique néphrétique simple TC sans PCi (si radio)		Imprégnation mais calme, sans trouble PSY et examen normal
<b>3</b>	Angor instable, malaise mal étiqueté, douleur thoracique mal définie sans défaillance respiratoire ou circulatoire, Sub-OAP, crise d'asthme modérée, pneumopathie dyspnéique : Sp O <sub>2</sub> > 90% AVC avec Glasgow ≥ 13, crise comitiale isolée, Sd méningé sans complication.	Fracture ouverte. Fracture, luxation ou plaie avec lésion vasculo-nerveuse. Fracture de la diaphyse fémorale, fracture vertébrale, poly-Fracturé, brûlure de 10 à 20% (adulte). Douleurs abdominales non étiquetées, appendicite, colique néphrétique compliquée (fébrile, hyper algique ou anurique) ou pyélonéphrite, TC avec PCi et Glasgow ≥ 13	Tricycliques, Carbamates, : dose absorbée suspectée supérieure à la dose toxique Benzodiazépines : somnolence ou, dose absorbée il y a moins de 2heures et supposée toxique	Ataxie, troubles de l'élocution, somnolence
<b>4</b>	IDM, défaillance respiratoire ou circulatoire <b>sans indication immédiate</b> de gestes de réanimation (OAP, asthme aigu grave, choc septique), AVC avec Glasgow > 8 et < 13, Coma hypoglycémique.	Poly-Fracturé avec hypotension artérielle sans signes de choc hypovolémique, Brûlure > 20% de la S.C ( enfant 10%, nourrisson 5% ) Ventre de «bois », TC avec Glasgow > 8 et <13	Tricycliques : tachycardie ou élargissement QRS ou PSA < 10 Carbamates : Coma Glasgow > 8 ou PSA < 10 Benzodiazépines : Coma	Coma éthylique
<b>5</b>	Défaillance respiratoire aiguë nécessitant <b>immédiatement</b> des gestes de réanimation (Intubation-ventilation, Mini-trach., Extraction d'un corps étranger sur v.a.sup.). Défaillance circulatoire aiguë nécessitant <b>immédiatement</b> des gestes de réanimation (M.C.E., Défibrillation, Remplissage vasculaire massif). Coma traumatique Glasgow ≤ 8 et coma non traumatique nécessitant <b>immédiatement</b> assistance respiratoire ou protection des voies aériennes			

Cas particuliers :- Une suspicion de fracture du col du fémur est en soi une CCMU 2 (pathologie stable) à la différence d'une suspicion de fracture de la diaphyse fémorale (CCMU 3 car risque d'embolie graisseuse, perte sanguine). Toutefois ce traumatisme survient souvent dans un contexte de malaise chez des personnes âgées qui ont d'autres pathologies associées.

Il est alors parfois concevable de coter 3 une fracture du col du fémur.

- En obstétrique, si le score de Malinas est > 7, alors on cote 3, sinon 2. -Un patient Pré-Mortem pour qui aucune réanimation n'est entreprise (raison éthique ou autre) sera coté ccmu 4-

- **En cas de phlébotomie volontaire sans complication somatique, on cote P.**

**Toutes les pathologies psychiatriques ou assimilées (spasmophilie), en l'absence de pathologie somatique instable associée, sont cotées P**

## Annexe 12. Grille AEPf des admissions

### Annexe 12.1. Première étape: évaluation de la pertinence de l'admission selon des critères de gravité clinique (A) ou liés aux soins délivrés (B)

B - Critères liés aux soins délivrés		
1	Traitement intraveineux continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement entéral)	<input type="checkbox"/>
2	Chirurgie ou autres actes médicaux prévus dans les 24 heures nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale, soit l'utilisation de matériel, de services uniquement disponibles dans un hôpital	<input type="checkbox"/>
3	Surveillance de signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures	<input type="checkbox"/>
4	Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique	<input type="checkbox"/>
5	Traitement dans une unité de soins intensifs	<input type="checkbox"/>
6	Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8 heures	<input type="checkbox"/>

Admission pertinente = 1	
Admission non pertinente = 2	

Si l'admission ne correspond à aucun des critères de l'AEPf

A - Le patient nécessite absolument d'être admis ce jour	
Malgré l'absence de critères explicites de l'AEPf, l'expert juge que le patient peut avoir rapidement recours au plateau technique (procédure, surveillance, possibilité d'intervenir 24 h/24, ...). La décision est alors techniquement pertinente (avis d'expert). Il s'agit de situations médicales ne nécessitant pas d'intervention immédiate mais devant lesquelles le médecin ne peut prévoir l'évolution à très court terme.	
OUI = 1	
NON = 2	

➔ Si oui, indiquez en clair pour quelle(s) raison(s) et ne remplissez pas la suite du questionnaire.

-----  
 -----  
 -----  
 -----

**Annexe 12.2. Deuxième étape: avis d'expert si admission jugée non pertinente selon question A.**

Etablissement : _____	Grille n° : _____
Service : _____	Dossier n° : _____
Date de l'évaluation : /_/_/_/_/_/_/	
Nom et fonction de l'évaluateur : _____	

A - Critères de sévérité clinique		
1	Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente	<input type="checkbox"/>
2	Pouls < 50/min ou > 140/min	<input type="checkbox"/>
3	Pression artérielle systolique (mmHg) < 90 ou > 200, diastolique < 60 ou > 120	<input type="checkbox"/>
4	Cécité ou surdité brutale	<input type="checkbox"/>
5	Perte brutale de la motricité d'une partie du corps	<input type="checkbox"/>
6	Fièvre persistante > 38,5° sous le bras ou 39° rectale depuis plus de 5 jours	<input type="checkbox"/>
7	Syndrome hémorragique	<input type="checkbox"/>
8	Troubles électrolytiques ou des gaz du sang graves : Na < 123 ou > 156 mEq/l, K < 2,5 ou > 6,0 mEq/l, HCO <sub>3</sub> < 20 ou > 36 mEq/l (sans qu'existe de cause de chronicité), pH < 7,30 ou > 7,45	<input type="checkbox"/>
9	Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau.	<input type="checkbox"/>
10	Ischémie aiguë à l'ECG	<input type="checkbox"/>

**Annexe 12.3. Troisième étape: admission non pertinente selon les critères AEPf et l'avis d'experts.**

Si l'admission est considérée comme non pertinente au regard des critères de l'AEPf et de l'avis d'expert

<b>B - Quels sont les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat ? (plusieurs réponses possibles)</b>		
1	Avis diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	<input type="checkbox"/>
2	Procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	<input type="checkbox"/>
3	Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures	<input type="checkbox"/>
4	Éducation sanitaire	<input type="checkbox"/>
5	Soutien psychologique	<input type="checkbox"/>
6	Aide sociale	<input type="checkbox"/>
7	Aucun soin ni aucun service	<input type="checkbox"/>

<b>C - Parmi les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat, quel est celui qui est responsable de son admission ? (le patient est admis car il a besoin de ce soin ou service spécifique)</b>	
(une seule réponse – voir codage de la question B)	

<b>D - Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour prendre en charge le patient aujourd'hui (jour de l'admission) compte tenu de son état de santé, de sa situation socio-économiques et familiale ? (une seule réponse possible)</b>	
<p><b>1. Le domicile :</b></p> <p>1.1 sans aide</p> <p>1.2 avec aide non médicale (ménagère...)</p> <p>1.3 avec aide médicale ou paramédicale (soins infirmiers « légers » et/ou une surveillance médicale non spécialisée occasionnelle pendant la journée)</p> <p>1.4 avec aide médicale ou paramédicale soutenue (soins infirmiers « lourds » et/ou une surveillance médicale régulière, nuit et WE compris)</p> <p><b>2. Une structure d'hébergement :</b></p> <p>2.1 non médicalisée de proximité (ex. hôtel proche de l'hôpital)</p> <p>2.2 non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital</p> <p>2.3 avec soins médicaux et/ou paramédicaux (aide à la vie quotidienne, soins infirmiers, kinésithérapie)</p> <p>2.4 médicalisée</p> <p><b>3. L'hôpital (établissement de court séjour)</b></p>	
Réponse	/ _ / _ /

**E - Quelle est la raison principale expliquant l'admission ? (une seule réponse possible)**

→ *L'hôpital n'est pas le lieu le mieux adapté* (vous n'avez pas répondu 3 à la question D)

**1. Organisation des soins**

- 1.1 Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure
- 1.2 Attente d'un avis d'expert (ressource externe aux urgences)
- 1.3 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure
- 1.4 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure
- 1.5 Manque de personnel aux urgences pour une surveillance rapprochée d'un patient pendant plusieurs heures

**2. Service de relais**

- 2.1 Indisponible (places ou rendez-vous non disponibles)
- 2.2 Inaccessible (isolement géographique, situation socio-économique du patient)
- 2.3 Inexistant ou inconnu

**3. Décision médicale**

- 3.1 Attente d'avis d'expert (senior indisponible)
- 3.2 Demande expresse du médecin de ville
- 3.3 Attente d'un avis collégial (concertation avec les services cliniques et médico-techniques)

**4. Raisons liées au patient ou à sa famille**

- 4.1 Risque de non-observance des prescriptions (traitement, examens...)
- 4.2 Décision du patient et/ou sa famille
- 4.3 Retour à domicile transitoirement impossible (heure tardive, week-end) compte tenu du contexte social ou de l'âge.

Réponse

/ \_ / \_ /



## Annexe 13. Echelle des activités de la vie quotidienne ADL Katz

### Echelle des activités de la vie quotidienne - Indice de KATZ

Activités	Définition d'une activité indépendante	Indépendant	
		Oui	Non
<b>Soins corporels</b>	Ne reçoit pas d'aide ou ne reçoit de l'aide uniquement pour se laver une partie du corps		
<b>Habillement</b>	Peut s'habiller sans aide à l'exception de laçer ses souliers		
<b>Toilette</b>	Se rend aux toilettes, utilise les toilettes, arrange ses vêtements et retourne sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur, un bassin ou un urinal pendant la nuit)		
<b>Transfert</b>	Se met au lit et se lève du lit et de la chaise sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur)		
<b>Continence</b>	Contrôle fécal et urinaire complet (sans accidents occasionnels)		
<b>Alimentation</b>	Se nourrit sans aide (sauf pour couper la viande ou pour beurrer du pain)		

#### Description

L'autonomie pour une activité de vie quotidienne est coté 1. Un score de 6 indique une autonomie complète. Un sujet âgé dont le score est < 3 est considéré comme dépendant.



## Annexe 14. TRST ( Triage Risk Screening Tool)

	OUI = 1 point	NON = 0 point
<b>Présence de troubles cognitifs</b> <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>		
<b>Troubles de la marche, difficultés de transfert ou chutes</b>		
<b>Polymédication</b> ( <i>utilisation de cinq médicaments ou plus</i> )		
<b>Antécédents d'hospitalisation</b> (3 mois) ou <b>d'admission aux urgences</b> (1 mois)		
<b>Evaluation fonctionnelle réalisée par une infirmière</b> <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>		
<b>TOTAL/5 points</b>		

Le score obtenu varie de 0 (pas de risque) à 5 (à très haut risque), un score  $\geq 2$  identifie le besoin d'une intervention de l'équipe mobile de gériatrie.

## Annexe 15. Classification des motifs d'admission et des diagnostics finaux

MOTIFS MEDICAUX		
Motif d'admission	Diagnostic final	Catégories
-Chute -Chutes à répétition	Chutes	<b>Chutes</b>
-Dyspnée -Détresse respiratoire aiguë -Hypertension artérielle -Douleur thoracique	-Décompensation BPCO -Insuffisance respiratoire terminale -Décompensation cardiaque -Hypotension orthostatique -Fibrillation auriculaire	<b>Système cardio-vasculaire et pneumologique</b>
-Diarrhées , vomissements -Méléna -Douleur abdominale -Constipation -Rectorragies	-Péritonite -Constipation	<b>Appareil digestif</b>
-Lombalgies -Douleur membre inférieur	-Fracture vertébrale -Lombalgies -Entorse cheville -Fracture cheville -Fracture épaule	<b>Système ostéoarticulaire</b>
Altération de l'état général	Altération de l'état général	<b>Altération de l'état général</b>
-Fièvre -Toux fébrile -Erysipèle	-Prostatite -Infection urinaire -Pneumopathie -Pyélonéphrite	<b>Infectiologie</b>
-Agressivité -Troubles du comportement -Agitation	-Anxiété -Dépression -IMV	<b>Psychiatrie</b>
-Anémie -Déshydratation	-Lymphome -Anémie -Hyponatrémie -Déshydratation -Hypokaliémie	<b>Hématologie et troubles hydroélectrolytiques</b>
Confusion aigue	-Hémorragie intra cérébrale -Troubles cognitifs	<b>Neurologique</b>
-Epistaxis -Déséquilibre diabète	Aucun	<b>Autres</b>
Aucun	iatrogénie	<b>iatrogénie</b>
Aucun	Rétention aigue urines	<b>Urologie</b>
MOTIFS SOCIAUX		
-Précarité sociale -Maintien à domicile difficile -Errance sur la voie publique -Violences conjugales	Aucun	<b>Problématiques sociales</b>

BPCO :Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive.  
IMV :Intoxication médicamenteuse volontaire.

## Annexe 16. Questionnaire téléphonique des médecins généralistes

### QUESTIONNAIRE TELEPHONIQUE MEDECINS

-Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 -Numéro patient : \_\_\_\_\_  
 -Nom médecin généraliste : \_\_\_\_\_  
 -Adressé par :  Médecin traitant  
 Autre .....

#### LE PAERPA

##### ● Avez-vous déjà entendu parler de PAERPA ?

- Oui** → De quelle manière ?
- Presse/Mails
  - Confrère/Conseur
  - Formations/réunions
  - URPS-Syndicats
  - Autres. Précisez.....
- Quel est votre niveau de satisfaction concernant l'information que vous avez reçue ?
- Très satisfait
  - Satisfait
  - Moyennement satisfait
  - Insatisfait
  - Je ne souhaite pas répondre
- Non** → Souhaitez-vous bénéficier d'informations concernant PAERPA ?
- Oui
  - Non
- Sous quelle forme ?
- Mail
  - Brochures
  - Appel téléphonique
  - Autre : .....

##### ● Connaissance et satisfaction de différents services proposés par PAERPA

	Entendu parler ?	Déjà Utilisé ?	Satisfaction ?	Difficultés ?	Commentaires
PAACO/Globule	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
PPS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ESAD(Equipe de soutien aux aidants à domicile)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
EHPAD relais (hébergements d'urgence)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
EMG dans la cité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Permanence téléphonique gériatrique CHU	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Plateforme autonomie séniors	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Télémédecine EHPAD	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

##### ● Souhaitez-vous bénéficier d'informations concernant ces dispositifs ?

- Oui  
 -> Si oui, sous quelle forme ?
- Mail
  - Brochure
  - Contact téléphonique
  - Autre : .....

#### VOTRE ACTIVITE

##### ● Parmi vos patients, à combien estimeriez-vous le pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans ? / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / %

##### ● Citez 3 difficultés principales que vous rencontrez dans la prise en soins de vos patients de plus de 75 ans :

- 1-.....  
 2-.....  
 3-.....

**•Pensez-vous que l'utilisation de PAERPA pourrait vous aider dans la prise en charge de la perte d'autonomie de vos patients ?**

Oui Non

**•QUELLE EST L'ORGANISATION DE VOTRE PRATIQUE QUOTIDIENNE ?**

**Vous exercez en :**

- Libéral isolé                      Maison de santé pluridisciplinaire  
Libéral en groupe                Mixte salariée et libérale  
Salarié                                Autre : .....

**Quel est votre mode de consultation ?**

- Sur rendez-vous    Avec et sur rendez-vous  
Sans rendez-vous

**Réalisez-vous des visites à domicile ?**

Oui Non

**Réalisez-vous des visites en établissement pour personnes âgées EHPAD / RPA...)?**

Oui Non

**Participez-vous à des gardes de nuit /régulation ?**

Oui Non

**Etes-vous informatisé pour la tenue de vos dossiers patients ?**

Oui Non

**Participez-vous à des groupes de pairs ?**

Oui Non

**•Quelques questions vous concernant :**

→Quel âge avez-vous ?

\_\_\_ \_\_\_ ans

→Sexe :

Masculin Féminin

→Depuis combien de temps exercez-vous ?

\_\_\_ \_\_\_ années

**•Commentaires :**

## Annexe 17. Détail du score TRST des patients inclus

	Population totale		Admissions pertinentes (AP)		Admissions non pertinentes (ANP)		<i>p</i>
	N=134	%	n=106	%	n=28	%	
<b>Score TRST</b>	<b>n =101</b>		<b>n=78</b>		<b>n=23</b>		
Score ≥ 2	88	87,1	68	87	20	87	1
Difficultés à la marche connus	84	83,2	66	84,6	18	64,3	0,8
Poly-médication	84	83,2	68	87	16	69,6	0,5
Hospitalisation < 3 mois	33	32,7	27	34,6	6	26,1	0,7
Urgences < 1 mois	30	29,7	21	26,9	9	39,1	0,2
Perte autonomie (Perte ≥ 2 pts ADL)	33	32,7	29	37,2	4	17,4	0,3

## Annexe 18. Tableau des correspondances entre les motifs d'admission aux urgences et le diagnostic final lors de l'hospitalisation

Correspondance des motifs en Annexe 19.

Motif Admission (%)	Diagnostic final (%)											Total
	AEG	ACM	CP	Chute	HE	HGE	INF	LOC	SOC	NEUR	TC	
Altération de l'état général (AEG)	1 (6,7)	2 (13,3)	3 (20)	0 (0)	4 (26,6)	0 (0)	0 (0)	1 (6,7)	2 (13,3)	1 (6,7)	1 (6,7)	15 (11,2)
Autres causes médicales (ACM)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,74)
Cardio-Pneumo (CP)	0 (0)	0 (0)	13 (54,2)	0 (0)	1 (4,2)	1 (4,2)	8 (33,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4,2)	24 (17,9)
Chute	1 (2,4)	0 (0)	8 (19)	11 (26,2)	5 (11,9)	1 (2,4)	11 (26,2)	2 (4,8)	2 (4,8)	0 (0)	1 (2,4)	42 (31,3)
Hydro-électrolytique-hématologique (HE)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (2,23)
Hépatogastro-entérologie (HGE)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (77,8)	1 (11,1)	0 (0)	1 (11,1)	0 (0)	0 (0)	9 (6,7)
Infectiologie (INF)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (2,23)
Locomoteur (LOC)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,49)
Social (SOC)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)	1 (9,1)	1 (9,1)	6 (54,5)	1 (9,1)	1 (9,1)	11 (8,2)
Neurologie (NEUR)	0 (0)	2 (9,5)	2 (9,5)	0 (0)	2 (9,5)	0 (0)	4 (19)	0 (0)	2 (9,5)	6 (28,6)	3 (14,3)	21 (15,6)
Trouble comportement (TC)	0 (0)	1 (33,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (66,7)	0 (0)	0 (0)	3 (2,2)
<b>Total</b>	2	5	26	11	16	10	28	6	15	8	7	134

## Annexe 19. Correspondances des motifs d'admission eux urgences et des diagnostics finaux

MOTIFS MEDICAUX		
Motif d'admission	Diagnostic final	Catégories
-Chute -Chutes à répétition	Chutes	<b>Chutes</b>
-Dyspnée -Détresse respiratoire aiguë -Hypertension artérielle -Douleur thoracique	-Décompensation BPCO -Insuffisance respiratoire terminale -Décompensation cardiaque -Hypotension orthostatique -Fibrillation auriculaire	<b>Système cardio-vasculaire et pneumologique</b>
-Diarrhées , vomissements -Méléna -Douleur abdominale -Constipation -Rectorragies	-Péritonite -Constipation	<b>Appareil digestif</b>
-Lombalgies -Douleur membre inférieur	-Fracture vertébrale -Lombalgies -Entorse cheville -Fracture cheville -Fracture épaule	<b>Système ostéoarticulaire</b>
Altération de l'état général	Altération de l'état général	<b>Altération de l'état général</b>
-Fièvre -Toux fébrile -Erysipèle	-Prostatite -Infection urinaire -Pneumopathie -Pyélonéphrite	<b>Infectiologie</b>
-Agressivité -Troubles du comportement -Agitation	-Anxiété -Dépression -IMV	<b>Psychiatrie</b>
-Anémie -Déshydratation	-Lymphome -Anémie -Hyponatrémie -Déshydratation -Hypokaliémie	<b>Hématologie et troubles hydroélectrolytiques</b>
Confusion aiguë	-Hémorragie intra cérébrale -Troubles cognitifs	<b>Neurologique</b>
-Epistaxis -Déséquilibre diabète	Aucun	<b>Autres</b>
Aucun	Iatrogénie	<b>Iatrogénie</b>
Aucun	Rétention aiguë urines	<b>Urologie</b>
MOTIFS SOCIAUX		
-Précarité sociale -Maintien à domicile difficile -Errance sur la voie publique -Violences conjugales	Aucun	<b>Problématiques sociales</b>

## Annexe 20. Besoins des patients du groupe ANP à l'admission au SAU

	Population ANP totale		CCMU1		CCMU2 (AEPf -)	
	N=28	%	n=14	%	n=14	%
<b>Principal soin ou service dont le patient a besoin au moment de l'admission au SAU</b>						
Procédure diagnostique/thérapeutique nécessaire à la prise de décision	4	14,3	1	7,1	3	21,4
Avis diagnostique /thérapeutique nécessaire à la prise de décision	10	35,7	4	28,6	6	42,9
Soutien psychologique	2	7,1	1	7,1	1	7,1
Aide sociale	10	35,7	7	50	3	21,4
Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée de quelques heures	2	7,1	1	7,1	1	7,1
<b>Lieu d'hébergement le plus adapté pour prendre en charge le patient le jour de l'admission au SAU</b>						
Structure d'hébergement avec soins médicaux et/ou paramédicaux	16	57,1	11	78,6	5	35,7
Structure d'hébergement médicalisée	1	3,6	0	0	1	7,1
Hôpital(structure de court séjour)	8	28,6	3	21,4	5	35,7
Domicile avec aide médicale ou paramédicale soutenue	3	10,7	0	0	3	21,4
<b>Raison principale expliquant l'admission au SAU</b>						
Service de relais indisponible	18	64,3	14	100	4	28,6
Décision du patient ou de sa famille patient ou à sa famille	2	7,1	2	14,3	0	0
Pas de réponse car l'hébergement le plus adapté était l'hôpital	8	28,6	5	35,7	3	21,4



## Annexe 21. Connaissance et satisfaction des médecins généralistes des patients inclus concernant les différents dispositifs du PAERPA

Patients avec médecin généraliste ayant répondu au questionnaire							
	Population totale		Admissions pertinentes		Admissions non pertinentes		p
	N=83	%	n=68	%	n=15	%	
<b>Connaissance du PAERPA par les médecins généralistes: entendu parler de ...</b>							
PAERPA	65	78,3	53	77,9	12	80	1*
PAACO-Globule	52	62,6	44	64,7	8	53,3	0,55*
PPS	53	63,9	42	61,8	11	73,3	0,55*
ESAD	46	55,4	37	54,4	9	60	0,77*
EHPAD Relais	73	87,95	60	88,2	13	86,7	1*
EMG dans la cité	73	87,95	60	88,2	13	86,7	1*
Permanence téléphonique gériatrique (CHU)	72	86,75	59	86,8	13	86,7	1*
Plateforme Autonomie Sénior	59	71,1	48	70,6	11	73,3	0,1*
Télé médecine	64	77,1	52	76,5	12	80	1*
<b>Dispositifs du PAERPA: le médecin généraliste utilise et est satisfait</b>							
PAACO-Globule	10	12	9	13,2	1	6,7	0,7*
PPS	11	13,2	8	11,8	3	20	0,41
Permanence téléphonique gériatrique (CHU)	36	43,4	26	38,2	10	66,7	0,08*
ESAD	14	16,9	12	17,7	2	13,3	1*
EHPAD Relais	37	44,6	34	50	3	20	0,04*
EMG dans la cité	58	69,9	47	69,1	11	73,3	1*
Plateforme Autonomie Sénior	9	10,8	12	17,6	3	20	1*
Télé médecine	6	7,2	5	7,3	1	6,7	1*

\*Test de Fisher

## Annexe 22. Commentaires des médecins généralistes interrogés (N=65) concernant les différents dispositifs du PAERPA

<b>Médecins connaissant PAACO-Globule</b>		<b>n=52(%)</b>
Médecins ayant donné commentaire		18 (34,6)
Nombre de commentaire au total <sup>1</sup>		26
	<b>Non adapté aux médecins</b>	<b>7(26,9)</b>
	<b>Chronophage</b>	<b>7(26,9)</b>
	Problématiques informatiques	6(23,1)
	Sous utilisé par équipes paramédicales	2(7,7)
	Inquiétude concernant la confidentialité	2(7,7)
	Satisfait de la formation proposée	1(3,8)
	Manque de formation	1(3,8)
<b>PPS</b>		
Médecins ayant donné commentaire		7(13,2)
Nombre de commentaire au total <sup>1</sup>		10
	<b>Chronophage</b>	<b>4(40)</b>
	<b>Non adapté à l'utilisation quotidienne</b>	<b>3(30)</b>
	Inutile	1(10)
	Formation insuffisante	1(10)
	Absence de rémunération	1(10)
<b>ESAD</b>		
Médecins ayant donné commentaire		4(8,7)
Nombre de commentaire au total		10
	<b>Dispositif inutile</b>	<b>3(50)</b>
	Manque de disponibilité des équipes	1(16,7)
	Manque de suivi des patients	1(16,7)
	Manque de communication avec le médecin généraliste	1(16,7)
<b>EHPAD Relais</b>		
Médecins ayant donné commentaire		10(13,7)
Nombre de commentaire au total <sup>1</sup>		10
	<b>Admission difficile des patients</b>	<b>5(50)</b>
	<b>Satisfait du dispositif</b>	<b>3(30)</b>
	Appréhension dans l'utilisation	1(10)
	Rupture du patient avec son environnement/famille	1(10)
<b>EMG dans la cité</b>		
Médecins ayant donné commentaire		7(9,6)
Nombre de commentaire au total <sup>1</sup>		7
	<b>Satisfait du dispositif</b>	<b>6(85,7)</b>
	Pas d'avis	1(14,3)
<b>Plateforme Autonomie sénior</b>		
Médecins ayant donné commentaire		7(11,86)
Nombre de commentaire au total <sup>1</sup>		8
	<b>Non adapté à la pratique du médecin généraliste</b>	<b>3(37,5)</b>
	<b>Satisfait du dispositif</b>	<b>2(25)</b>
	Chronophage	1(12,5)
	Manque de suivi des patients	1(12,5)
	Manque de coordination	1(12,5)
<b>Permanence téléphonique du CHU</b>		
Médecins ayant donné commentaire		13(18)
Nombre de commentaire au total <sup>1</sup>		14
	Difficultés pour contacter le médecin gériatre	8(57,1)
	Inutile	3(28,6)
	Satisfait du dispositif	2(14,3)
<b>Télé médecine</b>		
Médecins ayant donné commentaire		7(10,9)
Nombre de commentaire au total <sup>1</sup>		7
	Insatisfaction	3(42,9)
	Satisfait du dispositif	2(28,6)
	Praticien contre la télé médecine en général	1(14,3)
	Intéressé par le dispositif	1(14,3)

<sup>1</sup>Plusieurs commentaires possibles par médecins

## Résumé

---

### **Profil des patients âgés de 75 ans et plus, éligibles au PAERPA, admis de manière non pertinente aux urgences de l'hôpital Saint André**

**Introduction:** Le PAERPA est une expérimentation nationale ayant pour objectif d'optimiser la prise en charge des patients âgés de 75 et plus afin de leur proposer un parcours de soins idéal. Ce dispositif a notamment pour objectif de diminuer les admissions évitables au service d'accueil des urgences (SAU).

**Objectif :** Décrire le profil médico-social des patients âgés de 75 ans et plus, éligibles au PAERPA à Bordeaux, et dont l'admission au SAU de l'hôpital Saint André était jugée non pertinente.

**Méthodes:** Il s'agit d'une étude descriptive, transversale, monocentrique et rétrospective incluant tous les patients de 75 ans et plus, admis aux SAU de l'hôpital St André, hospitalisés à l'UHCD et évalués par l'Equipe Mobile de Gériatrie. L'évaluation de la pertinence de l'admission utilisait la version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf) appliquée aux patients ayant un score Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée (CCMUM) 1 et 2. Les caractéristiques des patients étaient comparées entre le groupe des admissions pertinentes (AP) et des admissions non pertinentes (ANP). **Résultats:** 134 patients ont été inclus entre Mai 2017 et Avril 2018: 20,9% des admissions au SAU étaient jugées non pertinentes. Les patients ANP ne se différenciaient pas significativement des patients AP sur l'âge, le sexe, le fait de vivre seul à domicile ou d'avoir un aidant ou d'être adressé par son médecin traitant. Sur le plan médical, les patients ANP avaient plus fréquemment un  $3 \leq ADL \leq 5$  (72,7% vs 42,1% ;  $p=0,04$ ), avaient plus de troubles cognitifs connus (60,7% vs 35,8% ;  $p=0,003$ ) et bénéficiaient de plus d'aides type infirmière diplômée d'Etat (100% vs 78% ;  $p=0,001$ ). Ils étaient plus fréquemment adressés au SAU pour un motif social (32,1% vs 1,9% ;  $p<0,001$ ) et pour un motif médical qui était au final social (17,9% vs 3,8% ;  $p=0,02$ ). Concernant l'hospitalisation à l'UHCD, les patients ANP étaient plus fréquemment en attente d'une place en EHPAD (32,1% vs 6,6% ;  $p<0,001$ ) et moins hospitalisés pour surveillance médicale (48,1% vs 25% ;  $p=0,04$ ). En sortie d'hospitalisation, les patients ANP étaient plus fréquemment institutionnalisés (25% vs 5,6% ;  $p<0,001$ ). Il n'existait pas de différence entre les 2 groupes concernant le fait d'être inscrit au PAERPA (32,1% vs 26,4% ;  $p=0,71$ ) ou d'avoir un médecin traitant qui était très satisfait du dispositif (67% vs 69,2% ;  $p=1$ ). Cependant, concernant les EHPAD relais, les médecins traitants du groupe AP étaient significativement plus satisfaits (50% vs 20% ;  $p=0,04$ ). L'analyse des besoins des patients ANP à l'admission au SAU montrait qu'ils avaient pour 50% d'entre eux un avis ou une procédure diagnostique et pour 42,8% un besoin non médical. L'hébergement le plus adapté était une structure médicale et paramédicale (57,1%) et la raison principale expliquant l'admission était « services relais indisponibles » (64,3%). **Conclusion:** Il existe bien un profil de patients ANP: ces patients sont plus fragiles, moins autonomes et bénéficient d'un environnement d'aides déjà optimisé. Il semble que cette population ne soit pas la cible du dispositif PAERPA et le dispositif ne semble pas représenter une ressource pour les besoins médico-sociaux urgents de ces patients.

**Mots clés:** AEPf, pertinence, PAERPA, personnes âgées, urgences

## Summary

---

### **Profile of patients aged 75 and over, eligible for PAERPA, admitted in an irrelevant manner to the emergency rooms of Saint André Hospital**

**Introduction:** PAERPA is a national experiment aimed at optimizing the care of patients aged 75 and over in order to offer them an ideal course of care. The main objective of this system is to reduce avoidable admissions to the emergency unit. **Object:** Describing the medico-social profile of patients aged 75 and over, eligible for PAERPA in Bordeaux, and whose admission to the emergency at Saint André Hospital was assess irrelevant. **Methods:** This is a descriptive, cross-sectional, single-center and retrospective study including all patients aged 75 and over, admitted to the SAU at St André Hospital, hospitalized at short-term hospitalization unit (UHCD) and evaluated by the geriatric mobile unit. The evaluation of the relevance of the admission used the French version of the Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf) applied to patients with a modified Clinical Classification of Emergency Patients (CCMUm) score of 1 and 2. The characteristics of the patients were compared between the group of relevant admissions (AP) and irrelevant admissions (ANP). **Results:** 134 patients were included between May 2017 and April 2018: 20.9% of admissions to the SAU were assess irrelevant. ANP patients did not differ significantly from AP patients on age, gender, the fact of living alone at home, having a caregiver or being referred to the SAU by their general practitioner. Medically, ANP patients more frequently had a  $3 \leq ADL \leq 5$  (72.7% vs 42.1%;  $p = 0.04$ ), had more known cognitive impairment (60.7% vs 35.8 %;  $p = 0.003$ ) and benefited from more help from a nurse (100% vs. 78%;  $p=0.001$ ). They were more frequently referred to the SAU for a social reason (32.1% vs 1.9%;  $p < 0.001$ ) but also for a medical reason which was at the end a social reason (17.9% vs 3.8%;  $p=0,02$ ). Regarding hospitalization at UHCD, ANP patients were more frequently waiting for a place in a nursing home (EHPAD) (32.1% vs. 6.6%;  $p < 0.001$ ) and were less hospitalized for medical supervision (48.1% vs. 25%;  $p=0.04$ ). At the end of the hospitalization, ANP patients were more frequently institutionalized in a nursing home (25% vs 5.6%;  $p < 0.001$ ). There was no difference between the 2 groups regarding the fact of being integrated into the PAERPA device (32, 1% vs 26.4%;  $p = 0.71$ ) or to have a general practitioner who was very satisfied with the device (67% vs 69.2%;  $p = 1$ ). However, with regard to relay nursing home (EHPAD Relais), the general practitioner in the AP group were significantly more satisfied (50% vs. 20%;  $p = 0.04$ ). Analysis of the needs of ANP patients on admission to the emergency department (SAU) showed that 50% of them need a treatment procedure or a diagnostic opinion and 42.8% had a non-medical need. The most suitable accommodation was a medical and paramedical structure (57.1%) and the main reason for admission was "relay services not available" (64.3%).

**Conclusion:** There is indeed a profile of ANP patients: these patients are more weak, less independent and benefit from an already optimized support environment and assistance. It seems that this population is not the target of the PAERPA device, and it does not seem to represent a suitable resource for the emergency medical and social needs of these patients.

**Keywords:** AEPf, Appropriateness, PAERPA, Enderly patients, Emergency

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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



[Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris et facilisis turpis. Donec rhoncus euismod molestie. Donec vel luctus diam, ut rhoncus ipsum. Nullam sollicitudin arcu non dolor posuere lacinia. Proin in elementum arcu. Aliquam consectetur imperdiet mi, non pharetra lectus rutrum quis. Pellentesque dapibus tellus lorem. Donec condimentum, erat eget pulvinar sollicitudin, magna est tempus tellus, sed venenatis nibh augue ac neque. Nullam ultricies, mauris a fringilla rhoncus, nisl nibh molestie neque, sed bibendum justo libero a nisi. Morbi nec sollicitudin est. Etiam quam enim, commodo at urna hendrerit, sagittis maximus ligula. Nullam ornare tincidunt accumsan. Quisque odio diam, congue eu magna ut, commodo placerat est. Suspendisse a diam volutpat, volutpat risus ultricies, aliquet massa. Aliquam efficitur ut magna eu placerat. Quisque pulvinar interdum metus eu euismod. Sed risus ex, tempor ut sagittis sit amet, vestibulum nec nulla. Nulla arcu est, ullamcorper quis nunc sed, lobortis convallis justo. Aliquam congue, ex nec rhoncus varius, est justo eleifend leo, a vestibulum mi nisi non sem. Phasellus ultrices aliquet nulla, eget pharetra massa ullamcorper non. Donec id vulputate arcu. Nam porta et ligula vel ornare. Proin porttitor laoreet ex, eu pulvinar diam mattis sed. Aliquam quis pharetra enim. Etiam lobortis dolor imperdiet, blandit elit vel, molestie est. Nam id pharetra erat. Vivamus convallis dolor in est varius, cursus finibus risus tempor. Sed vitae iaculis ipsum. Nunc eu sem sollicitudin ligula euismod semper. Sed risus ex, tempor ut sagittis sit amet, vestibulum nec nulla. Nulla arcu est, ullamcorper quis nunc sed, lobortis convallis justo] [mot-clé1, mot-clé2...]

.....

[Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris et facilisis turpis. Donec rhoncus euismod molestie. Donec vel luctus diam, ut rhoncus ipsum. Nullam sollicitudin arcu non dolor posuere lacinia. Proin in elementum arcu. Aliquam consectetur imperdiet mi, non pharetra lectus rutrum quis. Pellentesque dapibus tellus lorem. Donec condimentum, erat eget pulvinar sollicitudin, magna est tempus tellus, sed venenatis nibh augue ac neque. Nullam ultricies, mauris a fringilla rhoncus, nisl nibh molestie neque, sed bibendum justo libero a nisi. Morbi nec sollicitudin est. Etiam quam enim, commodo at urna hendrerit, sagittis maximus ligula. Nullam ornare tincidunt accumsan. Quisque odio diam, congue eu magna ut, commodo placerat est. Suspendisse a diam volutpat, volutpat risus ultricies, aliquet massa. Aliquam efficitur ut magna eu placerat. Quisque pulvinar interdum metus eu euismod. Sed risus ex, tempor ut sagittis sit amet, vestibulum nec nulla. Nulla arcu est, ullamcorper quis nunc sed, lobortis convallis justo. Aliquam congue, ex nec rhoncus varius, est justo eleifend leo, a vestibulum mi nisi non sem. Phasellus ultrices aliquet nulla, eget pharetra massa ullamcorper non. Donec id vulputate arcu. Nam porta et ligula vel ornare. Proin porttitor laoreet ex, eu pulvinar diam mattis sed. Aliquam quis pharetra enim. Etiam lobortis dolor imperdiet, blandit elit vel, molestie est. Nam id pharetra erat. Vivamus convallis dolor in est varius, cursus finibus risus tempor. Sed vitae iaculis ipsum. Nunc eu sem sollicitudin ligula euismod semper. Sed risus ex, tempor ut sagittis sit amet, vestibulum nec nulla. Nulla arcu est, ullamcorper quis nunc sed, lobortis convallis justo]: [keyword1, keyword2...]